

SAÚDE QUILOMBOLA NO MARANHÃO

HEALTH IN QUILOMBOLA MARANHÃO

Carlos Benedito Rodrigues da Silva¹

Carla Georgea Silva Ferreira²

Fernanda Lopes Rodrigues³

RESUMO

O presente estudo avalia os dados de condições de vida e de saúde das populações quilombolas do estado de Maranhão, Nordeste do Brasil. Este estudo teve como objetivo coletar dados empíricos dos principais problemas de saúde enfrentados pelos povos quilombolas, a fim de divulgar e relatar as dificuldades experimentadas por essa população na obtenção de serviços de saúde pública adequados. Essa avaliação se baseia em dados empíricos coletados em campo. Portanto, ele permite uma visualização realista da situação relatada e constrói uma base de conhecimento para ser usado em políticas públicas que garantam a melhoria das condições de vida e de saúde dos quilombolas que vivem no estado do Maranhão. Este estudo foi conduzido em 2008 pelo Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros da Universidade Federal do Maranhão (NEAB / UFMA). O apoio financeiro e técnico do presente estudo foi promovido pela Fundação Souza Andrade de Apoio ao Desenvolvimento da UFMA (FSADU). A fim de obter as informações necessárias, o estudo baseou-se num questionário quantitativo com 39 perguntas abertas e fechadas com foco nas condições de trabalho, educação e saúde relacionadas à população quilombola. Vinte e sete famílias foram selecionados em 15 municípios que apresentam o menor índice de desenvolvimento humano no estado. Um total de 760 questionários foram aplicados, resultando em um questionário por família. Além disso, 212 homens e 548 mulheres responderam às perguntas. A elevada incidência de gravidez na adolescência e a falta de assistência pré-natal adequada dos serviços públicos de saúde estavam entre os principais resultados relativos à população feminina. Além disso, a falta de uma estratégia de prevenção de doenças e o número ineficiente de médicos e centros de saúde devem ser destacados entre os resultados. Os resultados mostram também, que os povos quilombolas que vivem nas comunidades rurais do Maranhão sofrem de doenças étnicas tratadas com descaso pelos serviços públicos.

Palavras-chave: Maranhão. Comunidades Quilombolas. Saúde da População Negra. Saúde Quilombola.

¹ Doutor em Antropologia pela PUC-SP - Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais e Coordenador do Núcleo de Estudos Afro - Brasileiros da UFMA. E-mail: cbrodriguesilva@gmail.com

² Mestra em Ciências Sociais pela UFMA - Professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. E-mail: carlageorgea@yahoo.com.br.

³ Mestra em Ciências Sociais pela UFMA - Professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. E-mail: nanda.ufma@hotmail.com

ABSTRACT

The present study evaluates the data of life and health conditions of the maroon people from Maranhão state, northwestern Brazil. This study aimed to collect empirical data of the main health issues faced by the maroon people in order to disclose and report the difficulties experienced by this population in obtaining adequate public health services. This evaluation relies on empirical data collected in the field. Therefore, it allows a realistic visualization of the reported situation and builds a baseline of knowledge to be used in public policies that ensure improvements in the life and health conditions of the maroons living in Maranhão state. This study was conducted 2008 by the Center for Afro-Brazilian Federal University of Maranhão Studies (NEAB/UFMA). The financial and technical support of the present study was promoted by the Foundation Souza Andrade Development Support UFMA (FSADU). In order to get the necessary information, the present study relied on a quantitative questionnaire with 39 open and closed questions focusing on the conditions of labor, education and health approaching the most common diseases that occur among the population. Twenty seven families were selected in 15 counties that show the lowest human development index in the state. A total of 760 questionnaires were applied, yielding in one questionnaire by family. Moreover, 212 men and 548 women answered to the questions. The elevated incidence of teenage pregnancy and the lack of adequate prenatal assistance from the public health services were among the main results related to the women population. Further, the lack of a strategy of prevention of diseases and the inefficient number of doctors and health centers should be highlighted among the results. Furthermore, the present results show that the maroon people living in the rural communities of Maranhão suffer from ethnical diseases that have been forgotten by the public services.

Keywords: Maranhão. Quilombo Communities. Health of the Black Population. Health Quilombo.

Introdução

A sociedade brasileira tem experimentado uma série de transformações nos mais diversos campos, trazendo à tona, entre outras coisas, novas formas de organização política, reivindicações coletivas e reconhecimentos dos direitos de participação para minorias étnicas e sociais.

Nessa perspectiva de mudanças, a questão racial conquista espaços nos principais debates sobre os rumos da democracia no Brasil, especialmente a partir das reivindicações apresentadas por ativistas acadêmicos e do movimento social negro, pela implantação de políticas afirmativas de reconhecimento e valorização da importância da população negra no processo histórico do país.

O Brasil constitui-se no maior país de população negra fora do continente africano. Logo, não é aceitável o desconhecimento das necessidades desse segmento, no que diz respeito à definição de políticas públicas de melhorias em sua qualidade de vida, do ponto de vista do acesso à educação, ao mercado de trabalho e à saúde.

É, portanto, de fundamental importância que os órgãos governamentais e a sociedade civil como um todo reconheçam que o racismo, enquanto fenômeno ideológico e dinâmico se mantém presente ao longo do desenvolvimento das sociedades, o que o torna fomentador e multiplicador de vulnerabilidades.

Os índices de desigualdade socioeconômica, apresentados pelas principais agências de pesquisa reconhecidas para esse fim (IBGE, IPEA, entre outras), têm apontado dados alarmantes de reprodução das contradições entre um país que ocupa a décima economia mundial e, ao mesmo tempo, mantém grandes parcelas de sua população entre as mais pobres do mundo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do país.

No que diz respeito às comunidades negras rurais, esses dados se tornam mais alarmantes, pois nessas áreas, as famílias se veem, por várias décadas, envolvidas em conflitos com latifundiários, advogados e políticos, na defesa de seus direitos de permanecer nas terras que

herdaram como resultado do trabalho de seus antepassados escravizados.

As comunidades quilombolas têm se constituído um grande foco de estudos e pesquisas nas últimas décadas. Atualmente esses estudos estão relacionados com a definição do Artigo 68 das Disposições Transitórias da Constituição de 1988, que assegura o direito de propriedade a todos os remanescentes de quilombos espalhados pelas várias regiões do país (O'DWYER, 2002).

No estado do Maranhão, através de entidades oficiais e não-governamentais como as Universidades (Federal e Estadual), o Centro de Cultura Negra, Sociedade Maranhense de Direitos Humanos, dentre outras, têm sido realizadas pesquisas, abordando aspectos diversos da vida das comunidades, as condições de organização sócio-política, a situação educacional de crianças e adolescentes, as relações de gênero e a saúde, etc.

Entre os principais problemas detectados, estão aqueles relacionados à educação e à saúde. No que tange à educação, constata-se um alto nível de analfabetismo entre os adultos, analfabetismo funcional entre aqueles que possuem escolaridade e muitas dificuldades de acesso e permanência das crianças nas escolas.

Em geral, as comunidades não têm escolas e onde elas existem, a estrutura física é precária e a qualidade do ensino é baixa. Esse cenário se agrava com a falta de recursos didático-pedagógicos que considerem as especificidades étnicas e culturais dessas comunidades, além de dificuldades de qualificação dos professores.

No tocante à saúde, o descaso é evidenciado na ausência de postos e agentes nas proximidades. O que dificulta o acesso das famílias ao atendimento médico, inviabilizando o acompanhamento preventivo às mulheres, que exigem atenção específica, tanto pela precariedade das condições de trabalho a que estão expostas, quanto em relação à saúde reprodutiva.

Assim, as desigualdades étnicas e raciais, somadas a disparidades socioeconômicas, como a distribuição desigual da renda e os baixos níveis de escolaridade, dificultam o acesso aos programas de saúde

para a maioria da população, aumentando indefinidamente as angústias das famílias quilombolas. Esse quadro de adversidades acaba por exigir uma atenção maior dos órgãos públicos de forma articulada, tendo em vista que, a vulnerabilidade dessas populações a determinadas doenças aumentam, à medida em que diminui o amparo social.

Do ponto de vista da Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, o acesso ao bem-estar social e à saúde é:

(...) um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado promover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva (BRASIL, 1988, 1990a, 1990b).

Neste sentido, a definição de saúde envolve não apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado pleno de bem-estar físico mental, social e espiritual. Portanto, a concepção de saúde envolve as condições gerais e específicas de cada indivíduo ou grupo no ambiente social em que vive.

É necessário, portanto, que os resultados dos estudos realizados nas comunidades quilombolas sejam canalizados para a definição de políticas públicas que propiciem melhorias nas condições de saúde, educação e trabalho, respeitando a diversidade cultural que enriquece e dinamiza sua vida social.

Para atender a essa premissa, atendendo ao Programa Atenção Básica do Ministério da Saúde, desenvolvemos o Projeto “Fortalecimento da Atenção Básica/Saúde Quilombola”, elaborado pelo Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros da Universidade Federal do Maranhão/NEAB/UFMA em parceria com a Secretaria de Saúde do estado do Maranhão. O objetivo foi coletar dados empíricos sobre as condições de vida e saúde das famílias, para elaboração de diagnóstico de saúde da população quilombola no Maranhão, uma proposta de fornecer dados empíricos que pudessem retratar, o mais fielmente

possível, as condições de saúde dos habitantes das comunidades quilombolas do Maranhão.

Compreendemos que, definir como foco de análise a saúde de quilombolas, apresentou-se, entre outras coisas, como uma oportunidade de desvendar um universo ainda desconhecido, cujos resultados fornecessem subsídios para intervenções concretas, no sentido de assegurar melhorias na qualidade de vida dessas famílias e, ao mesmo tempo, apresentar indicadores importantes, quanto à vulnerabilidade social, das famílias quilombolas.

Além de viabilizar a construção de políticas públicas e ações afirmativas, voltadas para melhorias de vida e fortalecimento da autoestima das populações envolvidas, a pesquisa se justificou pela possibilidade de identificar e mapear a diversidade cultural que orienta práticas cotidianas das comunidades, no que diz respeito ao uso de plantas, remédios caseiros, chás e “benzeções” no tratamento de saúde/doença.

Ao final da pesquisa, produzimos um relatório com a análise dos dados, como instrumento para a definição de programas de atuação governamental, através da implantação de políticas públicas específicas de saúde da população negra quilombola. Nos limites desse artigo, trataremos apenas das questões que se referiam, especificamente, à saúde da população que compôs a amostra da pesquisa.

1. Apresentando as trilhas da pesquisa

A equipe foi constituída por um coordenador, uma consultora com qualificação na área de saúde da população negra e seis pesquisadores bolsistas, dentre eles, quatro graduandos nas áreas de Ciências Humanas vinculados ao NEAB/UFMA e dois estudantes da área de Saúde, ligados ao movimento social negro local. A escolha da equipe se deu baseada na familiaridade do grupo com as questões étnico-raciais relacionadas às comunidades quilombolas e com qualificação para a aplicação das técnicas de investigação propostas.

No desenvolvimento da investigação, recorremos a alguns autores que tratam de questões pertinentes à metodologia de pesquisa no campo das ciências humanas, Minayo (1998), Da Matta (1981), Velho (1978), Geertz (1978).

Segundo a orientação desses autores, para se obter uma compreensão mais fiel possível sobre uma dada comunidade ou campo de pesquisa, é necessário um mergulho aprofundado em termos de tempo, como diz Malinowski (1984), a fins de que o pesquisador ou pesquisadores possam desvendar os códigos culturais dos grupos investigados, conhecerem suas categorias de classificação da vida social.

Da Matta (1981, p. 156) seguindo as pistas de Clifford Geertz, e dialogando com Gilberto Velho, enfatiza o exercício antropológico de “transformar o exótico em familiar e o familiar em exótico”, apropriando-se da expressão “anthropological blues” que nos leva, segundo ele, a:

Cobrir e descobrir, de um modo mais sistemático, os aspectos interpretativos do ofício do etnólogo. Trata-se de incorporar no campo mesmo das rotinas oficiais, já legitimadas como parte do treinamento do antropólogo, aqueles aspectos extraordinários, sempre prontos a emergir em todo relacionamento humano (DA MATA, 1981, p. 156).

Neste sentido, a compreensão sobre as formas de classificação e as alternativas acionadas pelas famílias quilombolas, como curas, magias e benzeções, relacionadas à saúde/doença, exigiria um contato mais duradouro da equipe de pesquisadores(as) com as comunidades, em uma investigação participativa para, na condição de analistas, traduzir, à luz de referenciais teórico-conceituais atualizados, as suas representações do cotidiano.

Entendemos que tais procedimentos propiciariam maior enriquecimento sobre o campo da pesquisa, tanto com a aplicação dos questionários, quanto na observação participante, seguindo as orientações metodológicas adotadas pelas Ciências Sociais, especialmente pela Antropologia, desde os ensinamentos de Franz Boas no final do Século XIX e de Malinowski no início do Século XX.

Entretanto, o tempo de duração da pesquisa Atenção Básica à Saúde Quilombola, não permitiu uma permanência mais longa dos pesquisadores junto às comunidades, exigindo um instrumental de investigação que pudesse apresentar respostas mais imediatas, sem comprometer os objetivos da pesquisa. Para tanto, foi adotado um procedimento de coleta de informações através da aplicação do método quantitativo, a fim de se obter uma amostra o mais fiel possível da realidade de vida das comunidades escolhidas.

Como instrumento de investigação, elaboramos um questionário com trinta e nove questões abertas e fechadas, enfocando as condições de trabalho, educação e saúde das famílias, questionando, prioritariamente, sobre as doenças mais comuns que as afetam.

Posteriormente, estabelecemos os primeiros contatos com as comunidades para apreensão do universo de investigação, atentando para o número de famílias de cada área, pois sobre estas recairia o recorte de definição do universo da pesquisa.

Para atingir os objetivos do projeto foram selecionadas 27 (vinte e sete) comunidades quilombolas de 15 (quinze) municípios maranhenses, privilegiado aqueles que apresentaram menor Índice de Desenvolvimento Humano/IDH.

No decorrer da pesquisa, devido às dificuldades de acesso a algumas áreas, foi necessário promover alterações no quadro das comunidades indicadas, pois em algumas áreas só era possível chegar de bicicleta ou a cavalo⁴. Em algumas⁵ comunidades, devido estarem localizadas próximo à sede do município, os moradores já estavam habituados à visita de pesquisadores. O que provoca saturação entre as famílias, pois, nem sempre, segundo os relatos, as pesquisas resultaram em retorno satisfatório em termos de políticas públicas ou de outros benefícios para essas comunidades, daí a recusa em atender a novas investigações. Houve, também, situações de comunidades que estavam se preparando para a realização ou realizando festejos⁶, o que dificultou a aplicação dos questionários entre as famílias.

⁴ Jacareí e Achuí em Penalva; Pedras do Mocambo em Caxias.

⁵ Comunidade Agrícola II em Bacabeiras e Baiacuí em Icatú.

⁶ Comunidades de Outeiro em Itapecurú e Jacareí dos Pretos em Icatú.

Além da exigência do auto-reconhecimento como quilombolas, um dos critérios de definição foi a proximidade entre as comunidades, tendo em vista que a pesquisa só poderia ser realizada nos finais de semana, obedecendo à disponibilidade de tempo dos trabalhadores rurais, pois durante os dias da semana estes estão envolvidos em suas atividades específicas de trabalho. Optando pelo critério da proximidade geográfica, a equipe poderia entrevistar mais de uma comunidade em cada viagem, considerando também, que os integrantes da equipe estariam trabalhando ou assistindo aulas ao longo da semana.

A pesquisa de campo teve início no mês de junho de 2008, estendendo-se até o mês de agosto. O objetivo inicial era investigar todas as famílias de cada comunidade, entretanto, considerando as dificuldades encontradas para acesso a alguns domicílios e também, respeitando o tempo de disponibilidade dos moradores, optamos por uma média de amostragem que, mesmo sem atingir a totalidade, desse conta de abarcar um percentual superior a 50% das famílias, pois assim teríamos um quadro mais aproximado da realidade. Em três das comunidades, entretanto, por motivos já explicitados, não foi possível atingir essa média, porém, essa ausência não comprometeu o conteúdo das informações. Foram aplicados 760 questionários, sendo um em cada família, ouvindo 212 homens e 548 mulheres.

É válido ressaltar que essa redefinição foi promovida em comum acordo entre a coordenação do projeto e a coordenação do Programa Atenção Básica à Saúde, no entendimento de que não comprometeria os resultados da pesquisa, uma vez que a realidade das comunidades apresenta muitas semelhanças, ocasionando recorrência nas respostas e saturação das informações.

Tabela 1. Comunidades Pesquisadas por município e total de questionários.

Município		Comunidade	N. de questionários
Alcântara	1.	Peroba de Cima	22
	2.	Ladeira	13
	3.	Castelo	25
Bacabal	4.	Catucá	28
	5.	Piratininga	36
Bacabeira	6.	Agrical II	33
Buriti	7.	Santa Cruz	26
Caxias	8.	Jenipapo	21
	9.	Olho D'água	19
Icatú	10.	Jacareí	20
	11.	Baiacuí	28
	12.	Santa Maria	30
Itapecuru	13.	Outeiro	28
	14.	Santa Rosa dos Pretos	34
Lima Campos	15.	Bom Jesus dos Pretos	47
	16.	São Francisco	31
Mata Roma	17.	Bom Sucesso	55
Penalva	18.	Alto Bonito	43
	19.	Santo Antônio	23
	20.	Oriente	32
Pedreiras	21.	Lago da Onça	18
Pinheiro	22.	Santana dos Pretos	44
Presidente Vargas	23.	Finca Pés	18
	24.	Boa Vista dos Pretos	15
Rosário	25.	São Miguel	29
	26.	Piqui de Rampa	27
Vargem Grande	27.	São Roque	15
	TOTAL		760

2. Formação das comunidades quilombolas no Maranhão.

Analisar a situação das comunidades negras rurais no Maranhão exige considerações sobre a dinâmica escravista e suas implicações na vida dos descendentes de africanos escravizados que vivem nessas áreas desde a abolição, enfatizando suas lutas para assegurar o reconhecimento dos direitos de permanência nas terras.

Alguns estudos produzidos sobre o período escravista no Maranhão, a exemplo de Barreto (1977), Meireles (1983), Vilela Santos (1983), Conrad (1985), entre outros, indicam que o tráfico de negros escravizados para essa região, tomou proporções mais amplas com a criação da Companhia Geral do Comércio do Grão-Pará e Maranhão, pelo Marquês de Pombal, em 1777.

Para Maria Amália Pereira Barreto (1977, p. 440), os constantes conflitos e divergências entre colonos e Jesuítas, sobre a exploração do trabalho indígena, foram determinantes para introdução do negro africano, escravizado, representando um acordo entre os Jesuítas e a Coroa Portuguesa, a partir de 1682, com a organização da Companhia do Comércio do Maranhão.

Que forneceu inicialmente crédito, escravos e ferramentas aos lavradores, que assim cultivariam os gêneros tropicais que os seus nativos levariam de Belém e São Luís, para Lisboa. O mais importante gênero cultivado foi o algodão, destinado ao mercado industrial da Inglaterra (...) (BARRETO, 1977, p. 44).

Segundo indicação de Meireles (1983), já existia o tráfico de escravos africanos para o Maranhão muito antes da instalação da Companhia Geral do Comércio, em 1755, “(...) haja vista que, em 1655 se criava em São Luís um cargo de juiz de Saúde, para dentro de suas atribuições, visitar os nativos que chegavam com negros, naturalmente em não muito bom estado de saúde” (MEIRELES, 1983, p. 21).

Essa atividade só ocorreria mais intensamente, entretanto, a partir do século XVIII, quando o Maranhão entrou definitivamente no cenário econômico internacional, com a exportação do algodão para o mercado inglês.

Até esse período, a introdução de escravos foi esporádica e insipiente, a economia local estava baseada na lavoura canavieira e na exportação dos produtos da floresta, realizada pelo escravo nativo, entretanto, a mão de obra indígena mostrava-se inadequada para ativar a produção em bases da economia exportadora. Por outro lado, a oferta de negros era muito reduzida, pois estes eram quase todos enviados para as zonas açucareiras de Pernambuco e da Bahia. A solução para esses problemas começou a aparecer com a criação da Primeira Companhia Geral do Comércio em 1682 que, segundo alguns estudiosos (BARRETO, 1977; MEIRELES, 1983; SANTOS, 1983), deveria fornecer 500 escravos por ano, durante vinte anos, para resolver os problemas de mão de obra e organizar o comércio entre as Capitanias do Maranhão e Grão-Pará.

Amália Barreto (1977, p. 42) mostra que, em 1684, eclodiu uma revolta, liderada por Manuel Beckman, denunciando os abusos dessa Companhia contra o comércio local, o que culminou no processo de sua extinção. Conrad (1985, p. 37-40) mostra que, na a segunda metade do século XVIII, a região (Pará e Maranhão) encontrava-se em um novo estágio de desenvolvimento, tendo recebido, entre 1756 e 1778, um total de 28.177 escravizados.

Se a Companhia Geral teve um papel fundamental na dinamização do tráfico, ela não foi a única responsável pela introdução do negro na colônia, pois, após a sua extinção, o tráfico continuou a ser feito por negociantes particulares que realizavam suas transações diretamente com os lavradores, aumentando ainda mais a população escravizada do estado, até praticamente a metade do século XIX.

Segundo indicação de Vilela Santos (1983, p. 20), em 1822, a população da Capitania era estimada em 152.893 habitantes, sendo o número de escravizados calculado na proporção de dois para um livre. Afirma ainda essa autora que, vinte anos mais tarde, o presidente da província teria apresentado à Assembléia Legislativa um mapa estatístico da população provincial indicando um total de 207.000 habitantes para toda a província, dos quais 87.266 eram escravizados, porém, a autora considera a possibilidade de que o número de escravizados fosse mais elevado, porque:

[...] alguns senhores que, considerando seus escravos como coisas, omitiam-se em relacioná-los oficialmente.

Ainda, a existência de africanos livres no Maranhão, vivendo como escravos escapou ao levantamento estatístico feito pelos meios convencionais (Op. Cit. p.21).

Mesmo considerando algumas contradições apresentadas pelos diversos estudiosos do assunto, esses dados, sem dúvida, demonstram a importância do africano escravizado na economia maranhense. Revela inclusive, uma peculiaridade em relação a outras regiões do país, pois, levando-se em conta que o tráfico tenha começado mais tarde para esse estado, em certos momentos a população de negros chegava a ser superior à de brancos. Esse fato traria consequências nas transformações ocorridas na economia maranhense, no final do século XVIII.

Com a superação do sistema escravista, e com dificuldades econômicas enfrentadas na região, em consequência da queda nos preços do algodão, a população negra começou a ser descartada como mão de obra. A partir da abolição, o grande contingente de ex-escravos, que não havia sido preparado para enfrentar de imediato as novas relações de trabalho, permaneceu no subemprego e na marginalidade. Além disso, a resistência dos proprietários rurais e comerciantes diante das transformações que se apresentavam com o fim do escravismo, impedia a criação de novos espaços de trabalho para a região.

Esse foi um dos fatores determinantes para o processo de pauperização da população negra maranhense, que ainda hoje habita as regiões mais pobres da área rural, e que submetida às ações da grilagem (expulsão da terra), aumenta consideravelmente as áreas de invasões e palafitas dos centros urbanos.

O negro africano, independente de suas origens étnicas, foi a mola propulsora do crescimento econômico do Maranhão até o final do século XIX, quando as mudanças econômicas exigiram novas relações de trabalho. A substituição da mão de obra escrava por colonos (ALMEIDA, 2002), expulsou a população negra para uma situação de marginalidade e mendicância, consolidadas pela abolição da escravatura em 1888, pois o processo abolicionista desestruturou a vida dos proprietários de terra e provocou, de forma violenta, a destruição das possibilidades de reorganização de vida para a população negra no pós-abolição.

Os negros que estavam nos centros urbanos, continuaram rejeitados, não só pelos grupos brancos, mas também, abandonados pelos órgãos públicos, enfrentando as mais violentas situações de marginalidade, excluídos pelas práticas da discriminação e do racismo, concentrando-se nas periferias formadas por invasões ou ocupações de terras, ou nas palafitas, onde as condições de vida são ainda piores.

Uma grande parcela da população descendente dos africanos escravizados permaneceu nas áreas rurais, ocupando as chamadas “comunidades quilombolas”, formadas por diferentes processos, desde antigos quilombos, doação, compra etc., enfrentando toda sorte de violências no confronto com jagunços, grileiros e latifundiários, que não admitem aos negros a possibilidade de serem donos de terras.

Essas formas específicas de ocupação de terras têm sido foco de estudos importantes, ampliando discussões teóricas e conceituais que contribuem para a compreensão mais ampla sobre a questão dos quilombos no Brasil.

Desde a instalação da Assembleia Constituinte de 1988, a discussão sobre quilombo foi retomada no Brasil, em uma revisão do conceito promovida por historiadores, antropólogos, militantes do movimento social negro e juristas, resultando na elaboração do Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, que visa garantir a titulação definitiva com direitos territoriais aos “remanescentes de quilombos” que estejam ocupando suas terras.

A partir desse processo, o termo quilombo tem assumido novos significados na literatura especializada e também para grupos, indivíduos e organizações. Ainda que tenha um conteúdo histórico, o mesmo vem sendo ressemantizado para designar a situação presente dos segmentos negros em diversas regiões e contextos do Brasil.

[...] o termo quilombo não se refere atualmente, a resíduos ou resquícios arqueológicos de ocupação temporal ou comprovação biológica. Também não se trata de grupos isolados ou de uma população estritamente homogênea, (...) 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 (TERRA DE QUILOMBOS. ABA, 1995:A2).

A posse da terra é caracterizada pelo uso comum, onde predominam relações de parentesco, vizinhança e solidariedade nas forma de ocupação das áreas, de acordo com os ciclos da produção, seja para o extrativismo ou para o cultivo da terra. Em seu artigo “Os Quilombos e as Novas Etnias”, o antropólogo Alfredo Wagner Berno de Almeida diz que:

[...] o campo de pensamento da categoria quilombo constitui não apenas um tema próprio, mas também um objeto de reflexão que pressupõe inúmeras noções próprias (...). Está em pauta uma unidade social baseada em novas solidariedades, a qual está sendo construída consoante a combinação de formas de resistência que se consolidaram historicamente e o advento de uma existência coletiva capaz de se impor às estruturas de poder que regem a vida social. Tem-se uma flagrante politização do problema com o processo de consolidação do movimento quilombola enquanto força social. Sua compreensão requer os novos conceitos de etnia e de mediação capazes de permitir esclarecimentos sobre esses fenômenos políticos em transformação. A aceitação desse pressuposto concorre para libertar os argumentos analíticos de todas essas amarras construídas historicamente e que ainda hoje, mesmo com boa vontade, muitas vezes acabamos por reproduzir ante a trajetória de afirmação étnica e política que esses grupos sociais designados como quilombolas estão desenvolvendo (ALMEIDA, 2002, p. 79).

Seguindo nessa mesma linha de análise, Cantanhede Filho (1996) diz que

[...] o conceito antropológico surgido da discussão pertinente a essas terras de preto, tem buscado discutir a ressemantização do termo “quilombo”, incorporando também as lutas pós-abolição da escravidão como continuidades ao processo de autonomização da população negra frente às tentativas de mantê-las como força de trabalho imobilizada, se já na escravidão, mas agora pela concentração de terras (.CANTANHEDE FILHO, 1996, p. 9).

Na perspectiva contemporânea, portanto, as comunidades quilombolas são as terras habitadas por descendentes de africanos escravizados, em áreas rurais das diversas regiões brasileiras. Auto-reconhecidas como “comunidades negras rurais”, “terras de preto”, “comunidades

quilombolas”, entre outras denominações, essas comunidades tem se constituído um grande foco de estudos e pesquisas nas últimas décadas, tanto do ponto de vista acadêmico quanto das organizações dos movimentos sociais, abordando as condições de organização sociopolítica, situação educacional, de crianças e adolescentes, saúde das mulheres, crianças e adolescentes, entre outros. O que contribui, com suas formas específicas de reivindicação, na luta pelos direitos de permanência na terra, conforme assegura o artigo 68 das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição brasileira de 1988.

No entanto, os efeitos cumulativos do racismo institucional fazem com essas comunidades enfrentem uma série de problemas que precisam ser conhecidos e diagnosticados, para que sejam apontadas alternativas que lhes assegurem os direitos definidos na Constituição. É necessário que esses conhecimentos sejam processados e revertidos em políticas públicas, que propiciem melhorias nas condições de vida e de trabalho dessas populações e valorize as alternativas por elas elencadas, respeitando a diversidade cultural que enriquece e dinamiza a sua vida.

3. Sobre os dados coletados nas comunidades quilombolas

Do total de pessoas entrevistadas percebe-se uma predominância de mulheres ouvidas, possivelmente justificada pelo perfil do questionário, que continha muitas questões ligadas ao gênero feminino. Cabe enfatizar que essa tendência se deve também, ao reconhecimento de que, culturalmente, as mulheres estão mais atentas do que os homens, aos problemas de saúde e doença nas famílias.

Quando perguntadas com quantos anos a pessoa teve o primeiro filho, as respostas revelaram a existência de um alto percentual de mulheres que têm filhos com menos de 18 anos (27%), geralmente, as mulheres tiveram seus filhos em idades mais jovens que os homens. Os dados nos informam também, entre outras coisas, que a baixa qualidade de vida, a baixa escolaridade aliadas à falta de acesso aos métodos contraceptivos contribuem com o índice considerável de gravidez na adolescência. Por outro lado, os indicadores apontaram que a maioria (64%) era de jovens que tiveram filhos na idade entre 18 e 25 anos.

A ocorrência da gravidez na adolescência é, cada vez mais, considerada um grave problema de saúde pública no Brasil. Embora as taxas de fecundidade desde a década de 1970 tenham diminuído, a proporção de filhos de adolescentes não parou de crescer. Estima-se, que um milhão de nascidos vivos a cada ano tem mães com idade entre 10 e 19 anos, o que representa aproximadamente 20% do total de nascidos vivos (BRASIL, 1999).

Um agravante desses dados é que a gravidez na adolescência é considerada de alto risco, tendo em conta a idade, a imaturidade psicológica, e, principalmente, as alterações físicas que a gravidez e o parto provocam em um corpo ainda em fase de desenvolvimento, além de todos os riscos obstétricos inerentes, como o esforço de adaptação corporal de duas realidades que convergem num único momento: estar grávida e ser adolescente.

A assistência pré-natal é importante porque previne a mãe e a criança de contraírem doenças que possam ocasionar problemas crônicos da saúde de ambas, é o preparo para o parto sadio, onde a mãe começa a conhecer seu bebê a partir das primeiras consultas. A falta de exames pré-natal expõe a mulher à pré-eclampsia, falta de vitamina no organismo da criança e da mãe, resultando, na maioria dos casos, em mortalidade, tanto da mãe quanto da criança.

Somente 30,7% das áreas visitadas possuíam posto de saúde. 65% das comunidades contavam com visitas médicas, porém, criticaram a falta de espaço adequado para as consultas, alegando falta de atenção suficiente do profissional de saúde com o paciente, no sentido de identificar não só as doenças, mas os motivos causadores da precariedade nas condições de saúde das comunidades.

Quanto ao procedimento médico durante as consultas nas comunidades em que os moradores contam com esse serviço, (33%) dos entrevistados argumentaram que esse direito não é efetivado, já que o médico apenas envia um enfermeiro ou agente de saúde para os trabalhos de prevenção e tratamento de doenças. Devido às dificuldades de acesso aos postos de saúde, as exigências da população recaem sobre o agente de saúde, pois esses têm presença constante, como morador da comunidade ou por residirem em localidades próximas.

Assim, 93% do total das comunidades contam com o Agente de Saúde e o mesmo quantitativo já utilizou esse serviço. As poucas que afirmam não ter (7%) recebem visitas de agentes de saúde de outras localidades.

4. Prevenção e tratamento das doenças

No que se refere às doenças étnicas, quando perguntados sobre conhecer ou ouvir falar sobre doenças relacionadas à cor ou raça de alguma pessoa, ou ainda, que os negros têm mais probabilidades de serem acometidos por algumas doenças, (81%) dos entrevistados afirmaram desconhecimento, (19%), responderam afirmativamente. Constatamos que as doenças mais conhecidas são anemia falciforme (24%), e hipertensão e AVC (29%). Entre os entrevistados, 6,4% alegaram ter familiares com hipertensão, principalmente de familiares idosos. 38% das pessoas entrevistadas declararam ter alguém na família que tenha sido acometido de AVC.

Apenas 6% disseram ter algum familiar em tratamento da anemia falciforme, percentual que pode resultar da associação da anemia falciforme com a ferropriva (anemia comum), causada por falta de ferro no organismo, devido à alimentação inadequada ou dieta insuficiente em ferro. Foram citados ainda, casos de pessoas que tenham apresentado transtornos mentais (10%), sendo que dos que sofrem desse tipo de doença, (35%) faziam tratamento em hospitais psiquiátricos de São Luis, 26% no CAPS do Município, entretanto, 25% dos não faziam nenhum tratamento.

Do ponto de vista da saúde preventiva, os dados revelaram a extrema vulnerabilidade da população negra quilombola, consequência tanto da falta de informação a respeito da alimentação, das condições de higiene e sobre aspectos sintomáticos de determinadas doenças que se constituem fatores de risco, quanto da ausência dos recursos que lhes assegurem os direitos de cidadania.

Destaca-se neste caso, a ausência do Estado como provedor de direitos, pois, conforme indica Milton Santos (2000), os pobres não estão apenas desprovidos de recursos financeiros para consumir, pois a esses

são negados, também, os requisitos necessários aos valores da cidadania como componentes do repertório dos direitos humanos.

Tomamos como referência ainda, as contribuições de Comparato, apud Lopes, 2004, para quem:

[...] direitos humanos são um sistema de valores éticos, hierarquicamente organizados de acordo com o meio social, que tem como fonte e medida a dignidade do ser humano, aqui definida pela concretização do valor supremo da justiça. Segundo o autor, no decorrer da história, a compreensão de dignidade foi balizada pela dor física e pelo sofrimento moral de muitos e desencadeada pelo fenômeno ideológico. Em função disso, a exigência de condições sociais adequadas para a realização de todas as virtualidades do ser humano é intensificada pelo tempo e justificada pelos princípios de irreversibilidade e complementaridade solidária dos direitos já declarados. (COMPARATO, 1999, apud LOPES, 2004, p. 11)

Também a esse respeito, Lopes (2004, p. 8) ressalta que “um dos primeiros passos para minimizar as vulnerabilidades é identificar os direitos não efetivados, tanto do ponto de vista individual quanto do coletivo e, em seguida, elaborar estratégias de promoção”.

Consideramos, portanto, que tal realidade remete à prática de racismo institucional, conceituado como políticas institucionais que, sem o suporte da teoria racista de intenção, produz consequências desiguais para os membros das diferentes categorias raciais (REX, 1987, p.185). No entanto, a consciência da prática do comportamento discriminatório não isenta de culpa, ou seja, a produção de efeitos desiguais para grupos étnicos diferentes, sem motivação justa, é racista.

O desconhecimento está relacionado à falta de informações ou à predisposição para procurá-las. Os profissionais de saúde não são qualificados para transmitir informações sobre as doenças étnicas, seja por preconceito, ou porque também não tiveram acesso a esses conhecimentos.

5. Visita do médico na comunidade

Quanto à frequência de visita médica na comunidade, apesar de a maioria (65%), responder afirmativamente, muitos moradores, especialmente mulheres e pessoas idosas, criticaram as formas de atendimento, que em algumas comunidades são realizados coletivamente, sem respeitar a individualidade dos pacientes. Ressaltaram também ausência dos médicos nas comunidades, afirmando que, quando frequentam os postos de saúde, não se sentem atendidos adequadamente.

Os agentes comunitários de saúde têm a responsabilidade, entre outras coisas, de informar a população sobre questões de saúde/doença. Talvez por isso, tanto sua presença é cobrada quanto sua atuação é criticada quando a população sente que suas demandas não estão sendo atendidas. Ao serem questionados sobre a quantidade de visitas que são realizadas pelo agente de saúde na comunidade, apenas 19,7% dos entrevistados informaram que recebem mais de três visitas mensais, enquanto 50,3% afirmam que a visita desse profissional se dá apenas uma vez por mês.

Entretanto, mesmo considerando a presença de agentes de saúde, existem casos em que a presença do médico é necessária, como é o caso, por exemplo, das gestantes que necessitam de acompanhamento especializado para exames pré-natais e pós-partos, quando não contam com a presença de profissionais de saúde em suas comunidades, são obrigadas a se deslocarem para a sede do município em busca desse atendimento. Geralmente quando as pessoas adoecem nas comunidades, desprovidas de atendimentos médicos, 87,5% das entrevistadas afirmaram utilizarem-se de chás e remédios caseiros como tratamento das doenças, revelando que, apesar das transformações na vida cotidiana dessas famílias, permanece ainda, uma forte influência da medicina tradicional, como componente dos saberes acumulados através de várias gerações.

Em relação à quantidade de exames médicos realizados durante o ano, independentemente de estar ou não gestante, ou acometida de alguma doença, 57,0% dos entrevistados (as) revelaram não haver realizado nenhum tipo de exame no ano, isso significa que, mesmo havendo visita médica nas comunidades, a população carece de muita

informação e, ao mesmo tempo, melhorias na qualidade do atendimento que recebe. Em geral, as pessoas só têm informação sobre as doenças quando são atingidas por ela, como é o caso da hipertensão arterial, uma das doenças que mais atingem e que afetam mais drasticamente a população negra, as respostas revelaram que, 89,3% dos entrevistados conhecem ou já ouviram falar a respeito e, 84,2% das pessoas entrevistadas tinham informação sobre diabetes mellitus.

A anemia falciforme é uma doença de origem africana, caracterizada por uma alteração sanguínea que causa anemia crônica e dores generalizadas. Nos portadores dessa doença, as células do sangue têm um formato diferente do normal, o que dificulta a circulação, provocando acidentes cerebrais (os populares derrames), lesões em diversos órgãos e úlceras de perna (BRENDLER, 2006). Brunner e Suddarth (2002, p. 938) afirmam que “[...] é uma doença herdada em que, os glóbulos vermelhos, diante de certas condições, alteram sua forma e se tornam parecidos com uma foice”.

Anemia falciforme não deve ser confundida com o traço falciforme. Traço falciforme significa que a pessoa é tão somente portadora da doença, com vida social normal (SILVA, 2003). O termo traço falciforme refere-se ao estado de portador para outras doenças classificadas com a sigla SC, ou seja, podem ser contraídas por pessoas portadoras do traço falciforme, além da anemia; é o tipo mais benigno da doença SC, no qual menos de 50% da hemoglobina dentro de um eritrócito é HbS. Contudo, em relação ao aconselhamento genético, ele ainda é um elemento importante. (Se duas pessoas com traço falciforme têm filhos, as crianças podem herdar dois genes anormais, produzindo apenas HbS, que leva, portanto, à manifestação da anemia falciforme (BRUNNER; SUDDARTH, 2002). Constatamos na pesquisa um percentual de 6% de entrevistados fazendo tratamento de anemia falciforme em São Luís.

No que se refere à diabetes, trata-se de distúrbio metabólico decorrente de uma deficiência de insulina no organismo. Estudos mostram que a população negra está mais vulnerável a Diabetes Mellitus tipo II, muito embora possa ser controlada por hábitos alimentares e atividades físicas. Segundo os especialistas, “na população diabética a hipertensão é duas vezes maior do que no resto da população em geral” (OLIVIERA, 2003, p. 61). Embora os dados da pesquisa não permitam

apontar o número real de pessoas portadora da diabetes, o estudo nas comunidades quilombolas revelou que 15% dos entrevistados possuíam ferimentos com dificuldades para cicatrização e 84,2% já ouviram falar a respeito.

A hipertensão arterial, ou “pressão alta” é a elevação da pressão arterial para números acima dos considerados normais (140/90mHh), essa doença apresenta maior incidência entre a população negra, está relacionada a fatores como a obesidade e o histórico familiar. Trata-se de uma doença hereditária e incurável, cujo tratamento pode ser feito tanto por orientação médica, quanto pela medicina tradicional.

Entre as pessoas entrevistadas a respeito da incidência de hipertensão arterial na família, identificamos um percentual de 64%, sendo 43,2% de mulheres, porém, esse índice pode ser maior, uma vez que, 39,1% responderam que possuem casos de hipertensão na família, mas não especificaram o gênero. Houve indicação ainda, que entre os familiares hipertensos 60,9% tomam medicação e 53% descobriram através de consulta médica, o que revela a existência de cuidados de uma parcela da população quilombola com o acompanhamento da doença. Nesses casos, a eficácia dos serviços de saúde seria uma via importante para evitar os constantes agravamentos.

Promover o tratamento adequado às doenças que reconhecidamente têm maior incidência entre a população negra, exige uma melhor qualificação dos profissionais de saúde, formando agentes multiplicadores dessas ações, estendendo conhecimentos, tanto entre as áreas rurais como entre as áreas urbanas. Isso porque, fica evidente no contato com as famílias quilombolas, que as doenças étnicas não são ainda reconhecidas e, portanto, não recebem o tratamento adequado, seja pelos médicos e enfermeiros, seja pelos agentes de saúde que convivem mais diretamente com as comunidades.

A carência de políticas públicas nas comunidades negras rurais é um dado alarmante, deixando uma grande lacuna entre os cidadãos e seus direitos, seja do ponto de vista da saúde, ou de outros serviços de responsabilidade do poder público.

Em relação às situações de saúde/doença, mesmo os casos mais imediatos do cotidiano não são tratados com a devida atenção, nos

casos mais agudos, de deficiências crônicas, os problemas se agravam, comprometendo acentuadamente as condições de sobrevivência dos indivíduos. Em relação a isso, 30% dos entrevistados afirmaram ter entre os familiares, algum tipo de deficiência, sendo que a deficiência visual acomete 40,7% do total, seguido da deficiência física (35,2%) e auditiva (24,1%).

É importante ressaltar que, se as famílias quilombolas já enfrentam barreiras no acesso ao tratamento de doenças consideradas de domínio da saúde pública, como é o caso da hipertensão arterial e diabetes, o acesso aos serviços especiais como as linguagens braile e libras, se tornam uma realidade inatingível, considerando que, mesmo os deficientes físicos dispõem apenas de cadeiras e muletas improvisadas.

Considerações finais

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, garante o acesso à saúde como direito de todos e dever do Estado. Entretanto, quando analisada do ponto de vista étnico-racial, observamos que os serviços da saúde não se estendem igualmente a todos os segmentos da população. Isso significa que, apesar dos avanços nos serviços de saúde do país, esses não têm o mesmo nível de qualidade quando destinados à população negra e especialmente, à população quilombola, foco de nosso estudo.

Embora não tenhamos trabalhado com uma perspectiva comparativa, as informações obtidas revelaram que, mesmo considerando as transformações ocorridas nas sociedades mundiais, desde as últimas décadas do século XX, não se pode perder de vista que, passados mais de cem anos da abolição da escravidão no Brasil, tanto no espaço urbano como nas áreas rurais, os negros não têm acesso, ainda, aos direitos de cidadania definidos pela Constituição.

Os índices da desigualdade apresentados pelas diversas agências de pesquisa, seja do ponto de vista econômico, educacional ou de saúde, indicam forte associação entre raça e pobreza, atestando que, no Brasil, o racismo ainda é um fator estruturante das relações sociais. Portanto, brancos e negros, mesmo em situação de igualdade econômica, ou

seja, pertencentes à mesma classe social, recebem tratamento desigual em relação aos direitos de cidadania, o que justifica a necessidade de políticas públicas afirmativas de direitos com equidade para a população negra, seja na educação, no mercado de trabalho ou na saúde.

As informações apresentadas aqui, como resultados da pesquisa Atenção Básica à Saúde ente a população quilombola, refletem a violência que representou a escravidão para os descendentes de africanos no Brasil. Os dados dizem respeito às relações saúde/doença entre a população de 27 comunidades quilombolas do Maranhão, onde predominam doenças étnicas, como hipertensão arterial, anemia falciforme, diabetes mellitos, entre outras.

As doenças étnicas ainda são desconhecidas pela maioria da população e também por muitos profissionais de saúde. Reportando-nos especificamente ao universo das comunidades investigadas, os índices apresentados indicam graves problemas em relação a essas doenças.

Talvez, o instrumental utilizado e o pouco tempo de contato com as comunidades para realização da pesquisa de campo não tenham sido suficientes para uma análise mais detalhada, em termos da compreensão das práticas culturais relacionadas aos diversos aspectos da vida cotidiana das famílias. Mas, sem dúvidas, as informações coletadas permitem - posto que, registradas a partir da fala dos sujeitos - visualizarmos o quadro dramático instaurado nessas áreas, como herança das angústias da escravidão e das articulações contemporâneas do racismo, que lhes nega oportunidades de acesso aos direitos à saúde e à vida.

Não restam dúvidas que, embora a idéia de raça tenha sido banida do campo científico desde o século XIX, o racismo permanece, enquanto fenômeno ideológico e dinâmico, orientador das práticas cotidianas, em um processo perverso de hierarquização humana, que reforça as barreiras da desigualdade e da exclusão no presente, atingindo, mais diretamente, os descendentes de africanos escravizados, explicitando a vulnerabilidade histórica desse grupo.

É imprescindível, portanto, que, a partir dos resultados de estudos e pesquisas dessa natureza, os órgãos governamentais se apropriem

desses dados, e reconheçam que o caminho para superar as desigualdades sociais e raciais pode ser construído através do respeito às contribuições históricas dessa população ao processo de construção cultural do país.

Em relação aos serviços públicos de saúde, embora os dados revelem que as comunidades são assistidas pelo Programa Saúde da Família, essa atenção se limita, em alguns casos, apenas à presença do Agente Comunitário de Saúde, que nem sempre tem qualificação e sensibilidade exigidas para atuar junto a essas comunidades, provendo-as das informações necessárias aos cuidados com a saúde /doença.

Outro dado é a ausência significativa de postos de saúde nas comunidades quilombolas, bem como a irregularidade nas visitas médicas, o que incide no distanciamento das famílias aos serviços de saúde. Ter acesso aos serviços exige um duplo esforço, tanto em relação ao deslocamento para a sede do município, o que implica em percorrer longas distâncias, correndo riscos, ausentando-se do trabalho, etc., quanto na disponibilidade de recursos financeiros para o percurso e sua permanência na sede ou nos locais de tratamento.

É preciso levar em conta que essas famílias sobrevivem com uma renda mínima, proveniente, em sua maioria, dos programas de transferência de renda do governo federal, e esses recursos, com frequência, estão comprometidos com a alimentação.

A ausência de saneamento básico expõe as famílias a uma série de riscos, em relação à saúde das mulheres, das crianças e dos idosos, que pode ser refletido na quantidade de casos de doenças relacionadas aos hábitos de higiene. Por outro lado, a desinformação quanto à dieta alimentar adequada contribui para os altos índices de doenças tais como, hipertensão, diabetes e AVC. Doenças que têm maior incidência na população negra e que atingem mais drasticamente essas comunidades, por conta das vulnerabilidades a que estão submetidas.

A pesquisa mostrou um expressivo número de pessoas que não conseguem identificar os sintomas das doenças. A falta de informação dificulta o acesso à prevenção e ao tratamento nas comunidades quilombolas. Aqueles que afirmaram conhecer aspectos sintomáticos

de doenças étnicas, geralmente identificam apenas a anemia falciforme.

O que está evidenciado é que falta à maioria das famílias quilombolas noções de prevenção e tratamento de doenças, situação que poderia ser alterada com a expansão de postos de saúde e com a presença de profissionais especializados, além de uma atuação mais eficaz dos agentes comunitários de saúde e melhorias no sistema educacional.

As desigualdades são alarmantes, exigindo dos gestores ações efetivas, destinação de recursos e a definição de um programa de atenção específica à saúde da população negra, como única via possível para promoção da equidade.

Sem dúvidas, o projeto revelou-se uma possibilidade de coletar informações cuja sistematização poderá contribuir, não apenas com a produção de conhecimentos sobre o cotidiano das comunidades, mas, também, com intervenções na prevenção e no tratamento de doenças que, segundo estudos recentes produzidos por especialistas em saúde da população negra, (WERNECK, 2000; OLIVEIRA, 2003; BATISTA, 2002; entre outros) embora sem exclusividade, têm maior incidência sobre este segmento.

Referências

ALMEIDA, A. W. B. de. **Quilombos: Identidade étnica e territorialidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

BARRETO, M. A. P. **Os voduns do Maranhão**. São Luís: Fundação Cultural, 1977.

BATISTA, Luís Eduardo. **Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte**. Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras. Tese (Doutorado) Araraquara, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contém as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A adolescente grávida e os serviços de saúde do município**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999a.

Caderno da Associação Brasileira de Antropologia sobre Terras de Quilombo, Rio de Janeiro, CFCH/UFRJ, Julho. 1995.

CANTANHEDE FILHO, Aniceto. **A comunidade negra rural das Terras de Piqui e Santa Maria**, Relatório Antropólogo para o Projeto Vida de Negro. 1997.

CARTILHA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, 2001.

CENTRO DE CULTURA NEGRA. **Terra de Preto no Maranhão: Quebrando o Mito do Isolamento**. São Luís: [s.n.], 2002.

CONRAD, R E. **Tumbeiros: o tráfico escravista para o Brasil**. Tradução. São Paulo. Brasiliense, 1985.

DA MATTA, R. O ofício do Etnólogo ou como ter “Anthropological Blues”. In: NUNES, E (Org.). **A Aventura Sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1978. Pp. 23-35

_____. **Relativizando: uma introdução à antropologia social**. Vozes. Petrópolis. 1981

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população In: **Boletim do Instituto de Saúde**. N. 31. Dezembro, 2004.

MACHADO, K. e CARVALHO, M. Invisibilidade: a maior das dores. In: **Radis: Comunicação e saúde. Saúde da população negra** n ° 20, Abril, 2004.

MALINOWSKI, B. “**Os Argonautas do Pacífico Ocidental**”. São Paulo, Abril Cultural, 1984. (cap. 1)

MEIRELES. M. M. **Os Negros no Maranhão**. São Luis. UFMA. 1983.

MINAYO, M C de S (ORG.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

O'DWYER, E. C. (Org.) **Quilombos: identidade étnica e territorialidade**. Rio de Janeiro. Editora FGV. 2002.

OLIVEIRA, F. **Saúde da população negra: Brasil ano 2001**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

REX, J. **Raça e Etnia**. Lisboa: Editorial Estampa LDA, 1987.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SILVA, J. M. da (Org.) **Religiões afro – brasileiras e saúde. Projeto Ato Ire**. Centro de Cultura Negra do Maranhão. São Luis, 2003.

VELHO, G. Observando o Familiar. In: NUNES, E (Org.). **A Aventura Sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1978. Pp. 36-46

VILELA SANTOS. M. J. **A Balaiada e a Insurreição de Escravos no Maranhão**. São Paulo. Ática, 1983.

WERNECK, J; WHITE, E. C.; MENDONÇA, M **O Livro da Saúde das Mulheres Negras: Nossos Passos Vêm de Longe**. Rio de Janeiro: Pallas, 2000.

Recebido em 25/05/2016
Aprovado em 30/06/2016