



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médica

Departamento de Saúde Coletiva

Residência Multiprofissional em Saúde Mental

SULAMITA GONZAGA S. AMORIM

A COMUNIDADE QUILOMBOLA KALUNGA:
NARRATIVAS SOBRE OPRESSÕES, SAÚDE MENTAL E OS DESAFIOS DO
ACESSO À SAÚDE DE POVOS TRADICIONAIS

CAMPINAS

2018

SULAMITA GONZAGA S. AMORIM

A COMUNIDADE QUILOMBOLA KALUNGA:
NARRATIVAS SOBRE OPRESSÕES, SAÚDE MENTAL E OS DESAFIOS DO À
SAÚDE DE POVOS TRADICIONAIS

Monografia apresentada à Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Orientador: Bruno Emerich.

Co-orientadora: Gabriela Côrtes

CAMPINAS

2018

RESUMO

Este Relato de Experiência é produto de minha vivência de estágio na Comunidade Quilombola Kalunga enquanto Terapeuta Ocupacional do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Objetiva-se refletir sobre os determinantes sociais e suas relações com a produção de saúde mental e adoecimento psíquico da população afrodescendente, dentre os quais aborda-se o racismo, as vulnerabilidades do território e a perspectiva de gênero. Por se tratar de uma Comunidade Tradicional rural a discussão apresenta especificidades inerentes ao modo de vida e necessidades destas populações, trazendo elementos para se pensar em acesso, produção de saúde e sofrimentos para uma grande parcela social marcada por violências e iniquidades de acesso a direitos em decorrência do racismo e o patriarcado. Cabe aos profissionais da saúde e aos espaços formativos a busca por estratégias de produção de um cuidado emancipatório e não colonizador.

Palavras Chaves: Racismo, Quilombo, Saúde Mental.

Abstract:

This Report of experience is a product of my internship experience in the Quilombola Community Kalunga as Occupational Therapist of the Multiprofessional Mental Health Residency Program. The objective is to reflect on the social determinants and their relations with the production of mental health and psychic illness of the Afrodescendant population, among them racism, territorial vulnerabilities and gender perspective are addressed. Because it is a traditional Rural Community, the discussion presents specificities inherent in the way of life and needs of these populations, bringing elements to think of access, health and suffering production for a large social portion marked by violence and inequities of access to rights as a result of racism and patriarchy. It is up to health professionals and training centers to seek strategies for the production of emancipatory and non-colonized care.

Key words: Racism, Quilombo, Mental Health.

DEDICATÓRIA

Ao Quilombo Kalunga

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 KALUNGA: CONHECENDO O TERRITÓRIO.....	8
2.1 Organização Política e Comunitária.....	9
2.2 Construindo interesses.....	10
3 PARA QUEM GRITAR?.....	12
3.1 As desigualdades raciais e o acesso à saúde.....	14
4 ISSO AQUI NÃO É BRASIL? Território, Gênero e Saúde Mental.....	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
6 REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental pode ser compreendida como a relação entre as forças individuais e ambientais que influenciam no estado psíquico das pessoas, essa tensão envolve as heranças genéticas, a capacidade de adaptação e resiliência, de se relacionar e criar laços sociais, bem como fatores contextuais tais quais: emprego, educação, condições de moradia, rede de suporte afetivo e social, gênero, raça/etnia, etc. (SILVA, 2005).

Em uma sociedade estruturalmente racista, construída e mantida a partir de um sistema que relega ao povo negro um lugar de subalternidade e exploração para o sustento de privilégios de uma parcela social; encontramos esta população em condições desiguais no acesso à educação, moradia, trabalho e diversos bens culturais, além de ocupar, em termos de representação social, um lugar de inferioridade. Com base nisso, Silva (2005, p.129) afirma que “uma grande maioria de brasileiros, em que se inclui um enorme contingente de negros, vive em constante sofrimento mental, devido às precárias condições de subsistência e à falta de perspectivas futuras”.

O racismo institucional é determinante em iniquidades de acesso do povo negro a direitos, bens públicos e sociais; ele é naturalizado e presente fortemente na cultura e no modo de organização das instituições (ALVES; JESUS; SCHOL, 2015).

Em relação a isso, Silva (2005) afirma que os grupos racialmente oprimidos, como os afro-descendentes, enfrentam desigualdades no modo de inserção nos equipamentos sociais e diferenças nas relações inter-raciais, gerando impactos perversos em sua dinâmica psíquica. Assim, o racismo e sexismo presente na estrutura social e revelado através de discriminação e estereótipos, produzem situações de violência física e simbólica, impactando na construção da subjetividade dessas pessoas e na percepção de si mesmo.

Embora estes sujeitos estejam presentes nos serviços de saúde e nos serviços de saúde mental, no cotidiano do trabalho é comum os equipamentos e os trabalhadores não considerarem as questões raciais como aspectos importantes para o entendimento dos casos que ali se apresentam. Isso fica evidente quando constatamos que, no Brasil, nem sequer há uma precisão sobre a prevalência de transtornos mentais na população negra, o que segundo Silva (2005) se deve ao não preenchimento do quesito cor na ficha dos usuários dos serviços,

e a não análise desses dados pelo Ministério da Saúde através do DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.

A Política Nacional de Saúde da População Negra se baseia em alguns pontos, dos quais, quero destacar: incentivo à produção de conhecimento científico e tecnológico; capacitação dos profissionais de saúde, incluindo esta temática nos espaços de formação e educação permanente e a promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde. Werneck (2016) aponta que a saúde da população negra se justifica como importante campo de pesquisa e ações pela participação expressiva dessas pessoas na configuração da população brasileira, por sua presença majoritária entre usuários do Sistema Único de Saúde e para efetivação do compromisso do SUS com a universalidade, integralidade e equidade.

Ainda assim, a consolidação desses apontamentos esbarram no racismo institucional também presente nos diferentes espaços de produção de saber e escassas iniciativas de ofertas visando a formação dos trabalhadores em saúde, desde a ausência da temática nos currículos até a falta de espaços de educação permanente voltados para instrumentalizar os profissionais para a promoção de um cuidado à saúde cujo objetivo para além da não reprodução do sistema de opressão, também almeje a produção de práticas emancipatórias e democráticas a partir do olhar para as especificidades das demandas destes sujeitos.

A partir de tal realidade, durante minha atuação nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial do município de Campinas, enquanto Terapeuta Ocupacional do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, deparei-me com tais questões, as quais igualmente me atravessam, mas desta vez, a partir do lugar de trabalhadora. Assim, busquei construir um percurso de formação voltado para correlação das desigualdades sociais com o processo de sofrimento e oferta de cuidado em saúde mental, uma vez que estes fatores estão marcadamente presentes no cotidiano dos equipamentos.

Portanto, o trabalho pretende refletir sobre os determinantes sociais e suas relações com a produção de saúde mental e adoecimento psíquico da população afrodescendente, dentre os quais aborda-se o racismo, as vulnerabilidades do território e a perspectiva de gênero, a partir da vivência do estágio eletivo da residência, realizado em agosto de 2017, na Comunidade Quilombola Kalunga, destaca-se que se tratando de povos tradicionais, as reflexões sobre a precarização do acesso a saúde e outros direitos se torna mais complexa, na medida em que a privação de recursos também passa pelo interesse de grandes empresas e latifundiários, tendo como objetivo promover um grande êxodo rural, atendendo a

necessidade de mão de obra da indústria, esvaziando os territórios e ainda criando condições publicitárias necessárias para introdução em larga escala da monocultura e exploração (SANTOS, 2015).

Porém não poderia deixar de ressaltar que toda reflexão estará atravessada pela minha experiência de 2 anos de estágio no Centro de Convivência Toninha/Casa de Cultura Tainã e no CAPS AD do município de Campinas. Pontuo aqui que esta experiência foi construída e vivida com uma psicóloga, também residente, de forma que muitas das reflexões aqui apresentadas são frutos das nossas discussões e trabalho em parceria. Além do Kalunga, durante este estágio também tivemos a oportunidade de conhecer os trabalhos desenvolvidos em uma ocupação cultural em Taguatinga, bem como participar de atividades pontuais na Universidade de Brasília e no Conselho Regional de Psicologia, as quais ainda que poucas, foram fundamentais para oferecer subsídios para as inquietações provocadas pela Comunidade.

Neste relato de experiência, utilizarei o recurso das narrativas, construídas com base no diário de campo usado como instrumento de registro da experiência. A narrativa permite que o autor se coloque subjetivamente no texto, e compartilhe com o leitor a sua vivência e olhar sobre o mundo. Cabe ressaltar que nas comunidades rurais como o Kalunga, o conhecimento é transmitido principalmente através da tradição da história oral. Soma-se a isso a importância da oralidade no resgate e presença da ancestralidade africana, visto que, a narrativa oral contou e conta a história que não encontrou lugar nos livros, sobretudo a dos negros. Assim, serão apresentadas as narrativas entremeadas a discussão e reflexões acerca dos questionamentos suscitados.

A fim de contextualizar o local onde se passou essa experiência, o próximo capítulo descreve um pouco da comunidade, história e minha inserção enquanto residente.

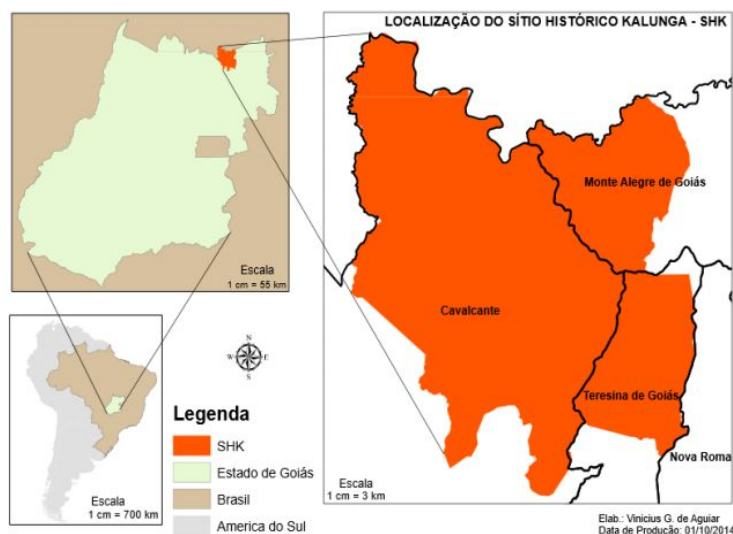
2 KALUNGA: CONHECENDO O TERRITÓRIO

O Kalunga é a Comunidade Quilombola rural com maior extensão territorial do Brasil, contemplando os municípios de Cavalcante, Monte Alegre de Goiás e Teresina de Goiás, localizados no estado de Goiás, na região centro-oeste do país. A formação deste quilombo se deu por volta de 1722, quando se estabeleceu o roteiro dos bandeirantes, abrindo estradas nessa região para extração de ouro e garimpagem; os negros escravizados fugiam para as áreas das serras, lugares de difícil localização onde são hoje os municípios de Cavalcante e Monte Alegre de Goiás. Originou-se assim o povo Kalunga, que sobreviveu há mais de 200 anos isolado do “progresso” e do “desenvolvimento” do País (FUNDAÇÃO PALMARES, 2003 apud NOVAIS, 2015).

Os municípios que compreendem o Quilombo integram a microrregião da Chapada dos Veadeiros, a qual abrange as cidades de Alto Paraíso, Campos Belos, Colinas do Sul, Monte Alegre de Goiás, Nova Roma, São João d'Aliança, Teresina de Goiás.

Em termos de extensão territorial, a maior parte do Quilombo localiza-se em Cavalcante. Neste município, a Comunidade Kalunga encontra-se espalhada em diferentes localidades sendo: uma propriedade rural (Fazenda Prata) e mais 18 comunidades: Engenho II, Vargem Grande (Pedra Mole), Vão de Almas (Capela), Lagoa, Choco, Fazendinha, Boa Vista, Maiadinha, Curriola, Terra Vermelha, Mochila, Taboca, Redenção (Bonito), Altamira, Pé do Morro, Volta do Canto, Saco, Congonhas, e Salinas.

Figura 1. Localização do Sítio Histórico Kalunga no estado de Goiás.



Fonte: Novaes (2015).

A aproximação do Estado e da Universidade na comunidade só ocorreu na década de oitenta, quando a antropóloga Mari Baiocchi percorreu todo o território mapeando-o, além disso, a mesma participou ativamente em parceria com as lideranças comunitárias na organização para as reivindicações de acesso à direitos e políticas públicas, e para que na Constituição Federal de 1988 fosse reconhecido o direito de propriedade definitiva das terras ocupadas pelos remanescentes de quilombos, que estão garantidos no artigo 68.

Posteriormente, vinculada a Universidade Federal de Goiás, Baiocchi coordenou projetos multidisciplinares relacionados à saúde e educação e a partir disso foram construídas três escolas na região. De lá pra cá outros projetos e ações foram desenvolvidos no Kalunga, entretanto, tais projetos, não chegam facilmente a toda comunidade, devido a sua grande extensão territorial e difícil acesso. A região mais privilegiada é Engenho II, uma vez que não necessita de carro com tração nas rodas para chegar neste povoado, além de ser a região que possui maior estrutura como energia elétrica e água encanada.

2.1 Organização Política e Comunitária

O modo de organização fortemente presente na comunidade Kalunga de Cavalcante é a associação de moradores. Cada município possui uma associação própria e há a Associação Quilombo Kalunga, a qual representa todo o Quilombo, sendo que a presidência e a diretoria das associações são definidas por eleições.

Além das associações, tradicionalmente o Quilombo possui lideranças comunitárias, em geral pessoas mais velhas que ocupam essa posição há muitos anos. Embora muitas delas possuam baixo nível de escolarização, participam ativamente das empreitadas reivindicando a aplicação das políticas públicas e dos direitos sociais, tais como o direito à terra, saúde, educação, entre outros.

Foi possível perceber que estas lideranças se constituem como referências para a população em diversos assuntos, inclusive no que tange a saúde e articulação de outros recursos. Em minha experiência no território, a figura das lideranças foi fundamental para a aproximação e vínculo com as pessoas na comunidade.

2.2 Construindo interesses.

Vale aqui destacar que meu campo de prática da residência no segundo ano foi o Centro de Convivência Toninha, serviço que funciona dentro da Casa de Cultura Tainã, situada na região Noroeste de Campinas. Esta Casa de Cultura, além de ser voltada para militância negra e difusão e fortalecimento das culturas Africanas, também trabalha com o desenvolvimento de software livre através de uma rede de chamada de Rede Mocambos.

Assim, a partir de projetos como o Rota dos Baobás, percorrem Comunidades Quilombolas do Brasil inteiro, possibilitando a apropriação tecnológica enquanto uma estratégia de emancipação dessas comunidades, uma vez que através dos meios de comunicação e do compartilhamento de informações esses coletivos podem se fortalecer e produzir articulações entre si. O Kalunga é uma das comunidades envolvidas nas ações da Rede Mocambos/Casa de Cultura Tainã e um dos frutos dessa parceria foram as primeiras conexões de internet dentro do território. Foi dessa forma que se deu meu primeiro contato com o Quilombo, onde um desejo por aproximação começou a ser formado.

A escolha do eletivo no Quilombo se deu por um conjunto de fatores, dentre eles: o interesse em utilizar este estágio para conhecer uma população com organização e demandas diferentes das que comumente chegam aos serviços de saúde da cidade de Campinas e dos grandes centros urbanos; vivenciar o território como lócus central das ações de saúde; compreender como se dá a construção cultural da loucura e as redes de cuidado dos sofrimentos psíquicos nesta comunidade; além de conhecer como o modo de organização da vida, relações, trabalho e alimentação, supostamente de uma cultura afrobrasileira mais preservada, influenciam na produção de adoecimento ou saúde desta população.

Considerando o fato de que pensar as especificidades do cuidado à saúde da população negra, povos tradicionais e todos esses elementos supracitados se articula fortemente com os pressupostos e conhecimentos da Saúde Coletiva.

Finalmente, e talvez escolha principal, a minha descendência africana e a curiosidade comparativa, embora não seja o foco deste trabalho, com a opressão e sofrimento dos que nascem e se criam numa situação cultural urbana preponderantemente de hegemonia branca.

3 PARA QUEM GRITAR?

O sistema de saúde referência para o Kalunga é bem escasso, o município de Cavalcante conta com um Pronto Atendimento (PA) e um Centro de Saúde, enquanto que em toda a extensão do Quilombo só há uma Unidade de Saúde da Família, localizada na comunidade de Engenho II; esta unidade não abre todos os dias, a pequena equipe não é do território, funcionando apenas de uma a três vezes na semana. Os quilombolas que ouvimos sempre se referem ao serviço de saúde como algo quase inexistente, percebe-se que não há uma relação de vínculo entre comunidade e equipe de saúde, as falas que remetiam a não confiança, e a pouca eficácia do serviço de saúde eram constantes; relataram por exemplo que esporadicamente são realizados mutirões para coleta de exames ginecológicos, contudo os resultados nunca chegam, atualmente é crescente os casos de tumores e problemas relacionados à saúde da mulher na comunidade.

Com exceção do Engenho II, todo o território do Kalunga compreendido por Cavalcante permanece sem nenhum serviço de saúde, portanto, comunidades como Vão do Moleque e Vão de Almas só recebem a equipe de saúde uma vez por ano, durante os festejos e Romarias. Os únicos trabalhadores de saúde presentes no território são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), distribuídos de forma heterogênea, são quilombolas que receberam a capacitação por parte da secretária de saúde para atuarem como ACS. A princípio isso poderia ser potente, visto que conhecem a comunidade, entretanto, o trabalho possui pouca avaliação e o controle social fica comprometido, visto que todos são “conhecidos e parentes”, conforme ouvimos constantemente, por conseguinte as visitas não ocorrem com regularidade e as ações se dão de forma não consistente.

Além disso, conhecendo alguns ACS e discutindo sobre os casos de saúde mental, foi possível observar a falta de formação e conhecimento para lidar com esses casos. Uma pesquisa feita por Novais (2015) mostrou que, em geral, esses trabalhadores relatam despreparo para lidar com as pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas muito frequentes na região, prejudicando o diagnóstico precoce, a assistência a comorbidades e o tratamento. Vale ressaltar que o consumo de álcool é mais intenso durante o período dos festejos. O estudo se utilizou de grupos focais, onde os ACS e lideranças descreveram os impactos observados em muitos casos, como a ligação entre o uso prejudicial principalmente

do álcool e o suicídio, violência doméstica, conflitos familiares, cirrose, morte por afogamento, crises hipertensivas, transtornos mentais e precarização do autocuidado.

Com frequência a explicação dada pelos ACS sobre isso é a solidão vivida por muitos quilombolas; um ponto a ser observado é que um número grande de idosos vivenciam o isolamento, pois seus filhos e netos mudam-se para cidade em busca de estudo e trabalho. Além disso, o álcool também é utilizada como anestésico para dores como dor de dente, dor nas costas e as dores de parto, já que é limitado o acesso ao cuidado adequado para tais situações. Os ACS de Cavalcante participaram do curso Caminhos do Cuidado, embora haja outras ofertas de formação e cursos à distância, que geralmente são destinados a profissionais com maior nível de escolaridade, localizados nos centros urbanos com acesso a internet (NOVAES, 2015).

Tanto ACS como os profissionais da equipe que atende o Engenho II referiram falta de investimento na capacitação dos trabalhadores, escassez de recursos, investimentos e um sentimento de poucas possibilidades de crescimento profissional, fazendo com que os profissionais não permaneçam na região.

Se por um lado percebe-se na equipe uma perda do sentido do trabalho ligada à falta de recursos, por outro observa-se uma falta de diálogo com a comunidade e seus saberes, suas formas de tratamento e cuidado, os quais estão muito ligados ao uso de recursos naturais com cultivo e colheita para o preparo das ervas com uso direto ou em garrafadas. As garrafadas ou raizadas, são preparadas em geral com vinho ou cachaça e raízes, frutos ou folhas locais, como por exemplo Arnica e Jatobá.

A sensação de abandono que senti no relato dos trabalhadores da saúde exemplifica o sentimento que paira no território no tocante a retaguarda e assistência. Para além das condições precárias de trabalho, o abandono e ausência de políticas públicas em toda a extensão do Kalunga fica evidente na narrativa a seguir:

“Foi o coice de uma mula que me deixou assim” disse a senhora que viajava conosco de Brasília para Cavalcante. Já estávamos há algumas horas na estrada quando ela nos conta que um dia na roça em que mora no Kalunga, durante as tarefas diárias de alimentar os bichos, sofreu um acidente; foi surpreendida pelo golpe do animal na lateral do rosto. Ficou por alguns instantes aérea, até sentir uma forte dor e perceber que o sangue, que jorrava sem parar, vinha dela.

“Vou morrer” pensou. Estava sem ajuda, pois a única pessoa que fica em na casa é uma filha, que segundo ela, tem alguma deficiência. Já não poderia gritar e não tinha para quem gritar. Caminhou (se arrastou) por uma hora, em busca de socorro na casa do seu vizinho mais próximo.

Hoje, mesmo após várias cirurgias, principalmente para reconstrução da face, esta senhora perdeu a audição de um ouvido, tem dificuldade na fala e na deambulação devido às sequelas neurológicas.

Não pude evitar o mal estar ao ouvir aquele relato, um pouco antes de sua história admirava a paisagem, sentindo um misto de expectativas sobre o que iríamos vivenciar no nosso destino, de repente sou invadida pela sensação de que talvez, nem tudo seja tão bonito quanto aquela vegetação do cerrado em meio a seca. Ou aquela paisagem me contaminou tanto que esqueci, sendo profissional da saúde, mas de zona urbana, ouviria histórias com a daquela senhora.

3.1 As desigualdades raciais e o acesso à saúde.

Segundo Lopes (2005), o contexto cultural, social, político e econômico, influem sobre as condições de saúde de múltiplas formas, a depender da população, do conhecimento sobre os agravos à saúde, entre outros aspectos. “No caso da população negra, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento determina condições especiais de vulnerabilidade”. O nível de investimento em ações de saúde e assistência social, em recursos de fácil acesso às pessoas, informação e serviços constantemente avaliados e retroalimentados caracterizam a dimensão programática da vulnerabilidade. Entretanto, o sucesso destes programas dependem dos fatores políticos, econômicos e culturais, provocando impacto direto na vida das pessoas. Assim, Lopes (2005, p.55) elenca o que caracteriza a dimensão social da vulnerabilidade:

- I) pelo acesso que as pessoas e os coletivos têm à formação e à informação, aos serviços de saúde e outros equipamentos sociais;
- II) pela liberdade de expressão, representação e decisão;
- III) pelos indicadores de saúde, educação e renda;
- IV) pelo índice de desenvolvimento humano e pelo índice de pobreza e miséria;
- V) pela participação dos grupos nas estruturas de governo; e
- VI) pelo repertório de crenças e valores relacionados à saúde, sexualidade, raça/cor, etnias, gênero, idade, orientação sexual e denominação religiosa.

Importante comentar o ítem VI, pois numa comunidade tradicional não deve ser visto, pela lupa ocidental do conceito de saúde, onde crenças e valores são advindo de longa experiência com cura e bem viver. Também quero destacar aqui outro conceito que ao meu ver, está estritamente ligado ao de vulnerabilidade, trata-se da invisibilidade. A autora supracitada aponta a evidente invisibilidade das necessidades desta população no tocante a ações de prevenção, promoção e assistência a saúde e uma inserção social desqualificada.

As desigualdades sociais no Brasil, bem como na América Latina, se constitui interrelacionando raça e cor, classe social (ocupação, renda) e status (origem familiar, educação formal), no entanto a hierarquia social permanece alicerçada pela dicotomia racial branco versus preto a qual sustentou a estrutura escravocrata que persiste ativa na atualidade, resistindo à urbanização, à industrialização, às mudanças de sistema e regimes políticos (GUIMARÃES, 1995 apud LOPES, 2005).

Para Milton Santos (2000), os pobres não são apenas privados da inserção ao consumo, a eles é disponibilizada uma cidadania abstrata; que em grande parte das vezes não pode ser reclamada, não cabendo em qualquer tempo e lugar. Apesar da negação disso, essa cidadania não sólida e não aceita como reivindicada, vem sendo oferecida ao longo dos tempos, prioritariamente aos negros e negras, índios e índias.

Não à toa, se pensarmos no referencial da Reabilitação Psicossocial que norteia o trabalho nos serviços de Saúde Mental, constatamos a importância dada a dimensão da cidadania, considerando que o louco não era reconhecido como sujeito de direito e qualquer intervenção clínica que não visasse a inserção social destas pessoas estaria fadada ao fracasso ou a manutenção do *status quo*.

Através da negação da cidadania, a estrutura social produz exclusão ou condiciona pessoas a determinados lugares sociais. A luta pelos Direitos Humanos embasou todo o movimento da Reforma Psiquiátrica, contudo a invisibilidade das questões relativas ao negro neste país contribuiu para que esta discussão não ganhasse o devido lugar nesta área - apesar do louco ter a principal cor do excluído social. A dignidade e o respeito estão quase ausentes nas práticas de cuidado e assistência nos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial e nos serviços de saúde de modo geral, mesmo em regiões urbanas.

Por se tratar de um território tão extenso e constituído por morros e mata fechada, os moradores do Kalunga enfrentam dificuldades de locomoção por ausência de transporte; a

distância de alguns pontos da comunidade para Cavalcante é de um dia percorrido num pau de arara. Estas variáveis contribuem fortemente para que a maior parte da população não tenha acesso e assistência à saúde. Entretanto, a ausência da possibilidade dessas pessoas irem até o local de atendimento não é (ou não deveria ser) a principal razão de desassistência, visto que os princípios de universalidade e equidade que regem o SUS demarcam a responsabilidade do Estado em garantir acesso das populações à saúde, através de alternativas e arranjos considerando as características e limites da região.

É importante destacar que o acesso não diz respeito apenas a chegada do usuário ao serviço, mas sim da sua inserção as ações de cuidado com qualidade, de acordo com suas reais necessidades. Digo isso, porque frequentemente as pessoas que chegam nos equipamentos de saúde se deparam com formas diversificadas de afastá-las dos mesmos.

Uma pesquisa de opinião realizada por Kalckmann et al. (2007) apresentam resultados que evidenciam o racismo institucional como um mecanismo que marcadamente restringe acesso e atendimentos a população negra, provocando iniquidades. As constatações vão desde atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereótipos racista, pior qualidade do acesso ao parto e ao pré natal e dificuldade no tratamento de doenças específicas como da anemia falciforme. É bom lembrar que numa comunidade tradicional, além do mais no meio rural, a negligência fortemente passa pelo preconceito com seus conhecimentos dos meios de cura, sua experiência com tratamentos e até com o parto.

Além das manifestações do Racismo Institucional, podemos aqui citar uma série de situações, como a mulher chamada de poliqueixosa no Centro de Saúde e a equipe passa a não mais legitimar a sua demanda; uma moradora conhecida do bairro que mais uma vez apresenta marcas de agressão por parte do companheiro e os profissionais não abordam a questão porque “*ela gosta de apanhar ou está com ele porque quer*”; ou ainda o mau atendimento para pessoa que faz uso abusivo de substância porque “*ele deveria estar no Caps AD*”. Lembro-me da fala de um usuário do Caps AD após a equipe direcioná-lo para o Pronto Atendimento, pois queixava-se de muita dor, “*o moço disse que eu não voltasse mais lá porque estava de palhaçada*”. Diversas atitudes motivadas por uma visão moralista, discriminatória, machista e racistas tão introjetada em nós, que de maneira grave dificultam ou limitam a inserção dessas pessoas e o acesso ao direito à saúde, tantas delas já naturalizadas e eu me pergunto: Porque silenciamos?

4 ISSO AQUI NÃO É BRASIL?

Território, gênero e saúde mental.

Para Alves e Rodrigues (2010), compreender como os determinantes sociais e econômicos podem refletir na saúde mental das pessoas é extremamente importante, pois devem ser incorporados na elaboração de políticas públicas, contribuindo para melhorar a saúde mental das populações e reduzindo a carga global de doença. De acordo com os mesmos, definições importantes a se considerar são: emprego, educação, pobreza, habitação, urbanização, discriminação sexual e violência de gênero, exclusão social e estigma (fortemente aqui o racismo), cultura e acontecimentos de vida estressantes. Por isso, estes autores argumentam que para a avaliação e acompanhamento em saúde mental ser eficaz é preciso contemplar a comunidade e os grupos de maior vulnerabilidade, enfatizando a necessidade do trabalho intersetorial. No caso de uma comunidade tradicional e rural são fatores a serem levados em conta para a eficácia de políticas públicas em saúde.

Não pretendemos relacionar de maneira determinista os fatores contextuais ao desenvolvimentos de doenças, tampouco atribuir adoecimentos de acordo com o gênero. Nosso intuito é refletir sobre um retrato da realidade que explicita como a confluência de diversos fatores sociais favorecem para o desenvolvimento de sofrimento psíquico. Esta realidade, apesar de gritante é frequentemente invisibilizada não apenas na área rural, mas também nos serviços dos grandes centros urbanos onde essas pessoas buscam por atendimento.

Durante a passagem pelo Quilombo Kalunga foi possível perceber o quanto diferentes aspectos do contexto atravessam a qualidade de vida das pessoas. Se trata de um território formado por várias comunidades afastadas, em alguma delas não há vizinhos próximos. As possibilidades de trabalho se restringem ao turismo ou a venda do produto excedente nas roças; conhecemos mulheres que se deslocam para outras cidades para se candidatar ao emprego doméstico deixando, por vezes, seus filhos no Quilombo. O sofrimento causado pelos conflitos de terras com fazendeiros que provocam ameaças e mortes, é traduzido no jeito desconfiado e inseguro de alguns quilombolas que participaram da luta pela demarcação das terras.

Não à toa, em diálogos com os Kalungueiros, a justificativa dada à loucura é a solidão e isolamento exacerbado tanto pela dificuldade de transporte e locomoção, quanto pela migração em busca de renda e oportunidades de trabalho e educação. De acordo com a equipe de saúde responsável, grande parte da população local faz uso de psicotrópicos, em geral benzodiazepínicos, principalmente devido a problemáticas como insônia, ansiedade, sintomas depressivos, queixa somáticas (choro fácil, nervosismo, sentimento de inutilidade) considerados como Transtornos Mentais Comuns (TMC); além disso, como já descrito no capítulo anterior, o uso abusivo de álcool é constante na comunidade.

Loureiro; Costa e Santana (2016) discorrem sobre os determinantes contextuais da saúde mental, onde, a partir de análise da literatura, associam fatores como ambiente físico e construído, ambiente socioeconômico, ambiente de interação social e cultural com melhores ou piores condições de saúde mental, além da influência do sentimento de pertença e redes de suporte mútuo. A comparação entre contextos urbanos e rurais permite perceber, por estas categorias de análise, aspectos semelhantes e diferentes nos modos de vida, importantes para se pensar no planejamento das ações e intervenções, uma vez que apresentam pontos que podem ajudar a compreender a complexidade dos adoecimentos, bem como auxiliar na promoção a saúde, utilizando o território como recurso na construção do tratamento.

É importante ressaltar que as relações sociais e econômicas e as desigualdades estão manifestas no território, que muitas vezes traduz a dificuldade de acesso a direitos, aos bens públicos, culturais e de lazer, as disparidades na distribuição de renda e também a segregação socioespacial. Para além disso, um determinado território ocupa um lugar no imaginário social da cidade, impactando positiva ou negativamente na representação dos que ali residem e no sentimento de pertença. Toma-se aqui como base o conceito de território do geógrafo Milton Santos, o qual considera o território como espaço vivo, constantemente construído pelas relações intersubjetivas, bem como relações de poder econômico e sociais.

As narrativas que se seguem, demonstram o quanto as experiências de sofrimento psíquico articula-se com diversos atravessamentos do cotidiano, neste caso no meio rural, considerando os impactos das condicionalidades de gênero, raça, vulnerabilidades dos territórios, rede social e acesso a serviços de saúde e intersetoriais:

Marta¹ nos levou na casa de uma senhora, Dona Laura, que nos recebeu com muita satisfação. Sentada do lado de fora estava sua filha, uma mulher jovem, que aparentava ter algum déficit cognitivo, se chamava Joaquina, sorriu empolgada, com seu filho no colo.

Dona Laura nos convidou para entrar na sua casa. É uma senhora bem negra, aparentando uns 60 anos de idade, com a pele quase reluzente, usando um vestido com estampas coloridas. Casa humilde, com paredes sem reboco. Marta nos apresenta como sempre, toda sorridente e estranhamente orgulhosa, diz que estamos na comunidade para fazer um trabalho relacionado a saúde mental, reafirma que nunca se fala disso aqui, que os Kalungueiros se envergonham de ter problema de cabeça, e que finalmente vieram pessoas para falar disso. A conversa de Marta é um disparador para que dona Laura de repente começasse um relato ininterrupto.

Conta que seu marido faleceu e que desde então não tem mais alegria de viver, só restou tristeza. Fala que anda de um lado pro outro, com muita agonia, as noites de insônia costumam ser frequentes e muito sofridas. Sua vida se resume a passar alguns dias em Cavalcante para compra de alimentos, e retornar a sua casa no povoado de Vão do Moleque, onde tem roça e encontra algum acalanto nos afazeres rurais. Fala muito da solidão, que seu ponto de apoio é a Marta, mas que não consegue lhe acionar toda vez que está angustiada e que maus pensamentos lhe passam na cabeça, posteriormente diz que esses “maus pensamentos” são idéias de suicídio.

Desenha um cotidiano empobrecido, fala do desejo que no quilombo tivesse lugar para sair, paquerar, ver outras mulheres e conversar, e que isso melhoraria sua condição. Buscando os sinais de potência, perguntamos o que ela gostava de fazer e respondeu que costurava muito, mas que já não tem mais vontade, mostra com saudosismo o vestido que está usando, feito por ela mesma com retalhos pequenos, entretanto tem dificuldade em trocar agulha da máquina pois já não enxerga tão bem, e hoje não sente mais desejo de fazer nada.

Em meio a isso, nos fala de um neto, de 17 anos que surtou (nome dado por Marta), Gilson passou a ser muito agressivo, cometer pequenos furtos na comunidade, rouba objetos e depois os abandona em algum outro lugar do quilombo. Fala que ele tira a roupa e se exhibe nu afrontando a família, as pessoas o denunciam constantemente, ele é preso e em seguida liberado por ser menor de idade. Tempos atrás a família o mandou para uma clínica

¹São utilizados nomes fictícios a fim de preservar a identidade e sigilo das pessoas envolvidas na cena descrita.

em uma cidade satélite de Brasília, voltou mais tranquilo, mas recentemente esses comportamentos retornaram. Fala desolada que agora o delegado “liberou” para que as pessoas dirijam a ele o castigo que achar conveniente, cita com muito medo o caso parecido de um moço que apareceu morto...

De repente, me olha, fitando-me pergunta: E aí doutora? Eu já lhe contei tudo, e agora o que você me diz? Qual o nome do que eu tenho?

Senti o mesmo desconforto do início da graduação, nas primeiras experiências de atendimentos, nas quais sentia que nada sabia e que o paciente iria descobrir a qualquer momento a minha incompetência. Neste momento, não era a incompetência que me assombrava, mas sim um grande sentimento de impotência. A sensação de que de nada adiantava algum saber, a possibilidade de intervenção diante de tanto abandono era quase nula.

O relato de Dona Laura, fornece pistas sobre como todo o contexto que cerca os sujeitos produz adoecimento; a dificuldade em falar do seu sofrimento é um reflexo do quanto este discurso não acha lugar de escuta e acolhimento por parte dos serviços de cuidado. Também fica evidente a fragilidade do território em oferecer possibilidades de convivência, de trocas afetivas e sociais, de engajamento em habilidades e ocupações onde se possa criar novos sentidos para sua rotina. A situação em que se encontra o neto de Dona Laura, evidencia como a ausência do Estado enquanto garantia de direitos e ofertas de cuidado, produz vulnerabilidades a violência e a medidas criminalizadoras das formas de adoecimento.

Ainda que as questões aqui descritas apresentem um cenário específico por se tratar de zona rural, algo nos relatos não soava como desconhecido, muito me remetiam a relatos de mulheres no CAPS AD onde cursei a Residência. O Kalunga, território de sujeitos negros e tradicionais, que vivenciam iniquidades de acesso a direitos e políticas públicas; fragilidades nos vínculos empregatícios; baixos salários; as mulheres embora ocupem lugares de lideranças na comunidade são vítimas constantes de violência e atribuições de papéis, que lhe conferem sobrecarga de trabalho e um lugar estereotipado nas relações. A sensação de abandono paira em muitas situações na comunidade.

O CAPS AD onde atuei no município de Campinas, localiza-se em uma região urbana de grande vulnerabilidade socioeconômica. Neste distrito (Noroeste), encontram-se três conjuntos habitacionais onde atualmente residem pessoas retiradas de outras regiões da

cidade consideradas “áreas de risco”. Exemplo disso é o Bassoli, onde é evidente o predomínio de moradores negros no local, grande presença de imigrantes do norte e nordeste em busca de trabalho. A região que abriga mais de 12 mil pessoas não possui ofertas de lazer, convívio e centro de saúde. Era nítido como os usuários, oriundos dessa região, que acessavam o CAPS apresentavam sempre grande complexidade, pois, se tratavam de demandas agravadas pela vulnerabilidade socioeconômica, conflitos com o tráfico e violência, muitas vezes exercidas por representantes do Estado (como Guarda Metropolitana e Polícia Militar).

Lembro-me da fala de uma mulher em tratamento no CAPS, enquanto discorria sobre uma situação de violência ocorrida, desesperançosa sobre as possibilidades de ajuda, ela repetia com certa naturalidade: *“Isso aqui é terra de ninguém”*, ou ainda, o ditado sempre usado pela grande parcela de usuários de origem nordestina: *“Aqui é terra que filho chora e mãe não vê!”*. Do que tratam essas colocações, senão do sentimento de abandono e baixa garantia de direitos? Como contextos tão distintos podem ser marcados por sentimentos tão próximos? De que forma isso explicita uma problemática que é estrutural da nossa sociedade, que produz diversas formas de exclusão e uma garantia de direitos relativa à determinados grupos sociais. Feita essas provocações, sigamos no texto.

A narrativa de Dona Laura, oferece vários elementos que dizem de um lugar social: mulher, negra, quilombola, residente de um território de interesse dos grandes latifundiários, mas de pouco investimento do Estado na qualidade de vida dos sujeitos que ali habitam. A literatura descreve como a confluência de fatores como negritude, gênero e classe conferem um lugar social de maior vulnerabilidade a adoecimentos físicos e psíquicos em decorrência da exclusão do acesso à saúde e direitos sociais (COUTO-OLIVEIRA, 2007; FARO; PEREIRA, 2011; TAQUETTE; MEIRELLES, 2013; SIQUEIRA; NARDI; SPINDLER, 2014; PRESTES; PAIVA, 2016)

Um importante estudo realizado em assentamentos rurais do Piauí (PI) e Rio Grande do Norte (RN), encontrou dados importantes sobre a relação de fatores como gênero, pobreza e território e o adoecimento psíquico. No RN observou-se maior acometimento de depressão e dos transtornos de ansiedade em mulheres, enquanto homens apresentavam maiores problemas relacionados ao uso de substância psicoativas. Estes dados não coincidem com a realidade observada nos assentamentos do PI onde homens e mulheres apresentam índices parecidos na dimensão humor depressivo/ansioso (SILVIA et al 2016).

Considerando a saúde mental, a partir de uma perspectiva de gênero, entende-se que homens e mulheres a vivenciam de modo diferente, baseando-se em geral pelos modelos socioculturais que habitam suas subjetividades, com destaque para as formas de produção e expressão do sofrimento (Zanello; Fiuza; Costa, 2015 apud Silva et al. 2016).

Silva et al. (2016) afirmam que os modos de socialização influenciam fortemente nas formas de expressão dos adoecimentos; neste sentido as mulheres são estimuladas a internalizar as angústias e conflitos, favorecendo o surgimento de problemas como depressão, ansiedade e ideação suicida. Enquanto os homens são encorajados a por em atos suas aflições e estresses, podendo estar mais relacionados a manifestações antissociais, uso abusivo de substância e suicídio. Desta forma, esses autores citando Rabasquinho; Ribeiro (2007) apontam a associação entre os modos de manifestação de sofrimentos psíquicos e os papéis de gênero, considerando que estes se constituem por comportamentos socialmente aceitos.

Dona Laura, ao descrever um processo de sofrimento que se inicia com o falecimento de seu companheiro, também traz a tona elementos inerentes a condição da mulher, a sensação de perda do sentido da vida, autoestima prejudicada, o receio de não mais se relacionar, soam como decorrentes da perda do valor/felicidade da mulher, a qual socialmente é construída condicionada ao homem.

Zanello (2016), estudiosa da temática de gênero e saúde mental, discorre sobre como o dispositivo amoroso constitui a mulher em nossa sociedade, de forma que o amor do homem não é sentido apenas como aspecto da relação, mas ganha um caráter identitário, atribuindo diretamente ao valor e autoestima da mulher. A autora chama a atenção também para o que nomeia de dispositivo materno, através do qual se naturaliza um acúmulo de tarefas exercidas pela mulher, voltadas principalmente para o cuidado com o outro, estar disponível para, completando assim a experiência de “ser mulher”, essa relação está constantemente presente nos atendimentos clínicos de acordo com a experiência da autora.

Isso corrobora com o encontrado na literatura, onde se apresenta associações feitas por mulheres em contexto rural entre a incidência de TMC e estressores do cotidiano, como morte de parentes, gravidez, violência, perdas afetivas, dificuldades financeira e migração de esposo e filhos em busca de emprego (SILVA et al., 2016).

Em geral, a rotina das mulheres é marcada por inúmeras demandas inerentes ao lugar social e aos papéis ocupacionais atribuídos a elas, as colocando em constante vulnerabilidade

ao estresse. No que tange a essas “obrigações”, as mulheres em situação de pobreza, além das exigências sociais destinadas ao feminino, ainda precisam dar conta das demandas que perpassam as condições socioeconômicas em que vivem. Essa situação favorece adoecimentos físicos e psíquico, de modo que qualquer trabalho que pense na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e suas famílias deve considerar a inter-relação do gênero, classe social e seus reflexos na saúde mental (COUTO-OLIVEIRA, 2007). A invisibilidade do trabalho doméstico, além do lugar de cuidadora dos familiares, têm produzido adoecimentos em muitas mulheres. Bem como uma autocobrança, provocada pela cobrança social de que a mulher seja “naturalmente” materna e cuidadora (ZANELLO, 2016).

Soma-se a isso, a vulnerabilidade à violência de gênero, a qual decorre da expressão das relações assimétricas e desiguais principalmente na esfera familiar, baseadas em um modelo de sociedade patriarcal (ZANELLO; SILVA, 2012). É fundamental destacar que o patriarcado transpassa toda a sociedade em suas mais diferentes classes, sendo que para compreender os impactos dessa é preciso considerar as particularidades de cada contexto e o modo como homens e mulheres a internalizam e definem suas relações (COSTA; LOPES; SOARES, 2015 apud SILVA et al., 2016).

Sobre isso, compartilho ainda do meu Diário de Campo, um último relato:

Lateja em minha mente essa frase, desde que Júlia a pronunciou inúmeras vezes durante nossa conversa. Uma moça jovem, trazida por seu Cássio para nos conhecer, por ter ingressado em um curso da saúde. Fala com indignação sobre a realidade das mulheres jovens em sua comunidade. Conta-nos com cuidado sobre as denúncias de abuso, exploração sexual e trabalho forçado, ocorrendo principalmente nas situações em que jovens se deslocam para casa de outras pessoas para ter acesso a educação oferecendo seus trabalhos domésticos, envolvendo nomes importantes da cidade, afirma que os abusos são frequentes no território, mas são totalmente silenciados, por se tratar de “cachorro grande”. Quase nenhuma assistência é oferecida às vítimas, fala do CRAS e das tentativas de profissionais de ofertar alguma retaguarda, mas foram alvos de ameaças.

As gestações na adolescência são muito comuns, o que segundo ela, diz da falta de perspectiva dos jovens, em especial as mulheres sobre possibilidades de vida e de escolhas. Espera estarmos a sós para falar sobre isso, há um clima de desconfiança durante o relato, diz que devemos tomar cuidado porque aqui todo mundo é parente, por isso, não se faz

denúncias, não se fiscaliza inclusive o trabalho dos Agentes Comunitários, que muitas vezes não realizam as visitas necessárias. Durante seu relato pronunciava repetidas vezes: Isso aqui não é Brasil, isso não é! Lembrava-me da minha vivência no Caps ad do município de Campinas, das histórias das mulheres que lá frequentam, e me perguntava “Isso aqui não é Brasil?”.

Fomos dormir com uma notícia trazida pelo Jornal Nacional: Cinco quilombolas assassinados na Chapada Diamantina, segundo o jornalista, não há relação entre as mortes e os conflitos por terra, mas possivelmente com o tráfico de drogas. Será?

Nossa ida ao território coincide com um momento em que inúmeros casos de vítimas de exploração sexual vem a tona principalmente em razão de uma matéria gravada por uma grande emissora do país. Infelizmente, independente das razões que suscitaram o interesse pela matéria, até a nossa saída da comunidade, não acompanhamos nenhum desdobramento disso no sentido de trazer alguma diferença no cotidiano das mulheres Kalungueiras.

Fica claro no relato de Júlia o quanto a naturalização da violência e seu silenciamento evidentemente auxilia na manutenção dessa realidade, sendo vivida por muitas mulheres como a única possibilidade de existência e sobrevivência. A ineficiência dos poucos serviços especializados e a fragilidade da rede de suporte favorecem a perpetuação do sentimento de abandono e invisibilidade da questão, uma vez que não há segurança para que as mulheres realizem as denúncias, tampouco encontrem lugar de acolhimento e cuidado.

Além disso, sua descrição sobre a falta de perspectivas e projetos de vida por parte das adolescentes e mulheres jovens sugere que muitas delas não possuem elementos para identificar algumas situações como violência ou para vislumbrar possibilidades de sair dessa condição.

A respeito dos impactos da violência de gênero na saúde mental, em revisão da literatura, Silvia et al. (2016) verificaram que apesar da baixa produção de estudos relacionados a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e contextos rurais, houve nos últimos anos um aumento de investigações direcionadas às relações de gênero e saúde mental. No que se refere a ligação entre estas problemáticas e as questões de violência a escassez de produções se torna mais evidente, porém os trabalhos encontrados indicam que na zona rural a violência se apresenta de forma naturalizada, sendo um dos agravantes a ausência de serviços especializados no território para atender essa demanda.

Para Silveira; Nardi; Spindler (2014) a violência contra mulher foi durante séculos, vivida de forma silenciada e individualizada, considerando se tratar de questões do mundo privado; a luta dos movimentos feministas foi responsável por reivindicar que a essa problemática pertence e deve ser tratada na dimensão coletiva e política. Apesar disso, a exemplo do Kalunga, percebe-se como a sociedade ainda encara essa violência como algo inerente a vida particular, a qual não deve ser explicitada.

Outro ponto a se destacar na narrativa é a explicação de como a pequena possibilidade de estudos, a fragilidade de vínculos empregatícios e baixa remuneração contribuem para colocar essas pessoas em situação de submissão e violação de direitos. É importante reconhecer também a existência da dimensão racial nas questões de gênero que estabelece privilégios e desigualdades entre as mulheres, isso se manifesta mais criticamente no mercado de trabalho formal, onde mulheres negras são preteridas no acesso a melhores cargos e salários, justificando-se com o eufemismo da “boa aparência”. Sobre isso, Carneiro (2011, p. 128) cita o conteúdo da declaração “Pró III Conferência Mundial da ONU contra o Racismo, Xenofobia e Formas de Intolerância” feita pela Organização das Mulheres Negras Brasileiras em 2001:

O trabalho doméstico ainda é, desde a escravidão negra no Brasil, o lugar que a sociedade racista destinou como ocupação prioritária das mulheres negras. Nele, ainda são relativamente os ganhos trabalhistas e as relações se caracterizam pelo servilismo. Em muitos lugares, as formas de recrutamento são predominantemente neo-escravistas, em que meninas são trazidas do meio rural, sob encomenda, e submetidas a condições sub-humanas no espaço doméstico.

Reflexões sobre as relações entre violência de gênero e raça, pontuam a maior vulnerabilidade da mulher negra em situações de violência doméstica, porque essas têm menos acesso a recursos e serviços sociais e de saúde, somando o fato de carregarem os efeitos do racismo nos assujeitamentos que constituem seus processos de subjetivação. Com relação aos profissionais responsáveis pelo cuidado dessas pessoas, identificou-se que apesar do quesito cor ser presente na maioria dos fichas dos serviços, ele não é tratado como relevante, bem como grande parte dos trabalhadores ignoram os impactos e a interface do racismo nessas situações de violência, o que se justifica principalmente pelo mito da democracia racial difundido no país (MOURA, 2009, apud SILVEIRA; NARDIN, SPINDLER, 2014).

O diálogo com Júlia também me remeteu a encontros com mulheres no CAPS AD, onde muitas relatam histórias de vida altamente marcada pela violência. Apesar disso, essas mulheres peregrinam por serviços de saúde recebendo uma oferta de cuidado apenas para os sintomas consequente dessa trajetória de violações. Em raras situações ocorreram denúncias, e muitas delas mantinham o relacionamento com o agressor. Oliveira e Jorge (2017) através da prática assistencial em um CAPS AD, constatam que uma parcela significativa das mulheres que circulam pelo serviço foram ou são vítimas de violência; grande parte delas, apresentam problemas relacionados ao uso de álcool e tranquilizantes, e frequentam constantemente o serviço com “queixas vagas”. Embora essas mulheres acionem constantemente os serviços com queixas diversas, geralmente os profissionais não investigam a possibilidade desta demanda estar relacionada à situações de violência, destaca-se ainda a falta de qualificação das equipes já que a identificação e abordagem requer um cuidado atencioso e de qualidade.

Frente a isso eu ainda me pergunto: Isso aqui não é Brasil?

Fico com a impressão que dentre os muitos “*brasis*” existentes, decorrentes tanto da pluralidade cultural, tanto das grotescas desigualdades sociais, existe uma internalização e naturalização dos processos de diversas formas de violência como física e simbólica. A interface dessas desigualdades geram sofrimentos psíquicos, levando essa população cotidianamente aos serviços de saúde e saúde mental. Cabe a nós profissionais da saúde a reflexão de que lugar estamos ocupando e queremos ocupar frente a tudo isso.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho é resultado de grande confluência desde a escolha inicial na Residência Multiprofissional pela região Noroeste de Campinas.

A passagem pelo CAPS AD provocou-me inquietações ao me deparar com a quantidade significativa de negros, atravessamentos sociais e diversas formas de violência, muitas delas, perpetuada pelo próprio Estado.

Em 2017, inseri-me a partir do Cecco Toninha nas atividades da Casa de Cultura Tainã e deparei-me com um bastião do Movimento Negro da cidade. Um de seus projetos, a Rota dos Baobás, tem ligações com vários estados do Brasil e outros países formando a Rede Mocambos, a qual através do desenvolvimento de tecnologias livres de comunicação promove articulação entre as comunidades, facilitando a busca de estratégias para o enfrentamento das problemáticas, tendo como pilar fundamental o registro da história, a memória como patrimônio e resistência. Foi um encontro importante para minha formação como profissional negra na pós-graduação acadêmica.

Esse contato foi facilitador para o meu estágio “eletivo” na periferia do Distrito Federal e no Quilombo Kalunga, em Goiás. As inserções da UnB, embora poucas, bastaram para minha emocionada constatação da visibilidade à população negra existente na academia na universidade-berço das políticas afirmativas, deixando-me mais segura da defesa intransigente das cotas no Brasil.

Finalmente, a vivência na comunidade Quilombola Kalunga, onde a resistência para manter as tradições quilombolas sofre com a ausência de Estado, do cumprimento da legislação e a interpretação destas leis por defensores dos interesses de poderosos, que utilizam delas para dificultar a vida da comunidade, minar sua resistência degradando e até afastando as novas gerações. Ao mesmo tempo que vitaliza a luta de muitos que lançando mão das políticas afirmativas estudam e sentem como missão defender suas terras e o que dela tiram sem danificá-la.

Confluência, porque também senti a irresistível missão de trazer para o registro acadêmico, o que está a meu alcance, a opressão, a dor e a resistência da Comunidade Kalunga, esta digna representante dos povos africanos que formaram o Brasil.

Assim, desta forma o produto do meu Trabalho de Conclusão de Curso, baseou-se em narrativas de histórias ouvidas e vividas, temperadas de análise de minha experiência ao longo da Residência Multiprofissional numa grande cidade.

A primeira das narrativas, apresentou um acontecimento trágico, que representa um desafio cotidiano no que tange ao acesso a saúde principalmente quando se trata de povos tradicionais da zona rural. A contraposição dessa realidade com outras experiências deixa para reflexão o quanto o princípio de acesso universal à saúde e equidade estão muito além da garantia de rede de serviços, já que o funcionamento desses equipamentos é atravessado pelo Racismo Institucional e o Sexismo, apresentando-se como barreiras para o acolhimento das reais necessidades dessas populações

O racismo institucional presente nas bases da nossa sociedade acarreta fortemente na precarização do cuidado e acesso a saúde por parte da população negra. No caso das comunidades tradicionais de zona rural a questão apresenta-se com maior complexidade, uma vez que o território possui uma série de características específicas além de ser objeto de interesse de grandes latifundiários e empresários.

A segunda e a terceira narrativa, além de provocarem questões sobre os recursos e fragilidades do território, trouxeram a cena sobretudo a experiência de mulheres, as quais diariamente vivenciam as diversas formas de violência, seja física ou simbólica, geradas pela sociedade patriarcal, produzindo sofrimento psíquico.

Além disso, essas vivências levaram-me a perguntar sobre o quanto o estudo permitido pelas políticas afirmativas tem conseguido aproveitar do conhecimento tradicional da comunidade sobre a saúde: as ervas que curam? o nascimento que não é evento hospitalar? Denunciar o sucateamento do SUS, cada vez mais depredado principalmente na área rural, e mesmo a incorporação de conhecimentos não ocidentais dominantes.

Embora estas narrativas digam de um contexto específico, ressalta-se que estas desigualdades estão na base social, atravessando os grandes centros urbanos, manifestando-se também nos serviços de saúde. Neste sentido, a produção de conhecimento, espaços de Educação Permanente e a presença deste debate dos currículos da formação dos profissionais é fundamental para a produção de ofertas de saúde que não apenas rompam com a lógica de opressões, mas sobretudo, quebrem o silenciamento e a invisibilidade, provocando estratégias emancipatórias de enfrentamento das barreiras que impedem que as populações dos diferentes “*brasis*” vivam com dignidade.

“ Ê Calunga, ê Calunga... preto veio me contou...”

(Samba enredo da Paraíso da Tuiuti)

6 REFERÊNCIAS

ALVES, M. C.; JESUS, J. P.; SCHOLZ, D. Paradigma da afrocentricidade e uma nova concepção de humanidade em saúde coletiva: reflexões sobre a relação entre saúde mental e racismo. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 869-880, 2015.

ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e econômicos da saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Porto, v. 28, n. 2, p.127-131, 2010. Disponível em:<http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/pdf/S0870902510700031/S300/>. Acesso em: 17 jan. 2018.

COUTO-OLIVEIRA, V. *Vida de mulher: Gênero, pobreza, saúde mental e resiliência*. 2007. 284 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

FARO, A. PEREIRA, M. E. Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. *Estudos de Psicologia*, v.16, n.3, p. 271-278, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v16n3/09.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

KALCKMANN, S.; et al. Racismo Institucional: Um desafio para equidade no SUS? *Saúde Sociedade*, São Paulo, v.16, n.2, p.146-155, 2007.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra. In: BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. (Org.). *Seminário saúde da população negra estado de São Paulo*, 2004. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005. p. 53-101.

NOVAIS, T. O. *O uso de álcool e outras drogas na comunidade Kalunga de Cavalcante e suas redes de cuidado*. 2015. 224 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015. jan. 2018.

OLIVEIRA, E. N.; JORGE, M. S. B. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. *Revista RENE*, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 93-100, 2007. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol8n2_pdf/a12v08n2.pdf. Acesso em: 20 jan. 2018.

PRESTES, C. R.S.; PAIVA, S. F. V. Abordagem psicossocial e saúde de mulheres negras: vulnerabilidades, direitos e resiliência. *Saúde Sociedade*, São Paulo, v.25, n.3, p.673-688, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00673.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

SANTOS, M. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SILVA, M. L. Racismo e os efeitos na saúde mental. In: BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. (Org.). *Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005. p. 129-132.

SILVA et al. Saúde Mental, condições de vida e gênero: transtornos mentais comuns em assentamentos rurais. In: DIMENSTEIN et al. (Org). *Condições de vida e saúde mental em contextos rurais*. São Paulo: Intermeios, 2016. p. 247-278.

SILVEIRA, R. S.; NARDI, H. C.; SPINDLER, G. Articulações entre gênero e raça/cor em situações de violência de gênero. *Psicologia e Sociedade*. v.26, n.2, p.323-334, Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000200009>. Acesso em: 15 jan. 2018.

TAQUETTE, S. R.; MEIRELLES, Z. V. Discriminação racial e vulnerabilidade às DST/Aids: um estudo com adolescentes negras. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p. 129-142, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n1/08.pdf> . Acesso em: 10 dez. 2017.

ZANELLO, V. Saúde mental, gênero e dispositivos. In: DIMENSTEIN et al. (Org). *Condições de vida e saúde mental em contextos rurais*. São Paulo: Intermeios, 2016. p. 224-246.

ZANELLO, V.; R. M. C. SILVA. Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética*, v. 20, n. 2, p. 267- 79, 2012.