



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

WILLIVANE FERREIRA DE MELO

**“SÓ SEI POR CIMA SÓ”: AS COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO MUNICÍPIO
DE SANTARÉM-PARÁ E A VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS**

BELÉM
2014

WILLIVANE FERREIRA DE MELO

**“SÓ SEI POR CIMA SÓ”: AS COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO MUNICÍPIO
DE SANTARÉM-PARÁ E A VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Cleide Guedes Moreira.

Co-orientador: Prof^o Dr. Pedro Paulo Freire Piani.

BELÉM
2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Melo, Willivane, 1973-
“Só sei por cima só”: as comunidades
quilombolas do município de Santarém-Pará e a
vulnerabilidade ao HIV/AIDS / Willivane Melo. -
2014.

Orientadora: Ana Cleide Moreira;
Coorientador: Pedro Paulo Piani.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém,
2014.

1. Saúde pública Santarém (PA). 2. Política de
saúde Santarém (PA). 3. Doenças sexualmente
transmissíveis Santarém (PA) Prevenção. 4. AIDS
(Doença) Transmissão Santarém (PA). 5.
Quilombolas Santarém (PA). I. Título.

CDD 22. ed. 362.1098115

WILLIVANE FERREIRA DE MELO

**“SEI POR CIMA SÓ”: AS COMUNIDADES QUILOMBOLAS NO MUNICÍPIO DE
SANTARÉM-PARÁ E A VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal do Pará para a obtenção do
título de Mestre em Psicologia.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ana Cleide Guedes Moreira (Orientadora)
Universidade Federal do Pará

Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani (Co-orientador)
Universidade Federal do Pará

Profa. Dra. Zélia Amador de Deus
Universidade Federal do Pará

Profa. Dra. Helena Maria Melo Dias
Universidade do Estado do Pará

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADI – Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CEDENPA – Centro de Estudos e Defesa do Negro no Pará
CEP – Comitê de Ética na Pesquisa
CESIPT – Coordenação Estadual de Saúde Indígena e Populações Tradicionais
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONAQ – Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais e Quilombolas
CRI – Combate ao Racismo Institucional
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
DT/SESPA – Diretoria Técnica da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Estado do Pará
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FMUSP – Faculdade de Medicina de São Paulo
FOQS – Federação das Organizações Quilombolas de Santarém
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV – Vírus Linfotrópico de Células T Humanas
INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
ITERPA – Instituto de Terras do Pará
LDB – Lei de Diretrizes e Bases
MDA – Ministério do Desenvolvimento Agrário
NUMETROP – Núcleo de Extensão de Medicina Tropical
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PNS – Plano Nacional de Saúde
QI – Quociente de Inteligência
SAE – Serviço de Atendimento Especializado
SEGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SEMED – Secretaria Municipal de Educação e Desportos
SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UMS – Unidade Municipal de Saúde
USP – Universidade de São Paulo

Dedico este trabalho a todas as comunidades quilombolas, lugares de lutas e alegrias, onde aprendi novas maneiras de experimentar a vida. E aos meus pais que, por meio dos seus investimentos de afeto e de cuidado, contribuíram com a minha trajetória de vida (e o mestrado faz parte disso...).

AGRADECIMENTOS

Embora tenha havido um esforço individual para a escritura deste texto, e sem esse esforço ele não poderia ser apresentado, também não haveria condições de fazê-lo sem a disponibilidade, o apoio, a solidariedade e a credibilidade que outros me concederam. Neste sentido, é um texto com várias mãos, que não poderão ser todas citadas neste espaço, mas que serão lembradas por mim.

Agradeço às comunidades quilombolas de Saracura, Pérola do Maicá, Tiningú e Murumurutuba e suas respectivas lideranças (Francinei, José Humberto, Bena, Carlão), bem como o presidente da FOQS (Federação das Organizações Quilombolas de Santarém), Dileudo Guimarães, que me permitiram realizar esta pesquisa. Ao Patuca, que na travessia do rio Amazonas, perguntava com sua sabedoria, carinho e cuidado “a senhora tá com medo?”. E a todos(as) aqueles(as) que se disponibilizaram a participar do estudo, com os seus olhares, as suas angústias e as suas concepções de saúde e de mundo.

À minha analista, Suely Fonseca Póvoa, que tem me acompanhado nessa trajetória de tantos “dever a ser” e que tem me dado suporte para essas travessias da vida.

À minha orientadora, Prof^a Dra. Ana Cleide Moreira Guedes, e ao meu co-orientador, Prof^o Dr. Pedro Paulo Piani, que me acolheram com seus conhecimentos, compromisso, entusiasmo, sensibilidade e paciência, contribuindo para que este trabalho fosse produzido.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) e à CAPES pelo apoio financeiro por meio da bolsa concedida, o que contribuiu com a minha estadia em Belém no período do mestrado.

À Prof^a Dra. Zélia Amador de Deus, à Prof^a Dra. Junia de Vilhena e ao Prof^o Dr. Assunção José Pureza Amaral pelas contribuições no exame de qualificação. E a este último, em especial, por ter me apresentado a esse universo contagiante da existência dos quilombos no Brasil, por meio da visita à Comunidade Quilombola de Bom Jardim, no município de Santarém, em 2005.

Ao Frei Alex Assunção, que me acolheu nesta trajetória de trocas e de contatos com as comunidades quilombolas do Oeste do Pará e, principalmente, do município de Santarém.

Ao grupo de estágio em Psicologia da Saúde, no Hospital Barros Barreto, pela oportunidade de discussão, escuta e aprendizado, sob a supervisão da Prof^a Dra. Ana Cleide Guedes Moreira.

À Cristina Maria Arêda Oshai que, ao realizar um diagnóstico sobre as condições de saúde nas comunidades quilombolas da região oeste do Pará, incluindo o município de Santarém, possibilitou-me um olhar mais atento a essas demandas. E à Maria Malcher pelas trocas, mesmo que breves.

À minha família que compreendeu os momentos de ausência nas “festas, bailes e afins” e, de maneira especial, à minha mãe que, mesmo à distância, pode trazer suas palavras de conforto e de conhecimento de uma psicologia do cotidiano, que só a experiência atenta e sensível da vida possibilita.

Ao meu marido, leitor, editor, revisor e, acima de tudo, companheiro de vida, Raphael, que por meio de sua presença, serenidade, sabedoria, problematizações e aprofundamentos teóricos, possibilitou-me ampliações e deslocamentos de olhares.

À Procuradora da República do Ministério Público Federal no município de Santarém, Ticiane Andréa Sales Nogueira, por permitir a consulta ao Inquérito Civil sobre a situação da saúde em áreas quilombolas na região.

À Amélia Garcia, por sua luta em prol das mulheres vivendo com HIV/Aids.

À Inara Cavalcante, Fernanda Cardoso e Richelma Barbosa, por colocarem às suas pesquisas à disposição.

Às “meninas do mestrado”, Jureuda Guerra, Oziléa Costa, Larissa Mendes e Adriana Macedo, pelas ótimas risadas ao longo do caminho, apesar das tensões e dores que esta travessia impõe.

À Susette Matos e ao Edwin, à D. Bené e “Seu” Sales, à Jureuda Guerra e ao Estevam, à Lilian e ao Assunção, que me acolheram tão generosamente em suas casas.

À Edileuza Penha de Sousa e à Carla Ramos, por suas leituras, críticas e considerações pertinentes à melhoria do trabalho.

E a todos/as que não foram citados/as aqui, mas que contribuíram de alguma forma a este trabalho, muito obrigada!

O direito à terra legalizada é o primeiro passo. Queremos mais. Somos cidadãos e cidadãs e como tais temos o direito a tudo que os demais grupos já usufruem na sociedade. Sabemos que a cidadania só será de fato quando nós, nossos filhos e netos tivermos a terra legalizada e paz para trabalhar; condições para produzir na terra; um sistema de educação que acabe com o analfabetismo e respeite a nossa cultura negra; assistência à saúde e prevenção às doenças e um meio ambiente preservado da ganância dos fazendeiros e grileiros que destroem nossas florestas e rios. Não temos esse direito assegurado, portanto, não somos reconhecidos como cidadãos!

[...]

Senhor presidente [Fernando Henrique Cardoso], o que reivindicamos é um pouco diante da contribuição que temos dado para o nosso país.

[Documento final do I Encontro Nacional de Comunidades Negras Rurais, 1995]

RESUMO

Os poucos estudos sobre a temática do HIV/Aids e as comunidades quilombolas apontam para uma vulnerabilidade à infecção pelo vírus, principalmente no nível programático, ou seja, de políticas e serviços públicos. O objetivo deste estudo foi identificar as condições de acesso e utilização do serviço público de saúde de HIV/Aids das comunidades quilombolas no município de Santarém, estado do Pará, identificando ações de prevenção e de cuidado em relação a este agravo, sob a perspectiva dos quilombolas. O estudo é do tipo qualitativo, realizado com 04 comunidades intituladas Tiningú, Murumurutuba, Saracura e Pérola do Maicá, por meio de 20 entrevistas semiestruturadas (04 lideranças, 03 agentes de saúde, 13 moradores), conversas informais e observação participante. Os resultados demonstraram que os entrevistados tinham alguma informação a respeito do HIV/Aids e, em geral, a fonte de informação foi a instituição de ensino superior (IES), por meio da realização de projetos de pesquisa e extensão; a via de transmissão do vírus mais referida foi a sexual; a informação mais citada sobre as formas de prevenção foi o uso do preservativo masculino, embora a abstinência sexual e ter parceiro fixo tenham sido citados como métodos preventivos; as ações de prevenção do serviço público de saúde têm o foco nas mulheres gestantes, por meio do programa de pré-natal (prevenção secundária), com dificuldades de acesso aos insumos para ações mais amplas de educação para a saúde; finalmente, há disparidades na dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde, sendo a área de várzea a mais atingida. O estudo demonstrou a existência de um contexto de vulnerabilidade programática com baixo acesso ao Sistema Único de Saúde, o que foi considerado uma forma de racismo institucional. As relações estabelecidas entre o movimento quilombola local e a IES têm contribuído para dar visibilidade à discussão sobre HIV/Aids nessas comunidades. Há necessidade de intensificar a educação para a saúde, inserindo as ações de prevenção, em que a diversidade racial e cultural seja um dos elementos a ser considerado no planejamento, visando à garantia de construção de políticas públicas de saúde que respeitem esses territórios, ou seja, que os incluam nos direitos legítimos da cidadania.

Palavras-chave: Saúde da População Negra. DST. HIV/Aids. Quilombo. Racismo Institucional.

ABSTRACT

The few studies about the HIV/(AIDS) theme and the quilombola communities point out to a vulnerability to the virus infection, mainly at the programmatic level, i.e., policies and public services. The aim of this paper is to identify the conditions of access and use of the public services for HIV (AIDS) of the quilombola communities in the municipality of Santarém, State of Pará, identifying its prevention and care actions as for this aggravation, under the quilombolas perspective. It is a qualitative type of study performed with 04 communities (Tiningú, Murumurutuba, Saracura and Pérola do Maicá), through 20 semi-structured interviews (04 leaderships, 03 health agents, 13 residents), informal talks and participative observation. The results have shown that the persons interviewed had some information about HIV/(AIDS) and, in general, the information sources from superior education institutions (SEI) through the performance of research and extension projects; the most referred transmission via of the virus was sexual; the most mentioned piece of information about prevention actions was the use of male condoms, although sexual abstinence and having only one sexual partner were considered prevention methods; the prevention actions of the Public Health Service are focused on pregnant women through the pre-birth program (secondary prevention), with difficulties to the access to the budget to wider actions for education and health; there are difficulties to the access to the Public Health Service, specially at the dale area. This paper has shown a context of programmatic vulnerability with low access to the Sistema Único de Saúde (Unified Health System) what was considered a form of institutional racism. The relationships established amongst the local quilombola movement and the SEI have contributed to allow visibility to the discussion about health in such communities. There is a necessity for the local public health to intensify education for health, including prevention actions, where racial and cultural diversity is one of the elements to be considered for their planning, aiming to guarantee the construction of health public policies that do respect these territories, i.e., so that they are included into their legitimate right to citizenship.

Key-words: Black Population Health. STD. HIV (AIDS). Quilombo. Institutional Racism.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	COMUNIDADES QUILOMBOLAS: CONCEITUAÇÃO E ORGANIZAÇÃO POLÍTICA	18
2.1	Organização política das comunidades quilombolas no estado do Pará e no município de Santarém	21
3	SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, HIV/AIDS E VULNERABILIDADES	26
3.1	Vulnerabilidades	30
3.2	Relações Raciais, Racismo e Racismo Institucional	33
4	O HIV/AIDS E AS COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE SANTARÉM: ELEMENTOS PARA UMA DISCUSSÃO	38
4.1	As informações sobre o HIV/Aids	39
4.2	O conhecimento sobre as vias de transmissão do HIV/Aids	40
4.3	As formas de prevenção	41
4.4	A participação em atividades de saúde sobre DST/HIV/Aids	42
4.5	A frequência, o acesso e o local onde foi realizado o teste sorológico anti-HIV.....	43
4.6	O acesso ao resultado do teste sorológico anti-HIV	45
4.7	Possibilidade em reconhecer uma pessoa com HIV/Aids.....	47
4.8	O acesso ao serviço público de saúde quando está doente	48
4.9	O registro de infecção pelo vírus HTLV	51
4.10	A vulnerabilidade	53
4.11	As conquistas e a continuidade da luta do movimento quilombola pelas políticas públicas	54
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS.....	61
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MORADOR(A) E LIDERANÇA	69
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AGENTE DE SAÚDE	70
	APÊNDICE C – UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE, COMUNIDADE QUILOMBOLA DO TINGÚ.....	71
	APÊNDICE D – CENTRO DE SAÚDE SANTA CLARA	72
	APÊNDICE E – CENTRO DE SAÚDE SANTANA	73

APÊNDICE F – CENTRO DE SAÚDE URUARÁ	74
APÊNDICE G – UNIDADE DE SAÚDE LIVRAMENTO	75
APÊNDICE H – CENTRO DE SAÚDE MAICÁ.....	76
ANEXO A – CARTA DE ACEITE.....	77
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	78
ANEXO C – MAPA DE LOCALIZAÇÃO DAS COMUNIDADES	79
ANEXO D – OFICIO DE APRESENTAÇÃO DE PROPOSTA	80

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como tema as comunidades quilombolas do município de Santarém-Pará e a vulnerabilidade ao HIV/Aids. O interesse pelo tema surgiu após ter coordenado o setor de Educação e Diversidade Étnico-Racial, no âmbito da Secretaria Municipal de Educação e Desportos (SEMED) de Santarém – Estado do Pará, no período de 2006 a 2009, quando estive diretamente envolvida com as comunidades quilombolas do município.

Embora estivesse no contexto da educação, ao entrar em contato com as comunidades, a relação estreita entre as diversas áreas do conhecimento deixa de ser um discurso para ser uma prática efetiva. Assim, o tema da saúde permeava a realidade educacional escolar, pois a falta de condições adequadas de saneamento, principalmente no uso dos recursos hídricos, e de agravos à saúde dos moradores, implicava também na frequência à escola.

Refletir sobre as condições de saúde da população negra e, principalmente, das comunidades quilombolas, tornou-se cada vez mais premente ao participar de encontros e reuniões em que presenciei a reivindicação das lideranças por melhores acesso e atendimento aos serviços públicos de saúde do município. E enquanto coordenadora na SEMED, participei da última plenária para a construção do Plano Diretor Municipal, realizada nos dias 06 e 07 de outubro de 2006, no Iate Clube. Nesta, juntamente com o representante da Federação das Organizações Quilombolas de Santarém (FOQS) à época, Dileudo Guimarães, foi possível articular a aprovação das propostas para a área da saúde, contidas na Lei Municipal nº 18.051/2006, Artigo 83.

Posteriormente, ao ingressar na docência dos cursos de graduação na área de saúde, constatei que o recorte racial raramente era desenvolvido nas formações iniciais e nos debates dos profissionais da área. A partir da constatação desta invisibilidade, que não se dá somente na área da saúde, passei a fomentar discussões em salas de aula sobre a temática das relações raciais, que contribuíram para a elaboração de projetos de pesquisas e debates entre a universidade e as comunidades quilombolas. Em conversas informais com um grupo de mulheres quilombolas, estas relataram sobre um caso de óbito com diagnóstico de HIV/Aids em uma das comunidades quilombolas do município.

Em pesquisas recentes no estado do Pará sobre a feminização da epidemia de HIV/aids, os pesquisadores apontam para a necessidade de realização de estudos que contemplem o recorte racial. Além disso, concluem que há indicação de pauperização, interiorização e

heterossexualização da epidemia no estado (UFPA, 2010). E, se tomarmos como referência as comunidades quilombolas, as pesquisas sobre HIV/aids são inexistentes.

Quanto às iniciativas de prevenção ao HIV/aids em comunidades quilombolas desenvolvidas pelo poder público, cabe destacar que há iniciativas, embora localizadas, sendo veiculadas pela imprensa, como aquelas realizadas no município de Canoas¹, no estado do Rio Grande do Sul, e no estado de Sergipe².

Ao tratar de comunidades quilombolas, não estamos tratando de um passado, mas de um presente vivo na história brasileira. O termo *quilombo* teve vários usos e sentidos. Contemporaneamente, segundo O'Dwyer (1995, p. 20),

Não se refere a resíduos ou resquícios arqueológicos de ocupação temporal ou de comprovação biológica. Também não se trata de grupos isolados ou de uma população estritamente homogênea. Da mesma forma nem sempre foram constituídos a partir de movimentos insurrecionais ou rebelados, mas, sobretudo, consistem em grupos que desenvolveram práticas cotidianas de resistência na manutenção e reprodução de seus modos de vida característicos e na consolidação de um território próprio. A identidade desses grupos também não se define pelo tamanho e número de seus membros, mas na experiência vivida e as versões compartilhadas de sua trajetória comum e da continuidade enquanto grupo.

Cabe assinalar que, embora a discussão sobre as comunidades quilombolas pareça ser um tema recente nos debates acadêmicos, de acordo com Ratts (2007), a historiadora e ativista negra Beatriz Nascimento, desde a década de 1970 reivindicava a necessidade de investigação sobre as comunidades quilombolas nas pesquisas acadêmicas, denunciando que a história da população negra no Brasil ficava sempre associada a uma escravidão passiva.

No caso do estado do Pará, mais especificamente na região do Baixo Amazonas, Funes (2003) afirma que a maioria dos mocambos (termo utilizado na época na região) se originou no século XIX, por meio da fuga de escravizados no período da cheia dos rios. Os seus estudos foram fundamentados em consultas nos relatos dos viajantes, documentos do período escravagista e nos relatos dos descendentes que formaram os mocambos.

No que se refere ao HIV/Aids no Brasil, estudos apontam que o racismo experimentado pela população negra implica na condição de acesso aos serviços de saúde. As condições sociais de desigualdade, como os menores salários, a baixa escolaridade, a dificuldade de

¹ Prevenção em quilombo de Canoas. Disponível em: <<http://www.canoas.rs.gov.br/site/noticia/visualizar/id/6815>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

² Secretaria de Estado de Saúde de Sergipe lança projeto para prevenção ao HIV/Aids entre indígenas e quilombolas. Disponível em: <<http://redevihsidanoticias.cidadaosdomundo.org/?p=35606>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

acesso ao teste sorológico para realizar o diagnóstico e às informações relacionadas à terapia retroviral, dentre outros fatores, contribuem para os contextos de vulnerabilidade à infecção pelo vírus e o adoecimento da Aids (LOPES, 2003; SPIASSI et al, 2010).

O estudo de Silva (2011) realizado com 11 comunidades quilombolas, distribuídas em 10 estados brasileiros, inclusive o estado do Pará, apontou para um maior número de pessoas negras com dificuldades no atendimento e com sinais e sintomas de DST's (doenças sexualmente transmissíveis). A autora afirma que, embora no plano formal as comunidades tenham acesso ao Programa Saúde da Família (PSF), a assistência do programa não se efetiva no cotidiano, e em algumas áreas a situação é mais crítica. Ela ressalta que a sua pesquisa não é capaz de abarcar um universo tão heterogêneo como o das comunidades quilombolas, mas indica questões importantes quando se trata de vulnerabilidades.

O conceito de vulnerabilidade compreende:

o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disposição de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES, 2009, p. 127).

Segundo o autor, a vulnerabilidade programática (ou institucional) ao HIV/Aids envolve a qualidade dos programas (locais, estaduais e nacionais) de prevenção e de cuidado, compreendendo os recursos destinados, a gerência e o monitoramento das suas ações.

Portanto, diante dos estudos que tratam da vulnerabilidade no contexto da saúde da população negra, inclusive quilombola, e a reivindicação do movimento quilombola local por melhorias de acesso e de atendimento no sistema público de saúde municipal, surgiu o seguinte problema de pesquisa: há um contexto de vulnerabilidade ao HIV/Aids em relação às comunidades quilombolas no município de Santarém? A partir deste problema, o objetivo deste estudo foi identificar as condições de acesso e utilização do serviço público de saúde de HIV/Aids das comunidades quilombolas no município de Santarém, estado do Pará, identificando ações de prevenção e de cuidado em relação a este agravo, sob a perspectiva dos quilombolas.

O estudo foi do tipo qualitativo que, segundo Minayo (1994), trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis. A perspectiva conceitual adotada na pesquisa foi

histórica. O conceito de raça, quando utilizado, foi a partir de uma perspectiva sociológica e dos estudos de Psicologia.

O estudo foi realizado em quatro comunidades quilombolas do município de Santarém: Saracura (área de várzea), Tiningú e Murumurutuba (área comumente denominada de planalto), e Pérola do Maicá (área urbana). Esta seleção procurou abranger as diversas regiões geográficas do município onde as comunidades estão localizadas. Cabe ressaltar que a várzea é uma faixa de planície inundada, que está presente em toda a extensão do Rio Amazonas, cuja largura é variável (BENATTI, 2004), e esta inundação ocorre durante seis meses do ano, no período entre os meses de dezembro e maio. No caso das comunidades localizadas na região comumente considerada de planalto, embora os seus territórios também abranjam a várzea, o local de moradia é na terra firme, área essa que não passa por inundações durante o ano.

Os procedimentos da pesquisa englobaram, no primeiro momento, o levantamento bibliográfico para o aprofundamento do referencial teórico, cujo percurso teve como base as seguintes leituras: saúde da população negra, principalmente os estudos sobre a saúde nas comunidades quilombolas; estudos sobre o HIV/Aids e o contexto das vulnerabilidades; e as articulações com o conhecimento da Psicologia, das Ciências Sociais e Humanidades, uma vez que estas últimas têm percorrido um caminho de produção acadêmica sobre as comunidades quilombolas e as relações raciais no Brasil.

O segundo momento foi a realização da pesquisa de campo que envolveu as comunidades quilombolas de Saracura, Murumurutuba, Tiningú e Pérola do Maicá. Foram realizadas conversas informais nos meses de outubro de 2012 a janeiro de 2013, visando a uma aproximação do campo de pesquisa. Estas conversas ocorreram com agente de saúde de uma das comunidades, com um grupo de mulheres quilombolas, além da coordenadora de uma organização não-governamental de mulheres vivendo com HIV/Aids.

Para a pesquisa de campo, inicialmente, foi realizada uma reunião com as lideranças da Federação das Organizações Quilombolas de Santarém (FOQS), visando à apresentação do projeto de pesquisa, quando obtive a autorização por meio da assinatura de anuência de seu presidente (anexo). Após esta anuência, houve a realização de reuniões nas comunidades envolvidas neste estudo, para as quais expliquei o projeto de pesquisa, seguidas das entrevistas individuais que ocorreram em locais privativos e diversos, escolhidos pelos participantes (barracão da associação, escola ou na própria residência do entrevistado). Com exceção das lideranças e agentes de saúde, a escolha dos participantes foi aleatória.

As entrevistas semiestruturadas foram gravadas, conforme a anuência dos entrevistados e a assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), em anexo. Foi utilizado um roteiro de entrevista (apêndice), tendo como participantes 04 lideranças, 13 moradores e 03 agentes de saúde das comunidades, perfazendo um total de 20 pessoas. Todos os participantes residiam nas comunidades quilombolas e a faixa etária envolvida foi de 19 a 68 anos, entre homens e mulheres, sendo estas últimas a maioria.

Para Duarte (2000), a entrevista semiestruturada supõe uma conversação contínua entre a fonte (entrevistado) e o pesquisador, devendo ser dirigida de acordo com os objetivos da pesquisa. Algumas questões são colocadas de forma imediata durante a realização de uma pesquisa, mas outras aparecerão no decorrer do trabalho de investigação. Neste sentido, as entrevistas ocorreram nos meses de julho a outubro do ano de 2013, e nos meses de novembro a fevereiro do ano de 2014, algumas foram retomadas para esclarecimentos de temas desenvolvidos nas mesmas.

A análise dos dados foi desenvolvida com base no conteúdo das entrevistas realizadas, bem como as observações feitas durante o processo de pesquisa. O conteúdo das falas dos participantes foi sistematizado em uma tabela e analisado de acordo com os eixos discursivos a seguir, os quais foram destacados do roteiro de entrevista (apêndice): as informações sobre o HIV/Aids; o conhecimento sobre as vias de transmissão do HIV/Aids; as formas de prevenção; a participação em atividades de saúde sobre DST/HIV/Aids; a frequência, o acesso e o local onde foi realizado o teste sorológico anti-HIV; o acesso ao resultado do teste sorológico anti-HIV; a possibilidade em reconhecer uma pessoa com HIV/Aids; o acesso ao serviço público de saúde quando está doente; o registro de infecção pelo vírus HTLV; a vulnerabilidade; as conquistas e a continuidade da luta do movimento quilombola pelas políticas públicas. A apresentação dos dados foi realizada por meio das falas consideradas representativas, conforme os eixos discursivos anteriormente referidos.

Além do contexto das entrevistas, as observações ocorreram por meio da participação na Pré-Conferência Municipal de Saúde, realizada no dia 21 de setembro de 2013, na Comunidade Quilombola do Tiningú, uma das etapas preparatórias para a XII Conferência Municipal de Saúde, ocorrida no período de 20 a 22 de novembro do mesmo ano.

Para a melhor compreensão, esta dissertação foi desenvolvida em quatro capítulos. No primeiro capítulo “Comunidades Quilombolas: histórico, conceituação e presença na Amazônia”, retomo os usos e os sentidos do termo quilombo, bem como a construção do conceito e a presença das comunidades quilombolas na região oeste do estado do Pará,

perpassando pela organização política do movimento social quilombola, principalmente no estado e no município.

No segundo capítulo intitulado “Saúde da População Negra, HIV/Aids e o Contexto da Vulnerabilidade”, apresento o processo de construção da política nacional de saúde da população negra e a política específica de saúde para as comunidades quilombolas, ressaltando a participação da sociedade civil organizada por meio do movimento social negro e articulando com os estudos sobre HIV/Aids e as vulnerabilidades. Além disso, desenvolvo uma breve discussão sobre o conceito de raça e a sua associação ao racismo, além da contribuição do conceito de racismo institucional para a compreensão do contexto de vulnerabilidade.

No terceiro capítulo apresento o lugar da pesquisa, o programa de DST/Aids municipal e a análise dos dados encontrados na pesquisa, discutindo-os com outros estudos. Os dados e a análise são apresentados por meio dos eixos discursivos, e as falas dos participantes são significativas para os apontamentos realizados neste estudo.

O último momento do texto é reservado às considerações finais, onde não tenho a pretensão de esgotamento do tema, mas de abrir caminhos que, inconclusos, possam construir trajetórias que contribuam para a garantia de políticas públicas de saúde que respeitem os territórios quilombolas. Quanto mais existirem pesquisas que possam investigar os universos de saúde nas comunidades, maior será a possibilidade de aproximação do serviço prestado com a população atendida, possibilitando a melhoria destes serviços.

2 COMUNIDADES QUILOMBOLAS: CONCEITUAÇÃO E ORGANIZAÇÃO POLÍTICA

Quilombo vem da palavra *kilombo* que, na África Central, designava a sociedade guerreira dos *Imbangalas*, também conhecidos como *Jagas*. Este termo poderia designar o território ocupado por esta sociedade, o campo de guerra e o local onde se praticava o ritual de iniciação de seus novos integrantes. *Imbangala* era um povo nômade que, no século XVI, por volta de 1560 a 1570, dominava essa região, onde hoje se localiza a República de Angola (NASCIMENTO, 1985). A palavra *kilombo* é de origem *umbundo*, sendo aportuguesada para *quilombo*, cujo significado e presença no Brasil têm relações com os povos bantu que foram trazidos e escravizados (MUNANGA, 1995).

No Brasil, segundo Nascimento (1980), os quilombos são o resultado do esforço dos africanos escravizados para a organização de uma sociedade livre. Ele desenvolve o conceito de quilombismo para dizer que os africanos escravizados estruturaram formas associativistas que poderiam estar localizadas em diversos contextos, seja em comunidades de difícil acesso, o que facilitava a proteção das mesmas, seja nas organizações toleradas pelo sistema, como as irmandades religiosas, as associações recreativas e beneficentes. Neste sentido, a ideia de quilombo ultrapassa um modelo único sobre a forma de organização dos africanos contra o sistema escravagista.

Na concepção de Moura (1981), os quilombos são mecanismos de resistência política da população negra ao escravismo. O autor dá ênfase às dinâmicas políticas e organizacionais dos quilombos, afirmando ser um fenômeno que ocorreu em todos os lugares onde houve a escravidão de africanos.

No caso da Amazônia brasileira, a utilização do africano como mão-de-obra escravizada também foi significativa, embora de maneira diferente da ocorrida em regiões açucareiras, mineradoras e cafeicultoras do país. Os africanos foram utilizados em diversos contextos que se estendiam aos trabalhos domésticos, às lavouras de cacau e à criação de gado (FUNES, 1995).

De acordo com Acevedo & Castro (1998), no século XIX, o Baixo Amazonas se integrou a regiões do mundo colonial que produziam cacau, e a ascensão deste produto para a exportação colonial do Grão-Pará gerou frutos para a aquisição de africanos escravizados.

Na região do Baixo Amazonas, no oeste paraense, onde o município de Santarém está localizado, a formação da maioria dos mocambos (anteriormente, acepção mais utilizada na região) ocorreu ao longo do Século XIX. A ampliação dessas comunidades deu-se por meio

do casamento e do deslocamento constante das famílias, seja em busca de terra para trabalhar ou por causa do fenômeno das terras caídas, que nas cheias do rio, essas áreas ficam submersas durante, aproximadamente, seis meses do ano (FUNES, 1995).

Baseando-se na documentação consultada, inclusive em jornais e cartórios locais, nos relatos dos viajantes, além de declarações dos descendentes daqueles que empreenderam as fugas e o processo de formação dos mocambos, Funes (2003) afirma que, em geral, essas comunidades surgiram por fugas individuais ou coletivas, que eram realizadas nos ciclos das festas, especialmente as natalinas e as juninas, que coincidem na região com o período da cheia dos rios, entre os meses de dezembro a maio. Eram fugas reincidentes e continuadas que, em algumas tentativas, tinham confronto direto com os senhores.

Segundo Leite (2000), o quilombo tem a sua relevância desde os primeiros focos de resistência dos africanos ao sistema escravagista no Brasil, sendo uma questão que persiste no cenário brasileiro, configurando-se como uma dimensão importante na luta dos afrodescendentes na atualidade. Afirma que o Conselho Ultramarino Português, em 1740, definia quilombo como “toda habitação de negros fugidos que passem de cinco, em parte desprovida, ainda que não tenham ranchos levantados nem se achem pilões neles” (LEITE, 2000, p. 336), indicando haver uma reação guerreira à situação de opressão.

Contemporaneamente, qual a situação dos grupos denominados *remanescentes das comunidades de quilombos* pela Constituição Federal? Quilombo não se restringe aos casos de revoltas e fugas de escravizados. Corresponde, de fato, a um vasto repertório de situações em que escravizados e seus descendentes conquistaram formas de autonomia territorial, inclusive a posse de terras pertencentes a grandes proprietários em decadência econômica. No entanto, o termo “remanescente” como sinônimo de resíduo, preso a uma conceituação dada pelo Conselho Ultramarino Português, dificulta a compreensão das várias situações daquilo que se configura hoje como quilombos (ALMEIDA, 2002).

Silva (2012) aponta que, estando as comunidades quilombolas presentes em diversos lugares no território brasileiro, elas não podem ser vistas como “o que sobrou” de um passado escravagista. Ressalta que, percebê-las assim atualmente tem sido uma concepção perversa de colocá-las em um contexto estático, o que tem contribuído para que fiquem à margem das políticas públicas. Neste sentido, conforme a autora, é necessário reconhecê-las no contexto atual, para que se reconheçam as mudanças ocorridas nestas comunidades, sejam elas decorrentes das suas próprias organizações, sejam pelas novas formas de escravização que muitas comunidades sofrem no contexto atual. Para ela:

É preciso pensar em um presente que coloque o Estado brasileiro na condição de agente devedor, mas, ao mesmo tempo, responsável pela elaboração e execução das políticas públicas para as comunidades quilombolas, rompendo com as marcas do passado escravo que as colocou em situação de desigualdade (SILVA, 2012, p. 41).

Ao trazer o debate para o campo das políticas públicas e a responsabilidade do Estado em elaborá-las e executá-las, é necessário que os agravos à saúde desta população também levem em consideração as condições de invisibilidade e de desigualdade às quais foram submetidas. Neste sentido, ser quilombola hoje é possuir uma identidade política, de reivindicação de direitos, e não uma identidade *a priori*, congelada no passado escravagista.

Nos termos do Decreto presidencial nº 4887/2003, que regulamenta o procedimento administrativo para a identificação, o reconhecimento e a titulação das terras quilombolas, é a própria comunidade que se autodefine como quilombola (Artigo 2º, § 1º). Segundo o documento, os remanescentes das comunidades de quilombos 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” (artigo 2º). Importante apontar que esta ancestralidade negra é presumida porque é socialmente relevante para o grupo, que a utiliza como critério de autoatribuição, o que não necessita de comprovação biológica.

Atualmente, para a Fundação Cultural Palmares (2014), órgão federal responsável pela certificação de autorreconhecimento das comunidades quilombolas no país, existem 1.749 comunidades certificadas, sendo o Pará o quinto estado com o maior número, totalizando 103 comunidades.

No estado do Pará, a maioria dos territórios quilombolas foi titulada pelo ITERPA (Instituto de Terras do Pará) e muitas destas comunidades não estão certificadas pelo órgão federal, na medida em que esta certificação não é requisito para a regularização das áreas estaduais. Segundo os dados publicados pelo órgão (INSTITUTO DE TERRAS DO PARÁ, 2013), são 88 territórios titulados no estado, sendo que estes podem abranger diversas comunidades.

Os dados referentes ao número de comunidades quilombolas são divergentes, seja no país ou no estado, o que se deve, dentre outros fatores, às diferenças metodológicas utilizadas pelos órgãos oficiais, organizações não governamentais e entidades da sociedade civil organizada. Silva (2012) alerta que os dados divulgados pelos órgãos públicos são contestados pela CONAQ (Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais e Quilombolas), que estima cerca de 5 mil comunidades espalhadas por todo o

território nacional. Até o momento, somente os estados do Acre e Roraima não têm registro de quilombos, o que também é contestado pela CONAQ.

A regularização fundiária é o tema central da luta quilombola, no entanto, a saúde, a educação e a cultura, dentre outros, estão na pauta de reivindicações nacionais e locais. E, enquanto comunidades negras, também sofrem as situações de racismo institucional, tema que será desenvolvido nos capítulos seguintes.

É possível dizer que, mesmo compondo um universo heterogêneo, seus territórios ocupados historicamente têm sido ameaçados por latifundiários, madeireiros, empreendimentos turísticos e imobiliários, além de grandes empreendimentos governamentais. Principalmente na Amazônia, a maioria dos territórios gera a cobiça de mineradoras, além de serem alvos da construção de hidrelétricas pelo Governo Federal, conforme a publicação da Comissão PRÓ-ÍNDIO São Paulo (2011).

Embora a Constituição Federal de 1988, no artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, garanta às comunidades a propriedade definitiva de suas terras, o Decreto presidencial nº 4887/2003 tem sido objeto de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 3239/2009) movida pelo Partido da Frente Liberal, hoje DEM (Democratas), no Supremo Tribunal Federal. Se julgada procedente a ação, isso significará um enorme prejuízo e retrocesso aos direitos já conquistados não somente pelas comunidades quilombolas, mas pela população negra brasileira. Diante deste cenário, o movimento quilombola tem se mobilizado nacionalmente juntamente com os seus parceiros, para garantir o direito constitucional historicamente constituído.

2.1 Organização política das comunidades quilombolas no estado do Pará e no município de Santarém

No debate sobre os quilombos no Brasil, há grande relevância a participação dos movimentos negros urbanos. Os primeiros estados que articularam as mobilizações quilombolas foram Pará, Maranhão, São Paulo, Goiás, Bahia e Rio de Janeiro (SOUZA, 2008).

Conforme a ativista Zélia Amador de Deus, embora o movimento negro tenha características essencialmente urbanas, o CEDENPA (Centro de Estudos e Defesa do Negro do Pará), de Belém, estado do Pará, e o CCN (Centro de Cultura Negra), de São Luís, estado do Maranhão, passaram a atuar também nas áreas rurais, devido a problemas ocorridos em comunidades negras nos seus respectivos estados. O CEDENPA atuou em defesa das

comunidades quilombolas do Rio Trombetas, no município de Oriximiná, diante da criação de uma reserva biológica na região, em 1979, e diante dos efeitos da chegada da Mineração Rio do Norte, na década de 1980, além da atuação na comunidade quilombola de Abacatal, município de Ananindeua. Já o CCN atuou junto aos conflitos que implicavam a comunidade de Frexal (AMARAL, 2008).

Segundo Amaral (2008), a realização de diversos eventos nas décadas de 1980 e 1990 permitiu uma nova etapa de organização das comunidades. Dentre os eventos destacam-se os Encontros de Negros e Negras do Norte e Nordeste, realizados anualmente e totalizando dez edições. Tais encontros promoviam a socialização de informações referentes aos diversos temas, bem como a divulgação de conhecimentos e agendas, representando uma arena política que produziu encaminhamentos concretos. Em 1987, o VII Encontro ocorreu na cidade de Belém, onde os temas centrais desenvolvidos foram: mulher negra, negro na Constituição e a programação dos cem anos da abolição. Estes temas impulsionaram as lutas e as reivindicações do movimento negro, promovendo o debate das propostas para o texto constitucional, além de possibilitarem uma nova dimensão para a discussão dos territórios quilombolas nas duas regiões do país.

Quanto às propostas para o texto constitucional em elaboração naquele momento, Amaral (2008) afirma que havia 125 artigos na Subcomissão de Ordem Social, sendo 35 ligados diretamente à população negra, com destaque para o Art. 107, que dizia: “Fica declarada a propriedade definitiva de terras ocupadas pelas Comunidades Negras, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos. Ficam tombadas essas terras bem como todos os documentos referentes à história dos Quilombos no Brasil” (AMARAL, 2008, p. 124).

Ainda, como salienta o autor, o processo de organização política do movimento negro gerou as conquistas no texto constitucional aprovado em 1988. O texto proposto acima foi desdobrado nos dois artigos constitucionais: no Art. 68 (ADCT) — “Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos”; e no Art. 216 — “Tomba os documentos e os sítios detentores de reminiscências históricas dos antigos quilombos”. E, segundo Souza (2008), além das comunidades quilombolas e as organizações do movimento negro urbano, houve a participação de pesquisadores, organizações camponesas e parlamentares, que se articularam em diversos eixos para a inserção do artigo constitucional.

No ano seguinte, em 1989, houve também a inserção de artigos referentes aos direitos das comunidades quilombolas na Constituição do Estado do Pará, Título X “Das

Disposições Gerais e Constitucionais”, Art. 322 que afirma: “Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras, é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes títulos respectivos no prazo de um ano, após promulgada esta Constituição”.

Cabe pontuar que estas inserções no texto constitucional paraense também ocorreram a partir da reivindicação do movimento negro do Pará. E, de acordo com Souza (2008), outros estados também inseriram em seus textos constitucionais artigos referentes aos direitos quilombolas: Maranhão (Art. 229), Bahia (Art. 51 ADCT), Goiás (Art. 33 ADCT), Mato Grosso (Art. 16 ADCT).

No estado do Pará, a partir da década de 1980, os quilombos se organizaram por meio da realização dos Encontros de Raízes Negras, que ocorreram na região do Baixo Amazonas, constituindo-se como outra forma de pressão ao poder público. Para Zélia Amador de Deus, os encontros tinham a intenção inicial de reunir os grupos negros considerados parentes, devido à descoberta da relação de parentesco em várias comunidades dispersas pelos municípios da mesma região. Estes encontros foram realizados, inicialmente, a partir de uma mobilização da professora Idaliana Marinho Azevedo, da Associação Cultural Obidense (município de Óbidos, estado do Pará), que convidou o CEDENPA para participar da organização. Essa nova etapa da organização política dos quilombos na Amazônia repercutiu em todo território nacional (AMARAL, 2008).

O I Encontro de Raízes Negras ocorreu em 1988, no quilombo do Pacoval (município de Alenquer), um dos maiores do estado do Pará, e contou com o apoio da Fundação Ford e a participação de quilombolas da região, movimento negro, estudantes, instituições nacionais e internacionais, ONGs, além de outros movimentos sociais. Até a 6ª edição houve o apoio e a participação do CEDENPA e, posteriormente, o número de comunidades foi aumentando, saindo do anonimato e tomando novos aspectos, conforme as articulações locais, estaduais e nacional.

No contexto de mobilização nacional de articulação das comunidades quilombolas, é importante salientar a realização do I Encontro Nacional de Comunidades Negras Rurais, em 1995, em Brasília. No final deste Encontro foi criada a Comissão Nacional de Comunidades Negras Rurais e Quilombolas (CONAQ), culminando com a *Marcha dos 300 Anos de Imortalidade de Zumbi dos Palmares*, organizada pelo movimento negro brasileiro (SILVA, 2012).

No documento final apresentado³, os participantes salientavam para as questões relacionadas à terra, à saúde, à educação e à desigualdade salarial das mulheres negras nas fazendas. Especificamente no que diz respeito à saúde, as comunidades reivindicavam:

- Que a Fundação Nacional de Saúde implemente um programa junto às comunidades, visando à erradicação de doenças como sarampo, tétano, febre amarela e outras mais.
- Que o Governo Federal fiscaliza o repasse de verbas de saúde – SUS- que se tem mostrado falho, com o sistemático atraso no repasse do pagamento aos agentes de saúde.

No que se refere à organização política do movimento quilombola no município de Santarém, em 1996 as lideranças das comunidades de Arapemã, Saracura, Bom Jardim, Tiningú, Murumuru e Murumurutuba foram convidadas pelo Sr. Elias Vasconcelos, a participar do VII Encontro de Raízes Negras, ocorrido em Belém. Além do Sr. Elias Vasconcelos, ativista do movimento negro urbano local, nascido na Comunidade Quilombola do Arapemã, as lideranças quilombolas reconhecem a contribuição da Colônia de Pescadores Z-20 e o Instituto de Pesquisa Ambiental da Amazônia (IPAM), neste processo inicial de organização.

Em 1999, o VIII Encontro de Raízes Negras foi realizado no município de Santarém, na Comunidade Quilombola de Saracura, onde participaram também as comunidades de Oriximiná, Alenquer e Óbidos. Segundo Figueira (2011), estes encontros possibilitaram espaços de debates sobre os problemas comuns nas realidades vivenciadas pelas comunidades, além de permitirem as articulações e os contatos com as lideranças quilombolas dos outros municípios da região, produzindo aprendizados significativos aos representantes de Santarém.

Neste processo de mobilização política, além da criação da CONAQ, enquanto entidade nacional referida anteriormente, outras entidades municipais e estaduais foram surgindo. No município, houve a criação da Comissão de Articulação das Comunidades Quilombolas em 2003, congregando todas as associações quilombolas locais da época.

Cabe salientar a criação, em 2005, do Serviço Afro-Amazônico de Solidariedade (SARA), uma entidade jurídica que tinha como um de seus objetivos assessorar os movimentos negros de Santarém, inclusive as comunidades quilombolas, e foi coordenada pelo frei franciscano e ativista negro, Alex Assunção, e a vereadora Odete Costa. Esta

³ Anexo da dissertação intitulada “*Aquilombar-se: panorama histórico, identitário e político do movimento quilombola brasileiro*”, da autora Bárbara Sousa (2008).

entidade foi extinta no ano seguinte, em 2006, e neste mesmo ano, a Comissão de Articulação das Comunidades Quilombolas passou a ter identidade jurídica com o nome de Federação das Organizações Quilombolas de Santarém (FOQS).

Atualmente, segundo a FOQS (2014), o município de Santarém possui doze comunidades quilombolas: Saracura, Arapemã, Bom Jardim, Mumurutuba, Murumuru, Tiningú, Nova Vista do Ituqui, São José do Ituqui, São Raimundo do Ituqui, Patos do Ituqui, Surubiú-Açú e Pérola do Maicá. Todas as comunidades possuem associações e suas lideranças se reúnem ordinariamente às segundas-feiras, na sede da entidade, que se localiza no centro da cidade.

Conforme Arruti (2006), se o Estado reconheceu a legitimidade do direito ao território das comunidades quilombolas, por meio da aprovação do artigo constitucional (Artigo 68 ADCT), embora a resposta institucional a isto tenha sido lenta, os quilombolas foram incluídos em programas redistributivos universalistas e se tornaram foco de programas específicos no interior das políticas de educação, saúde e de crédito agrícola (Programa Brasil Quilombola). Para o autor, o caráter transversal do Programa em vários ministérios, possibilitou uma presença obrigatória dos representantes quilombolas em vários contextos dos “fóruns de participação popular para o planejamento e execução de políticas públicas, como os Conselhos Municipais, por exemplo. Ganharam atenção especial em vários Institutos de terras estaduais e projetos específicos em ONGs” (ARRUTI, 2006, p. 27).

Ao longo desta trajetória de organização política das comunidades, e juntamente com as parcerias estabelecidas, sejam elas com pessoas, instituições e entidades, as áreas da saúde e da educação tornaram-se pauta das reivindicações por políticas públicas, para além da regularização fundiária.

3 SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, HIV/AIDS E VULNERABILIDADES

A existência do racismo e o contexto das desigualdades provocadas por ele, que implicam nas condições sociais de vida da população negra, tem servido atualmente como argumento para a construção do campo da “saúde da população negra”.

Segundo Piani (2008), no final do século XIX e início do século XX, a saúde da população negra no Brasil era discutida somente no contexto da saúde mental, principalmente a sua relação com a criminalidade. Os médicos e os bacharéis em Direito debatiam sobre as configurações biológicas de raça, estabelecendo uma relação causal entre os crimes ocorridos na sociedade e as populações consideradas inferiores. Assim, “os conhecimentos produzidos pela Medicina e a Psiquiatria alimentaram em vários momentos o debate sobre 'raça' e 'cultura' nos séculos XIX e XX, na Europa e no Brasil” (PIANI, 2008, p. 2).

Na década de 1990, o tema saúde da população negra ressurge com novas preocupações. Ao analisar os documentos produzidos no período de 1995 a 2005, ele afirma que, inicialmente, os documentos criados possuíam uma nítida tendência a modelos biologicistas, evidenciando uma relação com a noção de raça biológica, especialmente associada à genética. Nos anos de 2004 e 2005, os documentos já apresentavam os determinantes socioeconômicos, apontando problemas de acesso e tratamento de saúde que atingem a população negra, trazendo novas perspectivas à discussão (PIANI, 2008). E, a partir de 2002, houve um expressivo aumento de estudos epidemiológicos e sociodemográficos nos campos das ciências sociais e da saúde, no que se refere às pesquisas relacionadas à implicação da categoria raça/cor no contexto da saúde (SOUZAS et al, 2012).

É importante ressaltar que, ainda nesta década de 1990, mais especificamente em 1995, o movimento negro realizou a Marcha Zumbi dos Palmares e, como resultado da mesma, em 1996, foi criado o Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra. No mesmo ano o grupo realizou, em Brasília, a mesa-redonda intitulada “Saúde da População Negra”, com a participação de cientistas, militantes da sociedade civil, médicos e técnicos do Ministério da Saúde (MS). Conforme Oliveira (2001), o relatório final passou a fazer parte das bases conceituais sobre o assunto e teve como principais resultados:

- a) a introdução do quesito cor nos sistemas de mortalidade e de nascidos vivos; b) a elaboração da resolução 196 que introduziu, dentre outros, o recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos, e c) a recomendação de uma política nacional de atenção à pessoa portadora de anemia falciforme (BRASIL, 2007, p. 19).

A inclusão do quesito raça/cor nos sistemas de informação tem provocado divergência entre os pesquisadores. Para Lopes e Batista (2003), esta inclusão possibilita a adoção de políticas públicas específicas mais eficazes, já que possibilita a criação de indicadores de vulnerabilidade de diferentes grupos sociais.

Fry et al (2007) apontam que a inserção do quesito raça/cor nos bancos de dados nacionais é recente e ainda bastante deficiente, seja porque a variável não é preenchida sistematicamente, seja porque utiliza classificações contrastantes nos diferentes sistemas de informação. E, segundo eles, ao somar pretos e pardos na categoria negro, o sistema cria uma divisão binária entre brancos e negros na sociedade brasileira.

No entanto, Ayres (2007), ao debater as críticas de Fry e colaboradores, enfatiza que os estudos relacionados à epidemia do HIV/Aids e a população negra, devam estar no contexto das vulnerabilidades, e não no contexto do grupo de risco. Portanto, a racialização do debate sobre o HIV/Aids precisa compreender, por meio da raça como categoria interpretativa, “as formas e fundamentos [...] que produzem e reproduzem totalidades desvantajosas na exposição de certos indivíduos e grupos populacionais às ameaças à sua saúde e à construção de respostas para se defender delas” (AYRES, 2007, p. 519).

A junção de pretos e pardos nas fontes estatísticas é utilizada em outros temas de pesquisa há duas décadas. Essa inserção se justifica pelo fato de ter havido no Brasil uma teoria (e política) do branqueamento, onde houve um investimento na produção intelectual e em estratégias políticas, por meio de campanhas internacionais, para a vinda de brancos europeus para povoar o território nacional, com doação de terras para os mesmos (PAIXÃO & LOPES, 2007).

Conforme Giovanetti et al (2007) a inclusão do quesito raça/cor nos dados estatísticos oficiais de saúde no Brasil é uma reivindicação antiga do movimento social negro, mas somente em 1995 e 1996 este campo foi inserido em registros contínuos do país (Sistema de Informação sobre Mortalidade e Sistema de Informação sobre Natalidade).

No caso da Aids, “desde 2000, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde vem desagregando os dados por raça/cor e esse registro vem melhorando a cada ano” (SILVA, 2010, p. 3). Foi somente em 2001, de uma forma mais direta, que ocorreu a introdução do tema sobre o racismo, Aids e saúde da população negra na agenda de trabalho do departamento de DST/Aids, Hepatites Virais no Ministério da Saúde, no mesmo ano em que foi realizada a III Conferência Mundial contra o Racismo, em Durban, na África do Sul (SANTOS, 2012).

Em 2004, o MS criou o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, por meio da Portaria nº 1.678. Em 2006, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que foi instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 992/2009.

Em 2005 foi aprovada a inserção do quesito raça/cor no SUS e a Lei nº 12.288/2010, que instituiu o Estatuto da Igualdade Racial, no seu artigo 8º, inciso II, dispõe sobre a “melhoria da qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por cor, etnia e gênero”. O texto aprovado exclui a palavra raça, atitude que foi objeto de crítica do movimento negro e divergência no plenário.

No contexto das comunidades quilombolas, o Decreto nº 4887/2003 prevê a criação de um Comitê Gestor, com a participação de diferentes órgãos do Governo Federal, inclusive o Ministério da Saúde, visando à elaboração de um plano que possa promover a sustentabilidade das comunidades. No entanto, conforme ressalta Piani (2008), a participação oficial de representantes das comunidades não foi prevista.

Em 2004, visando a atender ao Decreto acima, foi lançado o Programa Brasil Quilombola (PBQ), afirmando ser necessária uma política multissetorial para as comunidades. E para reordenar as ações do Programa, em 2007, foi criada a Agenda Social Quilombola, por meio do Decreto nº 6.261/2007.

Ao criar o Programa Brasil Quilombola, Arruti (2009) afirma que o Estado brasileiro mudou de postura no que diz respeito às comunidades, que passaram a ser incorporadas em diversas áreas das políticas públicas, deixando de serem vistas como tema de exclusividade da cultura. Ressalta que, no aspecto legal, a política para quilombos estava vinculada à cultura, e posteriormente, com o Decreto nº 4887/2003 veio o reconhecimento da necessidade de inserir outras políticas, salientando que,

A principal função destes dois grandes programas [Brasil Quilombola e Agenda Social Quilombola] é reunir sob uma mesma rubrica um conjunto de ações e propostas dispersas por diversos ministérios e secretarias, dando-lhes não exatamente um sentido orgânico, mas no máximo, coordenado. [...] as políticas para quilombos já surgem sob o signo da descentralização (ARRUTI, 2009, p. 78).

Em 2006, o Ministério da Saúde, garantiu o acréscimo de 50% nos valores repassados por equipes de saúde a municípios que atendessem populações quilombolas e de assentamentos de reforma agrária, conforme a Portaria nº 822/GM/MS, alterando os critérios de definição das modalidades da Estratégia Saúde da Família. Em 2008, a Portaria nº

90/GM/MS atualizou o quantitativo destes segmentos populacionais para o cálculo de repasse do recurso, considerando a presença de quilombos no município de Santarém.

Posteriormente, as comunidades quilombolas foram referidas em outros documentos do Ministério da Saúde. Em 2009, na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; e em 2011, na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, instituída pela Portaria nº 2.866/2011.

É interessante ressaltar que estes documentos afirmam a necessidade de respeitar as práticas e saberes das comunidades, aprimorar os sistemas de informações sobre esses grupos, garantir a participação de seus representantes nos contextos de monitoramento das ações, ampliar o acesso aos serviços e a necessidade de se estabelecer metas para a melhoria de seus indicadores de saúde, atribuindo responsabilidades aos níveis federal, estadual e municipal da gestão de saúde.

No entanto, em um estudo sobre o acesso e a acessibilidade aos serviços de saúde em três comunidades nos municípios paraenses de Abaetetuba, Concórdia do Pará e Salvaterra, Cavalcante (2011) conclui que os gestores não compreendem o princípio da equidade do SUS (Sistema Único de Saúde), desconhecem a sua legislação, bem como a política específica para a população negra, além de não reconhecerem a importância do acréscimo de 50% dos valores repassados pelo governo federal aos municípios que registram atendimento às comunidades. Com base nos dados levantados, Cavalcante (2011) afirma que a oferta de saúde se concentra nas sedes dos municípios e em forma de campanhas ou ações dentro das comunidades, a partir da demanda dos profissionais e gestores, não dos usuários, ampliando a vulnerabilidade social e não concretizando a política de saúde da população negra. Além disso, salienta que o planejamento da política de saúde se organiza e se preocupa com a ampliação da oferta e não com o acesso dos usuários.

Em outro estudo sobre o acesso à saúde e a Política Nacional de Atenção Básica realizado em 137 comunidades quilombolas, distribuídas em 38 municípios no estado do Pará, Oshai e Silva (2013) apontam que, em 57% das comunidades, os agentes comunitários de saúde são os únicos elos entre estas e as secretarias de saúde, havendo alta prevalência de doenças de veiculação hídrica e hipertensão arterial em 100% das comunidades. Além disso, salientam que os processos de adoecimento são agravados pela falta de saneamento e ao acesso aos serviços públicos de saúde, contribuindo para a persistência dos agravos que estão sob controle (ou em declínio) em outros grupos populacionais. Para Oshai e Silva (2013) há uma centralização dos serviços e a lógica de organização dos mesmos não considera a dinâmica dos territórios.

3.1 Vulnerabilidades

O termo vulnerabilidade é utilizado na área da saúde no sentido de qualificar a suscetibilidade de indivíduos ou de grupos a agravos à saúde, sendo um indicador de desigualdade social (AYRES, 1997). Em um país de proporções continentais, como é o caso do Brasil, com grandes discrepâncias econômicas, demográficas e sociais, é esperado que tais discrepâncias sejam refletidas no modo como o HIV se propaga na população (PARKER; CAMARGO, 2000).

Lopes (2003) ressalta que no período da descoberta da Aids, os primeiros casos surgiram em hemofílicos, homens que faziam sexo com outros homens e profissionais do sexo, sendo a terminologia grupo de risco empregada a esses grupos sociais. A partir da primeira metade da década de 1990, o movimento gay combateu a ideia de grupo de risco e surgiu a expressão comportamento de risco, que tinha a proposta de “identificar quais as características individuais capazes de maximizar a suscetibilidade de indivíduos” (LOPES, 2003, p. 18). Embora menos rotulada, desconsiderava o risco como uma construção sociocultural, ficando centrada na responsabilidade e proteção individuais.

Ayres, Paiva & Buchalla (2012) citam que esta referência conceitual de comportamento de risco foi vantajosa no sentido de possibilitar a universalização das estratégias de enfrentamento ao HIV/Aids, além de aumentar as ações que atenuassem os estigmas criados aos grupos de maior incidência da infecção e estimulou as pessoas a se envolverem ativamente com a prevenção. Por outro lado, houve um direcionamento para responsabilizar unicamente o indivíduo, resvalando em ideias de “culpabilização”. Novamente os movimentos sociais se organizaram, criticando esse modelo, e ressaltaram que parte significativa das medidas de prevenção não dependiam somente da vontade individual, mas de outras condições sociais. As críticas conduziram os vários grupos envolvidos no debate sobre o HIV/Aids a levantar as condições sociais e as implicações éticas que estariam por trás do comportamento de risco, culminando com as discussões relativas às vulnerabilidades.

O grupo de epidemiologistas e operadores do direito liderado por Jonathan Mann se dispôs a levantar informações sobre a epidemia da Aids, ampliando o conhecimento no campo das ciências humanas, políticas e econômicas, e a expressão vulnerabilidade foi inserida no campo da saúde pública mundial com a publicação do livro *Aids in the World*, em 1992 (LOPES, 2003). O uso desta expressão não é algo novo, tampouco algumas construções conceituais que a envolvem, mas no contexto da saúde pública contemporânea, o termo foi

construído em resposta à epidemia da aids e, portanto, é relativamente recente (AYRES, PAIVA & BUCHALLA, 2012).

No contexto da saúde, a vulnerabilidade inclui três eixos interdependentes. O primeiro eixo é o da vulnerabilidade individual, que diz respeito aos aspectos cognitivos, que leva em consideração o acesso às informações acerca da saúde. Neste sentido, este eixo se fundamenta no “princípio de que toda pessoa pode experimentar um dado processo de adoecimento ou se proteger dele, o que envolve aspectos que vão da sua constituição física ao seu modo próprio de gerir seu cotidiano” (AYRES, PAIVA & BUCHALLA, 2012, p. 85)

O eixo anterior reclama outros aspectos, pois o acesso às informações sobre a saúde também depende do contexto social em que a pessoa está inserida. Assim, é proposto o segundo eixo, que é o da vulnerabilidade social, que diz respeito à possível mudança de comportamentos e de práticas conforme o acesso a recursos materiais, às instituições, bem como o acesso aos equipamentos sociais e serviços de saúde. Portanto, a dimensão social busca centrar nos aspectos contextuais que configuram a vulnerabilidade individual (AYRES, PAIVA & BUCHALLA, 2012).

O terceiro eixo, vulnerabilidade programática, está ligado aos dois eixos anteriores, compreendendo os fatores relacionados com a prestação e a disponibilidade de profissionais e dos serviços de saúde, envolvendo programas e ações de prevenção e de controle da enfermidade, nas três esferas, nacional, estadual e municipal, com a finalidade de direcionar os recursos sociais necessários. Neste sentido, a complexidade existente nos aspectos individuais e coletivos relativos à exposição ao vírus e ao adoecimento por Aids é possibilitada ao adotar o termo vulnerabilidade (AYRES et al, 2009).

Silva (2011) afirma que é possível citar três fases entre o conceito de risco individual e a vulnerabilidade ao HIV/Aids. Na década de 1980, o foco era no conceito de risco, em uma perspectiva individualista e comportamental; a partir da década de 1990, os determinantes sociais passam a ser o foco; sendo que a terceira fase irá apontar para os determinantes estruturais. No que se refere à vulnerabilidade programática (ou institucional), ela aponta que, “em relação ao HIV/AIDS, compreende fatores relacionados com prestação e disponibilidade dos serviços de saúde e de profissionais, envolvendo ações e programas de prevenção e de controle da enfermidade” (SILVA, 2011, p. 41).

Quanto à epidemia HIV/Aids e a população negra, Spiassi (2011) aponta que as entidades do movimento social negro inseriram esse tema em suas atividades desde a década de 1990. Segundo ela, pelo reconhecimento de que esse segmento é vulnerável à epidemia, o

Plano Nacional de Saúde (PNS), vigente no período entre 2004 a 2007, especificou a prevenção ao HIV/Aids junto à população negra. Além disso,

no PNS (2009–2011), ao discutir os diagnósticos situacionais no item ‘Populações em Situações de Vulnerabilidade e Iniquidades’ classifica a AIDS como sendo um agravo adquirido em condições desfavoráveis que atingem a população negra do país, na mesma categoria destinada à desnutrição e às mortes violentas (SPIASSI, 2011, p. 19).

Com base nos dados do seu estudo com 11 comunidades quilombolas, abrangendo 218 participantes, Silva (2011) afirma que a vulnerabilidade programática ao HIV/Aids ocorre nas mesmas devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, bem como a falta de ofertas de ações de educação em saúde e de insumos, inclusive para a prevenção.

No estado do Pará, em uma pesquisa realizada no período de março de 2009 a maio de 2010, com 130 comunidades quilombolas, inclusive as localizadas no município de Santarém, Oshai (2010) identificou que as DST’s estão entre as principais doenças que acometem as comunidades, além da hipertensão arterial, diabetes, gripe, infecções respiratórias agudas, anemia, acidentes por animais peçonhentos, verminose, doença mental e alcoolismo. Cabe ressaltar que o estudo contou com o financiamento do Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (MS/SEGEP), por meio do Programa ParticipaSus.

Os dados do Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil; 2009–2010 (PAIXÃO *et al*, s/d) constata a manutenção de resultados desfavoráveis à população negra brasileira, no que diz respeito ao acesso aos sistemas de ensino e de saúde, índices de morbimortalidade, além de condições materiais de vida, dentre outros. Para desconstruir o racismo brasileiro, é preciso entender e intervir nas estruturas de poder em que ele se constitui e que o sustenta.

Portanto, o conceito de vulnerabilidade defendido aqui leva em consideração os vários aspectos, não somente o individual, mas os aspectos sociais e institucionais nos quais os indivíduos estão inseridos. A falta ou a dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde, a falta de informação sobre a prevenção e sobre as vias de transmissão do HIV, dentre outros fatores, constituem um contexto que leva os grupos a uma suscetibilidade ao risco de infecção pelo vírus e ao adoecimento da Aids.

3.2 Relações Raciais, Racismo e Racismo Institucional

Para não incorrerem no equívoco de que as comunidades quilombolas possuem um risco inerente a agravos à saúde, seja por causa da sua ancestralidade africana, ou por causa de suas aparências fenotípicas, é necessário discutir sobre as relações raciais no Brasil e os contextos de vulnerabilidade, na perspectiva crítica de que, sem isso correremos o risco de voltarmos a posições biologizantes do conceito de “raça” do século XIX.

Kalckmann et al (2007) afirmam que a falta de conteúdo relacionado à questão racial nas instituições de formação, a invisibilidade das doenças prevalentes nos grupos negros e indígenas, a dificuldade de acesso aos insumos e aos serviços de saúde, são fatores que determinam importantes diferenças nos perfis de adoecimento e morte entre os grupos.

O termo raça, antes de adquirir qualquer conotação biológica, significou “um grupo ou categoria de pessoas conectadas por uma origem comum [...]”. Foi com esse sentido literário que o termo passou a ser empregado, na maioria das línguas europeias, a partir do século XVI” (BANTON, 1994, p. 264).

No século XVIII, a cor da pele foi um dos critérios considerados para classificar os grupos humanos, por meio da racialização. No século XIX, a este critério de cor foram somados os critérios morfológicos, como formatos de lábios, nariz e queixo, além do ângulo facial, dentre outros (MUNANGA, 2004). E foi somente a partir do século XIX que, segundo Banton (1994), que o termo raça passou a ser utilizado para designar as diferenças físicas e mentais dos seres humanos.

Neste trabalho, o conceito de raça utilizado é o de “raça social” (ou sociológico) que, segundo Guimarães (1999a), não se trata de um dado biológico, mas de construtos sociais historicamente produzidos, de acordo com identidades baseadas em uma ideia biológica errônea, no entanto, socialmente eficaz para criar, manter e reproduzir diferentes privilégios. Portanto, é a persistência do racismo que torna necessária a utilização política da categoria raça.

Para Guimarães (1999b), o racismo é mais especificamente compreendido como construção ideológica produzida pela civilização europeia, que serviu, inclusive, de justificativa para a colonização e o processo de escravização dos povos africanos. A sistematização desta ideologia se inicia a partir do século XVI, no contato dos europeus com diferentes continentes. No século XIX o racismo se consolida ao associar-se com as teorias científicas em torno do conceito de raça.

O estudo de Oliveira (2001) sobre a investigação do racismo científico evidencia as atrocidades praticadas por meio das experiências de pesquisadores europeus no continente africano, antes mesmo das experiências do nazismo, no século XX, o que já tinha sido denunciado por Aimè Césaire no livro “Discurso sobre o Colonialismo”, publicado pela primeira vez na década de 1970 (CÉSAIRE, 2010).

O racismo científico também se sustentará nas bases do conhecimento produzido por meio da Psicologia. Segundo Oliveira (2001), o psicólogo inglês, Burt, considerado referência na psicologia escolar no período de 1909 a 1971, consagrou o teste de Quociente de Inteligência (QI) como medida de uma capacidade imutável, deturpando as ideias de Binet, criador do teste em 1905, que compreendia a inteligência como algo multifacetado. Em 1916, uma equipe da Stanford, coordenada por Lewis Terman, criou a Escala Stanford Binet que 'comprovava' (grifo da autora) o baixo QI de negros por causas raciais, embora pudessem ser treináveis para os trabalhos braçais. Por muitas décadas a revista de Burt foi considerada a 'pérola da psicologia' (grifos da autora) e, mesmo que as fraudes dos seus estudos tenham sido confirmadas em 1979, por meio da sua biografia oficial publicada, grande parte dessas orientações racistas continua em vigor, maquiadas ou não.

As teorias científicas que consolidavam a ideologia racista tiveram vários autores expoentes no Brasil e em diversas áreas do conhecimento. No século XIX, de acordo com Costa (1980, p. 81):

A arianização do povo brasileiro era a tradução científica da ideologia do embranquecimento racial. Os intelectuais, ao mesmo tempo em que afirmavam a inferioridade biológica dos negros, preconizavam a miscigenação racial como meio de absorção das etnias ‘inferiores’.

Nesta perspectiva, Costa (1980) lembra que Oliveira Viana, sociólogo brasileiro e assessor do governo Vargas na década de 1930, ao estudar a psicologia do mestiço, tenta provar que os negros e os mestiços eram inferiores e que somente seriam ‘recuperados’ (grifo do autor) se miscigenados aos brancos. Assim, a mestiçagem no país não se deu por conta de uma suposta harmonia entre os grupos raciais, mas principalmente para responder às teses racistas de que os sujeitos negros eram inferiores, sendo uma etapa da ideologia do branqueamento ou embranquecimento racial.

A preocupação com a mestiçagem e as suas consequências figurava como uma constante na obra de muitos autores brasileiros, que acreditavam na teoria do branqueamento, baseada em concepções deterministas de raça da Europa, sendo elaborada no Brasil entre o

final do Império e a 1ª Guerra Mundial. Sob a concepção de hierarquização das raças humanas, sendo as não-brancas portadoras de uma inferioridade genética, incluídos também os mestiços, havia a crença de que o povo brasileiro seria conduzido a uma seleção natural que o deixaria mais branco. A principal característica da teoria do branqueamento era a sua ambiguidade, na qual a mestiçagem se configurava ao mesmo tempo como mal que deveria ser extinto, mas também como solução para o problema brasileiro (SEYFERTH, 1985).

Neste sentido, baseando-se nos debates entre intelectuais e políticos do final do Império e nas décadas de 1920 e 1930 no Brasil, inclusive aqueles referentes à política de imigração, Skidmore (2012) afirma que as décadas referidas foram palco de consolidação do ideal de branqueamento, aceito tacitamente pelos formadores de opinião e os críticos sociais. Em geral, os escritores da época “disseram [...] que o Brasil estava embranquecendo cada vez mais e, portanto, o problema estava sendo resolvido” (SKIDMORE, 2012, p. 244). A solução concebida era a imigração européia, proibidas as imigrações africana e asiática. A expectativa era de que o país se tornasse cada vez mais branco.

As teorias científicas irão se manifestar na escola. Desde a década de 1970, diversas pesquisas demonstram como o racismo se reproduz no contexto escolar brasileiro (CAVALLEIRO, 2001). Assim, ao mesmo tempo em que o processo de escolarização omite a história e a cultura de outras sociedades e continentes, inclusive dos povos africanos, os currículos da educação básica e também do ensino superior desenvolvem com exclusividade o ensino da história e da cultura europeia e de seus descendentes no Brasil. Esta exclusividade vem sendo gradativamente alterada pela implementação dos artigos 26-A e 79-B da LDB nº 9394/1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação), alterados pela Lei Federal nº 10.639/2003, que trazem a obrigatoriedade do ensino da história e da cultura africana e afro-brasileira nos currículos, além da inserção do 20 de novembro no calendário escolar, como Dia Nacional da Consciência Negra.

O racismo, portanto, não se restringe apenas ao âmbito das relações interpessoais, mas se estrutura no Estado brasileiro como racismo institucional. Para Silva et al (2009, p. 157),

O racismo institucional atua no nível das instituições sociais, dizendo respeito às formas como estas funcionam, seguindo as forças sociais reconhecidas como legítimas pela sociedade e, assim, contribuindo para a naturalização e reprodução da hierarquia social. Não se expressa por atos manifestos, explícitos ou declarados de discriminação, orientados por motivos raciais, mas, ao contrário, atua de forma difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações, que, operam de forma diferenciada na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes grupos raciais.

Neste sentido, Silva et al (2009) afirmam que a utilização do conceito de racismo institucional possibilita o deslocamento do debate do plano das relações interpessoais para a sua dimensão social e política, o que permite uma compreensão mais ampla sobre a produção e a reprodução das desigualdades raciais brasileiras. Além disso, aumentam as possibilidades de efetivação de outras frentes de desconstrução do racismo e à promoção da igualdade racial nas políticas públicas e organizacionais. Para os autores,

a discriminação racial é um dos mais perversos fenômenos sociais operantes na sociedade brasileira, responsável por parte significativa das desigualdades que lhe caracterizam, [...] parte expressiva do processo de naturalização da pobreza e das distâncias sociais (SILVA et al, 2009, p. 156).

Esta modalidade de racismo se refere às formas como as instituições funcionam, sendo este funcionamento uma contribuição para naturalizar e reproduzir as desigualdades raciais. A utilização do conceito denuncia a estrutura de poder e os mecanismos de dominação, buscando “dar visibilidade a processos de discriminação indireta que ocorrem no seio das instituições, resultantes de mecanismos que operam, até certo ponto, à revelia dos indivíduos” (LOPEZ, 2012, p. 126).

O poder aqui não é compreendido como algo que alguém tem e outro é destituído, mas como afirma Foucault (1998), é algo relacional, que não está localizado em algum lugar específico da estrutura social, pois o poder funciona e se exerce em rede. Portanto, os indivíduos exercem o poder e sofrem a sua ação. Ele afirma que rigorosamente falando, o poder não existe, pois o que existe são as práticas ou relações de poder. Portanto, não é algo que pode ser substancialmente identificado com um indivíduo que o possuiria.

Contudo, em que pese sua relevância como processo central na dinâmica da produção e da reprodução da pobreza e da desigualdade, a discriminação racial tem se revelado um tema difícil de ser incluído na agenda de políticas públicas, por causa da própria complexidade do fenômeno. A bibliografia sobre a discriminação racial indica que as desigualdades podem ser resultantes também de mecanismos discriminatórios que operam à revelia, até certo ponto, dos indivíduos. A este tipo de racismo se convencionou denominar de racismo institucional, estrutural ou sistêmico (SILVA, et al, 2009).

O conceito de racismo institucional é utilizado nos Estados Unidos desde o final de 1960 e surgiu no contexto da luta pelos direitos civis. Na Inglaterra o conceito passou a ser utilizado na década de 1980, como instrumento de construção de políticas públicas devido à ineficácia do Estado em responder às demandas da população negra. No entanto, no caso do

Brasil, só passou a ser utilizado em meados da década de 1990, quando foi apropriado pelos movimentos sociais negros, organismos internacionais e o governo, ao formular políticas e programas de equidade racial (SILVA et al, 2009).

Segundo a Organização Pan-Americana (OPAS, 2003, p. 9):

Os problemas de saúde mais frequentes na população negra [...] estão associados a desigualdades históricas que condicionam a pobreza e reduzem o acesso aos serviços de saúde. Essas condições são agravantes de doenças como: hipertensão arterial, o diabete melito e a deficiência de glicose 6- fosfato- desidrogenase que parecem incidir com maior intensidade na população negra.

Em 2005, no Brasil, foi implementado o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), uma parceria entre a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), o Ministério da Saúde (MS), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Departamento Britânico para o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza (DFID) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O Programa adotou a definição de racismo institucional como:

o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas devido a sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas (CRI, 2006, p. 17).

Por meio do Programa foram realizadas oficinas em diversos municípios, com gestores e trabalhadores do serviço público de saúde, para que os participantes identificassem e desenvolvessem abordagens de desconstrução do racismo institucional. Foram constatados: o tratamento diferenciado e desigual entre brancos e negros nas relações de trabalho; a dificuldade de reconhecimento da competência de pessoas negras em cargos técnicos e de gestão; a discriminação dos usuários negros, dentre outros (CRI, 2006).

O racismo enquanto um determinante social que produz desigualdades contribui para a construção de um contexto de vulnerabilidades à infecção pelo vírus HIV. É neste sentido que, ao abordar o tema sobre as comunidades quilombolas e o contexto de vulnerabilidade ao HIV/Aids, faz-se necessária uma discussão sobre as relações raciais e o racismo no Brasil, por entender que, enquanto comunidades negras, também estão submetidas às desigualdades produzidas pelo racismo.

4 O HIV/AIDS E AS COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE SANTARÉM: ELEMENTOS PARA UMA DISCUSSÃO

Neste capítulo desenvolverei a discussão dos dados coletados por meio das entrevistas semi-estruturadas, realizadas com lideranças, moradores e agentes de saúde das comunidades quilombolas de Saracura, Murumurutuba, Tiningú e Pérola do Maicá, com exceção da agente de saúde desta última, que não foi entrevistada. Os dados serão apresentados por meio das falas consideradas representativas, conforme os eixos discursivos destacados do roteiro das entrevistas (apêndice), bem como aqueles observados ao longo da pesquisa.

Todos os entrevistados eram residentes das comunidades investigadas e diante da pergunta “Qual a sua raça/cor?”, se autorreferiram como “negro”, “preto” ou “quilombola”, e somente uma moradora se autorreferiu como “morena”. É importante salientar que a auto-identificação faz parte de uma luta histórica do movimento negro brasileiro, que, frente ao processo político de branqueamento que se produziu no Brasil, tem realizado campanhas e debates para dar visibilidade à população negra do país. Neste sentido, o movimento quilombola local, também desenvolve uma discussão política junto aos seus moradores.

As entrevistas ocorreram poucos meses depois da realização de palestras e pesquisas de docentes da Universidade Estadual do Pará sobre as doenças sexualmente transmissíveis (DST's). Antes disso, em conversas informais com moradores e um dos agentes de saúde das comunidades, não havia relato de realização de atividades de prevenção às DST's promovidas pelo Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) ou Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), e ressaltavam a necessidade de desenvolver atividades junto aos jovens, argumentando a gravidez precoce nas comunidades.

Destaco ainda que houve maior participação das mulheres entre os entrevistados. As mulheres ocupam a maior parte das plenárias nas atividades desenvolvidas nas comunidades e se colocaram com maior disponibilidade para participar da pesquisa.

As comunidades vivem do extrativismo (coleta do açaí), da pesca, da agricultura de subsistência e do artesanato. Como resultado do levantamento socioeconômico realizado em 2003, pela FIOCRUZ, as comunidades são beneficiárias de programas sociais do Governo Federal.

4.1 As informações sobre o HIV/Aids

Diante da pergunta “Qual(is) a(s) informação(ões) que o Sr(a) tem sobre o HIV/Aids?”, de maneira geral, os participantes mencionaram que é uma doença que não tem cura e que a sua prevenção se dá pelo uso do preservativo. Embora alguns afirmassem não ter informação suficiente, todos tinham conhecimento sobre a existência da doença.

[...] é que ela é uma doença contagiosa, não tem cura [...]. E o meio de prevenir também sei um pouco, né. Tem que usar preservativo, tem que ter o parceiro certo (homem, 54 anos).

No momento, assim, eu sei bem pouquinhas coisas, só. Que a gente deve se prevenir, né, pra não pegar qualquer tipo de doença. Usar sempre o preservativo, fazer exames, fazer o PPCU... Isso (mulher, 19 anos).

[...] é que ela são transmitida de várias maneiras, né, pela relação, pela transfusão de sangue, pelo que sei. E também, além disso, existem vários métodos para se prevenir, né (mulher, 39 anos).

As informações eram provenientes das atividades de pesquisa e extensão desenvolvidas pela Universidade do Estado do Pará (UEPA, campus de Santarém), de iniciativas particulares (leituras de livros), televisão, das escolas públicas sediadas nas próprias comunidades ou nos bairros urbanos, onde os moradores têm familiares, além dos encontros e projetos realizados pelas organizações não governamentais do movimento social negro e o serviço público de saúde. No entanto, este último foi citado pela minoria dos participantes, conforme também demonstrou a pesquisa de Silva (2011).

[...] Em uma viagem que fizemos em Belém, lá teve, tivemos um encontro lá [se referindo a evento promovido por entidade do movimento negro] e [...] que tava palestrando a respeito a esse tipo de doença (homem, 53 anos).

E, por outra ocasião também que eu fui fazer uma visita, tava no projeto, [...] aí, então eu acabei conhecendo mais como é que funciona o CTA em Santarém. [...] Do projeto, aquele que era o Pega o Beco⁴ (homem, 30 anos).

[...] Quando eu ouço uma parte de doenças sexualmente transmissíveis eu sempre procuro ler. E ultimamente nós tivemos uma palestra da UEPA. [...] Já teve sim, pela secretaria de saúde, mas já faz tempo [...] teve outras, inclusive até aqui na escola sobre esse tema. Não foi assim [...] muito aprofundado [...] (mulher, 36 anos).

⁴ Projeto desenvolvido no período de 2000 a 2001 pela Organização Não-Governamental “Fala Preta! Organizações de Mulheres Negras”, de São Paulo, com jovens da comunidade quilombola de Saracura e dos bairros do Mapiri e Liberdade de Santarém, visando à formação sobre as políticas públicas no intuito de contribuir com as demandas das comunidades. O HIV/aids foi um dos temas discutidos no projeto, como demanda dos próprios jovens.

É interessante ressaltar que ter variadas fontes de informação sobre o HIV/Aids indica, de alguma maneira, que as comunidades quilombolas têm acesso ao tema, no entanto, a quantidade e a qualidade das informações apreendidas parecem não ser suficientes para garantir a compreensão sobre o risco de infecção e o autocuidado de seus moradores no que diz respeito à prevenção. Como explicitam os relatos abaixo:

Até agora não me informaram, assim, mas... [...] Todo ano eu faço o exame de HIV. Pedem, eu faço, mas até agora não me informaram, assim (mulher, 26 anos).

Não tenho tantas não, informação, mas... Como prevenir, né. Não sei bem dizer... Eu não me informo muito, mas eu sei por cima só que... Não sei lhe informar (risos) (mulher, 30 anos).

Eu tenho pouquinha informação, assim, sobre o HIV/Aids porque a gente sempre não tem um debate adequado pra essas coisas, né. É coisa que a gente vê falar. Tu vai num posto e o posto diz que tem que se prevenir pra essas doenças, assim, assim. Mas eles não mostram pra gente, como se prevenir. Porque a gente já sabe uns métodos que as pessoas já usam, mas a saúde nunca se importou assim, fazer debate pra gente aprender ou vim nas comunidades pra fazer isso (mulher, 54 anos).

4.2 O conhecimento sobre as vias de transmissão do HIV/Aids

O conhecimento sobre as vias de transmissão identificado por meio da pergunta “O(a) Sr(a) sabe como se pega Aids?”, mostrou que a via sexual foi a maneira mais citada e alguns participantes mencionaram o contato com o sangue contaminado, sendo que somente um participante afirmou não ter conhecimento.

Pelo que já falaram pra gente, é por intermédio de sexo, é, esse aí é o ponto ideal, né, e, tem as outras partes, se tem não tô sabendo (homem, 53 anos).

Através de relações sexuais, né (risos). Eu até estudei, mas não tenho mais bem lembrança... Se a pessoa tiver com ferimento e sangresse, pega (homem, 54 anos).

Acho que é na relação sexual, né, quando a pessoa tá contaminada, assim, tipo de sangue... Acho que é assim que se pega, né (mulher, 19 anos).

E, diferentemente do estudo de Silva (2011), nenhum participante respondeu que há transmissão do vírus por meio de picada de mosquito ou do abraço. No entanto, ao relatarem casos de HIV/Aids, que tiveram conhecimento através de pessoas externas à comunidade, alguns apresentaram dúvidas quanto a outras possíveis formas de transmissão, como referem as falas abaixo.

Acho que não, né [se referindo a uso de toalha comum], só se for um ato [sexual], né. Também ainda não sei, ainda não vi dizer que uma pessoa pegou uma Aids se enxugando, não sei, né, nunca ouvi também, né. Então, pelo vaso, pela colher, pelo copo, entende? (mulher, 25 anos).

Entre a relação, né, sexual, contato com sangue, acho também (risos). E agora como que a pessoa nasce com isso, eu não sei. Sei como pega só... se tem, cria, né, não sei (mulher, 30 anos).

À medida que os participantes relatavam os casos de infecção e adoecimento pelo HIV/Aids, apresentavam as dúvidas e as lacunas nas informações sobre as situações de risco à infecção pelo vírus. Além disso, estes relatos podem também indicar o medo do contágio.

4.3 As formas de prevenção

No plano específico da prevenção ao HIV/Aids, diante do questionamento “O Sr(a) sabe como se faz para evitar o vírus da Aids?”, os participantes se referiram, mais especificamente, à utilização do preservativo masculino na relação sexual. No entanto, somente uma mulher casada declarou fazer uso atual deste método preventivo, e um homem casado afirmou ter feito uso anterior, há aproximadamente 7 anos, abandonando-o por causa da dificuldade de acesso ao preservativo.

Não fazendo sem camisinha [...] o remédio não vai evitar a doença, né (mulher, 25 anos).

Entre a relação é usar preventivo, camisinha... Só o que eu sei. Remédio não sei se toma para evitar, não sei. Só sei que tem que se prevenir com preservativo, né (mulher, 30 anos).

Segundo o que eles dizem, né, que na relação sexual a gente tem que se prevenir, usar camisinha, né. Que na camisinha ela não serve só para evitar os filhos, né, mas pra evitar as doença de transmissão (mulher, 54 anos).

A abstinência sexual e ter parceiro fixo também foram vistos como métodos de prevenção. Além disso, ter um relacionamento estável, com parceiro fixo, indicou ser um dos motivos para dispensar o uso do preservativo, como afirmam os discursos abaixo.

O certo é... principalmente, uma pessoa da minha idade é a maior prevenção é não ir atrás mais [se referindo à relação sexual], né (homem, 53 anos).

[...] Desde quando eu arrumei esse aí, tenho esse, se Deus quiser até o fim da minha vida, né, e então tu não tem como porque você aparecê com essa doença, eu digo, só se tiver que aparecer... mas a gente tá no mundo pra tudo, né, a gente não sabe o dia de amanhã (mulher, 60 anos).

Eu não uso, né, até porque eu não tenho, não faço contrabando fora, né, por isso que eu não uso camisinha. Só em casa mesmo, com a mulher, né, nunca usei também, né, a camisinha. Não, se tem outras formas [de prevenção] eu não sei, né, só a camisinha (homem, 68 anos).

As mulheres que relataram não usar preservativo, não se referiram à negativa do parceiro, como em outros estudos (GARCIA & SOUZA, 2010), mas ao fato de estarem em um relacionamento estável. Embora tenham declarado sobre a importância do uso do preservativo para a prevenção ao HIV, esse insumo não faz parte da realidade dos entrevistados, com exceção de dois participantes, conforme foi afirmado anteriormente.

4.4 A participação em atividades de saúde sobre DST/HIV/Aids

Diante da pergunta “O(a) Sr(a) já participou de alguma atividade de saúde sobre DST/HIV/Aids? Onde?”, a maioria dos participantes se referiu às palestras e às pesquisas desenvolvidas pela UEPA. Além disso, embora em menor quantidade, citaram as atividades realizadas por entidades do movimento social negro, escola, o serviço público de saúde e o serviço de assistência social.

[...] uma professora no segundo ano, [...] dava AVC (Aspectos da Vida Cidadã). Ai ela falava também sobre as doenças... Sobre HIV e outros tipos de doenças [...] lá em casa eu tinha um livrinho [que] [...]Falava quase tudo, sabe, como se prevenir, evitando doenças, [...] (mulher, 19 anos).

Já participei só quando teve aqui, na sede mesmo, que eu fiz os exames [se referindo a pesquisa da UEPA] [...] (mulher, 30 anos).

Já participei da palestra uma vez lá no CRAS [Centro de Referência em Assistência Social], e ai sempre eles passavam pros alunos, lá. Os professores sempre passavam pra os alunos lá, através de filme, essas coisas [...] (mulher, 51 anos).

Através da agente de saúde, né, que sempre orienta a gente na comunidade, e mesmo que muitas pessoas também ficam orientando a gente. Até a própria mulher da gente, né (homem, 47 anos).

Uma preocupação que ficou explícita nas falas dos entrevistados foi a necessidade de transmissão dos conhecimentos aos mais jovens que, para eles, é o público a ser atingido com as ações de prevenção ao HIV/Aids. Esta preocupação pode ser analisada sob uma perspectiva observada nos discursos de que os mais velhos possuem parceiros fixos ou podem se abster da relação sexual, portanto, estariam imunes ao vírus.

[...] eu fico preocupado assim com os jovens, não tem orientação, assim, né, não se preocupa de se prevenir, né. A preocupação é só manter a relação com as pessoas, né [...] (homem, 47 anos).

[...] eu sou casada já [...] E, hoje em dia [...] pra tá por dentro mais das coisas pra gente passar mais pros filhos da gente. [...] os jovens hoje em dia, né, que às vezes são cabeça dura que a gente tá querendo enfiar coisa boa e às vezes vão pra aquele caminho que não é, né (mulher, 51 anos).

Segundo a coordenadora do CTA de Santarém, em entrevista veiculada pela mídia local, foram 165 novos casos confirmados de HIV/Aids em 2013, sendo o crescimento observado principalmente na população de faixa etária entre 13 a 23 e 26 anos⁵. Assim, a preocupação apresentada pelos participantes corresponde à tendência do aumento da infecção nos dados oficiais, o que não significa afirmar que os participantes tinham informação sobre tais dados.

Em uma pesquisa quantitativa sobre as vulnerabilidades às DSTs/Aids realizada com 50 jovens da Comunidade Quilombola de Jamary dos Pretos, no município de Turiaçu, estado do Maranhão, Cardoso (2011) observou que 84% deles já tinham ouvido falar em doenças sexualmente transmissíveis, sendo a Aids a segunda doença mais citada, e que a maioria deles não se percebia com o risco de contrair a doença.

4.5 A frequência, o acesso e o local onde foi realizado o teste sorológico anti-HIV

Ao serem questionados “O (a) Sr (a) já fez o teste de HIV alguma vez? Quantas vezes e qual foi a última vez? Onde?”, a metade do grupo entrevistado respondeu que já tinha realizado o teste sorológico, e destes, a maioria foi de mulheres que o fizeram no período do pré-natal. Em geral, as outras pessoas que afirmaram ter realizado o teste eram participantes de pesquisa sobre DST’s realizada pela UEPA, ou os parceiros dessas mulheres. Além disso, algumas pessoas não souberam afirmar se tinham realizado o teste, confundindo-o com outros exames laboratoriais de sangue.

[...] Bom, eu tenho feito no sangue, né, exames de sangue e quando se faz... Tá com três anos aí que eu adoeci, e aí eu fiz uma cirurgia [...] (homem, 53 anos).

Acho que já fiz de HIV, eu digo. Aquele que faz... duas vezes. Rapaz, não sei nem lhe dizer. Foi um tempo que teve ali na escola velha [se referindo à pesquisa realizada pela Universidade do Estado do Pará] (mulher, 25 anos).

⁵ AIDS – Número de casos aumenta 50% em Santarém e região. Disponível em:

<<http://www.oimpacto.com.br/jornal-o-impacto/aids-numero-de-casos-aumenta-50-em-santarem-e-regiao/#>>. Acesso em: 30 dez. 2013.

[...] está com 7 anos que eu fiz o teste de HIV. E eu fiz por conta que a minha esposa estava grávida [...] eu tava lá na hora [de realizar o teste] e acabei fazendo. [...] mas se não fosse isso, talvez eu nem fizesse procuração, nem soubesse aonde é (homem, 30 anos).

O oferecimento do teste sorológico anti-HIV a todas as gestantes faz parte da lista de exames essenciais para a promoção da qualidade de assistência ao pré-natal, visando a prevenir o risco de transmissão vertical, que é a contaminação do bebê, caso a mãe esteja infectada (BALDASSO, 2010). Cabe salientar que esta intervenção programática (institucional ou governamental) foi inserida no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído em 2000, pelo Ministério da Saúde. O teste é oferecido nos três primeiros meses de gravidez e, caso não seja realizado neste período, a gestante poderá fazer o teste rápido até o momento do parto.

Embora o presente estudo não tenha o objetivo de investigar o acesso das gestantes à testagem anti-HIV no pré-natal, as falas dos participantes possibilitam algumas discussões. O “Estudo Sentinela Parturiente” indicou que 53% das gestantes da região Norte não foram submetidas à testagem anti-HIV no período do pré-natal (SZWARCOWALD et al, 2007) e as maiores taxas de transmissão vertical do vírus se concentram nesta região (SUCCI, 2007). Assim, é importante observar que, segundo os participantes, as mulheres gestantes das comunidades têm acesso ao teste sorológico anti-HIV no período do pré-natal. No entanto, as entrevistas indicam que as ações de prevenção do serviço público de saúde se restringem a essas mulheres.

Sem questionar a importância desta intervenção programática, ela não é suficiente, se tomarmos o contingente populacional que abrange, uma vez que o número de mulheres gestantes nestas comunidades é pequeno. O fenômeno da feminização da epidemia da Aids vem ocorrendo desde a década de 1990 e, conforme Silva (2011), com persistente crescimento entre as mulheres na faixa etária de 35 anos.

Os homens se referiram à dificuldade em realizar o teste e, ao mesmo tempo, ressaltaram o medo de um resultado positivo e a dificuldade de acesso aos serviços públicos de prevenção e de promoção à saúde. Essa preocupação ficou nítida na comunidade em que houve uma discussão sobre a temática “saúde do homem”, promovida pela agente de saúde.

Apesar do homem, muitas vezes ele mesmo não quer, né, se cuidar, [...]. Mas eu vejo que precisa fazer alguma coisa, né, com a saúde do homem [...]. Mas também não tem assim, um espaço pro homem, né, chegar, ficar à vontade pra contar o que ele sente e tudo mais, como a mulher tem, né (homem, 68 anos).
[...] O homem não vai procurar fazer um teste de HIV, no CTA, né, aqui em Santarém, até porque fica só lá isolado. “Ah, tá tudo bem, por que que eu vou?” Ou

às vezes tem medo de ter um diagnóstico que ele não esperava [...] eu acho que poderia se trazer pras comunidades, sejam as comunidades que têm centro de saúde ou nas que vem a equipe de saúde da família, né, pra fazer esse teste nas comunidades. Acredito que as pessoas teriam mais disponibilidade de fazer, porque às vezes esbarra na questão financeira também, de ir pra Santarém (homem, 30 anos).

4.6 O acesso ao resultado do teste sorológico anti-HIV

Aos participantes que se submeteram ao teste sorológico anti-HIV, foi questionado se tiveram acesso ao resultado do teste e como foi dado esse resultado.

Tive, mas deu negativo. [...] naquele tempo, eles não davam na hora o resultado, né. Eles marcavam a data e eles mandavam a gente receber por uma senha, né. Um cartão (mulher, 26 anos).

Tive, eu tenho todos eles em casa. Uma psicóloga. A gente pega o resultado, aí ela conversa com a gente. [...] (mulher, 27 anos).

[...] a gente fez a coleta de sangue, depois de dois meses e pouco a gente voltou lá e aí eles deram um documento lá e disseram que deu negativo. [...] a gente fica num cadastro, um cadastro pra receber a questão de prevenção [...] que através do Ministério da Saúde poderiam receber preservativo, tanto homem quanto mulher [...]. E é sigiloso, somente o dono sabe o resultado (homem, 30 anos).

Aqueles que não realizaram o exame sorológico, embora tenham afirmado o interesse em fazê-lo, metade deles não soube identificar o local onde se faz, o que ficou explícito nas respostas às perguntas “Tem interesse em fazer o teste?” e “Sabe onde fazer o teste?”. Os que conseguiram identificar o CTA como o local de realização do teste, o faziam por conta do contato com as mulheres gestantes.

Tenho [interesse em realizar o teste]. [E sabe onde fazer?] Não (homem, 47 anos).

Já, porque preciso, né. A gente tem que se prevenir. [E sabe onde fazer?] Não, não sei (homem, 68 anos).

Já [teve vontade de fazer o teste]. Acho que é uma forma da gente saber, né. [...] Então tem que fazer desde cedo, já, né. Acho que é no posto de saúde [local onde se realiza o teste] [...] Sempre tá vindo também o Abaré⁶, [...] Não sei se com eles faz [Abaré], eu nunca fiz (mulher, 19 anos).

Já, já quis fazer, mas ainda não deu de ir. [sabe onde fazer?] Sei sim... eles sempre orientam a gente fazer lá no CTA. Eu já tive oportunidade de ir com a minha filha na primeira gravidez [...] mas eu não fiz (mulher, 50 anos).

⁶ Navio da organização não-governamental Projeto Saúde e Alegria, que presta assistência à saúde de comunidades ribeirinhas, em convênio com a prefeitura municipal de Santarém e municípios vizinhos.

Acho que... não sei, ainda não tive oportunidade. Tinha uma colega que sempre ela me convidou, [...] mas qualquer hora dessa, [...] Como é o nome daquele lá do lado do hospital? [se referindo ao CTA] [...] Ela disse que eles dão camisinha, tem palestra, né (mulher, 39 anos).

É importante pontuar que ter conhecimento sobre o local onde se realiza a testagem não garante a busca para a sua realização, no entanto, não ter conhecimento sobre isso pode dificultar esta busca. Em estudo realizado sobre o uso de serviços de saúde por comunidades quilombolas em Feira de Santana, estado da Bahia, Gomes et al (2013) concluíram que os moradores destas comunidades não utilizavam os serviços porque, dentre outros fatores, não tinham informações suficientes sobre eles, mesmo resultado desta pesquisa.

Abati (2012) afirma que há poucos estudos publicados na literatura que avaliam “os motivos que levam os usuários do SUS a serem submetidos ao teste” (p. 79). Uma participante, usuária frequente de serviços de bolsas de sangue, afirmou nunca ter feito o teste sorológico anti-HIV, mas que tinha interesse em fazê-lo por causa do uso da seringa.

Na relação [sexual] não, porque eu tenho o meu marido. Mas eles dizem, assim, seringa, que é o que eu tomo demais injeção, sangue. [...] Então, a gente não sabe de nada, não tá vendo, dá onde veio aquela seringa, ai, né, [...] (mulher, 54 anos).

A fala acima nos aponta que, para além do fato da moradora afirmar não ter realizado o teste sorológico, o entendimento sobre o risco de contágio é no uso da seringa, não no risco do sangue contaminado. Isto pode indicar a compreensão que eles fazem das atividades de prevenção que, ao ressaltarem a transmissão do vírus por meio dos objetos cortantes e perfurantes, para alguns moradores, o entendimento recai sobre o uso do objeto em si.

Segundo Abati (2012), o CTA do município de Santarém foi implantado em 1998. Em 2000, criou-se o Núcleo de Extensão de Medicina Tropical (NUMETROP), por meio do convênio firmado entre o Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina de São Paulo (FMUSP) e a Secretaria Municipal de Saúde de Santarém, o que possibilitou a vinda de médicos infectologistas, graduandos e residentes em medicina da Universidade Federal de São Paulo (USP), que realizaram pesquisas em doenças infecciosas, assistência e educação em serviço. E somente a partir de 2001, o CTA pode contar com os infectologistas do NUMETROP para a assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids.

Em 2008, o CTA passou a ser SAE (Serviço de Assistência Especializada) e no ano seguinte começou a atender as demandas de hepatites virais crônicas. Em 2012 constituiu-se como referência no atendimento aos indivíduos com HIV/Aids em Santarém e aos municípios

das mesorregiões do Baixo Amazonas⁷ e sudoeste do Pará⁸, que abrangem uma população de aproximadamente 1 milhão de habitantes. A internação dos pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de HIV/Aids é realizada no Hospital Municipal de Santarém (HMS), que conta com 120 leitos, sendo também referência para as mesorregiões citadas anteriormente. Do ano de implantação do serviço a dezembro de 2010 foram 640 pessoas matriculadas com diagnóstico sorológico de HIV (ABATI, 2012).

Embora o CTA/SAE seja um serviço de referência para 25 municípios de duas mesorregiões, como já referido anteriormente, os dados coletados parecem demonstrar que o serviço público municipal de HIV/Aids não chega às comunidades quilombolas, mesmo que elas estejam localizadas no próprio município onde o serviço é sediado há 15 anos. De todas as entrevistas realizadas, somente uma participante se referiu a uma atividade do CTA realizada na comunidade.

[...] já foram em outras comunidades [...] agora aqui mesmo, eles vieram, fizeram também uma campanha, mas foi com poucas pessoas porque não deu tempo, foi só 1h, até 1h, e foram embora. [...] (mulher, 53 anos).

[...] não tem palestra, não tem... nem uma coisa que vá alertar pra isso. Se eu não assisto jornal, se eu não tenho informação que venha de fora, eu não tenho nenhuma outra informação (homem, 30 anos).

Os discursos acima apontam para a necessidade de realização de oficinas de prevenção ao HIV/Aids, principalmente nas comunidades da área de várzea. Como os próprios moradores desta área dizem, eles “ouvem falar”, mas não há um debate adequado e sistematizado que possam aprofundar os conhecimentos e contribuir para a garantia da prevenção ao vírus e à promoção da saúde.

4.7 Possibilidade em reconhecer uma pessoa com HIV/Aids

Diante do questionamento “É possível reconhecer uma pessoa com HIV/Aids?”, a maioria respondeu que não seria possível. No entanto, alguns participantes se deparavam com dúvidas, afirmando ser possível que o profissional de saúde reconheça uma pessoa infectada com base em sua aparência física.

⁷ Municípios de Alenquer, Almeirim, Juruti, Belterra, Monte Alegre, Óbidos, Oriximiná, Porto de Moz, Curuá, Prainha, Santarém, Mojuí dos Campos, Terra Santa, Faro, Placas.

⁸ Municípios de Altamira, Anapu, Aveiro, Brasil Novo, Itaituba, Jacareacanga, Medicilândia, Novo Progresso, Pacajá, Rurópolis, Senador José Porfírio, Trairão, Uruará e Vitória do Xingú (IBGE, 2014).

[...] a gente olhar assim, eu ainda não reconheço uma pessoa já tá contraído com a doença, [...]. Às vezes a pessoa que tem conhecimento [...] pode sim ele olhar pra pessoa e pensar que ele tá mudado [...] mas tem outras pessoas que adoecem e às vezes as pessoas se enganam com aparência [...] (mulher, 50 anos).

[...] Eu é difícil conhecer, não aquela pessoa que já passou por aquela doença, mas eu mesmo não. Não dá para identificar quem tem, quem não tem. Não. Uma coisa meio escondida pra gente ver pessoalmente, né. [...] só através de exame (mulher, 51 anos).

Se é possível reconhecer? Olha, não sei se é possível reconhecer (homem, 68 anos).

Embora a minoria tenha relatado acreditar ser possível reconhecer uma pessoa infectada com base na aparência física, esta crença aponta para uma desinformação e um fator de risco à infecção, já que os estudos demonstram que a doença pode se manifestar anos depois.

4.8 O acesso ao serviço público de saúde quando está doente

Quando questionados “onde o(a) Sr(a) vai quando está doente?”, os participantes apresentaram o percurso realizado para terem acesso ao serviço público de saúde e, neste, citaram a dificuldade de acesso às especialidades. Embora sejam populações de baixa renda, beneficiários de programas sociais do Governo Federal, eles relataram que a dificuldade de acesso ao serviço público de saúde obriga-os a buscar os serviços privados, no que diz respeito às especialidades e à realização de exames solicitados. No entanto, a falta de condições financeiras para arcar com o tratamento prescrito, implica em abandono.

[...] eu fui nas clínicas [particulares], né, tive um problema de saúde, [...] eu to pra marcar uma consulta [pelo SUS], mas é difícil [...]. A gente tem que gastar um dinheiro a mais, tem que fazer particular, porque pelo SUS a gente morre e não consegue. Já tentei várias vezes, mas não consegui. To até com o número lá, do celular, da enfermeira, lá, que ela disse que assim que marcar... E até hoje, tá com quase três meses (homem, 68 anos).

Diante das dificuldades enfrentadas, alguns relataram ter buscado (ou recebido) os favores de profissionais conhecidos, ficando na dependência destes.

[...] uma enfermeira [profissional X] que [...] fazia uma pesquisa também aí. [...] ligou pro [profissional Y] aí eu foi lá, aí ele me encaminhou pro [profissional Z], que são colegas [...]. Por uma amizade eu consegui chegar lá [no Hospital Regional]. Mas agora ele não tem como me colocar lá por causa do papel. Que eu já foi lá e ele disse “olha, [...] tu tem que ir lá e trazer aquele papel, porque é pelo SUS e o SUS que paga. Tem que trazer aquele papel”. [...] da feita que passar seis meses um exame, ele não vai ter mais validade (mulher, 54 anos).

De primeiro eu ia para o hospital. Corria pro pronto socorro e fazia todos os procedimentos por ali, né. Quando não, às vezes a gente tem os amigos médicos, né, [...]. Tem um pessoal que a gente conhece aí, [...]. Pelo conhecimento que a gente tem, a gente sempre encaminha os outros (homem, 53 anos).

A implantação da Unidade Municipal de Saúde (UMS) na Comunidade Quilombola do Tiningú (foto em anexo), melhorou o acesso ao serviço, ainda que apresentem dificuldades para alguns moradores, como demonstra os discursos abaixo.

Melhorou bastante. A gente chega, é rápido o atendimento. Era, no Jacamin [local anterior do atendimento]. [...] tinha o dia certo para ser atendido. Se tu chegasse lá quinta-feira poderia não ser atendido porque o dia da comunidade daqui era na segunda. Então a pessoa tinha que marcar um dia pra adoecer [...] (mulher, 27 anos).

[...] Melhorou assim pra quem tem moto (risos), pra ir, né. Mas agora pra quem não tem, assim. A gente tem uma moto, mas tem muitas pessoas que não tem. Tem que pagar pra chegar lá, né. É assim. Mas assim, a vida da gente é... Cheia de dificuldade, mas a gente tem que enfrentar, né (mulher, 25 anos).

É quase a mesma distância. Só que lá [Centro de Saúde da Comunidade do Jacamin] tem muitas comunidades, [...] ai, pra nós ficava mais difícil porque só tinha médico uma vez por semana, ai tinha que agendar. Quando não era agendado a gente ia pra lá de madrugada, não era atendido, voltava pra outra semana. E com essa daqui, não, a gente já vai no dia certo e vai ser atendido (homem, 54 anos).

A Unidade Municipal de Saúde do Tiningú foi inaugurada em setembro de 2012. Possui funcionamento diário, no horário de 7h às 11h e 13h às 17h, com quadro profissional composto por 02 técnicas em enfermagem, 01 enfermeira, 01 médica (Programa Mais Médicos)⁹, 01 auxiliar de limpeza, 01 auxiliar administrativo, além dos agentes de saúde das comunidades atendidas. Esta UMS é referência para 14 comunidades rurais¹⁰, sendo que destas há 08 quilombolas e 04 indígenas. Neste sentido, atende a uma realidade populacional e condições geográficas complexas e diversificadas.

Quanto à comunidade quilombola de Saracura, os participantes afirmaram que se deslocam para os centros de saúde dos bairros urbanos de Santana, Livramento, Santa Clara e

⁹ A médica atual iniciou suas atividades profissionais na UMS, no mês de dezembro de 2013. Um dos objetivos do Programa “Mais Médicos”, segundo o Governo Federal, “é levar mais médicos para as regiões onde há escassez e ausência de profissionais”. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

¹⁰ Igarapeaçu, Samaúma, as quilombolas: Tiningú, Murumurutuba, Murumuru, Bom Jardim, São Raimundo do Ituqui, São José do Ituqui, Nova Vista do Ituqui; e as indígenas: São Francisco da Cavada, Açaizal, Ipaupixuna e Amparador. Os moradores da comunidade de Santa Rosa também são atendidos na UMS, embora a referência seja a Comunidade do Jacamin.

Uruará, por serem mais próximos, embora o centro de referência de saúde designado para atendê-los seja o da comunidade não-quilombola do Tapará.

O fato da localização desse centro de referência ser também na área de várzea, não garante as condições de acesso ao serviço. Manter como referência para a comunidade um centro de saúde que não os atende, indica em um não reconhecimento das dificuldades e das demandas de saúde de seus moradores.

Os moradores de Saracura mencionaram que a comunidade recebe o serviço do Barco Abaré duas vezes ao ano. Este barco faz parte da ONG Projeto Saúde e Alegria¹¹ que, por meio do convênio firmado com a prefeitura de Santarém, e o apoio financeiro da Fundação Terres des Hommes Holanda¹², desenvolve ações de saúde em comunidades ribeirinhas do município. Além disso, citam a assistência esporádica da equipe de saúde do navio da Marinha.

Nesta pesquisa ficou nítida a diferença de acesso ao serviço público de saúde entre as áreas de várzea, planalto e urbana. Embora a primeira seja um espaço característico da região amazônica, parece ser encarada pelos órgãos de governo somente como uma divisão burocrática, não um espaço social com demandas próprias, que precisam ser tratadas de forma específica. A Comunidade Quilombola de Saracura fica defronte da sede do município, há 30 minutos de lancha, portanto, não estamos tratando de uma distância espacial, mas de uma distância social imposta às comunidades de várzea. É necessário que o poder público reconheça a diferença geográfica entre as áreas da várzea e do planalto, para além da divisão burocrática, mas que o planejamento de suas ações considere efetivamente as diferenças. Como afirma Guerrero (2010), essa diferença não é somente geográfica, pois os recursos disponíveis em cada área irão implicar na saúde da população atendida.

Outro fator relevante observado nas entrevistas diz respeito ao racismo institucional. A experiência desta modalidade de racismo, conforme foi desenvolvido no capítulo anterior, opera no interior das instituições à revelia dos indivíduos, até certo ponto, mas se manifesta nos modos de funcionamento das mesmas. Embora a maioria dos participantes se autorrefira como negra, foi perceptível que aqueles de cor preta relataram maior dificuldade de serem

¹¹ Organização Não-Governamental sediada em Santarém, criada em 1985. Disponível em: <<http://www.saudeealegria.org.br/historia.php>>. Acesso em: 20 dez. 2013.

¹² Entidade estrangeira criada em 1960. Não foram encontradas informações substanciais no site da mesma. Informações veiculadas pela mídia local afirmaram que esta entidade não tinha mais o interesse em financiar o barco.

atendidos e referenciados pelo sistema público de saúde. Parecia haver uma barreira intransponível, que não era nomeada por eles, mas que lhes chamava a atenção.

[...] A gente não tem um transporte. [...] chega atrasado, [...] e não é mais atendido, aí pra remarcar de novo a consulta... pra marcar, custa, pra remarcar custa ainda muito mais. [...] Eu levei minha filha o ano passado em novembro [2012], que ela adoeceu, [...] passamos o dia lá no hospital municipal, [...] ela tinha que [...] usar uma bota. [...] Aí fiz todo o procedimento, [...] e desde dessa data, até hoje a bota não foi feita. [...] Toda vez que eu vou, dá uma desculpa. [...] Já gastei vários dinheiro pra ir [...] (homem, 68 anos).

4.9 O registro de infecção pelo vírus HTLV

Os participantes deste estudo desconhecem qualquer registro de HIV/Aids nas comunidades quilombolas do município, mas um dos entrevistados citou um caso de infecção pelo HTLV-1 (Vírus Linfotrópico de Células T Humanas) na Comunidade Quilombola da Pérola do Maicá, diagnosticado e investigado na pesquisa de Cardoso (2013).

[...] o caso que deu aqui não é de HIV é de HTLV, né [...]. E, to com cinco meses que não faço relação com ela, nem se prevenir, né, médico disse que não podia. [...] Então, é se prevenir mais, de vez em quando fazer o exame, de repente é... a enfermeira [pesquisadora do estudo] falou que poderia um dia, se eu não tinha agora poderia um dia se manifestar, né, e poderia ter os casos. [...] (homem, 46 anos).

Embora o objetivo deste trabalho não seja a investigação deste retrovírus, a intenção de citá-lo aqui é devido às vias de transmissão serem semelhantes ao HIV, que, segundo o Ministério da Saúde (2014), as vias de transmissão são vertical, por meio do aleitamento materno, e horizontal, por meio de relações sexuais sem proteção, com pessoas infectadas, como também a hemotransfusão e o compartilhamento de agulhas e seringas com sangue contaminado. Assim, a infecção deste último pode sinalizar uma vulnerabilidade também para o primeiro. Além disso, na oportunidade de apresentação do projeto de pesquisa junto às lideranças quilombolas e na entrevista referida acima, houve a associação dos dois vírus (HIV e HTLV).

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (Ministério da Saúde, 2014) afirma que não há tratamento específico para os pacientes infectados pelo vírus HTLV, devido ao baixo risco de desenvolvimento de doença associada a ele. No entanto, afirma que os pacientes devem ser acompanhados pelo SAE para que as doenças que possam estar associadas ao vírus sejam diagnosticadas e tratadas de maneira precoce.

No município de Santarém, além dos serviços privados, somente o HEMOPA realiza o teste sorológico de HTLV, mas o mesmo é restrito aos doadores de sangue. É importante ressaltar que o caso diagnosticado não está sendo assistido pelo SAE, obrigando os familiares a procurarem os serviços privados e a ajuda de amigos para a sua assistência. Segundo Cardoso (2013), o SAE sediado no município de Santarém não atende as pessoas vivendo com HTLV, e conclui em sua pesquisa, que não há interesse dos gestores municipais em ofertar o serviço.

Além da pesquisa de Cardoso (2013), a bibliografia consultada apresenta casos de infecção pelo HTLV em comunidades quilombolas nos municípios de Santana do Arari e Ponta de Pedras, na região do Marajó, estado do Pará, (VALLINOTO et al, 2006) e região central do Brasil (NASCIMENTO, 2009). Nestes estudos, há uma associação direta entre a ancestralidade africana e a infecção pelo vírus, desconsiderando os determinantes sociais dos agravos e os contextos de sociabilidade destas comunidades. O perigo desta associação direta é o retorno a uma construção de um grupo de risco, que nos primeiros casos e estudos sobre HIV/Aids houve a estigmatização de determinados segmentos sociais. Dito de outro modo, esta associação direta encontrada nos estudos aponta para o alerta de Fry et al (2007) sobre o uso da raça como um determinante biológico em pesquisas de saúde. Nos estudos encontrados são desconsideradas as condições de vulnerabilidade nas quais as comunidades estão expostas, em um pretenso entendimento de isolamento e por sua ancestralidade.

A ancestralidade negra é um dos elementos de definição e de auto-afirmação das comunidades quilombolas, e por meio deste elemento as comunidades são reconhecidas pelo Estado. Diferentemente do uso que os estudos sobre HTLV sugerem (dado biológico), a ancestralidade negra é presumida, conforme definida pelo Decreto Federal nº 4887/2003, porque é socialmente relevante para o grupo, que a utiliza como critério de autoatribuição, o que não necessita de comprovação biológica.

As comunidades quilombolas no Brasil são heterogêneas. Há, em grande parte delas, um distanciamento geográfico dos centros urbanos, e uma dificuldade de acesso, mas seus moradores transitam com frequência, seja para estudar, trabalhar, visitar os parentes, vender o pescado ou os produtos de suas roças, além de “ir atrás da cura para os seus males”. Há realização de festas, festivais de frutas ou peixes da região, torneios de futebol, além de outros eventos sociais onde transitam pessoas de comunidades diversas e dos centros urbanos, além da visita dos parentes que “moram na cidade”. No caso do Oeste paraense, os registros historiográficos mostram que sempre tiveram redes de sociabilidade, inclusive para a manutenção de sua existência, conforme afirmam os estudos de Funes (1995).

O discurso do isolamento e da ancestralidade africana são tomados como argumentos inexoráveis para o adoecimento e os agravos à saúde, sem, contudo, trazer à responsabilidade do poder público de promover o acesso destas comunidades aos serviços. Assim, é importante que os estudos sobre o HTLV e as comunidades quilombolas levem em consideração os contextos de vulnerabilidade aos quais estão submetidas, entendendo como vulnerabilidade uma conjunção de fatores que precisa ser levada em consideração para a construção da política pública de prevenção e de cuidado, retirando-as do estigma do grupo de risco para este retrovírus.

4.10 A vulnerabilidade

A pesquisa realizada com as comunidades quilombolas de Santarém apresenta um contexto de vulnerabilidade para a infecção pelo HIV, tomando como base o conhecimento que os entrevistados possuem sobre a transmissão e a prevenção à infecção pelo vírus, acesso ao serviço de saúde e aos insumos para a prevenção, bem como as ações programáticas desenvolvidas de acordo com as informações que os quilombolas têm sobre as mesmas. Conforme Ayres (2003, p. 122), a vulnerabilidade pode ser definida como:

O conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação.

Nas falas dos participantes, percebeu-se uma dificuldade de acesso aos insumos para a realização da prevenção e à informação sobre HIV/Aids. Ressaltaram, mais especificamente, a necessidade de educação em saúde por meio da realização de oficinas para que possam visualizar as informações transmitidas.

[...] Seria muito bom ter oficinas pra falar a respeito [HIV/Aids]. Porque [jovens] engravidam na primeira relação e podem ser infectados na primeira relação. Então, seria muito bom ter oficina (homem, 54 anos).

Ai, eu acabei ficando alguns meses indo lá [CTA] pegar o preservativo, depois eu não fui mais. Porque, assim, a quantidade é muito pouca para o custo que tem pra ir (homem, 30 anos).

Com certeza. [...] a secretaria de saúde não dá condições, né, pra fazer um trabalho desses. [...] A questão de material, papelzinho, panfletos. Até mesmo pra vim, [...] dá uma palestra, é difícil (mulher, 36 anos).

Eu acho que a secretaria de saúde deveria fazer assim [...] distribuir uma quantidade de preservativos [...] fazendo a palestra e mostrando [...] através dos preservativos, seria bem melhor, né. (mulher, 53 anos).

Aqueles que não fizeram o teste sorológico, mas que responderam ter interesse em fazê-lo, não conseguiram dizer onde ficava o serviço. Os que conseguiram identificar o lugar de realização do teste, de alguma forma tinham relação com as mulheres gestantes ou em contextos de agravos à saúde. Portanto, o que se identificou na pesquisa é que o acesso aos serviços públicos de saúde de HIV/Aids, está restrito às mulheres gestantes, o que significa uma intervenção programática localizada, atingindo, assim, um pequeno contingente nas comunidades quilombolas investigadas.

Bom, a informação que a gente tem é... são muito vaga, são muito pouca, né. A gente tem mais informação a nível nacional, alguns dados que são dados através de jornais e do município, muito pouca informação a gente tem. Eu... assim, na questão de identificar, de verificar se na comunidade, ou nas comunidades, existe algum caso, não tenho essa informação. É... não tenho essa informação até porque o atendimento específico pra isso, ele não vem, na comunidade. [...] E, a gente vê que a questão da prevenção ela é muito baixa, quase que zero (homem, 30 anos).

Portanto, os discursos acima, juntamente com as observações desenvolvidas ao longo da pesquisa, permitem afirmar que há um contexto de vulnerabilidade à epidemia do HIV/aids, principalmente no que se refere à dimensão programática, em especial na comunidade de várzea. A dimensão programática é também um dos problemas enfrentados no estado do Pará no que diz respeito à epidemia, segundo o UFPA (2010). Como afirma Ayres (2009, p. 127), quanto maiores os esforços institucionais relacionados à disponibilidade de recursos sociais necessários aos indivíduos para que estes não se exponham ao vírus, maiores serão as oportunidades de constituir defesas diante da epidemia.

4.11 As conquistas e a continuidade da luta do movimento quilombola pelas políticas públicas

As dificuldades apresentadas se constituem como desafios a serem enfrentados. Os quilombolas lutam por melhores condições de acesso à saúde e à educação que, segundo eles, é a reivindicação das comunidades organizadas que promoverá a melhoria do atendimento nessas áreas. Além disso, chamam a atenção para a necessidade de se estabelecer parcerias para que possam superar os problemas existentes.

Uma das coisas que a gente tem lutado muito aqui, saúde, educação [...] que é onde vem educação, vem a saúde e aonde vem a saúde, vem a educação. Quer dizer, as duas andam juntas, né. [...] mesmo assim, às vezes na comunidade ainda encontramos pessoas, Willivane, que a gente tá falando, dizendo como é que é, e a pessoa... Tem aquele ditado que diz que santo de casa às vezes não faz o milagre, né. [...] Então, eu acho que, que tem que fazer isso é a comunidade, somos nós pra poder correr atrás dessa saúde. [...] (homem, 53 anos).

Na medida do possível, se a gente conseguir organizar uma palestra de esclarecimento, eu acredito que vai ter mais gente que vai se preocupar em verificar qual é a situação dele, [...] principalmente a população masculina. E a juventude que também que tá ai solto no mundo. Precisa saber até onde ele pode chegar, quais são os perigos que corre. A gente sabe que a escola formal ela pouco coloca isso, divulga isso, né, mas acho que em uma palestra mais específica pra isso, seja ela na escola ou comunidade em geral, ela vem ser muito válida (homem, 30 anos).

Cabe destacar que foi por meio de parcerias estabelecidas entre o movimento e outras entidades e instituições, inclusive de ensino superior, que os moradores dessas comunidades adquiriram informações sobre o HIV/Aids.

Ao reivindicarem às autoridades locais a criação de setores específicos nas secretarias municipais de educação e saúde, somente a primeira respondeu a demanda com a criação da Coordenação de Educação e Diversidade Étnico-Racial, em maio de 2006. No processo de construção do Plano Diretor Municipal de Santarém, mais especificamente no Congresso do Plano Diretor, o movimento conseguiu aprovar também a criação do setor na Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). Este Congresso foi realizado nos dias 06 e 07 de outubro de 2006, no Iate Clube, constituindo-se como última plenária neste processo de construção. No dia 29 de dezembro de 2006, a Lei Municipal nº 18.051/2006 foi sancionada, e no que diz respeito às “ações estratégicas do Sistema Municipal de Saúde” (Artigo 83), o texto prevê:

- VII. implantar serviços de saúde nas áreas de assentamento, quilombolas e de influência da BR 163;
- [...]
- XI – implantar um setor específico de saúde étnica;
- XII – incentivar o estudo e pesquisa das práticas de medicina tradicional dos povos indígenas, quilombolas e de comunidades rurais;
- XIII – implementar políticas públicas que conciliem a medicina tradicional dos povos indígenas, quilombolas e comunidades rurais com as práticas de saúde reconhecidamente de valor científico.

E, embora no inciso XI, que prevê a implantação de “um setor específico de saúde étnica”, até o momento não foi viabilizado pelas autoridades públicas, apesar das reivindicações constantes do movimento quilombola local.

Arruti (2009) chama a atenção para a necessidade de estimar a aplicação das políticas públicas nas áreas quilombolas. Neste sentido, a criação do setor poderia ser um instrumento

para a implementação das ações previstas na política pública nacional para as comunidades quilombolas, além de contribuir para a construção de ações municipais que garantam o acesso ao serviço público de saúde, bem como a sua melhoria.

A pressão do movimento e de seus apoiadores em diversas plenárias públicas, inclusive com a realização de reuniões solicitadas pelo Ministério Público Federal (MPF), que contou com a presença de pesquisadores do Instituto Leônidas e Maria Deane/FIOCRUZ e lideranças da FOQS, também contribuíram para a inserção de um representante quilombola no Conselho Municipal de Saúde (CMS), em 2009¹³.

Embora esta representação se mantenha e sua participação neste espaço de controle social seja de extrema importância, o assento não dá a garantia necessária para efetivar o acompanhamento da política pública. Segundo afirmaram ex-representantes da FOQS nesse conselho, Francinei Oliveira de Jesus (Quilombo de Saracura) e Jorlene de Assis da Costa (Quilombo do Bom Jardim)¹⁴, a residência nas comunidades dificulta a participação sistemática nas reuniões do CMS, devido à distância, a falta de transporte, além do horário e à frequência das mesmas.

A dificuldade das representações quilombolas nestes órgãos de controle social também foi observada por Cavalcante (2011) ao pesquisar o acesso e a acessibilidade das comunidades quilombolas aos serviços públicos de saúde nos municípios de Abaetetuba, Concórdia do Pará e Salvaterra, no estado do Pará, afirmando que a formação para tal ainda é precária.

No entanto, é importante salientar que, como qualquer outro segmento, o aprendizado para este controle social ocorrerá com o exercício da representação, além da necessidade de capacitações específicas para que haja uma compreensão do universo desta política pública. As dificuldades apontadas não devem ser vistas como motivos para a retirada do assento desses grupos, mas, ao contrário, é levando em consideração os problemas nestas representações que o Estado, além do próprio movimento social, poderá repensar a representação destes segmentos para lhes dar a garantia de uma participação mais efetiva nos órgãos de controle social.

Os movimentos negros, em especial o movimento quilombola, seja ele local, estadual ou nacional, têm contribuído para dar visibilidade às comunidades. Além disso, a construção

¹³ A referência às reuniões e o acordo para a inserção de representantes quilombolas no Conselho Municipal de Saúde consta nos documentos do Inquérito Civil Público nº 1.23.002.000247/2010-36 do Ministério Público Federal, Procuradoria da República no Município de Santarém.

¹⁴ Informação fornecida por ex-representantes quilombolas no CMS, em conversas informais, e os mesmos não solicitaram sigilo.

de políticas públicas de ação afirmativa do Governo Federal, que, embora tímidas, também têm contribuído para o interesse das universidades em pesquisar a realidade dessas comunidades, ao mesmo tempo que as pesquisas podem promover um redirecionamento das políticas públicas.

No entanto, por mais que a luta do movimento quilombola tenha avançado nos últimos anos no município, ainda há uma invisibilidade quanto à presença das comunidades nos serviços públicos de saúde, principalmente no contexto de HIV/Aids, sendo comum gestores locais afirmarem que não há comunidades quilombolas em Santarém, mas somente no município de Oriximiná, também localizado na região do oeste paraense. Esta falta de reconhecimento da presença destes grupos dificulta a construção de uma política pública de saúde que dê conta das especificidades destas comunidades, bem como impossibilita a busca dos recursos públicos para a construção desta política.

Arruti (2008) afirma que as ações governamentais ainda não dão conta de responder às necessidades das comunidades quilombolas, embora existam iniciativas capazes de começar a alterar esse padrão. Em geral, as ações governamentais são marcadas pela ação da extensão da cobertura das políticas universalistas já existentes. Segundo o autor, para além da redistribuição de recursos, é necessário reconhecer que as comunidades quilombolas têm especificidades que devem ser respeitadas e levadas em consideração.

Embora haja uma reivindicação do movimento quilombola por melhores condições de acesso aos serviços públicos de saúde, vale ressaltar que os vários casos individuais de agravos à saúde ainda não são tomados pelo movimento como exemplos da falta de acesso ao serviço público.

É importante salientar que o fato do movimento não tomar esses casos individuais como exemplos para as suas reivindicações, não quer dizer que eles sejam os responsáveis por isso. Como vimos no primeiro capítulo, todas as conquistas que as comunidades quilombolas atingiram não foram sem lutas e reivindicações, e as suas lideranças apontam para isso. É possível que, por mais que a assistência à saúde seja reivindicada pelos seus moradores, a compreensão da saúde como um direito ainda não esteja inserida na prática cotidiana do movimento, diferentemente dos casos individuais de acesso à educação escolar.

Não foi possível perceber nas entrevistas se os participantes sabiam a diferença entre a infecção pelo vírus e o desenvolvimento da doença, o que também é comum em outros segmentos da população quando se trata de HIV/Aids. Também não houve nenhuma referência ao caso de óbito relatado nas conversas informais, quando da realização dos diálogos para a aproximação do campo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais que ora aponto não têm a pretensão de concluir o tema investigado, mas abrir janelas para os novos estudos sobre o HIV/Aids e as comunidades quilombolas, assinalando para alguns elementos que deverão ser considerados nas próximas investigações.

No que diz respeito às informações sobre o HIV/Aids, de modo geral, os participantes afirmaram ser uma doença que não tem cura e que a forma de prevenção é o uso do preservativo masculino. Diferentemente de outros estudos, nenhum participante respondeu que o vírus poderia ser transmitido por meio de picada de mosquito ou do abraço. No entanto, ao transcorrer as entrevistas, alguns apresentaram dúvidas quanto a outras possíveis vias de transmissão, indicando, além da falta de informação suficiente para a prevenção, o medo da infecção pelo vírus.

No que diz respeito às formas de prevenção ao HIV/Aids, o uso do preservativo foi a mais referida, mas somente uma mulher faz uso atual deste método preventivo e um homem fez uso anterior, há 7 anos. A abstinência sexual e ter parceiro fixo também foram vistos como prevenção. Outro fator relevante nas falas foi a preocupação em transmitir os conhecimentos sobre o HIV/Aids aos mais jovens que, para eles, é o público a ser atingido com as ações de prevenção.

Em geral, no que diz respeito ao HIV/Aids, as ações programáticas do serviço de saúde nas comunidades quilombolas são destinadas às mulheres gestantes, sendo elas a realizarem a testagem sorológica anti-HIV. Este dado é importante porque aponta para o acesso das mulheres gestantes, das referidas comunidades, ao teste sorológico anti-HIV no período do pré-natal, por outro lado, indica que as ações de prevenção têm referência nas mesmas.

Aqueles que não realizaram o exame sorológico, embora tenham afirmado o interesse em fazê-lo, metade deles não soube identificar o local onde este poderia ser realizado. Os que conseguiram identificar o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), em geral, o faziam por conta das ações programáticas de prevenção destinadas às mulheres gestantes.

Embora o CTA/SAE seja um serviço de referência para 25 municípios de duas mesorregiões, os dados coletados demonstram que o serviço público de HIV/Aids não chega às comunidades quilombolas, mesmo que elas estejam localizadas no próprio município onde o serviço é sediado há 15 anos. De todas as entrevistas realizadas, somente uma participante se referiu a uma atividade do CTA realizada na comunidade de Murumurutuba.

O acesso à informação sobre o HIV/Aids nas comunidades quilombolas de Saracura, Murumurutuba, Tiningú e Pérola do Maicá, no município de Santarém, estado do Pará, está sendo possibilitado principalmente por meio da realização de projetos de pesquisa e de extensão da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Núcleo de Santarém. Além disso, as relações estabelecidas entre o movimento quilombola local e outras instituições e entidades têm contribuído para dar visibilidade às demandas de atenção à saúde.

Quanto ao acesso das comunidades aos serviços públicos de saúde, neste estudo ficou nítida a diferença entre as áreas de várzea, planalto e urbana. Embora a primeira seja um espaço característico da região amazônica, o acesso é mais precário e parece ser encarado pelos órgãos de governo somente como uma divisão burocrática, e não como um espaço social com demandas próprias, que precisam ser tratadas de forma específica, com características geográficas e culturais que exigem ações programáticas diferenciadas.

Outro fator relevante no que diz respeito ao acesso à saúde foi o racismo institucional. Foi perceptível que aqueles participantes de cor preta relataram maior dificuldade de serem atendidos e referenciados pelo sistema público de saúde, o que ficou evidente nas comunidade de Saracura e Pérola do Maicá. Parecia haver uma barreira intransponível, que não era nomeada por eles, mas que lhes chamavam a atenção. Há disparidades na dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde, sendo a área de várzea a mais atingida. O estudo demonstrou a existência de um contexto de vulnerabilidade programática com baixo acesso ao Sistema Único de Saúde, o que foi considerado uma forma de racismo institucional.

Os entrevistados afirmaram desconhecer registros de HIV/Aids nos quilombos, mas houve referência a um caso de HTLV. Quanto ao caso específico, houve dificuldade em entender o que os profissionais diziam e a evolução do quadro clínico, bem como esclarecer as dúvidas ou falar sobre as preocupações decorrentes. O caso referido não está sendo assistido pelo SAE, embora o Ministério da Saúde informe que este serviço é o local para fazer o acompanhamento destes casos de infecção. O levantamento bibliográfico sobre a infecção pelo HTLV em comunidades quilombolas faz uma associação à condição de raça no sentido biológico, como se os próprios sujeitos, pela sua ascendência africana, fossem responsáveis pela infecção, direcionando assim para a compreensão de grupo de risco e não um contexto de vulnerabilidades.

Cabe destacar que as entrevistas apontam para o reconhecimento da importância dos agentes de saúde das comunidades quilombolas investigadas. O fato de serem residentes das próprias comunidades foi ressaltado como elemento facilitador do trabalho de saúde

desenvolvido. Embora haja dificuldade de acesso aos insumos para a realização das ações de prevenção e promoção à saúde, estes agentes são reconhecidos pelas comunidades, constituindo elos de ligação entre elas e a secretaria de saúde, conforme também apontou outro estudo.

Por fim, é preciso assinalar que há um grande desafio a ser travado quando se trata do serviço público de saúde em relação aos territórios quilombolas: a necessidade de troca de saberes entre os profissionais que atendem essas comunidades e os saberes e as práticas tradicionais das mesmas, que precisam ser conhecidas e reconhecidas para o planejamento dos serviços, com o devido cuidado para não incorrer no equívoco da espetacularização e da folclorização de seus moradores. É preciso que os agravos à saúde desta população também levem em consideração as condições de invisibilidade e de desigualdade às quais foram submetidas. Além da necessidade de construir ações que promovam a educação para a saúde, a diversidade racial (enquanto fenômeno social) e cultural destas comunidades deve ser um dos elementos considerados para o planejamento das ações de prevenção e de cuidado ao HIV/Aids.

O tema sobre o HIV/Aids e as comunidades quilombolas não se esgota e não se fecha aqui, mas espero que os apontamentos referidos anteriormente possam abrir caminhos que, inconclusos, possibilitem construir diversas trajetórias, visando à garantia de políticas públicas de saúde que respeitem os territórios quilombolas.

REFERÊNCIAS

ABATI, Paulo Afonso Martins. **Análise do perfil sócio demográfico, clínico e laboratorial de pessoas com mais de treze anos vivendo com HIV/Aids no Oeste do Pará e tendências de incidências de Aids em Santarém.** 2012. Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias) – Universidade de São Paulo, São Paulo: USP, 2012.

ACEVEDO, Rosa; CASTRO, Edna. Exclusividade negra no Trombetas. In: _____. **Negros do Trombetas: guardiães de matas e rios.** 2 ed. revista e ampliada. Belém: CEJUP/ UFPA-NAEA, 1998.

ALMEIDA, Alfredo Berno. Os Quilombos e as novas etnias. In: O'DWYER, Eliane Cantarino. **Quilombos: identidades étnicas e territorialidade.** Rio de Janeiro: Ed. FGV/ABA, 2002.

AMARAL, Assunção José Pureza. Do quilombo à comunidade remanescente. 2008. In: _____. **Da Senzala ao Quilombo: práticas e uso de recursos naturais entre os quilombos do Médio Amazonas – Pará.** Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido) – Universidade Federal do Pará, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido. Belém, 2008.

ARRUTI, José Maurício. **Mocambo: antropologia e história no processo de formação Quilombola.** Bauru: EDUSC, 2006.

_____. Políticas públicas para Quilombos: terra, saúde e educação. In: PAULA, Marilene; HERINGER, Rosana. **Caminhos convergentes: estado e sociedade na superação das desigualdades raciais no Brasil.** Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Boll ActionAid, 2009.

_____. **Políticas públicas para Quilombos: um ensaio de conjuntura a partir do exemplo da saúde.** [2008]. Disponível em: <<http://lapf-puc-rio.blogspot.com.br/2010/09/bibliografia-selecionada-sobre.html>>. Acesso em: 05 jan. 2014.

AYRES, José Ricardo de C. M. Vulnerabilidade e AIDS: para uma reposta social à epidemia. **Boletim Epidemiológico.** São Paulo, 1997, 15(3): 2-4.

_____. Raça como conceito emancipador e vulnerabilidade como norte para políticas de equidade em saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, a. 23, n. 3, p. 497-523, mar., 2007.

_____ et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

AYRES, José Ricardo de C. M.; PAIVA, Vera; BUCHALLA, Cassia Maria. Direitos Humanos e Vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: PAIVA, Vera et al (Coord.). **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde**. Curitiba: Juruá, 2012. Livro I. Da Doença à Cidadania.

BALDASSO, Elisabeth Kruc de Freitas. **Avaliação da testagem rápida para o HIV de parturientes em uma maternidade pública de Dourados, Mato Grosso do Sul**. 2010. Dissertação (Mestrado em Modalidade Profissional em Saúde Pública) – FIOCRUZ/Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Campo Grande-MS, 2010.

BANTON, Michael. **A ideia de raça**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

BENATTI, José Heder. **Aspectos jurídicos e fundiários da utilização social, econômica e ambiental da Várzea**. Projeto Manejo de Recursos Naturais da Várzea/Ministério do Meio Ambiente, 2004. Disponível em: <<http://ibcperu.org/doc/isis/7139.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2003a.

_____. Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2003b.

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

_____. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Portaria nº 2.866 de 02 de dezembro de 2011**. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110793-2866.html>>. Acesso em: 02 dez. 2013.

_____. **Portaria nº 822 de 17 de abril de 2006**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0822_17_04_2006.html>. Acesso em: 02 dez. 2013.

_____. Portaria 90 de 17 de janeiro de 2008. **Diário oficial da união**, Brasília, DF: Imprensa Nacional. 18 jan. 2008. Seção 1, p.97. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/arquivos/portaria-no-90-de-17-de-janeiro-de-2008>>. Acesso em: 17 jan. 2013.

_____. **Portaria 992 de 13 de maio de 2009**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html>. Acesso em: 15 jun. 2012.

CARDOSO, Fernanda Jacqueline Teixeira. **Prevalência da infecção pelo vírus Linfotrópico de Células T Humanas em Mulheres de Comunidades Remanescentes de Quilombos de Santarém, Pará.** 2013. Dissertação (Mestrado em Doenças Tropicais) – Universidade Federal do Pará, Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais. Núcleo de Medicina Tropical. Santarém, 2013.

CARDOSO, Raimundo Luis Silva. **Vulnerabilidades às DSTs/AIDS entre jovens de uma Comunidade Quilombola do Município de Turiaçu-MA.** 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, São Luís, 2011.

CAVALCANTE, Inara Mariela S. **Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em Três Quilombos na Amazônia Paraense: um olhar antropológico.** 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) – Universidade Federal do Pará, Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia. Belém, 2011.

CAVALLEIRO, Eliane. **Racismo e anti-racismo na educação: repensando nossa escola.** São Paulo: Summus, 2001.

CÉSAIRE, AIMÉ. **Discurso sobre o colonialismo.** Traduzido por Anísio Garcez Homem. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

CHOR, Dóra; LIMA, Cláudia Rizzo de Araújo. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21 (5), 2005, set./out.

COMISSÃO PRO-ÍNDIO. **Terras Quilombolas em Oriximiná: pressões e ameaças.** 2011. Disponível em: <<http://www.cpisp.org.br/html/publicacao.php#2>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

COSTA, Jurandir Freire. O racismo. In: _____. **História da psiquiatria no Brasil.** 3. ed. rev. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1980. p. 81-92.

DUARTE, Rosália. **Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n115/a05n115.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2010.

FEDERAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES QUILOMBOLAS DE SANTARÉM. **Quilombolas de Santarém.** Disponível em: <<http://www.quilombolasdesantarem.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

FIGUEIRA, Claudia Laurido. História de negros no Baixo Amazonas: Bom Jardim, estudo de caso de uma comunidade quilombola em busca de sua identidade (1996-2006). **Revista NUPEM**, Campo Mourão, v. 3, n. 4, jan./jul. 2011.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** 13. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998.

FRY, Peter et al. AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(3):497-523, mar., 2007.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Comunidades Quilombolas**. Disponível em: <<http://www.palmares.gov.br/quilombola/>>. Acesso em: 01 fev. 2014.

FUNES, Eurípedes. A. **“Nasci nas matas nunca tive senhor”**: história e memória dos mocambos do Baixo Amazonas - São Paulo, 1995. Tese (Doutorado em História) – Universidade de São Paulo, Departamento de História, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. São Paulo, 1995.

_____. Mocambos do Trombetas: memória e etnicidade (Séculos XIX e XX). In: DEL PRIORI, Mary; GOMES, Flávio. **Os senhores dos Rios**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003. p. 227-57.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes. Vulnerabilidades ao HIV/Aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Rev. Saúde Sociedade**, São Paulo, vol. 19. Supl. 2. 2010. p. 9-20.

GOMES, Karine de Oliveira; REIS, Edna Afonso; GUIMARAES, Mark Drew Crosland and CHERCHIGLIA, Mariângela Leal. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2013, vol.29, n.9, pp. 1829-1842. ISSN 0102-311X.

GUERRERO, Ana Felisa Hurtado. **Situação nutricional de Remanescentes de Quilombos do Município de Santarém, Pará – Brasil**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ, 2010.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. **Raça e racismo no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 1999a.

_____. Combatendo o racismo: Brasil, África do Sul e Estados Unidos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, a. 14, n. 39, p. 103-117. 1999b.

GIOVANETTI, Márcia Regina et al. A implantação do quesito raça cor nos serviços de DST's AIDS no Estado de São Paulo. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, 2007. p. 163- 170.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Santarém**. [2010].

Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=150680&search=para|santarem|infograficos:-dados-gerais-do-municipio>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

INSTITUTO DE TERRAS DO PARÁ. **Territórios Quilombolas**. [2013]. Disponível em: <<http://www.iterpa.pa.gov.br/SiteIterpa/QuilombolaConsulta3.jsf>>. Acesso em: 09 mar. 2013.

KALCKMANN, S. et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saude Soc.**, v.16, n.2, p.146-55, 2007.

LEITE, Ilka Boaventura. Os Quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas. **Etnográfica**, vol. IV, 2000. pp. 333-354.

LOPES, Fernanda; BATISTA, Luis Eduardo. Cor, raça e mortalidade. **Boletim Epidemiológico do Programa Estadual DST AIDS em São Paulo**. São Paulo, 2003.

LOPES, Fernanda. **Mulheres negras e não-negras vivendo com HIV AIDS no estado de São Paulo**: um estudo sobre suas vulnerabilidades. Tese (Doutorado em Saúde) – Universidade do São Paulo, São Paulo, 2003.

LOPES, Fernanda; BUCHALA, Cássia Maria; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Rev Saúde Pública**, n. 41, Supl. 2, p. 39-46. 2007.

LOPEZ, Laura Cecília. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n.40, p.121-34, jan./mar., 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MOURA, Clóvis. **Rebeliões na Senzala: quilombos, insurreições, guerrilhas**. São Paulo: Ciências Humanas, 1981.

MUNANGA, Kabengele. Origem e histórico do quilombo na África. **Revista USP**, São Paulo, nº 28, p. 57-63, dez./fev., 1995.

_____. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: BRANDÃO, A. A. P. (Org.). **Cadernos Penesb 5**. Niterói-RJ: EdUFF, 2004.

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

NASCIMENTO, Beatriz [1985]. O conceito de quilombo e a resistência cultural negra. In: RATTS, Alex. **Eu sou Atlântica: sobre a trajetória de vida de Beatriz Nascimento**. São Paulo: Imprensa Oficial/Instituto Kuanza, 2007.

NASCIMENTO, Laura Branquinho do et al. Prevalência da infecção pelo HTLV-1, em remanescentes de quilombos no Brasil Central. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** [online], vol. 42, n. 6, p. 657-660, 2009, ISSN 0037-8682.

O'DWYER, Eliane Cantarino (Org.). Apresentação. In: _____. **Terras de Quilombos**. Associação Brasileira de Antropologia. Rio de Janeiro: Decania CFCH/ UFRJ, 1995.

OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da população negra**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **A saúde no Brasil – 2002**. [site na Internet]. 2001 [acessado 2007 fev. 9]: [cerca de 30 p.]. 2003. Disponível em: <http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/versao_fev_2003.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2012.

OSHAÍ, Cristina Reda. **Conhecer e reconhecer para promover: diagnóstico das condições de vulnerabilidade das populações quilombolas do Estado do Pará**. Belém: mimeo, 2010 (mimeo).

OSHAÍ, Cristina Maria Arêda; SILVA, Hilton. **Áreas protegidas, populações desprotegidas: uma reflexão sobre situação sócio-ecológica de populações quilombolas da Amazônia Paraense**. Disponível em: <<http://www.sapisbh2013.com.br/normas/eixo07.pdf#page=158>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

PAIXÃO, Marcelo; LOPES, Fernanda. Incidência da AIDS nos contingentes populacionais: existem clivagens? AIDS Tem Cor ou Raça? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, nº 23, 2007.

PAIXÃO, Marcelo et al (org.). **Relatório das desigualdades raciais no Brasil: 2009-2010**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, LAESER/ UFRJ, s/d.

PARKER, Richard and CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cad. Saúde Pública** [online], vol. 16, suppl.1, p. S89-S102, 2000. ISSN 0102-311X.

PIANI, Pedro Paulo Freire. Construção de saberes em saúde: o tema da saúde da população negra em documentos oficiais (1996-2005). **Paper do NAEA**, nº 221, UFPA, 2008.

RATTS, Alex. **Eu sou Atlântica: sobre a trajetória de vida de Beatriz Nascimento**. São Paulo: Imprensa Oficial/Instituto Kuanza, 2007.

SANTOS, Alessandro de Oliveira. Superar o racismo e promover a saúde da população negra: desafios para o trabalho de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil. In: PAIVA, Vera; AYRES, José Ricardo; BUCHALLA, Cassia Maria. **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde**. Curitiba: Juruá, 2012. Livro I: Da doença à cidadania.

SEIFERTH, Giralda. A antropologia e a teoria do branqueamento da raça no Brasil: a tese de João Batista de Lacerda. **Revista do Museu Paulista**, N. S., XXX, p. 81-98, 1985.

SILVA, Givânia Maria. **Educação como processo de luta política: a experiência de “educação diferenciada” do território quilombola de Conceição das Crioulas**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Educação. Brasília, 2012.

SILVA, Josenildo, et al. A promoção da Igualdade Racial em 2006 e o Programa de Combate ao Racismo Institucional. In: JACCOUD, Luciana (Org.). **A construção de uma política de promoção da igualdade racial: uma análise dos últimos 20 anos**. Brasília: IPEA, 2009. p. 147-170.

SILVA, Maria Josenilda Gonçalves. **A vulnerabilidade programática ao HIV/ AIDS em Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil**. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Brasília: UNB, 2011.

_____. et al. **Uso dos serviços públicos de saúde para DST HIV AIDS por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil**. São Paulo: Saúde Soc., 2010.

SKIDMORE, Thomas E. **Preto no branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro (1870-1930)**. Tradução de Donaldson M. Garschagem. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

SOUZA, Bárbara Oliveira. **Aquilombar-se: panorama histórico, identitário e político do movimento quilombola brasileiro**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Brasília: UNB, 2008.

SOUZAS, Raquel et al. Acesso à saúde, promoção e prevenção ao HIV/aids e o recorte racial/étnico: revisão bibliográfica (1995-2009). In: WERNECK, Jurema; BATISTA, Luiz Eduardo; LOPES, Fernanda (Orgs). **Saúde da população negra**. Petrópolis, RJ: DP et Alii; Brasília, DF: ABPN, 2012.

SPIASSI, Ana Lúcia. **Conversas sobre o movimento social negro sobre as vulnerabilidades em relação às DST`s/AIDS**. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, 2011.

SPIASSI, Ana Lúcia et al. O movimento negro do ABC paulista: diálogos sobre a prevenção das DST`s/Aids. **Rev. Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, supl.2, p. 121-133, 2010.

SUCCI, R. C. M. Mother-to-child transmission of HIV in Brazil during the years 2000 and 2001: results of a multi-centric study. **Cad. Saúde Pública**, 2007, 23 (Suppl. 3), S379-S89.

SZWARCWALD, C. L. et al. Resultados do estudo sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. **DST J Bras Doenças Sex Transm.**, a. 19, n. (3-4), p. 128-33. 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação. Departamento de Pesquisa. **Relações de gênero, psicanálise e produção de subjetividade: vulnerabilidade e a feminização da epidemia do HIV-Aids em Belém e Barcarena, Pará**. 2010. Relatório de Projeto de Pesquisa, financiado pelo CNPQ. 2010. Mimeo.

VALLINOTO, A. C. R. et al. Identification of human T-cell lymphotropic virus infection in a semi-isolated Afro-Brazilian quilombo located in the Marajó Island (Pará, Brazil). **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, BRA, v. 101, n. 1, p. 103-105, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/mioc/v101n1/v101n1a20.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2014.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM MORADOR(A) E LIDERANÇA

I Dados de Identificação

Nome:

Idade:

Sexo:

Raça/cor:

Comunidade:

II Roteiro

- 1 Qual(is) informação que o Sr(a) tem sobre o HIV/Aids?
- 2 O(a) Sr(a) sabe como se pega Aids?
- 3 O Sr(a) sabe como se faz para evitar o vírus da Aids?
- 4 O(a) Sr(a) já participou de alguma atividade de saúde ao DST/HIV/Aids? Onde?
- 5 O(a) Sr(a) já fez o teste de HIV alguma vez? Quantas vezes e qual a última vez? Onde?
- 6 (Para mulheres) A Sra. fez o teste de HIV na sua gravidez?
- 7 (Caso tenha realizado o teste) Teve acesso ao resultado do teste? Como foi dado o resultado?
- 8 (Caso não tenha realizado o teste) Mesmo não tendo feito o teste, sabe onde fazer?
- 9 (Caso não tenha realizado o teste) Já quis fazer o teste? Por que?
- 10 É possível reconhecer uma pessoa portadora do vírus HIV?
- 11 Onde é que o senhor se trata quando está doente?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AGENTE DE SAÚDE

I Dados de Identificação

Nome:

Idade:

Sexo:

Raça/cor:

Comunidade:

II Roteiro

- 1 Quanto tempo de atuação como agente de saúde? E como agente de saúde na comunidade?
- 2 O(a) Sr.(a) sabe (e o que sabe) o que é Aids?
- 3 Qual(is) a(s) fonte(s) de informação que o(a) Sr(a) tem (ou teve) sobre o HIV/Aids?
- 4 O(a) Sr.(a) sabe como é transmitido o vírus HIV?
- 5 O(a) Sr.(a) já participou de alguma atividade de formação sobre HIV/Aids? Quantas? Quem promoveu? Onde? Como?
- 6 Já foi realizada alguma atividade promovida pelo CTA ou SEMSA sobre a prevenção ao HIV/Aids nas comunidades quilombolas? Alguma outra instituição já realizou? Qual? Como a comunidade recebeu a atividade?
- 7 Dê exemplos de como as atividades de formação contribuíram para a sua atuação na comunidade quilombola.
- 8 Há algum registro na comunidade de HIV/Aids?
- 9 Já ouviu comentários na comunidade sobre algum caso? Houve algum encaminhamento?
- 10 O(a) Sr.(a) acha que a comunidade tem dificuldade em discutir sobre esse tema? Por quê?
- 11 As mulheres da comunidade quilombola têm acesso ao pré-natal pela rede pública de saúde? E fazem o teste de HIV no pré-natal?
- 12 Qual o acesso da comunidade quilombola para a realização do teste?
- 13 O(a) Sr.(a) acha que é possível reconhecer uma pessoa portadora do vírus HIV por sua aparência?
- 14 O(a) Sr(a) conhece a portaria nº 992/2009 do Ministério da Saúde que institui a política nacional de saúde da população negra? Como teve acesso a ela?
- 15 Há serviço público de saúde na sua comunidade? Qual(is)?
- 16 O que o Sr(a) acha que poderia fazer para que a comunidade tivesse acesso à prevenção ao HIV/Aids?
- 17 O que o Sr(a) acha que a secretaria deveria fazer para que o serviço público de HIV/Aids chegasse às comunidades?

**APÊNDICE C – UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE, COMUNIDADE
QUILOMBOLA DO TINGÚ**



APÊNDICE D – CENTRO DE SAÚDE SANTA CLARA



APÊNDICE E – CENTRO DE SAÚDE SANTANA



APÊNDICE F – CENTRO DE SAÚDE URUARÁ

APÊNDICE G – UNIDADE DE SAÚDE LIVRAMENTO



APÊNDICE H – CENTRO DE SAÚDE MAICÁ

ANEXO A – CARTA DE ACEITE**CARTA DE ACEITE**

Declaro em nome da Federação das Organizações Quilombolas de Santarém (FOQS) ter conhecimento sobre a realização da pesquisa **As Comunidades Quilombolas do Município de Santarém e a Vulnerabilidade ao HIV/Aids**, de autoria da acadêmica do Programação de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, **Willivane Ferreira de Melo**, sob a orientação da Profª Dra. Ana Cleide Moreira Guedes e co-orientação do Profº Dr. Pedro Paulo Piani.

As associações das comunidades quilombolas que farão parte da pesquisa e compõem a FOQS (Pérola do Maicá, Murumurutuba, Saracura e Tiningú), representadas por suas lideranças, consentem a realização da mesma. Além disso, estamos cientes de que a pesquisa é fruto do Curso de Mestrado da referida acadêmica e irá gerar resultados que serão publicados.

Santarém, 08 de julho de 2013.



Dileudo Guimarães dos Santos
Presidente da FOQS

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado/a a participar do projeto de pesquisa “As Comunidades Quilombolas do Município de Santarém- Pará e a Vulnerabilidade ao HIV/Aids”, fazendo parte da pesquisa intitulada “Relações de Gênero, Feminismos, Sexualidade, Raça, Vulnerabilidade: feminização da epidemia do HIV/Aids”. Sua participação é voluntária, não implica em remuneração de espécie alguma e você pode desistir de participar a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você. Nosso objetivo é investigar os riscos que as mulheres correm de se contaminar com HIV e adoecer de aids. Esperamos com isso que você seja beneficiado pela compreensão que pode adquirir de si mesmo/a e sobre como pode se tornar vulnerável ao HIV e à aids. Também pretendemos que os conhecimentos adquiridos tragam benefícios para o atendimento de outras mulheres brasileiras e, por isso, pedimos seu consentimento para usar a entrevista nos trabalhos científicos que apresentarmos em evento profissional, sem nunca citar seu nome ou qualquer informação que permita sua identificação. Não há uso de substâncias e/ou medicamentos e sua participação é feita exclusivamente por meio de entrevistas realizadas durante o período em que estiver participando do projeto. Todo o conteúdo desta pesquisa é sigiloso e fica sob a guarda da coordenadora deste projeto. A pesquisadora também está disponível para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa.

Instituição: Universidade Federal do Pará- UFPA/Programa de Pós-Graduação em Psicologia-PPGP. Pesquisadora Responsável e Coordenadora Prof^ª Dra. Ana Cleide Guedes Moreira, CRP 10-090, Fone: (91) 3201-7782. E-mail: acleide@uol.com.br. Av. Avenida Augusto Corrêa, n.º 1. Belém, Pará.

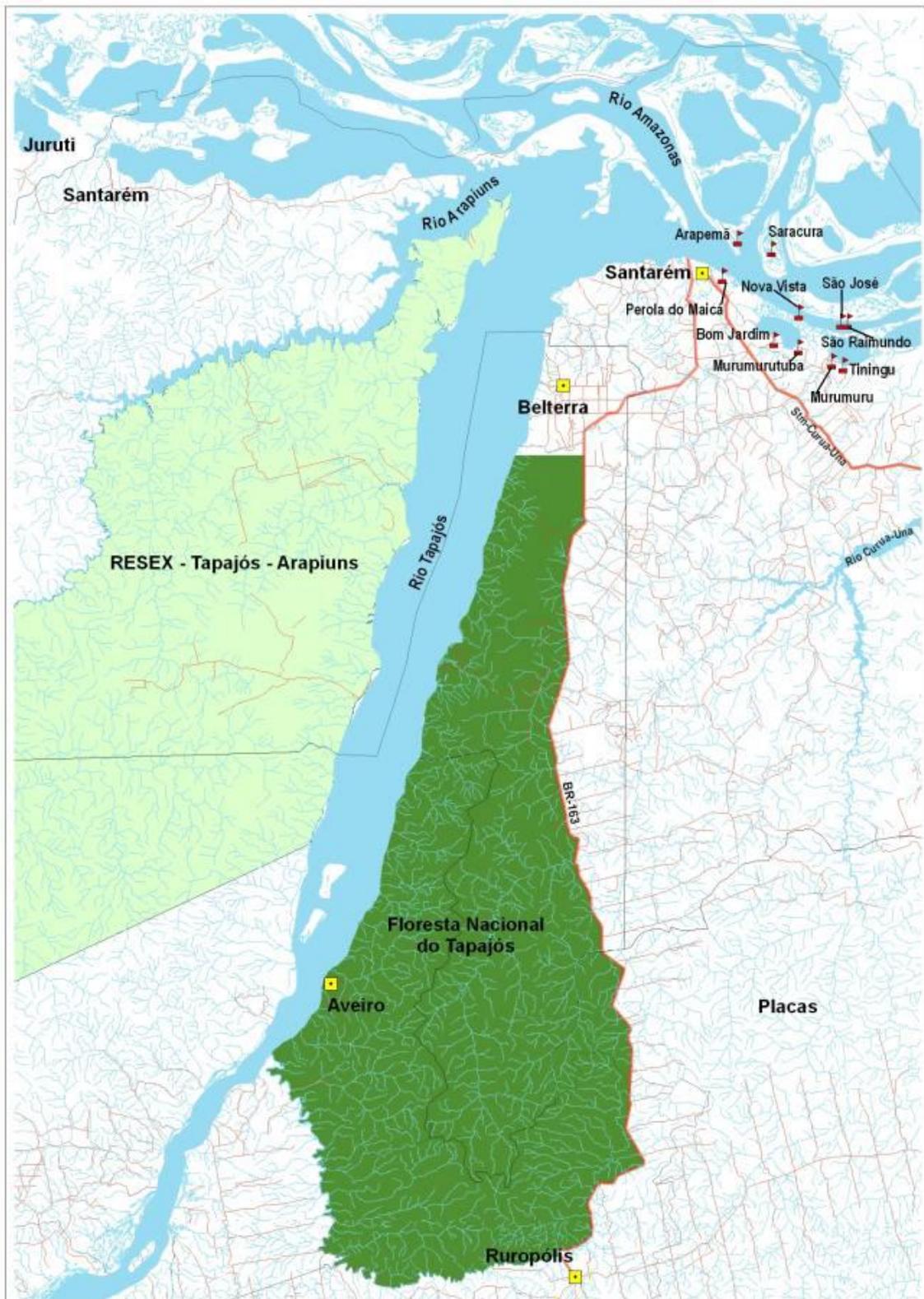
Acredito ter sido suficientemente informado/a a respeito das informações que li ou foram lidas para mim. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas ou remuneração. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderia retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do usuário

Assinatura da pesquisadora

Assinatura da coordenadora

ANEXO C – MAPA DE LOCALIZAÇÃO DAS COMUNIDADES



FONTE: FOLHES, Ricardo (Coord.). **Uma cartografia da memória:** mapeamento participativo socioambiental. Comunidades Remanescentes de Quilombos de Santarém. Projeto Saúde e Alegria: Santarém: 2007.

ANEXO D – OFÍCIO DE APRESENTAÇÃO DE PROPOSTA



FEDERAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES QUILOMBOLAS DE
SANTARÉM

C.N.P.J. 08.214.717/0001.48

Tv. Silvério Sirotheau Corrêa, 1331 – Aldeia – CEP 68040-020

Fone / fax: (93) 3529-0359

Santarém – Pará

Foqs_stm@yahoo.com.br

Ofício nº 043/2013 – FOQS

Santarém/PA, 12 de agosto de 2013.

Ref.: LEVANTAMENTO DE PROPOSTAS DA FEDERAÇÃO QUILOMBOLAS.

A Federação das Organizações Quilombolas de Santarém – FOQS, sito Tv. Silvério Sirotheau Corrêa, 1331 – Aldeia, neste Município, vem por meio deste apresentar suas propostas, para a Pré-Conferência Municipal de Saúde, que será realizada no quilombo de Tingu:

- Construção do posto de saúde no pólo de São José;
- Centro de saúde quilombo de Saracura;
- Centro de saúde e a contratação de um agente de saúde para Perola Do Maicá;
- Um carro de apoio e uma ambulância para as comunidades de Bom Jardim, Murumurutuba, Murumuru, Tingu e Patos;
- Melhoramento na infra-estrutura dos portos de Bom Jardim, Murumurutuba, Murumuru, Tingu e Patos;
- Implantação de antenas de rádio amador em cada comunidade;
- Funcionamento 24 horas das Unidades de saúde Tingu;
- Implantação do Programa Saúde da família, com presença de médicos 24 horas;
- Comprar geradores de energia elétrica, para funcionar no posto de saúde;
- Construção de muros no entorno das unidades de saúde;

Agradecemos a atenção dispensada.

Atenciosamente,

DILEUDO GUIMARÃES DOS SANTOS
PRESIDENTE DA FOQS
CPF Nº 806.511.272-20