



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

PAULO HENRIQUE MACIEL DA SILVA

**AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE
INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA–PNSIPN: ACESSO À SAÚDE DA
POPULAÇÃO QUILOMBOLA DE ALTO ALEGRE EM HORIZONTE-CEARÁ**

FORTALEZA

2024

PAULO HENRIQUE MACIEL DA SILVA

AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL
DA POPULAÇÃO NEGRA–PNSIPN: ACESSO À SAÚDE DA POPULAÇÃO
QUILOMBOLA DE ALTO ALEGRE EM HORIZONTE-CEARÁ

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Luís Tomás Domingos

FORTALEZA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S582 Silva, Paulo Henrique Maciel da.
Avaliação em Profundidade Da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra–PNSIPN : acesso à saúde da população quilombola de Alto Alegre em Horizonte-Ceará / Paulo Henrique Maciel da Silva. – 2024.
128 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2024.
Orientação: Prof. Dr. Luís Tomás Domingos.
1. Política pública de saúde. 2. Saúde da população quilombola. 3. Identidade. 4. Etnogênese. I. Título.
CDD 320.6
-

PAULO HENRIQUE MACIEL DA SILVA

AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL
DA POPULAÇÃO NEGRA–PNSIPN: ACESSO À SAÚDE DA POPULAÇÃO
QUILOMBOLA DE ALTO ALEGRE EM HORIZONTE-CEARÁ

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas.

Aprovada em: 17/12/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luís Tomás Domingos (Orientador)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Prof.^a Dra. Maria de Nazaré Moraes Soares
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Milena Marcintha Alves Braz
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Waldeci Ferreira Chagas
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

AGRADECIMENTOS

Agradeço infinitamente a criança que fui e viveu momentos de alegria e tristeza: brinquei, sorri, chorei e corri com toda a minha energia. Ralei o joelho, caí andando de bicicleta, abracei e fui abraçado, mas também passei por situações de racismo. Muitas tardes, me sentava na calçada, trajando minha jardineira favorita e era minha única roupa nova cuidada para sair, e a felicidade aparecia quando assistia desenhos ou dançava São João com meu irmão. Era uma criança cheia de sonhos, embora não soubesse como manifestá-los, ou talvez soubesse, mas não era notada. Muitas vezes, não tinha os recursos necessários para realizá-los e não encontrava apoio.

Além disso, essa criança cresceu sem conhecer o pai, que partiu muito cedo, o que me levou a não entender a cena de vê-lo saindo de casa, cercado por muitas pessoas, e nunca mais retornar. Nunca tive festas de aniversário na infância, pois minha família não tinha condições para isso, mas adorava celebrar os aniversários dos meus colegas, comer doces e me divertir. Sim, eu desejava ter meu próprio aniversário, onde todos pudessem me parabenizar, achava tudo isso fascinante. Hoje, no entanto, entendo que existem outras formas de celebração e amor.

Na escola onde estudava, sempre gostei da sala de aula, meu local de refúgio para se defender e ao mesmo tempo viver coisas incríveis, aquele universo que me nutriu de felicidades e dores, mas frequentemente esquecia os livros. Gostava de escrever a carta no primeiro dia de aula, contando como foram as férias. Na escola, em dias chuvosos, eu acabava caindo na lama. Tinha um desejo profundo de ter amigos e sentia a falta da minha mãe durante o recreio. Na fila para pegar a sopa de letras, ia várias vezes, pois era o momento em que comia sem me preocupar com a possibilidade de não ter mais e meus irmãos ficarem sem comida. Aquele era um tempo em que me alimentava bem e, sempre que conseguia comprar um “chilito”, era um dos melhores momentos da escola.

Entretanto, eu caminhei por diversas invisibilidades e negações que, até então, não sabia reconhecer. Meu único anseio era sonhar, acreditar e seguir em frente, vivendo a inocência da infância, enquanto trilhava o caminho diante de um sistema que não enxerga as pessoas negras desde os primeiros anos de vida.

Revisitar minha infância é abrir espaço para reencontrar as alegrias e as tristezas que moldaram quem sou hoje. Meu objetivo é, por meio da educação, contribuir com a transformação e o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes negros. A essa criança, Paulo Henrique Maciel da Silva, sinto uma imensa gratidão. Reconheço que meu percurso até

aqui, construído com base em valores sólidos, é também uma forma de acolher, proteger e reforçar a esperança de que é possível superar as imensas desigualdades sociais, especialmente no que se refere a crianças negras, pobres e que vivem nas periferias. Todos os dias me encho de orgulho e esperança ao ver aquela criança evoluir para um jovem resiliente, sonhador e que se insurge contra as dificuldades nos dias atuais, protagonizando sua própria história ao se descobrir e se encontrar, se sentindo parte de uma construção contínua. Da criança que fui, guardo a habilidade de esperar e sonhar.

“Não sou descendente de escravos. Eu descendo de seres humanos que foram escravizados”.

(Makota Valdina)

RESUMO

Este estudo avalia a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no acesso à saúde pela comunidade quilombola de Alto Alegre, em Queimadas, zona rural de Horizonte-CE. O objetivo é investigar como a PNSIPN contribui para democratizar o acesso à saúde dessa população, com base na avaliação em profundidade de Rodrigues (2008) nas dimensões de conteúdo, contexto, trajetória, temporalidade e territorialidade. Reconhecendo as iniquidades históricas e o preconceito racial enfrentados, o estudo enxerga a promoção da saúde como essencial ao direito social à saúde dessas comunidades. De natureza qualitativa, com fins exploratórios e descritivos, utiliza estudo de caso (Yin, 2001; Gil, 2008) e técnicas de pesquisa bibliográfica, documental e entrevistas semiestruturadas (Minayo; Deslandes; Gomes, 2016). A análise foi realizada por meio de análise documental e de discurso, com abordagem contra-hegemônica e interdisciplinar (Gonçalves, 2008; Rodrigues, 2008; 2019; Gussi, 2008; 2019; Guissi; Oliveira, 2015; 2016). Adotando uma visão holística e interdisciplinar, o estudo considera fatores além das Unidades Básicas de Saúde (UBS), abrangendo elementos locais, municipais, estaduais e nacionais que influenciam o acesso à saúde. A análise inclui o papel de instituições como o Núcleo de Promoção das Políticas de Igualdade Racial de Horizonte (NUPPIRH) e o Centro Cultural Negro Cazuza, focando na promoção da saúde e preservação cultural da comunidade. A fundamentação teórica abarca as categorias Saúde (Silva, 2013; OMS; Ministério da Saúde), Raça (Gonzalez, 1988; Schwarcz, 1999; Munanga, 2014) e Gênero (Carneiro, 2003; Gonzalez, 2018; Rios; Ratts, 2018).

Palavras-chave: política pública de saúde; saúde da população quilombola; identidade; etnogênese.

ABSTRACT

This study assesses the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population (PNSIPN) regarding access to healthcare for the quilombola community of Alto Alegre, located in Queimadas, a rural area of Horizonte-CE. The primary aim is to investigate how the PNSIPN contributes to democratizing healthcare access for this specific population, based on an in-depth evaluation by Rodrigues (2008) across the dimensions of content, context, trajectory, temporality, and territoriality. Recognizing the historical inequities and racial prejudice faced by this community, the study views health promotion as essential for securing the social right to health. Qualitative in nature, with exploratory and descriptive aims, it utilizes a case study approach (Yin, 2001; Gil, 2008) and data collection techniques including bibliographic and documentary research, along with semi-structured interviews (Minayo; Deslandes; Gomes, 2016). Data analysis will be conducted through documentary and discourse analysis, applying a counter-hegemonic and interdisciplinary approach (Gonçalves, 2008; Rodrigues, 2008; 2019; Gussi, 2008, 2019; Gussi; Oliveira, 2015, 2016). Taking a holistic and interdisciplinary perspective, the study examines factors beyond Basic Health Units (UBS), encompassing local, municipal, state, and national elements influencing healthcare access. The analysis highlights institutions such (NUPPIRH) and the Negro Cazuza Cultural Center, emphasizing their role in promoting health and preserving the cultural heritage of the quilombola community. The theoretical framework includes Health (Silva, 2013; WHO; Ministry of Health), Race (Gonzalez, 1988; Schwarcz, 1999; Munanga, 2014), and Gender (Carneiro, 2003; Gonzalez, 2018; Rios; Ratts, 2018).

Keywords: public health policy; health of quilombola population; identity; ethnogenesis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Análise do discurso	31
Figura 2 -	Distritos pertencentes ao município de Horizonte	32
Figura 3 -	Trajetória de Negro Cazuza	72
Figura 4 -	Cazuza teria fugido de um navio negreiro que aportou na praia da Barra do Ceará	72
Figura 5 -	Certidão de reconhecimento da comunidade quilombola do Alto Alegre	74
Figura 6 -	Profissionais da UBS (A) em ação voltada para a distribuição de máscaras (B)	76
Figura 7 -	Municípios de Horizonte e Pacajus, com a localização do Território Quilombola de Alto Alegre e Base	78
Figura 8 -	Território Quilombola de Alto Alegre e Base	78
Figura 9 -	Trabalhos das bordadeiras da comunidade quilombola de Alto Alegre-CE	90
Figura 10 -	Análise da Avaliação em Profundidade: dimensão conteúdo-contexto	93
Figura 11 -	Mapa de localização do município de Horizonte	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
APS	Atenção Primária à Saúde
ARQUA	Associação dos Remanescentes de Quilombos de Alto Alegre e Adjacências
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEPPIR	Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para a Promoção da Igualdade Racial
CEQUIRCE	Comissão Estadual dos Quilombolas Rurais do Ceará
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIDACS	Centro de Integração de Dados da Fiocruz
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
Conasp	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
Deneru	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESPCE	Escola de Saúde Pública do Ceará
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FCP	Fundação Cultural Palmares
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MAPP	Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MinC	Ministério da Cultura
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
NUPPIRH	Núcleo de Promoção das Políticas de Igualdade Racial de Horizonte
PPA	Plano Plurianual
Pais	Programa de Ações Integradas de Saúde
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária

PNS	Política Nacional de Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
Prev-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
Pronaf	Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar
UBS	Unidade Básica de Saúde
SEPPIR	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	PERSPECTIVA AVALIATIVA E PERCURSO METODOLÓGICO	22
2.1	Análise de dados	29
2.2	Lócus da pesquisa	32
3	SAÚDE TEM COR? LINHA HISTÓRICA DA SAÚDE PÚBLICA	35
3.1	Primeiros movimentos das políticas sanitárias no Brasil	36
3.2	Década de 1950 no indicativo da conjuntura da saúde pública	38
3.3	Os Determinantes Sociais de Saúde e as especificidades da população negra: concepções e interseções	41
3.4	Uma abordagem conceitual da categoria raça	45
3.5	A mítica democracia racial, mãe do racismo institucional	48
3.6	A interseccionalidade na discriminação: uma discussão sobre gênero e raça	53
3.7	A saúde sexual e reprodutiva no Brasil	55
4	NADA SOBRE NÓS SEM NÓS: POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA	64
5	A COMUNIDADE QUILOMBOLA ALTO ALEGRE E O DIREITO À SAÚDE	71
6	MULHERES QUILOMBOLAS BENZEDEIRAS DE ALTO ALEGRE PROTAGONIZANDO PRÁTICAS DE CURA: ANCESTRALIDADE, SABERES E FÉ NO ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DA COVID-19	79
7	VOZES DE NEGRO CAZUZA: AVALIANDO A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE	91
7.1	Análises do contexto e conteúdo do atendimento na UBS de Queimadas no município de Horizonte-CE	92
7.2	Atendimento realizado pautado na PNSIPN trajetória institucional	98
7.3	Avaliando o acesso à saúde pela comunidade quilombola de alto alegre no município de Horizonte-CE e sua temporalidade e territorialidade ..	101
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
8.1	Entraves da pesquisa e sugestões para estudos futuros	109

8.2	Observações da pesquisa avaliativa para a agenda pública	110
	REFERÊNCIAS	113
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	121
	APÊNDICE B - INSTRUMENTOS DE COLETA: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (INSTITUIÇÃO PÚBLICA - SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE HORIZONTE)	123
	APÊNDICE C - INSTRUMENTOS DE COLETA: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTOR DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE-UBS QUE ATENDEM A COMUNIDADE QUILOMBOLA ALTO ALEGRE DO MUNICÍPIO DE HORIZONTE)	125
	APÊNDICE D - INSTRUMENTOS DE COLETA: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (MORADORES, LIDERANÇAS E ATIVISTAS DA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE ALTO ALEGRE NO MUNICÍPIO DE HORIZONTE)	127

1 INTRODUÇÃO

“A nossa escrevivência não pode ser lida como história de ninar os da casa-grande, mas sim para incomodá-los em seus sonhos injustos” (Evaristo, 2017).

Nas últimas décadas, o campo das políticas públicas tem sido amplamente debatido, com foco nas instituições, normas e modelos que orientam sua formulação, implementação e avaliação, conforme aponta Souza (2006). Há uma vasta gama de estudos empíricos e conceituais que evidenciam a limitação dos modelos tradicionais na interpretação dos mecanismos de interesses (Faria, 2003).

O estudo sobre a interação entre atores públicos e privados no processo de formulação de políticas públicas tem passado por reformulações significativas. Segundo Castro e Oliveira (2014), as políticas públicas e os processos de desenvolvimento apresentam uma dinâmica intensa, já que cada sociedade, ao longo de sua história, identifica problemas e propõe soluções conforme suas capacidades. Essas reformulações acontecem de maneiras distintas, levando em conta os contextos socio-históricos específicos de cada país.

Bacelar (2000) observa que as políticas públicas no Brasil passaram por transformações notáveis desde os anos 1930 até os dias atuais, ressaltando as características do Estado nesse período. Durante esse tempo, a formulação de políticas sociais assumiu uma abordagem autoritária e conservadora, com foco no desenvolvimento mais do que na transformação social. Estudos de avaliação, por sua vez, tendem a se concentrar em modelos técnicos para medir a efetividade, eficiência e eficácia das políticas (Dias; Matos, 2012).

Outro ponto relevante é que o modelo de avaliação positivista ainda influencia fortemente a análise das políticas públicas, muitas vezes negligenciando as populações afetadas por essas políticas e os contextos sociopolíticos e culturais, tanto nacionais quanto regionais e locais, nos quais elas são implementadas, com suas inevitáveis contradições (Gussi; Oliveira, 2015).

O presente trabalho é resultado de uma pesquisa de avaliação em profundidade que toma por objeto a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN): análise do acesso à saúde da população quilombola de Alto Alegre em Horizonte-CE. O interesse pessoal e profissional pelo objeto dessa pesquisa surgiu de inquietações resultantes de observações e intervenções no ambiente de trabalho, somadas às experiências profissionais adquiridas durante as vivências através do Programa de Pós-graduação Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará (PPGRM/ESPCE) e, atualmente, enquanto Assistente Social, na Secretaria Municipal de Educação de Horizonte. Durante a

atuação como Residente de Serviço Social, as particularidades da referida comunidade me geraram, e ainda geram, atravessamentos pessoais em relação à formação profissional.

Tendo em vista que os membros público-alvo da Unidade Básica de Saúde (UBS), que oferece serviços de saúde na localidade, têm um fazer próprio no que se refere ao tratamento de doenças, a UBS aparece como um complemento das atividades medicinais que eles(as) exercem por meio de ervas, plantas, chás e tudo o mais que reconheçam como cura ancestral.

Para além dos aspectos supracitados, trabalhar com a PNSIPN é, sobretudo, se reconhecer como sujeito negro que teve as suas próprias vivências atravessadas por políticas que nem sempre foram capazes de enxergar as especificidades dessa população. Isto porque, essas políticas fazem parte de um projeto colonialista que relegou vidas negras às margens do acesso, negando, desse modo, o mais básico direito, o acesso aos equipamentos de saúde.

Não por acaso, quando comparada à realidade de pessoas não-negras, o Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil (2009-2010) aponta a baixa qualidade, bem como, a baixa expectativa de vida de pessoas negras em se tratando de acesso à saúde. Em sua edição 2022, esse relatório teve como objetivo apresentar dados socioeconômicos sobre as desigualdades raciais e de renda no Brasil, analisando informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) entre 1987 e 2022. Os resultados mostraram um aumento na população autodeclarada preta, parda, indígena e amarela, ao mesmo tempo em que as desigualdades educacionais diminuíram. Contudo, brancos e amarelos continuam com melhores níveis de escolaridade, emprego e renda, e as taxas de desocupação permanecem altas entre pretos, pardos e indígenas.

A atuação profissional com a Comunidade Quilombola de Alto Alegre levanta uma série de questionamentos que impulsionam o fazer laboral, haja vista que, mesmo com a vigência da PNSIPN, foi possível notar que profissionais e, por vezes, a própria população, “fechavam os olhos” para as particularidades da comunidade, como se as necessidades desta fossem as mesmas e devessem ser tratadas dentro de um padrão universal de atendimento. Vale ressaltar que, apesar de a implementação de uma lei que trata especificamente da saúde da população negra ser positiva, é necessário que haja aprofundamento nos estudos a respeito da viabilidade da legislação, além da devida fiscalização de sua aplicação, para que pessoas não-brancas tenham seus direitos efetivados a partir de um serviço que foi criado para abarcar suas particularidades sócio-históricas.

Questionamentos nesse segmento foram responsáveis por direcionar esta dissertação, na qual se fortalece o entendimento de que as políticas públicas que tratam de

realizar reparações históricas para com a população negra precisam ser centro de estudos/pesquisas e debates, não só para fortalecer a academia, mas para que a sociedade civil possa acompanhar as mudanças que vêm ocorrendo na estruturação das políticas públicas, já que estas têm como um de seus principais objetivos de garantir direitos, considerando sua diversidade étnico-racial.

A história relegou ao povo negro um caminho velado e silenciado pelo preconceito, discriminação, injustiça, desigualdade e iniquidade, o excluindo das melhores oportunidades e condições de vida e negando o valor simbólico de suas tradições, saberes e fazeres (Nabuco, 2000). À população negra brasileira, é preciso, então, garantir a promoção da equidade como forma de fortalecer a democracia, por meio de políticas públicas afirmativas que se proponham a, minimamente, reverter os efeitos de injustiças de um passado que permanece atual (Nabuco, 2000).

Diante do exposto a definição de “Quilombo” é dada pela primeira vez em 1740 pelo Conselho Ultramarino, no qual define-se Quilombo como “toda habitação de negros fugidos que passem de cinco, em parte despovoada, ainda que não tenha ranchos levantados nem se achem pilões neles” (Almeida, 2002, p. 43-44). Pontuação acima que destaca a necessidade de dialogar sobre a diversidade populacional Brasileira.

A diversidade populacional e multicultural brasileira é uma característica conhecida e referenciada em todas as análises das ciências sociais e estudos antropológicos contemporâneos. Numa nação onde metade da população se autodeclara negra, é incompreensível a ausência do reconhecimento e da valorização da identidade étnica e cultural do negro (Anjos; Cypriano, 2006).

Portanto é válido pontuar que Segundo Ribeiro (2019), falar sobre racismo no Brasil é, sobretudo, fazer um debate estrutural. É fundamental trazer à discussão a perspectiva histórica, a começar pelo processo de escravização e as consequências advindas dele. Isto porque, é necessário pensar o modo como um sistema, representado por pessoas brancas, tem agido ao longo da história em benefício de seus próprios interesses, ao passo em que a população negra foi tratada como mercadoria e teve o acesso a direitos básicos negado, assim como teve acesso negado a bens, serviços e distribuição de riquezas.

No Brasil, frequentemente, nos deparamos com a ideia de que a escravidão foi mais branda do que em outros países. Isso nos impede de ter uma visão realista da forma como o sistema escravocrata ainda impacta a organização da nossa sociedade. É necessário, portanto, reconhecer as violências ocorridas durante o período escravista vivenciado em nosso país (Souza, 1983).

Uma das mais importantes expressões históricas da luta do povo negro no Brasil são os quilombos, pois remetem ao passado de um povo que se rebelou contra o sistema escravocrata, constituindo uma organização político-social e de identidade étnica.

De acordo com o Decreto n.º 4.887/2003, as Comunidades Quilombolas são: "os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida" (Brasil, 2003).

Para os quilombolas, a lógica do pertencimento, ainda hoje, contextualiza os processos que deflagram uma relação de diferença às questões do poder, principalmente porque se sabe que quem reivindica uma identidade encontra-se, quase sempre, em condição de subordinação (Reis; Gomes, 1996; Anjos; Cypriano, 2006).

A palavra "quilombo" assenta-se na etimologia Bantu, que significa "acampamento guerreiro na floresta". Popularizado no Brasil por apoiar as organizações de suporte instituídas pelos insurgentes contra o regime de escravidão e suas resistências, reivindicações e combates frente à escravidão, essa expressão trouxe ainda uma interpretação relevante para os negros(as) libertos(as), representando a sua longa caminhada de luta e busca por liberdade, conquistando, assim, outros contextos e perspectivas (Leite, 2015).

Nesse sentido, as comunidades quilombolas não desapareceram com o fim da escravização, elas seguem lutando pelo resgate de sua cultura e legitimidade até os dias atuais, se fazendo presentes em quase todos os estados brasileiros. Prova disso é que, em 2018, 144 comunidades remanescentes de quilombos foram certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP)¹, instituição vinculada ao Ministério da Cultura (MinC).

Essa certificação visa reconhecer origens, alargar direitos e ampliar o acesso a políticas públicas, permitindo que essas comunidades possam receber a titulação de seus territórios e se beneficiar de programas como o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF)², Programa Minha Casa, Minha Vida (MCMV)³, Brasil

¹ Ao longo dos anos, a Fundação Cultural Palmares tem trabalhado para promover uma política cultural igualitária e inclusiva, que contribua para a valorização da história e das manifestações culturais e artísticas negras brasileiras como patrimônios nacionais.

² O PRONAF financia projetos individuais ou coletivos, que gerem renda aos agricultores familiares e assentados da reforma agrária. O programa possui as mais baixas taxas de juros dos financiamentos rurais, além das menores taxas de inadimplência entre os sistemas de crédito do país. O acesso ao Pronaf inicia-se na discussão da família sobre a necessidade do crédito, seja ele para o custeio da safra ou atividade agroindustrial, seja para o investimento em máquinas, equipamentos ou infraestrutura de produção e serviços agropecuários ou não agropecuários. Disponível em: <https://idaf.es.gov.br/>.

³ O Programa Minha Casa, Minha Vida é uma iniciativa habitacional do governo federal do Brasil, criada pelo presidente Lula em março de 2009. Gerenciado pelo Ministério das Cidades, o programa oferece subsídios e

Quilombola (PBQ)⁴, e entre outros. Uma mostra do alcance dessa certificação é que, segundo dados disponibilizados pelo FCP, nos últimos 13 anos, 3.168 comunidades foram certificadas.

O reconhecimento de Comunidades Quilombolas pelo Estado brasileiro demorou muito tempo porque sempre encontrou resistência por parte dos grandes proprietários de terra. Esse reconhecimento, à medida que significava admitir que famílias quilombolas tinham direito legítimo sobre as terras que habitavam, só foi consolidado a partir da Constituição Federal de 1988. O Artigo 68 Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), enuncia: “Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras, é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir os títulos respectivos” (Brasil, 1988).

Ao tratar especificamente do Ceará, em março de 2019, a Comissão Estadual dos Quilombolas Rurais do Ceará (CEQUIRCE) realizou um mapeamento inédito da quantidade de quilombos existentes no estado. A Comissão concluiu que há 87 comunidades remanescentes de quilombolas, sendo que destas apenas 52 são reconhecidas pela FCP. O levantamento foi realizado em dois meses, graças a uma força-tarefa das lideranças quilombolas do Estado. No entanto, foi apenas no ano de 2022 que o Censo Demográfico do IBGE registrou, pela primeira vez, oficialmente, a população quilombola e comprovou o que as lideranças quilombolas já indicavam: há milhares de quilombolas residindo no estado do Ceará, na atualidade. São 23.955 pessoas distribuídas em 68, das nossas 184 cidades. Segundo esse levantamento, as cidades de Caucaia e Horizonte são os territórios com mais quilombolas: 2.615 e 2.282 residentes, respectivamente.

Cabe destacar que as comunidades quilombolas são consideradas grupos étnico-raciais. Segundo critérios próprios de autoatribuição, são comunidades com trajetória comum, modo singular de tratar as relações territoriais, de ancestralidade negra e história de resistência à opressão, desde o período escravocrata⁵.

Um ponto primordial dos quilombos é o seu território. O território dos quilombos

taxas de juros reduzidas para tornar mais acessível a aquisição de moradias populares, tanto em áreas urbanas quanto rurais, com o objetivo de combater o déficit habitacional no país. Desde a sua criação, o programa já entregou mais de 6 milhões de habitações. Disponível em: <https://www.gov.br/cidades/pt-br>.

⁴ O Programa Brasil Quilombola foi lançado em 12 de março de 2004, com o objetivo de consolidar os marcos da política de Estado para as áreas quilombolas. O Plano é base da Agenda Social Quilombola (Decreto 6261/2007), que agrupa as ações voltadas às comunidades em quatro eixos: Acesso à Terra, Infraestrutura e Qualidade de Vida, Inclusão Produtiva e Desenvolvimento Local e Direitos e Cidadania. A coordenação geral do Programa é de responsabilidade do MDH, por meio da Seppir, que atua em conjunto com os 11 ministérios que compõem o seu Comitê Gestor. Apesar da coordenação centralizada, as ações do plano são mais amplas que a atuação destas instituições e, frequentemente, incluem parcerias com outros órgãos do Governo Federal. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br>.

⁵ Disponível em: < <http://www.palmares.gov.br/>>.

é reconhecido legalmente pela Constituição Federal de 1988, no artigo 68 dos Atos das ADCT complementado pelo Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, que dispõe sobre a demarcação dos territórios quilombolas. Segundo o artigo 2º do Decreto 4.887/2003, são consideradas terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos as utilizadas para a garantia de sua reprodução física, social, econômica e cultural. Assim sendo, um território se constitui a partir de uma porção específica de terra acrescida da configuração sociológica, geográfica e histórica que os membros da comunidade imprimiram nela ao longo do tempo.

É por esse motivo que, segundo o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) e a Diretoria de Ordenamento da Estrutura Fundiária Coordenação Geral de Regularização de Territórios Quilombolas (DFQ), ao se regularizar um território como sendo quilombola, é preciso considerar, para além da ocupação atual das terras, o espaço necessário para a reprodução física e social da comunidade, como forma de possibilitar o exercício pleno das suas características e valores (INCRA; DFQ, 2017).

A partir dos dados coletados para realização desta pesquisa, foi evidenciado que a doença falciforme e a hipertensão arterial sistêmica têm sido registradas com frequência nas comunidades quilombolas. A ausência de água tratada e a falta de condições sanitárias ideais são a causa do volume substancial de relatos de surtos de diarreia e doenças dermatológicas entre grande parte das populações remanescentes de quilombos.

Desse modo, observamos que a principal problemática é oferecer saúde integral, combinada com manutenção das crenças e tradições desses grupos. É fato que muitos povos quilombolas ainda se utilizam de práticas alternativas, assim como, do uso de plantas consideradas por eles como medicinais.

Esses grupos representam um dos segmentos afro-brasileiros e habitam diversas regiões do Nordeste do Brasil. Formadas por famílias descendentes de escravizados, essas comunidades preservaram boa parte de seus costumes e mantiveram, pelo menos em parte, as tradições herdadas de seus antepassados (Reis, 2010). Em geral, estão situados em áreas rurais, onde conservam suas práticas culturais, convencionais, costumes e o conhecimento ancestral sobre plantas medicinais (Diegues, 2000).

Por isso, torna-se fundamental aproximar a discussão dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), especialmente em populações/comunidades/grupos que estão mais suscetíveis a situações de vulnerabilidade social, como é o caso das comunidades quilombolas.

Reconhecendo essa suscetibilidade, em 2009, a PNSIPN assinalou o apoio às comunidades quilombolas, devido às iniquidades sofridas, tais como, preconceito racial,

doenças genéticas, e doenças adquiridas por dificuldades de acesso à saúde, dentre as quais se destacam a tuberculose, o diabetes, a hipertensão arterial e a hanseníase. Portanto, mostra-se imprescindível pensar a promoção da saúde nas comunidades quilombolas como forma estratégica de democratizar o conhecimento a respeito dos direitos e deveres dessas comunidades frente ao exercício da cidadania.

Diante disso, o que foi pretendido com esta pesquisa é alcançar o objetivo geral de avaliar a PNSIPN como promotora da democratização da saúde da População Quilombola de Alto Alegre em Horizonte-CE. Os objetivos específicos que nos guiaram nesse processo foram: 1. Realizar um resgate histórico a respeito de estudos sobre o acesso a políticas públicas por parte da população negra; 2. Analisar o *modus operandi* da PNSIPN na UBS que atende a Comunidade Quilombola de Alto Alegre em Horizonte-CE; 3. Avaliar o desenvolvimento da referida política pública para a Comunidade Quilombola a ser estudada.

Este estudo foi conduzido com uma abordagem contra-hegemônica, centrada em uma avaliação aprofundada que permite uma análise interdisciplinar e multidimensional das políticas públicas (Rodrigues, 2008; 2019; Gussi, 2008; 2019; Guissi; Oliveira, 2015; 2016; Gonçalves, 2008). Rodrigues (2008) afirma que, para garantir que a avaliação em profundidade seja completa, é necessário utilizar uma variedade de dados e informações, como entrevistas detalhadas e observações em campo. Além disso, é recomendada a análise de materiais institucionais, com foco tanto no suporte conceitual quanto nas formas discursivas, além de uma abordagem cultural que permita entender as diferentes interpretações de um programa em contextos diversos.

A autora aponta quatro dimensões analíticas indispensáveis para a realização dessa avaliação em profundidade: a análise de conteúdo, a análise do contexto, A trajetória institucional de programas e políticas, e a abrangência temporal e territorial. Lejano (2012) reforça a relevância de considerar múltiplas interpretações e experiências no processo de avaliação de políticas públicas. A avaliação deve ir além do desenho das políticas, incluindo também sua implementação prática e valorizando as experiências e percepções de indivíduos e comunidades afetadas, o que enriquece todo o processo avaliativo.

Para tanto, o texto está dividido em sete capítulos mais as considerações finais. Após o capítulo introdutório, o segundo capítulo retrata a perspectiva avaliativa e o percurso metodológico da pesquisa em questão. A metodologia empregada foi a qualitativa, com embasamento na perspectiva da Avaliação em Profundidade (Rodrigues, 2008; 2011). O recorte temporal escolhido foi o compreendido entre os anos de 2020 e 2024. As técnicas de coleta de dados envolveram análise documental e aplicação de questionários. O cenário da

pesquisa foi o município de Horizonte-CE, mais especificamente, a comunidade quilombola de Alto Alegre.

No terceiro capítulo, foi realizado sucinto levantamento histórico da saúde pública desde sua organização, até a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), pontuando avanços atuais, perpassando o recorte imprescindível dos DSS e especificidades da população negra: concepções e intersecções no cenário social e político que originaram inquietações no indicativo de movimento interventivo propositivo. Abarcando a saúde sexual e reprodutiva no Brasil, pois possibilita conhecer a totalidade da questão saúde que perpassa homens e mulheres destacando recorte imprescindível a pessoas negras e quilombolas.

Evocamos ainda uma abordagem conceitual da categoria raça no indicativo de seus desdobramentos e enfrentamentos referentes ao acesso à saúde da população negra. Utilizamos, para isso, referencial teórico inicial sobre Identidade, tema que norteou o início desta pesquisa, perpassando pelo olhar da mítica da democracia racial, mãe do racismo institucional.

Incorporando o conceito de interseccionalidade na discriminação, propomos uma discussão sobre gênero e raça, compreendendo-os como marcadores sociais que atravessam a população específica de que tratamos nesse estudo e impactam diretamente no processo de acesso, permanência e emancipação social. No quarto capítulo, apresentamos panorama esmiuçado da PNSIPN, discorrendo sobre sua atualização e materialização no indicativo da promoção à saúde no Brasil.

No quinto capítulo, apresentamos de forma mais aprofundada a comunidade quilombola de Alto Alegre e as questões relativas ao direito à saúde, assim como, as condições sociais e políticas que permitem a autoatribuição de membros dessa comunidade como remanescentes de quilombos, além de sua luta pelo reconhecimento legal perante o Estado brasileiro, evocando relações étnico-raciais além das aparências.

O sexto capítulo trará, por sua vez, recorte do cenário pandêmico e da insurgência das raizeiras e benzedeiras, com sua ancestralidade, no enfrentamento a Covid-19: mulheres quilombolas protagonizando processos de cura. Nessa seção, apresentaremos o contexto social relativo à promoção de saúde extra, através de saberes ancestrais. Além disso, trataremos do olhar da comunidade quilombola de Alto Alegre, Ceará, acerca da validação e eficácia das plantas que seus membros consideram medicinais.

Os saberes ancestrais sobre o uso de plantas e ervas medicinais, quando incorporados ao SUS e integrados às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Comunidade, geraram grandes avanços. Essa articulação fortalece a atenção à saúde, ao unir o

conhecimento tradicional com as práticas do SUS, resultando em abordagens mais integradas e práticas.

O contexto pandêmico foi marcado pelo alto índice de contágio do novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da Covid-19, devido à rapidez da proliferação e à lacuna apresentada pelo poder público no tocante a subsídios para combater a doença. Por conseguinte, engendramos considerações sobre os processos de identificação étnica na promoção da saúde, com protagonismo de mulheres quilombolas, raizeiras e benzedadeiras que praticam alternativas ancestrais no fazer saúde.

O sétimo capítulo é alimentado e desenvolvido pelas vozes descendentes de Negro Cazuza, figura histórica e ancestral que originou os primeiros troncos familiares da comunidade quilombola de Alto Alegre, em Horizonte, Ceará. Através de seu laço afetivo com uma indígena da tribo Paiacu.

Pontuamos também, nesse capítulo, a avaliação da política pública de saúde voltada para a população negra. Vale destacar que são acolhidas e articuladas as experiências e saberes de profissionais e gestores da saúde municipal e territorial, bem como entrevistas de campo, nas quais serão reunidos saberes, histórias e expressões da ancestralidade. Isso abrange o cenário social, cultural, econômico, político e o acesso à política pública de saúde, além das conquistas e resistências vivenciadas na comunidade quilombola, lócus dessa insurgente pesquisa.

Por fim, realizamos as considerações emergente da pesquisa avaliativa, proposições essenciais para o construir, caminhar e desenvolver da política pública e elementos construtivos com viés propositivo para tratar das lacunas apresentadas no tocante à temática principal deste trabalho, vislumbrando uma agenda pública voltada para elaboração, fortalecimento e implementação de políticas públicas em saúde específicas no tocante à população negra.

2 PERSPECTIVA AVALIATIVA E PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo tem o objetivo de apresentar os elementos avaliativos de nosso estudo. Desse modo, serão detalhados a política em análise e o campo avaliativo da pesquisa, assim como o percurso metodológico. Isto porque, o intuito de um Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas é qualificar profissionais na avaliação de políticas públicas em diversas áreas, como saúde, educação, assistência social, entre outras. Conforme afirma Gil (2002, p. 19), a pesquisa é definida como o

[...] procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. Ela se desenvolve por um processo constituído de várias fases, desde a formulação do problema até a apresentação e discussão dos resultados. Dito de outra forma, a pesquisa é requerida quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema, ou então quando a informação disponível se encontra em tal estado de desordem que não possa ser adequadamente relacionada ao problema (Gil, 2002, p. 19).

Nessa conjuntura, as perspectivas avaliativas em políticas públicas são múltiplas e englobam diferentes abordagens e metodologias, constituindo-se, desse modo, em uma atividade complexa. Dentre as várias perspectivas avaliativas existentes, uma abordagem que tem ganhado destaque é a perspectiva de Avaliação em Profundidade⁶, que tem como expoente a professora Léa Carvalho Rodrigues, com suas construções exitosas de trabalhos relevantes nos anos de 2008 e 2011.

Ainda que falar em avaliação em profundidade possa expressar, num sentido metafórico, a imersão em uma particularidade do campo de investigação salienta que o sentido aqui referido é o de abarcar a um só tempo as dimensões dadas tanto no sentido longitudinal – extensão no comprimento – como latitudinal – extensão na largura, amplitude. Assim, desta perspectiva, quanto mais mergulhamos na situação estudada, mais ampliamos o campo de investigação. Olhamos à frente e para os lados, acima e abaixo, porque a compreensão focada, direcionada, certamente a mais fácil, com certeza será sempre limitada (Rodrigues, 2008, p. 10).

Justamente em função desse compromisso direcionado no campo investigado, que se optou pela Avaliação em Profundidade apresentada pela autora. Segundo Rodrigues (2008), esse tipo de proposta de avaliação de política pública denota aspectos importantes, como uma acentuada extensão, um grande detalhamento, uma densidade e amplitude, bem como, uma multidimensionalidade. As dimensões que necessitam ser consideradas numa Avaliação em

⁶Essa perspectiva foi gestada no âmbito do Mestrado Acadêmico em Avaliação de Políticas públicas – MAPP/UFC. Para ver mais, consulte Gussi (2016) que explica como a referida perspectiva avaliativa foi desenvolvida por professores – pesquisadores do MAPP.

Profundidade segunda a autora, são:

1. Análise de conteúdo do programa com atenção a três aspectos: formulação, bases conceituais e coerência interna;
2. Análise de contexto da formulação da política;
3. Trajetória institucional de um programa; e
4. Espectro temporal e territorial.

A metodologia de avaliação em profundidade de políticas públicas não obedece a modelos a priori, mas sim constitui uma construção processual do avaliador – pesquisador, que faz suas escolhas metodológicas ao longo do processo avaliativo. Isso implica um exercício de reflexão constante do avaliador quanto ao lugar sociopolítico, exigindo uma vigilância permanente para não cair nas armadilhas da subjetividade, dos seus próprios interesses e da sua vinculação institucional com a política pública, o que pode implicar em vieses avaliativos (Carvalho; Gussi, 2011, p. 89).

Dessa maneira, durante todo o procedimento de utilização do instrumento de coleta de dados, foi mantida a preocupação de que os processos indicados pelos autores mencionados fossem rigorosamente seguidos. Isso garantiu que uma avaliação minuciosa fosse realizada, possibilitando o exame da análise da política pública, pautando diretamente a PNSIPN 2009, na comunidade quilombola de Alto Alegre, localizada em Horizonte, Ceará, no período entre 2020 e 2024.

A implementação da pesquisa levou em conta os quatro eixos propostos por Rodrigues (2008). Dessa forma, foi analisado o conteúdo da Política Pública de Saúde, o contexto em que essa política foi elaborada e os impactos que os cenários políticos tiveram ao longo do tempo. Além disso, foi considerado o espectro temporal e territorial, com ênfase na comunidade quilombola de Alto Alegre, localizada no município de Horizonte, no Ceará, conforme demonstramos no Quadro 1.

As diversas dimensões se manifestaram ao longo de todo o processo, proporcionando amplitude, em conformidade com a proposta de avaliação minuciosa, o que, por sua vez, conferiu a solidez indispensável ao trabalho.

Quadro 1 - Dimensões de uma avaliação em profundidade segundo Rodrigues (2008)

Dimensões de uma avaliação em profundidade segundo Rodrigues (2008)	Maneira como a dimensão foi contemplada no trabalho
- Análise de conteúdo do programa e da política – Relaciona-se ao estudo sobre a formulação (objetivos, critérios, dinâmica de implantação, acompanhamento); bases conceituais (paradigmas orientadores, conceitos e noções centrais, concepções e valores que informam a política (coerência interna).	Pesquisa do marco referencial da política contemplando as leis, documentos institucionais, e trâmites de modificações e atualizações legais do âmbito da política compreendendo o período de avaliação da política.
Análise de contexto da formulação da política – Análise do momento político e das condições socioeconômicas em que foram formulados. Contextos do processo (no tempo) do programa e da política: articulação entre o processo do programa / política a contextos diferenciados.	Verificação em sites oficiais, leituras de artigos, dissertações, dentre outros meios que evidenciaram relação e vivência na conjuntura de criação e implantação da política.
Trajetória institucional da política e do programa – Refere-se à apreensão do grau de coerência ou dispersão dos objetivos do programa conforme o trânsito do mesmo pelas vias institucionais, no perpassar do tempo.	Rastreamento às distintas fases da política na implementação e desenvolvimento junto aos profissionais de saúde. - Apresentado na perspectiva dos atores que vivenciaram o processo, tornaram visíveis e conhecidas suas percepções por meio de suas respostas e de suas "falas".
- Espectro temporal e territorial abrangido pelo programa – Trata do percurso da política de forma a confrontar suas propostas e objetivos gerais com as especificidades locais e sua historicidade atribuindo-se aí, a importância da dimensão cultural.	Estruturação dos dados obtidos para alcançar um maior nível de abstração e síntese. Elaboração de gráficos, técnica qualitativa de análise.

Fonte: Adaptado de Rodrigues (2008).

A escolha por avaliar a PNSIPN se deu a partir da observação do modo como está vem se desenvolvendo na comunidade quilombola de Alto Alegre-CE, oportunizando acesso à saúde e lançando um olhar direcionado às especificidades da população negra quilombola que lá reside. É necessário destacar o movimento de alcance e as lacunas percebidas pelo olhar da população quilombola de Alto Alegre e do pesquisador deste estudo.

Stufflebeam (2000) trata a avaliação de políticas públicas como atividade sistemática voltada à coleta, análise e interpretação de informações, com o intuito de fornecer dados úteis para os tomadores de decisão. Considerando essa perspectiva, neste trabalho,

avaliamos o desenvolvimento prático vivenciado por uma política pública da área da saúde.

Diante do exposto entende-se por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui, simultaneamente, a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade crítica e sua sensibilidade) (Minayo; Deslandes; Gomes, 2016)

Sobre metodologia, Minayo, Deslandes e Gomes (2016) também ressaltam que:

A seção de metodologia contempla a descrição da fase de exploração de campo (escolha do espaço da pesquisa, critérios e estratégias para a escolha do grupo/sujeitos de pesquisa, a definição de métodos, técnicas e instrumentos para a construção de dados e os mecanismos para entrada em campo), as etapas do trabalho de campo e os procedimentos para análise (Minayo; Deslandes; Gomes, 2016, p. 43).

A comunidade quilombola de Alto Alegre, em Horizonte-CE, *lócus* desse estudo, é a efetivação de um espaço de ancestralidade, resistência, memória e insurgência na luta por justiça e democracia. Na perspectiva de aprofundar o conhecimento sobre a temática da pesquisa e compreender os sentidos que permeiam essas políticas de saúde para a população negra, entende-se que uma análise qualitativa é a que mais se adequa aos objetivos deste estudo.

Minayo, Deslandes e Gomes (2016, p. 20) afirmam que “a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, no âmbito das ciências sociais, com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”. Ou seja, a análise qualitativa não é uma mera classificação de opinião dos informantes, é muito mais. É a descoberta de códigos sociais a partir das falas, símbolos e observações. A busca da compreensão e da interpretação à luz da teoria aporta uma contribuição singular e contextualizada do pesquisador.

Outrossim, o método científico em que este estudo se embasa teoricamente é a dialética, tendo em conta que, numa perspectiva dialética, é possível realizar um estudo totalizante a respeito da estruturação da PNSIPN enquanto política pública complementar a PNS e, sobretudo, compreender como as ações da política supracitada atendem, ou não, as demandas de saúde da Comunidade Quilombola em questão, não como uma situação isolada, mas como um estudo que abarca de maneira totalitária o modo de ser dessa população.

O campo teórico-metodológico da avaliação de políticas públicas é complexo e, nos tempos atuais, passa por disputas, lidando com uma construção hegemônica de avaliações técnico-gerenciais e positivistas e, ao mesmo tempo, com iniciativas contra-hegemônicas que

ampliam as possibilidades de compreensão e de visibilidade dos(as) sujeitos(as) envolvidos(as) em determinadas políticas públicas, considerando a dinâmica do real.

Dito isto, o Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP), da Universidade Federal do Ceará (UFC) empreende, por meio de um grupo de docentes e discentes, a luta pelo fortalecimento de uma perspectiva contra-hegemônica. Segundo Gussi (2019, p. 2), “[...] a experiência em avaliação de políticas públicas do MAPP vem construindo especificidades com outros aportes políticos, epistemológicos e metodológicos em avaliação [...]”. Com isso, essa abordagem de avaliação tem gerado um conhecimento específico no debate entre epistemologia e política, contrastando com as avaliações técnicas e positivistas que focam em indicadores econômicos e quantitativos. O MAPP se opõe a essas abordagens ao defender avaliações multidisciplinares e contextuais, com uma perspectiva hermenêutica-interpretativa adaptada ao Ceará (Gussi, 2019).

Nesta perspectiva, os objetivos deste estudo se definem como descritivo-exploratórios, focando na observação de ações educativas em saúde. O intuito é compreender melhor a eficácia da PNSIPN e do desenvolvimento de iniciativas que promovem a concretização dos direitos da comunidade por meio dessa política. Além disso, a pesquisa destaca o papel fundamental dos profissionais, que poderão propor meios para viabilizar a efetiva implementação do acesso aos direitos previstos na PNSIPN.

Portanto, para melhor responder aos objetivos desta pesquisa, foi realizado um levantamento bibliográfico e documental e a aplicação de questionário semiestruturado, de forma presencial com o sujeito da pesquisa, objetivando compreender como se deram as formas de acesso a direitos – neste caso à política de saúde – por parte da população negra⁷. Por conseguinte, a pesquisa apresentar-se-á numa abordagem qualitativa/quantitativa, tanto para analisar dados, quanto para correlacioná-los às vidas negras, que têm suas vivências transpassadas por diversas formas de violência.

Embora pouco explorada, não só na área da educação, como em outras áreas da assistência social, a análise documental pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema.

Em uma pesquisa qualitativa, o universo corresponde ao grupo ou população que o pesquisador tem como foco de investigação. Cabe ao pesquisador definir o tamanho da amostra com base nesse universo. No entanto, na pesquisa qualitativa, não é

⁷ Leia-se a população quilombola.

obrigatório estudar o universo inteiro; o pesquisador opta por um subconjunto representativo desse universo para compor sua amostra (Oliveira, 2016).

Os sujeitos da pesquisa foram moradores (01), lideranças quilombolas (02), gestores (01), trabalhadores (02) e usuários dos serviços da Estratégia Saúde da Família vinculados à UBS Maria do Carmo Nogueira (UBS Carminha Nogueira), articulados ao olhar atento e promotor da Secretaria Municipal de Saúde. Os participantes foram convidados a envolver-se na pesquisa voluntariamente sem contrapartidas financeiras. Para a seleção dos profissionais de saúde, priorizou-se a composição das equipes da ESF, no caso, enfermeiro e agente comunitário de saúde. Durante as incursões de campo, foram incluídas as participações da comunidade quilombola, pois estes sujeitos exerceram atuação de liderança durante o enfrentamento à Covid-19 e no decorrer da história da comunidade, através da mobilização, organização e articulação da comunidade.

As atividades de campo em curso, ou seja, o movimento desta pesquisa segue viva, com um olhar ampliado, crítico e horizontalizado, articulado ao território dinâmico que expressa a ancestralidade na atualidade.

A primeira etapa, de inserção no campo, foi realizada por meio de visitas para desenvolvimento do fazer profissional e explorações presenciais, com objetivo de conhecer os locais para realização da coleta de dados. Foi realizado contato inicial com os profissionais da UBS local, por intermédio da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP) e da Secretaria de Saúde do Município Horizonte. Em seguida, foi programado o agendamento das visitas de ações educativas em saúde. É válido pontuar que esta organização, articulação e construção de vínculos perduram até os dias atuais no viés profissional e de pesquisa.

Foram construídos alguns cadernos com anotações, desenhos e materiais recolhidos durante as visitas e atividades de campo realizadas em Alto Alegre que representam o diário de campo dessa pesquisa. O trabalho de campo é uma ferramenta valiosa de aprofundamento da pesquisa, envolvendo a articulação de proposições teóricas com a experiência empírica na produção de saberes contextualizados e territorializados.

“Os diários compreendem registros que vão além dos procedimentos técnicos e capturam conversas que acontecem nas filas de ônibus, no balcão da padaria, nos corredores das universidades; outras são mediadas por jornais, revistas, rádio e televisão (Spink, 2003). Ou seja, os diários de campo possibilitam visualizar aspectos da implicação do(a) pesquisador(a) com o campo estudado (Kroef; Gavillon; Ramm, 2020).

A construção desses diários compreende a produção dos procedimentos do estudo, o registro de atividades realizadas e também as possíveis alterações que ocorreram ao

longo do percurso da pesquisa, além de funcionar como narrativa das impressões do(a) pesquisador(a). Sendo uma ferramenta relevante para a autoanálise do(a) pesquisador(a), é um texto não finalizado, mas ainda assim um material de análise da pesquisa, havendo partes que não serão mencionadas em publicações científicas, mas que devem ser consideradas durante a análise dos dados (Weber, 2009).

As entrevistas são contatos sociais e não simplesmente meios passivos de se obter informações. Os métodos para gerar e manter conversações com pessoas sobre um tópico específico, um leque de tópicos e as interpretações que os pesquisadores fazem dos dados resultantes, constituem os fundamentos do ato de entrevistar e das entrevistas (May, 2004). A entrevista é considerada uma modalidade de interação entre duas ou mais pessoas. Trata-se de uma conversação dirigida a um propósito definido que não é a satisfação da conversação em si, mas objetiva a troca de informações (Fraser; Gondim, 2004).

Portanto, entrevista semiestruturada é uma opção de caminho para o pesquisador em relação ao nível de diretividade da conversação. O entrevistador introduz o tema da pesquisa e deixa o entrevistado livre para discorrer sobre o mesmo, fazendo apenas interferências pontuais, que seguem um roteiro de tópicos gerais pré-estabelecidos (Batista; Matos; Nascimento, 2017).

A entrevista semiestruturada permeia os métodos estruturados e os focalizados, pois as perguntas são normalmente específicas, mas o entrevistado tem liberdade de ir além na produção das respostas. Permite que os(as) participantes respondam mais nos seus próprios termos do que as entrevistas padronizadas, assumindo signos e sentidos próprios do seu contexto cultural (May, 2004; Minayo, 2009). Esse tipo de entrevista combina perguntas fechadas (perfil) e abertas, em que o(a) entrevistado(a) tem a possibilidade de abordar sobre o tema em foco sem se prender ao questionamento formulado (Minayo, 2009).

É válido ressaltar que a organização do agendamento das entrevistas para este trabalho ocorreu a partir das sugestões de datas e horários convenientes para os moradores e lideranças, quilombolas, profissionais e gestores, de maneira que não gerasse impactos negativos para o funcionamento e realização das atividades da equipe junto à comunidade quilombola. Os registros das entrevistas foram codificados segundo a nomenclatura estruturada da seguinte forma: nomes que representem a história da comunidade e sua cultura em questão: Negro Cazusa, ARQUA Rios, Mãe Davel, NUPPIRH Luar, Maria Resistência, Francisco Insurgência, Maria Caminhos Aberto e Indigena Paiacu.

2.1 Análise de dados

Em consonância com a perspectiva de avaliação em profundidade, essa pesquisa avaliou a PNSIPN como uma política pública promotora de democratização do acesso à saúde pela comunidade quilombola de Alto Alegre no município de Horizonte-CE.

Para alcançar o primeiro objetivo, que é examinar o conteúdo e o contexto da política pública de saúde voltada para a população negra em Horizonte, foi realizada uma revisão do marco regulatório dessa política inclusiva no município, além de uma análise das condições políticas e socioeconômicas presentes durante sua implementação. Conforme enfatiza Rodrigues (2008), a análise de documentos institucionais é fundamental para permitir uma investigação mais aprofundada. Sendo assim, para essa pesquisa, adotou-se uma coleta de dados baseada em revisão bibliográfica e documental.

De acordo com Gil (2008), a pesquisa bibliográfica é uma metodologia bastante utilizada na produção de conhecimento, fundamentando-se no uso de materiais previamente publicados, como livros e artigos acadêmicos, para reunir informações que embasam a análise e argumentação. Esse tipo de pesquisa é geralmente exploratória, sendo útil para examinar diferentes visões e posicionamentos sobre uma questão específica. A coleta de dados incluiu a análise de leis e suas tramitações, portarias, decretos, documentos institucionais, artigos, sites de ministérios e dos governos estadual e municipal, secretarias, jornais, livros e entrevistas semiestruturadas (Gil, 2008).

A análise documental dos dados seguiu o método de Cellard (2008), que recomenda avaliar o contexto de produção do documento, seus autores, autenticidade e confiabilidade, além de explorar os conceitos principais e a lógica interna do texto. Também foi empregada a Análise de Discurso (AD), conforme indicado por Rodrigues (2008) e Orlandi (2009).

O segundo objetivo examinou a trajetória institucional da política inclusiva em Horizonte, com foco em suas limitações e possibilidades, além da implementação pelos agentes envolvidos e exigiu o estudo das instituições responsáveis, como as unidades básicas de saúde (UBS), a comunidade e a secretaria de saúde. Para tanto, recorreu-se à pesquisa bibliográfica, documental e a entrevistas estruturadas com os representantes dessas instituições.

A coleta documental e a AD foram utilizadas para alcançar os objetivos definidos, considerando as especificidades locais e a forma como os entrevistados descrevem suas experiências, seguindo a metodologia de Orlandi (2009). Segundo essa autora, a AD considera

o indivíduo um ser social, político e cultural, e vê o discurso, expresso pela linguagem, como uma produção cultural inserida no contexto social e de vida do indivíduo.

Para cumprir o terceiro objetivo, que buscou entender a territorialidade e a temporalidade da política sob a perspectiva dos atores institucionais diretamente envolvidos, foram realizadas entrevistas semiestruturadas como principal técnica de coleta de dados. Conforme Minayo, Deslandes e Gomes (2016), esse tipo de entrevista permite ao pesquisador uma abordagem flexível, com perguntas abertas e fechadas, sem a necessidade de uma sequência fixa. Na análise dos dados, foi utilizada a AD, considerando os aspectos específicos da técnica, a linguagem dos entrevistados e as características territoriais envolvidas (Orlandi, 2009).

Conforme apresentado no Quadro 2 e conforme descrito por Morais (2024), esta etapa visa detalhar as fases da AD, segundo a concepção de Orlandi (2009), aplicada aos dados coletados nas entrevistas semiestruturadas com os participantes envolvidos na política em questão.

Quadro 2 - Matriz resumo de articulação metodológica

Objetivo geral: Avaliar a PNSIPN como promotora da democratização da saúde da População Quilombola de Alto Alegre em Horizonte-CE		
Objetivos específicos	Procedimento de coleta dos dados	Procedimento de análise dos dados
1-Realizar um resgate histórico a respeito de estudos sobre o acesso a políticas públicas por parte da população negra.	Pesquisa Documental, Pesquisa bibliográfica, Entrevista semiestruturada (Gil, 2008; Minayo; Deslandes; Gomes, 2016).	Análise Documental e Análise de Discurso (Rodrigues, 2008; Orlandi, 2009).
2-Analisar o <i>modus operandi</i> da PNSIPN na UBS que atende a Comunidade Quilombola de Alto Alegre em Horizonte-CE.	Pesquisa Documental, Pesquisa bibliográfica, Entrevista semiestruturada (Gil, 2008; Minayo; Deslandes; Gomes, 2016).	Análise Documental e Análise de Discurso (Rodrigues, 2008; Orlandi, 2009).
3-Avaliar o desenvolvimento da referida política pública para a Comunidade Quilombola a ser estudada.	Pesquisa Documental, Pesquisa bibliográfica, Entrevista semiestruturada (Gil, 2008; Minayo; Deslandes; Gomes, 2016).	Análise Documental e Análise de Discurso (Rodrigues, 2008; Orlandi, 2009).

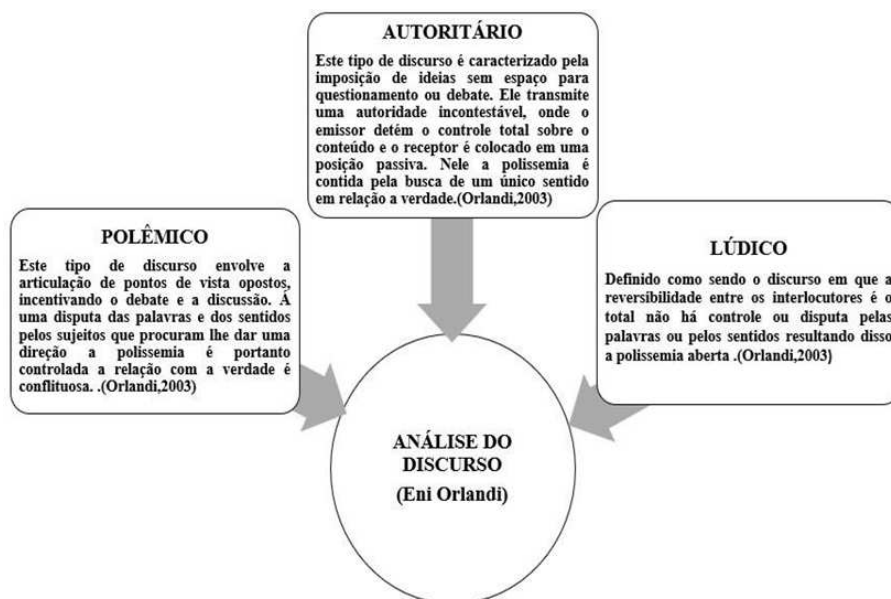
Fonte: Morais (2024, p. 99).

Orlandi (2009) descreve o discurso como uma prática social profundamente ligada à linguagem, fundamental para a construção de significados. Para ela, o discurso configura-se como um espaço socialmente construído, onde ideologias, crenças e relações de poder são

simultaneamente produzidas e mantidas. Nesse contexto, a AD busca revelar como os significados são formados e como se conectam ao contexto social mais amplo.

Orlandi (2009) apresenta uma classificação do discurso que leva em conta suas características de polissemia e interlocução, bem como as condições históricas e sociais de sua produção. Segundo a autora, o discurso pode ser dividido em três tipos: autoritário, polêmico e lúdico. Compreender essa tipologia é essencial para investigar como os discursos atuam em diferentes contextos e influenciam a construção, a circulação e o questionamento do conhecimento. Orlandi (2009) também destaca o papel social do discurso na formação da cidadania e na capacidade do indivíduo de pensar e agir criticamente dentro da sociedade. Além disso, a autora aponta que esses tipos de discurso — autoritário, polêmico e lúdico — não precisam existir isoladamente; ao contrário, eles podem se integrar, gerando um jogo de forças visível em cada prática discursiva. Essa tipologia proposta por Orlandi é representada na Figura 1.

Figura 1 - Análise de discurso



Fonte: Adaptado de Orlandi (2009).

Segundo Stufflebeam (2000), a análise de dados desempenha um papel fundamental em uma pesquisa avaliativa em políticas públicas. Ela é o processo de examinar e interpretar os dados coletados durante a pesquisa, buscando identificar padrões, tendências, relações relevantes para responder às perguntas de pesquisa e alcançar os objetivos do estudo.

Ademais, a avaliação de dados pode auxiliar na realização de decisões bem fundamentadas e baseadas em evidências, tanto para os gestores públicos quanto para os

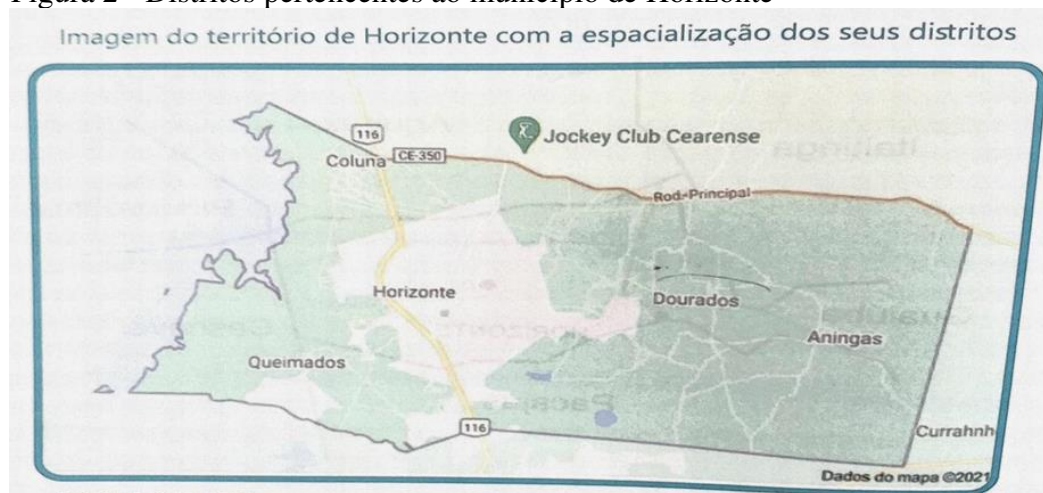
demais interessados na política pública em questão. Os resultados da análise de dados podem fornecer informações valiosas para embasar a formulação de políticas, o redirecionamento de recursos, a revisão de estratégias e a implementação de ações corretivas (Stufflebeam, 2000).

Dessa forma, todos os dados obtidos, tanto na pesquisa documental quanto na aplicação do questionário, foram reunidos e analisados por meio de uma abordagem de análise de dados descritiva. Segundo Ferreira (2020), a análise de dados descritiva é uma técnica estatística voltada para sintetizar e exibir informações de um conjunto de dados.

2.2 Locus da pesquisa

A comunidade quilombola de Alto Alegre, localizada no distrito de Queimadas, zona rural do município de Horizonte, é uma das 15 comunidades quilombolas situadas na região metropolitana de Fortaleza-CE, certificada pela FCP em maio de 2005 (Figura 2). Sua origem relaciona-se, em resumo, ao protagonismo de Negro Cazuza, africano, ex-cativo e seu ancestral-fundador que, em um enlace matrimonial com uma indígena da etnia Paiacu, constituiu os primeiros troncos familiares do qual descendem aproximadamente 320 famílias⁸.

Figura 2 - Distritos pertencentes ao município de Horizonte



Fonte: Facundo *et al.* (2021, p. 24)

Desde que se tornou um município independente, Horizonte vivenciou um crescimento notável, tanto no aspecto econômico quanto no social, consolidando-se como um dos importantes centros industriais da região. Esse avanço foi acompanhado por um

⁸ Dados extraídos do Mapeamento das Comunidades Quilombolas do Estado do Ceará (2019). Neste quantitativo não está incluso as 143 famílias que vivem na comunidade quilombola da Base, localizada no município de Pacajus -CE, que apesar de estar situada em outro município partilha dos mesmos marcadores identitários.

incremento significativo na migração para a área, atraído pelas promessas de oportunidades econômicas.

De acordo com as informações mais recentes do IBGE, Horizonte ocupa a décima oitava posição no ranking dos municípios mais populosos do estado do Ceará. Dentre os dezoito primeiros classificados, a cidade destacou-se com o maior índice de crescimento populacional, apresentando uma elevação de 35,36% na última década, ao comparar os dados de 2022 com os de 2010.

O percurso histórico de Alto Alegre é afetado, em diferentes momentos, por obstáculos que, recuperados através da memória dos mais velhos, descrevem os “tempos ruins” vivenciados no passado, sendo estes, marcados pelo enfrentamento às secas, à falta de alimentos e pelos elevados casos de mortalidade infantil, oriundos da falta de acesso às políticas públicas de saúde. Esse foi, por muitas décadas, um dos maiores obstáculos a serem superados coletivamente, principalmente pelo uso de ervas medicinais e outras modalidades terapêuticas – ainda em vigor.

O momento crucial, ou seja, a virada de chave no acesso à saúde ocorreu de forma tardia. Em décadas anteriores e em casos de doenças mais graves, fazia-se necessário ir até o município vizinho, Pacajus, com o intuito de conseguir atendimento médico. A problemática estava no deslocamento, pois não havia transporte e, portanto, o deslocamento era realizado a pé. A situação mudou depois da oferta do serviço de saúde na localidade de Queimadas que, posteriormente, foi aproximada da comunidade em um prédio provisório, até que, enfim, fosse inaugurada a Unidade Básica de Saúde Maria do Carmo Nogueira (UBS Carminha Nogueira), em 2008.

Situada dentro do território quilombola, a UBS atende famílias quilombolas e de outras localidades circunvizinhas que fazem parte do Distrito de Queimadas. Mesmo dispondo de uma unidade de saúde que garante o atendimento médico, diferentemente da realidade de outras comunidades quilombolas, um grande obstáculo ainda precisa ser superado: a invisibilidade das demandas e o não-reconhecimento das especificidades da saúde quilombola. Não há, pois, nenhum atendimento diferenciado ou ações nesse sentido, o que qualifica essa unidade de saúde como uma unidade convencional e origina outras problemáticas que, no contexto da pandemia do novo coronavírus, se intensificaram.

Nossa estratégia para a seleção da UBS de referência foi a busca por uma unidade de saúde que estivesse inserida na comunidade quilombola em questão, com população autodeclarada quilombola. Optamos, desse modo, pela unidade que vem operacionalizando os processos de promoção da saúde norteados e respaldado pelo SUS, no indicativo da PNSIPN,

em uma comunidade permeada por especificidades históricas.

3 SAÚDE TEM COR? LINHA HISTÓRICA DA SAÚDE PÚBLICA

O modelo de atenção à saúde no Brasil foi construído desde cedo com base em trocas culturais e apropriação de conhecimentos entre europeus, povos indígenas e africanos, especialmente nas práticas de cura (Pôrto, 2006). Com a expansão marítima europeia nos séculos XV e XVI, a circulação de mercadorias e o contato entre diferentes povos se intensificaram, mas também houve uma "fusão microbiana", com o trânsito de doenças entre continentes.

A diversidade étnica, presente desde o início da colonização, proporcionou uma ampla variedade de práticas de saúde no Brasil. Indígenas, colonizadores e, posteriormente, africanos, trouxeram saberes próprios para lidar com doenças. Cada uma dessas culturas oferecia tratamentos distintos, de acordo com suas concepções sobre saúde e cura. Dessa forma, entre os indígenas e afro-brasileiros, práticas como rezas, encantamentos e o uso de plantas e ervas eram formas comuns de atendimento à saúde, representando o principal recurso para grande parte da população.

Com o passar dos anos, técnicas mais avançadas começaram a ser introduzidas. Aqueles que possuíam condições financeiras podiam recorrer à práticos ou barbeiros, que realizavam procedimentos como sangrias e aplicação de sanguessugas, práticas que também eram usadas por médicos na Europa. Além disso, os jesuítas trouxeram da Europa o conceito de disciplina e isolamento como forma de tratamento.

Os portugueses rapidamente estabeleceram as Santas Casas de Misericórdia no Brasil. A primeira dessas instituições surgiu em São Vicente, em 1543, fundada por Braz Cubas, e outra em Salvador, em 1549, por iniciativa de Tomé de Souza. Com o avanço da colonização, outras unidades foram fundadas por figuras conhecidas como "homens bons", vinculadas às Irmandades da Misericórdia, formadas por cidadãos abastados, geralmente católicos, que promoviam atividades sociais.

Apesar dessas iniciativas, o contexto da saúde pública era de negligência. No início da colonização, a principal força de trabalho era composta por indígenas escravizados, e a chegada de escravos africanos não trouxe mudanças significativas. Muitas pessoas adoeciam e morriam em suas próprias casas, em locais de caridade ou até mesmo ao ar livre, sem qualquer assistência.

As regiões tropicais despertavam grande interesse econômico, mas doenças epidêmicas dificultavam os empreendimentos coloniais, havendo escassez de médicos entre a população. No século XVII, uma epidemia de sarampo provocou uma crise demográfica

grave, afetando a economia da colônia. Esse episódio fez com que o governo passasse a dar mais atenção às epidemias, especialmente devido ao impacto econômico, já que embarcações estrangeiras evitavam os portos brasileiros por medo de contaminação.

Com isso, as primeiras ações de saúde pública no Brasil colonial focaram-se em medidas sanitárias nas cidades, especialmente as portuárias, além do monitoramento das doenças e dos enfermos, com o objetivo de controlar epidemias de forma mais eficaz. Essas ações refletiam uma preocupação com a saúde urbana e a proteção dos produtos comercializados, enquanto o atendimento ao trabalhador limitava-se à quarentena para impedir o contágio (Baptista, 2007).

Em 1808, a vinda da família real ao Brasil ocorreu em meio a um período de avanços científicos, inclusive na medicina, com progressos no estudo da anatomia e o surgimento do microscópio, que antecedeu a revolução pasteuriana (Scliar, 2007). Nesse contexto, a medicina tropical começou a se desenvolver, com a fundação das primeiras faculdades de Medicina em Salvador e no Rio de Janeiro, cidades portuárias que recebiam intenso tráfego de navios e escravos (Pôrto, 2006).

Com a proclamação da República em 1889, uma nova fase de políticas públicas teve início, acompanhada pelo fortalecimento da burguesia cafeeira (Baptista, 2007). A nova estrutura social, com sinais de industrialização, chegada de imigrantes europeus e o aumento da migração rural-urbana, fez com que o governo precisasse expandir o atendimento em saúde.

Assim, houve a regulamentação do ensino e da prática médica, baseada em modelos europeus. Essa normatização permitiu maior controle das práticas de cura populares, a substituição gradual dos religiosos na direção de hospitais gerais e a criação de hospitais públicos voltados a doenças que eram vistas como ameaça à população, como a tuberculose, hanseníase e problemas mentais (Baptista, 2007).

3.1 Primeiros movimentos das políticas sanitárias no Brasil

Durante o governo de Rodrigues Alves (1902-1906), sob a direção de Oswaldo Cruz, foram implementadas significativas medidas de saneamento e urbanização, acompanhadas de iniciativas específicas na área da saúde, especialmente no enfrentamento de doenças epidêmicas. Algumas ações foram rigorosas, mas essenciais para conter a disseminação de epidemias que se alastravam rapidamente pelas cidades. Foi estabelecido um Código Sanitário que exigia a desinfecção de residências, a demolição de construções prejudiciais à saúde pública, a notificação constante de casos de febre amarela, varíola e peste

bubônica, além do trabalho da polícia sanitária (Baptista, 2007).

As instituições de saúde seguiam um modelo de campanhas inspirado em estratégias militares para combater as epidemias (Oliveira, 2000). Por essa razão, as práticas de saúde eram marcadamente autoritárias (Costa e Silva *et al.*, 2010). As equipes de desinfecção percorreram ruas e realizaram inspeções em domicílios, incluindo a queima de roupas e colchões, exigindo limpeza e reformas, interditando imóveis e removendo os doentes. Essas operações eram especialmente direcionadas às áreas mais pobres e densamente povoadas (Costa e Silva *et al.*, 2010).

Entre as medidas, também foi incluída a campanha de vacinação obrigatória (Baptista, 2007), que desencadeou uma revolta popular devido ao caráter impositivo do processo. Esse movimento ficou conhecido como a Revolta da Vacina, ocorrido no Rio de Janeiro em 1904 (Costa e Silva *et al.*, 2010).

Na segunda fase do movimento sanitarista liderado por Oswaldo Cruz, entre 1910 e 1920, o foco foi direcionado para a zona rural, com ênfase no saneamento e no combate a três endemias prevalentes no campo: ancilostomíase, malária e doença de Chagas (Baptista, 2007). Esse programa levou médicos sanitaristas a expedições pelo país, possibilitando um maior conhecimento sobre as condições de saúde no Brasil e destacando a necessidade de políticas públicas de saúde nessas regiões (Hochman; Fonseca, 1999).

Apesar dos desafios, Oswaldo Cruz teve sucesso no enfrentamento das epidemias e deixou informações valiosas para seu sucessor, Carlos Chagas, que pôde desenvolver campanhas regulares de educação e ação sanitária. Em 1923, ocorreu a reforma sanitária que antecedeu o surgimento do SUS, com a criação do Departamento Nacional de Saúde, então vinculado ao Ministério da Justiça (Costa e Silva *et al.*, 2010).

Em 1923, diante de manifestações populares e movimentos anarquistas e comunistas, Eloy Chaves, chefe de polícia na época, propôs uma lei que regulamentava a formação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Essas caixas eram exclusivas a algumas organizações trabalhistas com maior influência política e financeira, como os ferroviários e marinheiros, vinculados ao setor exportador (Oliveira; Araújo; Teixeira, 1985). Esse marco na Previdência Social permitiu aos trabalhadores acesso à aposentadoria por invalidez, aposentadoria por tempo de serviço, pensão por morte e assistência médica (Campinas, 2004). A gestão e o financiamento ficavam sob responsabilidade dos trabalhadores e empregadores, com 92% dos recursos destinados a aposentadorias, pensões e benefícios, e apenas 8% para a saúde (Fortes, 2011).

Nos anos 1930, durante o governo de Getúlio Vargas, as CAPs foram

transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), beneficiando categorias como marinheiros, bancários, comerciários e industriários. O Estado passou a contribuir com 15% da receita total, enquanto o restante era custeado pelos trabalhadores e empregadores (Fortes, 2011).

Também se destaca a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), delineando o sistema de proteção social brasileiro com políticas de proteção ao trabalhador, como a carteira de trabalho obrigatória, jornada de oito horas, direito a férias e o salário mínimo, além de medidas relacionadas à saúde (Baptista, 2007). Outro avanço foi a criação do Conselho Nacional de Saúde.

A trajetória da saúde pública brasileira atravessa diversos momentos de conflitos. Na década de 1940, em plena Segunda Guerra Mundial, o governo brasileiro, em parceria com os Estados Unidos, criou o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) (Costa e Silva *et al.*, 2010). Esse órgão foi fundamental para a criação de postos de saúde e centros de saúde rurais em várias regiões, como Minas Gerais e Espírito Santo, empregando sanitaristas em tempo integral e equipes auxiliares. O SESP foi importante na introdução dos conceitos de desenvolvimento, participação comunitária e educação em saúde.

3.2 Década de 1950 no indicativo da conjuntura da saúde pública

Entre os principais acontecimentos relacionados à saúde nesse período destacam-se a criação do Ministério da Saúde em 1953 e a reestruturação dos serviços de combate às doenças rurais endêmicas, que passaram a ser geridos pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais (Deneru) em 1956. Essas ações compunham uma estratégia de saúde pública voltada para a prevenção de doenças transmissíveis, aliada a uma política previdenciária de saúde, restrita aos contribuintes do sistema de previdência social e seus dependentes.

Esse novo arranjo de atuação estatal em saúde pública passou a funcionar como um importante mecanismo para o controle do espaço de circulação de produtos e da força de trabalho. O Estado, então, passou a dispor de infraestrutura como postos de trabalho, indústrias (de medicamentos, equipamentos), ensino profissionalizante, hospitais, ambulatórios e outros serviços relacionados (Baptista, 2007).

Nesse contexto, o desenvolvimento da industrialização no país criou uma massa trabalhadora que necessitava de cobertura pelos serviços de saúde (Mendes, 1993). Isso exigiu uma expansão contínua dos serviços, e, devido à impossibilidade de o Estado atender toda a

demanda, abriram-se oportunidades para parcerias com empresas. Esse processo elevou os custos dos atendimentos e consolidou o hospital como o principal ponto de referência para a saúde, caracterizando o chamado modelo hospitalocêntrico (Baptista, 2007).

Os equívocos na saúde pública tornaram-se mais evidentes com o regime autoritário. Em 1964, após o golpe militar e a instalação do governo ditatorial no Brasil, houve um impacto negativo nos serviços de saúde pública, particularmente para a população mais carente (Costa e Silva *et al.*, 2010). Nesse período, a política de saúde focou-se na ampliação de serviços privados de assistência médica (Vasconcelos, 1999). O governo passou a comprar esses serviços, enquanto as condições de saúde dos brasileiros se agravavam, conforme diversos indicadores (Paim, 2003).

Em 1966, os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Essa medida padronizou os benefícios aos trabalhadores, independentemente de sua categoria profissional (Fortes, 2011). Novas categorias, como trabalhadores rurais, empregados domésticos e autônomos, foram incorporadas ao sistema (Baptista, 2007). A sobrecarga nos hospitais e o deslocamento de pacientes de alguns institutos aumentaram a insatisfação, e doenças anteriormente controladas voltaram a se manifestar, ocorrendo surtos epidêmicos, além de crescimento da pobreza e desvalorização das políticas de saneamento e habitação (Baptista, 2007).

Nos anos 1970, a população exigiu mudanças no modelo de saúde, o que motivou transformações no setor. Em 1974, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) foi criado para direcionar recursos à expansão hospitalar, com 79,5% destinados ao setor privado e apenas 20,5% ao público. Em 1977, foi instituído o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para coordenar ações de saúde no atendimento médico da Previdência Social (Baptista, 2007).

Um ponto de destaque foi o impacto da Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata, hoje Cazaquistão. A conferência abordou temas como a participação comunitária, colaboração entre setores sociais e cuidados primários de saúde, além de resistir à mercantilização da medicina pela Previdência Social. Os defensores da reforma sanitária exigiam a universalização da saúde, propondo a integração dos serviços do INAMPS e do Ministério da Saúde em um único sistema.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) passou, nesse contexto, a enfatizar as desigualdades globais em saúde, especialmente entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, baseando-se em princípios como: ações de saúde práticas e acessíveis, saúde disponível a todos, participação comunitária na gestão da saúde e compatibilidade dos

custos com a realidade econômica do país (Scliar, 2007).

O processo de redemocratização da saúde pública no Brasil ampliou o conceito de saúde, relacionando-a a fatores como alimentação, moradia, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer e acesso a serviços de saúde (Baptista, 2007). Em 1980, a VII Conferência Nacional de Saúde propôs uma reformulação da política de saúde e a criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde).

Em 1981, foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), que realizou um diagnóstico do setor, destacando problemas como a ineficácia e a vulnerabilidade a fraudes. Propostas operacionais foram elaboradas, incluindo o Programa de Ações Integradas de Saúde (Pais), que se consolidou em 1983 como Ações Integradas de Saúde (AIS), buscando garantir o direito à saúde universal e integrar os serviços públicos e conveniados.

Nos anos 1980, uma grave crise política, social e econômica impactou as condições de vida, aumentando desemprego e desnutrição, sobretudo nas classes sociais mais desprotegidas (Oliveira, 2000). Em 1985, o governo da Nova República, junto com o fortalecimento do movimento pela democratização da saúde, criou espaço para reformistas ocuparem posições no Ministério da Saúde, INAMPS e Fiocruz, culminando na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (Baptista, 2007).

A VIII Conferência foi um marco, com seus 4.000 participantes aprovando por unanimidade a universalização da saúde e o controle social das práticas de saúde, princípios que formariam o Sistema Único de Saúde (SUS). O relatório também definiu o conceito ampliado de saúde como um direito universal e um dever do Estado (Costa e Silva *et al.*, 2010).

O SUS foi delineado na VIII Conferência, mas suas propostas só começaram a se concretizar em 1987, com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O SUDS representou um avanço nas políticas de descentralização, permitindo maior autonomia aos Estados. A organização dos serviços se baseava na hierarquização, regionalização e universalização da rede, antes centralizada no INAMPS (Baptista, 2007).

Durante a Assembleia Nacional Constituinte de 1987-1988, o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde serviu como base para discutir a reforma do setor, resultando na criação do SUS na Constituição de 1988. Esse sistema é compreendido como o conjunto de ações e serviços de saúde, públicos e privados, que garantem atendimento integral e universal para a população brasileira.

Desde a Constituição de 1988, a saúde é reconhecida como direito de todos e

dever do Estado, considerando fatores socioeconômicos. No entanto, a igualdade constitucional no acesso aos serviços de saúde não garante à população negra o mesmo nível de qualidade que a população branca experimenta. Negros, indígenas e brancos ocupam posições desiguais na sociedade brasileira, refletindo também experiências de vida e saúde desiguais (Lopes, 2005).

3.3 Os Determinantes Sociais de Saúde e as especificidades da população negra: concepções e interseções

As diversas definições de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito ainda generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos populacionais estão relacionadas a sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (2007), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008) adota uma definição mais simples, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. O principal desafio dos estudos sobre os determinantes sociais e de saúde consiste em estabelecer uma hierarquia entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica e política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos/pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito. Desse modo, é factual que grupos historicamente perseguidos e/ou excluídos, enfrentam dificuldades quanto ao acesso à saúde, assim como, ao acesso a outros bens coletivos e ao exercício da cidadania.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata em 12 de setembro de 1978, enfatizou a necessidade de ação imediata de todos os governos, profissionais de saúde, agentes de desenvolvimento e da comunidade global para promover a saúde de todos os povos. A conferência formulou a seguinte declaração:

- I - A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde – um estado de bem-estar físico, mental e social completo, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que alcançar o mais alto nível possível de saúde é a meta social mais importante globalmente, o que exige a colaboração de muitos outros setores sociais e econômicos além do setor da saúde;
- II - A desigualdade alarmante no estado de saúde entre as populações,

especialmente entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, bem como dentro dos próprios países, é inaceitável do ponto de vista político, social e econômico, constituindo uma preocupação comum de todas as nações;

VII - Os cuidados primários de saúde:

- Refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas, características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, fundamentando-se na aplicação dos resultados da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde, além da experiência em saúde pública;
- Abordam os principais problemas de saúde da comunidade, oferecendo serviços de proteção, prevenção, tratamento e reabilitação conforme as necessidades da população⁹.

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, publicou uma Carta de Intenções que apoiaria a meta de Saúde para Todos até o ano 2000 e nos anos posteriores. Esse evento respondeu à crescente demanda por uma nova abordagem na saúde pública, um movimento que se expandia globalmente. As discussões focaram principalmente nas necessidades de saúde dos países industrializados, mas também consideraram necessidades semelhantes em outras regiões.

Essas discussões foram baseadas nos avanços trazidos pela Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários de Saúde, no documento da OMS “Saúde para Todos” e nos debates da Assembleia Mundial da Saúde sobre a importância das ações intersetoriais no setor de saúde.

Com esse propósito, foi organizada a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, em novembro de 1986. Contou com a participação de 35 países e resultou na Carta de Ottawa, que passou a ser uma referência global no desenvolvimento da promoção da saúde. A Carta reafirma valores como vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjunta, que, por meio de diversas estratégias, buscam melhorar a qualidade de vida e saúde.

Abaixo, estão resumidas as estratégias de promoção da saúde segundo a Carta de Ottawa:

- 1) Implementação de políticas públicas saudáveis: A promoção da saúde inclui, além dos cuidados médicos, outros determinantes como renda, proteção ambiental, trabalho e agricultura. A saúde deve ser uma prioridade nas agendas de líderes e

⁹ Ministério da Saúde, Declaração de Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978.

gestores em todos os níveis e setores, que precisam assumir a responsabilidade por suas decisões. A Carta sugere medidas legislativas, fiscais e organizacionais para reduzir as desigualdades sociais e melhorar a qualidade de vida da população, incentivando uma abordagem intersetorial na formulação de políticas públicas que impactem o setor de saúde;

2) Criação de ambientes favoráveis à saúde: A proteção ambiental e a conservação dos recursos naturais são partes essenciais da estratégia de promoção da saúde. Para isso, propõe ações que monitorem mudanças tecnológicas, no trabalho, na produção de energia e na urbanização, áreas que impactam a saúde da população;

3) Reorientação dos serviços de saúde: Recomenda que os serviços de saúde sejam orientados para um enfoque na saúde, e não apenas na doença, promovendo a integralidade das ações. Propõe mudanças na formação dos profissionais e nas atitudes das organizações de saúde;

4) Fortalecimento da ação comunitária: Incentiva a implementação de ações e o uso de recursos comunitários que intensifiquem a autoajuda e o apoio social, promovendo a participação popular em temas de saúde e o fortalecimento comunitário;

5) Desenvolvimento de habilidades pessoais: Prioriza capacitar as pessoas para “aprender ao longo da vida” e se preparar para todas as fases da vida, promovendo o desenvolvimento pessoal e social por meio da educação para a saúde e do fortalecimento de habilidades essenciais.

Essas estratégias da Carta de Ottawa são uma referência global na promoção da saúde, reconhecidas em outras conferências internacionais de promoção: 1988, 1991, 1997, 2000 e 2005; e nas conferências regionais de 1992 e 1993. Esse movimento inclui também a abordagem de “saúde populacional” de 1996 e a Rede de Megapaíses, de 1998, que fizeram importantes contribuições à promoção moderna da saúde.

A promoção da saúde vem sendo amplamente discutida desde o momento em que o Brasil iniciou seu processo de redemocratização, nos anos 1980. A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um importante marco na luta pela universalização do sistema de saúde e na implantação de políticas públicas em defesa da vida, tornando a saúde um direito social irrevogável, juntamente aos direitos humanos e de cidadania.

Desse modo, com as definições constitucionais das legislações que regulamentam o SUS e com as deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007), foi aprovada, em 2006, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a

Política Nacional de Promoção da Saúde do SUS, visando ao enfrentamento dos desafios de promoção da saúde e à qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, e ratificou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS, integrando, a partir de então, a agenda estratégica dos gestores do SUS e os Planos Nacionais de Saúde subsequentes, ampliando as possibilidades das políticas públicas existentes (Brasil, 2006).

A Promoção da Saúde tem como escopo reconhecer as inspirações e necessidades dos indivíduos para que, assim, seja possível modificar o meio em que transitam e consequentemente atingir um estado pleno de bem-estar físico-mental-social, individual-coletivo, indo além de um padrão de estilo de vida saudável, por abranger um bem-estar global (Malta *et al.*, 2016). A concepção de Promoção da Saúde, apesar de contemporânea, permanece ainda ambígua e contraditória. Essa ambiguidade está relacionada à presença de dois discursos diversos: um, com ênfase na modificação dos comportamentos individuais e, outro, que busca avançar para uma perspectiva libertadora por meio do fortalecimento da participação da população no enfrentamento aos determinantes sociais (Heidemann *et al.*, 2016).

No Brasil, a Política de Promoção da Saúde teve um processo longo e conflituoso até sua promulgação em 2006 e redefinição em 2014: reforçou os valores fundamentais de solidariedade, felicidade, ética, respeito às diversidades, humanização, responsabilidade, justiça e inclusão social, além de adotar os princípios da equidade, participação social, autonomia, empoderamento, intersetorialidade, intrasetorialidade, sustentabilidade, integralidade e territorialidade.

Tal política destaca os DSS como uma possibilidade para diminuir as iniquidades e promover a equidade em saúde. Integrar as duas abordagens, a Promoção da Saúde e os DSS, pode contribuir para a compreensão e o enfrentamento das disparidades em saúde, com vistas ao bem-estar social, pois essa integração se centra no papel da política de redução da desigualdade, se distanciando do discurso tradicional da saúde pautado no indivíduo. Reconhece-se que os fatores de risco não estão distribuídos igualmente entre as populações. Certos subgrupos, em particular aqueles de baixo status socioeconômico, apresentam maiores proporções de fatores de risco e, consequentemente, sofrem de saúde precária.

É neste contexto que, segundo Prestes e Paiva (2016), inserem-se as comunidades em situação de vulnerabilidade social, conceito este que se refere à capacidade de luta e de

recuperação dos indivíduos e dos grupos sociais para o enfrentamento da questão da saúde.

A vulnerabilidade e risco social implica características, recursos e habilidades inerentes aos sujeitos ou grupos, que podem ser escassos ou inadequados para o aproveitamento das oportunidades disponíveis na sociedade. Com isso, essa relação irá determinar o grau de desgaste da qualidade de vida dos indivíduos.

Desta forma, destaca-se a população “remanescente de quilombo” como um grupo étnico vulnerável, especialmente as mulheres, por estarem na linha de frente da busca pela defesa de direitos humanos sociais. As mulheres quilombolas são as que mais enfrentam um ambiente de discriminação, preconceito e desrespeito, reivindicando constantemente seus direitos à cidadania. Conforme afirma Barbosa, Aiquoc e Souza (2021):

[...] nada expõe tanto o ímpeto racista de uma nação do que a atitude indiferente quanto à naturalização do adoecimento e da morte dos corpos negros. Um fim à negligência em relação aos problemas de saúde da população negra do Brasil seria uma retratação histórica e a consolidação do país em seu posicionamento frente ao princípio da equidade, enquanto um preceito constitucional do direito à saúde, à cidadania e à democracia (Barbosa; Aiquoc; Souza, 2021, p. 102).

Desse modo, o serviço de ampliação da saúde se propõe a oferecer promoção da saúde, prevenção e reabilitação de qualidade aos pacientes do SUS, seguindo diretrizes e protocolos clínicos. O Ministério da Saúde reconhece e assume a necessidade da instituição de mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS, com vistas à superação das barreiras estruturais cotidianas que incidem negativamente nos indicadores de saúde dessa população, acarretando na precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência.

Fato é que, para que possamos dimensionar os impactos da discriminação racial e da negligência histórica que o povo negro vivenciou nos mais de 500 anos de existência do Brasil em seus indicadores de saúde, é imprescindível que sejamos capazes de entender o conceito de Raça e as suas implicações. Sendo assim, no tópico a seguir, elucidaremos questões fundamentais a esse respeito.

3.4 Uma abordagem conceitual da categoria raça

O campo de discussões sobre o conceito de raça se constitui como um vasto universo teórico, repleto de divergências e interpretações. Sendo assim, neste texto, não

pretendemos dar conta de toda a discussão, mas apenas expor de maneira ampla os processos sócio-históricos que possibilitam algum entendimento sobre as relações étnico-raciais, elaborando, com isso, um resgate histórico do termo e de algumas de suas diversas concepções, através de interlocutores e pesquisadores que se debruçaram sobre a temática.

Em seus campos semântico, histórico e espacial, a categoria raça já teve algumas designações. Segundo Munanga (2014), no latim medieval, esse conceito designava exclusivamente descendência ou linhagem. Já nos séculos XVI e XVII, na França, o termo passou a expressar as relações entre classes sociais distintas, de modo que, os Francos, por exemplo, se consideravam de uma raça diferente dos Gauleses, considerando-os pertencentes à plebe francesa e, por isso, inferiores.

O século XVIII, o dito século das luzes, trouxe, por sua vez, uma nova abordagem para o conceito de raça, biologizando a discussão e tomando como critério fundamental para isso a cor da pele. Até hoje, quando se fala em raça, se remete às classificações branca, negra e amarela. No século seguinte, foram acrescentados outros critérios à discussão, como as características fenotípicas, formato da boca, do nariz, do crânio etc. No século XX, no entanto, graças aos progressos da Genética, alguns desses paradigmas caíram por terra. Pesquisas comparativas mostraram que patrimônios genéticos de indivíduos de uma mesma raça podem ser tão diversos, ou mais diversos, do que os de indivíduos de raças diferentes. Assim,

Combinando todos esses desencontros com os progressos realizados na própria ciência biológica (genética humana, biologia molecular, bioquímica), os estudiosos desse campo de conhecimento chegaram à conclusão de que a raça não é uma realidade biológica, mas sim apenas um conceito, aliás, cientificamente inoperante para explicar a diversidade humana e para dividi-la em raças estanques. Ou seja, biológica e cientificamente, as raças não existem (Munanga, 2014, p. 4).

Embora o conceito de raça tenha sido invalidado cientificamente, houve tempo suficiente para que ele se estabelecesse no imaginário popular como um fato e servisse de base para teorias hierarquizantes pseudo-científicas. Apesar da máscara científica, essas teorias caminhavam mais pela trilha da doutrinação do que pela ciência e foram amplamente utilizadas para legitimar sistemas de dominação racial. Aos poucos, essas ideias foram ganhando vulto no tecido social, extrapolando a academia e os círculos intelectuais e se tornando bandeira de movimentos nacionalistas como o Nazismo, o Fascismo e, no caso do Brasil, o Movimento Eugenista¹⁰.

¹⁰ Galton, idealizador do movimento eugenista, pretendia comprovar a existência de uma capacidade intelectual hereditária, o que, para ele, justificava a “higienização da raça a partir de pressupostos envolvendo a transmissão entre os descendentes familiares (de uma geração para a outra)” (Silva; Santos, 2023, p. 43).

Desse modo, o conceito de raça, como o conhecemos hoje, é carregado de ideologia e expressa, sobretudo, uma relação social de poder e dominação, tratando-se, assim, de uma categoria etnosemântica. Para Munanga (2014):

O campo semântico do conceito de raça é determinado pela estrutura global da sociedade e pelas relações de poder que a governam. Os conceitos de negro, branco e mestiço não significam a mesma coisa nos Estados Unidos, no Brasil, na África do Sul, na Inglaterra, etc. Por isso que o conteúdo dessas palavras é etno-semântico, político-ideológico e não biológico. Se na cabeça de um geneticista contemporâneo ou de um biólogo molecular a raça não existe, no imaginário e na representação coletivos de diversas populações contemporâneas existem ainda raças fictícias e outras construídas a partir das diferenças fenotípicas como a cor da pele e outros critérios morfológicos (Munanga, 2014, p. 6).

Assim, ao mesmo tempo em que concebe seu significado nas representações sociais, a categoria raça, também as influencia, “por meio da produção e reprodução de identidades coletivas e de hierarquias sociais politicamente poderosas” (Schwarcz, 2012, p. 32).

No âmbito dos estudos raciais brasileiros, a raça também não tem um estatuto biológico, ou seja, ela não se apresenta no mundo físico como um fato, mas existe plenamente no mundo social (Guimarães, 1999) e é produto de classificações com implicações substantivas para as oportunidades individuais no interior dos diferentes grupos que compõem a sociedade.

Apesar dessa constatação, as ideias racialistas pseudocientíficas tiveram por muito tempo terreno fértil no Brasil, com suas teorias, em grande parte, adaptadas de outros países. Vale ressaltar que há ainda aqueles intelectuais que optam por não utilizarem o conceito de raça, de maneira alguma, uma vez que sua cientificidade foi desmistificada e que, segundo o que acreditam, utilizar o termo é potencializá-lo em todos os seus significados. No entanto, acreditamos que abrir mão desse conceito não erradica, nem sequer diminui, a dimensão estrutural do racismo. Isto posto, salientamos que nossa perspectiva neste trabalho se baseia no fato de que a raça, numa perspectiva cultural e sociológica, assim como todas as possibilidades de discurso que ela abre, deve ser objeto de nossa reflexão.

Muito embora a sociedade, especialmente a brasileira, com a sua ficção de “democracia racial”, da qual falaremos melhor em breve, queira difundir o ideal de que compomos todos uma só “raça”, continuamos possuindo diferenças e semelhanças que nos posicionam em lugares sociais diversos, com possibilidades de acesso também diversas e com qualidade de vida desfavorável para aqueles que foram taxados de “racialmente inferiores”. Sendo assim, o racismo é entendido como "uma forma bastante específica de 'naturalizar' a

vida social, isto é, de explicar diferenças pessoais, sociais e culturais a partir de diferenças tomadas como naturais" (Costa, 2002, p. 47).

Para que possamos, no entanto, compreender o racismo e os impactos que ele causou e ainda causa à sociabilidade e oportunidades de existência digna do povo negro, é preciso que entendamos como se estabeleceu em nosso país a sua negação como um fato. Isto porque, o Brasil se assentou, por décadas, na perspectiva de que era um simpático anfitrião, que nada devia ao povo negro e que a miscigenação era prova de que vivíamos numa democracia racial plena. Conforme afirma Munanga (2014, p. 11), “o mito da democracia racial bloqueou durante muitos anos o debate nacional sobre as políticas de ‘ação afirmativa’”. Desse modo, esse mito contribuiu com o fortalecimento de um racismo estrutural no cerne de todas as nossas instituições, desde a Educação, até a Saúde.

3.5 A mítica democracia racial, mãe do racismo institucional

O mito da democracia racial é uma ideologia que prega a existência de uma identidade unificadora, na qual a figura do mestiço assume papel central. O termo teve inspiração na obra de Gilberto Freyre (1933) e na frase histórica de Arthur Ramos (1949), que alcunhou o Brasil como um “laboratório de civilização”. Esse suposto modelo de civilização “redimiria as ciências supremacistas do final do século passado do mal que causaram ao mundo” (Oliveira, 2021, p. 30-1), propondo uma conciliação entre as raças, estabelecida por meio da miscigenação.

Na esteira dessa concepção e com o patrocínio do Projeto UNESCO¹¹, foram realizadas diversas pesquisas, no início dos anos 1950, que pretendiam comprovar a ideia da democracia racial brasileira, de modo que o Brasil pudesse oferecer, ao resto do mundo, uma lição *sui generis* de harmonia nas relações raciais. Contudo, essas pesquisas tiveram efeito contrário ao demonstrar que nossas relações raciais nada tinham de harmoniosas e que o racismo as estruturava, de modo à (re)produzir e fortalecer as desigualdades de oportunidades e acesso entre negros e não negros.

De acordo com o que afirmam Oliveira (2021):

¹¹ O projeto se tratava de uma série de pesquisas sobre as relações raciais no Brasil, desenvolvidas em regiões economicamente tradicionais, como o Nordeste, e em áreas modernas do Sudeste, com intuito de apresentar ao mundo os detalhes de uma experiência em interações raciais julgada, à época, como singular e bem-sucedida.

Igualdade racial é o que menos se tinha e tem no Brasil, haja vista que todo o processo de sequestro dos povos, exploração da mão de obra, violência e retirada da terra dos autóctones foram feitas por base em uma dada superioridade racial e étnica em relação a outros povos. No país em que a escravização de povos africanos e o genocídio dos povos originários serviram de ferramenta de exploração para o progresso econômico de Portugal, a “ausência” dos problemas raciais se configuraria como resposta positiva ao projeto de branqueamento da nação, que ocorreria de forma espontânea. O embranquecimento seria, nesse caso, a produção de uma identidade mestiça, do qual era preciso branquear não só física, mas também culturalmente a nação (Oliveira, 2021, p. 27).

A esse respeito, Schwarcz (1999, p. 277), salienta que “[...] o certo é que, nesse movimento de nacionalização, uma série de símbolos vão virando mestiços assim como uma alentada convivência cultural miscigenada torna-se modelo de igualdade racial”. As noções de raça, etnia e nação cumpriram papel ambíguo na construção da identidade das populações brasileiras, que, não poucas vezes, reproduzem o discurso racista dos séculos passados, por meio do muito acertadamente chamado por Lélia Gonzalez (1988), “racismo por denegação”, ou seja, o racismo disfarçado, baseado em teorias culturais que celebram a assimilação e aceitam a contribuição negra, mas de maneira subordinada.

Desse modo, na primeira metade do século XX, vimos se estabelecer no Brasil um estigma em torno do conceito de raça, que passou a representar, como afirma Guimarães (1999, p. 148) “enorme estorvo para os construtores da nação, dada a incongruência entre a importância dos mulatos e mestiços na vida social e os malefícios que as teorias racialistas atribuíam à hibridização”. Portanto, não é de se estranhar que nas ciências sociais brasileiras esse conceito tenha, por muito tempo, sido associado à ignorância e ao próprio racismo daqueles que o utilizavam.

Esse pensamento subverteu até mesmo a semântica do termo, que passou a ser compreendido como sinônimo de “garra”, “força de vontade” (Guimarães, 1999). Essa negação da raça enquanto categoria sociológica, se tornou lugar-comum e se entranhou de forma bastante ampla no ideário brasileiro. Vale ressaltar que esse antirracismo que se enraizou em nosso meio social e intelectual não implicou, em momento algum, num antirracismo. Muito pelo contrário, ao se negar o conceito de raça, nega-se o próprio racismo e, por extensão, nega-se os impactos negativos que este causou e ainda causa ao povo negro.

As discussões em torno do tema racismo, volta e meia, ainda recaem na diminuição do que ele representa, enquanto problemática social. Isto porque, a ideologia dominante, embasada pelo mito da democracia racial, ainda está incutida no ideário coletivo e está sempre na iminência de retornar com toda a força, por meio de discursos conservadores.

Ao longo dos anos de 1960 e 1970, esse mito da democracia racial alimentou um

mecanismo que tinha por objetivo mascarar as desigualdades raciais brasileiras e o racismo estrutural. Embora a suposta democracia racial do século XX tenha servido, por longo tempo, como uma “cortina de fumaça” para os problemas e desigualdades causados pelo racismo, a realidade permanece às vistas de todos e foi muitas vezes pontuada, refletida e exposta por intelectuais respeitados, como Kabengele Munanga, Lélia González, Milton Santos e Sueli Carneiro e um Movimento Negro forte e atuante. A esse respeito Vidal (2019) afirma:

O racismo no Brasil é uma experiência gravíssima que perpassa todas as nossas relações sociais. Podemos constatá-lo através do genocídio da juventude negra, do encarceramento seletivo, dos índices de interrupção da trajetória escolar de crianças e jovens negros, do sofrimento de mães e mulheres nos espaços de saúde e casas de parto, da gritante diferença salarial, da baixa representatividade em espaços de tomada de decisão, produção e difusão do saber, bem como dos índices de violência doméstica e sexual que demonstram que a maioria das vítimas são mulheres negras. Estas e tantas outras não citadas situações evidenciam a desigualdade racial que perpassa nossas relações cotidianas, essas experiências têm sido cada vez mais estudadas e discutidas nos meios acadêmicos (Vidal, 2019, p. 6).

A reprodução do racismo, embora na maioria das vezes seja velada, se mostra na linguagem, que naturaliza termos pejorativos e os mantém vivos no vocabulário popular¹²; na violência contra a população negra; em sua segregação nas zonas periféricas das cidades; na falta de acesso à Educação e na sua exposição à criminalidade, que faz com que 68,2% da população carcerária brasileira seja negra, segundo dados do FBSP¹³(2022).

Enquanto o racismo estiver entranhado na estrutura social brasileira, não poderemos aceitar a ideia de que há aqui uma democracia racial. Essa elaboração não passa, na verdade, de uma tentativa de apagar ou disfarçar as marcas de um racismo que é estrutural e estende seus tentáculos em todas as esferas sociais, políticas, econômicas, de saúde e de educação do Brasil.

Para além da realidade concreta e dos efeitos visíveis, o racismo também afeta a vida dessas pessoas marginalizadas no que se refere à elaboração de uma autoimagem positiva. Um dos efeitos disso é que, conforme dados publicados pelo Instituto para Políticas Públicas de Saúde:

A saúde mental da população negra também apresenta indicadores piorados em relação a outras etnias. Em 2016, o risco de suicídio foi 45% maior em adolescentes e jovens negros comparado aos brancos; no mesmo ano, a cada 10 suicídios em adolescentes e jovens, 6 eram jovens negros (IPPS, 2023, p. 1).

Com isso, verificamos que o mito da democracia racial colaborou para que o

¹² Termos como “mulata”, “denegrir” e expressões como “samba do crioulo doido” e a “coisa está preta”, por exemplo, são amplamente reproduzidos, embora sejam ofensivos ao povo negro.

¹³ Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

racismo se estabelece de forma quase invisível em nossas estruturas, tornando-o não apenas estrutural, mas também institucional, ou seja, trata-se de um tipo de racismo que não se mostra em atos explícitos de discriminação, como o fazem, por vezes, as manifestações individuais de racismo e como se expressa a discriminação racial, reconhecida e punida por lei.

O racismo institucional atua de forma difusa no cotidiano das instituições, levando-as a distribuírem de forma desigual “serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial” (López, 2012, p. 81). Ou seja, o racismo institucional ultrapassa as relações interpessoais e se instaura no cotidiano organizacional, “inclusive na implementação efetiva de políticas públicas, gerando de forma ampla desigualdades e iniquidades” (López, 2012, p. 81).

Em suma, o racismo institucional foi estabelecido, configurado e vem sendo mantido por diferentes atores no cenário social do Brasil, que apresenta uma especificidade no que se refere a essa questão: uma ideia absolutamente falsa de democracia e equidade racial que se perpetua, apesar dos avanços, no imaginário popular.

Após muita luta e reivindicação dos movimentos pró-equidade racial, as políticas com viés de reparação se ampliaram, principalmente a partir de 1988, com destaque para as políticas de saúde, foco dessa pesquisa. O fato de essas políticas existirem, no entanto, ainda não é suficiente, visto que ainda há muito o que aprender e debater sobre as estratégias de enfrentamento cotidiano.

Assim, para que realmente se realize uma desconstrução do racismo institucional precisamos não apenas de:

[...] políticas públicas que provoquem desracialização, mas também reflexões de como operam esses mecanismos. Apontamos que na área da saúde, eles podem ser analisados como dispositivos de biopoder, na medida em que gerem a vida da população conforme um olhar racial (López, 2012, p. 129).

No que se refere às mulheres negras, as desigualdades de tratamento e acesso são ainda mais alarmantes. Nesse caso, o racismo se torna ainda mais violento, embora permaneça quase sempre velado, pois encontra aliados no machismo institucional e no sexismo. Por isso, consideramos crucial dedicar parte dessa nossa discussão às interseções que se estabelecem entre raça e gênero.

Na presente cartilha lançada pelo Ministério da saúde em 2018, uma avaliação de óbitos por suicídio entre os anos de 2012 e 2016, evidenciou uma tendência de aumento nas

taxas de suicídios entre jovens pretos e pardos. Além disso, no ano de 2016, os jovens negros apresentaram um risco de cometer suicídio 45% maior do que jovens brancos. Portanto diversas outras evidências, se percebe que as desigualdades na saúde da população negra, na verdade, devem ser classificadas como, iniquidades “aquelas desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias, segundo a definição de Margareth Whitehead, são um dos traços mais marcantes da situação de saúde do Brasil” (Buss; Pellegrini Filho, 2006, p. 2).

É importante destacar que o racismo institucional não se manifesta apenas em atendimentos inadequados ou em barreiras de acesso enfrentadas pela população negra, mas também nos programas de formação profissional e educação em saúde que não incluem esse debate. A ausência de conhecimento e reflexão contribui para a continuidade e perpetuação de práticas racistas.

Um estudo conduzido por pesquisadores do Imperial College London, em parceria com o Centro de Integração de Dados da Fiocruz (CIDACS), em 2017, evidenciou que, em pouco mais de uma década, a expansão do programa ESF no Brasil levou a uma redução de mortalidade por causas evitáveis duas vezes maior entre as populações negras e pardas, em comparação com a população branca. Entre os brancos, houve uma diminuição de 6,8% nas mortes por condições evitáveis, como doenças cardiovasculares, anemia e diabetes; entre pretos e pardos, essa queda foi de 15,4%.

O artigo publicado por Hone *et al.* (2017) aponta uma redução de 27,5% na mortalidade por doenças infecciosas e de 19,3% por diabetes na população negra, além de uma queda de 17,9% das mortes por deficiências nutricionais e anemia em crianças com menos de cinco anos. Esses dados ressaltam que, embora pouco estudada, a atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) no enfrentamento das desigualdades raciais em saúde merece mais atenção, especialmente por parte de médicos de família, comunidade e outros profissionais de saúde.

Segundo Ayres Junior (2001), ao abordar o cuidado na APS com o objetivo de práticas integrais e igualitárias, é fundamental considerar os aspectos intersubjetivos das relações que se formam entre os profissionais de saúde e entre estes e os usuários, valorizando subjetividades, construções culturais e experiências sociais diversas, que se conectam e impactam o encontro de cuidado que ocorre.

No entanto, como apontam Senna e Lima (2012), é pouco enfatizado que essas interações acontecem em um contexto de relações racializadas. Estas, que estão internalizadas nas estruturas sociais e muitas vezes encobertas pelo mito da democracia racial, permanecem

tratadas de forma ambígua e, se não forem devidamente abordadas, impedirão a construção de uma prática de saúde equitativa e integral.

De acordo com as autoras, uma abordagem de saúde integral e equitativa no Brasil precisa necessariamente considerar as relações étnico-raciais e os efeitos do racismo no processo de saúde e adoecimento da população. Ignorar esse aspecto resulta na perpetuação de um sistema que silencia e invisibiliza o sofrimento da maior parte da população, composta por pessoas negras, as quais possuem direitos e que não devem ser negligenciadas.

3.6 A interseccionalidade na discriminação: uma discussão sobre gênero e raça

Na década de 1980, se ampliou no campo intelectual brasileiro a presença de pensadores com ideias provenientes de movimentos sociais e participação ativa no processo de democratização do país. Essa intelectualidade negra trazia como traço comum sua origem humilde e a formação acadêmica nas principais instituições de ensino superior do país, além do envolvimento no ambiente político contrário à Ditadura Militar.

Desse modo, valendo-se de sua formação e contato com os coletivos políticos, intelectuais como Eduardo de Oliveira e Oliveira, Lélia Gonzalez, Beatriz Nascimento, Hamilton Cardoso, Abdias do Nascimento, Clóvis Moura, Joel Rufino, entre outros, buscaram inserir na discussão política as questões sobre a negritude brasileira.

Segundo Rios e Ratts (2018):

Trata-se da geração que tomou para si o grande desafio de traduzir as ideias políticas do seu tempo, bem como o sentimento de injustiça social e o desejo de transformação vindos da população negra em geral e de seus grupos articulados, vendo no ativismo as bases para a elaboração de uma crítica radical àquela autoimagem do país espelhada pelo discurso de harmonia das raças nos trópicos (Rios; Ratts, 2018, p. 4).

Esses intelectuais também se uniam pelo reconhecimento da extrema necessidade de desconstruir o mito da democracia racial, através da denúncia do preconceito e da discriminação e da construção de uma identidade negra, por muito tempo negada. A busca por essa identidade perpassava a ressignificação da própria história brasileira, especialmente da experiência dos africanos e de seus descendentes.

Para nossa discussão, destacamos, sobretudo, as contribuições de Lélia Gonzalez que, nesse espectro político, traçou sua trajetória intelectual enfocando o papel das mulheres negras no processo de formação nacional do Brasil. Remetendo a figuras coletivamente estabelecidas como a da “mãe preta” e da “mulata”, Lélia nos mostra as intersecções entre o

racismo brasileiro e a questão de gênero.

Segundo Rios e Ratts (2016, p. 476), “não seria despropositado afirmar que Lélia Gonzalez fez a recepção do feminismo no movimento negro”, ao passo em que inseriu no movimento feminista a problemática das relações raciais, “atentando para o caso da subordinação das mulheres negras na representação cultural, social e na força de trabalho”. Gonzalez tece sua crítica por meio de dados censitários, de pesquisas relacionadas às desigualdades socioeconômicas, realizadas no Rio de Janeiro, da produção sociológica, ainda nascente, sobre a condição da mulher e sua inserção no sistema de classes e de estudos monográficos dos anos finais da década de 1970, que buscavam retratar os estereótipos femininos presentes na literatura e na arte brasileira como um todo.

Gonzalez evidenciou em seus estudos que a condição da mulher negra na sociedade brasileira é marcada por um entrelaçamento complexo de opressões, que inclui gênero, raça e classe, o que exige que façamos uma análise interseccional para compreender plenamente as particularidades das experiências dessas mulheres. Lélia Gonzalez e Sueli Carneiro desempenharam papel crucial ao fornecerem um referencial teórico robusto para o entendimento dessas dinâmicas. Conforme afirma Gonzalez (2018, p. 24), “ser negra e mulher no Brasil, repetimos, é ser objeto de tripla discriminação, uma vez que os estereótipos gerados pelo racismo e pelo sexismo a colocam no mais baixo nível de opressão”.

Gonzalez (1988, p. 25) argumenta que, “enquanto as mulheres brancas lutam contra o machismo, as negras enfrentam o racismo aliado ao machismo”, ressaltando a dupla carga de discriminação sofrida por essas últimas. Além disso, Gonzalez busca enfatizar o fato de que a opressão das mulheres negras deve ser analisada em um contexto histórico de colonização e escravidão, onde o racismo e o sexismo se entrelaçaram de maneiras únicas.

Desse modo, o conceito de interseccionalidade se mostra fundamental para a compreensão das múltiplas formas de discriminação que as mulheres negras vivenciam, especialmente quando essas discriminações se referem à sobreposição de suas identidades sociais e culturais, como ocorre com a relação entre gênero e raça. O conceito de interseccionalidade, enunciado por Kimberlé Crenshaw, proporciona uma estrutura analítica que reconhece as complexidades e as dinâmicas interconectadas das experiências de opressão.

A filósofa e escritora, Sueli Carneiro ampliou essa discussão ao abordar a invisibilidade e a exclusão das mulheres negras, tanto nas políticas públicas, quanto no movimento feminista tradicional. Em suas palavras, “a ausência de uma perspectiva interseccional nas políticas feministas contribui para a marginalização das mulheres negras e impede a construção de uma agenda verdadeiramente inclusiva” (Carneiro, 2003, p. 85). Essa

compreensão é fundamental para o desenvolvimento de políticas públicas que abordem de maneira eficaz as múltiplas dimensões de opressão.

A condição socioeconômica das mulheres negras no Brasil é também um reflexo direto dessa opressão interseccional. Estudos mostram que as mulheres negras estão desproporcionalmente representadas entre os mais pobres, enfrentam maiores taxas de desemprego e recebem os menores salários. De acordo com o IBGE, em 2019, o rendimento médio das mulheres negras era cerca de metade do rendimento médio dos homens brancos (IBGE, 2020). Além disso, as mulheres negras são as principais vítimas de violência doméstica e feminicídio, conforme destacado pelo Atlas da Violência (2020), que revela que 66% das mulheres assassinadas no Brasil são negras. Essa situação é agravada pela falta de representatividade política e de liderança. A sub-representação das mulheres negras nos espaços de poder impede a formulação de políticas que atendam às suas necessidades específicas.

Em suma, a interseccionalidade, como desenvolvida por Lélia Gonzalez e Sueli Carneiro, oferece um referencial teórico robusto para compreender as complexas interações entre raça e gênero no Brasil. Suas contribuições destacam a necessidade de uma abordagem integrada e multifacetada para combater a discriminação e promover a igualdade. O reconhecimento e a valorização das especificidades culturais e históricas das mulheres negras são fundamentais para a construção de políticas públicas e movimentos sociais inclusivos e eficazes. A interseccionalidade, portanto, não é apenas uma ferramenta analítica, mas também uma estratégia de resistência e transformação social.

Diante das reflexões apresentadas até o momento, torna-se evidente que as mulheres negras enfrentam uma carga desproporcional de discriminação e restrições de acesso, especialmente no que se refere à saúde. Nesse contexto, é de suma importância destacar o papel da mulher negra na promoção da saúde nas comunidades quilombolas, uma abordagem que pretende ser central neste estudo. Por conseguinte, optamos por delinear sucintamente um panorama sobre essa questão.

3.7 A saúde sexual e reprodutiva no Brasil

A OMS caracteriza a saúde sexual como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade, não se restringindo apenas à ausência de enfermidades, disfunções ou debilidades. Segundo a OMS, a saúde sexual demanda uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, permitindo

experiências gratificantes e sexo seguro, isento de coerção, discriminação e violência. Para se alcançar e preservar a saúde sexual, é fundamental que os direitos sexuais de todas as pessoas sejam respeitados, protegidos e atendidos (Brasil, 2013).

A saúde sexual é, portanto, um assunto relevante a ser incorporado nas ações da Atenção Básica, visando contribuir para a melhoria da qualidade de vida e da saúde da população. Tradicionalmente, as questões relacionadas à saúde sexual são raramente ou nunca discutidas. Os profissionais da saúde, em geral, enfrentam obstáculos ao abordar os aspectos relacionados à sexualidade ou à saúde sexual de seus pacientes.

Trata-se de um tema polêmico, uma vez que a compreensão da sexualidade é fortemente influenciada por preconceitos e tabus, fazendo com que os profissionais de saúde se sintam despreparados ou desconfortáveis ao tratar desse assunto. As equipes de Atenção Básica/Saúde da Família desempenham um papel essencial na promoção da saúde sexual e reprodutiva, além de identificarem dificuldades e disfunções sexuais, devido à sua atuação mais próxima das pessoas em seus contextos familiares e sociais.

O programa de ações resultante da IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, estabelece, entre outras metas, que todos os países devem se empenhar para que, até 2015, a saúde reprodutiva esteja acessível a todas as pessoas de idades apropriadas, através de um sistema de Atenção Básica à Saúde (Nações Unidas, 1995 *apud* Corrêa; Alves; Januzzi, 2006).

Nesse mesmo documento, o conceito de saúde reprodutiva avançou em relação a definições anteriores, ao incluir explicitamente os homens nas questões referentes à saúde reprodutiva e ao conferir a devida importância à saúde sexual no contexto da atenção à saúde reprodutiva.

A atenção à saúde reprodutiva é uma ação fundamental no campo da saúde. No Brasil, um dos primeiros marcos nas políticas públicas nessa área foi a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, que incluiu o planejamento familiar entre as ações voltadas para a atenção integral à saúde da mulher. Até então, não existia uma política instituída no Brasil voltada para o planejamento familiar.

O planejamento familiar é descrito no art. 2º da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, como:

O conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Parágrafo único – É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico (Brasil, 1996).

Dessa maneira, o planejamento familiar se configura como um direito sexual e reprodutivo, e, portanto, a atenção ao planejamento deve considerar o contexto de vida de cada indivíduo, bem como o direito de todos de tomar decisões sobre a reprodução sem discriminação, coerção ou violência.

Considerando que o planejamento pode ser realizado tanto por homens quanto por mulheres, isoladamente, mesmo quando não desejam constituir uma família, tem-se amplamente discutido o uso do termo "planejamento reprodutivo" em substituição ao planejamento familiar, defendendo-se que essa terminologia abrange de forma mais ampla. Por exemplo, adolescentes, jovens ou adultos, independentemente de estarem ou não em uma união estável, podem fazer, individualmente ou com o(a) parceiro(a), escolhas sobre ter ou não filhos. Com essa nova perspectiva, este documento opta por utilizar o termo "planejamento reprodutivo".

Válido ressaltar um recorte interseccional ao examinar a saúde da mulher negra na história do Brasil, pois esse exame demanda a consideração dos aspectos sociais que influenciam a existência dessa comunidade. Portanto, é crucial abordar esse tema de forma abrangente, levando em conta a interconexão entre raça, gênero e classe social, destacando a necessidade de problematizar as diversas formas de opressão.

O racismo se manifesta diariamente através da linguagem cotidiana, persistindo e se alimentando das tradições e da cultura. Ele influencia a vida, o funcionamento das instituições e as interações entre as pessoas. Essa é uma condição histórica que incorpora preconceitos e discriminações, afetando a população negra em todas as classes sociais, tanto em ambientes urbanos quanto rurais. Para as mulheres negras, a situação é ainda mais grave, pois elas também enfrentam as consequências do machismo e das desigualdades de gênero, o que amplifica as vulnerabilidades que esse grupo já sofre.

A partir do reconhecimento das desigualdades raciais em saúde, o SUS instituiu a PNSIPN, voltada para a redução das iniquidades em saúde que atingem essa população, de acordo com uma perspectiva integral e abrangente da saúde vista como componente inseparável da qualidade de vida

Nas mulheres negras, o risco de morte por homicídio vem aumentando, o que as torna mais vulneráveis ainda. Em 2000, o risco de morte por homicídio era 20% maior nas mulheres negras em relação às brancas. Em 2006, aumentou para 71%. Os (As) negros(as) são as principais vítimas em todos os tipos de violência, principalmente nos casos de agressões (Brasil, 2008).

Sob essa ótica, é essencial que os profissionais da Atenção Básica se empenhem no correto preenchimento dos formulários do SUS no que diz respeito à variável “quesitos raça/cor/etnia”. Isso permitirá que a realidade e o perfil de morbimortalidade da população negra, assim como as particularidades deste grupo, sejam refletidos em dados concretos. A coleta e análise dessas informações epidemiológicas é crucial para a definição adequada de prioridades, facilitando a tomada de decisões e potencializando as ações das equipes de Saúde da Família.

Os profissionais da Atenção Básica, ao identificarem as desigualdades que impactam a população negra em sua área de atuação, devem formular intervenções que promovam a criação de uma cultura de solidariedade e a implementação de práticas antirracistas, além de ações que sejam livres de discriminação. Isso é fundamental na busca por equidade nos aspectos de prevenção de doenças, promoção, tratamento e recuperação da saúde, bem como no controle de doenças e agravos, especialmente aqueles que têm maior incidência neste segmento.

Assim, de acordo com o Caderno de Saúde Sexual e Reprodutiva, do Ministério da Saúde (2013), a implementação de estratégias voltadas ao cuidado e à atenção à saúde, aliadas a uma gestão solidária e participativa, deve incluir iniciativas específicas que garantam um acesso qualificado da população negra ao SUS, tais como:

- Oferta diferenciada de serviços de saúde em áreas com predominância de pessoas negras;
- Preenchimento adequado do quesito cor nos formulários dos sistemas de informação do SUS;
- Fomento à participação ativa dos usuários nos processos de planejamento e nas atividades diárias das equipes, além de fortalecer a presença de lideranças negras nos conselhos e nas instâncias de controle social;
- Criação de ações e estratégias voltadas para a identificação, enfrentamento e prevenção do racismo institucional no local de trabalho;
- Promoção de processos de educação em saúde que priorizem uma abordagem étnico-racial, em conjunto com a implementação de ações afirmativas visando alcançar equidade em saúde e promover a igualdade racial.

Desse modo, ao considerar o debate sobre saúde, é preciso salientar que a concepção ampliada de saúde, adotada pela Constituição Federal de 1988, reconheceu a definição estabelecida na 8ª Conferência Nacional de Saúde, segundo a qual, saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho,

emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, além do acesso a serviços de saúde (Brasil, 1986). Isso implica reconhecer a conexão entre saúde, condições de vida e relações sociais ao longo da vida. Saúde não é apenas a ausência de doenças, se relaciona também a aspectos como pobreza, desigualdade, racismo e violência, além das particularidades de gênero.

É fundamental destacar a necessidade de uma abordagem étnico-racial nos estudos de saúde, como forma de reconhecimento da discriminação histórica enfrentada pela população negra. Nesse sentido, compreender os perfis de morbimortalidade¹⁴ da população brasileira é necessário para embasar a formulação de políticas e ações de saúde universais destinadas a superar as desigualdades de grupos específicos. A inclusão do quesito raça/cor nos sistemas de informações de saúde contribui para evidenciar, por meio de constatações empíricas, as diferenças raciais e as vulnerabilidades produzidas no processo saúde-doença (Cunha, 2012a).

A relevância dessas questões torna-se ainda mais evidente ao considerarmos as estatísticas que apontam a proporção significativa da população negra no Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), 55,1% da população brasileira se autodeclara como preta ou parda. As mulheres representam 51,6% da população brasileira, e as negras correspondem a 50% da população feminina do país (IPEA, 2013). No Nordeste, esse percentual chega a 69,9% (Brasil, 2005).

De acordo com a PNSIPN (Brasil, 2010) as doenças que mais acometem a população negra brasileira estão nas seguintes categorias:

- a) geneticamente determinados: doença falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite;
- b) adquiridos em condições desfavoráveis –desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas);
- c) de evolução agravada ou tratamento dificultado – hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses. (Brasil, 2010, p. 15).

Segundo Gomes, Meira e Silva (2021), na análise do acesso aos serviços de saúde, dados da Pesquisa Nacional de Saúde indicam que a população branca apresentou uma prevalência maior de acesso aos planos de saúde, consultas dentárias e médicas nos últimos

¹⁴ *Morbimortalidade* é um conceito complexo que provém da ciência médica e que combina dois subconceitos como a morbidade e a mortalidade. Podemos começar explicando que a morbidade é a presença de um determinado tipo de doença em uma população. A mortalidade, por sua vez, é a estatística sobre as mortes em uma população. Assim, ambos os subconceitos podem ser entendidos com a ideia de morbimortalidade, mais específica, significa em outras palavras, aquelas doenças causadas de morte em determinadas populações, espaços e tempos. Disponível em: <https://www.gov.br>.

12 meses em comparação com a população preta e parda. Além disso, as mulheres brancas, em particular, mostraram uma probabilidade maior de ter um pedido de mamografia feito por um médico, em comparação com mulheres pretas e pardas (Silva *et al.*, 2017).

Diante disso, verificamos que, no contexto da saúde, a compreensão do conceito de interseccionalidade é fundamental. Conforme aponta Rosana Batista, pesquisadora da Universidade Federal da Bahia, as mulheres negras estão sujeitas a múltiplos fatores de vulnerabilidade, dos quais destacamos o acesso limitado a serviços de saúde de qualidade e a discriminação racial no atendimento médico (Batista, 2016).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde demonstram que as mulheres negras têm menor acesso a exames preventivos, como mamografias e Papanicolau, em comparação com mulheres brancas (IBGE, 2020). Além disso, as taxas de mortalidade materna entre as mulheres negras são significativamente mais altas, refletindo não apenas as desigualdades no acesso a cuidados pré-natais, mas também as condições socioeconômicas desfavoráveis e a violência obstétrica (Brasil, 2021).

Para abordar essas disparidades e promover a saúde da mulher negra, é essencial adotar uma abordagem interseccional que leve em consideração não apenas questões de gênero, mas também questões raciais e socioeconômicas. Como destacado por Angela Davis, ativista pelos direitos civis, isso requer uma análise crítica das estruturas de poder que perpetuam a marginalização das mulheres negras e a implementação de políticas públicas que abordem as raízes profundas das desigualdades de saúde (Davis, 1981).

Além disso, é fundamental fortalecer a participação das mulheres negras nos processos decisórios relacionados à saúde, garantindo que suas vozes sejam ouvidas e que suas necessidades específicas sejam atendidas. Somente por meio de uma abordagem interseccional e inclusiva será possível avançar na promoção da saúde da mulher negra no Brasil e garantir que todas as mulheres tenham acesso igualitário a cuidados de saúde de qualidade, livres de discriminação e preconceito.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi criada em 2004 pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. Sua elaboração surgiu da necessidade de diretrizes técnico-políticas que orientassem a assistência à saúde das mulheres no Brasil. O documento foi desenvolvido em colaboração com diversas áreas e departamentos do Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e representantes do movimento feminino, buscando integrar as reivindicações de diferentes movimentos sociais. Naquela ocasião, a proposta foi discutida no Conselho Nacional de Saúde, com o objetivo de ser reconhecida como uma política de Estado e incorporada nas decisões do

Sistema Único de Saúde (SUS).

A PNAISM fundamenta-se no direito à saúde e nas diretrizes do SUS, e adota uma perspectiva de gênero, visando consolidar os avanços nos direitos sexuais e reprodutivos. Seus princípios norteadores incluem a integralidade e a promoção da saúde, com ênfase na melhoria da assistência obstétrica, no planejamento reprodutivo, no atendimento ao abortamento inseguro e na abordagem de casos de violência doméstica e sexual. Além disso, a política busca ampliar as ações direcionadas a grupos que historicamente foram marginalizados nas políticas públicas, respeitando suas especificidades e necessidades.

A formulação dessa política também foi influenciada por uma reflexão crítica sobre o atendimento às mulheres nos serviços de saúde, buscando desenvolver um modelo de assistência que respeitasse os direitos das usuárias. Assim, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher reflete os princípios e a filosofia do SUS, respeitando a diversidade dos contextos municipais brasileiros, tanto em suas especificidades epidemiológicas quanto nos diferentes níveis de organização dos sistemas locais de saúde.

A PNAISM se propõe a ser uma referência conceitual e técnica, em vez de uma diretriz rígida que deve ser aplicada sem uma análise crítica ou adaptação à realidade local. Além disso, enfatiza o princípio da integralidade da atenção como fundamental para atender às necessidades de saúde de maneira abrangente, humanizada e organizada. Ela visa, portanto, não apenas introduzir novas necessidades de saúde que estavam ausentes nas políticas públicas até então, mas também conceituar as ações de saúde da mulher como uma política, em vez de um programa.

Segundo Vasconcelos, Francisco e Moura (2022):

Destaca-se a criação também em 2009 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) não para ser contrastada com as políticas que envolvem a população feminina, mas para atender às necessidades de saúde da população masculina. A PNAISH entende como prioridade a identificação dos elementos psicossociais que influenciam na vulnerabilidade da população masculina, bem como reforça a importância dos serviços de saúde no que tange às medidas de prevenção primária que poderiam impedir muitas doenças e agravos evitáveis que atingem este grupo (Vasconcelos; Francisco; Moura, 2022).

É fundamental ressaltar que o homem negro, ao longo de sua vida, é frequentemente submetido a diversas experiências de racismo. A Lei nº 7.716/1989 (Brasil, 1989) classifica o racismo como um crime inafiançável e imprescritível, manifestando-se por meio de ofensas verbais e ações discriminatórias, como a recusa de acesso a estabelecimentos e oportunidades de emprego. É igualmente importante distinguir racismo de injúria racial, esta

última definida no artigo 140, parágrafo 3º, do Código Penal, que trata das ofensas dirigidas a indivíduos com base em características como raça, cor ou origem, prevendo penas de reclusão de um a três anos (Brasil, 1940).

Além disso, o homem negro enfrenta uma vulnerabilidade acentuada devido a fatores como racismo estrutural, violência e barreiras no acesso a serviços, especialmente na área da saúde. Esses elementos são interligados, tornando essencial uma análise que considere seu papel na perpetuação das desigualdades sociais.

Válido destacar que a partir de março de 2020, com a declaração da pandemia da Covid-19 (OPAS; OMS, 2021), as condições de saúde, econômicas e sociais da população brasileira, em especial as mais vulneráveis, onde incluem-se os negros e, em particular, o homem foram agravadas - pela necessidade de distanciamento social, adoção do uso de máscaras, fechamento dos postos de trabalho e outras medidas que lhes foram impostas para prevenção ao vírus inicialmente desconhecido

A atual pandemia veio para reforçar as diferenças sociais e estruturais que permeiam o Brasil. Sendo inicialmente denotada como uma doença democrática, a Covid-19 logo se mostrou mais letal entre negros e pobres, uma vez que esses grupos possuem menor acesso à saúde de qualidade e estão menos propensos a permanecer em quarentena devido à instabilidade e à subalternidade de seus vínculos empregatícios. O Sars-CoV-2, por razões socioeconômicas e sociodemográficas, matou mais pobres e pardos, mais homens do que mulheres e mais idosos do que jovens (IBGE, 2021).

O homem negro em situação de pobreza enfrentou uma nova questão decorrente do racismo estrutural durante a pandemia: o uso da máscara. Essa medida de proteção, embora necessária, pode ter intensificado sua vulnerabilidade social, especialmente em um contexto descrito por Santos e Pedro (2020) como um Estado necropolítico, onde o racismo torna aceitável o risco de morte para esses corpos.

Antes da pandemia, a saúde dos homens negros já se mostrava mais vulnerável em comparação a outros grupos. Estudos indicam que doenças como hipertensão, diabetes, câncer de próstata e glaucoma têm maior prevalência entre eles. Além disso, o suicídio afetou desproporcionalmente os jovens negros, representando 55% dos casos em 2016 (Nadruz Júnior, 2017).

Essa situação se agravou por fatores como a miscigenação, que resultou em uma herança genética mais suscetível a certas doenças, mas o principal determinante é o contexto social. Doenças relacionadas à pobreza, como desnutrição e tuberculose, eram mais comuns entre a população negra, não por questões étnicas, mas devido à desigualdade no acesso a

serviços de saúde e à inadequação dos métodos diagnósticos e terapêuticos, resultando em prognósticos menos favoráveis.

Ao traçar um paralelo com a representação da masculinidade negra no Brasil, observa-se que o homem negro é frequentemente visto como alguém despojado de humanidade, tendo que encarnar sempre a força e atuar, em seu âmbito privado, como o provedor da família. Frantz (1952) argumenta que o negro é tratado como um "não ser", devido à sua desumanização tanto nas percepções dos colonizadores quanto em sua própria autoimagem. Anos de colonização e o processo de ocidentalização a que foi submetido gravaram em seu subconsciente a noção de não pertencer ao grupo humano. Assim, ao associar esta concepção ao estereótipo da virilidade, o homem negro acaba se tornando ainda mais suscetível em um contexto social que não o reconhece como alguém que merece cuidado e apoio.

No direcionamento do combate às iniquidades em saúde que acometem a população negra, com a instituição da PNSIPN (Brasil, 2009a), busca-se promover ações de combate ao racismo, incentivar o desenvolvimento de conhecimento científico sobre a saúde da população negra e as melhorias nos determinantes de saúde que atingem diretamente a esse grupo.

Além de se ter uma política específica, é crucial considerar que a melhoria do cenário apresentado requer o engajamento dos profissionais de saúde no enfrentamento do racismo institucional e na inclusão do homem negro, levando em conta suas particularidades e necessidades, dentro do sistema de saúde. Assim, é essencial que haja uma colaboração entre os profissionais da saúde e os agentes estatais, por meio da criação e/ou implementação de políticas dedicadas e bem elaboradas para solucionar a complexa situação relacionada à saúde do homem negro no Brasil, focando na melhoria dos DSS e evitando a reprodução do racismo nas diversas instituições.

4 NADA SOBRE NÓS SEM NÓS: POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

"A luta antirracista é uma batalha constante pela afirmação da humanidade do povo negro, contra todas as formas de violência e opressão" (Gonzalez, 2004, p. 35).

Este capítulo realizou um olhar crítico para o desenvolver histórico e propositivo de elaborar e implementar de forma específica política pública para população negra deste país. As políticas públicas são um movimento interventivo na sociedade e suas bases estruturantes se estabelecem no conjunto de interesses ligados às condicionantes econômica, política, social e cultural. Delineadas historicamente com o objetivo de atender às demandas das sociedades, as políticas públicas têm como eixo os recursos que são produzidos socialmente. Isto implica dizer que elas vão se estruturar em torno da organização das necessidades que são fruto da própria produção social. Assim sendo, o seu progresso se dá de modo articulado e seu retorno aparece como uma resposta ao conjunto de situações-problema que têm ações materializadas em projetos sociais, programas e políticas (Silva, 2013).

É sabido que, nos últimos anos, as políticas públicas têm se destacado, no que se refere ao direcionamento de ações que abarquem as particularidades dos indivíduos que vivem em situação de vulnerabilidade. Quando a discussão se volta para a área da saúde, especificamente, é possível notar que, por meio do Ministério da Saúde, têm sido desenvolvidas diversas políticas de promoção de equidade, dentre as quais se destaca a PNSIPN. Nesse sentido, o intuito desta pesquisa é analisar a PNSIPN, tendo em vista que ela surgiu como uma medida de reparação para minimizar os impactos do preconceito e da discriminação, provenientes dos processos de exploração da população negra ao longo da história do Brasil. Desse modo,

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é um compromisso firmado pelo Ministério da Saúde no combate às desigualdades no Sistema Único de Saúde (SUS) e na promoção da saúde da população negra de forma integral, considerando que as iniquidades em saúde são resultados de injustos processos socioeconômicos e culturais – em destaque, o vigente racismo – que corroboram com a morbimortalidade das populações negras brasileiras (Brasil, 2017, p. 7)

A política pode ser entendida, portanto, como uma ação para a promoção da saúde integral da população negra e combate ao preconceito – em destaque o racismo – sofrido por esta população, sobretudo, dentro do SUS. Essa política tem como objetivo central reduzir os índices alarmantes de obstáculos sócio-históricos que atravessam essa população.

Aprovada em 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e instituída pela Portaria GM/MS nº992, em 13 de maio de 2009, a PNSIPN é marcada pelo reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde da população negra, com vistas à promoção da equidade em saúde. O objetivo dessa política é, portanto, “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais e fortalecer o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (Brasil, 2017, p. 24).

Vale destacar que, em seu Art. 3º:

O III Plano Operativo (2017-2019) da PNSIPN é estruturado pelos seguintes eixos estratégicos, que estabelecem ações impulsionadoras para a implementação da PNSIPN e da promoção da equidade em saúde desta população:

I – Acesso da População Negra às Redes de Atenção à Saúde;

II – Promoção e Vigilância em Saúde;

III – Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra;

IV – Fortalecimento da Participação e do Controle Social; e

V – Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde para a População Negra (PNSIPN, 2009a, p. 41).

Conforme indicado pela PNSIPN, uma das prioridades do Pacto pela Saúde é a atenuação das disparidades sociais, reconhecendo elementos como modo de vida, ocupação, residência, ambiente, instrução, recreação, expressão cultural, acesso a serviços vitais, entre outros, como determinantes vitais para a saúde. Dessa forma, é possível afirmar que o preconceito racial se configura como o fator social mais influente na saúde da comunidade negra, uma vez que impacta negativamente todos esses aspectos que compõem a ideia de bem-estar.

O Ministério da Saúde está ciente da desigualdade e fragilidade que afetam a saúde dos negros – incluindo a ocorrência precoce de óbitos, taxas elevadas de mortalidade entre mães e crianças, maior incidência de doenças crônicas e infecciosas, e altos índices de violência – e reconhece que o preconceito racial enfrentado por essa população tem efeitos adversos sobre esses indicadores, dificultando o acesso aos serviços de saúde pública de qualidade. Isso porque a qualidade da saúde é fundamental para a inclusão adequada dos indivíduos em diferentes esferas da sociedade, promovendo sua independência e cidadania.

Em alinhamento com o ParticipaSUS, o Ministério da Saúde estabeleceu, em 2009, a PNSIPN. Essa política se destaca pelo reconhecimento do preconceito racial, das discrepâncias étnico-raciais e do preconceito institucional como fatores determinantes para as condições de saúde, visando à promoção da igualdade na saúde. Seu propósito é impulsionar

o bem-estar global da população negra, priorizando a redução das discrepâncias étnico-raciais, o enfrentamento ao preconceito racial e à discriminação nas instituições e serviços de saúde pública (PNSIPN, 2009a, p. 24).

Tendo em vista que a execução de políticas públicas no campo da saúde e, mais especificamente, a PNSIPN, surge como maneira de reformular a Política Nacional de Saúde (PNS), assim como as próprias ações desenvolvidas pelo SUS. A Política reafirma os princípios do SUS, constantes da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990:

- a) a universalidade do acesso, compreendido como o “acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”;
- b) a 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”;
- c) a igualdade da atenção à saúde; e d) a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (Brasil, 1990a).

Os mecanismos de participação popular e controle social são essenciais para a criação, implementação, avaliação e possíveis reorientações das políticas públicas de saúde. Esses instrumentos são desdobramentos do princípio da “participação da comunidade” (Brasil, 1990a) e estão no cerne da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabeleceu as conferências e os conselhos de saúde como entidades colegiadas de gestão do SUS, assegurando a inclusão da comunidade (Brasil, 1990b).

É importante ressaltar que essa Política se fundamenta na transversalidade, um princípio organizativo que se caracteriza pela interação e apoio mútuo entre diversas políticas de saúde. Dessa forma, abrange uma série de estratégias que relembram a visão holística do indivíduo, levando em conta sua contribuição para a elaboração de soluções que atendam às suas necessidades. Além disso, a Política considera os diferentes estágios do ciclo de vida, as necessidades de gênero e as questões relacionadas à orientação sexual, à convivência com doenças e ao manejo de deficiências, sejam elas temporárias ou permanentes.

Da mesma forma, o princípio da equidade assume grande relevância. A desigualdade racial, enquanto um fenômeno social abrangente, tem sido enfrentada através de políticas voltadas para a promoção da igualdade racial, estabelecidas pela Lei nº 10.678/2003, que instituiu a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). Em consonância com isso, o princípio da igualdade, que busca uma sociedade isenta de preconceitos e que valoriza a diversidade, deve se traduzir no princípio da equidade. Este último fundamenta a promoção da igualdade ao reconhecer as disparidades existentes e ao

adotar ações estratégicas para superá-las.

A redação da PNSIPN salienta que “em virtude de seu caráter transversal, todas as estratégias de gestão assumidas por esta Política devem estar em permanente interação com as demais políticas do MS relacionadas à promoção da Saúde, ao controle de agravos e à atenção e cuidado em saúde” (Brasil, 2009). É pertinente também destacar as responsabilidades dos entes federados nesta política pública de saúde XVIII – estabelecimento de acordos e processos de cooperação nacional e internacional, visando à promoção da saúde integral da população negra nos campos da atenção, educação permanente e pesquisa.

As responsabilidades relacionadas à implementação da política estão distribuídas entre diferentes níveis de gestão. O gestor federal é encarregado de executar a política em todo o território nacional, além de definir e administrar os recursos orçamentários e financeiros em conformidade com as deliberações da CIT. Também cabe ao gestor assegurar que a política esteja integrada ao Plano Nacional de Saúde e ao Plano Plurianual (PPA) setorial. A coordenação, o monitoramento e a avaliação da aplicação da política devem ocorrer em alinhamento com o Pacto pela Saúde. É fundamental garantir a inclusão da variável "cor" nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS.

O reconhecimento das necessidades de saúde da população negra e a colaboração técnica e financeira com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são essenciais para que esses entes federativos possam atuar de forma eficaz, levando em conta suas particularidades e recursos disponíveis. O gestor federal deve oferecer suporte técnico e financeiro para a criação de instâncias que promovam a equidade em saúde da população negra nos diferentes níveis. Além disso, deve integrar os objetivos da política nos programas de formação e educação contínua dos profissionais de saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, conforme a Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007 (Brasil, 2007).

A adoção da avaliação como parte do planejamento e execução das iniciativas de saúde integral é crucial, garantindo que sejam utilizadas tecnologias apropriadas. O estabelecimento de estruturas de gestão e indicadores para monitorar e avaliar a eficácia da implementação da política é igualmente importante. A promoção da gestão participativa deve ser fortalecida, incentivando a participação da comunidade e o controle social. É necessário definir ações intersetoriais e pluri-institucionais que visem à promoção da saúde integral da população negra, buscando a melhoria dos indicadores de saúde desse grupo.

O apoio aos processos de educação popular em saúde, bem como a elaboração de materiais informativos que divulguem as ações de promoção da saúde, são ações essenciais.

Além disso, o fortalecimento de parcerias entre o governo e a sociedade civil é vital para potencializar a execução das ações de promoção da saúde. A revisão de normas e processos deve ser feita para garantir a implementação dos princípios de equidade e humanização na atenção à saúde e nas relações de trabalho. Finalmente, é necessário criar mecanismos que incentivem a produção de conhecimento sobre racismo e saúde da população negra.

No nível estadual, o gestor também deve apoiar a implementação da política em conformidade com as diretrizes nacionais. Assim como no nível federal, cabe a ele definir e administrar os recursos orçamentários em colaboração com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). O gestor estadual deve coordenar, monitorar e avaliar a política em âmbito estadual, garantindo que ela se adeque às realidades locais, e assegurar sua inclusão no Plano Estadual de Saúde e no PPA setorial. O reconhecimento das necessidades de saúde da população negra em âmbito estadual e a colaboração com os Municípios são fundamentais para uma atuação eficaz.

O gestor estadual é responsável pela criação de instâncias de promoção da equidade em saúde da população negra e pelo suporte à implementação dessas instâncias nos Municípios. Assim como no nível federal, deve garantir a integração dos objetivos da política na formação e educação contínua dos trabalhadores de saúde. O estabelecimento de estruturas e indicadores para monitorar a eficácia da política, além da produção de materiais informativos sobre as ações de promoção da saúde, são aspectos importantes de sua atuação. O fortalecimento da gestão participativa e a articulação intersetorial, com parcerias com instituições governamentais e não governamentais, são essenciais para contribuir com a efetivação da política.

O gestor municipal, por sua vez, tem a responsabilidade de implementar a política em seu território, administrar os recursos orçamentários em colaboração com a CIB e coordenar, monitorar e avaliar a implementação da política de acordo com o Pacto pela Saúde. É crucial garantir que a política esteja inserida no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, respeitando as realidades e necessidades locais. O gestor municipal deve identificar as necessidades de saúde da população negra, considerando as oportunidades e recursos disponíveis, e criar instâncias municipais que promovam a equidade em saúde.

Além disso, deve estabelecer estruturas e indicadores de gestão para monitorar e avaliar a eficácia da política, assim como integrar os objetivos da política nos programas de formação e educação contínua dos trabalhadores de saúde. A articulação intersetorial e a formação de parcerias com instituições governamentais e não governamentais são essenciais para garantir a implementação efetiva da política.

O fortalecimento da gestão participativa, incentivando a participação da comunidade, e a produção de materiais informativos sobre as ações de promoção da saúde integral da população negra é também fundamental. O apoio aos processos de educação popular em saúde, além da criação de mecanismos para promover o conhecimento sobre racismo e saúde da população negra, são responsabilidades importantes do gestor municipal.

Em relação ao financiamento das políticas públicas de ações afirmativas, o Estatuto da Igualdade Racial, em seu artigo 56, estabelece diretrizes para o financiamento das iniciativas voltadas à promoção da igualdade racial. É essencial que, ao implementar programas e ações dos planos plurianuais e dos orçamentos anuais da União, sejam respeitadas as políticas de ação afirmativa voltadas para a inclusão social da população negra, priorizando áreas como educação, emprego e moradia.

O PPA do governo federal para o ciclo 2016-2019 incluiu um programa específico para o enfrentamento das questões raciais, denominado Programa 2034 – Promoção da Igualdade Racial e Superação do Racismo, que tinha como meta contribuir para a implementação da PNSIPN.

Entretanto, no PPA para o ciclo 2020-2023, a questão racial foi amplamente negligenciada, não havendo programas, objetivos ou metas que a abordassem. No que diz respeito à Lei Orçamentária Anual (LOA), os recursos são frequentemente alocados em ações genéricas, o que dificulta o controle social e a análise por gênero, raça, faixa etária e orientação sexual. No Ministério da Saúde, essa prática é recorrente, dificultando a localização geográfica dos gastos.

Contudo, até 2020, havia uma mínima preocupação com a promoção da equidade, manifestada por meio da ação orçamentária, que visava garantir o direito à saúde para segmentos populacionais expostos a iniquidades, como ciganos, LGBT, populações rurais, população negra e em situação de rua. Em 2016, essa ação recebeu R\$46,5 milhões; em 2018, o valor caiu para R\$8,8 milhões e, em 2020, foi de R\$28 milhões (Pereira; Rodrigues, 2021).

Entretanto, em sintonia com o apagamento das questões raciais no PPA 2020-2023, a ação foi excluída do Projeto de Lei Orçamentária (PLOA) para 2021, sendo transformada em uma classificação gerencial (denominada Plano Orçamentário, que pode ser alterada a qualquer momento) dentro da ação. Para 2021, foram previstos R\$28 milhões, valor que se repetiu em 2022, indicando uma tendência de diminuição dos montantes em termos reais a cada ano (Brasil, 2021).

Contraditoriamente, em um momento em que a questão racial na saúde se tornava ainda mais evidente, com dados alarmantes e pesquisas que evidenciavam tragédias, sua

presença no controle social e no orçamento se tornava cada vez mais escassa, além de não se vincular ao planejamento público de médio prazo. Assim, qualquer esforço para garantir o direito à saúde da maior parte da população brasileira que não considere a implementação da PNSIPN e a alocação de recursos orçamentários estará fadado a questionamentos persistentes sobre o compromisso do Estado brasileiro com um atendimento igualitário no SUS. Infelizmente, a resposta atual parece ser negativa. A continuidade das mesmas práticas apenas resultará em mais mortes e desigualdades.

É salutar compreender como a PNSIPN abarca as questões próprias de pessoas negras, com vistas a compreender não só os índices, mas também verificar a eficácia da legislação e atender às demandas advindas dos processos sociais, econômicos, políticos e culturais estruturantes da história brasileira, que têm raízes profundas no que concerne à negação do acesso a direitos para a população negra. Conforme Silva (2013):

O estudo do processo das políticas públicas centraliza a atenção sobre como as políticas são formuladas, implementadas e avaliadas, sem maiores preocupações quanto às suas causas e consequências.

(...) Com o propósito tão-somente, costuma-se considerar as especificidades dos movimentos constitutivos do processo das políticas públicas, visto enquanto uma totalidade, no sentido de se obter uma melhor compreensão sobre o fazer da política pública (Silva, 2013, p. 92).

Com isso, acrescido pelo modo como a PNSIPN vem sendo implementada na UBS de Queimadas, que é responsável pelos atendimentos da Comunidade Quilombola de Alto Alegre, faz-se necessário compreender como a referida política é vista, tanto sob o ponto de vista de alguns profissionais, quanto sob o ponto de vista dos próprios quilombolas. Isso nos faz levantar uma importante questão: por que, mesmo com a vigência da PNSIPN, alguns profissionais ainda não lançaram olhares e ações propositivas com o intuito de promover a eficácia da legislação, compreendendo que a Comunidade Quilombola por eles atendida possui necessidades diversas e estrutura seu entendimento sobre saúde não apenas na medicina ocidental, mas também em saberes ancestrais?

É salutar destacar que a instituição da PNSIPN concentra a atenção dos três segmentos do Estado: federal, estadual e municipal. Para além disso, é importante compreender o *modus operandi* da política e conhecer o modo como ela chega à comunidade, com o intuito de apreender a ótica deles no que se refere às políticas afirmativas no âmbito da saúde. Ao realizar esse diálogo sobre a perspectiva profissional-usuário, acredita-se que as medidas propostas poderão melhorar o planejamento de ações desenvolvidas na e para a Comunidade Quilombola de Alto Alegre.

5 A COMUNIDADE QUILOMBOLA ALTO ALEGRE E O DIREITO À SAÚDE

“Quilombo é uma história. É uma palavra que tem história” (Garcia, 2021).

Pontuando o contexto histórico de sua origem, torna-se imprescindível informar que a comunidade quilombola Alto Alegre, situada no Distrito de Queimadas, zona rural do município de Horizonte, faz parte das 15 comunidades quilombolas localizados na Região Metropolitana de Fortaleza, certificadas pela FCP em maio de 2005¹⁵. Na verdade, geograficamente, esse território quilombola compreende outras comunidades, além da comunidade de Alto Alegre como, o Cajueiro da Malhada, o Alto do Estrela, o Alto da Boa Vista e a Vila Nova, todas localizadas no distrito de Queimadas, além da comunidade da Base, que fica situada em terras do município de Pacajus.

Seu surgimento é oriundo do protagonismo que se vincula à saga de Cazuza Ferreira da Silva, mais conhecido como Negro Cazuza, o ancestral-fundador do Alto Alegre. A Associação dos Remanescentes de Quilombos de Alto Alegre e Adjacências (ARQUA) é uma entidade sem fins lucrativos, constituída como pessoa jurídica de direito privado, estabelecida em 13 de maio de 2005. Ela representa os quilombolas da região de Alto Alegre, localizada no distrito de Queimadas, no município de Horizonte, Ceará. A origem desta comunidade remonta à história de um homem negro chamado Cazuza. Segundo relatos, ele escapou de um navio negreiro ancorado na Barra Ceará, em Fortaleza, no final do século XIX. Após sua fuga, Cazuza se fixou na área de Alto Alegre, onde a comunidade começou a se formar, impulsionada pelas celebrações que ocorriam em uma parte elevada da região, que, devido à sua alegria, inspirou o nome do lugar. Assim, o povoamento desse bairro rural deu-se através dos descendentes de Cazuza, tornando Alto Alegre o núcleo mais antigo do território quilombola, habitado desde meados do século XIX. Com o crescimento populacional, houve migrações para outras áreas do território ao longo do tempo. Negro Cazuza, africano, ex-cativo, em um relacionamento matrimonial com uma indígena da etnia Paiacu, deu origem aos primeiros grupos familiares de que descendem aproximadamente 320 famílias e é, por isso, considerado o ancestral-fundador do Quilombo de Alto Alegre.

De acordo com alguns residentes do Alto Alegre, Cazuza teria falecido em 1913, atingindo a idade de 100 anos. Dessa forma, especula-se que ele tenha nascido em 1813, o que o colocaria com 22 anos na ocasião da fuga mencionada. Este cenário o situaria na mesma

¹⁵ Outros quilombos são localizados em: Ocara-CE, Lagoa das Melancias, Pacajus-CE Base, Aquiraz, Lagoa de Ramo e Goiabeira, Caucaia-CE, Boqueirão da Arara, Capuã, Porteiros, Serra do Juá, Novo Oriente, Barriguda, Ipueiras Sítio Trombetas. Ipueiras Coité. Tururu Águas Pretas, Salitre Serra dos Chagas, Aracati Córregos das Umburanas. Aracati Cumbe e Baturité Serra do Evaristo. Quilombo Sítio Véigas em Quixadá/CE.

faixa etária da maioria dos indivíduos traficados para o Brasil, geralmente meninos e jovens entre 8 e 25 anos. É válido pontuar processos teóricos e práticos no indicativo de reconhecimento das terras remanescentes do quilombo de Alto Alegre em Horizonte-CE. As Figuras 3 e 4 ilustram a trajetória dessa personalidade tão importante para a comunidade de Alto Alegre.

Figura 3 - Trajetória de Negro Cazuza



Fonte: ARQUA (2017).

Figura 4 - Cazuza teria fugido de um navio negreiro que aportou na praia da Barra do Ceará



Fonte: Bordado: Edna/Foto: Isanelle Nascimento

Segundo Leite (2000, p. 14), “foi necessário relativizar a própria noção de

quilombo para depois resgatá-lo em seu papel modelar, como inspiração política para os movimentos sociais contemporâneos”. Cabe destacar ainda que, nesse processo, o conceito de quilombo advindo do parecer do Grupo de Trabalho sobre Comunidades Negras da ABA, apresentado em 1994, “procurou desfazer os equívocos referentes à suposta condição remanescente, ao afirmar que contemporaneamente, portanto, o termo não se referia a resíduos arqueológicos de ocupação territorial ou de comprovação biológica” (Leite, 2000, p. 14).

Somente a partir da ressemantização do conceito de quilombo é que foi possível aplicar o Artigo 68, principalmente após o decreto presidencial de 20 de novembro de 2003, o Decreto nº 4887/03, quando foi regulamentado o procedimento para identificação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do ADCT (Silva, 2019).

O primeiro passo para regulação fundiária atualmente, assim como para o reconhecimento de uma comunidade como remanescente de quilombo, é a certificação expedida pela FCP, que exige uma declaração de autodefinição de identidade étnica, junto a um relato acerca da trajetória do grupo e a ata de uma reunião que deve ser convocada especificamente para deliberar sobre a autodefinição junto à associação, esta deve ser aprovada pela maioria de seus membros (Silva, 2019).

A FCP, como órgão do Governo Federal, tem a responsabilidade de conceder a certidão de reconhecimento às comunidades quilombolas. Para que uma comunidade seja reconhecida, é necessário que os residentes se autodeclarem quilombolas e enviem uma cópia da ata da reunião ou assembleia em que essa autodeclaração ocorreu para a Fundação. Além disso, um relato sucinto sobre a história e as práticas culturais da comunidade também deve ser providenciado. Após a análise dos documentos apresentados, a Fundação emite a certidão de reconhecimento.

O Alto Alegre e a Base são exemplos de comunidades que obtiveram essa certificação em 2005 e 2006, respectivamente (Figura 5). A partir desse reconhecimento, essas comunidades passam a ter acesso a políticas públicas voltadas para os povos quilombolas, como educação diferenciada e a titulação coletiva das terras onde residem, entre outros benefícios.

Figura 5 - Certidão de reconhecimento da comunidade quilombola do Alto Alegre



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA CULTURA
FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES
Criada pela Lei n.º 7.668 de 22 de agosto de 1988

Diretoria de Proteção ao Patrimônio Afro-Brasileiro

CERTIDÃO DE AUTO-RECONHECIMENTO

O Presidente da **Fundação Cultural Palmares**, no uso de suas atribuições legais conferidas pelo art. 1º da Lei n.º 7.668 de 22 de Agosto de 1988, art. 2º, §§ 1º e 2º, art. 3º, § 4º do Decreto n.º 4.887 de 20 de novembro de 2003, que regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e artigo 216, I a V, §§ 1º e 5º da Constituição Federal de 1988, **CERTIFICA** que a **Comunidade de Alto Alegre**, localizada no município de Horizonte, Estado do Ceará, registrada no Livro de Cadastro Geral n.º 003, Registro n.º 228, fl. 34, nos termos do Decreto supramencionado e da Portaria da FCP n.º 06, de 01 de março de 2004, publicada no Diário Oficial da União n.º 43, de 04 de março de 2004, Seção 1, f. 07, **É REMANESCENTE DAS COMUNIDADES DOS QUILOMBOS.**

Declarante(s): Processo nº 01420.001078/2005-86

Eu, **Maria Bernadete Lopes da Silva** (Ass.)....., Diretora da Diretoria de Proteção do Patrimônio Afro-Brasileiro, a lavrei e a extraí. Brasília, DF, **24 de maio de 2005.**

O referido é verdade e dou fé

UBIRATAN CASTRO DE ARAÚJO
Presidente da Fundação Cultural Palmares

SBN Quadra 02 – Ed. Central Brasília – CEP: 70040-904 – Brasília – DF – Brasil
 Fone: (0 XX 61) 424-0106(0 XX 61) 424-0137 – Fax: (0 XX 61) 328-0242
 E-mail: chefiadegabinete@palmares.gov.br http://www.palmares.gov.br

"A Felicidade do negro é uma felicidade guerreira" (Wally Salomão)

Fonte: ARQUA, 2005.

Assim sendo, o reconhecimento das comunidades quilombolas desempenha um papel fundamental na luta contra o racismo estrutural presente na sociedade brasileira. Esse tipo de racismo se evidencia por meio de atitudes discriminatórias baseadas na etnia e raça em diversas esferas, como no ambiente econômico, político e institucional, incluindo situações lamentáveis que ocorrem diariamente em muitas escolas. Em resumo, as práticas racistas permeiam toda a estrutura social do Brasil. Contudo, ao se fortalecerem, as comunidades quilombolas conseguem alterar as dinâmicas de poder estabelecidas, questionando as hierarquias raciais discriminatórias que perpetuam desigualdades em termos de direitos e oportunidades, resultantes da marginalização de certos grupos étnico-raciais. Dessa forma, surgem novas perspectivas de avanços sociais a partir do resgate e valorização das tradições ancestrais.

A tradição oral se faz presente através da expressão das memórias individuais que, quando unidas, formam a memória coletiva de um grupo. As lembranças de cada pessoa estão

intrinsecamente ligadas a um senso de pertencimento social, uma vez que as recordações pessoais do passado não estão desconectadas do contexto sociocultural em que estão inseridas.

Até recentemente, tanto o Estado brasileiro quanto parte significativa da população não reconheciam a legitimidade das memórias dos povos quilombolas, levando muitas vezes esses grupos a silenciar sobre sua história e identidade. Isso não significa que eles tenham esquecido suas origens, mas sim que as reprimiam por medo ou vergonha, devido às práticas racistas normalizadas que contribuía para a negação de sua herança étnico-racial.

A história do Quilombo Alto Alegre é sempre repassada através da memória de seus moradores mais antigos nas conversas cotidianas, em que relatam momentos de grandes adversidades, marcados pelo enfrentamento à seca, falta de alimentos, fome e altas taxas de mortalidade infantil. Esse último, se deve especialmente às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, que obrigava os quilombolas a se deslocarem até o município vizinho, Pacajus, a cerca de 9,2 quilômetros de distância. Na época, não havia transporte e a única alternativa era seguir a pé. Com isso, a comunidade quilombola utilizava-se de seus recursos ancestrais-naturais, bem como do uso de ervas medicinais e outras modalidades terapêuticas, como forma de tratar as mais diversas doenças.

Tal realidade mudou com a construção da UBS Maria do Carmo Nogueira (Carminha Nogueira), em 2008, no distrito de Queimadas, localidade onde se encontra o Quilombo Alto Alegre. A UBS fortaleceu os laços da comunidade quilombola em torno do direito à saúde ao ofertar uma variedade de serviços que abrange toda a atenção básica, sendo eles: consultas médicas para o tratamento de sintomas comuns a viroses e encaminhamentos para diversas especialidade médicas, vacinação, tratamento odontológico, exames laboratoriais, retirada de medicamentos gratuitamente, curativos e acompanhamento continuado na unidade ou na residência do usuário (a depender das suas dificuldades de locomoção).

É preciso destacar que os usuários atendidos pela UBS têm como características em comum serem pessoas acometidas de doenças crônicas, infecciosas e com saúde debilitada, fazendo uso dos “remédios da terra”, como denominam plantas, chás. A UBS não atende, tão somente, os remanescentes quilombolas, mas a todo o distrito de Queimadas, formado, ainda, por pessoas que vieram do interior do Estado do Ceará e, que se encontram em situação de pobreza, tendo poucos recursos para garantir a sua subsistência, sendo uma minoria alfabetizada e uma grande maioria que pouco compreende sobre as diversas situações de saúde. Por isso, a promoção da saúde torna-se um eixo essencial de atuação da UBS no que diz respeito à execução da política de saúde no distrito.

A Figura 6A e 6B são de 2020 e mostram os profissionais da UBS articulados à rede intersectorial que atende a comunidade quilombola de Alto Alegre em Horizonte-CE, em uma ação voltada à distribuição de máscaras e ao enfrentamento da Covid-19.

Figura 6 – Profissionais da UBS (A) em ação voltada para a distribuição de máscaras (B)



Fonte: Elaborado pelo autor.

No que tange à operacionalização da saúde na comunidade quilombola, a UBS de Queimadas desenvolve atividades voltadas para a promoção da saúde, como por exemplo, grupos de gestantes, além de ações voltadas para a saúde mental e demais projetos em datas ou meses alusivos (setembro amarelo, outubro rosa, novembro azul, etc.). Essas atividades não são desenvolvidas, exclusivamente, pela equipe multidisciplinar da UBS, mas juntamente com a equipe de residentes da Residência Integrada em Saúde, saem do âmbito da instituição e adentram outros espaços civis e públicos pertencentes ao distrito e à comunidade quilombola, como por exemplo, a associação do bairro, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) quilombola, escolas, praças e casas de líderes comunitários. A comunidade vem apresentando bastante aceitação com essa forma de se fazer saúde, ampliando o seu olhar e articulando essas diferentes formas de se pensar e fazer saúde com suas práticas medicinais ancestrais.

Essas atividades interinstitucionais são desenvolvidas através de palestras, oficinas, rodas de conversas, apresentações de trabalhos culturais, produtos artesanais e medicinais produzidos na própria comunidade. São divididas em momentos de exposição de trabalhos e falas, como também lançamentos de propostas para melhorar as condições sociais e econômicas da comunidade. As propostas são encaminhadas para os devidos setores

demandados referente a cada situação coletiva/particular, tendo como referência para aprofundamentos das percepções de demandas da comunidade os determinantes sociais de saúde.

Segundo Silva (2019), a comunidade quilombola de Alto Alegre conta com a ARQUA, o CEI Maria José Alves, o Centro Cultural Quilombola Negro Cazuya, o Núcleo de Promoção das Políticas de Igualdade Racial de Horizonte (NUPPIRH), o Posto de Saúde e o CRAS Quilombola que, embora tenha sido demarcado como pertencente a Alto Alegre, é um aparelho que pertence à comunidade. Vale destacar a relevância desses equipamentos no processo qualitativo educativo no indicativo conhecimento e reconhecimento étnico-racial.

Conforme visto, torna-se necessário reforçar, através de estudos apurados o conceito por trás do termo quilombo. Para Munanga (1996),

O quilombo é seguramente uma palavra originária dos povos de línguas bantu (kilombo, aporuguesado: quilombo). Sua presença e seu significado no Brasil têm a ver com alguns ramos desses povos bantu cujos membros foram trazidos e escravizados nesta terra. Trata-se dos grupos lunda, ovimbundu, mbundu, kongo, imbangala, etc., cujos territórios se dividem entre Angola e Zaire. [...] A palavra quilombo tem a conotação de uma associação de homens, aberta a todos sem distinção de filiação a qualquer linhagem, na qual os membros eram submetidos a dramáticos rituais de iniciação que os retiravam do âmbito protetor de suas linhagens e os integravam como co-guerreiros num regimento de super-homens invulneráveis às armas de inimigos. O quilombo amadurecido é uma instituição transcultural que recebeu contribuições de diversas culturas: lunda, imbangala, mbundu, kongo, wovimbundu, etc. (Munanga, 1996, p. 58-60).

Percebe-se que esses intermediários locais têm se transformado em sujeitos políticos capacitados para interagir com olhar crítico no desafio social em torno das políticas de emergências étnicas e têm desenvolvido ações na comunidade de Alto Alegre, com intuito de promover processos educativos para seus membros, contribuindo para o desenvolvimento de uma consciência étnico-racial, com ações que têm obtido sucesso esperado, pois a identidade étnica e postura construtiva tem aparecido nos eventos coletivos de maneira positiva.

Por conseguinte, as Figuras 7 e 8 alimentam o caminhar e construção histórica fidedigna das comunidades quilombolas de Alto Alegre e Base. Ambas nasceram e se construíram juntas, o que nos leva a ressaltar a riqueza e grandiosidade territorial dessa comunidade de lutas, resistências, vitórias e conquistas.

Figura 7 - Municípios de Horizonte e Pacajus, com a localização do Território Quilombola de Alto Alegre e Base



Fonte: IPECE (2019).

Figura 8 - Território Quilombola de Alto Alegre e Base



Fonte: Google Maps (2019).

Diante do exposto, este trabalho articula em seu próximo capítulo socializa a necessidade imprescindível de destacar a grandiosidade histórica, ancestral, nutrida da riqueza de saberes realizados pelas mulheres quilombolas de Alto Alegre em Horizonte Ceará no elaborar e fazer saúde. movimento este que perpassa gerações contribuindo para saúde dos mesmos e segue sendo um promissor potente aliado ao olhar e fazer científico no tocante a saúde.

6 MULHERES QUILOMBOLAS BENZEDEIRAS DE ALTO ALEGRE PROTAGONIZANDO PRÁTICAS DE CURA: ANCESTRALIDADE, SABERES E FÉ NO ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DA COVID-19

Mas reconhecer que as mulheres negras são intelectuais em vários campos do pensamento, produzem artes em várias modalidades, o imaginário brasileiro pelo racismo não concebe. Para uma mulher negra ser escritora, é preciso fazer muito carnaval primeiro (Evaristo, 2017).

Neste capítulo foi realizada uma discussão sobre o uso terapêutico de plantas medicinais pelas curandeiras e benzedoiras que vivem na comunidade quilombola de Alto Alegre em Horizonte, Ceará. Desta forma, este estudo, segue com ênfase nas práticas de cura realizadas por elas, mas, no geral, essas atividades integram apenas um dos repertórios praticados por essas mulheres. Outro ponto destacado foi a propagação dos saberes relacionados ao uso e manipulação de diversas espécies de plantas medicinais entre as mulheres da comunidade por várias gerações. Além da relevância do território e da biodiversidade para certificar a autonomia e o tratamento da saúde coletiva relacionada a esse grupo étnico.

Pretende-se também fazer um diálogo entre o conhecimento empírico e teórico, visando enriquecer esta pesquisa. Nesse sentido, pode haver repetições, porém elas não puderam ser evitadas, haja vista que confirmam para mostrar as convergências e divergências no cotidiano dessas mulheres, bem como tornar nítidas suas experiências.

Diante da exposição, os saberes e práticas populares para a cura de males físicos e espirituais, há bastante tempo, firmam-se presentes na história do Brasil. Por intermédio da oralidade, no caminhar de gerações, indígenas e negros sempre expressaram diferentes saberes tradicionais ao recorrerem às suas crenças e aos usos de plantas medicinais. No decorrer do tempo, esses conhecimentos populares vincularam-se com algumas práticas religiosas católicas, como as rezas para os santos protetores. Esse hibridismo religioso, resultado da conexão de experiências culturais reunidas entre saberes e fazeres indígenas, africanos e europeus, colaborou para a formação dos subsídios de rezadeira e benzedeira, tidos hoje como manifestações de uma cultura religiosa popular, que une os usos de recursos da natureza à fé.

O benzedor, em geral, é uma pessoa da própria comunidade que recebeu os ensinamentos por meio de gerações, muitas vezes de forma oral e mantém em segredo a oração que proferem. Os rezadores são típicos das regiões distantes, onde os médicos são escassos e os remédios alopatas inacessíveis. A origem nos pajés indígenas é evidente, sendo

que na região amazônica os dois conceitos, benzedeiras e pajés, são sinônimos, com a aplicação de elementos próprios da religião cristã. Esses elementos são derivados do catolicismo popular.

Essas mulheres, que antigamente se encontravam em regiões precárias de igreja, exerciam o papel do padre sincretizado com a cultura local, ou melhor, a religião local, assim formando uma religiosidade própria de cada região. Na região pesquisada, vimos rezas realizadas por elas, que podemos também encontrar em várias regiões. Muitas delas são realizadas com ervas, como a arruda, espada de São Jorge e também o terço, que simboliza proteção. Tudo isso vem da cultura popular do caipira da roça, que tem a natureza como sagrado e enviado de Deus. O jornalista nordestino Eduardo Campos (1967, p. 42) descreve as benzedeiras cearenses na sua obra *M Medicina Popular do Nordeste: superstições, crendices e mezinhas* com um “misto de crendices, superstições e conhecimentos estruturados na prática observação de pai para filho, através de gerações, a medicina popular em todos seus múltiplos aspectos alcança um papel de destacada importância no nordeste brasileiro, principalmente no Ceará.”

Muitas vezes, estas mulheres são confundidas com curandeiros, como citei anteriormente. Eduardo Campos (1967) descreve a diferença entre um e outro como:

O curandeiro, de um modo em geral, destaca-se pelo tratamento que ministra aos doentes, empregando de preferência garrafadas preparadas de acordo com receitas especiais que variam de uma para outra. [...] Receitam também mesinhas compostas de raízes, ervas outras medicinais, etc., empregadas muitas vezes com êxito.

Já as rezadeiras são diferentes:

O rezador é um tipo que difere desse. Destaca-se do curandeiro pelo poder de suas orações. É servido por uma poderosa força de sugestão, favorecida pela situação de depauperamento do paciente e pelo respeito que sabe infundir. Tornam-se famosos pelas orações e práticas mágicas.

Durante sua prática, a rezadeira identifica os males dos consulentes com base nos sintomas que eles relatam ou demonstram, os quais acabam também se manifestando nela. Condições como a “espinhela-caída” podem fazê-la vomitar, enquanto o “mau-olhado” ou o “quebrante” causam nela sonolência ou interferem na fluência de sua oração. Ao receber a benzedura, o paciente precisa seguir algumas orientações para que a reza seja eficaz: evitar cruzar braços ou pernas, e, caso tenha o cabelo preso, soltá-lo, permitindo que o corpo se mantenha aberto para receber a bênção. Conforme Santos (2010):

A priori, as rezas podem ser classificadas em três grupos, de acordo com a sua finalidade. São elas: para curar humanos, curar animais e controlar os fenômenos da natureza. As do primeiro grupo são mais populares, destacando-se a de olhado, quebrante, murcha folha, engasgo, carne quebrada, dor de dente, pontada, sol e sereno, dona do corpo, fogo selvagem, espinhela caída, nervo rendido, cobreiro brabo e ar de congestão (Santos, 2010, p. 94).

Os rituais de cura realizados por essas mulheres geralmente ocorrem entre seis da manhã e seis da tarde, abrangendo as primeiras e últimas horas do dia, quando a luz natural está presente. A rezadeira escolhe uma oração específica e um elemento adequado para cada tipo de mal, utilizando, por exemplo, galhos de plantas como pinhão-roxo, arruda e espada-de-São-Jorge, além de objetos variados, como rosários, velas, tesouras, facas, carvão, água, sal, a Bíblia, agulhas e fios. Contudo, é mais comum o uso de três ramos, representando a Santíssima Trindade cristã, uma simbologia que evoca a Trindade pagã e a Tríplice Deusa, reverenciada por praticantes de wicca e outros neopagãos, com raízes na pré-história (Câmara, 2019).

Essa simbologia aparece também no início dos rituais, quando a rezadeira diz: “com dois [olhos maus] te botaram [o feitiço], com três [ramos] Jesus Cristo tira” (Santos, 2010, p. 13). Após a reza, é costume que as rezadeiras descartem os ramos já secos na natureza, acreditando que eles absorveram os males dos pacientes. Segundo Armous, Santos e Benner (2005) *apud* Câmara (2019), as plantas utilizadas nesses rituais podem ser classificadas conforme suas propriedades curativas: calmantes, emolientes, estimulantes, fortalecedoras, coagulantes, sudoríficas, hipertensoras, diuréticas, hipotensoras, depurativas, remineralizantes e regenerativas.

As benzeções podem ser feitas em diversos espaços da casa, como a sala, varanda, jardim ou quintal. O ambiente geralmente inclui um altar em constante arranjo, com uma toalha branca onde ficam velas acesas, flores (naturais ou artificiais), imagens de santos e entidades da Umbanda, além de objetos devocionais e lembranças de graças concedidas. Muitas vezes, o altar também inclui itens decorativos que a rezadeira considera especiais: laços, embalagens de buquês, troféus, bibelôs, entre outros.

A reza não tem custo; qualquer pagamento é espontâneo, visto como uma expressão de gratidão. Normalmente, o consulente oferece itens básicos, cestas de alimentos ou uma contribuição em dinheiro conforme sua possibilidade e desejo.

Sob a ótica científica, pode ser difícil entender a permanência dessas práticas em uma sociedade cada vez mais voltada aos cuidados hospitalares. A continuidade desses rituais

indica uma demanda que se adapta às mudanças dos tempos, mostrando uma releitura do passado para o presente. A existência das rezadeiras revela uma busca por alternativas que se adaptam, ainda que de modo distinto ao que eram.

Essas curandeiras remetem-nos aos primórdios da Civilização, quando os seres humanos recorreram à fitoterapia, orações e práticas ritualísticas conduzidas por mulheres conhecedoras dos segredos de manipulação energética para resolver problemas físicos, espirituais e emocionais. Ao longo da Idade Média, o conhecimento herbal, associado às parteiras e benzedadeiras, despertava oposição dos primeiros médicos, influenciados pelo patriarcado cristão. Para Zordan (2005, p. 339-340), esses saberes simbolizavam “o poder das Grandes Deusas, a divinização da Natureza e a sacralidade da terra-corpo”.

Para Moraes (2007), “dom” vem do latim *donum*, ou “oferta aos deuses”, significando uma dádiva concedida por Deus. De acordo com Santos (2007) e Araújo (2011), as rezadeiras não escolhem esse caminho; elas são escolhidas para segui-lo, muitas vezes após uma visão, sonho ou experiência sobrenatural. Esse dom pode ser transmitido por alguém que já o possui, perpetuando a prática.

As rezas curam doenças que escapam ao entendimento da medicina tradicional, como cobreiro, dores diversas, afta, espinhela-caída, quebranto, lombrigas, paralisias, choques térmicos, entre outras (Santos, 2007; Araújo, 2011). Cada rezadeira adota um método único, o que torna o ritual singular, pois cada uma alcança o mesmo objetivo — a cura pela fé — de maneira particular. Além disso, elas elaboram unguentos, xaropes e outros remédios, além de práticas divinatórias que remetem ao saber herbal das mulheres da Idade Média, quando o conhecimento das ervas era transmitido de mãe para filha.

Além das palavras memorizadas, as rezadeiras frequentemente realizam gestos com galhos de plantas frescas, como pinhão, guiné ou alecrim, sobre o corpo do paciente. A cura é transmitida através das palavras e da fé, sendo fundamental tanto a confiança da rezadeira em sua oração quanto a confiança do consulente nela. Cunha (2012b, p. 1) afirma: “Esses saberes foram adquiridos, transmitidos e reconstruídos pela memória dessas guardiãs”. As benzeções costumam iniciar com rezas católicas, como o Credo e o Pai Nosso, mas podem incluir louvores a orixás e caboclos, dependendo da rezadeira e da necessidade de quem busca a cura.

Segundo Assunção, Querino e Leiner (2020):

Nos últimos tempos, as benzedadeiras têm conseguido espaço no sentido da regulamentação da sua prática. No município de Rebouças (PR), foi oficializada a atuação de benzedadeiras, consideradas subsídio à saúde pública¹. Em Sobral (CE), de

modo similar, benzedeiras foram incorporadas ao sistema de saúde, desempenhando papel de Agentes Não Formais de Cura (ANFC) e reconhecidos como parte da cultura local (Assunção; Querino; Leiner, 2020, p. 763).

Desde os tempos do Brasil Colonial (1500-1822), essa medicina popular praticada por elas é bastante requisitada, não apenas por conta do pequeno número de médicos que existia naquela época, mas também pela credibilidade que a população tinha em suas práticas tradicionais de cura. Entretanto, especialmente no século XVIII (1701-1800), a Igreja Católica, através do Tribunal do Santo Ofício (Inquisição), suprimiu tais e outras práticas religiosas populares no Brasil, rotulando-as como heréticas. Aqueles que as exerciam eram acusados de praticar feitiçaria. As técnicas da medicina científica não eram comuns nas comunidades quilombolas rurais por muito tempo, tornando assim as benzedeiras e rezadeiras essenciais para a saúde física e espiritual das pessoas dessas comunidades. Até hoje, a medicina popular é apreciada por sua capacidade de oferecer maneiras de lidar com diversos problemas, como dores de cabeça, dores abdominais, mau-olhado e outros males. Como dizia Nelson Mandela:

Aprendi que negligenciar os seus ancestrais traz a má sorte [azar] e desastre na vida. Se desonrar seus ancestrais, a única forma de expiar a sua falta era consultar o nganga, médico tradicional Africano ou um ancião da tribo que comunicaria com os ancestrais e lhe transmitir as profundas desculpas. Todas essas crenças me parecem perfeitamente normais (Mandela, 1995, p. 18).

A ocorrência de doenças e o desequilíbrio no ser humano são questões que geram grande preocupação nas sociedades africanas. Assim, é fundamental buscar uma explicação para esse desequilíbrio, pois “o mal” no mundo está além da experiência humana, reside no invisível, no reino dos espíritos. A abordagem da cura das enfermidades nas comunidades tradicionais africanas é entendida de forma holística, englobando não apenas o aspecto físico, mas também todas as dimensões do sofrimento humano, incluindo aquelas que impactam a vida material, moral e espiritual das pessoas.

No texto “A relação entre a medicina africana tradicional e sistema mágico-religioso africano” o autor Luís Tomas Domingos pontua que a religiosidade Africana tradicional é resultado de síntese ponderada de atitudes organizadas, variáveis com os modos de vida, provavelmente construídas ao longo do tempo segundo as contingências históricas presumivelmente perdidas e exprimem de modo diverso a identidade Africana. Não há termo, de forma explícita que possa esgotar o conteúdo e o sentimento religioso Africano. Entretanto, é um sistema de relações entre o mundo visível dos homens e o mundo invisível regido pelo Criador e as potências que, sob nomes diversos, e todos sendo manifestações deste Deus

Único, e todos eles são especializados nas diferentes funções.

Pontua-se que no Brasil, os povos originários e a população negra, especificamente as comunidades quilombolas, sofreram impactos acentuados durante a pandemia de Covid-19, por serem grupos vulnerabilizados, ocupando posições preocupantes nos índices de mortalidade pela doença.

Desde que passamos a acompanhar a situação vivida em Wuhan, na China, lócus inicial da pandemia provocada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) causador da Covid-19, fomos induzidos forçosamente a pausar nossas rotinas, a rever ideias, fortalecer crenças, a lidar com um emaranhado de sentimentos e, principalmente, a dar um novo tom às relações sociais e às lutas políticas agora distanciadas.

Como acertadamente pontuam Cassal e Fernandes (2020), o momento exigiu agilidade na construção de reflexões e na sua conversão para uma perspectiva teórica. Por essa razão, atentos às mudanças nesse cenário, especialmente na forma como a pandemia tem impactado as comunidades quilombolas no Brasil e, especificamente, no Ceará, passamos não só a observar, mas também a vivenciar as nuances dessa conjuntura.

A China declarou a ocorrência de casos de uma “pneumonia desconhecida”, detectada inicialmente na cidade de Wuhan, no final de dezembro de 2019. A partir de então, seguimos acompanhando as notícias nos meios de comunicação e a identificação de casos similares em diferentes países nos mostrou que se tratava da emergência de uma crise sanitária sem precedentes, inaugurando um estágio de pandemia, ratificado pela OMS, em meados de março.

Diante do exposto, a pandemia atribuída a um vírus recém-descoberto, o novo coronavírus (SARS-CoV-2), causadora de uma doença altamente infecciosa, a Covid-19, alcançou lugares aparentemente inimagináveis, atravessando todas as dimensões da vida humana, promovendo incertezas, medo e, em alguns casos, aprofundando ainda mais o fosso da desigualdade. Como bem pontua Segata (2020, p. 282): “a Covid-19 tem sido impactante. Mas, alguns dos cenários que ela tem produzido não são totalmente novos.”

No decorrer do ano de 2020, todos nós de forma compulsória estivemos no lugar de repensar a “normalidade” e nos reorganizar dentro de nossas esferas pessoais e espaciais. Diante do contexto da precariedade dos modelos terapêuticos e da inexistência de cura para a nova doença, o distanciamento social foi a melhor alternativa encontrada para refrear o avanço do contágio, apesar das inúmeras lacunas sanitárias, sociais e econômicas apresentadas por essa solução. A OMS direcionou de forma concomitante orientações de práticas básicas de higiene, preconizadas como medidas eficazes contra contágio e

transmissão da Covid-19.

É válido pontuar que a pandemia, anunciada pela OMS em março de 2020, direcionou a suspensão dos discursos neoliberais até então defendidos por representantes governamentais como, por exemplo, a ausência de investimentos em serviços públicos de saúde.

É possível notar que a disseminação da pandemia de Covid-19, principalmente nas Américas, originou outro panorama que, aliado às desigualdades e à pobreza, prejudicou especialmente determinados grupos étnico-raciais e sociais. Países como Estados Unidos e Colômbia levantaram que as populações negras e indígenas foram os grupos mais vulneráveis à Covid-19, protagonizando assim altos índices de mortalidade.

No Brasil, que possui um número significativo de povos indígenas e onde 56,10% da população é negra, é notório o crescente número de casos de contaminação e óbitos nessas populações. Norteados por esse panorama, voltamos nossa atenção a uma parcela específica da população negra brasileira, neste caso, às Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs), grupos étnico-raciais reconhecidos constitucionalmente e espacializados em quase todo o território nacional. Uma marca fundamental dos Quilombos é o seu território, que por muito tempo foi negligenciado pelo Estado brasileiro, mesmo tendo os direitos reconhecidos a partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, no art. 68 dos ADCT e com o Decreto 4.887/2003 que dispõe sobre a demarcação dos territórios quilombolas.

Caminhando nesta perspectiva, temos como objetivo central, delinear um panorama, mesmo que sucinto, da realidade do quilombo cearense de Alto Alegre durante a pandemia. Para isso, utilizamos na construção deste estudo a fala de pesquisadores da temática, lideranças e moradores do quilombo, que atuaram para conter o avanço da Covid-19 em seu território.

No período que compreende quase dois meses desde o Decreto no 33.510, de 16 de março de 2020, no qual se oficializou a situação de emergência em saúde no Ceará, se intensificaram as medidas de enfrentamento à infecção pelo novo coronavírus, por meio de medidas como o distanciamento social. No entanto, em âmbito municipal, inúmeras lacunas na prevenção dos impactos da pandemia sobre a saúde quilombola foram evidenciadas.

Segundo, Silva *et al.* (2020), além das cestas básicas distribuídas em março pelo CRAS Quilombola para famílias em vulnerabilidade socioeconômica, dos kits de alimentação derivados da merenda escolar entregues aos pais dos alunos e dos 125 kg de alimentos recebidos pelo Mesa Brasil, próximas por meio dos esforços da Coordenadoria Especial de Políticas Públicas para a Promoção da Igualdade Racial (CEPPIR), nenhum outro tipo de

auxílio, como máscaras ou produtos de higiene, foi encaminhado à comunidade pelo governo municipal.

O morador pesquisador e ativista da pauta quilombola de Alto Alegre, Jeovane Ferreira, em seu artigo “Notas sobre pandemia e saúde quilombola: experiências a partir do Ceará”, destaca que o primeiro caso de infecção pelo novo coronavírus entre quilombolas do Ceará ocorreu exatamente no Quilombo de Alto Alegre, no final de abril. Ele relata que a notícia foi recebida com espanto e preocupação, por ter se tratado de uma importante companheira aguerrida na luta comunitária.

É diante dessa conjuntura de contaminação, perdas, especialmente dos mais velhos, da falta de insumos para higiene pessoal, de aumento da insegurança alimentar e de escassez de recursos financeiros, atrelada à negligência por parte do poder público e do Estado, que as comunidades quilombolas passaram a se articular, criando seus próprios mecanismos de prevenção frente ao avanço do novo coronavírus em seus territórios.

De acordo com Segata (2020), a situação em que estivemos imersos ante essa crise pandêmico-sanitária não diz respeito somente à forma como a Covid-19 nos impactou, patologicamente, enquanto uma doença que tem acometido e levado à morte milhares de pessoas, mas principalmente como ela tem evidenciado “camadas de vulnerabilidade” que “se acumulam nas situações de desigualdade de acesso a serviços de saúde e de proteção social.” (Segata, 2020, p. 277).

Segundo Silva *et al.* (2020), tais “camadas de vulnerabilidade” são ainda reforçadas por parte do próprio Estado brasileiro ao não tomar medidas para minimizar os impactos da pandemia sobre os territórios quilombolas e do acirramento da desigualdade advindo dela, como vimos no caso da aprovação do Plano Emergencial de Enfrentamento à Covid-19 para povos indígenas, quilombolas e comunidades tradicionais – só pra citar um exemplo. O Projeto de Lei 1.142/2020, de autoria da Deputada Federal Rosa Neide (PT/MT) e outros/as Deputados/as, que foi aprovado em junho pelo Poder Legislativo, trazia em destaque medidas importantes e que foram vetadas pelo Poder Executivo, por meio da Lei N°. 14.021 de 7 de julho de 2020.

Destaca-se o esquecimento explícito do Estado brasileiro e da lacuna expressiva de políticas públicas assertivas – o que para as comunidades quilombolas não tem sido novidade – os Quilombos têm se reorganizado nesse contexto de forma propositiva criando suas próprias estratégias, construindo suas articulações e potencializando seu conhecimento materializado em protagonismo para assim superar a falta de medidas governamentais, seja na esfera municipal, estadual e principalmente nacional, no tocante à prevenção e enfrentamento

à pandemia.

Importante frisar que o enfrentamento da pandemia de Covid-19 necessitaria ocorrer de forma intersetorial. Nesse direcionamento, compete à APS ter papel essencial na articulação das redes de saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem a priorização da ESF para amplificação, consolidação e qualificação da atenção básica, cujos princípios norteadores são a universalidade, a integralidade e equidade, organizados hierarquicamente pelas diretrizes: regionalização e hierarquização; territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; e participação da comunidade (Brasil, 2017b).

Paralelo a estas ações, torna-se notório o protagonismo das lideranças na potencialização das redes internas de comunicação no indicativo de informar os casos suspeitos e/ou confirmados dentro dos Quilombos – que são oportunamente informados à CONAQ – de forma a acompanhar a evolução dos casos e assim dar visibilidade à real situação vivida na época da pandemia.

Válido destacar que benzedeira(o) é aquela(e) que é detentora de saberes e realiza trabalhos de cura por meio da benzeção e de remédios à base de plantas medicinais, entre outros, aqueles permitem que se associe aos ritos, as doenças, os males, as incertezas, as ansiedades, sendo que os ritos são constantemente recriados e acrescidos de estratégias de cura com sal, alho, óleo, águas e plantas medicinais (Oliveira, 1985).

Para Oliveira (1985), a benzeção é instrumento, trabalho e ferramenta de cura, que se diferencia de região para região porque representa um corpo estruturado de saberes que constantemente sofre mudanças. Assim, para algumas benzedeadas, a benzeção é uma caridade, para outras, é um trabalho. Esta última, geralmente, é uma visão de benzedeadas que residem nas cidades, local em que o trabalho é uma necessidade de sobrevivência. Cada benzedeadada tem sua maneira própria de cura, e a criatividade é uma constante. Assim, usam-se ferramentas diversas, como palavras, plantas, cinza, água, sal, gestos, conselhos, rezas, entre outras (*Id.*).

No tocante às construções religiosas, é válido enaltecer que os primeiros registros da existência de práticas religiosas de origem africana no Brasil datam do século XVII. Na época, existia o “calundu”, cujos praticantes eram conhecidos por possuírem “dons” de cura e adivinhação, características que faziam com que fossem procurados por pessoas de todas as esferas sociais da Colônia. Com o passar do tempo, essa e outras expressões religiosas africanas sofreram impactos que resultaram em mudanças ao se mesclarem entre si e, ademais, com as crenças de portugueses e indígenas.

Destaca-se que, no Brasil, a interação entre crenças religiosas de distintas origens deu origem, por exemplo, às atuais religiões afro-brasileiras, como o candomblé e a umbanda. O candomblé é baseado no culto aos orixás dos povos africanos iorubás. A umbanda, proveniente dos africanos bantos, foi constituída a partir de influências do candomblé baiano, do espiritismo kardecista, do catolicismo e de crenças indígenas. De acordo com Prestes (1994, p.13), a umbanda surgiu em 1908, no Brasil. Grosso modo, seria a mistura do culto congo-angola (misturado com o nagô), catolicismo, noções de Espiritismo, esoterismo, pajelança e até mesmo budismo”.

Essas duas expressões religiosas afro-brasileiras estão presentes em todo o território nacional; contudo, seus praticantes ainda enfrentam preconceito de parte da população. Desde o surgimento dos primeiros quilombos, os quilombolas procuram reedificar as tradições culturais africanas em seus territórios. A valorização dos valores ancestrais sempre teve a finalidade de dar sentido à nova vida longe da África para que, assim, os quilombolas conseguissem enfrentar o difícil cotidiano em meio a uma sociedade escravista. Diante do exposto, as religiões de matriz africana desempenharam um papel fundamental no fortalecimento das identidades culturais dos povos quilombolas, constituindo um esforço coletivo de resistência cultural frente à imposição de valores religiosos alheios.

A partir do exposto, nota-se a relevância do desenvolvimento do sentimento de tolerância em prol da convivência harmoniosa entre diferentes religiões, permitindo a convivência pacífica entre pessoas com crenças diversas, ou mesmo sem crença religiosa. Segundo relatos, havia vários terreiros de umbanda no território quilombola de Alto Alegre.

Ressalta-se que a primeira igreja evangélica a se instalar em Alto Alegre foi a Congregação Cristã, por volta da década de 1960. A Igreja Batista e a Assembleia de Deus se estabeleceram na comunidade na metade da década de 1980. Diante disso, os católicos, que antes precisavam deslocar-se até uma igreja nas Queimadas, atualmente se congregam na capela de São Benedito, construída em 1997, localizada no bairro Alto da Boa Vista. A festa em homenagem ao santo padroeiro do Alto Alegre ocorre de 27 de setembro a 5 de outubro.

A presença de distintas expressões religiosas na comunidade quilombola de Alto Alegre evidencia o quanto a cultura de um povo é passível de mudanças ao longo do tempo. A religiosidade é algo muito presente e multifacetada. O evangelismo ocupa o maior espaço na vida religiosa da comunidade, com a presença de inúmeras correntes de fé. Nesse contexto, as religiões com matriz africana ficam invisíveis e não são consideradas no contexto da ancestralidade desse povo.

O fato de alguns moradores preservarem a tradição de culto às religiões de matriz

africana não os torna mais quilombolas do que aqueles que aderiram ao cristianismo, pois ser católico ou evangélico não implica em renegar a identidade quilombola. Essa identidade não está restrita à filiação religiosa, e é importante que aqueles que mantêm a tradição dos cultos de matriz africana sejam respeitados, para que possam praticar livremente os ritos de sua religião.

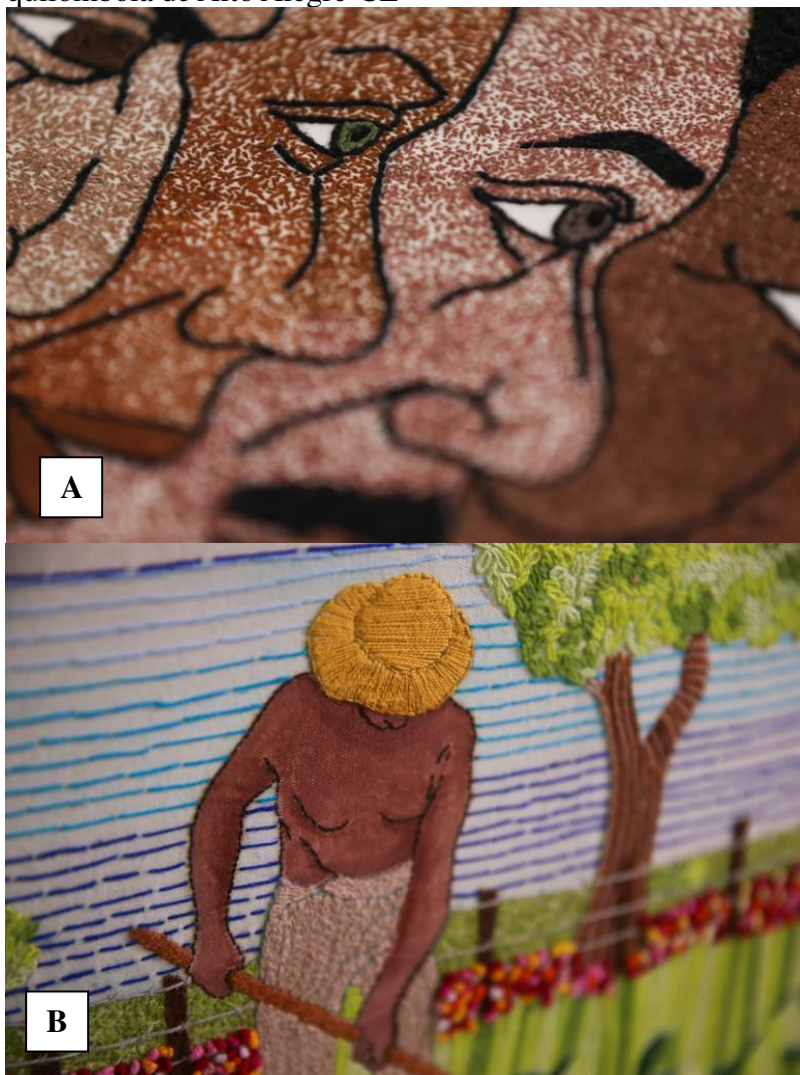
Assim, fica claro que não é necessário que todos os membros de uma comunidade professem a mesma fé para que ela se reconheça e seja validada como quilombola. O que caracteriza essa comunidade é a sua identificação com a memória de um passado de exclusão social e com a história de uma vivência coletiva em um território ancestral. Isso é o que deve unir uma comunidade quilombola na luta diária, contínua e com uma perspectiva crítica contra o racismo e pela efetivação dos direitos quilombolas, especialmente no acesso à saúde, educação diferenciada e à propriedade da terra onde vivem.

Há muito tempo a comunidade tem desenvolvido práticas de cuidado em saúde que agregam elementos culturais na produção de chás, lambedores, garrafadas, além de estratégias de cura por meio de rezas. Há personalidades importantes como foi o caso do conhecido “Tio Neco”, cuja filha, “Tia Sousa” (mais conhecida como Tia Soíza), aprendeu as práticas de manejo das ervas medicinais. Ela é uma mestra da cultura, raizeira, detentora de um profundo conhecimento sobre as ervas e é a ela que muitas pessoas recorrem quando necessitam de curas. Ser raizeira é ter esse conhecimento sobre que tipo de planta, folha ou raiz é útil para curar determinada doença (Francisco Insurgência, 2024)

Levando em conta o que foi exposto, é evidente que as práticas naturais ancestrais relacionadas à promoção da saúde se mantêm robustas ao longo das gerações, sendo constantemente manifestadas na comunidade quilombola de Alto Alegre. É importante destacar a relevância das tradições históricas desse povo, que utilizam plantas, folhas e raízes como elementos fundamentais para seu bem-estar. Em momentos atípicos, como durante a pandemia da Covid-19, que exigiu cuidados intensivos com a saúde, a realidade era marcada pela escassez de recursos, incluindo medicamentos, conhecimentos sobre a situação, vacinas e suporte humano. Mesmo diante desse cenário desafiador, as famílias quilombolas de Alto Alegre encontraram proteção e cuidados em saberes oriundos de sua terra, sua história e sua essência.

Nas imagens a seguir, destaca-se o trabalho artístico-cultural das bordadeiras de Alto Alegre, que contam a história da comunidade quilombola desde seu surgimento, através do bordado.

Figura 9 - Trabalhos das bordadeiras da comunidade quilombola de Alto Alegre-CE



Fonte: Arte de exposição das bordadeiras de Alto Alegre, comunidade quilombola.

7 VOZES DE NEGRO CAZUZA: AVALIANDO A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

“Só fica escravo aquele que tem medo de morrer sobre donos” (Zumbi dos Palmares).

Considerando a condição de fragilidade da população negra e especificamente das comunidades quilombolas, devido às barreiras enfrentadas no acesso à saúde, este capítulo se compromete a trazer uma leitura dessa realidade, através das falas e vivências de lideranças e famílias quilombolas de Alto Alegre.

Isto porque, entendemos como essencial a presença de estudos que abordem, evidenciem e divulguem as questões de saúde nessas comunidades, visando a capacitação dos indivíduos que irão atuar como agentes sociais responsáveis pelo bem-estar da população, pela pesquisa em saúde e pela execução das políticas de saúde pública. Segundo o que preconiza a Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010,

Art. 6. O direito à saúde da população negra será garantido pelo poder público mediante políticas universais, sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e de outros agravos.

§ 1º. O acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde (SUS) para promoção, proteção e recuperação da saúde da população negra será de responsabilidade dos órgãos e instituições públicas federais, estaduais, distritais e municipais, da administração direta e indireta (Brasil, 2010).

É, portanto, imprescindível que direcionemos nossa atenção às memórias dos quilombolas do Alto Alegre, priorizando as falas dos marginalizados e das minorias, “[...] a história oral ressaltou a importância de memórias subterrâneas [...] essa abordagem faz da empatia com os grupos dominados uma regra metodológica e reabilita a periferia e a marginalidade [...]” (Pollak, 1989, p. 2).

Nos últimos tempos, essas vozes periféricas têm rompido com os processos de invisibilização aos quais foram historicamente submetidas. Enaltecer essas memórias, que têm a função social de manter uma comunidade afetiva, é perceber como se dão os processos de construção de sentidos valorativos sobre um determinado passado, os quais têm como intuito produzir orientações culturais para a vida no tempo presente (Halbwachs, 2013). Consoante a isso, Rüsen (2009) ressalta que:

[...] As pessoas comprometidas com o simbolismo da memória coletiva ganham um forte sentimento de pertencimento em um mundo em transformação. Ela é também um importante elemento de estabilidade para uma ampla variedade de unidades sociais, tais como [...] movimentos sociais [...] interesses de grupo, etc. (Rüsen, 2009, p. 167).

Portanto, por intercessão da reunião dessas memórias coletivas com outras fontes históricas, buscou-se exaltar as representações e práticas culturais das pessoas do lócus desse estudo, com a intenção de perceber que os modos de ver e de fazer dos sujeitos históricos sempre estão em uma constante resignificação a partir de relações sociais que intervêm processos de ocupação e permanência de um determinado grupo social em um território.

Entender essa classificação é essencial para examinar de que maneira os discursos funcionam em diversos contextos e como afetam a maneira como o conhecimento é criado, disseminado e contestado. A abordagem de Orlandi (2009) destaca a importância da função social do discurso na formação da cidadania e na capacidade do indivíduo de agir e pensar criticamente dentro da sociedade. Vale destacar que a autora discorre que esses tipos de discursos, embora categorizados como Autoritário, Polêmico e Lúdico, não precisam existir de forma isolada. Na verdade, pode ocorrer uma interação entre eles, resultando em um jogo de dominância que é evidente em cada prática discursiva.

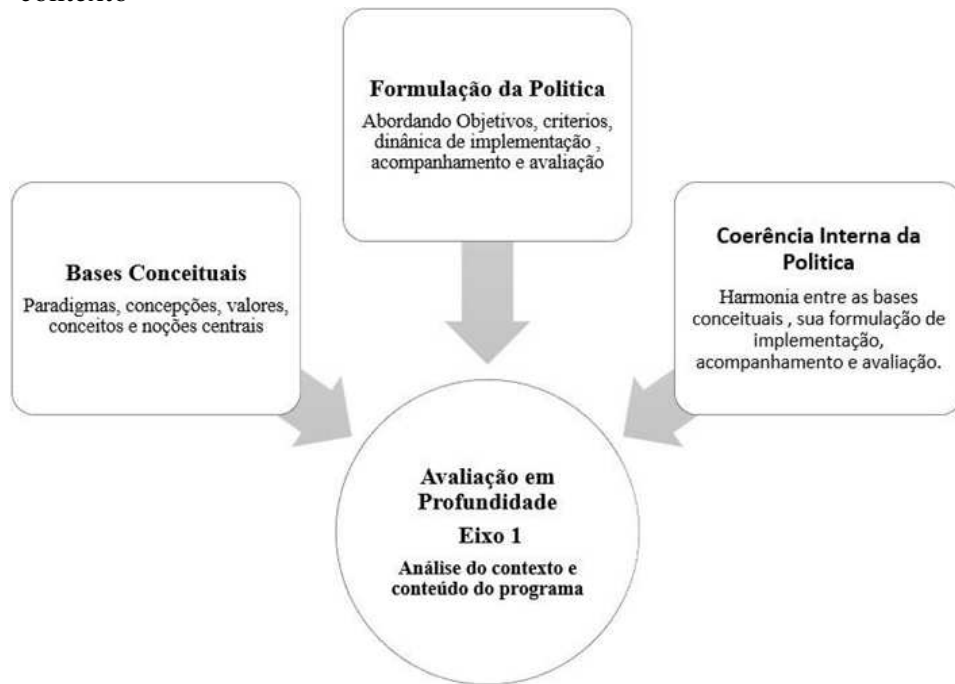
Nas próximas análises, as siglas D1, D2 e D3 serão empregadas para indicar os diferentes tipos de discurso presentes nas falas, conforme as categorias de análise da pesquisa avaliativa. Para cada categoria mencionada, foi realizado um esforço para entender, de acordo com os fundamentos teóricos apresentados, as relações contextuais que embasam os discursos, dentro do contexto da discussão sobre a política pública de saúde no município em questão.

7.1 Análises do contexto e conteúdo do atendimento na UBS de Queimadas no município de Horizonte-CE

Na presente ramificação de análise, apresentaremos os dados coletados com o objetivo de examinar o conteúdo e o contexto da política pública de saúde no Município de Horizonte, com foco específico no acesso à saúde pela população quilombola de Alto Alegre.

Conforme delineado por Rodrigues (2008), as políticas públicas são melhor compreendidas quando analisamos o contexto estatal em que são implementadas, sua interação com a sociedade e as características específicas de cada local de implementação. Ao investigar o primeiro eixo de sua proposta de avaliação em profundidade, Rodrigues (2008) destaca a importância de considerar três elementos cruciais que permeiam essa dimensão, conforme ilustrado na Figura 10.

Figura 10 - Análise da avaliação em profundidade: dimensão conteúdo-contexto



Fonte: Adaptado de Rodrigues (2008).

Partindo dessa premissa, é de suma importância realizar uma retrospectiva temporal da política de inclusão para uma melhor compreensão da análise em estudo. Para tanto, faz-se necessário examinar os caminhos desta política pública de saúde específica para a população negra.

Aprovada em 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e instituída pela Portaria GM/MS nº992, em 13 de maio de 2009, a PNSIPN é marcada pelo reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde da população negra, com vistas à promoção da equidade em saúde. O objetivo dessa política é, portanto, promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais e fortalecer o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS (Brasil, 2016).

Vale destacar que, em seu Art. 3º, o III Plano Operativo (2017-2019) da PNSIPN é estruturado pelos seguintes eixos estratégicos, que estabelecem ações impulsionadoras para a implementação da PNSIPN e da promoção da equidade em saúde desta população: “I – Acesso da População Negra às Redes de Atenção à Saúde; II – Promoção e Vigilância em Saúde; III – Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra; IV – Fortalecimento da Participação e do Controle Social; e V – Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde para a População Negra” (PNSIPN, p. 41).

Conforme indicado pela PNSIPN, uma das prioridades do Pacto pela Saúde é a atenuação das disparidades sociais, reconhecendo elementos como modo de vida, ocupação, residência, ambiente, instrução, recreação, expressão cultural, acesso a serviços vitais, entre outros, como determinantes vitais para a saúde. Dessa forma, é possível afirmar que o preconceito racial se configura como o fator social mais influente na saúde da comunidade negra, uma vez que impacta negativamente todos esses aspectos que compõem a ideia de bem-estar.

O Ministério da Saúde está ciente da desigualdade e fragilidade que afetam a saúde dos negros – incluindo a ocorrência precoce de óbitos, taxas elevadas de mortalidade entre mães e crianças, maior incidência de doenças crônicas e infecciosas, e altos índices de violência – e reconhece que o preconceito racial enfrentado por essa população tem efeitos adversos sobre esses indicadores, dificultando o acesso aos serviços de saúde pública de qualidade. Isso porque a qualidade da saúde é fundamental para a inclusão adequada dos indivíduos em diferentes esferas da sociedade, promovendo sua independência e cidadania.

Em alinhamento com o ParticipaSUS, o Ministério da Saúde estabeleceu, em 2009, a PNSIPN. Essa política se destaca pelo reconhecimento do preconceito racial, das discrepâncias étnico-raciais e do preconceito institucional como fatores determinantes para as condições de saúde, visando à promoção da igualdade na saúde. Seu propósito é impulsionar o bem-estar global da população negra, priorizando a redução das discrepâncias étnico-raciais, o enfrentamento ao preconceito racial e à discriminação nas instituições e serviços de saúde pública (PNSIPN, 2009a, p. 24).

Para tanto, a análise histórica e crítica revela como as políticas de saúde no Brasil têm sido profundamente influenciadas por mudanças políticas e ideológicas, demonstrando a necessidade contínua de vigilância e advocacia para garantir que os direitos das pessoas negras sejam, não apenas reconhecidos, mas plenamente realizados.

Partindo dessa breve exploração histórica dos cenários políticos brasileiros e suas correspondentes estruturas de governança relativas à saúde no Brasil, juntamente com os marcos legais mencionados, cabe-nos agora aprofundar na compreensão dos motivos subjacentes e dos princípios fundamentais da política de saúde municipais do município de Horizonte, especialmente no que tange ao acesso à saúde e sua importância para o processo de garantia de direitos.

Neste contexto, apresentamos os resultados das entrevistas semiestruturadas realizadas presencialmente, investigando as dimensões de conteúdo e contexto. Essas entrevistas foram realizadas para examinar as percepções da Secretaria, dos profissionais de

saúde locais, gestores e coordenadores sobre as políticas públicas de saúde direcionadas ao município de Horizonte-CE, com foco particular na população quilombola.

Na busca por entender a efetividade das políticas de saúde do município, os entrevistados foram questionados sobre seu entendimento em relação ao cumprimento das legislações vigentes, além de aspectos históricos. Por meio dessa abordagem, foram incentivados a compartilhar suas visões e análises sobre a eficácia das políticas inclusivas, considerando o quadro legal existente e sua aplicação prática no cenário local. Vale destacar inicialmente nas falas um pouco da história da comunidade quilombola pela própria população do local. Ao ser questionado sobre como começou a história da Comunidade Quilombola de Alto Alegre em Horizonte-CE o Entrevistado Francisco Insurgência respondeu:

As narrativas sobre a história de Alto Alegre foram por muitas décadas transmitidas unicamente de geração em geração pela oralidade. Não haviam registros escritos que apontassem a origem das primeiras famílias. Essas narrativas ganharam força a partir do movimento de organização política pelo reconhecimento enquanto comunidade quilombola por volta dos anos 2000. Havia um interesse em aprofundar essas origens e foram os mais velhos que começaram a trazer à tona essas histórias que foram repassadas pelos “antigos” e que alcançava a trajetória de Cazuza. Alguns mais velhos como “Tio Cirino”, “Tio Vicente”, “Tia Angelita” e outros, tiveram o papel fundamental no resgate dessas histórias. E foi a partir de então que elas ganharam notoriedade para toda a comunidade, especialmente aquelas gerações que ainda não tinham conhecimento de tantas histórias sobre a sua própria origem. E isso foi um fator crucial para a identidade quilombola, pois é a relação historicamente construída não só com Negro Cazuza, que foi um africano escravizado, como também a relação dele com uma indígena da etnia Paiacu. Então, os mais velhos contam que Cazuza fugiu de um navio negreiro que encalhou em um banco de areia na Barra do Ceará. Ele teria pulado ao mar e finalmente escapou, embrenhando-se mata adentro até chegar às localidades que correspondem hoje aos municípios de Pacajus/Horizonte. Ele foi capturado novamente, amarrado a um tronco de carnaúba onde foi açoitado por alguns dias até “amansar”. Cazuza então conseguiu se soltar e nesse percurso acabou por criar laços com o povo indígena Paiacu, a ponto de se casar com uma indígena, a qual deu origem às primeiras famílias quilombolas, que também possuem descendência indígena (Insurgência, 2024)

Francisco Insurgência relata a origem de sua comunidade quilombola com maestria, riquezas de ancestralidade, história, pertencimento e resistência. visibilizando esse local de cultura, arte, força, economia, criatividade, coletividade, manifestações religiosas diversas e seus desafios para resistir aos diversos tipos de preconceitos e racismo. Alto Alegre constitui um celeiro/laboratório para a realização de estudos e reúne uma diversidade de oportunidades no contexto das organizações sociais. No entanto, o processo histórico de subalternidade vivido ainda tem muita força na superação do mesmo.

As análises das narrativas dos profissionais de saúde também refletem opiniões semelhantes sobre a política de saúde para a população negra no município de Horizonte,

embora com variações em suas perspectivas. No tocante aos profissionais de saúde entrevistados, pontua-se o questionamento sobre o fazer profissional na UBS em uma comunidade quilombola com suas especificidades, enfatizando o período pandêmico da Covid-19, a entrevistada Maria Resistencia destaca o seguinte:

Foi assim, a pandemia começou em 2020, março de 2020, aí de início foi tudo muito assustador, ficou na unidade só enfermeiro, médico, dentista, estética e enfermagem, e acesso ficava pra lá. Até começar a gente a fazer os exames de diagnóstico, o atendimento era voltado somente para pacientes com sintomáticos, com suspeita de covid, a gente não atendia puericultura, hipertenso, diabético, só se tivesse uma crise aguda, um pico, a pressão tivesse subido muito e tudo. Até então era todo mundo em casa. Aí começamos a fazer os suaves exames de orfrite e até vinha a vacina. A vacina que foi o bom, né? Principalmente pra mim aqui, que como é a área quilombola, a gente iniciou a vacinação com as pessoas a partir dos 18 anos. Então eu tinha um público muito grande a vacinar com relação às outras UBS de dentro do município. Porque no início começou com o quê? Com os idosos acamados, aí ia subindo de faixa etária, 80 anos mais, de 60 a 70, ia fazendo bem pausadamente essa vacina. Aqui não. Como era o grupo de maior risco, indígena, quilombola, eles tinham o direito de serem vacinados já de imediato. Então lá foi assim, pausadamente pela faixa etária. Aqui não. Veio a vacina e a gente tinha que vacinar todos os quilombolas, a partir de 18 anos de idade. Já tinha vacinado até alguns idosos, mas aí a gente teve que pegar todo esse grupo. E aí foi o grande porquê. Não se tinha bem definido quem era quilombola. E aí todo mundo com medo, todo mundo querendo a vacina, né? Todo mundo com medo de morrer, queria era se vacinar pra ver se se livrava daquilo. Tinha gente que se dizia quilombola que nem era, né? E aí teve que a secretaria me cobrou, né? Ela, quem é? Você tem isso? Eu digo, não, eu não tenho. Eu não tenho, assim, ao certo são tantas pessoas na minha área quilombola, não tinha isso. A gente pode ver junto a associação deles. E até então eles também não tinham isso muito definido. Todo mundo que se associava lá, né? Nem todo mundo que se associava era quilombola. Tinha outras pessoas que não eram, né? Às vezes só casado, aí vão definir quem é que vai tomar. Só que tem ancestralidade mesmo, quilombola que vem pai, mãe, filho, os netos e tudo. Vai vacinar os cônjuges? Como é que ficou? Aí foi que eles foram pegar lá a relação e foram buscar todos os quilombolas. Aí eles tinham algo catalogado lá e aí a gente fez em cima dessa lista deles, entendeu? Foi por lá. Tinha pessoas que até a gente saiu e dizia, essa pessoa não é quilombola, né? Eles, assim, mas foi o que passaram, então nós vamos seguir. Aí vacinamos todos os quilombolas a partir de 18 anos. E nos cônjuges, se a gente chegou à confusão, porque se ele mora dentro da mesma casa e vive com uma pessoa quilombola e os filhos são quilombolas, esse marido ou essa esposa tem que ser vacinada também, porque tá ali dentro daquele território e tudo, pra não correr o risco para as outras pessoas, né? Dentro da casa. Você recebeu uma documentação ou foi uma lista, né? Eles mandaram a relação que eles tinham lá. Eles iam dizendo, o pessoal lá da associação ia falando (Resistência, 2024).

Na declaração da entrevistada, é notável a dinâmica de organização e as contradições que permeavam aquele período. Mesmo com um apoio histórico, ancestral e legal, ainda foram percebidas lacunas no processo de assegurar direitos, especialmente no que diz respeito à saúde da população quilombola. Isso evidencia a importância de uma abordagem cuidadosa, focada na documentação das particularidades e dos esforços da comunidade para acessar serviços de saúde.

Maria resistência destacou ainda o movimento de vacinação em sua fala, em que

foi crucial o envolvimento dos agentes de saúde na convocação dos moradores para tomar a vacina. A esse respeito ela declara:

Lá na associação ajudou muito a convocar. A gente passava as datas e aí eles chamavam. Inclusive, que ali é a área quilombola, no Alto Alegre. Só que tem a área descrita, né? Então, tem gente que mora no Alto da Boa Vista, que também é quilombola. Tem gente que mora ali em Queimadas, que também é quilombola. Tinha outras pessoas que estavam lá na base ou alguém que morava. Então, eles foram todos convocados pra tomar (Resistência, 2024).

Ela também pontuou o enorme desafio da volumetria de pessoas que precisavam ser vacinadas à época:

Deixa eu ver se eu me lembro quantas pessoas a gente vacinou. Mas eu acho que foi na faixa de umas 900 a mil e poucas pessoas. E aí, eu fiquei louca, né? Como era muita gente, só tinha eu, as técnicas. Uma tinha que ficar aqui com a médica atendendo os pacientes que chegavam suspeitos de Covid. Aí, a gente entrou a médica. Graças a Deus, disse, ela, não se preocupe. Eu fico com os pacientes doentes, com a técnica. Você pode ir lá pra área vacinar. Aí, uns dias, uma carta na semana. Às vezes, era duas, três vezes na semana. A gente passava a manhã toda lá. Vacinava na faixa de 100, 120 pessoas. E as agências de saúde articulavam, chamavam. Eles também buscavam. E veio uma equipe da secretaria ajudar. Os residentes ajudaram muito na digitação. Porque a gente tinha que botar tudo no sistema que estava sendo vacinado. E aí, a gente foi vacinando, né? Esse pessoal todinho. E vacinamos todo mundo que foi convocado. Que foi chamado. Que disseram que era como bora. Os cônjuges todos foram vacinados. As crianças, não. Era a partir de 18 anos, nessa época. Então, tinha vacina pra criança. E aí, a gente conseguiu vacinar todo mundo. A área lá é grande. Suportava bem. A gente botava todo mundo espaçado. Sentava, ficava aguardando. Tentava fazer pelas faixas etárias, idosos. Cada dia era um grupo. E demos conta. Final de semana, às vezes, no sábado. Eu não estava na área. Mas vinha o pessoal da secretaria. Pegava uma manhã inteira também. Vacinando também. Pra gente conseguir vacinar eles. Num menor tempo possível. E foi feito. Todos que estavam na relação. Todos que eles disseram que era. A gente conseguiu captar. Só não tomou, realmente, quem se negou. Quem não queria. Assinavam o documento de recursos, né? Não vacinado. Mas a grande maioria aceitou. Não, não tinha muita não. Tinha gente que era interessante. É... Tipo... Uma pessoa adulta. Tomava vacina ele, os filhos. E não queria dar na pessoa que era idosa. Mais idosa de 80. Não, ela não. Com medo de morrer. Mas não era um número grande. Foi um número pequeno. Mas houve isso, sim. A gente tinha até o tempo de recursos. Teve gente que se recusou (Resistência, 2024).

É evidente que existem obstáculos para assegurar o direito à saúde em um contexto extraordinário, especialmente em uma comunidade quilombola que demanda uma abordagem diferenciada. Essa atenção deve atender especificamente às suas necessidades. A mobilização ocorrida para a vacinação contra a Covid-19 surge, neste relato, como uma fonte de esperança para a vida em meio ao caótico panorama de luta pela sobrevivência. No entanto, a desinformação resultou em recusas por parte de alguns membros da comunidade em relação à vacina, criando assim barreiras no entendimento e na valorização da importância da

vacinação em massa.

Referente ao atendimento na UBS e as capacitações para os profissionais de saúde, visando contribuir com a eficaz implementação da PNSIPN Maria Resistência (2024) pontua o seguinte:

Está vindo muita capacitação para profissionais que trabalham em áreas quilombolas. A próxima que eu vou fazer é de letramento racial. Eu amei quando a menina me mandou! Eu quero muito fazer, porque é bom que a gente entenda realmente tudo direitinho, toda a história e tudo o que acontece nessa questão do preconceito racial. Assim, poderei fazer um trabalho mais voltado para isso. Então, veio esse curso. E vai ter outro que eles mencionaram no dia em que fiz a inscrição, sobre vacina. É tipo um curso de aperfeiçoamento que a equipe precisa fazer, considerando a situação.

Ela explicou que eles já estavam planejando isso, mas queriam que fosse neste ano. Contudo, não foi possível. A partir do ano que vem, isso vai acontecer. Será algo maior, tipo um aperfeiçoamento mais profundo. Todo mundo que estava lá trabalhava na área de comunidades quilombolas. Como é que a gente saberia que haveria esse curso? Como é que isso chegaria até nós? Porque, às vezes, nem chega. Vai para o pessoal da gestão, pessoas que, depois, nem estão mais na área. E nós, que às vezes trabalhamos há tanto tempo na área, de repente nem temos acesso. Mas ela disse: "A gente aqui já começou com esse grupo, então já temos acesso. Vamos entrar em contato com cada secretaria e com vocês, deste grupo que já está registrado, para convocar todo mundo a participar." A partir do ano que vem, será algo maior e mais profundo. Mas, por enquanto, vou fazer este curso agora, que terá cinco dias de encontro.

A partir dessa declaração, percebe-se que a equipe está comprometida em buscar capacitações para oferecer um serviço que efetivamente satisfaça as demandas da comunidade e assegure direitos. Notam-se lacunas nesse processo, que atualmente estão sendo reconhecidas, com o objetivo de promover uma reparação histórica em relação a situações de exclusão e questões que nunca foram resolvidas. Maria Resistência destaca a urgência de um aprimoramento no letramento racial entre os profissionais, nutrindo a esperança de que essa realidade se transforme em breve.

7.2 Atendimento realizado pautado na PNSIPN trajetória institucional

Para investigar a trajetória institucional da política de inclusão promovida pela Prefeitura de Horizonte, é crucial considerar eventos e decisões históricos que sustentaram sua implementação. Segundo Rodrigues (2008), é essencial realizar uma pesquisa de campo aprofundada e conduzir entrevistas com diferentes agentes e representantes institucionais que participam da elaboração e execução dessa política. Rodrigues também ressalta a importância de examinar aspectos culturais que influenciam o funcionamento dos espaços institucionais e organizacionais.

A reconstrução dessa trajetória destaca os desafios enfrentados pela comunidade quilombola de Alto Alegre no acesso a serviços de saúde. Nesse contexto, explora-se a evolução das iniciativas para enfrentar essas dificuldades em Horizonte-CE, com o intuito de entender a configuração atual do município.

As primeiras inserções do tema Saúde da População Negra nas ações governamentais, no âmbito estadual e municipal, ocorreram na década de 1980 e foram formuladas por ativistas do Movimento Social Negro e pesquisadores (Brasil 2010).

Segundo o Workshop Internacional de Saúde da População Negra (2001), em 18 de agosto de 2004, no encerramento do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, foi assinado Termo de Compromisso entre a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) e o Ministério da Saúde, referenciado nas formulações advindas de ativistas e pesquisadores negros, contidas no documento Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade.

A PNSIPN abrange ações e programas de diversas secretarias e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde (MS). Trata-se de uma política transversal, com formulação, gestão e operação compartilhadas entre as três esferas de governo, seja no campo restrito da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, seja em áreas correlatas. Seu propósito é garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional (Brasil, 2010).

Diante dessa demanda emergente, a secretaria de saúde vem buscando a sensibilização e o letramento racial junto ao seu corpo profissional, visando fortalecer o fazer profissional no indicativo de responder às demandas específicas da comunidade quilombola de Alto Alegre. Essa iniciativa inicial resultou no descortinamento de diversos desafios no tocante ao acesso e acompanhamento da saúde quilombola.

Nos anos de 2005 e 2006, ocorreram diversos seminários, encontros, reuniões técnicas e políticas, que culminaram com a aprovação desta Política pelo Conselho Nacional de Saúde, em 10 de novembro de 2006. Merece destaque ainda a realização do II Seminário Nacional de Saúde da População Negra, marcado pelo reconhecimento oficial do Ministério da Saúde da existência do racismo institucional nas instâncias do SUS (Brasil, 2010).

A APS é uma estratégia flexível que se caracteriza pelo primeiro contato entre usuários e a equipe de saúde, assegurando um atendimento integral, oportuno e sistemático em um processo contínuo. Esse modelo organiza-se em coordenação com a comunidade e é

interligado aos demais níveis do sistema de saúde, visando proteger, restaurar e reabilitar a saúde de indivíduos, famílias e comunidades, promovendo uma produção social de saúde em conjunto.

Um aspecto essencial da atenção primária é o vínculo entre profissionais e comunidade, assim como o respeito à diversidade local, elementos fundamentais para a implementação de políticas públicas, especialmente aquelas voltadas à promoção da igualdade racial. Essas políticas são entendidas como iniciativas que buscam corrigir desigualdades resultantes de discriminações históricas e atuais vividas pela população negra. A esse respeito, um dos entrevistados durante essa pesquisa reflete:

Especificamente para trabalhar as questões relacionadas à política da população negra, os grupos que a gente tem lá são todos grupos que atendem a população, justamente a população quilombola, porque o próprio posto está dentro do território. Então, a população que nós atendemos é justamente a população remanescente do quilombo, que são a população que está lá. E assim, os grupos que a gente tem são sempre voltados, interligados com a questão da saúde. Desde o grupo de gestantes, que é um grupo tradicional que tem lá no território, ao grupo relacionado à saúde mental, que é o Laços, que é um trabalho novo, encabeçado pelo grupo de residentes da Escola de Saúde Pública, da Turma 11, e outros grupos que são trabalhados também no território. Voltados com o de casa, voltados para o trabalho com os idosos, com a visitação resgatando a questão dos vínculos familiares e também das memórias afetivas desses idosos. Mas a gente não tem, por exemplo, o grupo, apesar de a gente ter profissionais que fazem parte do Compir, mas a gente não tem um grupo que trabalhasse essa questão do empoderamento da política de igualdade racial. O que se trabalha é colaborando, articulado dentro dos equipamentos que já existem, como por exemplo o próprio centro cultural, a própria associação, o próprio conselho, o Compir, quando eles organizam algum tipo de ação. Eu percebo que a equipe sempre participa e se articula (Esplendor do Luar, 2024).

Considerando o que foi apresentado, "Esplendor do Luar" traz uma narrativa que reconhece a importância de desenvolver indicadores sociais voltados para as comunidades quilombolas. Esse trabalho busca documentação que fundamente a questão da saúde de maneira específica, atendendo às necessidades da comunidade em questão, e revela as falhas na gestão municipal. As declarações do entrevistado ressaltam os obstáculos que a comunidade quilombola enfrenta para acessar serviços de saúde, indicando a necessidade de articulação, diálogo e a criação de sistemas de documentação que tornem visíveis as demandas e os direitos de saúde dessa população.

A evolução da política pública de saúde em Horizonte se apresenta como um aspecto essencial para entender o atual cenário de saúde no município. Com essa abordagem, perguntou-se aos entrevistados se possuíam conhecimento sobre a implementação de políticas de saúde pública voltadas à população negra e se participaram desse processo. As respostas resultaram nos seguintes depoimentos:

Quanto à saúde, o que as gerações antigas contam é que o acesso a hospital era muito precário. Havia uma alta taxa de mortalidade infantil. Era necessário ir até municípios próximos, como Pacajus, para ter acesso adequado à política de saúde. Essa realidade mudou bastante nas últimas décadas a partir da implantação da UBS Maria do Carmo Nogueira (Carminha Nogueira), que fica localizado dentro do território quilombola, mas que anteriormente a sua implantação o serviço era ofertado em outros locais no próprio Distrito de Queimadas. A questão é que atualmente essa é a Unidade Básica de Saúde que atende não só as famílias quilombolas como a maior parte da população do distrito. Uma crítica muito forte feita pelas lideranças, para além do nome da unidade que não homenageia um quilombola, é a ausência da prestação de um serviço diferenciado que atenda de fato a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Obviamente, essa pauta é mais forte quanto à UBS localizada no quilombo, mas se estende ao município como um todo, tendo em vista a não efetivação dessa política nacional (Francisco Insurgência, 2024).

O relato do entrevistado destaca a trajetória da população quilombola de Alto Alegre, marcada por inúmeros desafios que evidenciam a falta de progresso na questão da saúde dessa comunidade. Essa situação é alarmante. A declaração em destaque ressalta a estrutura dos serviços de saúde, que seguem um modelo de atendimento genérico, desconsiderando as particularidades da comunidade e seus direitos em relação ao acesso a um atendimento mais direcionado às suas necessidades específicas.

Para uma avaliação efetiva das políticas públicas, é indispensável adotar uma abordagem integradora que considere diferentes interpretações e vivências. Esse enfoque deve ir além da formulação das políticas, abrangendo também sua execução prática. Valorizar as experiências e percepções dos indivíduos e comunidades afetadas por essas políticas contribui para um processo de avaliação mais completo e representativo dos diversos grupos sociais envolvidos.

7.3 Avaliando o acesso à saúde pela comunidade quilombola de alto alegre no município de Horizonte-CE e sua temporalidade e territorialidade

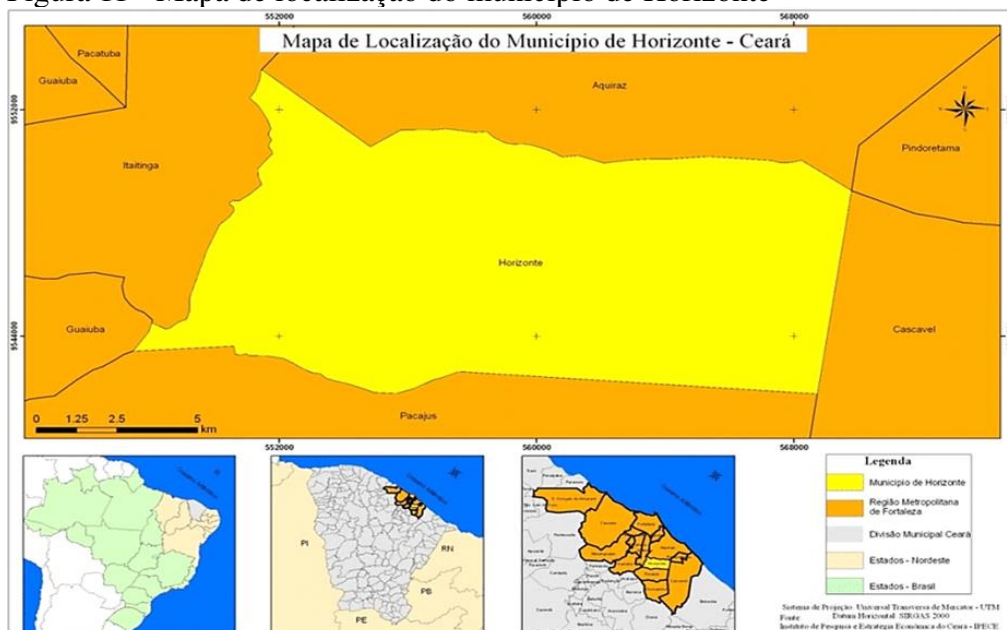
Neste momento de nossa análise, investigaremos a inter-relação entre as dimensões temporais e territoriais na evolução da política de saúde da pessoa negra, confrontando-a com as demandas locais. Abordaremos a absorção do conteúdo, o contexto de inserção e a trajetória institucional dessa política, com o intuito de compreender sua função no processo educacional da comunidade em questão conforme discutido anteriormente.

Segundo Rodrigues (2008), a análise do "espectro temporal e territorial" enfatiza a importância de considerar a configuração histórica e geográfica do desenvolvimento da

política em questão. Essa análise possibilita a comparação das diretrizes e dos objetivos gerais da política com as particularidades locais e sua historicidade. Ao examinar a dimensão temporal, é essencial compreender a evolução da política ao longo do tempo e como suas metas e estratégias foram ajustadas ou modificadas para responder às demandas e desafios específicos de cada período. Isso implica em avaliar como a política se adaptou às transformações sociais, econômicas e políticas, considerando as diversas conjunturas e contextos históricos.

De acordo com Facundo *et al.* (2021), no livro "Horizonte: cidade da gente - estudos regionais do ensino fundamental", Horizonte é uma localidade relativamente jovem, tendo sido estabelecida em 6 de março de 1987, quando se separou do município de Pacajus por meio da Lei nº 11.300, assinada pelo então governador do estado do Ceará, Gonzaga Mota (Figura 11).

Figura 11 - Mapa de localização do município de Horizonte



Fonte: Internet.

Desde sua emancipação, Horizonte testemunhou um notável crescimento, tanto econômico quanto social, consolidando-se como um dos principais centros industriais da região. Este progresso foi acompanhado por um significativo influxo migratório motivado pelas perspectivas de oportunidades econômicas.

Segundo dados recentes do IBGE, Horizonte é o décimo oitavo município mais populoso do Ceará. Notavelmente, dentre os dezoito primeiros, Horizonte registrou o maior crescimento populacional, com um aumento de 35,36% na última década, comparando os

dados de 2022 e 2010.

Um relatório recente do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) destaca o papel crucial da industrialização no posicionamento de Horizonte como um dos principais centros industriais do Brasil, resultando em um considerável impulso ao Produto Interno Bruto (PIB) regional. Em 2021, a cidade ocupou a nona posição entre os municípios cearenses com maior contribuição para o PIB, totalizando R\$ 1,09 bilhão.

Um artigo recente do jornal "O Povo", datado de 28 de março de 2024, enfatiza a estreita relação entre a história de Horizonte e a chegada de grandes corporações à região. A entrada da Vulcabrás no final da década de 1990 é destacada como um marco significativo nesse processo, impulsionando o crescimento econômico e demográfico local. Além da Vulcabrás, como Grupo Edson Queiroz, Klabin, Santana Textiles, Brilux, Grupo Teles, Irmãos Almeida, Arcaplast, Mabel Imports e Concepción Group/BMG Foods também deixaram sua marca em Horizonte.

Ainda que a entrada de corporações multinacionais possa gerar postos de trabalho e abrir oportunidades econômicas para a comunidade local, é fundamental avaliar os possíveis obstáculos que isso pode acarretar, como a degradação das condições de trabalho, aumento das desigualdades sociais e efeitos ambientais negativos, como a poluição e a exploração dos recursos naturais. É vital promover a participação cidadã e o diálogo entre os residentes, entidades da sociedade civil e as autoridades públicas, assegurando que o crescimento econômico seja tanto inclusivo quanto sustentável.

Diante do exposto no tocante a política pública de saúde voltada para saúde da população negra em uma comunidade quilombola, a secretaria de saúde nos apresenta os seguintes depoimentos:

Bem, no momento pandêmico, tanto a equipe de referência da Estratégia da Família, juntamente com a turma da residência multiprofissional da Escola de Saúde Pública, a turma 6 da residência, tiveram um trabalho extremamente importante nesse território. Eles conseguiram implantar o atendimento remoto, o acompanhamento remoto dos pacientes que foram diagnosticados com o vírus. Esse trabalho acontecia por telefone e teve dois viés, tanto por telefone com o atendimento, utilizando uma ferramenta que era um questionário, em que tinha as perguntas e esse questionário, todos os profissionais, independente da sua categoria, mas esse questionário era um questionário que ele atendia a todas as categorias, e ele não trazia algo específico, mas ele era em geral, mas tinham perguntas dentro da situação de como aquele paciente estava naquele momento, e também perguntas relacionadas à situação dele em casa, da questão familiar, da saúde mental dele (Esplendor do Luar, 2024).

Desafios recorrentes são traduzidos na fala de Esplendor do Luar, o que expressa um cenário de insegurança no tocante à garantia do direito à saúde pautado em atendimento

específico para comunidade quilombola de Alto Alegre, discussão esta que necessita ser alimentada, visibilizada, ampliada e ocupar diversos espaços no intuito de garantia de direitos, implementar em sua integralidade. Questão de saúde pública urgente e necessária articulado a uma reparação histórica.

Proporcionar o direito à saúde daqueles que não tem acesso a essa política no âmbito privado, se constitui um dos grandes desafios das gestões públicas a nível nacional. Trazendo um olhar mais específico para a saúde da população negra, torna-se ainda mais desafiador. Nesse contexto é possível definir dois aspectos que envolvem essa população particularmente. O primeiro pelo racismo estrutural presente nos ambientes de atendimento em saúde, e segundo pelo espaço geográfico periférico que essa população ocupa. No que se refere à comunidade quilombola de Alto Alegre, se enquadra nos dois aspectos acima. E muitos ainda não compreendem a política de saúde como direito, particularmente os mais velhos, o que retira desses a capacidade de reivindicar e se contrapor a esse racismo velado que se apresenta em forma de demora no atendimento, falta de empatia com as dores dos pacientes, descaso pelas queixas, modo de falar, de vestir, enfim, pelo corpo negro. Em contraponto, a população mais jovem vem promovendo mudanças profundas, que repercutem no comportamento dos envolvidos e em uma forma mais digna e justa de atendimento. Como um olhar mais profissional para as especificidades da saúde do povo negro, atenção particular a saúde da mulher e combate insistente e continuado ao preconceito e descaso praticado por alguns profissionais da área, no que se refere aos corpos negros. Comportamentos que promovem traumas e contribuem para a ausência destes nos espaços que deveriam oferecer acolhimento, acompanhamento e qualidade de vida às pessoas (Maria Caminhos Abertos, 2024).

Essas entrevistas evidenciam a urgência de ações para superar as limitações estruturais no sistema de saúde local. A falta de recursos, tanto em infraestrutura física quanto em pessoal qualificado, claramente compromete a capacidade de fornecer um atendimento adequado e respeitando as especificidades da população negra.

A valorização e reconhecimento dos profissionais de saúde, referente ao seu fazer profissional articulado a política pública específica em estudo neste trabalho e a efetiva implementação de políticas emergem como aspectos cruciais destacados nas entrevistas. Cada pessoa e liderança quilombola de Alto Alegre, baseando-se em sua experiência e perspectiva, contribui para uma compreensão mais aprofundada dos desafios e das possíveis soluções para promover avanços na prática de saúde que possibilite acesso, qualidade, pertencimento e respeito às especificidades da pessoa negra.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O reconhecimento do racismo como DSS indica avanços no campo da saúde pública, ao percebermos que vivemos em uma sociedade com raízes coloniais e segregacionistas. Isso nos leva a pensar em formas de corrigir e reparar a divisão histórica sofrida pelas populações racializadas devido à violência colonial.

No entanto, estamos imersos na 'neurose cultural brasileira' na qual os brasileiros aprenderam a sentir vergonha da ideia de serem racistas, mas não demonstram interesse em abandonar comportamentos racistas. Isso caracteriza o racismo por negação, pois busca-se negar a presença da estrutura colonial e segregacionista por meio de silenciamento e apagamento histórico. Torna-se imprescindível dar destaque a teorias e avaliações que se originam genuinamente de processos territoriais e ancestrais, permitindo o fortalecimento dos povos racializados e originários.

Neste contexto, o principal objetivo desta pesquisa é avaliar a PNSIPN e sua eficácia como promotora da democratização de acesso à saúde para promover a garantia de direitos no tocante às especificidades da população quilombola de Horizonte-CE. Seguindo as dimensões da avaliação em profundidade propostas por Rodrigues (2008) - conteúdo, contexto, trajetória, temporalidade e territorialidade - o estudo busca oferecer uma análise abrangente da política. Metodologicamente, a pesquisa é qualitativa, exploratória e descritiva, empregando estratégia de estudo de caso (Gil, 2008; Yin, 2001).

Para a coleta de dados, foram utilizadas técnicas como pesquisa bibliográfica, documental e entrevistas semiestruturadas (Minayo; Deslandy; Gomes, 2016). A análise dos dados coletados será conduzida através da análise documental e da análise de discurso (Rodrigues, 2008; Orlandi, 2009), permitindo uma análise abrangente das políticas de saúde da população negra em Horizonte, focando na população quilombola de Alto Alegre e seu impacto no acesso à saúde desta comunidade em específico.

Espera-se que os resultados desta pesquisa contribuam substancialmente para a formulação de uma base robusta, com recomendações para aprimorar políticas e práticas em saúde na comunidade quilombola do município estudado, visando desenvolver um respeito, visibilidade e garantia de direitos às especificidades em pauta.

Além disso, espera-se que o estudo inspire reflexões e ações em prol de políticas públicas para a população negra no indicativo de sua saúde, tanto localmente em Horizonte quanto em nível nacional. Assim, é essencial que todos nós reflitamos sobre como contribuir para a questão da saúde da população negra e garantir os direitos de todos, reconhecendo que

são sujeitos de direitos com especificidades.

No cenário atual, é crucial promover um diálogo em torno da pauta de saúde da população negra, reconhecendo a sua importância e desafios que se apresentam no tocante ao acesso e permanência. Devemos considerar a existência do "outro", que gradualmente se integra em nosso cotidiano- um "outro" com sua própria identidade, história e dimensões afetivo-emocionais distintas (Ferreira; Guimarães, 2003).

Ao longo desta investigação, à luz da avaliação em profundidade, exploramos percepções e desafios enfrentados pela comunidade quilombola de Alto Alegre em Horizonte Ceará no acesso à saúde que responda às suas especificidades no intuito de perceber esse percurso que envolve sujeitos de direitos.

Após estas análises, foram obtidos resultados seguindo os eixos propostos pela avaliação em profundidade. Em relação ao conteúdo e contexto da política, aplicamos um conjunto de perguntas detalhadas aos entrevistados, cuidadosamente elaboradas para explorar suas percepções e experiências sobre as políticas públicas em questão. Isso nos permitiu coletar dados valiosos sobre a implementação e os efeitos das políticas de saúde voltada para população negra no município, proporcionando uma visão aprofundada de seu impacto no cenário de saúde local.

Para compreender a eficácia da política de saúde da população negra no município de Horizonte, em conformidade com as leis vigentes, descobrimos que o município atende à legislação delineada nos documentos oficiais. No entanto, as narrativas dos entrevistados revelam uma desconexão entre a legislação e a realidade prática observada na unidade de saúde da comunidade, indicando a necessidade de revisão das estratégias de implementação e de maior suporte operacional.

A partir deste contexto, os entrevistados foram questionados sobre o PMIRH e sua implementação no contexto da saúde na comunidade. A análise das narrativas revelou inconsistências nos estágios de desenvolvimento do PMIRH, potencialmente resultando em disparidades na qualidade do serviço de saúde em questão. Neste cenário, destaca-se a complexidade da implementação efetiva do PMIRH para comunidade quilombola, sublinhando a necessidade crucial de suporte eficiente da gestão municipal para renovar e executar os Projetos e políticas voltadas para saúde da população negra.

O estudo revelou, através das narrativas dos entrevistados, uma colaboração significativa atual com a associação ARQUA e a UBS, destacando sua importância para a política de educação especial na rede municipal. Embora a UBS já possua um histórico consolidado no município, enfrenta desafios significativos devido à alta demanda.

Além disso, identificou-se fazer em saúde ancestral que vem sendo essencial no cuidado em saúde da comunidade em destaque, práticas essas alimentadas de memórias e fé que ultrapassam gerações.

Quanto à trajetória das políticas municipais de saúde da população negra, os entrevistados revelaram um conhecimento sobre a implementação inicial dessas políticas e sua participação no processo, porém destacaram que as mesmas não chegam até os principais interessados. Esta falta de envolvimento inicial pode representar uma lacuna

Analizando as narrativas dos participantes, o estudo evidenciou a importância das práticas ancestrais do fazer saúde com plantas e ervas medicinais no processo de acesso à saúde pela comunidade quilombola de Alto Alegre em Horizonte-CE, destacando sua relevância na saúde do município e contribuindo significativamente para sua integração e progresso em diversas esferas da vida.

Dada a relevância do desenvolvimento da população da comunidade e os profissionais de saúde, formação contínua na saúde, os entrevistados foram questionados sobre sua participação em programas de formação voltados para a saúde da população negra, bem como sobre as práticas ancestrais entre nesse contexto. Constatou-se que todos os profissionais entrevistados mencionaram fragilidades em relação às formações continuadas voltadas para o município de Horizonte. No entanto, é crucial considerar a sustentabilidade e a profundidade dessas formações, visto que é essencial que não sejam eventos isolados, mas sim parte de uma estratégia contínua e abrangente.

Ao analisar o aspecto temporal e territorial, indagamos aos participantes das entrevistas se a Política Pública de saúde da população negra, realmente alcança toda população quilombola em estudo do município, incluindo aqueles localizados em diferentes distritos. Diante das narrativas unânimes dos entrevistados, identificou-se que as demandas da população quilombola que não estão sendo plenamente atendidas devido às limitações estruturais e de recursos. A repetição de problemas como falta de espaço, profissionais e longas filas de espera sugere que o sistema atual de atendimento à saúde na comunidade necessita de uma revisão e ampliação significativas. Dentro desse contexto, ressalta a relevância crítica do olhar da comunidade quilombola referente a essas políticas de saúde, apontando que a saúde da população negra é um processo em constante construção que enfrenta desafios operacionais, conceituais e atitudinais.

Indagamos à gestão municipal e aos profissionais de saúde se houve avanços na estrutura física e atendimentos profissional na unidade de saúde desde sua implantação até os dias atuais. Diante das narrativas de profissionais e da gestão municipal, observou-se

inconsistência na implementação e manutenção. Embora alguns profissionais tenham notado melhorias substanciais, a falta de recursos adequados e o remanejamento de materiais destinados à unidade de saúde para outros fins pela gestão da saúde evidenciam problemas de priorização e gestão de recursos.

Portanto, é crucial estabelecer regulamentações mais rigorosas e um controle mais eficaz sobre a alocação e utilização de recursos na saúde da população negra. Isso garantirá que todos os atendimentos na unidade de saúde, independentemente de sua localização geográfica, tenham o mesmo nível de apoio e recursos para população negra assistiva, promovendo um verdadeiro acesso à saúde respeitando as especificidades e garantindo direitos sociais.

Outro aspecto relevante encontrado em nosso estudo refere-se às limitações de conhecimentos conceituais dos gestores e profissionais sobre o intuito desta política de saúde específica para população negra, trabalho realizado para dentro do contexto da comunidade quilombola em estudo. Essa falta de conhecimento sobre a saúde da população negra pode refletir uma desconexão potencial entre os gestores da saúde e as metodologias adotadas na política de saúde. Enquanto alguns demonstram envolvimento profundo e adotam práticas proativas, outros revelam lacunas de conhecimento sobre os procedimentos necessários e o público-alvo atendido, resultando em uma execução inconsistente das políticas de saúde da população negra.

Ao entrevistar os participantes sobre suas expectativas em relação à política de saúde no município em análise, observou-se aspirações por maior investimento do governo federal em saúde da população negra. Além disso, destacaram a necessidade de expansão das UBS priorizando uma unidade de saúde específica dentro da comunidade quilombola de Alto Alegre para atender de forma singular e garantindo direitos da comunidade quilombola, assim atendendo toda a demanda, aumento de recursos humanos e materiais, formação continuada mais robusta, adoção de práticas pedagógicas adaptativas e inovadoras, e maior reconhecimento dos profissionais de saúde.

Os resultados deste estudo indicam que, apesar do reconhecimento da importância das políticas de saúde e dos esforços em curso para melhorar a infraestrutura de atendimentos em saúde em Horizonte, existem desafios significativos. A falta de uniformidade na implementação e manutenção da UBS, a resistência a desenvolver de forma característica a política de saúde da população negra por parte de alguns profissionais de saúde e o uso ineficaz de recursos são obstáculos que comprometem a eficácia das políticas de saúde. É crucial que futuras políticas e investimentos se concentrem em superar essas barreiras,

garantindo uma alocação eficiente de recursos e práticas de saúde verdadeiramente respeitando especificidades e adaptadas às diversas necessidades da comunidade quilombola.

Ampliar e valorizar as UBS, assim como promover a educação continuada dos profissionais de saúde, são passos fundamentais para alcançar uma saúde efetiva em Horizonte. Essas estratégias são essenciais não apenas para reconhecer o esforço dos profissionais envolvidos, mas também para promover avanços no cuidado e saúde da comunidade quilombola de Alto Alegre.

A utilização da PNSIPN, atualizações e demais documentos normativos que tocam a saúde da população negra em Horizonte, é uma iniciativa crucial para promover uma mudança sistêmica na abordagem da saúde para pessoas negras. Essa utilização, norteia-se para respeitar e garantir direitos específicos, engajando na perspectiva da relevância a fomentar esta política de saúde os gestores de saúde, profissionais de saúde, famílias e a comunidade acadêmica, informando e mobilizando ações em prol de políticas públicas verdadeiramente representativas.

Este estudo será compartilhado em diversos meios, incluindo participação em eventos acadêmicos sobre saúde da população negra na Universidade Federal do Ceará (UFC), seminários institucionais na prefeitura de Horizonte através de formações continuadas para profissionais de saúde e espaços de saúde intersetoriais, e publicações acadêmicas em artigos científicos e periódicos, ampliando assim a visibilidade e impacto do estudo.

8.1 Entraves da pesquisa e sugestões para estudos futuros

Durante nossa investigação sobre a avaliação do acesso à saúde da população negra como política pública de democratização de acesso a direitos do município de Horizonte, deparamo-nos com diversos desafios metodológicos e práticos. Estes desafios não apenas influenciaram o curso do estudo, mas também destacaram áreas críticas que exigem atenção em futuras pesquisas acadêmicas. Tais dificuldades são comuns em estudos que demandam análises detalhadas de políticas públicas e práticas de saúde em ambientes complexos e dinâmicos. A seguir, exploramos os principais obstáculos encontrados durante a pesquisa.

Uma das principais restrições enfrentadas foi o tempo limitado disponível para a pesquisa, que se mostrou insuficiente para a análise da unidade de saúde e da comunidade quilombola propostas, restringindo, assim, a abrangência territorial do estudo. Além disso, encontramos grandes dificuldades em reunir um histórico completo das políticas de saúde

voltadas à população negra, devido à falta de registros organizados e acessíveis. Também foi um desafio estabelecer uma linha do tempo precisa para identificar lacunas a serem preenchidas, considerando a variação nas datas de implementação e a ausência de documentação confiável. A avaliação do Programa de Saúde na UBS também foi limitada, o que dificultou uma análise mais aprofundada das políticas e práticas que promovem a inclusão no que diz respeito à saúde da população quilombola nessa instituição.

Os resultados obtidos nesta pesquisa apontam para várias direções promissoras para futuras investigações.:

- a) Avaliar a eficácia dos programas de formação continuada para profissionais de saúde, visando melhorar as práticas de saúde característica da população negra;
- b) Avaliar a UBS e seus impactos na vida da comunidade quilombola em Alto Alegre, Horizonte-CE;
- c) Avaliar a temporalidade dos grupos de saúde na UBS e seus impactos no contexto familiar e dos demais quilombola assistidos envolvidos;
- d) Conduzir estudos centrados nas percepções e experiências dos próprios povos quilombolas, proporcionando uma visão ampliada de como eles percebem as políticas de saúde e o suporte recebido no tocante a desenvolvimento e acesso;
- e) Explorar as barreiras enfrentadas pelos profissionais de saúde na implementação de práticas de saúde singular no indicativo da pessoa negra, identificando estratégias para superá-las;
- f) Investigar a satisfação das famílias quilombolas em relação aos serviços de saúde que colocam em prática a PNSIPN e outras iniciativas de saúde da pessoa negra, avaliando como essa satisfação influencia o envolvimento parental na saúde de seus filhos.

Essas propostas podem contribuir significativamente para ampliar a compreensão da saúde ampliada, estabelecendo um sólido fundamento para melhorias contínuas nas políticas e práticas de saúde que assistem a população negra deste país.

8.2 Observações da pesquisa avaliativa para a agenda pública

Após uma análise detalhada da avaliação da PNSIPN como política pública de democratização do acesso à saúde pela população quilombola no município de Horizonte, realizada na UBS e comunidade quilombola de Alto Alegre, identificamos diversas áreas que requerem melhorias. Com base nas interações e discussões ocorridas durante este estudo com

os envolvidos desde a formulação até a execução da política de saúde, propomos recomendações pertinentes para aprimorar as práticas de fazer saúde no município em análise.

1. Investir na formação continuada de profissionais especializados e comunidade para assegurar que possuam as competências necessárias para atender às diversas necessidades específicas da comunidade quilombola em estudo;
2. É essencial investir na construção e manutenção de UBS dentro da comunidade quilombola e que seja específica para atendimento da mesma. Isso inclui a adaptação de espaços existentes e a construção de novos ambientes dedicados às práticas de saúde ancestral;
3. Implementar políticas que garantam a manutenção de registros detalhados e acessíveis sobre o PMIRH e as atividades na UBS e comunidade;
4. Estabelecer diretrizes claras para a implementação da UBS Quilombola, incluindo cronogramas padronizados e critérios específicos que devem ser seguidos, assegurando uniformidade e facilitando a avaliação de seu impacto;
5. Desenvolver um método sistemático para coletar e preservar a história das políticas de saúde específica da população negra, garantindo que informações vitais sobre a implementação e evolução das práticas sejam facilmente acessíveis para análise futura;
6. Documentar e compartilhar boas práticas por meio de um repositório dedicado, permitindo que seja de domínio público para que comunidades quilombolas de diferentes regiões aprendam umas com as outras;
7. Ampliar iniciativas para promover um diálogo construtivo horizontal sobre saúde da população negra dentro das comunidades e UBS, visando aumentar a compreensão e respeito da diversidade interseccional;
8. Assegurar o provimento de recursos financeiros estáveis e suficientes para apoiar a eficaz implementação das políticas de saúde, atendendo às necessidades expressas pelos participantes da pesquisa;
9. Aumentar a capacidade de instituições de saúde, visando reduzir as longas filas de espera e melhorar o atendimento, conforme destacado pelos participantes;
10. Incentivar uma colaboração mais estreita entre intersetorialidade, famílias quilombolas, inspirando-se no intuito da PNSIPN;
11. Investir em tecnologia, sensibilização e resgate histórico da ancestralidade de Alto Alegre Horizonte, visando firmar e garantir direitos da pessoa negra;
12. Melhorar a gestão de recursos destinados às práticas de saúde, evitando

realocações inapropriadas mencionadas por alguns entrevistados;

13. Promover anualmente seminários voltados para a saúde da população negra, abrangendo toda a comunidade horizontina e outros setores.

Essas sugestões não apenas visam superar os desafios identificados, mas também reforçar a eficácia da PNSIPN na comunidade quilombola de Alto Alegre em Horizonte Ceará e promover uma abordagem mais holística e sustentada para a saúde negra. Implementar essas medidas pode contribuir substancialmente para a integração e o progresso acadêmico, pessoal e social da comunidade quilombola em pauta.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. W. B. Os Quilombos e as novas etnias. In: CANTARINO, O. E. **Quilombos: identidade étnica e territorialidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002, p. 43-83.
- ANJOS, R. S. A.; CYPRIANO, A. **Quilombolas: tradições e cultura da resistência**. São Paulo: Aori, 2006.
- ARAÚJO, F. L. Representações de doença e cura no contexto da prática popular da medicina: estudo de caso sobre uma benzedeira. **Caos – Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, [s.l.], n. 18, p. 81-97, 2011.
- ASSUNÇÃO, L. M. de; QUERINO, R. A.; LEINER, R. R. A benzedura nos territórios da Estratégia Saúde da Família: percepções de trabalhadores, usuários e benzedores. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n.126, p. 762-773, 2020.
- AYRES JUNIOR, C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BACELAR, T. **Ensaio sobre o Desenvolvimento Brasileiro: Heranças e urgências**. 1.ed. Rio de Janeiro: Revan, 2000.
- BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Orgs.). **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.
- BARBOSA, I. R.; AIQUOC, K. M.; SOUZA, T. A. **Raça e saúde: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil**. Natal: EDUFRN, 2021.
- BATISTA, E. C.; MATOS, L. A. L. de; NASCIMENTO, A. B. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 23–38, 2017.
- BATISTA, R. Mulheres negras e saúde: desafios e perspectivas para a equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 1-10, 2016.
- BRASIL. **Caderno de saúde sexual e reprodutiva na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidente da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 out. 2024.
- BRASIL. **Decreto-lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (1940, 31 de dezembro)**. Código Penal. Diário Oficial da União, Seção 1, 1940.
- BRASIL. Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989. **Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor**. Brasília: Diário Oficial da União, 1989. Disponível em:

<https://bit.ly/3dB57Tb>. Acesso em: 9 dez. 2020.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. **Dispõe sobre o planejamento familiar e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial da União, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade Materna**: Estudo de caso sobre os determinantes sociais da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Diário Oficial da União, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. **Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: Diário Oficial da União, 14 maio 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política do SUS. 2. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz III**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005–2008, 2006.

CÂMARA, Y. R. **Relatório Pós-Doutoral de Atividades**. 2019. 92 f. Relatório (Pós-Doutorado em Educação) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2019.

CAMPOS, E. **Medicina Popular do Nordeste**: superstições, crendices e mezinhas. Rio de Janeiro: Edições O Cruzeiro, 1967.

CARNEIRO, S. Mulheres negras, violência e pobreza. *In*: BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher – plano nacional**: diálogos sobre violência doméstica e de gênero; construindo políticas públicas. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2003. p. 11-19.

CARVALHO, A. P.; GUSSI, A. F. **Perspectivas contemporâneas em Avaliação de Políticas Públicas**. Fortaleza: UFC, 2011.

CASSAL, M.; FERNANDES, T. A população negra em situação de rua e a Covid-19: vidas negras importam? **Tessituras – Revista de Antropologia e Arqueologia**, [s.l.], v. 8, n. 2, p. 97-104, 2020.

CASTRO, J. A. de; OLIVEIRA, M. G. de. Políticas públicas e desenvolvimento. *In*:

MADEIRA, L. M. (Org.). **Avaliação de Políticas Públicas**. Porto Alegre: UFRGS; CEGOV, 2014.

CELLARD, A. A análise documental. *In*: POUPART, J.; DESLAURIERS, J.; GROULX, L. (Org.). **A pesquisa Qualitativa enfoques epistemológicos e metodológicos**, Petrópolis: Vozes, 2008. p. 295-314.

CORRÊA, M.; ALVES, D.; JANUZZI, R. O papel das políticas públicas na promoção da saúde reprodutiva no Brasil. *In*: CONFERÊNCIA BRASILEIRA DE SAÚDE, 3., 2006, São Paulo. **Anais [...]** São Paulo: Ministério da saúde, 2006. p. 1-20.

COSTA e SILVA, C. M.; MENEZES, M. C.; PEREIRA, A. C.; MIALHE, F. L. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, 2010.

COSTA, S. A Construção Sociológica da Raça no Brasil. **Estudos Afro-Asiáticos**, [s.l.], v. 24, n. 1, p. 35-61, 2002.

CUNHA, E. M. G. de P. da. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. *In*: WERNECK, J.; BATISTA, L. E.; LOPES, F. (Org.). **Saúde da População Negra**, Petrópolis; Brasília: ABPN, 2012b, p. 328.

CUNHA, L. A. Saberes e Religiosidades de Benzedeiras. *In*: SIMPÓSIO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA PESQUISA E HISTÓRIA DAS RELIGIÕES, 13., 2012, Natal. **Anais [...]** Natal: ABHR, 2012a. p. 1-6.

DAVIS, A. **Women, Race & Class**. New York: Vintage Books, 1981.

DIAS, R.; MATOS, F. **Políticas públicas: princípio, propósitos e processos**. São Paulo: Atlas, 2012.

DIEGUES, A.C. A etnoconservação da natureza. *In*: DIEGUES, A.C. (Org.). **Etnoconservação: novos rumos para a proteção da natureza nos trópicos**. 2. Ed. São Paulo: Hucitec; NUPAUB, 2000. p. 1-46.

EVARISTO, C. **Becos da memória**. Rio de Janeiro: Editora Pallas, 2017.

FACUNDO, A. L.; FERREIRA, A. J. S.; GOMES, F. P.; NAZARÉ, M. M. A. **Horizonte: Cidade da Gente**. Fortaleza: Didáticos Editora, 2021.

FARIA, C. A. P. Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista brasileira de ciências sociais**, [s.l.], v. 18, p. 21-30, 2003.

FERREIRA, Á. R. S. The importance of descriptive analysis. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgões**, [s.l.], v. 47, p. 10-27, 2020.

FERREIRA, M. E. C.; GUIMARÃES, M. **Educação inclusiva**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

FORTES, P. A. C. SUS, um sistema fundado na solidariedade e na equidade, e seus desafios.

Vida Pastoral, São Paulo, v. 52, n. 276, p. 22-27, 2011.

FRANTZ, F. **Pele negra máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 139–152, 2004.

GARCIA, C. **Beatriz Nascimento: corpo negro produzindo História nos quilombos do passado e do agora**. 2021. Disponível em: <https://educacaoeterritorio.org.br/reportagens/beatriz-nascimento-corpo-negro-produzindohistoria-nos-quilombos-do-passado-e-do-agora/>. Acesso em: 04 dez. 2024.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed., São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONZALEZ, L. A categoria político-cultural de amefricanidade. **Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, n. 92/93, p. 69-89, 1988.

GONZALEZ, L. Lugar de negro. In: SILVA, A. G. (org.). **Lélia Gonzalez: Por um Feminismo Afro-Latino-Americano**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2018, p. 35.

GUIMARÃES, A. S. A. Raça e os estudos de relações raciais no Brasil. **Novos Estudos CEBRAP**, [s.l.], n. 54, p. 147-156, 1999.

GUSSI, A. F. Apontamentos teórico-metodológicos para a avaliação de programas de microcrédito. **Revista Avaliação de Políticas Públicas**, Fortaleza, ano 1, v. 1, n. 1, p. 29-37, 2008.

GUSSI, A. F. Outras epistemologias e metodologias: a experiência do Mestrado de Avaliação de Políticas Públicas. **Revista Avaliação de Políticas Públicas**, Fortaleza, v. 2, n. 16, p. 168-183, 2019.

GUSSI, A. F.; OLIVEIRA, B. R. de. Discutindo paradigmas contra-hegemônicos de avaliação de políticas públicas. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA DO CAMPO DE PÚBLICAS, 1, 2015, Brasília. **Anais [...]** Brasília: Associação Nacional de Ensino e Pesquisa do Campo de Públicas, 2015.

GUSSI, A. F.; OLIVEIRA, B. R. The cultural dimension of public policies evaluation: an anthropological approach. **Evaluation Connection Newsletter**, [s.l.], p. 11-13, 2016.

HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. 2. Ed. São Paulo: Centauro, 2013.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; CYPRIANO, C. DA C.; GASTALDO, D.; JACKSON, S.; ROCHA, C. G.; FAGUNDES, E. Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. e00214516, 2018.

HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e

previdência. In: PANDOLFI, D. (Org.). **Representando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999. p. 1937-45.

HONE, T.; RASELLA, D.; BARRETO, M. L.; MAJEED, A.; MILLET, C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. **PLoS Med**, [s.l.], v. 14, n. 5, p. e1002306, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Homens pretos e pardos morreram mais de Covid do que brancos em 2020. **Agência IBGE Notícias**, 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-denoticias/noticias/32414-homens-pretos-e-pardos-morreram-mais-de-covid-do-que-brancos-em2020> . Acesso em: 17 ago.2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde**: 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

KROEFF, R. F. S.; GAVILLON, P. Q.; RAMM, L. V. Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 464–480, 2020.

LEITE, I. B. Os quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas. **Etnográfica**, [s.l.], v. 4, p. 1-10, 2000.

LEITE, I. B. The Brazilian quilombo: ‘race’, community and land in space and time. **The Journal of Peasant Studies**, [s.l.], v. 42, n. 6, p. 1225-1240, 2015.

LEJANO, R. **Parâmetros para a análise de políticas**: a fusão de texto e contexto. Campinas: Ed. Arte Escrita, 2012.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 21, n. 5, p. 1595–1601, 2005.

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 16, p. 121–134, 2012.

MALTA, D. C.; MORAES NETO, O. L.; SILVA, M. M. A.; ROCHA, D.; CASTRO, A. M.; REIS, A. A. C.; AKERMAN, M. National Health Promotion Policy (PNPS): chapters of a journey still under construction. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-94, 2016.

MANDELA, N. **Un long chemin vers la liberté**. Paris: Fayard, 1995.

MAY, T. **Pesquisa social**: questões, métodos e processos. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GOMES, S. M.; MEIRA, K. C.; SILVA, M. F. S. Interseccionalidades na atenção à saúde da população negra. In: BARBOSA, I. R.; AIQUOC, K. M.; SOUZA, T. A. **Raça e saúde**: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil. Natal: EDUFRN, 2021.

MENDES, E. V. (Org.) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1993.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social, teoria, método e criatividade**. [s. l.]: Vozes, 2009.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. Fortaleza: Editora Vozes, 2016.

MORAIS, F. R. C. **Avaliação do atendimento educacional especializado (AEE) como política pública de inclusão nas escolas do município de Horizonte - CE**. 2024. 175 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2024.

MORAIS, M. J. M. de. Saberes e Poderes que Só às Mulheres Pertencem. In: CONGRESO INTERNACIONAL DE ESTUDOS GALEGOS, 8., 2007, Barcelona. **Anais** [...] Barcelona: Mulleres em Galicia, 2007. p. 1-5.

MUNANGA, K. Origem e Histórico do quilombo na África. **Revista USP**, São Paulo, v. 28, p. 56-63, 1996.

MUNANGA, K. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia**. 2014. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Uma-abordagem-conceitual-das-nocoes-de-raca-racismo-identidade-e-etnia.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2024.

NABUCO, J. **O abolicionismo**. São Paulo: Publifolha, 2000.

NADRUZ JÚNIOR, W. Racial disparities in risk of stroke. **The New England Journal of Medicine**, England, v. 5, p. 1-15, 2017.

OLIVEIRA, E. S. **A construção das identidades raciais de pedagogas negras em formação: um estudo sobre percursos formativos de sujeitas do curso de pedagogia da UESB, campus de Jequié/BA**. 2021. 113 f. Dissertação (Mestrado em Relações Étnicas e Contemporaneidade) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2021.

OLIVEIRA, F. Saúde reprodutiva, etnicidade e políticas públicas no Brasil. In: MONTEIRO, S. (Orgs.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004.

OLIVEIRA, F.; ARAÚJO, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Rio de Janeiro, 1985.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 5. Ed. Petrópolis: Vozes, 2016.

OLIVEIRA, P. A. R. **A religião e a dominação de classe: gênese, estrutura e função do catolicismo romanizado no Brasil**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1985.

OLIVEIRA, R. M. **A produção do conhecimento em escala local: repensando a relação entre a investigação científica e a experiência dos grupos populares**. 2020. 246 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios & procedimentos**. 8. Ed. Campinas: Pontes, 2009.

PAIM, J. S. POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL. *IN*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. P. 587-603.

PEREIRA, C. M.; RODRIGUES, J. Orçamento público para a saúde da população negra: uma tarefa por fazer. **Folha de São Paulo**, 2021. Disponível em: <https://ieps.org.br/orcamento-publico-para-a-saude-da-populacao-negra-uma-tarefa-por-fazer/>. Acesso em: 03 nov. 2024.

POLLAK, M. Memória, esquecimento e silêncio. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 1-15, 1989.

PÔRTO, Â. O sistema de saúde escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. **História, Ciência, Saúde Manguinho**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1019-27, 2006.

PRESTES, C. R. S.; PAIVA, V. S. F. Abordagem psicossocial e saúde de mulheres negras: vulnerabilidades, direitos e resiliência. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 25, n. 3, p. 673-688, 2016.

PRESTES, M. **Desvendando a umbanda**. Rio de Janeiro: Pallas, 1994.

REIS, J. J.; GOMES, F. dos S. Uma história da liberdade. *In*: REIS, J. J.; GOMES, F. dos S. (Orgs.). **História dos quilombos no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

RIBEIRO, D. **Pequeno Manual Antirracista**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

RIOS, F.; RATTIS, A. A Perspectiva Interseccional de Lélia Gonzalez. *In*: PINTO, A. F. M.; CHALHOUB, S. (Orgs.). **Pensadores Negros - Pensadoras Negras: Brasil, séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: MC&G Editorial; Belo Horizonte: Editora Fino Traço, 2016. p. 467-486.

RODRIGUES, L. C. Avaliação em profundidade e ecologia política: um diálogo possível. **Revista Avaliação de Políticas Públicas**, Fortaleza, v. 2, n. 16, p. 184-207, 2019.

RODRIGUES, L. C. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Revista Avaliação de Políticas Públicas**, Fortaleza, ano 1, v. 1, n. 1, p. 7-15, 2008.

RÜSEN, J. Como dar sentido ao passado: questões relevantes de meta-história. *In*: **História da historiografia**. Ouro Preto: Edufop, 2009. p. 163-2009.

SANTOS, F. V. **O ofício das rezadeiras: um estudo antropológico sobre as práticas terapêuticas e a comunhão de crenças em Cruzeta/RN**. 2007. 196 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

SANTOS, M. F. J. Antes do pôr do sol: mística nas rezadeiras de Itabaiana. **Caminhos**, Goiânia, v. 8, n. 2, p. 79-91, 2010.

SCHWARCZ, L. M. Questão racial e etnicidade. *In*: MICELLI, S. (Org.). **O que ler na**

ciência social brasileira - 1970-1995. São Paulo: Sumaré, 1999.

SCHWARCZ, L. M. **Nem preto nem branco, muito pelo contrário:** cor e raça na sociabilidade brasileira. São Paulo: Claro Enigma, 2012.

SCLIAR, M História do conceito de saúde. **PHYSYS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEGATA, J. Covid-19, biossegurança e antropologia. **Horizontes Antropológicos**, [s.l.], v. 26, n. 57, p. 275-313, 2020.

SILVA, G. A. E.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B.; DAMACENA, G. N.; SZWARCOWALD, C. L. Early detection of breast cancer in Brazil: data from the National Health Survey, 2013. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, p. 14s, 2017.

SILVA, M. O. S. Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. In: SILVA, M. O. S. (Coord.). **Pesquisa Avaliativa: Aspectos Teórico-Metodológicos**. 2. Ed. São Paulo: Veras Editora, 2013.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

SOUZA, N. S. **Tornar-se negro ou As Vicissitudes da identidade do negro brasileiro ascensão social.** Rio de Janeiro: Graal, 1983.

SPINK, P. K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia & Sociedade**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 18–42, 2003.

STUFFLEBEAM, D. L. The CIPP model for evaluation. **Evaluation Models**. Boston: Academic Publishers, 2000.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: Hucitec, 1999.

VASCONCELOS, V. O. de; FRANCISCO, T. N. C.; MOURA, V. C. S. Saúde do homem negro: uma reflexão teórica. In: CONGRESSO BRASILEIROS DE PESQUISADORES/AS NEGROS/AS, 12., 2022, online. **Anais [...]** Online: ABPN, 2022.

VIDAL, L. S. É possível haver democracia no Brasil sem real democracia racial?. **Seção Roda**, [s.l.], p. 6-15, 2019.

WEBER, Florence. A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo?. **Horizontes Antropológicos**, [s. l.], v. 15, n. 32, p. 157–170, 2009.

YIN, R. K. **Estudo de Caso:** planejamento e métodos. 2. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZORDAN, P. B. N. B. Bruxas: figuras de poder. **Revista Estudos Feministas**, [s.l.], v. 13, n. 2, p. 331-341, 2005.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal do Ceará
Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Avaliação em profundidade da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Acesso à saúde da comunidade quilombola de Alto Alegre em Horizonte Ceará

Nome do Pesquisador: Paulo Henrique Maciel da Silva

Matrícula: 543214

Nome do Orientador: Dr. Luís Tomás Domingos

A(O) Sra. (Sr.) está sendo convidado(a) a participar dessa pesquisa que tem como finalidade Avaliar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN como promotora da democratização da saúde da População Quilombola de Alto Alegre em Horizonte-Ce , articulado ao intuito de potencializar um resgate histórico a respeito de estudos sobre o acesso a políticas públicas por parte da população negra, avaliar o *modus operandi* da PNSIPN na Unidade Básica de Saúde que atende a Comunidade Quilombola de Alto Alegre em Horizonte-Ce e considerar a eficácia da referida política pública para a Comunidade Quilombola a ser estudada.

Ao participar deste estudo a (o) Sra. (sr.) permitirá que o pesquisador registre em áudio a narrativa autobiográfica por você explicitada, a partir do conjunto de respostas às perguntas previstas no roteiro de entrevista semiestruturado o qual lhe foi fornecido previamente. Posteriormente o conteúdo gravado em áudio será transcrito pelo pesquisador. Sempre que quiser a (o) coparticipante poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do pesquisador.

A participação nesta pesquisa não trará complicações legais, nem de qualquer outra natureza, uma vez que as falas transcritas serão utilizadas exclusivamente com a finalidade acadêmica/científica. Outrossim, as identidades dos(as) coparticipantes serão mantidas em sigilo e nomes fictícios serão utilizados para representar os personagens analisados. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de

Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o pesquisador e o orientador terão conhecimento dos dados.

Esperamos que este estudo traga informações importantes para impulsionar a evolução do acesso e permanência de políticas públicas de saúde com qualidade e inclusão, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir para diminuição da desigualdade social, considerando que o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

Consentimento Livre e Esclarecido


Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

Paulo Henrique Maciel da Silva

Matricula:543214

Assinatura do Pesquisador (a)

 Documento assinado digitalmente
LUS TOMAS DOMINGOS
Data: 06/03/2024 06:58:06-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Assinatura do Orientador

Pesquisador (a) Principal: PAULO HENRIQUE MACIEL DA SILVA

Horizonte, ____/____/____

Universidade Federal do Ceará – UFC

Programa de Pós-Graduação de Avaliação em Políticas Públicas (Profissional)

APÊNDICE B - INSTRUMENTOS DE COLETA: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (INSTITUIÇÃO PÚBLICA - SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE HORIZONTE)

BLOCO	OBJETIVO	QUESTÃO
1	Identificação do colaborador da pesquisa	A) Gênero: B) Idade: C) Escolaridade: D) Cargo/Função: E) Nome da Instituição:
2	Identificar conteúdo e contexto da política relacionando com as categorias teóricas do estudo	<p>A) Em que momento o município de Horizonte inicia o desenvolvimento prático da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra-PNSIPN e como foi esse processo? houve esforços ou ações anteriores nesse sentido?</p> <p>B) Quais os documentos que regulamentam a política de saúde da população negra no município de Horizonte?</p> <p>C) Como está a articulação da Gestão municipal com a comunidade quilombola de Alto Alegre em relação ao contexto de acesso à saúde?</p> <p>D) Qual a sua percepção acerca do cumprimento das leis que estabelecem a política PNSIPN em Horizonte, e como isso impacta na efetividade da política pública de saúde da pessoa negra?</p> <p>E) Quais são os principais desafios enfrentados na implementação e manutenção desta política pública de saúde na Unidade Básica de Saúde-UBS na comunidade quilombola?</p> <p>F) Além do Atendimento de saúde voltado para pessoa negra existem outras políticas e programas voltados a comunidade quilombola em pauta no cenário intersetorial no município? Quais?</p>
3	Identificar trajetória da política relacionando com as categorias teóricas do estudo	<p>A) Como ocorreu a colaboração entre as esferas Federal, Estadual e Municipal para assegurar o PNSIPN no município de Horizonte?</p> <p>B) Você sabe como e quando as políticas públicas de saúde para população negra foram implementadas em Horizonte? E você teve algum papel nesse processo? Se sim, relate um pouco sobre como aconteceu esse processo de implantação</p>

		<p>C) Qual é o papel das instituições públicas no que diz respeito à política de saúde no atendimento à comunidade quilombola em Horizonte?</p> <p>D) Na implementação da política de saúde voltada à pessoa negra no município de Horizonte, qual foi o critério estabelecido pela secretaria de saúde no indicativo de desenvolvimento na comunidade quilombola?</p> <p>E) Existe um planejamento via secretaria de saúde, que contemple a formação de todos os profissionais da saúde que trabalham diretamente com a comunidade quilombola? Se sim, como ele foi pensado?</p>
4	Identificar temporalidade e territorialidade da política relacionando com as categorias teóricas do estudo	<p>A) Há quanto tempo você exerce a função de Coordenador da Atenção Primária em Saúde-APS do município de Horizonte?</p> <p>B) Você poderia detalhar o alcance da Política Pública de saúde de pessoas negras, especialmente as que recebem atendimento da comunidade quilombola de Alto Alegre no município de Horizonte?</p>

APÊNDICE C - INSTRUMENTOS DE COLETA: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTOR DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE-UBS QUE ATENDEM A COMUNIDADE QUILOMBOLA ALTO ALEGRE DO MUNICÍPIO DE HORIZONTE)

BLOCO	OBJETIVO	QUESTÃO
1	Identificação do colaborador da pesquisa	A) Gênero: B) Idade: C) Escolaridade: D) Cargo/Função: E) Nome da Instituição:
2	Identificar conteúdo e contexto da política relacionando com as categorias teóricas do estudo	<p>A) Em que momento o município de Horizonte inicia o desenvolvimento prático da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra-PNSIPN e como foi esse processo? houve esforços ou ações anteriores nesse sentido?</p> <p>B) Quais os documentos que regulamentam a política de saúde da população negra no município de Horizonte?</p> <p>C) Como está a articulação da Gestão municipal com a comunidade quilombola de Alto Alegre em relação ao contexto de acesso à saúde?</p> <p>D) Qual a sua percepção acerca do cumprimento das leis que estabelecem a política PNSIPN em Horizonte, e como isso impacta na efetividade da política pública de saúde da pessoa negra?</p> <p>E) Quais são os principais desafios enfrentados na implementação e manutenção desta política pública de saúde na Unidade Básica de Saúde-UBS na comunidade quilombola?</p> <p>F) Além do Atendimento de saúde voltado para pessoa negra existem outras políticas e programas voltados a comunidade quilombola em pauta no cenário intersetorial no município? Quais?</p>
3	Identificar trajetória da política relacionando com as categorias teóricas do estudo	<p>A) Como ocorreu a colaboração entre as esferas Federal, Estadual e Municipal para assegurar o PNSIPN no município de Horizonte?</p> <p>B) Você sabe como e quando as políticas públicas de saúde para população negra foram implementadas em Horizonte? E você teve algum papel nesse processo? Se sim, relate um pouco sobre como aconteceu esse processo de implantação.</p>

		<p>C) Qual é o papel dos profissionais de saúde no que diz respeito à política de saúde no atendimento à comunidade quilombola em Horizonte?</p> <p>D) Na implementação da política de saúde voltada à pessoa negra no município de Horizonte, qual foi o critério estabelecido pela secretaria de saúde no indicativo de desenvolvimento na comunidade quilombola?</p> <p>E) Existe um planejamento via secretaria de saúde, que contemple a formação de todos os profissionais da saúde que trabalham diretamente com a comunidade quilombola? Se sim, como ele foi pensado?</p>
4	Identificar temporalidade e territorialidade da política relacionando com as categorias teóricas do estudo	<p>A) Há quanto tempo você exerce a função de gestor nesta UBS do município de Horizonte?</p> <p>B) Você poderia detalhar o alcance da Política Pública de saúde de pessoas negras, especialmente as que recebem atendimento da comunidade quilombola de Alto Alegre no município de Horizonte?</p>

APÊNDICE D - INSTRUMENTOS DE COLETA: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (MORADORES, LIDERANÇAS E ATIVISTAS DA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE ALTO ALEGRE NO MUNICÍPIO DE HORIZONTE)

BLOCO	OBJETIVO	QUESTÃO
1	Identificação do colaborador da pesquisa	A) Gênero: B) Idade: C) Escolaridade: D) Cargo/Função: E) Nome da Instituição:
2	Identificar conteúdo e contexto da política relacionando com as categorias teóricas do estudo	A) Como você avalia a efetividade da política de saúde nacional integral da pessoa negra para comunidade quilombola que recebe o atendimento no município de Horizonte, em relação ao cumprimento das leis vigentes? B) Você sabe como e quando as políticas públicas de saúde da pessoa negra foram implementadas em Horizonte? E você teve algum papel nesse processo? Se sim, relate um pouco sobre como aconteceu esse processo de implementação E) Como você percebe a relação entre a legislação desta política de saúde e as demais políticas públicas implementadas para pessoas negras no seu município e como isso se reflete no seu trabalho, condições de moradia e saúde?
3	Identificar trajetória da política relacionando com as categorias teóricas do estudo	A) Como o atendimento de saúde tem impactado de forma positiva no cuidado do processo saúde/doença da comunidade quilombola? Quais são os resultados mais significativos que você observou? B) Quais são as principais mudanças que você acredita que ocorrem na comunidade com relação à unidade de saúde e comunidade quilombola? C) Na sua experiência e saberes, quais são alguns dos desafios enfrentados pela comunidade quilombola no acesso à saúde e como são superados esses desafios? D) Qual a importância dos saberes ancestrais para o fazer saúde no município de Horizonte? E) Considera a proposta e a metodologia das formações, diálogo com comunidade quilombola acessível e com potencial transformador para desenvolver nos profissionais de

		<p>saúde e comunidade quilombola a capacidade reflexiva em relação à sua prática?</p> <p>F) Há interação da coordenação de Atenção Primária em Saúde-APS e a comunidade no processo fazer e construir uma saúde com olhar para as especificidades quilombola? Se sim, como essa interação acontece?</p> <p>G) Você acredita que o uso e a prática das ervas e plantas medicinais colaborativa com o fazer saúde tradicional científico são grandes aliados no cuidado e processo saúde/doença? Justifique sua resposta.</p> <p>H) Como você avalia a relação de parceria colaborativa entre a comunidade quilombola x profissionais de saúde?</p> <p>I) Quais são os maiores desafios que você enfrenta no acesso e cuidado em saúde na época da pandemia da COVID-19?</p>
4	<p>Identificar temporalidade e territorialidade da política relacionando com as categorias teóricas do estudo</p>	<p>A) Há quanto tempo você participa, acessa ou já participou de grupos de saúde voltados para comunidade quilombola no posto de saúde?</p> <p>B) Atualmente, quantas famílias formam a comunidade e utilizam as plantas medicinais no cuidado em saúde?</p> <p>C) Você tem conhecimento da quantidade de famílias atendidas na unidade de saúde com olhar pautado na PNSIPN?</p> <p>D) Na sua perspectiva, você acha que a atual Política Pública de saúde PNSIPN, atinge efetivamente todos da comunidade quilombola de no município de Horizonte, em especial no distrito de queimadas? Se sim, quais os fatores que você considera relevantes para o sucesso desta política? Se não, quais os fatores que impedem que esta política seja mais eficaz?</p> <p>E) Na sua visão, quais são as principais barreiras que a comunidade quilombola enfrenta no acesso e cuidado em saúde na unidade de saúde territorial?</p> <p>F) Na sua opinião como pessoa quilombola, morador e usuário do serviço de saúde, houve avanços na estrutura física, recursos humanos e humanização no trato de saúde para pessoas negras na unidade de saúde territorial nos últimos anos?</p>