

DANDARA BAÇÃ DE JESUS LIMA

**CONTRIBUIÇÕES DA LITERATURA PARA A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE:
CAROLINA MARIA DE JESUS E EQUIDADE RACIAL**

BRASÍLIA, 2018

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

DANDARA BAÇÃ DE JESUS LIMA

**CONTRIBUIÇÕES DA LITERATURA PARA A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE:
CAROLINA MARIA DE JESUS E EQUIDADE RACIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva – Mestrado Profissional, na linha de pesquisa de Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção em Saúde.
Orientadora: Dais Gonçalves Rocha.

BRASÍLIA, 2018

L732

Lima, Dandara Baçã de Jesus

As contribuições de Carolina Maria de Jesus para a formação do profissional de saúde / Dandara Baçã de Jesus Lima. -- Brasília, 2018. 130 f.: il.

Orientadora: Dais Gonçalves Rocha.

Dissertação (Mestrado - Saúde Coletiva) --

Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, 2018.

1. Literatura. 2. Formação em saúde. 3. Capacitação profissional. 4. Equidade étnico racial. I. Gonçalves Rocha, Dais. II. Título.

CDU 614.2

DANDARA BAÇÃ DE JESUS LIMA

**CONTRIBUIÇÕES DA LITERATURA PARA A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE:
CAROLINA MARIA DE JESUS E EQUIDADE RACIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva – Mestrado Profissional, na linha de pesquisa de Políticas, Planejamento, Gestão e Atenção em Saúde.
Orientadora: Dais Gonçalves Rocha.

Aprovada em 15 de agosto de 2018

BANCA EXAMINADORA:

Dais Gonçalves Rocha
Presidente

Everton Luís Pereira
Examinador Titular do Programa

Regina Dalcastagnè
Examinadora Titular Externa ao Programa

Ximena Pamela Díaz Bermudez
Examinadora Suplente

Agradecimentos e dedicatória

Agradeço à minha família Polyana Pereira de Sá e Tulipa Baçã Sá por estarem comigo nesta jornada. Tudo ficou mais lindo quando vocês chegaram na minha vida. Tudo floresceu em mim e essa dissertação é mais uma flor que brotou. Obrigada por todo amor, compreensão, incentivos, puxões de orelha e lambidas no pé [Tulipa]. Agradeço a todos que me ajudaram a florescer, com carinho especial à Via Sacra, Comunidade Shalom e Corpolítica. Obrigada minha amiga de Frente Favela Brasil e revisora Fernanda por me ajudar a revisar meu texto e por dar força para terminar essa etapa.

Agradeço à minha orientadora Dais Gonçalves Rocha, por me deixar livre para trilhar meus passos e por entender meus defeitos e dificuldades durante este processo. Sua calma e resiliência foram fundamentais para que pudéssemos terminar este texto.

Peço desculpas a todos pelas dificuldades que coloquei e aumentei no caminho. Obrigada a todos que permaneceram ao meu lado e acreditaram em mim.

CONTRIBUIÇÕES DA LITERATURA PARA A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE: CAROLINA MARIA DE JESUS E EQUIDADE RACIAL

RESUMO: A população negra está inserida nos dados epidemiológicos principalmente no que se refere a situações de vulnerabilidade social, econômica e cultural. Diversos inquéritos, documentos, pesquisas, produzidos por órgãos de saúde divulgam informações sobre a população negra. Esta não é somente alvo de construção de dados epidemiológicos, é também uma forma de falar sobre as experiências com a saúde. A inserção da questão racial na formação básica, fundamental e média, ainda não se concretizou como os ditames da Lei nº 10.639/2003 e esta lacuna se perpetua na formação do ensino superior dos profissionais de saúde. Com esta perspectiva realizou-se estudo qualitativo a partir de análise documental das DCN dos cursos de Saúde e do conteúdo da obra “Quarto de despejo: diário de uma favelada”, de Carolina Maria de Jesus, escritora negra brasileira. Ela narra diversos episódios pessoais e coletivos que podem fornecer elementos importantes para complementar as informações sobre a saúde da população negra. O ensino da equidade racial, a partir da escrita por quem esteve na situação de vulnerabilidade por toda a sua vida, e se identifica como mulher negra pode possibilitar ao profissional de saúde, maior conhecimento e aproximação das especificidades da saúde desta população.

Palavras chave: Carolina Maria de Jesus; Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Pessoal de Saúde; Recursos Humanos em Saúde; Desenvolvimento de Pessoal; Capacitação Profissional.

CONTRIBUTIONS OF THE LITERATURE FOR THE TRAINING OF THE HEALTH PROFESSIONAL: CAROLINA MARIA DE JESUS AND RACIAL EQUITY

ABSTRACT: The black population is inserted in the epidemiological data mainly those that refer to situations of social, economic and cultural vulnerability. Several inquiries, documents, surveys, produced by health agencies disseminate information about the black population. But the black population is not only the target for the construction of epidemiological data, it can also talk about their experience with health. Also, the insertion of the racial question into the training has not yet materialized as the dictates of Law 10.639 / 2003 advocate and this gap is perpetuated in the training of higher education of health professionals. With this perspective, a qualitative study was carried out based on a documental analysis of the DCN of the health and content courses of the work "Quarto de despejo: diário de uma favelada" by Carolina Maria de Jesus, a Brazilian black writer. It chronicles a number of personal and collective episodes around health that can provide important elements to complement information about the black population. The teaching of racial equity from the writing by those who were in the situation of vulnerability, and identifies itself as a black woman may enable the health professional to better understand and approximate the health specificities of this population.

Keywords: Carolina Maria de Jesus; African Continental Ancestry Group; Health Personnel; Staff Development

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Corpus de análise.....	86
-----------------------------------	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Categorias de “Quarto de despejo: diário de uma favelada.....	91
Figura 2 – Equidade das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de saúde.....	100
Figura 3 - Figura 3. Equidade geral ou racial nas DCNs de saúde.....	101
Figura 4 - Conceitos-chave para discutir a saúde da população negra.....	147

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIRHRT	Comissão Intersectorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DAGEP	Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
GT	Grupo de trabalho
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IAPS	Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
NDE	Núcleo Docente Estruturante
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNCBA	Pesquisa Nacional da Cesta Básica de Alimentos

PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
OS	Profissionais da saúde
RES	Resolução
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIVA	Sistema de Vigilância de violências e Acidentes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2. PRÓLOGO	14
3. REFERENCIAL TEÓRICO	30
3.1 <i>Literatura e Formação Profissional em Saúde</i>	30
3.2 <i>O silenciamento da população negra e os questionamentos da representatividade</i>	40
3.3 <i>Formação Profissional e Equidade Racial</i>	43
3.4 <i>Representatividade e saúde</i>	45
3.5 <i>Mulheridades negras</i>	47
3.6 <i>Porque Carolina Maria de Jesus</i>	53
3.6.1 <i>A importância do livro "Quarto de despejo"</i>	62
3.7 <i>Violência</i>	66
3.7.1 <i>A violência do racismo</i>	68
3.7.2 <i>A violência das tentativas e óbitos por suicídio</i>	73
3.7.3 <i>A violência da fome e da insegurança alimentar e nutricional</i>	74
5. METODOLOGIA	86
5.1 <i>Natureza do Estudo</i>	86
5.2 <i>Procedimentos Metodológicos e Organização da Análise</i>	87
5.2.1 <i>Análise de Conteúdo da Obra "Quarto de Despejo"</i>	87
5.2.2. <i>Análise Documental das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Saúde</i>	94
5.3 <i>Aspectos Éticos</i>	97
6. RESULTADOS	97
6.1. <i>Formação Profissional em Saúde e Equidade Racial nas DCNs</i>	97
6.2. <i>Aplicabilidade da Obra de Carolina</i>	102
6.3 <i>Aplicabilidade da obra "Quarto de despejo: diário de uma favelada"</i>	146
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
8. REFERÊNCIAS	155
Apêndice 1 - Quadro Equidade nas DCNs das profissões de graduação em saúde	171
Apêndice 2. Plano de Aula	179

1. INTRODUÇÃO

A inserção da temática da população negra nos currículos dos profissionais de saúde é necessária devido às inúmeras evidências das disparidades dessa população e, já está determinada nas Diretrizes Curriculares de diversos cursos de saúde. Esse conteúdo deve ser distribuído de forma transversal ao longo do curso nas diversas disciplinas do currículo, não precisando se restringir a estudos sociológicos, filosóficos ou exclusivos de saúde coletiva. A população negra também tem uma contribuição a fazer nos conteúdos de saúde. É uma troca que somente tem a beneficiar pacientes, profissionais e serviços.

Carolina Maria de Jesus, na sua obra “Quarto de despejo” apresenta variados elementos que podem propiciar uma formação mais completa ao profissional de saúde. A literatura é um instrumento que oportuniza um entendimento maior das técnicas e como elas afetam as pessoas. A técnica médica, as diretrizes e os protocolos são instrumentos para a atuação profissional de saúde. Porém, não se pode esquecer que estão inseridas em uma sociedade marcada pelo racismo estrutural. A formação dos profissionais de saúde pode assegurar aos profissionais mais do que conhecimento técnico: garante humanização e respeito às especificidades da população que atende.

Este estudo discute a literatura como instrumento de formação do profissional de saúde, o discurso hegemônico na área e a representatividade dos sujeitos. A discussão projeta um olhar sobre as lacunas na formação, fazendo com que a população negra brasileira seja atendida de forma inferior.

A estrutura social, e portanto o racismo e a violência, demarcam lugares para as mulheres negras e as silenciam, assim como aconteceu com o poderoso discurso de Carolina Maria de Jesus. A insegurança alimentar é o último tópico do referencial teórico que possibilita entender a fome, após períodos de afluência de recursos que possibilitaram mudanças nutricionais na população brasileira.

As Diretrizes Curriculares são analisadas como documentos que permitem observar a possibilidade de inserção da obra de Carolina, para discutir a equidade racial. O “Quarto de despejo” pode ser utilizado para outras discussões além das propostas no texto, mas Carolina tem muito falar sobre saúde. E esta importante temática será abordada ao longo do texto.

2. PRÓLOGO

“Nossa história não foi escrita para ninar os da Casa Grande, e sim para acordá-los de seus sonhos injustos.” (Conceição Evaristo).

Tem histórias que sentimos prazer ao contar e outras que temos o prazer de esconder. Entre os meus familiares maternos existem algumas narrativas repetidas continuamente, as quais não sabemos distinguir o que é verdade e o que é invenção. Minha família foi inventada. Nossa matriarca inventou uma história para si, passou adiante, e assim nos acostumamos a viver sem questionar e nem se interessar pela verdade.

Nasci em uma família de Umbanda e Candomblé. Meu núcleo familiar era composto por entidades como Tranca Rua, Sete Maravilhas, Seu Bugre, Mirim, Cágado, Ogum Xoroquê, Maria Padilha, Maria Mulambo, entre outros seres encantados. Eles eram meus parentes. Xangô e Iansã eram os meus bisavós pois eram os santos regentes do Ori da matriarca. Era um ambiente perfeitamente compreensível, exceto para quem nos viam de fora.

Vivenciei momentos fantásticos na minha casa. Vi a família se unir em torno do sagrado e fazer dele uma experiência cotidiana. Nos era habitual ir para o “mato” e ver minha avó estourar cocos, assim como ser privados de alimentos quízilas do santo. As práticas ao adentrar nossa moradia após visitar um cemitério, também nos eram comuns. Tínhamos nossos próprios ritos e costumes.

A atividade sexual era um assunto partilhado. Sabíamos desde pequenos que os adultos faziam sexo, mas a cópula deixava o corpo “sujo” e isto impossibilitava o ingresso em domicílio. Era preciso entrar pelos fundos para não atrair sobre si o castigo do santo.

Nossa matriarca não era escolarizada e não teve acesso às ferramentas que atualmente estão disponíveis para as pessoas das religiões de matriz africana de forma que possam conhecer a religiosidade. Ela aprendeu tudo com o próprio “santo”, que a chamava pelo nome de Sabadivo. Na comunidade ela atendia pelo nome de Dona Baiana. Analdina Maria de Jesus foi o nome que ela se deu e a falta de documentos a permitiu criar sua própria história.

Nasci e me criei nesse ambiente e nele, experimentei a cura. Na época, minha falecida mãe tinha pouca idade eu, criança, frequentes crises de convulsão. Ela, jovem, solteira, com a segunda filha nos braços e saúde debilitada, tentava me ajudar a viver. Diante da dificuldade de acesso à medicamentos e atendimento médico, minha mãe se viu numa situação de fragilidade diante do mistério da minha doença. Fico a imaginar o instante que ela parou, olhou para o sagrado, e rogou-lhe ajuda. Foi para Oxalá que minha mãe pediu auxílio.

Existe uma cultura de fazer promessas para entidades religiosas como forma de demonstrar o merecimento pela graça recebida. Minha mãe rogou por mim e me colocou o encargo do milagre. Prometeu que eu não comeria carne e usaria roupas brancas todas as sextas-feiras, até completar 21 anos.

Minha casa e minha mãe me eram sagradas. Ao conhecer meu pai, por volta dos 10 anos, quis abdicar de tudo que havia vivido até o momento, para fazer com que ele gostasse de mim. Em um desejo mal elaborado, quis me tornar alguém que ele pudesse amar. Informada de que meus parentes paternos tocavam instrumentos musicais, disse, no nosso primeiro encontro, que o estilo musical que mais gostava era o clássico. Na verdade, "Tenores", "Freddy Mercury e "Montserrat Caballé", eram o que de mais clássico que eu tinha conhecimento. Nem sabia que "Freddy Mercury" era um cantor de Rock. Meu universo musical era os LP's de pontos de macumba e os CD's da Clara Nunes, Alcione e Lulu Santos, todos da minha avó e mãe. Nunca fui muito atenta à este meio, mas fingi que gostava para me tornar aceita naquele novo espaço.

O encontro com uma família preta bem-sucedida, como a do meu pai, me fez buscar o pertencimento. Queria ser como eles. Minha madrasta, uma mulher muito chique, professora concursada, me era uma referência. Meus parentes maternos não ascenderam socialmente. Moravam no Novo Gama, entorno de Brasília, numa região que pertence ao estado de Goiás, por isso o "entorno". Tinham profissões consideradas subalternas. A parentada paterna morava em Brasília e tinham carros. Enfrentei violência racial por parte dos irmãos da minha mãe e na nova família eu projetava um ideal de sucesso e segurança.

Na nossa mente as coisas são sempre mais bonitas. Contudo, a realidade me frustrou de forma contundente. O pai que eu imaginava que seria um herói, se tornou um tirano. A pensão que ele pagava, por ordem judicial, se tornou nossa maior dificuldade. Era um valor ínfimo diante das minhas necessidades, mas que aparentemente, para ele, foi algo muito ruim de me oferecer.

Em meio aos conflitos inerentes da adolescência me senti privada de muitos afetos. Queria que alguém lutasse para me amar. Minha mãe sentia muito ciúmes do amor que eu havia criado pelo meu pai, um simples cumpridor de mandado judicial. O meu vínculo com ele parecia com o relacionamento que algumas pessoas têm com um amigo imaginário, pois só dentro de mim existia. Em meio à essa confusão, as dificuldades só aumentavam. Uma vez por semana eu tinha que ficar na escola no horário contrário ao habitual, para ir ao Centro Interescolar de Línguas cursar inglês. Devido à promessa que a minha mãe havia feito para me curar, e aulas serem nas sextas-feiras, eu não podia me alimentar com o que de mais barato havia disponível. Não podia comer cachorro-quente, salgadinhos, salgados assados e fritos, nada que tivesse carne. Minha mãe não tinha como me dar dinheiro e a fome foi minha companheira de aprendizado do “verbo to be”.

Naquela mesma época, minha irmã precisou mudar de escola por conta da dificuldade da nossa família em arcar com as despesas do transporte dela. Eu continuei estudando no Centro de Ensino Médio Setor Leste, a duras penas. Em um dado momento, eu pegava o ônibus da viação “São José”, distante 15 minutos da minha casa, cujo trajeto incluía a BR-040. Eram duas viagens ao dia vezes, sendo uma para ir e outra para voltar. Para esconder essa dificuldade, me refugiava na biblioteca da escola ou na da 513 Sul. Ficava na biblioteca dormindo para passar a fome e o tempo, até chegar o horário do ônibus passar. Algumas vezes ficava na parada até às 18 horas, (horário do ônibus), porque estava enjoada da biblioteca. Jamais ficava próxima ao colégio. Não queria que ninguém me visse.

Eu tive três amigas durante o ensino médio e não falava sobre as minhas dificuldades. Falávamos do trabalho em grupo e sobre colegas. Não queria dividir essa vergonha com ninguém. Se nem meus pais se importavam, ninguém mais haveria de se importar.

A relação com minha mãe foi se tornando cada vez mais conflituosa e distante. Ela geria a pensão alimentícia, mas eu era privada do gozo de boa parte. Meus tênis *all star* ficavam com buracos imensos até ela ser obrigada pela família a comprar um novo. Não sei se foi devido ao ciúme ou à imaturidade. Só sei que durante toda minha adolescência fui alvo da negligência da minha mãe e das cobranças do meu pai. Como negro “rico”, ele esperava algo que eu nunca conseguia alcançar.

Em casa usávamos shorts rasgados, blusas furadas. Mas quando ia para a casa do meu pai vestia “roupa de sair”. Precisava parecer com meus irmãos de lá. Isso me angustiava e hoje percebo que somei todos esses conflitos estéticos à dificuldade que tive

em aceitar minha sexualidade, algo que sequer foi interesse dos meus pais. Certamente eles perceberam que eu não tinha os mesmos desejos das outras meninas. Minha mãe sempre dizia: Seja o que você quiser, só me dê netos! Ela nunca me perguntou o que eu era, ou que queria ser. Em casa, minha irmã era o oposto de mim: a cara da minha mãe, magra e feminina. Graças ao esforço de uma tia, eu era a única que tinha contato com o pai. Meus irmãos maternos, nunca tiveram.

Na escola encontrei nos professores Geraldo (Filosofia) e Altideu (História) um apoio que precisava. Eles me ouviram e me ajudaram. Vivia uma solidão muito grande e nesse momento de dor, fui re-apresentada à Igreja Católica. Eu já havia tido experiências nessa igreja pois avó materna, de forma contraditória aos costumes da matriz africana, obrigava todos os netos a fazer catequese. Minha irmã teve um vestido branco feito por costureiro para sua primeira eucaristia. Era algo muito importante para a minha avó que tivéssemos uma religião socialmente aceita, e não aceitava o ateísmo.

Não posso esquecer de mencionar a espécie de apartheid racial que um tio por parte de mãe nos impôs. Ele casou-se com uma mulher branca e teve filhas com pele clara. Eu e minha irmã, éramos as “nequinhas” da família. Suas atitudes não tinham limites e muito menos escrúpulos. Nossa condição de criança nunca o impediu de fazer nada. Até hoje ele não consegue refletir sobre suas ações violentas. Eu somente me afastei.

Na volta à Igreja Católica conheci a Renovação Carismática. Tinha bandas de música, danças. Fui apresentada à maternidade e a paternidade espiritual de Nossa Senhora e de Jesus Cristo. Vi neles a possibilidade de abandonar os pais que não me amavam e ter os que doaram a vida por mim. Jesus me amava e deu a vida por mim. Era a companhia que faltava para dissipar a solidão.

Plenamente satisfeita com aquele novo espaço, me associei ao movimento carismático de forma voraz. Havia limites, pois a promessa feita pela minha mãe ainda tinha que ser cumprida, a TV tinha que ser desligada na hora da “gira”, e eu poderia ficar no meu quarto, exceto se algum orixá ou entidade me convocasse.

Fui percebendo que para ascender na igreja e pregar a palavra de Deus era preciso de uma história triste para servir como testemunho. As pessoas tinham a expectativa de um discurso demonizante, mas eu não conseguia de pronto, dizer que minha família era demoníaca. Todos sabiam onde eu morava e de que família eu era, mas eu não percebia isso. Olhava para aquele espaço e imaginava que era aceita.

Particpei de vários encontros e ouvi muitas palestras. Depois comecei a odiar minha casa e ter vontade de destruir todas as imagens de santo, imaginando que eu seria uma espécie de “Moisés contemporâneo” que expulsa toda idolatria da casa. Percebia que tudo o que me cercava, como algo a ser abominado. Passei a odiar a tudo em casa e a mim mesma. Era um conflito imenso: a mesma igreja que me incentivava a amar minha família, era a mesma que dizia que ela era demoníaca e deveria ser convertida.

Com muito pesar, alcancei um status social mais favorável por meio acesso à minha família paterna e da religiosidade, e pude experimentar a ascensão acadêmica. A “neguinha” entrou na UnB. Não era no curso de Medicina, mas era a UnB. Inexplicavelmente entrei em um curso que eu nunca imaginei cursar e que não era voltado para atender as minhas especificidades, coisa que estou buscando mudar atualmente por meio de publicações e atuações políticas. A universidade me distanciou ainda mais da minha família. Minha avó me levou no primeiro dia de aula na parada de ônibus, mas nunca esteve comigo e na verdade, nunca pensei nessa possibilidade. Também me afastei dos meus vizinhos e amigos. Troquei as brincadeiras de rua pelo estágio. Minha irmã que já havia mudado de escola devido à falta de dinheiro, teve que ficar em casa, arrumando, cozinhando e esperando um homem que a libertasse. Ela não pôde viver o que vivi e diferente dela, tive muitos privilégios. Me mantive na UnB com a pensão alimentícia judicialmente imposta ao meu pai.

Os dias da semana eram dedicados à UnB e os finais de semana eram voltados à igreja. Passava as manhãs de sábado lavando o espaço, muitas vezes sozinha, e erguendo os bancos. Reneguei a minha promessa e com ingratidão desprezei a cura de Oxalá. Comecei a usar roupa preta toda as sextas-feiras. Rompi com minha mãe e fui me isolando cada vez mais.

Minha trajetória acadêmica me deu acesso à itens culturais, atividades e estudos que a maioria da população brasileira, que tem a mesma origem que eu, não tem condições de usufruir.

Minha avó materna assinava dois grandes jornais de Brasília para que pudéssemos ler o horóscopo para ela e também ter certeza que os anúncios que ela pagava, saíram da forma como ela queria:

ATENÇÃO

Damos consultas espirituais, resolvemos todos os tipos de problemas, inclusive amarrações amorosas. Não queira me imitar, sou a única. Dona Baiana.

Uma pessoa analfabeta dava aos seus netos muito do seu capital intelectual, parecido com o capital que Carolina deu aos seus filhos. Na minha casa e na da Carolina faltava comida, mas ninguém poderia faltar à escola.

Em todas as giras que eu ia havia a necessidade de fazer ata para registrar o que o santo falava. Quando ele o ia deixar recado, avisava para que pudéssemos pegar o caderno e a caneta. Minha tia Carla Cristina, filha de santo da minha avó, fazia as decorações dos cadernos e era Ekedí, nome dado às pessoas que zelam pelos orixás. As pombagiras da casa, incumbiram-na à comprar uma cama para a minha avó, de forma que ela deixasse de dormir no chão. Essa mesma tia foi quem possibilitou meu ingresso na escola fundamental. Estudei na Escola Meu Pequeno Mundo no Novo Gama, onde pude aprender a ler com a professora Cleide.

Minha avó contava que saiu de casa com oito anos, e foi morar com as “freiras pretas” em Goiânia. Destas, ela guardava a lembrança da afirmação que nunca aprenderia a ler. Lembro-me de quando ela tentou. Conseguiu aprender a escrever o nome, numa caligrafia muito singular e inconfundível. O uniforme era lindo nela. Soletramos por muito tempo, para que ela não esquecesse as letras na assinatura.

A educação sempre fez parte da minha família. Um dos meus tios tinha em casa, a coleção da Barsa e nós sonhávamos com uma. Quando precisávamos pesquisar algo, íamos até lá e tínhamos muito cuidado para que nada acontecesse com aquele livro caro.

Voltando a falar da minha mãe, ela foi diagnosticada com anemia falciforme no nascimento e recebeu a notícia de que não passaria dos vinte e sete anos. Nascida em 1970, imagino que não havia muitos prognósticos que dariam esperanças de longevidade. Na minha visão, ela quis viver tudo o que podia até a data da morte decretada pelos médicos. Teve a primeira filha com 15 anos, a segunda com 16 e o terceiro filho aos 23. A cada dois anos, ela trabalhava nas campanhas eleitorais. Depois do nascimento do último filho, ela se tornou Agente Comunitária de Saúde. Sabia da vida de todo mundo, conhecia os remédios que as pessoas tomavam, e acredito ter sido este um dos motivos pelos quais ela era conhecida por todos como a Nega Karla. Ela também fez um curso de magistério e nós, os filhos, tínhamos verdadeiro fascínio pela pasta onde ela guardava seus estudos. Todos os capítulos tinham desenhos da Turma da Mônica feitos à mão por ela. Quando ela não via, eu e minha irmã extraíamos os desenhos da pasta e tentávamos copiar. Quando se tornou professora começou a fazer provas para mim e meus irmãos

antes do exames da escola, o que era menos pior do que os dias que ela penteava meu cabelo.

Ela lia muito e eu tenho muitas lembranças das palavras cruzadas, suas companheiras das inúmeras internações. Devido a sua situação ficou mais de nove anos afastada do trabalho, e a maior parte do seu salário de servidora municipal era destinado aos custos das internações. Fui sua acompanhante muitas vezes e ia da escola para o hospital. Presenciei momentos em que ela esteve entre a vida e a morte. Foi vítima dos erros dos profissionais de saúde ao contrair edema de glote por ingerir ácido acetilsalicílico.

A anemia falciforme fez com que o afeto familiar que deveria ter sido direcionado à mim e as outras crianças fossem que ser direcionado para a minha mãe. Eu, muitas vezes, dava o afeto que queria e precisava ter. Ninguém acreditava na sua melhora, afinal ela só passava dois dias em casa e todos os outros no hospital. A doença, a maternidade precoce e a falta de apoio dos pais dos filhos, fizeram com que minha mãe não fosse um modelo materno projetado pela sociedade. Fez tudo como sabia fazer e tinha maneiras bem singulares de punir, tais como se recusar a falar com os filhos em meios aos conflitos característicos de toda a família e dizer que não era mais mãe de ninguém.

Mesmo com o estado de saúde agravando-se cada vez mais, não pensei na morte dela. Me era comum imagina-la sempre internada. Em um dos diversos momentos em que ficamos afastadas, ela ficou no Hospital Regional do Gama e teve escaras, que tiveram que ser operadas. Lembro-me de visitá-la por insistência de uma tia e achar que era drama tudo o que ela falava durante as visitas. Meu irmão tinha ido morar na minha casa e eu reclamava das dificuldades de convivência com ele, enquanto ela dizia que estava morrendo. Eu não sabia que estava morrendo de fato. Demos banho e a levamos de volta para o quarto, desta vez no Hospital Regional de Santa Maria. Os profissionais de saúde estavam em greve e se revezavam para dar auxílio a um hospital lotado, em que tinham muitas pessoas pelo corredor. Ela foi colocada numa Unidade de Terapia Intensiva improvisada, passou muito frio e ficou abalada com a morte de outra interna na noite anterior. Ela alertou a equipe do hospital da sua pneumonia, mas foi colocada debaixo do ar-condicionado. Ao lado dela, tinha uma paciente inconsciente que não tinha sido diagnosticada.

Na manhã do feriado de Nossa Senhora Aparecida, nosso padrasto avisou da sua morte e fomos correndo para o hospital. Não consegui acreditar que ela havia mesmo morrido. Olhava o nome na certidão de óbito, o caixão, e não acreditava. Seu corpo foi

velado por somente quatro pessoas durante uma noite e uma madrugada. Quando chegamos ao cemitério tive que prometer pagamentos para o irmão do meu padrasto para que minha mãe fosse enterrada. Meu pai disse que não foi ao velório porque achava que eu ia fazer um barraco. Muito mais sensíveis foram meus amigos da Promoção Humana da Comunidade Shalom, que se deslocaram de suas casas para me abraçar e rezar comigo.

Dias depois da morte da minha mãe, minha avó paterna também morreu. Ela fazia hemodiálise a muito tempo e uma das pernas parou de circular sangue, obrigando-a à uma amputação em meio ao processo. A dor que ela sentia impedia a finalização do ciclo e ela veio a óbito. No velório, meus primos por parte de pai cantavam e falavam de uma Maria que a distância não me permitiu conhecer. Depois de muitos pedidos dei um abraço no meu pai, o que ele não me deu, quando passei pela mesma situação.

Quando minha avó materna partiu e tudo ficou gravado no meu coração e na minha mente. Ela se foi no dia 11/11/2011. Recebi a notícia no meu local de trabalho de forma banalizada, como se eu não fosse me importar. Elas me foram dadas de forma seca, sem preparo, sem uma breve introdução. Minha avó tinha ficado internada uma vez para retirar o útero por causa de um nódulo. Na internação por causa da pneumonia nem me passou pela cabeça que ela poderia morrer. Um tio perguntou se eu podia ficar com ela no hospital e eu disse que não, pois pensei que logo ela em casa. De uma hora para outra ela já estava entubada, sedada, e estava lutando pela vida. O pulmão consumido em Carlton e Hollywood não resistiu. Sai correndo do trabalho para tentar vê-la no hospital, mas quando cheguei o corpo já tinha sido levado para a funerária.

Pedi a um tio para acompanhá-lo até a funerária. Na sala onde o corpo estava sendo preparado, estranhei muito a roupa branca, pois ela gostava mesmo é de bermuda e blusa. Questionei porque ela não podia ser sepultada com a roupa que gostava, mas minha família escolheu uma roupa impessoal do kit da funerária. Por conta das atividades religiosas da minha avó, tentaram fazer alguns procedimentos fúnebres, mas ninguém ali tinha conhecimento para isso. Depois a morte tomou tom de deboche. Quando uma amiga disse que ela parecia estar dormindo meu tio retrucou em tom de graça, tocou na testa da minha avó e disse: “Dura, gelada, fria como uma pedra”. Todos riram, menos eu. E por fim, começaram a soltar gases diante do corpo. No cemitério meu tio bebia cerveja e fazia piadas. Meus amigos da igreja tentavam rezar, mas a todo momento havia um gracejo.

Depois disso, não pude viver o luto. Eu e meu irmão saímos de casa, com medo dos eguns e espíritos ruins que poderiam estar ali. Passamos uns dias na casa do meu

tio e depois voltamos. Éramos netos e não tínhamos direito algum sobre o imóvel. Morávamos de favor e um dos tios, durante toda a nossa vida havia prometido que quando minha avó descesse à cova, a gente sairia pela janela. Ficamos buscando formas de continuar ali. Mas poucos tempo depois eu já estava morando em um apartamento alugado. Mudei-me diversas vezes, procurei trabalhos, estágios, enfim, passou muita água debaixo da ponte.

Ao ler o livro de Neuza Santos Souza, “Tornar-se negro”, percebi o quanto as minhas ascensões me fizeram renegar tudo que havia de negro em mim. Não foi um processo que buscou somente alcançar os padrões impostos pela “nova família”, mas que buscou me tornar igual aos parceiros de escola, em sua maioria brancos. Meus colegas experimentaram a sexualidade, as viagens, as roupas, os sapatos. Eu somente os invejava e me silenciava. Tenho poucas lembranças dessa época. Eu quis ser aquilo que eu não poderia e acabei sem mim.

A universidade também não me permitiu retornar a mim mesma. A religiosidade ficou mais intensa ao invés de ser neutralizada pelo conhecimento. Passei pela UnB sem sofrer diminuição da minha vivência de fé. Pelo contrário, tive inúmeras experiências espirituais no catolicismo. Eu não me encaixava, mas queria pertencer àquele lugar, mesmo sendo podada em inúmeras vezes. Escamotei minha história e fui vivendo de aparências e sentimentos.

Diante do “cuidado” com a fé enfrentei até mesmo o clero para provar minhas convicções. Ingênua, transpus para a igreja a informalidade e a proximidade da família de fé que tive em casa. Desconhecia as estruturas de poder do espaço religioso e me senti mais uma vez vítima. E assim me senti em diversos espaços.

Interiormente já existia uma necessidade de respostas aos meus desejos sexuais. Mas tudo que eu sentia era pecado. Recordo da primeira confissão. O frade franciscano que me atendeu, me deu um lírio e um livro “O enigma da esfinge” para que eu pudesse refletir. Confessei diversas vezes meus pensamentos e masturbações. E em busca da “cura” me relacionei com o primeiro homem que se mostrou interessado, pensando que minhas inquietações seriam resolvidas pela penetração, e meu desejo seria re-ordenado. Essa relação fez com que eu sentisse muita culpa, pois achei que a morte da minha avó foi causada por eu ter feito sexo dentro de casa e ter quebrado as regras. Fiquei anos sem ter um parceiro afetivo e sexual e após a confissão, procurei “viver a santidade”. Em um dado momento quis optar pela “modéstia”.

Em 2015, movida pela busca de um parceiro afetivo, entrei no Movimento Negro. Não consegui despertar nos homens os afetos desejados, mas a inserção política me fez refletir sobre a minha vivência como mulher negra. Já havia pensado em muitas coisas devido ao processo terapêutico que realizava, mas nunca havia me tocado para a existência do racismo, que ao meu ver naquela época, era uma estrutura longínqua e inexistente. A conscientização me despertou novamente o sentimento de vitimização. Por outro lado me permitiu entender à que conjunto de pessoas eu pertença.

Adoecimento

Em 2016 fui participar de evento regional de biblioteconomia no Rio de Janeiro. Em uma das festas do encontro, minha calça rasgou e fiquei no escuro me escondendo, com vergonha. Na festa seguinte quis reaver o “prejuízo” interno e a caminho do evento, no ônibus, participei do “Eu nunca”. Esta brincadeira consiste em ingerir bebida alcoólica toda vez que você já tivesse feito o que foi perguntado. Não tinha feito quase nada daquilo e com medo e vergonha, comecei a beber vodka. Ao chegar na festa, uma colega tentou entrar com bebida foi barrada. Eu me voluntariei para beber com ela toda a vodka para não desperdiçar. Me lembro de poucas coisas depois disso, acordei em um motel perto da festa com uma pessoa que não lembro o nome, e também sem lembrar exatamente o que eu fiz.

A culpa me corroeu. Eu pensava que se estivesse na Igreja, nada disso teria acontecido. Neste mesmo dia fui à missa em um bairro carioca, ainda sob efeito do álcool e exalando cachaça. Quando retornei, fiquei com medo e procurei um ginecologista. De um dos exames, a notícia: HPV. Incurável, mas tratável. A sentença soou como um castigo divino.

Pouco tempo depois, minhas habituais dores no corpo aumentaram e eu me consultei com um reumatologista. Há alguns anos eu sentia essas dores e de certa forma me acostumei a culpar o peso na mochila. A cada ida ao médico, exames com traços falciforme devido a possível herança genética da minha mãe. Os laudos não demonstravam nada, exceto os traços da anemia falciforme herdado da minha mãe. Cada vez que alguém me solicitava mais um exame, eu repetia que já havia feito. Eles diziam que era melhor repetir, como se uma característica genética pudesse ser adquirida com o tempo.

Mais tarde veio o diagnóstico de fibromialgia, uma doença incurável e também tratável. Imaginei que o próximo diagnóstico poderia ser lúpus ou qualquer doença incurável. Pensei novamente como um castigo de Deus ou de Oxalá. Os questioneei. O que eu fiz para merecer isso? Me lembrei da noite no Rio de Janeiro e das horas investidas do *Tinder*.

A fibromialgia me tira muitas coisas, como a escrita por exemplo, que sempre estive na minha trajetória. Minha avó Baiana mandava que a gente contasse os “paós” e fizesse atas das giras. Era uma atividade comum também fazer o cadastro dos clientes e escrever os nomes dos casais sete vezes um por cima do outro. Algo que me marca ainda hoje, é o fato de que em minha casa tenha sempre muitos cadernos e blocos para escrever. Mas a doença retira de mim esse prazer. Meu pulso dói, meus braços pesam, e o esforço é enorme. Acho que isso também afeta minha saúde mental e minha tristeza, as vezes, parece aumentar.

Na tarde de 16 de outubro de 2017, me submeti à minha segunda cirurgia. A anterior tinha sido para extrair os sisos. Essa cirurgia se deu por conta de um terçol não foi tratado previamente. Sempre associei a inflamação às mulheres grávidas e não à um problema cirúrgico. Mas naquela tarde, fui submetida à uma microcirurgia com uma oftalmologista, que sem tocar direito em meus olhos disse que o problema desapareceria. Segundo ela, o calázio (pequeno tumor granulomatoso no bordo livre da pálpebra) também precisava de cirurgia.

Posso estar bastante errada quanto ao atendimento, mas me lembro dos frios minutos que passei na companhia dessa médica. Ela quase não me tocou e o tempo despendido na lavagem das suas mãos foi maior que o tempo de assistência. A consulta sem precisão resultou em uma cirurgia.

Eu poderia ter pedido uma segunda opinião, mas não pedi pois queria resolver logo. O mesmo aconteceu na minha outra cirurgia. Esta foi genital, e não fui informada se era para retirar verrugas de HPV ou se para diminuir o tamanho dos grandes lábios. Operada em hospital particular no Lago Sul, saí de lá sem alimentação e sem recomendação médica. Não sabia sequer se tinha que evitar certos alimentos, ou tomar alguns cuidados. Só recebi alta.

Aquela semana também marcou a volta ao tratamento da fibromialgia. O reumatologista mudou a medicação. O novo remédio não parecia suficiente para apaziguar minhas dores. Depois de ser dispensada de um cargo de alto prestígio na minha área profissional, a doença não estava em seu estado normal. Tudo em mim ficou abalado.

Tive duas terríveis crises de choro, minha autoestima estava abaixo de zero, e evitei qualquer desgaste, inclusive com a minha esposa.

Na semana seguinte retornei ao hospital. O psicólogo e o assistente social que me atenderam não tiveram muita empatia e me colocaram em uma situação de causadora de problemas. Disseram que teriam dificuldades para encontrar um lugar para me designar. Me recusei a voltar para a biblioteca onde sofri racismo, ato interpretado pela minha gestora negra como desobediência à hierarquia. No momento em que escrevo esse relato meus braços e mãos doem muito, apesar de estar em uma postura correta em relação à ergonomia. Meu corpo está tão dolorido que me custa muito levantar da cama.

No dia 15 de outubro foi aniversário da minha esposa e não consegui comemorar da forma desejada. Estava com dor, cansaço, triste. Ela queria fazer faxina na casa e depois sair. Não consegui ajudar e me senti muito mal por isso, pois o dia era dela e devia ter sido especial. Não sei se por conta dos remédios ou minha condição global, tive muitas dificuldade sexuais. As dores posteriores ao ato voltaram e não conseguia me levantar da cama a tempo de sair com ela para jantar. Ela ficou muito triste e eu não sabia como reparar.

A fibromialgia me rouba o controle, a calma, a sensatez, a capacidade de raciocínio, o gozo, as gargalhadas. Sinto saudades de ser intensa, de gargalhar e mostrar o fundo da garganta. Os remédios me anestesiavam e me deixam despreparada para viver socialmente. Tudo fica muito descontrolado. Eventualmente esqueço de tomar a medicação e sempre acontece algo ruim. No local em que trabalhava recentemente as pessoas já sabiam da minha fraqueza e a exploravam para me causar danos. Essa doença associada a outras situações de vulnerabilidade deixam em um estado muito fragilizado.

Tenho o privilégio de ser uma mulher *cis*, porque já teriam culpado os hormônios, e me recomendado a parar. Também tenho o privilégio de não ser uma pessoa com deficiência e mobilidade prejudicada. Está sendo muito difícil conviver com a fibromialgia e seu tratamento. Era mais fácil quando eu imaginava que todas as dores eram decorrentes do peso da minha mochila.

Encontrando Carolina e o amor como cura

O livro “Quarto de despejo” de Carolina Maria de Jesus foi escolhido como base e posterior ao ingresso no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. A proposta visava analisar a inserção de conhecimentos tradicionais negros

nas práticas integrativas de saúde. As disciplinas do curso ajudaram no amadurecimento da pesquisa e percebi que o objeto continha inquietações, mas não conseguia ultrapassar o limite de uma resposta binária.

Posteriormente busquei realizar estudo auto-etnográfico de busca da saúde na religiosidade de matriz africana. O acesso ao conhecimento em saúde me trouxe reflexões, ressignificando a minha vivência no processo de saúde doença. Procurei acesso à Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde - Renafro do Distrito Federal, para realizar entrevista exploratória com Mãe Baiana, Edna Santos de Araújo, lalorixá, líder espiritual do Ylê Axé Oyá Bagan e representante da Renafro na época.

O instrumento utilizado para registrar a ida ao terreiro foi o diário de campo. Quando adentrei a área do terreiro, uma tontura que sentia a dias passou imediatamente. Sintoma muito similar ao de pessoas que estão em estágio de desenvolvimento mediúnico e precisam iniciar sua jornada. As tonturas que só passam quando chega ao terreiro, costumam ser um “convite” espiritual para o início da jornada.

Todas as segunda-feiras a Mãe Baiana incorpora da Dona Sete, e depois de seis anos sem falar com entidades, lá estava eu com medo e um certo distanciamento. Dona Sete estava sentada em uma cadeira dentro de uma cafua de Exú, decorado com muitos ornamentos religiosos do Candomblé e Umbanda. Ao me ver a entidade saudou minha ancestralidade e herança espiritual e disse diversas vezes durante a conversa que era filha da promessa e que a minha palavra iria “fazer muitos voltarem ao buraco do Orixá”.

Após o atendimento, George, filho de Ossaim e médium a quatorze anos apresentou a casa, contou a história da reconstrução pós incêndio e de sua obrigação de sete anos. Contou como sua saúde foi afetada por ter completado o tempo para a obrigação, e como foi o percurso para conseguir realizá-la. Isso me levou a refletir como médicos, remédios e exames não podem detectar o que é sagrado e o quanto os esforços da medicina são inúteis para a falta de Axé.

Após o encontro, fui considerada filha da casa e por isso fui convocada para a reunião com a Dona Sete e os filhos de santo. Neste dia foi possível ver a rotina do lugar. Os filhos chegam, tomam banho de ervas, pedem benção à mãe, saúdam seus orixás, pedem benção aos (santos e entidades) maiores e menores. Antes da reunião houveram cantos, danças e realizam atos religiosos. Depois dos rituais, houveram incorporações, uma reunião e um almoço coletivo.

Mais uma vez refleti sobre a bagagem que trazia para o mestrado e como minhas vivências de mulher negra poderiam ser utilizadas para pensar em saúde. Por estar em

um programa de pós-graduação em uma universidade federal pública, sou na exceção do grupo racial a que integro. O racismo faz parte da estrutura da sociedade e durante toda a minha trajetória precisei ocultar minha ancestralidade, vivência e cultura.

Em diversos espaços estive como uma pessoa inapropriada para o mundo dos brancos, a qual não faço parte e que não posso me identificar. A estrutura social faz com que meus traços físicos, o formato dos fios dos meus cabelos, lábios e quadris sejam odiados. A vivência da religiosidade cristã durante a adolescência e juventude fizeram com que eu colocasse o meu passado como algo a ser superado, esquecido e tratado como diabólico.

Esses fatores somados ao conhecimento adquirido nas disciplinas de mestrado, fizeram com que eu pudesse pensar sobre o conhecimento produzido por mulheres negras. Falo do lugar de subalterna que teve acesso ao ensino superior público de qualidade e ao emprego público, muito almejado por boa considerável parte da sociedade. Nesses lugares pode-se desfrutar do acesso ao conhecimento aos quais pessoas da minha família não tiveram. São reflexões que a maioria da população com o mesmo fenótipo e origem que eu tenho, não tiveram. Foi assim que tomei ainda mais consciência do racismo e da exclusão de forma que eu nunca havia sentido antes.

Uma alegação comum por parte de intelectuais dos estudos literários é que as possíveis produções de sujeitos subalternizados ou de baixa escolaridade não contém o que é necessário para serem consideradas obras. Segundos eles, essas produções estão desprovidas de cuidado com a forma, poética, de literalidade e se restringirem ao que é panfletário. Considerações rasas como estas, nada têm de inócuas, pois perpetuam as estruturas de poder hegemônico no campo dos estudos literários e esperam que a poética seja filiada de uma única tradição. (BARROSI, 2017, p. 31)

A ao fazer uma análise crítica da minha própria história, descrita com detalhes no primeiro momento desta dissertação, pude enfim, perceber que eu havia crescido como pessoa, mulher, profissional e acadêmica. Empoderada das minhas qualificações e objetivos, também compreendi que mesmo estando em um espaço onde muitas pessoas que têm a mesma origem que eu, jamais estarão, por motivos sociais, culturais e políticos, não estou livre do racismo. Nosso status social, não nos livra de passar por todas as humilhações impostas pela estrutura social, ainda que eu tenha me esforçado mais do que a média, para ocupar os espaços que ocupo hoje.

Carolina Maria de Jesus escreveu a obra “Quarto de despejo” de forma autobiográfica, uma experiência que busquei no segundo projeto proposto e que de forma

indireta irá estudar pelo testemunho de uma outra mulher negra. Existe algo na vivência das mulheres negras que faz com que o individual seja coletivizado, e à sua narrativa do século XX possa dizer muito para as mulheres do século XXI.

A obra é também um testemunho histórico que demonstra as políticas públicas de saúde vigentes à época. Restrito a um documento sociológico, é uma estratégia de silenciamento que reduz à “estereótipos esperados socialmente para uma narrativa feminina, mantendo seu “não lugar” e fala e impedindo que ela conte a própria história” (BARROSI, 2017, p. 32). Ela não se restringe a uma mulher favelada, mas a uma multiplicidade de pertencimentos sociais, e o que ela mais reivindicava para si era a condição de escritora.

Carolina foi identificada como escritora por uma entidade espiritual, Euripedes Basanulfo, que disse à sua mãe que ela era poetisa. Mesmo sem entender o que essa palavra significava, Cota, mãe da poeta, se controlava para obedecer a ordem do espírito que lhe mandava ter calma com a criança.

O uso de uma obra literária para reflexões em saúde não é uma inovação em saúde, mas uma prática que tem sido utilizada para contribuir na formação de profissionais de saúde. Segundo Grossman e Cardoso (2006, p. 7):

Conceitualmente, medicina e narrativa caminham juntas visto que múltiplas possibilidades narrativas são geradas pela doença: o adoecimento por ele mesmo, inscrito nos corpos; a descrição autobiográfica dos pacientes; a transformação dos relatos destes pelos médicos e o próprio curso da doença, expondo relações entre linguagem, soma, indivíduo e tempo. (GROSSAMAN e CARDOSO, 2006, p. 7)

Essas autoras aproximam o texto literário e o diagnóstico, como forma de elaboração de um discurso que narra um acontecimento. O texto literário foi classificado ao longo do tempo, em categorias e escolas diversas, e está dentro de um espaço de construção de sentidos voltado para a arte. O diagnóstico está dentro de uma narrativa em saúde que não passa pela categorização literária. Somente quando está dentro de um texto literário, o diagnóstico se torna passível de crítica narrativa. Mas essa abordagem das autoras faz com que essa separação seja repensada, pois o objetivo das duas espécies é fornecer uma história para ouvintes. A diferença entre os dois é que a segunda objetiva chegar em uma interpretação que pode mudar o itinerário de saúde doença.

As mesmas autoras apontam que “os textos literários captam, através da delicadeza dos autores, as ideias e valores de uma sociedade sobre saúde, doença e medicina.” (GROSSMAN e CARDOSO, 2006, p. 7). O texto de Carolina tem potencialidades que não se restringem à informações de saúde, doença e medicina. “As narrativas de pacientes abordam aspectos da vida, discussões sobre a doença e desequilíbrios por ela impostos e, especialmente, são apresentados depoimentos sobre as capacidades individuais de agir para transformar essas novas realidades” (GROSSMAN e CARDOSO, 2006, p. 8). Nos trechos retirados do “Quarto de despejo” pode-se verificar a narrativa pessoal de Carolina:

.... Resolvi tomar uma média e comprar um pão. Que efeito surpreendente faz a comida no nosso organismo! Eu que antes de comer via o céu, as árvores, as aves tudo amarelo, depois que comi, tudo normalizou-se aos meus olhos.

...A comida no estômago é como o combustível nas máquinas. Passei a trabalhar mais depressa. O meu corpo deixou de pesar. Comecei a andar mais depressa. Eu tinha impressão que eu deslizava no espaço. Comecei a sorrir como se estivesse presenciando um lindo espetáculo. E haverá espetáculo mais lindo do que ter o que comer? Parece que eu estava comendo pela primeira vez na minha vida. (JESUS, 2014, p. 44)

24 de julho. Como é horrível levantar de manhã e não ter nada para comer. Pensei até em suicidar. Eu suicidando-se é por deficiência de alimentação no estômago. E por infelicidade eu amanheci com fome. (JESUS, 2014, p. 99)

Esses dois trechos são do livro de Carolina, mas poderiam ter sido ditos por um paciente a um profissional de saúde. Grossman e Cardoso (2006, p. 7) apontam que a narrativa é uma forma linguística caracterizada por apresentar uma sequência e apresentar um narrador e um ouvinte. “O ato de narrar é, na realidade um movimento do presente para o passado no qual a descrição de ações e acontecimentos torna possível refletir sobre si mesmo para se auto compreender e explicar-se”.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 *Literatura e Formação Profissional em Saúde*

Uma mulher negra gestante chega ao hospital com sangramento e os médicos dão um soro e a mandam de volta para casa. Depois de horas ela retorna ao hospital com fortes dores, receitam um Voltarem e falam que o diagnóstico dela é ansiedade, que ela precisa voltar quando tiver maior dilatação. Essa mulher pega novamente seus dois ônibus e retorna para casa. Quando desce do transporte coletivo em uma rua escura, perde os sentidos e desmaia. É socorrida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU que não sabe quanto tempo ela esteve desacordada naquele lugar. A mulher se encontra sem a bolsa e, portanto, sem documentos o que leva a presumir que ela foi roubada enquanto estava desmaiada. Essa mulher chega ao hospital, mas não o do primeiro atendimento, é enfim atendida e diagnosticada. Depois de alguns dias ela volta para casa, no ônibus manda um áudio para a sua amiga Cláudia pedindo que ela avise a todos que o chá de bebê está desmarcado porque o seu filho foi curetado.

Homem negro de 20 anos baleado agoniza no chão da favela. É cutucado com o fuzil, pisado e exibido como troféu. O rei do morro foi vencido pelas forças de segurança e agora a paz reinará. Enquanto é humilhado chora, e em meio às lágrimas reza para que não seja a sua hora. Depois das selfies dos fardados é jogado no camburão e levado para a emergência de um hospital. Forçado a andar para alcançar as pessoas de jalecos brancos, ele percorre uma via crucis até a sala de emergência. No caminho o fuzil é apontado e ele é identificado como bandido. Bandido se torna seu nome e sua denominação nos registros dos sistemas de saúde e nas bocas dos fardados do Sistema Único de Saúde – SUS. Sua emergência é escalada pela vontade de vingança dos justiceiros de branco. Medido pelos seus crimes é depreciado. A parada cardíaca faz com que seja lembrado, em ressuscitações de má-fé e rezas para que seja menos um na favela. Ele vence esse primeiro pedaço. Estranhamente salvo pelas mãos do Deus ele agora espera a transferência de cárcere.

Estamos aqui na comunidade e iremos entrevistar o pai do Ruan que estava perto da criança quando tudo aconteceu.

- Boa noite a todos, Ruan era meu filho.
- O senhor pode dizer para quem está em casa o que ocorreu?

- Ruan é uma criança fantástica. É não, era né. E ele era muito espoleta, coisa de criança, normal. Um dia eu vi ele ficando mais quieto, e falei para mãe dele: esse menino está doente. Coisa boa de criança é isso, quando para a gente já sabe que tem alguma coisa errada. Ele teve febre e nós o levamos para o hospital. Chegando lá, mandaram a gente para UPA, dizendo que não tinha pediatra. Fomos para a UPA e a fila estava imensa. Tinha muita gente lá, deve ser essa época de frio. Enquanto a gente esperava o Ruan foi ficando molinho, os lábios ficaram roxos. Levantei e falei com o segurança que fica na porta liberando os pacientes, que meu filho não estava bem e ele me mandou sentar e esperar minha vez. Voltei a ver meu filho que estava com a minha esposa e ele começou a ter uma convulsão. Corri no guichê que eu fiz a ficha e supliquei que ela chamasse um médico. De canto de olho vi que o Ruan já estava no chão babando e batendo a cabeça. Sabe como é pai né, a gente não se controla quando vê um filho da gente sofrer. Comecei a gritar com a mulher e minha mulher estava brigando com o guarda pedindo pelo amor de Deus que ele chamasse um médico. O guarda não olhava nos olhos dela e somente repetia que o médico estava fazendo um procedimento em um paciente e que não podia ser chamado naquele momento. Não me controlei e dei um soco nele para que ele largasse aquela porta e me deixasse passar. Corri para procurar um médico e uma senhora da limpeza me disse que ele estava no descanso. Raivoso e desnortado fui atrás do médico.

- E o médico estava no descanso?

- Estava. Cheguei gritando perguntando onde estava o médico e quando eu consegui arrastá-lo até próximo da porta onde estava meu filho já vinham uns 15 guardas para me pegar. Eu somente suplicava: “salva meu filho”. Os guardas me seguraram e o médico andou e perguntou para uma enfermeira o que estava acontecendo, mesmo no chão eu li nos lábios dela a palavra “nada”. Os guardas me levaram para fora. Chegando lá vi minha esposa como a mãe de Cristo segurando nosso filho. Meus joelhos vacilaram, minha boca ficou seca...Meu filho havia morrido.

- E já informaram para o senhor o que aconteceu com o seu filho?

- Ainda não.

- Essa história é revoltante. Voltamos ao estúdio.

As três narrativas são fictícias, mas fazem parte da criatividade da autora. São muitas histórias nos serviços de saúde relatadas em livros, poesias, ou guardadas em

memórias. Escolhemos estas para colocar uma indagação que irá tentar resolver o nosso questionamento e pensar de que forma podemos fazer com que tenham outro desfecho.

O Brasil, apesar de ter um serviço de saúde inspirado em princípios humanistas, é um país que trata com muita violência um contingente grande da sua população. E isso nos faz questionar se os profissionais de saúde poderiam ser formados para uma outra visão. Haveria uma forma de enfrentar as violências estruturais a partir da formação? Não acreditamos em fórmulas mágicas para problemas complexos e desconfiamos muito de promessas deste teor. Mas existem luzes no final do túnel e uma delas é a literatura. Ela tem sido utilizada como ferramenta educacional para a formação de profissionais de diversas áreas, inclusive na saúde.

A literatura é diferente da narrativa, ambas se baseiam no registro de um suporte de informações, mas a narrativa em saúde tem se voltado para os itinerários de saúde dos pacientes, e a literatura é uma aplicação dos textos literários para expor temáticas para os profissionais de saúde - PS.

Existem altas expectativas delineadas/previstas para um profissional de saúde. Espera-se que ele seja ético, humano, profissional, atualizado, assertivo, responsável, como evidenciado nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de saúde que serão estudadas mais à frente.

Por parte da população, a esperança é de ser atendido por um super. Homem ou uma super. Mulher, uma pessoa que não boceje depois de um plantão de doze horas, que não reclame dos salários, que seja um Magaiver nos equipamentos médicos, que seja um Xamã em medicamentos, que seja receptivo e alegre como Patati e Patatá. Mas todas essas expectativas são frustradas e quando o esse/a super, demonstra-se vulnerável em algum ponto.

A literatura não é uma forma didática de criar super. Heróis, mas de devolver a humanidade à humanos. As histórias fazem parte das nossas vidas desde a infância quando são contadas as dos parentes, as de ninar, das viagens passadas. Uma pessoa que faz parte de uma família saberá as histórias mais importantes dela. Saberá que são repetidas a cada churrasco, Natal, aniversário, e ainda discernir os personagens.

A elitização da formação médica começa na seleção do aluno com a finalidade de estabelecer direta ou indiretamente um filtro pelo qual só passam os economicamente aptos. Isto é agravado pela proliferação de escolas pagas e pelo novo modismo da diminuição de vagas nas escolas oficiais. Esta elitização

é tradicional e data dos tempos antigos, quando se exigia dos candidatos às escolas médicas conhecimentos de latim e de grego e se dizia, na Inglaterra da época vitoriana, que era essencial para o médico ser considerado gentleman, pois para praticar entre as pessoas de bens deveriam ter uma educação liberal, que se tornou a marca registrada das classes superiores. (LANDMANN, 1982, p. 142)

Mesmo depois de anos no bacharelado ainda se percebem lacunas nos currículos dos PS. Sempre tem alguma sugestão de cereja do bolo. A literatura não almeja ser a cereja dos cursos, mas um recurso educacional para a formação, uma forma de retirar o PS do percurso que coloca a doença como um mal a ser extirpado a todo custo.

O profissional de saúde também é instado a ser um indivíduo que supera todas as mazelas humanas. As mazelas a serem superadas não é somente a da doença a ser vencida, mas as pobreza e mediocridades. Espera-se um comportamento exemplar em todos os âmbitos, sem tropeço, sem mácula. Profissionais imaculados. Mas essa necessidade de construção de heróis nos serviços de saúde acaba escamoteando que esses indivíduos estão na sociedade e fazem parte dela, exercendo um poder dentro dela. A formação nas áreas de saúde não transforma o indivíduo em um ser humano especial dotado de todas as virtudes e perfeições, mas um indivíduo que exerce uma atividade no meio social.

As atividades exercidas pelos PSs são importantes no modo capitalista de produção devido aos impedimentos que ela pode causar ao sistema produtivo. Dentro de uma lógica capitalista o afastamento laboral é uma perda de recursos e investimentos, por isso se investe tanto em saúde para que tal realidade não aconteça e assim o capitalista possa desfrutar de seus lucros sem pausas devido a questões de saúde.

Tal inserção da saúde no capitalismo direciona os esforços, as pesquisas, os objetivos e também a formação. A formação do PS se volta cada vez mais para recursos tecnológicos, medicamentos e laboratórios. Equipamentos devem ser interpretados para se chegar a um diagnóstico. Cabe ao PS se especializar no maquinário e menos no material humano. A literatura permite que o PS volte a olhar o humano e perceba as nuances e facetas que interferem no processo de saúde-doença. Para Landmann (1982, p. 171) médicos, empresários da saúde e indústrias construíram uma simbiose lucrativa baseada num sistema que considera o ato médico uma mercadoria de consumo.

Algumas pesquisas retratam casos em que professores usaram livros para tratar de assuntos de saúde como “A Morte de Ivan Ilitch” escrito por Liev Tolstói e publicado

em 1886. Esse romance é um relato patográfico em primeira pessoa que fornece elementos para o profissional de saúde entender como é para o paciente estar em adoecimento. Vários autores publicaram sobre a possibilidade metodológica do uso da literatura na formação dos profissionais de saúde Carelli e Pompilio (2013), Silva e Gallian (2016), Biazevic (2012), Balbi, Lins e Menezes (2017), Farias (2013), Reginato, Gallian e Marra (2016), Sá, Palha e Villa (1998), Carelli (2016), Benedetto (2010), Nunes (2015).

Sá, Palha e Villa (1998) abordam a necessidade de uma formação que ultrapasse a competência técnica, uma predição do que diz a Resolução 569 do Conselho Nacional de Saúde que será discutida mais à frente. Benedetto (2010) explorou a humanização de médicos e pacientes pela literatura, mas a humanização é insuficiente para abordar os efeitos de opressões estruturais da sociedade. Não basta tratar de forma igual a quem parte de pontos diferentes com relação a acesso a direitos. Carelli (2016) aborda a literatura como uma forma de epistemologia humana no qual o sujeito se defronta com as limitações do outro causada pela enfermidade e desenvolve empatia. Reginato, Gallian e Marra (2016) discutem as limitações da formação tecnicista do profissional de saúde utilizando como fio condutor a obra Frankenstein de Mary Shelley. Farias (2013) discute a gripe espanhola a partir do personagem Eutanásia de Dalcídio Jurandir. Balbi, Lins e Menezes (2017) apresentam atividade realizada com estudantes de saúde a partir da obra “Ensaio sobre a cegueira” de José Saramago. Biazevic (2012) discute o uso da obra de Monteiro Lobato, principalmente o personagem “Jeca Tatu” e suas contribuições para a saúde. Carelli e Pompilio (2013) apresentam a “Narrative Based Medicine” e evidenciam as potencialidades da literatura para a formação em saúde.

Nos estudos acima destacam-se as ações visando a humanização e atenção às singularidades do encontro entre usuário e profissional de saúde. Parte-se do reconhecimento de que é preciso criar um diálogo de conexão entre as partes. O adoecimento é um processo que faz parte da interação do ser humano com o meio ambiente, “[...] o corpo vivido é uma realidade psicológica e as enfermidades não são apenas azares do soma, mas formas de relacionamento do homem com o seu entorno” (MOREIRA FILHO, 2005, p. 14). A conexão também passa pela confiança, acreditação na palavra do profissional e que ele empreenda todos os esforços possíveis para entender o processo de adoecimento relatado. Um processo que passa pela escuta e entendimento do que está sendo narrado. A escuta não pode ser barrada por um preconceito, nem mesmo o linguístico da adequação à norma da língua portuguesa.

A fuga do padrão gramatical do usuário é muitas vezes vista pelo profissional de saúde como uma oportunidade de exposição do seu acesso ao conhecimento. Uma palavra escrita ou falada distante do padrão da língua é instantaneamente corrigida. O mesmo acontece com procedimentos descritos na linguagem coloquial e que são imediatamente corrigidos para a linguagem técnica. Um tecnicismo e um exibicionismo que acaba por obstar a compreensão do assistido da informação em saúde objeto do diálogo com o profissional. A inibição pode fazer com que muitos saiam dos consultórios sem entender o diagnóstico, exames, procedimentos. Uma conversa travada por palavras que não dizem nada para o ouvinte, mas são importantes para o falante, que não consegue atingir os objetivos da linguagem.

Considerando o contexto descrito, a literatura pode ser um caminho de aproximação entre universos que se distanciam quando a linguagem se faz muito diferenciada. Uma autora que soube cumprir essa aproximação, foi Carolina Maria de Jesus (1914-1977). Ela fugia a esses padrões da língua para escrever como falava, de forma livre, em profundidade das coisas de sua vivência.

Se a ciência está sendo questionada em algumas de suas abordagens, se já não concordamos com a verdade cartesiana, também não nos sentimos conseqüentemente muito bem em continuar repassando “fórmulas”, “receitas” herméticas, ensimesmadas em certezas que já não mais respondem às formas complexas do viver humano. Em outras palavras, carecemos de um projeto pedagógico em saúde, principalmente em Saúde Pública que ultrapasse os limites do reproduzir conteúdos e práticas. (SÁ, PALHA e VILLA, 1998, p. 56)

Lefevre e Lefevre (2007) discutem o discurso hegemônico da saúde que produz respostas preventivas e reativas para retorno ao status antes da doença. Esta é considerada uma ameaça à vida, à medida que aponta para a morte e por isso mobiliza uma reação radical de retorno. Esse discurso produz nos PSs a instalação de uma atividade de luta contra a doença como um mal a ser curado a todo custo para retornar o indivíduo à sociedade.

Para discutir esse modelo hegemônico surgem diversos movimentos classificados como contra-hegemônicos. Esses discursos visam retirar a obrigatoriedade de seguir a saúde pela via única da tecnologia e da erradicação da doença. São discursos com abordagens sociais e holísticas que vêm os indivíduos além da necessidade da cura.

Um desses modelos contra-hegemônicos é o movimento da medicina social, que para Osório e Schraiber (2015) trata-se de um olhar alternativo à redução biomédica em

que se estruturou o saber e a prática da medicina, que busca discutir o social como esfera de determinação dos adoecimentos.

O indivíduo no discurso hegemônico é um consumidor de produtos e tecnologias. Os PSs oferecem serviços curativos tecnológicos farmacêuticos para controle do processo de adoecimento. A doença não é vista como algo normal, que faz parte da biologia, momento que faz parte da história natural do ser humano. A incapacidade gera medo pelo tempo e os obstáculos que ela pode causar. Mesmo sendo transitória pode afastar o indivíduo do gozo de atividades que lhe são caras, e com o aumento das possibilidades do exercício de atividades individuais o sofrimento causado pela incapacidade se torna maior.

O status do indivíduo cada vez mais é complementado pelas redes sociais no qual ele compartilha sua vida e suas vivências e as enfermidades não são uma matéria a ser compartilhada nesses espaços que se voltam para momentos que possam ser invejados. A doença não gera inveja, mas compaixão e por isso ela geralmente é comentada, mas não compartilha o seu itinerário. Indivíduos postam que estão doentes e que irão se ausentar, mas dificilmente postam o itinerário até a cura. As redes sociais são um palco para a vida sem problemas, enfermidades, problemas financeiros. São lugares de problematizações simples, rasas e pontuais.

O corpo neste modelo é visto como uma máquina. Tal modelo enxerga o corpo como uma máquina passível de consertos e substituições. O rim que não funciona é substituído pela hemodiálise, a perna que não circula sangue é amputada e substituída pela cadeira de rodas ou a perna mecânica. Os diagnósticos e alternativas são também escolhidos pelo tempo que a máquina irá ficar fora de atividade, define-se um tratamento pelo tempo que ele irá gastar até a melhora. Escolhe-se a cirurgia pelo pouco tempo até a melhora do indivíduo. O parto normal, com o seu tempo de espera, pelo desgaste da mulher, pela dificuldade de previsão de todos os momentos, é substituído pelo parto cesáreo, previsível, rápido, com pouca espera, controlável.

A doença é vista como mau funcionamento ou defeito de uma máquina que apresenta defeitos de funcionamento e prática de saúde, como o conserto da máquina. Neste contexto narrativo, uma máquina é algo que foi feito para funcionar perfeitamente, e se a doença é vista como não funcionamento da máquina, este não-funcionamento ou é um defeito irreparável, e então a máquina é jogada fora (=morte), é deixada funcionar pela metade ou é consertada (por mudança externa e/ou interna, como mudança de comportamento ou estilo de vida). [...] O conserto de máquinas como modelo

de prática de atenção à saúde é ética e psicologicamente falando, inaceitável, por sua desumanidade e frieza. (LEFEVRE E LEFEVRE, 2007, p. 20)

Esta máquina precisa estar sempre disponível para a produção, seja remunerada ou não. O corpo se submete à atividades de promoção de saúde para alcançar os parâmetros de funcionamento correto. O exercício, a alimentação, os comportamentos são pontuações utilizadas para justificar o direito de reivindicar a saúde. O indivíduo que tenha feito todas as atividades de saúde ficará no mínimo surpreendido pela enfermidade, pois ela vai ser entendida como algo inesperado e anormal para ele. A saúde passa a ser também uma moeda de troca entre comportamentos, como se fosse a lenda do Papai Noel que recompensa o indivíduo que cumpriu todas as prescrições.

Este modelo é desumano, como disseram os autores citados anteriormente, pois desconsidera que o corpo é um mecanismo biológico que tem interações com o ambiente que fogem ao controle do indivíduo. Em uma máquina todos os comportamentos estão previstos. O parafuso dela a certa altura tem um comportamento, mas o mesmo não acontece com o ser humano, que não tem todas as informações possíveis. Um indivíduo que se alimente corretamente no padrão de saúde, não tem como prever os efeitos do agrotóxico na saúde de seu corpo.

PSs irão atuar para adequar o corpo ao modelo estabelecido, visando alcançar os parâmetros determinados pelas epidemiologias. As evidências de saúde servem como critérios para determinar comportamentos e recompensas aos indivíduos, que fizerem todas as atividades.

Landmann discutiu a promoção da doença nos serviços de saúde. A indústria farmacêutica para esse autor mudou a atitude do médico, que busca com drogas combater o medo do paciente e o próprio receio da forma que acredita ser prioritária. Para esse autor, a prescrição tem o objetivo do médico livrar-se do paciente o mais rápido possível e não perder tempo. Em 1982, quando o livro foi publicado ele já analisava que eram raros os programas de televisão que não contêm mensagens de remédios, fortificantes, vitaminas:

Sempre que um determinado produto é lançado no mercado, o complexo médico-industrial expande seu mercado. Os produtores da mercadoria exaltam suas vantagens e estabelecem o marketing. Se a droga, o procedimento ou instrumento aumentam a eficiência, os médicos passam a adotar aquele produto. Se eleva o status ou seus proventos, os médicos também passam a

adotá-lo. Se a sua presença num hospital aumenta os lucros deste ou atrai mais médicos, os hospitais passam a comprá-lo. (LANDMANN, 1982, p. 171)

Tal processo se acentuou no século XXI e se pulverizou em diversas plataformas, e assim o paciente e o médico, foram impactados pela propaganda farmacêutica. Landmann (1982, p. 55) defende que “o cerne do problema está justamente no sistema ocidental de medicina, cada vez mais ligado à sociedade tecnológica”. O padrão ocidental é predatório, e usa da força para se sobrepor à outras formas.

As “receitas herméticas” direcionam um resultado pensado em um tipo de sujeito que não corresponde à maior parte da população. Os padrões que os autores acima contestam, foram criados para os que detém o poder de informação e não conseguem abarcar as peculiaridades dos subalternos, os pretos e os pobres. As especificidades genéticas, culturais e sociais não cabem em modelos que partem de sujeito com acesso à diversos “modos de vida saudável”. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil, 2011, p. 30) coloca como padrão salutar, a promoção de práticas alimentares sadias e atividade física que resulte em gasto energético. Devido à vulnerabilidade social, negros e negras estão entre os sujeitos que majoritariamente não dispõem de tempo e nem de recursos para as atividades de autocuidado em saúde. Uma das reivindicações históricas do Movimento Negro é fazer com que essas especificidades sejam estudadas desde cedo, para que o processo educacional desde seja mais diverso e contemple a equidade racial.

A Lei 10.639 de 2003, (Brasil, 2003) alterou as diretrizes e bases da educação nos níveis fundamental e médio, tornando obrigatória a abordagem da história e cultura afro-brasileira. No corpo da lei, está previsto que o estudo se volta para a história da África e dos africanos, a luta dos negros no Brasil, a cultura negra brasileira e o negro na formação da sociedade nacional, resgatando a contribuição deste povo nas áreas social, econômica e política pertinentes à história do país. A legislação não obriga o ensino técnico e superior a abranger esses conteúdos, o que seria interessante para os profissionais de saúde, principalmente os que trabalham no Sistema Único de Saúde. Segundo relatório da Oxfam Brasil (Oxfam, 2017), cerca de 75% das pessoas que se declaram negras usam serviços públicos de saúde em comparação à 50% da população que se declara branca.

Existe ainda, um conjunto complexo de dados que evidenciam as disparidades da saúde da população negra, e por razão do racismo institucional, esses dados são naturalizados como parte da cultura nacional. As mortes por causa externa, a cada ano demonstram o índice de vulnerabilidade da população, como no Atlas da Violência de

2017 (Brasil, 2017). Ele apontou que de cada 100 pessoas que sofrem homicídio no Brasil, 71 são negras, evidenciando o genocídio que há muito tempo vem sendo denunciado e pouco combatido.

A Política Nacional de Saúde da População Negra-PNSIPN (Brasil, 2009), é um marco importante na construção de direitos da população negra brasileira. O Ministério da Saúde, nela reconhece o racismo como determinante social em saúde e que as iniquidades nesta área são resultado de injustos processos socioeconômicos e culturais. Para que os serviços de saúde possam atender melhor seus usuários, é preciso que os profissionais conheçam melhor essa população. Vale ressaltar que a ampliação da consciência não se dá somente pelas estatísticas de vulnerabilidade social e econômica.

A sociedade brasileira é marcada por opressões estruturais e coloca em situação de vulnerabilidade, a parcela que não pertence aos detentores de poder. Tal realidade que acomete as pessoas negras, é fruto de uma construção social de legitimação da escravidão e exploração das dos pretos e pardos. Pressupostos científicos e religiosos em relação às pessoas negras, estão socialmente enraizados de forma a naturalizar a situação de vulnerabilidade das pessoas negras. Elas fazem parte, de forma majoritária, de todas as estatísticas de vulnerabilidade social, econômica, política, social, funcional e de saúde. Segundo Brasil (2011, p. 11) os indicadores de saúde demonstram que, embora para a população em geral, as taxas de mortalidade ou morbidade pela maioria das causas, estejam em queda, as desigualdades étnicas e raciais têm sido mantidas nos mesmos patamares ao longo dos anos e, algumas até aumentaram.

Esta situação é agravada na população negra feminina, que estão inseridas em uma sociedade que molda diversos privilégios em favor dos homens, com critérios religiosos, científicos, sociais, orgânicos, entre outros.

O sistema escravista definia o povo negro como propriedade. [...] as mulheres eram vistas, não menos do que os homens, como unidades de trabalho lucrativas [...] [Pela] ideologia da feminilidade do século XIX, que enfatizava o papel das mulheres como mães protetoras, parceiras e donas de casa amáveis para seus maridos, as mulheres negras eram praticamente anomalias. (DAVIS, 2016, p. 17).

Tal situação de disparidade advinda da discrepância racial é o racismo, no qual pessoas brancas, com base em teorias racistas têm gozado de privilégios. Iremos explorar

as possibilidades de fala da população subalternizada, em uma sociedade estruturada, essencialmente, na exclusão.

“[...] o lixo vai falar, e numa boa.” Lélia Gonzalez

3.2 O silenciamento da população negra e os questionamentos da representatividade

A possibilidade de subalternos falarem de saúde foi uma das questões que nos inquietaram para a escrita deste texto. Por mais que existam vozes das periferias, elas não têm o mesmo poder de influência para mudar a situação de saúde, tal como as falas acadêmicas. Esse texto busca trazer a voz marginal, para que ela diga por si própria suas inquietações em saúde. Eles não precisam ser tutelados para serem ouvidos, eles precisam ser ouvidos para deixarem de ser tutelados.

Ao buscar aprender a falar ao (em vez de ouvir ou falar em nome do) sujeito historicamente emudecido da mulher subalterna, o intelectual pós-colonial sistematicamente "desaprende" o privilégio feminino. Essa de aprendizagem sistemática envolve aprender a criticar o discurso pós-colonial com as melhores ferramentas que ele pode proporcionar e não apenas substituindo a figura perdida do (a) colonizado (a). (SPIVAK, 2010, p. 88)

A tutela rouba o protagonismo de quem realmente conhece a realidade vivida. Muitas mulheres têm feito discursos em nome dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres negras, que por sua vez, têm encontrado pouco espaço para falar de suas inquietações. Mesmo com dados epidemiológicos e diversas métricas, não é a voz das negras que interpreta os dados e dá significado a eles. Elas são sufocadas pela tutela paternalista que as impedem de falar por si mesmas.

A invisibilidade das pessoas negras faz com que suas realidades, seja na saúde e em outras áreas, sejam retratadas pela ótica racista de construção social. A literatura, para Dalcastagnè (2008), é um espaço que tem afastado autores negros, com poucos escritores e poucos personagens. Trata-se de homogeneidade de discursos que invisibiliza as pessoas negras. “A ausência de personagens negros na literatura não é apenas um problema político, mas também um problema estético, uma vez que implica na redução da gama de possibilidades de representação.” (Dalcastagnè, 2008, p. 97)

Na pesquisa feita por Dalcastagnè (2008) com 258 romances e 165 escritores diferentes, 93,59 % dos escritores são brancos. Em 56,6% do romances não há nenhuma personagem não branca. Os negros são 7,9 % das personagens, 5,8 dos protagonistas e 2,7 % dos narradores. 33% das crianças e 56% dos adolescentes negros são dependentes químicos em contraposição a 4% das crianças e 8% das personagens adolescentes brancas. Mais de um quinto dos negros representados nos romances são bandidos ou contraventores, “[...] o homem negro diante da mulher branca continua sendo representado como o animal sujo cobiçado pela fêmea depravada, ele é o corpo desprezível que a mulher branca, em sua irracionalidade deseja” (Dalcastagnè, 2008, p. 98). As mulheres negras aparecem nas atividades de domésticas e prostitutas, enquanto as brancas a ocupação predominantemente a posição de donas-de-casa. As personagens de religiões de matriz africana em 81,1% dos casos são pobres e miseráveis.

Os dados da pesquisa de Dalcastagnè (2008) apontam como estereótipos têm sido perpetuados na representação de negras e negros. O imaginário popular é permeado por essas imagens e acaba por legitimar a desigualdade racial. Não somente nos romances mas em diversos veículos, o preconceito contra negros é confirmado a exaustão. Os programas de televisão que mostram pessoas negras em situação de conflito com a lei têm o mesmo papel que o filme “Cidade de Deus” onde 99% dos personagens negros estão envolvidos com o crime. O preconceito fica justificado e qualquer ação violenta contra os corpos negros, está legitimada no imaginário popular.

Grosfoguel (2016) analisa a construção do conhecimento ocidental, apontando a construção de hierarquias entre conhecimentos e o silenciamento de narrativas:

O racismo/sexismo epistêmico é um dos problemas mais importantes do mundo contemporâneo. O privilégio epistêmico dos homens ocidentais sobre o conhecimento produzido por outros corpos políticos e geopolíticas do conhecimento tem gerado não somente injustiça cognitiva, senão que tem sido um dos mecanismos usados para privilegiar projetos imperiais/coloniais/patriarcais no mundo. A inferiorização dos conhecimentos produzidos por homens e mulheres de todo o planeta (incluindo as mulheres ocidentais) tem dotado os homens ocidentais do privilégio epistêmico de definir o que é verdade, o que é a realidade e o que é melhor para os demais. Essa legitimidade e esse monopólio do conhecimento dos homens ocidentais tem gerado estruturas e instituições que produzem o racismo/sexismo epistêmico, desqualificando outros conhecimentos e outras vozes críticas frente aos projetos imperiais/coloniais/patriarcais que regem o sistema-mundo. (GROSFOGUEL, 2016, p.25)

O autor adverte para a construção monolítica do pensamento da universidade ocidental, restrita à experiências e problemas da Itália, França, Inglaterra Alemanha e Estados Unidos. De um lado está o “privilégio epistêmico” e do outro, a “inferioridade epistêmica”. Os países citados dão sequência ao cânone, o conhecimento validado por uma parte da sociedade global. Não por acaso, são destes países os principais periódicos e eventos científicos em saúde, produzindo tecnologias, informações, tratamentos.

A invasão imperialista foi marcada por epistemicídios, sendo que Grosfoguel (2016, p. 40) argumenta que, “Nas Américas os africanos eram proibidos de pensar, rezar ou de praticar suas cosmologias, conhecimentos e visão de mundo. Estavam submetidos a um regime de racismo epistêmico que proibia a produção autônoma de conhecimento.” O genocídio/ epistemicídio também influenciou sobre as mulheres que eram as transmissoras da tradição oral. “Os “livros” eram os corpos das mulheres e, de modo análogo ao que aconteceu com os códices indígenas e com os livros dos muçulmanos, elas foram queimadas vivas.”(GROSFOGUEL, 2016, p.42)

Um dos meios é reconhecer que todo o conhecimento foi afetado pelo eurocentrismo “e muitos aspectos do eurocentrismo foram engessados nessas novas epistemologias” (GROSFOGUEL, 2016, p. 44). Existem outras perspectivas que sobreviveram a violência do eurocentrismo e essas podem ser utilizadas para romper com a hegemonia do conhecimento. Grosfoguel (2016) apresenta alguns outros caracteres da transmodernidade:

Ademais, a transmodernidade pede por diálogos interfilosóficos para produzir a pluralidade de sentidos, onde o novo universo também é plural. Entretanto, a transmodernidade não é, de modo algum, equivalente a uma celebração liberal e multiculturalista da diversidade epistêmica do mundo, onde as estruturas de poder permanecem intactas. A transmodernidade é um reconhecimento da diversidade epistêmica sem o relativismo epistêmico. O chamado por uma pluralidade epistêmica, como uma oposição ao universalismo epistêmico, não é equivalente a uma posição relativista. Ao contrário, a transmodernidade reconhece a necessidade de um projeto global compartilhado contra o capitalismo, o patriarcado, o imperialismo e o colonialismo. Mas ele rejeita a universalidade das soluções, onde um define pelos outros qual é a “solução”. Universalidade, na Modernidade europeia, significava “um define pelos outros”. A transmodernidade clama por uma pluralidade de soluções, onde “muitos decidem por muitos”. A partir de diferentes tradições epistemológicas e culturais surgirão também respostas diferentes para os mesmos problemas. O horizonte transmoderno tem como objetivo a produção de conceitos, significados e filosofias plurais, bem como de um mundo plural. (GROSFOGUEL, 2016, p.45)

3.3 Formação Profissional e Equidade Racial

A equidade não é realizada somente em nome dos usuários que estão em situação de desigualdade. Deve ser promovida junto com elas. As pessoas que, de forma transitória ou permanente, estão em situação de insegurança, não são somente alvos das atividades de promoção de saúde, elas devem ser também as pessoas que constroem esse olhar de equidade.

Mas antes de avançarmos neste debate é preciso definir a equidade. Geralmente em apresentações visuais é apresentada a imagem de três pessoas de alturas diversas querendo ver um jogo de beisebol por detrás de uma cerca. Essa imagem apesar de ser ilustrativa e de ser bastante utilizada tem algumas dificuldades, ela apresenta um jogo que não é popular no Brasil e que as pessoas não se sentem representadas, se fosse um jogo de futebol, as pessoas poderiam se entender melhor na imagem e no desejo de assistir ao jogo, nem que seja pelo buraco da cerca. Outra questão na imagem é que a equidade seria de fato realizada não com todos podendo ver o jogo pela cerca, mas com todos podendo ver o jogo dentro do estádio. Assistir o jogo pela cerca responde a parte das necessidades, mas não a globalidade, e por isso esse conceito é importante. A igualdade como conceito diz que todos podem assistir ao jogo, seja no estádio, pela televisão, atrás de uma cerca, ouvindo pelo rádio, ou por tradução de libras. O acesso assim faria todos iguais, a equidade problematiza esse acesso, e faz com essas desigualdades sejam observadas e que as cercas sejam discutidas.

Barros e Sousa (2016, p. 15) analisam que a equidade pode ser entendida como

uma desigualdade entre desiguais, ou seja, uma regra de distribuição desigual para indivíduos que se encontram em situações distintas ou como igualdade entre iguais, ou seja, uma regra de distribuição igualitária entre aqueles que estão em igualdade de condições. (BARROS e SOUSA, 2016, p.15)

A equidade não consegue resolver todos os problemas da sociedade, pois muitas das mazelas que causam desigualdades são estruturais. Barros e Sousa (2016, p. 16) que ela pode ser vista também como uma “estratégia para atingir a igualdade de oportunidades no tocante ao usufruto de boas condições de saúde e de acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação, levando-se em conta as disparidades de ordem social, étnica, econômica e cultural.” Essa construção passa por dar voz aos sujeitos que estão em situação de disparidade social para que eles possam expressar como as desigualdades afetam suas condições de saúde.

A política de saúde já percebeu essa necessidade de construção conjunta e por isso criou comitês de promoção da equidade. Eles têm o objetivo de dar voz para pessoas marginalizadas e sempre lembrar aos gestores de saúde da realidade na qual eles estão inseridos. Costa e Lionço (2006), ao analisar o potencial dos Comitês Técnicos de Promoção da Equidade adotados pelo Ministério da Saúde desde 2003, informam que estes não contemplam todas as facetas de exclusão de grupos que compõem a sociedade, mas estas foram escolhidas por causa de uma inexistência de institucionalização de políticas prévias de saúde que contemplassem as necessidades de certos grupos, que no momento da publicação do artigo eram a População Negra, LGBT, e Campo, Floresta e Águas.

Os comitês seriam espaços de orientação, articulação, interlocução, provocação e construção de práticas transversais de saúde. As autoras afirmam que as necessidades e demandas devem ser compreendidas a partir das indicações dos próprios grupos de acordo com a sua visão de saúde e bem-viver. Mas ainda é questionável sobre a possibilidade de real escuta das pessoas subalternas, Spivak (2010, p. 126)". As Portarias, e portanto leis, não garantem que as considerações do colegiado serão realmente incorporadas aos planejamentos de saúde e serão implementadas no SUS. Quando a fala não se traduz em ação no serviço de saúde, se concretiza a visão pessimista de Spivak que o subalterno não pode falar, porque não adianta investir tempo na construção de políticas se elas não serão levadas em conta pela gestão.

O desejo de uma coletividade não consegue ser expresso por uma só voz. Ela não consegue exprimir a diversidade e as contradições entre todos os sujeitos que compõem essa coletividade. A representação assim teria seu limite na própria formação de coletivos de representação que reúnem pensamentos muito díspares e que não conseguem ser expressos quando só um sujeito fala em nome de todos.

Dois sentidos do termo "representação" são agrupados: a representação como "falar por" como ocorre na política, e representação como "re-presentação", como aparece na arte ou na filosofia. Como a teoria é também apenas uma "ação", o teórico não representa (fala por) o grupo oprimido. De fato, o sujeito não é visto como uma consciência representativa (uma consciência que "re-presenta" a realidade adequadamente). (SPIVAK, 2010, p. 31)

Uma política de saúde que examina os corpos negros e define coisas para eles, sem eles, se assemelha muito ao esquadramento dos corpos dos escravizados nos

portos. Estes eram examinados pelos futuros compradores e verificados quanto a qualidade de mercadoria a ser adquirida. A política de saúde tem feito esse exame e direcionado esses corpos para as especialidades sem ouvi-los, uma violência epistemicida continuada.

Para o "verdadeiro" grupo subalterno, cuja identidade é a sua diferença, pode-se afirmar que não há nenhum sujeito subalterno irrepresentável que possa saber e falar por si mesmo. A solução do intelectual não é a de se abster da representação. O problema é que o itinerário do sujeito não foi traçado de maneira a oferecer um objeto de sedução ao intelectual representante. (SPIVAK, 2010, p. 61)

Discordamos de Spivak e consideramos que não há nenhum sujeito que seja irrepresentável. Todos os sujeitos têm demandas e pode representá-las em diversos espaços. Mas não podemos deixar de considerar as assimetrias no acesso a fala e a escuta. Sendo mulher, negra, pessoa com deficiência, de comunidades rurais, comunidades tradicionais, de diferentes faixas etárias, esse sujeito pode não ser ouvido. O ideal seria que o sujeito, independente da identidade de gênero, orientação sexual, idade, raça ou compleição física, fosse ouvido. Mas a realidade contrapõe o desejo de uma sociedade equânime. A equidade de voz ainda não se faz presente em muitos espaços, mas a sua inexistência não é motivo para calar a sua possibilidade.

3.4 Representatividade e saúde

Utilizar os textos de Carolina Maria de Jesus nesta dissertação é dar espaço para que uma mulher negra possa falar sobre suas vivências. Carolina se insere no contexto da transmordenidade. Ela não é a resposta aos limites do pensamento racializado nos cursos da saúde, mas uma das respostas onde muitas alternativas podem ser construídas. É um universo em que muitos autores podem apresentar seus discursos e suas repercussões em saúde. É utilizar do espaço de fala que a pós-graduação permite, para esforçar-se num texto que seja uma caixa de som que ressoa a voz da margem, mas não se apropria dela. É um esforço de desconstrução do espaço do pesquisador que ao invés de falar pela margem, irá oportunizar ao centro que escute a voz que vem da periferia. É desafiante se colocar no lugar de quem teve acesso a vários instrumentos de ascensão

social e está distante da realidade periférica de Carolina. Um desafio que vem por acesso à ferramentas de poder, mas que ainda continua marginal.

Estar entre marginais não nos autoriza a falar por eles. O protagonismo deve ser de quem vive a opressão e não de quem coloca a lupa de pesquisador sobre a questão. O lugar de fala do pesquisador é diferente do lugar de quem vive a realidade, e essa diferença precisa ser assumida por todos os envolvidos no processo. Ser uma mulher negra não autoriza a pesquisadora a falar em nome de todas as mulheres negras, como se tivesse experimentado de forma igual as situações vividas todas elas. Ser negra no Brasil, é estar em contínua subalternidade, ainda que esteja em lugares que outras mulheres com o mesmo tom de pele, não terão acesso.

As mulheres negras, deficientes, LGBTQs, doentes crônicas, não escolarizadas, vítimas de violências, em empregos considerados inferiores, têm vivências próprias que são pertinentes para a reflexão do processo saúde doença. A dificuldade delas, não é ter conhecimento das suas necessidades, mas estar em um espaço real de escuta, e que suas vozes, que não sejam apenas, citações acadêmicas. Mesmo em espaços de escuta coletiva como os conselhos de saúde, suas posições podem ser abafadas por outros grupos que têm mais fluência verbal e/ou poder simbólico.

A mulher negra têm sido historicamente silenciada. Por isso, a nossa inquietação não pode ser reduzida a um sim ou não, elas podem e devem falar ou não. Por mais que existam espaços coletivos e diversas demandas que as afetam, tenham sido levadas para as políticas de saúde, não são elas que tem falado por si. Muitas vezes dependem de outros sujeitos que legitimem sua fala e levam o grupo a aceitar aquela demanda como verdadeira, como importante. Não sendo, portanto, a voz delas que causa a mudança, mas a anuência de um outro sujeito que tem mais legitimidade. Simionatto (1997, p. 19) faz uma análise dos conselhos, muitas vezes burocráticos, que “aliada à ausência de preparo, acabam centrando suas ações nas propostas apresentadas pelo Executivo, enfraquecendo esses espaços de participação e não traduzindo em nível real de sua força, na definição da política de saúde como um todo.”

mesmo surgindo a partir do cumprimento da exigência legal, os Conselhos tendem a ser catalizadores dos segmentos interessados na transformação democrática do sistema de saúde, na medida em que transcendem o "poder legal", ampliando os espaços contra-hegemônicos em relação ao Estado. É nessa ótica que se alteram as relações Estado/sociedade, na medida em que um projeto político, no caso a saúde, consubstanciado na Reforma Sanitária e

no SUS, concretiza na cultura política brasileira a "alteridade", ou seja, a presença do "outro", a diversidade de sujeitos na luta pela efetivação de "direitos socialmente pactuados". (SIMIONATTO, 1997, p. 19)

3.5 Mulheridades negras

As mulheres negras não são um recorte, uma temática, um grupo, um segmento, elas são plurais. Em uma de suas falas, a vereadora Marielle Franco ressaltou a diversidade das mulheres: “nós somos diversas, diversas no corpo, diversas nas histórias, diversas no feminismo, mas não dispersas.” (Rio de Janeiro, 2017). Na sociedade brasileira elas se reconhecem pela maior presença de melanina, nas diversas concentrações e construções identitárias. Estas mulheres não estão somente ligadas pelos sofrimentos causados pela opressão racista, machista e misógina. Reduzi-las ao sofrimento é transformá-las em vítimas subalternas de uma história única que não é contada nem protagonizada por elas.

Davis (2016, p. 19) nos informa que a “exaltação ideológica da maternidade [...] não se estendia às escravas. Na verdade, aos olhos de seus proprietários, elas não eram realmente mães [...] Elas eram "reprodutoras" - animais cujo valor monetário podia ser calculado com precisão a partir de sua capacidade de se multiplicar.” A mulher negra no sistema escravista, segundo Davis (2016), era uma trabalhadora em tempo integral que não eram as protetoras, parceiras e donas de casa. “As mulheres não eram ‘femininas’ demais para o trabalho na minas de carvão e nas fundições de ferro, tampouco para o corte de lenha e abertura de valas”. (DAVIS, 2016, p. 22)

Conceição Evaristo fez análises importantes sobre a personagem negra e a ausência da maternidade:

A ficção ainda se ancora nas imagens de um passado escravo, em que a mulher negra era considerada só como um corpo que cumpria as funções de força de trabalho, de um corpo-procriação de novos corpos para serem escravizados e/ou de um corpo-objeto de prazer do macho senhor.

Percebe-se que a personagem feminina negra não aparece como musa, heroína romântica ou mãe. Mata-se no discurso literário a prole da mulher negra, não lhe conferindo nenhum papel no qual ela se afirme como centro de uma descendência.

À personagem negra feminina é negada a imagem de mulher-mãe, perfil que aparece tantas vezes desenhado para as mulheres brancas em geral. E quando se tem uma representação em que ela aparece como figura materna, está presa ao imaginário da mãe-preta, aquela que cuida dos filhos dos brancos em detrimento dos seus. (EVARISTO, 2009, p. 23)

A situação de disparidade com relação às mulheres brancas não se deu por uma via da “natureza”. Essas diferenças foram construídas durante o sistema de produção escravista que colocava as mulheres como propriedade que poderiam ser utilizadas da forma conveniente ao “proprietário”. Davis (2016) enfatiza a igualdade de homens e mulheres na opressão e resistência à escravidão. A diferença se dá no uso do estupro como arma de dominação, repressão “cujo objetivo oculto era aniquilar o desejo das escravas de resistir e, nesse processo, desmoralizar seus companheiros”. “(DAVIS, 2016, p. 35)

Essas mulheres após o encerramento legal da escravização, foram colocadas em quartos de despejo. Estes se configuram rotineiramente na retirada de suas famílias, filhos, esposos e mães. A mulher negra tem um conjunto de vivências que são coletivas pela amplitude e igualdade nos meios.

A invisibilidade das classes populares no Brasil é o produto principal de uma “interpretação do Brasil” que logrou institucionalizar-se e incorporar-se em todo brasileiro como uma “segunda natureza”, sobre a qual não mais se reflete e que não mais se questiona. Essa teoria é a tese do “patrimonialismo estatal”. (SOUZA, 2011, p.33)

O protagonismo é um local que historicamente tem sido obstado às mulheres negras. Elas encontram múltiplas barreiras numa sociedade construída na desigualdade fenotípica. A tonalidade da cor e o formato de seu corpo, as introduzem em processos de exclusão e vulnerabilidade social. Mas para fugir de uma história que somente as coloca como vítimas da opressão, iremos ressaltar algumas mulheres que estiveram na história brasileira como protagonistas.

As mulheres negras quintandeiras, vendedeiras e ou ganhadeiras foram presença constante na iconografia dos primeiros séculos de Brasil, como nos relata Schumacher e Brazil (2006, p. 61). Essas mulheres constituíam um grupo bastante heterogêneo que ajudou a estruturar estratégias de economia e comunicação. Schumacher e Brazil (2006,

p. 61) ressaltam que elas “conquistaram o comércio a retalho”. Nas suas cestas, tendas, tabuleiros e quitandas, vendiam “peixes, carnes, farinha, frutas, hortaliças, flores, doces, aguardentes, refrescos, louças, tecidos, charutos, velas, amuletos, bonecas, hóstias, carvão, lenha e muitas outras ditas quinquilharias.” (SCHUMAHER e BRAZIL, 2006, p. 62). “Muitas das mulheres cativas representavam a única ou a mais importante fonte de renda das famílias de pequenos produtores que habitavam nos núcleos urbanos do Brasil escravista” (SCHUMAHER e BRAZIL, 2006, p. 64). Essas mulheres foram muito importantes para a construção da cultura e da economia brasileira. Schumacher e Brazil apresentam mais contribuições:

As comerciantes eram também vista como um grande perigo e ameaça pelas autoridades escravocratas, pois além de terem liberdade de circulação, representavam um importante elo de integração, resistência e comunicação na trama de relações das populações negras locais. Espalhadas por regiões estratégicas das cidades, elas percorriam ruas e vielas não só anunciando os mais variados produtos, mas também propalando ideias. Documentos atestam que auxiliavam o mercado clandestino de ouro a fuga de escravizados nas vilas das Minas Gerais. (SCHUMAHER e BRAZIL, 2006, p. 64)

As mulheres negras sempre foram protagonistas da resistência e não meras espectadoras dos homens negros. Tal protagonismo era tratado como uma ameaça a ser combatida pelas autoridades escravocratas. Na atualidade, no ano de 2018, esse medo da resistência negra fez com que grupos criminosos atuassem para silenciar a vereadora Marielle Franco. Esta mulher desafiou a histórica única narrada sobre as periferias do Rio de Janeiro e a política em volta das Unidade de Polícia Pacificadora - UPP.

O Mandato Marielle Franco construiu um site (Rio de Janeiro, 2018) sobre a história de Marielle, no qual é possível captar elementos da sua biografia. Ela era lésbica, mãe e de origem da favela da Maré. Para ingressar em Sociologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, fez curso pré-vestibular comunitário. Sua dissertação de mestrado teve como título “UPP: a redução da favela a três letras”. O site da Câmara Municipal do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro, 2018) aponta que a vereadora foi eleita em 2016 para a 10ª Legislatura, que foi de 01 de janeiro a 15 de março de 2018, e seu mandato foi encerrado antes do do prazo por uma execução. A vereadora, no pouco tempo que teve para seu mandato atuou em 117 matérias, entre emendas, requerimentos, projetos de lei, projetos de lei complementar, projetos de resoluções, entre outros dispositivos legislativos. Marielle atuou na presidência da Comissão Permanente de Defesa da Mulher da Câmara Municipal. Seu mandato era voltado para políticas de

proteção e empoderamento das mulheres, negras ou não, e todo o seu gabinete era composto por mulheres.

O assassinato de Marielle e Anderson Gomes aconteceu no dia 14 de março de 2018. Até o final deste estudo, 5 meses depois da execução, ninguém havia sido condenado por sua morte, e nem do motorista que a acompanhava. O direito das mulheres de participar da vida política é garantido pelo artigo 7º da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, mas ainda não ultrapassou a garantia legal, sendo ainda subrepresentadas nas políticas públicas e partidárias.

As pessoas afrodescendentes, particularmente as mulheres, historicamente experimentam baixos níveis de participação e representação política. As barreiras à participação política são múltiplas e inter-relacionadas e incluem discriminação direta e indireta que levou a níveis mais baixos de educação e capital social, pobreza, barreiras linguísticas, marginalização geográfica e falta de acesso à informação pública. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2017, p. 25)

O silenciamento violento de Marielle Franco faz parte de uma opressão estrutural contra a participação política de mulheres negras. Mesmo em situações de violência, as mulheres negras resistem, assim como na escravização brasileira. Emergem da história personagens (SCHUMAHER e BRAZIL, 2006, p. 82) como Teresa de Benguela, líder do quilombo de Quariterê no Mato Grosso; Zacimba Gambá do Espírito Santo; Mariana Crioula do quilombo de Manuel Congo; Zeferina, líder dos combates do quilombo do Urubu; Felipa Maria Aranha, chefe de quilombo entre o Pará e Tocantins.

Vilma Piedade cunhou um termo que unifica as mulheres negras e o apresentou no Curso de Formação Escola com a #partidA: Diálogos Feministas, em maio de 2017. “A sororidade é um termo que conceitua o “apoio, união e irmandade entre mulheres” (PIEIDADE, 2017, p. 16). Esse conceito é muito importante no movimento feminista, mas ele não é suficiente. “Um contém o outro. Assim como o barulho contém o silêncio” (PIEIDADE, 2017, p. 16). As mulheres negras têm experimentado desde a escravização processos coletivos que fazem com que suas vivências sejam singulares com relação às outras mulheridades e a “sororidade parece não dar conta da nossa pretitude” (PIEIDADE, 2017, p. 17). “Dororidade, contém as sombras, o vazio, a ausência, a dor causada pelo racismo. E essa Dor é Preta” (PIEIDADE, 2017, p. 16).

Tem uma dor constante que marca as Mulheres Pretas no cotidiano - a dor diante de uma perda. E, nesse jogo cruel do Racismo, quem perde mais? Quem está perdendo seus filhos e filhas? Todos Pretos. Todas Pretas. A resposta tá estampada nos dados oficiais sobre o aumento do Genocídio da Juventude Preta. Dororidade (PIEDADE, 2017, p. 18).

O Atlas da Violência 2018 publicizou dados da violência de 2016. O tempo entre a ocorrência e a publicação decorre do período necessário para consolidação dos dados. Ela traz dados novos sobre a dororidade negra.

[...] a taxa de homicídios de indivíduos não negros diminuiu 6,8%, ao passo que a taxa de vitimização da população negra aumentou 23,1%. Assim, em 2016, enquanto se observou uma taxa de homicídio para a população negra de 40,2%, o mesmo indicador para o resto da população foi de 16, o que implica dizer que 71,5% das pessoas que são assassinadas a cada ano no país são pretas ou pardas. (BRASIL, 2018, p. 4)

“A carne mais barata do mercado é a carne negra” é o refrão da música “A carne” composta por Marcelo Yuka, Ulisses Cappelletti e Seu Jorge em 2002. É a carne que mais presente nas estatísticas de homicídios e que fica nas ruas a espera do IML. É a que apodrece nos cemitérios, que não envelhece, pois, os homicídios respondem por 56,5% da causa de óbito de homens entre 15 a 19 anos (BRASIL, 2018, p. 3). Vilma Piedade na sua obra “Dororidade” repete a cada dado das disparidades da violência entre negros e não negros, o trecho da música interpretada e eternizada na voz de Elza Soares, marcando a necessidade de deixar escuro para os leitores que nossas vidas, dores e sofrimentos importam.

Uma das principais facetas da desigualdade racial no Brasil é a forte concentração de homicídios na população negra. Quando calculados dentro de grupos populacionais de negros (pretos e pardos) e não negros (brancos, amarelos e indígenas), as taxas de homicídio revelam a magnitude da desigualdade. É como se, em relação à violência legal, negros e não negros vivessem em países completamente distintos. Em 2016, por exemplo, a taxa de homicídios de negros foi duas vezes e meia superior à de não negros (16,0% contra 40,2%). Em um período de uma década, entre 2006 e 2016, a taxa de homicídios de negros cresceu 23,1%; No mesmo período, a taxa entre os não negros teve uma redução de 6,8%. Cabe também comentar que a taxa de homicídios de mulheres negras foi de 71% superior à de mulheres não negras. (BRASIL, 2018, p. 40)

Uma pessoa branca pode colocar tranças, fazer dreads, escutar e cantar rap, bronzear a pele, mas nunca vai querer ser seguida nas lojas, tratado como suspeito, ser alvo das balas perdidas e morta pela Polícia Militar. As pessoas brancas têm roubado sistematicamente o lugar de fala, os símbolos de pertencimento como os turbantes e se inserindo nas religiosidades. Mas elas não vão querer ser negras para estar entre as taxas de mortalidade. Quem em sã consciência iria escolher ser negro em uma sociedade racista? Quem escolheria nascer negro no Brasil? Pode fazer o cosplay, pode se fantasiar no carnaval e fazer a nega maluca, mas 365 dias por ano, 24 horas por dia os de pele branca sucumbiriam ao racismo.

As pessoas negras não são mais fortes por conviverem com o medo da próxima abordagem policial, do linchamento público, da exclusão. Não nos tornamos mais fortes por conta das violências continuadas. Elas tiveram que continuar, enquanto enterravam irmãos, filhos, primos, pais, mães. Tem que ir para a escola e ouvir que é somente uma questão de esforço, que todos podem chegar lá. Tem que seguir, mesmo quando vêem seus amigos no crime, na prisão e no cemitério.

Os amigos de infância da autora, Edson, Gugu, Berê, Wallace, Gera, William, João Victor estão com as carnes apodrecidas nos cemitérios do entorno de Brasília. Eles viveram na mesma cidade, mas não tiveram as mesmas referências e possibilidades. Eles são apenas números para os sistemas de informação que demoram dois anos para registrar que eles não estão mais entre nós. Mas a autora pôde ver no rosto da Hortência e do Seu Édson, a saudade do filho que foi morto na porta de casa.

O primo da autora, Jiwago Henrique de Jesus, foi assassinado na Universidade de Brasília em junho de 2018. As distâncias são abissais entre os dois primos que tiveram acesso a diferentes capitais. A autora pôde desfrutar do apoio afetivo e familiar, dos orixás e da religiosidade. O primo, vítima de assassinato, teve acesso durante parte da vida ao capital financeiro. Mas não foi suficiente para sanar as feridas causadas pela violência doméstica. Capitais culturais, pensamentos diferentes, estratégias de sobrevivência diferentes, diante das dificuldades os colocam em lados opostos da vida. Um é a estatística e outro analista de estatísticas. No Atlas da Violência de 2020, Jiwago será contabilizado no SIM. Dificilmente, em 2020 sua família terá uma resposta sobre a autoria e motivação do crime. Um homem negro assassinado em uma universidade de elite, move a compaixão de poucos e jamais a do Estado para a resolução do crime.

O grupo de rap Racionais MC's traduz as dores negras por meio da música "Negro Drama". "O cabelo crespo, a pele escura, a ferida, a chaga, a procura da cura". São essas pessoas que têm em comum seu traços fenotípicos, que irão procurar as curas para as suas chagas. Serão as mulheres negras que tentarão curar o banzo pela partida repentina de seus filhos nas igrejas pentecostais, que irão nas horas vagas de trabalho fazer vigílias, orações, propósitos para que os filhos encontrem o "bom caminho". O caminho do sub-emprego, da sub-escola, do sub-direito é o que o "Negro Drama que tenta ver. E não vê nada, a não ser uma estrela longe, meio ofuscada". Serão essas mulheres que vão procurar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do SUS para falar de suas dores.

Os dados da violência contra as pessoas negras não trazem novidades. Todos os anos, a vitimização atinge os jovens e mulheres negras. "Me ver pobre, preso ou morto já é cultural". Brasil (2018, p.21), ao analisar o crescimento das mortes por 100 mil habitantes de 30 para 30,3, com o número de 62.517 homicídios em 2016, afirma que "esse índice crescente revela, além da naturalização do fenômeno, a premência de ações compromissadas e efetivas por parte das autoridades nos três níveis de governo: federal, estadual e municipal". Um problema que não tem sido enfrentado com a força e esforços necessários. No Atlas da Violência 2018, mostra ações para a redução de homicídios tem diminuído as taxas de São Paulo, Distrito Federal, Paraíba e Espírito Santo e aumento de 256,9% no Rio Grande do Norte.

3.6 Porque Carolina Maria de Jesus

Carolina Maria de Jesus, preta, suburbana, mãe solteira, pobre, migrante, favelada, escritora. Essa mulher autora de Quarto de despejo e outras obras literárias é uma representante da subalternidade escritora de escriturências¹.

Carolina Maria de Jesus, nome repetido à exaustão durante a pesquisa para a construção do texto para a finalização do curso de Mestrado Profissional em Saúde promovido pela Universidade de Brasília. Para conhecer essa mulher tivemos que recorrer ao "Diário de Bitita".

¹ "Escrivivência" – ou a escrita que nasce do cotidiano, das lembranças, da experiência de vida da própria autora e do seu povo. Fonte: Itaú Cultural. Escrivivência [Online]. São Paulo: Itaú Cultural; 2017 [citado 2018 set 02]. Disponível em: <http://www.itaucultural.org.br/ocupacao/conceicao-evaristo/escrivivencia/#>

Bitita é Carolina, assim ela era chamada na pequena cidade de Sacramento no interior de Minas Gerais. Há uma incerteza sobre o ano de nascimento de Carolina, que afirma neste diário: “Será que eu nasci no ano de 1921? Há os que dizem que nasci no ano de 1914.” (JESUS, 1986, p. 1914).

Farias (2017, p. 23) informa que a família de Carolina era bastante numerosa podendo ser denominada “Quilombo do Patrimônio”. Seu avô, Benedito José da Silva era descendente de africanos, filho da última remessa de negros traficados da África. Era um negro cabinda, “os mais inteligentes e os mais bonitos” (JESUS, 1986, p. 114). Sua família era numerosa, pois seu avô teve oito filhos, sendo quatro mulheres e quatro homens. Seus nomes eram: Maria Carolina, Maria Verônica, Ana Marcelina, Claudimira, José Benedito, Antônio Joaquim e João Benedito. Dois de seus tios tiveram a vida modificada por enfermidades. Seu tio João teve meningite quando criança e ficou com sequelas. “A tia Ana morreu com barriga-d’água” (JESUS, 1986, p. 64). A tia Claudimira teve a vida entrecortada pela vaidade, que a fez imaginar que a juventude e a beleza durariam para sempre, e perdeu as “oportunidades” de casar.

No mês de agosto, seu avô contava os horrores da escravidão. Falava de Palmares e Zumbi. Tais histórias a fizeram buscar conhecer tudo o que havia sido escrito sobre a escravização negra, lendo todos os livros que ela tinha acesso sobre a temática. Seu avô contava que os abolicionistas instigavam os negros a não obedecer. Falava das mortes prematuras e da tristeza e nojo de serem vendidos.

Em Sacramento, Carolina morava no chamado “Patrimônio”, local sem água, pavimentação e saneamento destinado, aos pobres. A sua casa era coberta de sapê e as paredes de adobe cobertas com capim. O chão era de terra batida. Todos os anos o teto precisava ser trocado porque o capim apodrecia. Para essa troca a mãe de Carolina, Dona Cota, precisava destinar dez mil-réis para pagar a carroça de capim. Assim como sua filha Vera Eunice, Carolina não conheceu o seu pai, mas ouviu sua mãe dizer que era João Cândido Veloso, filho de Joana Veloso. “Que ele tinha só um terno de roupas. Quando ela lavava a sua roupa, ele ficava deitado nu. Esperava a roupa enxugar para vesti-la e sair.” (JESUS, 1986, p. 8).

Dona Cota, nasceu na roça, às margens do Rio das Velhas. Quando atingiu a maioridade casou-se com Osório Pereira, com quem teve um filho, o Jerônimo Pereira. Osório era tutelado por Miguel Alvim, “uma das famílias ricas, das que criavam os enjeitados para tratar dos porcos, galinhas, varrer a casa, arrumar, fazer a cozinha e fazer compras” (JESUS, 1986, p. 67). Quando se casou, o tutor lhe deu quinhentos mil-réis que

foram gastos e Osório arrependeu de ter se casado porque “na casa do senhor Miguel Alvim, ele tinha o que comer e um quarto para dormir” (JESUS, 1986, p. 68). Quando não tinham nada para comer, Osório disse a Cota que comeriam coco até que ele conseguisse um trabalho. O avô de Carolina emprestou dois mil-réis para que eles pudessem se alimentar.

Com a necessidade e rompendo as expectativas para as mulheres casadas, a mãe de Carolina foi trabalhar. Com essa liberdade, poderia ir nos bailes e se divertir. Nessa ocasião conheceu João Cândido Veloso, que tocava violão e compunha versos de improviso. Quando Cota ficou gestante as pessoas especulavam que a criança era filha de João Cândido. No nascimento falaram que Carolina parecia com João e esse foi o pretexto para Osório abandonar Cota. Osório foi viver com uma mulher branca de cinquenta e dois anos. “Ele dizia que mulher branca não tem idade.” (JESUS, 1986, p. 70). “Minha mãe ficou com dois filhos para manter. Ela disse que bebeu inúmeros remédios para abortar-me, e não conseguiu. Por fim desistiu, e resolveu criar-me” (JESUS, 1986, p. 70)

Nas suas memórias é possível entender como se deu esse processo de introdução dos imigrantes no mercado de trabalho brasileiro. Também neste mesmo período observou-se que o imigrante desinteressou-se pelo trabalho rural e os fazendeiros procuravam os negros para que pudessem trabalhar nas suas lavouras. Eles diziam: “Voltem para a lavoura que nós vamos tratá-los bem. Aceitamos as suas reivindicações.” (JESUS, 1986, p. 26). Os fazendeiros também tinham práticas análogas à escravidão como a servidão por dívida, ainda presente no Brasil. “Só os italianos tiveram permissão para plantar no meio do cafezal, e vendiam o excesso de suas produções.” (JESUS, 1986, p. 50). Os fazendeiros devido ao passado escravocrata, não mudaram seu pensamento quanto aos negros. No dia 14 de maio de 1888, o racismo faz parte da estrutura da sociedade brasileira. Carolina ouviu de seu avô que os fazendeiros diziam: “Já que vocês são livres, saiam das minhas terras! Vamos ver se vocês conseguem encher a barriga com a liberdade. Imagina só, ter que dar dinheiro aos negros! É um pecado.” (JESUS, 1986, p. 59)

O seu temperamento infantil era muito recriminado, e sua mãe tinha uma postura de calma diante dela. Ela era uma menina que fazia muitas perguntas e queria entender o que as pessoas lhe diziam. No paladar, quando provava algo que gostava, pedia todos os instantes para a mãe até poder comer novamente, assim foi com bananas fritas com canela, cocada e sardinha em lata com pão. Carolina diz que: “Eu era insuportável!

Quando queria alguma coisa era capaz de chorar dia e noite até conseguir. Eu era persistente em todos os caprichos.” (JESUS, 1986, p. 13)

Bitita tinha duas madrinhas, uma de batismo e outra de crisma, ambos ritos da Igreja Católica. O primeiro tem a finalidade de iniciar na vida cristã e o segundo de confirmar a escolha pelo cristianismo e receber o espírito santo. A madrinha de batismo era Mariinha Branca. Toda vez que comprava um vestido para si, comprava outro para Carolina. Penteava seus cabelos crespos, a beijava. Ela defendia a afilhada quando a mãe se aborrecia com os interrogatórios e batia na filha. E apanhar já fazia parte da rotina de Carolina que disse: “Minha mãe me espancava todos os dias. Quando eu não apanhava sentia falta.” (JESUS, 1986, p. 25)

Para receber os dois sacramentos é preciso ter uma madrinha, e para o crisma Dona Cota escolheu Dona Matilde. A madrinha comprou o vestido de chita e alugou um carro de praça para levá-las a igreja. Carolina foi descalça receber o Espírito Santo, pois sua mãe não tinha dinheiro para comprar “um pé de anjo”. Depois da missa voltaram a pé e foram almoçar na casa da madrinha sentadas na mesa comeram arroz, feijão, torresmo, carne de porco e quiabo. De sobremesa arroz doce com canela. Carolina passou o dia com sua madrinha e criou um desejo de morar com ela, durante dois dias ela foi para a casa da madrinha que lhe dava coisas gostosas para comer. No terceiro dia a madrinha lhe disse “se eu soubesse não crismava essa menina” (JESUS, 1986, p. 17). Essa frase magoou Carolina e a levou a prometer nunca mais visitar a madrinha, se desligando dela para sempre. Não a visitou no adoecimento, não foi ao enterro e nem rezou o terço por ela.

Em muitos aspectos as escritivências de Carolina reproduzem vivências coletivas negras. Quando criança, suas primas diziam que ela tinha a cabeça pelada e que ela não ia casar porque os homens não se casam com mulheres que não tem cabelos. Carolina pedia a sua mãe para trançar seus cabelos e esse era um episódio doloroso. As mulheres negras partilham dessa trajetória difícil quanto ao cuidado de seus cabelos, que assim como sua pele são tratados como de qualidade inferior. Os momentos em que as mulheres pretas penteiam seus cabelos, mesmo por quem lhe tem afeto, são muitas vezes de sofrimento, pois as pessoas desconhecem como se penteiam e desembaraçam os fios finos do cabelo crespo.

Quando Dona Cota foi lavar roupa na casa de José Saturnino e Dona Mariquinha, essa disse para ela que devia colocar Carolina na escola. Carolina relata que ingressou na escola aos sete anos no colégio Allan Kardec, em Sacramento. “Quando entramos na

escola, fiquei com medo. Nas paredes havia uns quadros do esqueleto humano” (JESUS, 1986, p. 122). Os colegas de classe lhe disseram que ela era feia e que tinha olhos grandes e parecia um sapo. Esses buylings fizeram a querer desistir da escola. “Quando entrei na escola, eu ainda mamava. Quando senti vontade de mamar, comecei a chorar” (JESUS, 1986, p. 123). A professora disse a Carolina que devido as atividades da escola ela não poderia mais e com mais duas reguadas, a convenceu a parar de mamar, coisa que sua mãe não tinha conseguido.

Fui a escola ignorando suas utilidades. Não me interessava pelos estudos. Minha saudosa professora, Dona Lonita Solvina, insistia comigo para eu aprender a ler. Eu achava tão difícil aprender. Implorava a minha mãe para não ir à escola, pois eu não queria aprender leitura. Ela ouvia-me, espancava-me e eu ia contra a minha vontade. (JESUS, 2018, p. 19)

Ela teve dificuldades em se interessar pelos estudos. Então sua professora fez o desenho do inspetor com um tridente que transpassava uma criança. A professora disse que ao final do ano ele iria espetar Carolina com no garfo. O medo a fez ser mais esforçada e quando aprendeu a ler procurava ler todos os livros disponíveis. A escola foi abandonada dois anos antes do tempo que faltava para ela receber o diploma, porque foi viver na fazenda Lajeado, próximo a Uberaba.

Foi com pesar que eu deixei a escola. Chorei porque faltava ainda dois anos para eu receber o meu diploma. Por fim, tive que me resignar porque a decisão paterna vence. Enquanto minha mãe encaixotava os nossos utensílios, eu encaixotava os meus livros, a única coisa que eu realmente venerava. (JESUS, 2018, p. 20)

Desde quando aprendeu a ler Carolina não deixava a leitura, tinha o ideal de ler ininterruptamente². Tendo sido marcante a leitura do romance *Escrava Isaura* e do poeta Casimiro de Abreu³.

Enquanto as outras pessoas me admiravam, só uma coisa preocupava-me: eu queria ficar livre do pensamento poético, que impedia-me o sono. Percebi que andando pra cá e pra lá os pensamentos poéticos se dissipam um pouco. Comecei a trabalhar com rapidez. Terminava um serviço, iniciava outro. E

² Jesus, 2018, p. 22

³ Meu sonho é escrever...contos inéditos e outros escritos

aprendi a trabalhar depressa. Andar depressa. Não paro um segundo. Quando eu entro num bar para tomar algo, eu digo: quer servir-me logo?
É que se eu ficar parada muito tempo os versos começam a surgir. Quem me ver andando pensa que estou sendo perseguida por alguém. Eu trabalho ininterruptamente. (JESUS, 2018, p. 26)

A vida na roça foi a que trouxe muito contentamento para Carolina que sonhou desde esse tempo com a possibilidade de ter uma terra na qual pudesse plantar os alimentos e não precisasse comprar. Nesses lugares também foi vítima de práticas análogas a escravidão, como outros negros. Trabalhava e não recebia, foi enganada por vários fazendeiros. Em uma dessas ocasiões dona Maria Cândida disse-lhe:

-Sabe, Carolina, você vem trabalhar para mim e quando eu for a Uberaba eu compro um vestido novo para você. Vou comprar um remédio para você ficar branca e arranjar outro remédio para o seu cabelo ficar corrido. Depois vou arranjar um doutor para afilar o seu nariz. (JESUS, 1986, p. 134)

“Olhei as minhas mãos negras, acariciei o meu nariz chato e o meu cabelo pixaim e decidi ficar como nasci” (JESUS, 1986, p. 135). Essa decepção foi uma oportunidade para Carolina afirmar seu desejo de pertencimento racial, de enaltecer seus traços físicos. Tal empoderamento racial também é percebido em “Quarto de despejo” no qual ela afirma que não gostaria de ter nascido de outra cor. O desejo de Carolina de continuar do jeito que nasceu, mesmo depois de tanto sofrimento por ser negra, aponta que o pertencimento racial rompe diversas barreiras, inclusive as causadas pela violência.

Outro ponto importante a ser destacado é a diferença de humor de Carolina em “Diário de Bitita” e em “Quarto de despejo”. “Não era nervosa, porque vivia com fartura em casa” (JESUS, 1986, p. 137). A ausência de alimentos, temática mais forte do segundo livro citado, e a necessidade de prover a si e aos filhos Carolina, fazia com que a autora começasse o dia nervosa. Sua saúde mental e física era abalada diariamente pelos efeitos da fome e da imposição da coleta de recicláveis que lhe possibilitava os rendimentos suficientes para que eles pudessem comer. Era uma trajetória bem diversa dos momentos do ambiente rural em “Diário de Bitita” em que ela se nutria da colheita do seu trabalho. O custo de vida na cidade de São Paulo impediam-na de se alimentar adequadamente.

“Por infelicidade, minhas pernas ficaram cheias de feridas. Cozinhava ervas para banhar as pernas, e as feridas não cicatrizavam” (JESUS, 1986, p. 138). A enfermidade a

acometeu quando ela trabalhava no sítio do Japonês, para carpir arroz. A falta de saúde a impediu de realizar diversas atividades durante o início da sua juventude. Ela tinha que peregrinar nas casas a procura de trabalho para poder se alimentar. Seus parentes não lhe deram apoio para que pudesse se restabelecer.

Quando conseguiu um trabalho foi presa, acusada de roubar cem mil-réis do padre Geraldo que acabou encontrando na carteira de cigarros. Em busca de atendimento médico foi e voltou de Sacramento diversas vezes. Ouvindo dizer que em Uberaba tinha possibilidade de tratamento, foi até a cidade a pé. Asilada no São Vicente de Paula tinha que lavar a roupa de trintas pessoas do asilo. Foi procurar atendimento em Ribeirão Preto. Chegando na cidade pediu auxílio a uma tia que a mandou mendigar e somente recebeu xingamentos. Em Jardinópolis, na Santa Casa, encontrou acolhimento das freiras, mas por falta de tratamento correto, Carolina decidiu abandonar a Santa Casa e continuar sua peregrinação.

Depois dessa última estada em uma casa de saúde, decidiu voltar para Sacramento. A comunidade viu Carolina com um dicionário e começou a dizer que era o livro de São Cipriano. Um desentendimento a fez ser novamente presa. E em sua defesa disse que a sua a enfermidade a havia transformado em um farrapo humano, que se considerava inferior aos outros, que somente queria trabalhar e ter saúde. Sua mãe também foi presa. Foram espancadas por um soldado e sua mãe teve um braço quebrado. As feridas da perna de Carolina começaram a catingar e inflamaram. Depois que foram libertadas da prisão, sua mãe pediu que não voltasse mais a Sacramento.

Quando trabalhou na casa de Dona Maria Amélia, ficou doente com febre e disenteria. Estava deitada no salão da chácara do Chicholim e o senhor Arnulfo de Lima entrou. Disse que havia sido enviado pelo espírito de Carolina que saiu em busca de auxílio. Ele levou um médico para examiná-la e aplicou-lhe uma injeção. No dia seguinte acordou com o corpo quente, encheu uma banheira com água fria, entrou na água que ficou quente e a doença desapareceu.

As pernas de Carolina somente sararam depois da cirurgia que ela fez com o Doutor José Torres Netto, relatada na página 15 de “Quarto de despejo”: “Depois que operei, fiquei boa, graças a Deus. E até pude dançar no Carnaval, com minha fantasia de penas. Quem operou-me foi o Dr. José Torres Netto” (JESUS, 2014, p. 15). Pelos romances não é possível precisar o tempo dessa enfermidade, mas podemos compreender os prejuízos decorrentes na trajetória de vida da autora.

Ainda muito moça, Carolina contraiu um conjunto de feridas nas pernas, que levaram anos para cicatrizar. Mesmo depois de adulta, e já morando em São Paulo, na favela do Canindé, ela reclamaria das sequelas dessas feridas, as quais a faria peregrinar muito em busca de cura, até ser operada e ficar definitivamente boa. Mesmo assim, as sequelas perduraram: as cicatrizes dessas feridas obrigaram Carolina, por vergonha, a usar meias, para escondê-las, algo muito visível em todos, no período das badalações pelo lançamento dos seus livros. (FARIAS, 2017, p. 71)

De posse desse itinerário, podemos observar que a contribuição de Carolina para a área de saúde advém também de sua experiência como pessoa acometida de uma enfermidade antes da existência do Sistema Único de Saúde. Nos faz compreender como as relações raciais no Brasil são narradas por violências, que fazem com que o processo de adoecimento se alongue no tempo. Em um dos locais em que foi acolhida a freira disse que ela precisava de descanso, mas não só isso. Ela necessitava de um atendimento que pudesse diagnosticar a causa e as formas de chegar a um tratamento que fosse eficaz para essa necessidade.

A vivência de Carolina também nos leva à percepção das diversas forças de poder presentes na sociedade, e como elas também permeiam a questão de saúde. O poder financeiro é um fator determinante para dizer quem poderia se alimentar e como poderia fazê-lo, quem eram os donos dos meios de produção rural que dominava a vida e as atividades dos seus comandados. O Brasil rural é entrecortado por resquícios escravocratas e por pessoas que desejam manter os padrões de trabalho e falta de acesso a direitos. Mesmo com todas as dificuldades do gozo dos direitos trabalhistas, a sua existência foi um avanço na lógica escravocrata brasileira, mas muitos ainda persistem em manter os trabalhadores sobre sua tutela.

Outro poder é o eclesial. Ele mantinha as Santas Casas, onde os pobres dependiam da caridade da igreja para ter acesso aos tratamento de saúde. Nesses locais, a expectativa de assistência irrestrita de quem professa os votos religiosos, não era bem a realidade desses locais. Como Carolina mostrou em sua escrita, mesmo doente foi colocada para lavar a roupa de todas os internos, porque as freiras tinham nojo das roupas dos doentes.

Alapian (2008, p. 62) aponta que nesta época “a Igreja Católica no Brasil vivia um período de afirmação institucional em contraposição à grande perda de espaço que sofreu com a laicização do Estado no final do século XIX”. Com a doutrina social buscava

resgatar esse espaço e atribuir-se um papel na ordem pública de manutenção dos valores morais e religiosos. Alapian (2008, p. 64) afirma ainda que “ A ação social da Igreja Católica constitui-se em um movimento que visava a recristianização da sociedade com vistas à manutenção da ordem estabelecida”. Carolina no seguinte trecho pode nos apresentar como se dava esse relacionamento:

A irmã Irinéia perguntou-me:

- A senhora já foi na igreja?

- Algumas vezes.

Respondi meio confusa, porque eu já sabia que posterior aos interrogatórios vinha uma observação. Eu tinha a impressão que estava num duelo, e deveria ficar em guarda. Prevenida para receber o golpe.

- Então a senhora já foi diversas vezes aos bailes e nas igrejas algumas vezes?
Silenciei.

Não me fascinava aquela palestra. Preparei o almoço. (JESUS, 1986, p. 198)

A palestra da irmã Irinéia fazia parte de suas demonstrações de sua frieza e falta de empatia com Carolina. Conforme ela relatou, esta irmã sempre elogiava a sua antecessora e dizia que ela era engraçada. A Igreja, ao afirmar seu papel social não deixou de lado o seu objetivo principal de evangelização, e catequização de fiéis. A irmã ilustra o pensamento vigente da igreja, onde o primordial era o cumprimento das obrigações religiosas, não se importando com a história das pessoas. Irmã Irinéia nem sequer perguntou a Carolina se ela gostava de estar nos bailes e porque ela ia. A comparação quantitativa para ela foi suficiente para julgar Carolina.

A escritora negra, mineira, professora, doutora em letras Conceição Evaristo faz uma importante reflexão sobre a importância de Carolina Maria de Jesus:

O que se torna interessante para discutir sobre a escrita de Carolina Maria é o desejo de escrever vivido por uma mulher negra e favelada. O desejo, a crença e a luta pelo direito de ser reconhecida como escritora, enquanto tentava fazer da pobreza, do lixo, algo narrável. Quando uma mulher como Carolina Maria de Jesus crê e inventa para si uma posição de escritora, ela já rompe com um lugar anteriormente definido como sendo o dela, o da subalternidade, que já se institui como um audacioso movimento. Uma favelada, que não maneja a língua portuguesa – como querem os gramáticos ou os aguerridos defensores de uma linguagem erudita – e que insiste em escrever, no lixo, restos de cadernos, folhas soltas, o lixo em que vivia, assume uma atitude que já é um

atreuimento contra a instituição literária. Carolina Maria de Jesus e sua escrita surgem “maculando” – sob o olhar de muitos – uma instituição marcada, preponderantemente, pela presença masculina e branca. (EVARISTO, 2009, p. 28)

3.6.1 A importância do livro "Quarto de despejo"

Souza (2010, p. 3) sintetiza a trajetória de Carolina:

Mulher negra, descendente de escravos e agricultores, migrante, Carolina atravessa diversos territórios, ao sair do campo exerce várias ocupações desde empregada doméstica, vendedora ambulante até chegar à catadora de papel, como forma de resistência à pobreza e exclusão em que vivia ela se apropria desse instrumento cultural até então restrito às classes letradas e busca através da escrita novas vias de participação social. (SOUZA, 2010,p.3)

Souza (2010, p. 1) nos informa que “Quarto de despejo: diário de uma favelada” foi um dos maiores best-sellers do ano de 1960. Teve oito edições só no ano em que foi publicado e vendeu mais de 90 mil exemplares, sendo traduzida ainda para treze idiomas”. Essa mesma autora aponta que “o mundo da alvenaria não estava disposto se abrir para uma aceitação ampla da autora, seja social e literariamente, limitando as possibilidades de acesso de Carolina nesse novo mundo [...]” (Souza, 2010, p.2).

Apesar do sucesso editorial e a posterior saída da favela, ela não estava socialmente inserida neste novo mundo, do qual foi excluída durante toda a sua vida. Não podemos esperar que o dinheiro ressignifique todas as suas vivências.

Quando eu estou com pouco dinheiro procuro não pensar nos filhos que vão pedir pão, café. Desvio meu pensamento para o céu. Penso: será que lá em cima tem habitantes? Será que eles são melhores do que nós? Será que o domínio de lá suplanta o nosso? Será que as nações de lá é variada igual aqui na terra? Ou é uma nação única? Será que lá existe favela? E se lá existe favela será que quando eu morrer eu vou morar na favela? (JESUS, 2014, p. 50)

O acesso ao dinheiro não a fez detentora dos meios de produção, mantendo-a portanto, na subalternidade na sociedade de São Paulo. Rendimentos que deram a ela

acesso à uma casa de alvenaria, em um bairro diferente, não mudou as relações sociais de poder. Ela não conseguiu poder para ser dona dos meios de produção do meio editorial. Mesmo sendo consagrada internacionalmente, ela continuou sendo trabalhadora que precisava produzir, para ter acesso aos bens de consumo. O seu trabalho intelectual e não braçal nas ruas da cidade, não alterou seu lugar de proletária.

Carolina era estranha aos lugares de poder e também estranha à favela. Ela se considerava diferente das aspirações e das vivências dos sujeitos dos dois lugares. Ela não se identificava com as conversas das faveladas, não gostava de ouvir o que falavam na torneira, não aspirava um homem para conviver. Por outro lado, quando fazia viagens, participava de jantares com políticos, jornalistas, intelectuais, pessoas da sala de visita, ela também não estava inserida nas suas discussões e vivências. Ela tinha um olhar diferente dos dois mundos em que transitou. Vale ressaltar que essa falta de sentimento de pertencimento, pode desencadear sofrimentos psíquicos.

Entre as mulheres negras que ascendem socialmente, é comum sentir dificuldade com parentes e amigos nas camadas sociais inferiores. Apesar de estar na sala de visitas, ainda podem sofrer racismo e todos os preconceitos que sofriam antes. O acesso aos bens de consumo e status social não mudam a hierarquia social, pois o racismo faz parte da estrutura e faz com que essas pessoas ainda estejam no quarto de despejo, apesar de estarem com os pés nas salas de visitas. Santos (2010, p. 6) nos fala da sensação de confusão de Carolina, que estranhava o fato de ter se tornado uma atração turística, de ser divulgada, falada.

A condição de escritora de Carolina não foi uma definição heteróloga, mas interna, explícita de si mesma. Ela se define como escritora, mesmo antes de Audálio Dantas a ter conhecido e de ter seu livro ser publicado. Condição que é confirmada pelos moradores da comunidade que sabiam que ela escreve. Quando comunicados que estariam no livro, buscaram informações de como seriam retratados. É uma preocupação com a imagem. Apesar de estarem em situação subalterna, estes ainda se preocupam com a forma em que serão retratados. Carolina, no livro, relata situações nas quais não podia tomar banho e andava suja contra a sua vontade, situação que lhe causa desconforto e desejo de apresentar-se de outra forma.

Escrivência, um termo cunhado por Conceição Evaristo diz respeito à escrita que parte do próprio sujeito, de suas vivências, como nos reportamos anteriormente. As etnografias poderiam ser classificadas como escrituras, nas quais o etnógrafo se coloca como objeto da própria pesquisa, como tema a ser discutido, avaliado e

problematizado. Assim fez Carolina ao escrever um diário para ser publicado. Um diário do seu cotidiano, no qual ela enfatiza os episódios da fome, o trabalho penoso que lhe fazia doer as costas, e as pernas.

Carolina narra seus dias de doença com muita aflição, pois ela e os filhos iriam passar fome. A favela, pelos olhos de Carolina, não é uma teia de solidariedade, um local de vivência harmônica dos excluídos. Mas um caldeirão de excitações, de violências. Somente nos dias que Carolina está muito cansada não é registrado um episódio da favela.

O quarto de despejo da cidade de São Paulo é o cenário de muitos personagens que vivem experiências diversas. Os homens, por exemplo, são retratados de diversas formas, os que trabalham no comércio, os que assediam e agridem as mulheres, os que são sustentados por mulheres, os doentes. São narrativas de um gênero que possui diversas origens formas de estar no ambiente. A favela é formada por migrantes como Carolina, que foram para São Paulo, com esperança de melhores oportunidades de vida.

Além de dividir com Carolina o cenário, os personagens do romance dividem a invisibilidade, que só era amenizada nas eleições e nos momentos de caridade das pessoas da sala de estar. São narrados durante o romance, diversos momentos em que políticos se dirigem à favela para fazer promessas, e que terminam não sendo cumpridas.

O uso político das pessoas não é novidade na vida de Carolina, que apresenta posições duras em relação a eles, não se deixando levar pelas propagandas e pelo discurso populista. Demonstra, nessas críticas, um conhecimento político e social das mazelas que lhe são imputadas e as responsabilidades dos entes governamentais.

Os órgãos governamentais são apresentados durante o texto como ineficazes por não atender as demandas das pessoas, como quando Carolina adoece e ela decide procurar o Serviço Social. Depois de percorrer a cidade inteira atrás do local correto, acaba presa sem ao menos conhecer o motivo.

A Secretaria de Saúde aparece no texto em atividades que envolvem o controle da leishmaniose. O órgão realiza ações de prevenção com a apresentação de vídeo. O material certamente foi utilizado como ferramenta, pois era comum na favela do Canindé apresentação de filmes para evangelização, feita por padres. Na década de 1950, o nível de desigualdade no acesso à alfabetização no Brasil era bastante alto, e que essa ferramenta deve ter sido escolhida para facilitar o contato com a comunidade.

Mesmo tendo essa sensibilidade com a escolha do suporte para transmissão dos conhecimentos, o mesmo não acontece para a compreensão social da comunidade.

Percebe-se que a recomendação de saúde não reconhece a falta de água por exemplo na ação sobre a transmissão sobre esquistossomose. Ao informar sobre a contaminação da água da lagoa eles não perceberam que a lagoa era o único lugar disponível para lavar roupas e louças e quem não podia pagar para ter acesso à bica, a única fonte de água para consumo para todas as atividades.

A sensibilidade de Carolina ao se colocar como narradora e personagem dos dilemas de uma comunidade, pode ser contestada pela falta de críticas às situações vividas pelos personagens, mas está presente por dar existência à essas pessoas. A autora apresenta a histórias sem muitos julgamentos morais, entendendo que faz parte de muitas de suas vivências, uma reação violenta.

Os estados constantes de fome e precariedade explicam a violência, mas ainda são muito distantes para quem não viveu em tal estado. A carência contínua, causa um estado de constante sofrimento, amenizado pelo álcool e pela alienação. As mulheres e homens do Canindé escolhem se alienar da realidade em que vivem, atitude que Carolina decide não ter para poder dar subsistência a seus filhos. Ela decide que o dinheiro adquirido na venda de recicláveis será revertida para alimentar os filhos e não um vício que poderia deixá-la em estado de entorpecimento. Tal decisão está sempre sujeita à mulher, que por carregar o peso social da maternidade, lhe é cobrado um comportamento que privilegie os filhos em detrimento da própria condição. Tal fato é percebido nas caminhadas de Carolina na busca do filho, que já está em vulnerabilidade pelas ruas de São Paulo e sob o qual ela ainda busca ter alguma tutela.

"Quarto de despejo" trata as personagens negras em sua diversidade. No diário estão retratadas pessoas periféricas em seus dilemas cotidianos em uma sociedade anterior a construção da concepção do Estado de Bem-Estar Social. Nesta concepção, o Estado não é servido por uma plebe republicana, mas deve utilizar de seus recursos para a construção de políticas públicas que abarque as necessidades da população.

No dia 19 de agosto de 1960, Carolina lançou seu livro na Livraria Francisco Alves em São Paulo com venda de 800 exemplares, segundo informações colhidas pelo biógrafo Tom Farias (2017, p. 283). Farias (2017, p. 221) nos relata que apareceram ex-chefes e patrões de Carolina, como o Doutor Eurípedes de Jesus Zerbini, e personalidades como Edson Arantes do Nascimento, Benedito Ruy Barbosa e Clovis Moura. No dia 21 de agosto o jornal "Folha de São Paulo", segundo Farias (2017, p. 225) inseriu "Quarto de despejo" em primeiro lugar na lista dos mais vendidos. O biógrafo também registra (FARIAS, 2017, p. 227) que a primeira tiragem de dez mil exemplares esgotou em uma semana, com 497

livros vendidos em uma única sessão de autógrafos. Carolina ficou conhecida nacionalmente e internacionalmente.

Na Livraria Francisco Alves, Farias (2017, p. 261) relata que eram vendidos cerca de 500 exemplares por dia. “Um livro normal, considerado “best-seller”, pelos jornais, como “Folha de São Paulo”, podia vender cerca de 50, nada além do que isso.” (FARIAS, 2017, p. 261). Carolina recebeu homenagens de instituições do movimento negro, de associações de mulheres, coroações de rainha de ébano, de centros acadêmicos [...], jantares, almoços, visitas a hospitais beneficentes, escolas e igrejas (FARIAS, 2017, p. 261).

“As primeiras repercussões do livro no exterior ocorreram nos Estados Unidos, com inserções de reportagens, feitas por correspondentes no Brasil [...] “. (FARIAS, 2017, p. 287). O biógrafo nos dá um panorama sobre as traduções do livro:

As edições estrangeiras de “Quarto de despejo” surgiram, em sua maioria, entre os anos de 1961 e 1965. O primeiro país a traduzir o livro foi a Dinamarca, seguido por Holanda e Argentina. [...] No ano de 1962, o livro saiu na França, Alemanha Ocidental, Suécia, Itália, Tchecoslováquia, Romênia, Inglaterra, Estados Unidos e Japão. Há indícios da publicação do livro neste ano na União Soviética, mas pode também ter acontecido no ano seguinte. Em 1964, o livro saiu na Polônia, no ano seguinte na Hungria e em 1965, em Cuba. Fora desses países, circulava no Uruguai [...], Espanha e Venezuela. Apenas em Portugal foi proibido, pelo regime Oliveira Salazar, sucedido por Marcelo Caetano, que duraria até 1974 [...] (FARIAS, 2017, p. 297)

Carolina foi utilizada como exemplo de pessoa negra no curso da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, disponibilizado no UNASUS pela Plataforma Arouca. A citação feita à Carolina retrata sua condição como escritora e mulher negra, e cria-se uma situação fictícia de diálogo no serviço de saúde. O conteúdo do curso objetiva apresentar a política e utiliza de Carolina e outras pessoas negras para exemplos nos serviços de saúde.

3.7 Violência

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que

resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (KRUG, DAHLBERG, MERCI, ZWI, LOZANO, 2002, p.5)

A OMS dividiu a violência em três grandes categorias de acordo com quem comete o ato de violência em auto-infligida, interpessoal e coletiva. Em complemento à definição, a Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006, a Lei Maria da , trouxe diversos avanços para a proteção da mulher, para coibir e prevenir os atos de violência no ambiente doméstico. A legislação traz importantes definições, considerando:

Violência física: qualquer conduta que ofenda integridade ou saúde corporal;

violência psicológica: qualquer conduta que cause danos emocional e diminuição da autoestima ou que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento, ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

violência sexual: qualquer conduta que constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

violência patrimonial: qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

violência moral: qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. (BRASIL, 2006)

O Ministério da Saúde, em 2006, ano da edição da Lei Maria da Penha, instituiu o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) por meio da Portaria nº 1.356, de 23 de junho do mesmo ano. Por meio da ficha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas, o Ministério consegue registrar as ocorrências que envolvam este

fenômeno. Na ficha devem ser registrados os casos suspeitos ou confirmados pelo profissional de saúde. O Ministério informa (BRASIL, 2018) que para crianças, adolescentes e idosos haverá a obrigação de comunicação a órgãos específicos, o que não ocorre para mulheres adultas, terão o direito ao atendimento integral à saúde garantido. Essa fragmentação da saúde e da segurança pública tem causado riscos para a mulher, que poderiam a partir do acionamento dos órgãos da saúde, ter acesso à medidas de proteção e coibição da violência.

São casos de notificação compulsória de acordo com Brasil (2018) a violência doméstica/ intrafamiliar, a sexual, a autoprovocada, o tráfico de pessoas, o trabalho escravo, o trabalho infantil, a tortura, a intervenção legal e as violências homofóbicas.

3.7.1 A violência do racismo

“Não há nada de neutro - ao contrário, há uma posição ideológica muito evidente de se continuar perpetuando as opressões.” (RIBEIRO, 2018, p.29). O racismo existe e só há duas posições possíveis: seu enfrentamento ou a sua invisibilidade. Não existe meio termo quando se trata de violência. Se uma mulher é espancada pelo marido, não pode existir - apesar de existir - um questionamento do que ela fez para merecer a agressão. Não pode olhar o agressor como vítima da vítima. Tem que optar em estar ao lado da vítima ou do agressor. O racismo é uma violência, assim como o estupro, e não tem como ficar perguntando a roupa que a pessoa estava vestindo, não adianta culpar o “kit peba”, a falta de maquiagem, pela vítima de racismo. Não faz sentido atenuar a violência colocando a culpa na vítima. Ribeiro (2018, p. 39) define o racismo como um “sistema de opressão que visa negar direitos a um grupo, que cria uma ideologia de opressão a ele.”

O que temos observado na sociedade brasileira tem sido uma culpabilização constante das vítimas de racismo. Evocam-se estereótipos das pessoas negras para justificar o crime, o que nos conduz a um processo ainda maior de desumanização. O racismo brasileiro tem perpetuado as senzalas e os açoites. Os dados da violência demonstram isso. Quem morre é a carne mais barata do mercado.

Ideias racistas devem ser combatidas, e não relativizadas e entendidas como mera opinião, ideologia, imaginário, arte, ponto de vista diferente, divergência teórica. Ideias racistas devem ser reprimidas, e não elogiadas e justificadas. Não adianta dizer que HOJE é tudo racismo, mostrando uma explícita

ignorância histórica. Este país foi fundado no racismo, não tem nada de novo nisso. (RIBEIRO, 2018, p. 39)

O silenciamento também é uma forma de racismo, e as profissões de saúde tem perpetuado-o através de suas bibliografias.

Pode-se considerar o conhecimento da medicina como uma das mais importantes contribuições científicas do antigo Egito à história da humanidade. Documentos mostram detalhadamente os títulos dos médicos egípcios e seus diferentes campos de especialização. De fato, as civilizações do antigo Oriente Próximo e o mundo clássico reconheceram a habilidade e a reputação dos antigos egípcios no campo da medicina e da farmacologia. Imhotep, o vizir, arquiteto e médico do rei Zoser, da III dinastia, é uma das mais significativas personalidades da história da medicina. Sua fama manteve-se durante toda a história do antigo Egito, chegando até a época grega. Divinizado pelos egípcios com o nome de Imouthes, foi assimilado pelos gregos a Asclépio, o deus da medicina. Com efeito, a influência egípcia sobre o mundo grego, tanto na medicina como na farmacologia, é facilmente reconhecível nos remédios e nas prescrições. Alguns instrumentos médicos utilizados em operações cirúrgicas foram descobertos em escavações.[...] O médico egípcio examinava o paciente e determinava o tratamento. Todos os textos que chegaram até nós apresentam essa sequência, de onde se pode concluir que se tratava de um procedimento-padrão. Para os casos duvidosos, fazia-se o exame em duas etapas, com alguns dias de intervalo. Entre as doenças identificadas e adequadamente descritas e tratadas pelos médicos egípcios, incluem-se distúrbios gástricos, dilatação estomacal, cânceres cutâneos, coriza, laringite, angina do peito, diabetes, constipação, hemorróidas, bronquite, retenção e incontinência da urina, esquistossomose, oftalmias, etc. Os médicos egípcios tratavam seus pacientes com supositórios, unguentos, xaropes, poções, unções, massagens, enemas, purgantes, cataplasmas e até mesmo inalações, cujo uso ensinaram aos gregos. Sua farmacopeia abrangia grande variedade de ervas medicinais, cujos nomes, lamentavelmente, são intraduzíveis. As técnicas medicinais e os medicamentos egípcios gozavam de grande prestígio na Antiguidade, conforme nos revela Heródoto. Os nomes de aproximadamente uma centena de médicos egípcios chegaram até nós através dos papiros. Dentre eles há oculistas e dentistas, dos quais Hesy-Rê, que viveu por volta de -2600, na IV dinastia, pode ser considerado um dos mais antigos. Entre os especialistas há também veterinários. Para a execução de seu trabalho, os médicos dispunham de uma grande variedade de instrumentos. (EL-NADOURY e VERCOUTTER, 2010, p. 138)

O continente africano não contribuiu para a história da medicina com corpos e epidemias para estudos dos profissionais de saúde, nem só como espaço de práticas

“sociais” e “humanitárias”. Diversos países africanos contribuíram com conhecimento médico. O conhecimento da África Antiga era muito maior do que o Europeu que achava que as doenças eram provocadas por miasmas. O estudo europeu e norte americano se tornaram a métrica da ciência por questões de poder.

El-Nadoury e Vercoutter (2010, p. 137) informam que a ciência adquiridos na prática de mumificação permitiram aos egípcios o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas. “Os cirurgiões egípcios sabiam suturar ferimentos e curar fraturas empregando talas de madeira ou de cartonagem. ”

Há também casos de lesão dos ossos ou das juntas, como contusões das vértebras cervicais ou espinhais, luxações, perfurações do crânio ou do esterno, e diversas fraturas que afetam o nariz, o maxilar, a clavícula, o úmero, as costelas, o crânio e as vértebras, Exames nas múmias revelaram vestígios de cirurgias, como é o caso do maxilar (datado do Antigo Império) em que foram praticados dois orifícios para drenar um abscesso, ou do crânio fraturado por golpe de machado ou espada e recomposto com sucesso. Existem também indícios de tratamentos dentários, como obturações feitas com um cimento mineral; há uma múmia que apresenta uma espécie de ponte feita de ouro ligando dois dentes pouco firmes. (EL-NADOURY e VERCOUTTER, 2010, p. 137)

Outra contribuição importante para os cursos de saúde advém dos hábitos alimentares do Egito Antigo:

O pão e a cerveja, feitos de cereais, constituíam a base da dieta, mas a alimentação do antigos egípcios era surpreendentemente variada. É impressionante a variedade de tipos de bolos e pães relacionados nos textos. Como ocorre atualmente, as hortas produziam vagens, grão-de-bico e outras leguminosas, cebola, alho-poró, alface e pepino. Nos pomares cultivavam-se tâmaras, figos, nozes de sicômoro e uvas. Também se produzia uma grande variedade de vinhos, com uma viticultura engenhosa, praticada principalmente em diversos pontos do Delta e no oásis. A criação de abelhas fornecia o mel. O óleo era extraído do sésamo e do nabk; a oliveira, introduzida durante o Novo Império, continuou rara, não sendo seu cultivo muito bom sucedido. (YOYOTTE, 2010, p. 70)

A história única do continente africano foi narrada a partir do imperialismo europeu. Essa história retirou dos registros todos os saberes que existiam antes do invasor / conquistador europeu. Os negros que foram escravizados no Brasil vinham de uma outra

realidade de alimentação e cultura, sufocada pelo processo de escravização, que pelo silenciamento da cultura negra é contínuo. Seus efeitos não foram cessados.

Uma das documentações da centralidade do conhecimento médico é a seguinte afirmação de Vecina Neto e Malik em 2016:

A assistência à saúde [no "mundo ocidental"] antes do século 20 repousava sobre conhecimentos bastante limitados. Obtinham-se informações por meio da observação e estas eram usadas, no máximo, para evitar as doenças. A cura era um resultado eventual. (VECINA NETO e MALIK, 2016, p.1)

Apesar da evolução do conhecimento médico a partir da Renascença, pode-se dizer que, somente após a descoberta da anestesia por Norton (1845), da assepsia por Lister (1865) e do conjunto de conhecimentos desenvolvidos por Koch (1843- ano de nascimento) e Pasteur (1822 - ano de nascimento) sobre microbiologia e Claude Bernard (1813 - ano de nascimento) sobre fisiologia, é possível considerar atribuir à prática médica um significado semelhante ao atual. (VECINA NETO e MALIK, 2016, p.1)

Podemos perceber a centralidade do conhecimento europeu masculino como a evolução do conhecimento médico. Como demonstramos, os estudos produzidos no Egito eram superiores. E o conhecimento europeu não é marcado como tal, mas como o conhecimento padrão, o modelo da saúde pública.

Os negros podem falar de saúde? A resposta simplista, a qual já nos referimos anteriormente, é que sim. Mas, em detrimento do silenciamento oriundo da violência racista, nota-se que eles não têm falado de saúde. São esses indivíduos que mais dependem das políticas públicas de saúde e que devido à vulnerabilidade social no qual foram inseridos, por causa do processo escravocrata, deveriam falar de saúde. Não foi dada a oportunidade para que pudessem demonstrar esses conhecimentos da medicina, cirurgia e nutrição negra. Muitos preferem tratar o Egito como uma obra de extraterrestres, a falar que foi uma obra negra e que tem seu legado presente em todos os locais do mundo.

O silenciamento é somente uma das faces do racismo, este sistema de opressão com múltiplas formas de manifestação e que perpetua as desigualdades entre negros e brancos.

Inserir o conhecimento produzido por negros e situar o conhecimento branco, europeu, cisgênero, machista, patriarcal e racista não é racismo reverso. Os documentos e a linha do tempo provam o atraso do saber europeu em relação ao africano. Caracterizar nossa pesquisa como uma forma de racismo, é uma forma perversa de nos silenciar.

Não existe racismo de negros contra brancos ou, como gostam de chamar, o tão famigerado racismo reverso. Primeiro, é necessário se ater aos conceitos. Racismo é um sistema de opressão e, para haver racismo, deve haver relações de poder. Negros não possuem poder institucional para ser racistas. A

população negra sofre um histórico de opressão e violência que a exclui. (RIBEIRO, 2018, p. 41)

Acreditar em racismo reverso é mais um modo de mascarar o racismo perverso com que vivemos. É a mesma coisa que acreditar em unicórnios, com o diferencial que se está causando mal e perpetuando a desigualdade (RIBEIRO, 2018, p. 43)

O racismo como sistema de poder, para ser exercido por negros, deveria ter mantido a escravização dos hebreus pelos egípcios. Essa escravização não se utilizava da raça tal como concebemos hoje, pois havia outra organização social. Mas se os egípcios tivessem mantido este povo em estado de submissão até o século XX, talvez pudéssemos falar de escravização negra. O fato de algumas culturas africanas, alguns quilombos terem tido escravos, não significa que os negros aceitavam a escravidão ou usufruíram dela de alguma forma. O comportamento singular não representa o coletivo e também não expressam as especificidades da cultura.

Ribeiro (2018, p. 42), ao discutir o racismo reverso, aponta que é muito mais que ofensas, é a negação de direitos. Os ultrajes que causam mal-estar nas pessoas brancas, são atitudes preconceituosas ou má educação, mas não racismo. Mesmo que elementos da estética branca possam ser utilizadas para ofender alguém, ela se mantém como padrão socialmente aceito. Mesmo o sujeito branco não estando dentro do padrão preconizado, ele ainda tem privilégios em relação aos negros. Não pretendemos aqui, de estabelecer uma hierarquia de sofrimento em que o negro é o que sofre mais, mas de esclarecer a impossibilidade de um sujeito negro, na construção social vigente, praticar racismo contra um sujeito branco.

Munanga (2003) apresenta a etimologia do conceito de raça, que veio do italiano *razza*, que adveio do latim *ratio*, que significa sorte, categoria, espécie. No latim medieval, conceito de raça passou a designar a descendência, a linhagem, a ancestralidade comum. Nos séculos XVI-XVII o conceito se aplica às classes sociais (nobreza e plebe) “sem que houvessem diferenças morfo-biológicas notáveis entre os indivíduos pertencentes à ambas as classes. O autor aponta que as descobertas imperialistas do século XV colocam em dúvida o conceito de humanidade ocidental. Até o fim do século XVII a explicação dos “outros” passava pela Teologia e pela Escritura. No século XVIII o iluminismo recoloca a questão inserindo na disciplina da história natural da humanidade, transformada posteriormente em biologia e antropologia física. Neste mesmo século, “a cor da pele foi

considerada como um critério fundamental e divisor d'água entre as chamadas raças, ” (MUNANGA, 2003), dividindo a espécie humana nas raças branca, negra e amarela.

A cor da pele segundo Munanga (2003) é definida pela concentração de melanina que todos possuem, sendo que a chamada raça branca tem menos concentração de melanina, e a negra concentra mais, enquanto a amarela está na posição intermediária. Munanga (2003) afirma que “apenas menos de 1% dos genes que constituem o patrimônio genético de um indivíduo são implicados na transmissão da cor da pele, dos olhos e cabelos. ”

Continuando a análise histórica da construção racial, Munanga (2003) analisou que “no século XIX, acrescentou-se ao critério da cor, outros critérios morfológicos como a forma do nariz, dos lábios, do queixo, do formato do crânio, o ângulo facial, etc., para aperfeiçoar a classificação. ” Durante o século XX, Munanga (2003) afirma que os estudos genéticos demonstraram que grupos de sangue e certas doenças hereditárias eram encontrados com mais frequência e incidência em algumas raças, o que acontece por exemplo, com a Doença Falciforme, mais presente nos negros. A ciência biológica segundo o autor, chegou à conclusão de que “a raça não é uma realidade biológica, mas um conceito, aliás, cientificamente inoperante, para explicar a diversidade humana e dividi-la em raças estanques. Ou seja, biológica e cientificamente, as raças não existem.”

“O conceito de raça tal como o empregamos hoje, nada tem de biológico. É carregado de ideologia, que esconde algo não proclamado: a relação de poder e de dominação” (MUNANGA, 2003). A diferença criada entre negros e brancos no Brasil segue a mesma lógica de dominação e de poder, e não características inatas dos seres humanos de acordo com sua pertença racial. Biologicamente a raça não existe, mas sociologicamente, este conceito tem demarcado posições diferentes para as pessoas. A concentração de melanina determina, no Brasil, a posição e a possibilidade de ser ouvido.

3.7.2 A violência das tentativas e óbitos por suicídio

Berenchtein Neto (2013, p. 18) apresenta a construção histórica da descrição do suicídio. O autor considera que a partir de Santo Agostinho, a morte autoprovocada passa a ter conotação pecaminosa. Na Idade Média é considerada crime, por lesar interesses da Coroa com pena de confisco de bens e penalização dos cadáveres. Ao final da Idade Média, o poder médico o define de forma negativa, sendo tratado como patologia.

[...] nessa sociedade, a morte em geral é vista como um tabu. As pessoas não gostam e não querem ouvir, ou tampouco falar sobre a morte. Dentro disso, uma morte voluntária remete a um problema maior. Outra questão é que, por não gostar e não querer saber da morte, busca-se também a manutenção da vida, a qualquer custo. Busca-se fazer o possível e o impossível para se manter as pessoas vivas, independentemente das consequências que isso possa trazer para as próprias pessoas. [...] Em uma sociedade que não quer saber da morte, que busca escondê-la ou afastá-la a todo custo para impedir que ela aconteça, alguém que tente ou que consiga tirar voluntariamente a própria vida, só poderia ser considerado, no jargão mais “senso comum” possível, um louco. (BERENCHTEIN NETTO, 2013, p. 18)

O Boletim Epidemiológico Volume 48 da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, apresentou o perfil epidemiológico das tentativas e dos óbitos por suicídio no período entre 2011 e 2016. Os dados foram extraídos do componente de Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan).

A publicação apontou 1.173.418 (um milhão, cento e sessenta e três mil e quatrocentos e dezoito) casos de violência interpessoais ou autoprovoçadas, sendo 65,9% em mulheres e 34,1% em homens. 48.204 (quarenta e oito mil e duzentas e quatro) tentativas de suicídio, 69,0% em mulheres e 31,0% em homens. Foram 55.649 (cinquenta e cinco mil e seiscentos e quarenta e nove) óbitos por suicídio entre 2011 e 2015. No período, foi observado aumento de casos notificados: 209,5% em mulheres e 194,7% em homens sendo que o risco de suicídio entre homens foi de 8,7/100 mil habitantes, quatro vezes maior que o feminino, que é de 2,4/100 mil habitantes. A população em maior risco de suicídio no Brasil é a indígena, sendo que 44,8% dos suicídios ocorridos na população indígena foram cometidos por adolescentes na faixa entre 10 a 19 anos.

No Boletim, ficou registrada a necessidade de políticas públicas com foco na vigilância e ações preventivas, evidenciando a seguinte lacuna: “apenas uma em cada três pessoas que tentam suicídio é atendida por um serviço médico de urgência” (BRASIL, 2017).

3.7.3 A violência da fome e da insegurança alimentar e nutricional

Em 1991 a situação de insegurança alimentar e nutricional dos brasileiros levou a criação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) na Câmara dos Deputados para apurar as causas da fome e a iminente ameaça à segurança alimentar. O relatório apresentado em dezembro de 1991, ao final da CPI, apresenta informações importantes sobre a situação brasileira e por isso será recordado neste texto.

O relatório aponta para a “[...] a contradição entre o potencial de recursos naturais do Brasil e a persistência de fome e suas sequelas biológicas e sociais [...]” (BRASIL, 1991, p. 9). A fome no Brasil não é causada pela falta de terra, mão-de-obra agrícola ou técnica, “é preciso ressaltar que há mecanismos e estruturas responsáveis pela fome.” (BRASIL, 1991, p. 9). “O cidadão não é faminto por destino ou natureza. Tiraram-lhe o pão e por isso está passando fome. Há culpados por detrás disto, há mecanismos e estruturas responsáveis. É preciso conhecer as causas da fome.” (BRASIL, 1991, p.10)

A determinação social da fome foi explorada por Freitas (2003, p.30), que para a autora, explica os “processos nutricionais socialmente diferenciados, ou um dos modos de se compreender a sobrevivência dos grupos desfavorecidos na esteira da desigualdade social [...]”

A CPI da Fome declarou que a fome está diretamente relacionada a má distribuição de renda:

Está claro, portanto, que a primeira e determinante causa da fome no Brasil é a má distribuição de renda. A grande maioria de nossa população tem renda tão baixa que não lhe é possível adquirir os alimentos de que necessita. A iniquidade social se agrava a cada dia no Brasil, com maior concentração de renda, eis que as sucessivas políticas recessivas, implantadas ao longo dos últimos anos no Brasil com o propósito de controlar a inflação, acentuarem o processo concentrador de renda, penalizando a classe trabalhadora. (BRASIL, 1991, p.28)

Freitas (2003, p.9) declara que “a fome crônica das populações é uma produção definida por processos de exclusão social e revela-se em cada contexto de dominação política e econômica.” Não é por inatividade dos sujeitos, preguiça, questões genéticas ou raciais, destino ou sina, que existem pessoas com fome. A desigualdade social é que produz sujeitos subnutridos. “A fome é, portanto, uma manifestação que surge com a formação das sociedades de classes e a própria origem da palavra fome, está associada ao aparecimento da desigualdade social no mundo” (FREITAS, 2003, p. 13). É importante recordar que a desigualdade não surge com o capitalismo, mas com a apropriação da

riqueza coletiva por particulares e a concentração de renda, tendo expressões diferentes nas diversas sociedades.

A Oxfam Brasil (2017) apresentou, em 2017, o relatório da desigualdade brasileira. Segundo a instituição, seis pessoas possuem riqueza equivalente ao patrimônio dos 100 milhões de brasileiros mais pobres. Uma pessoa que ganha salário mínimo por mês, levará 19 anos para receber o equivalente aos rendimentos de um super rico em um único mês. Mulheres ganham 62% do que ganham os homens e a equiparação está estimada para 2047; Negros ganham menos 57% em relação aos brancos; 80% das pessoas negras ganham até dois salários mínimos; Para cada negro com rendimentos acima de dez salários mínimos há quatro brancos, a equiparação salarial entre negros e brancos está estimada em 2089; Negros com diploma de nível superior ganham 75% do que ganham brancos com o mesmo; Um médico negro ganha, em média, 88% do que ganha um médico branco; Médicas ganham 64% dos rendimentos dos médicos; No Brasil, não há limite para o tamanho de propriedades, existindo fazendas maiores que 150 mil hectares, o tamanho do município de São Paulo; Os mais pobres e a classe média pagam muito mais impostos proporcionalmente que pessoas com rendas muito altas; A carga tributária pesa mais nas menores rendas, os 10% mais pobres no Brasil gastam 32% de sua renda em tributos, por outro lado os 10% mais ricos gastam apenas 21% de sua renda em tributos, nosso sistema tributário penaliza os pobres e alivia os super ricos.

A fome recebe o impacto das estruturas sociais de desigualdade entre gêneros:

Por força das ideologias de gênero que se realizam na organização doméstico-familiar, geralmente aos homens, como chefes do grupo doméstico e seus principais provedores, são destinadas cotas mais generosas da parca alimentação. Cabe às mulheres a menor ou mesmo o que sobra da alimentação dos filhos. São essas e outras as razões que tornam os índices de mortalidade materna e infantil elevados no Brasil. Sendo assim, não é por acaso que nascem muitas crianças marcadas pelos reflexos da desnutrição materna. (FREITAS, 2003, p.23)

Freitas (2003, p. 17) relaciona a fome no Brasil à desarticulação da produção rural e à concentração urbana de pessoas que não tem condições materiais de acesso às fontes de suprimento. O êxodo rural leva para cidades, pessoas que não estão capacitadas para operar o maquinário produtivo que por sua vez, depende cada vez mais de tecnologia e conhecimentos específicos. O sonho da “cidade grande”, que tem oportunidades de trabalho, conduz pessoas do campo para a cidade que acabam desempregadas, subempregadas ou no trabalho informal. A reforma trabalhista tende a

tornar a vida delas ainda mais precarizadas e como consequência, nota-se o aumento da violência e da fome.

O relatório da CPI (Brasil, 1991, p.26) faz uma importante distinção entre fome e desnutrição, que não são sinônimos.

A fome é uma das manifestações sociais da miséria. A desnutrição é a manifestação da fome no indivíduo, resultante da carência de um ou mais nutrientes. Quando há insuficiência na ingestão de calorias, proteínas, vitaminas ou minerais, ocorrem, por consequência, sintomas de desnutrição facilmente identificados no organismo humano. (BRASIL, 1991, p.26)

Freitas faz também essa distinção e complementa com a discussão dos dois conceitos no discurso médico hegemônico.

A natureza da fome estava clara desde muito e tornou-se ainda mais nítida nesses últimos séculos. Entretanto, sua determinação social foi ignorada no discurso médico hegemônico, e mais tarde diluída no termo desnutrição. O enfoque predominantemente biológico distanciou, progressivamente, as questões sociais das vinculadas ao corpo, fazendo desaparecer ou excluindo a condição humana do organismo, para sustentar um suposto objetivo científico. (FREITAS, 2003, p.33)

A desnutrição passa a ser considerada um problema de saúde pública no século XX, mas será cercada de explicações, numa lógica independente da fome ou das reais questões culturais e históricas vinculadas a esse fenômeno. (FREITAS, 2003, p.34)

Freitas (2003, p. 33) analisa a construção teórica da fome e aponta que o “malthusianismo implicitamente concebe que viver a condição de fome é uma escolha intencional da pessoa, por ser esta incapaz de adquirir alimentos em suficiência, ou por desconhecer a importância dos alimentos necessários ao corpo.” A literatura, para a autora, ainda está influenciada por teorias que têm sustentado a fome como doença física da pobreza e que a compreende como penúria humana resultante do processo histórico-social.

Para Freitas (2003, p. 34) as teorias que colocam a fome na dimensão biofísica está presente nos estudos epidemiológicos. Ela busca os sentidos e soluções da fome em respostas clínicas, ignorando o contexto social em que o sujeito está inserido. Também tem dificuldade de observar que não são os indivíduos os únicos responsáveis

pela sua promoção da saúde, acesso ao leite materno ou dieta saudável. A segunda teoria insere a determinação social na construção de famintos.

O diagnóstico biofísico não compreende as singularidades da fome. Freitas (2003, p. 38) ressalta que a “a sensação de fome de um é distinta de um outro, também faminto, mesmo que haja “algo” em comum entre eles [...]”. Outros sujeitos podem conceber o sofrimento como intolerável e outros podem se acomodar à ele. A adaptação, segundo Freitas (2003, p. 40), estaria ligada a não colocação de valores sobre o sofrimento cotidiano de forma que a fome faça parte da sua existência.

O Ministério da Saúde e outros organismos de saúde recomendam o leite materno, mas no Péla, bairro de Salvador (BA), por exemplo, o alimento é visto como fraqueza do corpo materno, e o desmame é culturalmente construído e necessário para a manutenção da vida. A licença maternidade é um privilégio, pois muitas mulheres terão que trabalhar no ambiente doméstico ou externo para prover suas casas. Freitas (2003, p. 86) analisou que as mulheres sem companhia afetiva podem passar por situações de desespero, como uma mulher que “tentou o suicídio ao queimar todo o corpo. E outra que emudeceu depois que seu marido foi preso e condenado a mais de vinte anos de reclusão.”

Quando Freitas (2003, p.43) realizou seu estudo etnográfico no bairro do Péla, Elza, moradora, relatava a fome como uma dor no peito. O sofrimento não era relacionado à um processo patológico no tórax, mas um estado de angústia por fome. “Há uma transcendência da dimensão fisiológica, na sua percepção, pois nem sempre ela e outros conseguem descrever a fome nas regras do idioma biomédico, mas sinaliza ao outro, que a concebe em sua gramática” (FREITAS, 2003, p. 43). Os sentidos da fome foram relatados na pesquisa como “o peito, a cabeça que endoidece, as pernas que não querem mais andar, os braços que arrepiam, etc.” (FREITAS, 2003, p. 43)

Só tomei porrada a vida toda. Quem é que gosta de uma velha preta e gorda como eu? Quem é que vai me querer? Qual é o homem que vai me olhar? E quem é que vai me dar um trabalho? Nem o INPS quer nada comigo, nunca consegui falar com a moça de lá, pra ter uma aposentadoria [...] Fico numa agonia doída. Sinto um vexame por aqui tudo (o lugar do peito), parece que está me arrancando as carnes, só de pensar que essa coisa, essa criatura (a fome) pode chegar (no corpo) (Elza).

A dor no peito é a representação guardada das faltas e que se convertem em fome, a assemelhar-se com sua identidade social: uma mulher envelhecida e só, obesa, negra e faminta. Trata-se de uma apreensão subjetiva da dor, pois não é o corpo apenas que sente fome, mas também o eu. A região da dor é a mesma da indicialidade do eu e, por isso, é o ser-no-mundo que dói. (FREITAS, 2003, p.179)

A CPI (BRASIL, 1991, p. 27) relatou também que os efeitos da fome “interferem diretamente no processo de aprendizagem, contribuindo para o aumento dos índices de repetência e evasão escolar observados na escola pública, e também prejudica o rendimento do trabalho. ”

As leis de mercado perdem sentido quando o assunto é situação da fome no Brasil. A CPI da Fome (Brasil, 1991, p. 28) apurou que a demanda está reprimida pela renda insuficiente, “contrariando as leis econômicas do mercado, em que a oferta de alimentos e a demanda por eles, não se encontram, e a fome permanece”. Em 1991, a CPI (Brasil, 1991, p.28) apontava que “os gastos com armamento no mundo, seriam suficientes para erradicar a fome da terra, caso fossem direcionados a este fim”.

A reportagem do Deutsche Welle sobre o relatório do instituto sueco de pesquisa, Stockholm Internacional Peace Research Institute (SIPRI), sobre os gastos militares globais, demonstrou que o Brasil usou 29,3 bilhões de dólares para o setor militar em 2017, com 6,3% a mais do que em 2016. O Brasil registrou um aumento dos gastos acima da média mundial nesse setor, saindo da 13^o posição para a 11^o no ranking dos países que mais investem em armamento. Os Estados Unidos estão em primeiro lugar. Mundialmente totalizaram 1,73 trilhão de dólares em 2017, com aumento de 1,1 em relação a 2016.

Geller (2017, p. 3) ao analisar a safra 2017/2018, apontou que em 2017 houve uma supersafra, superior à 238 milhões de toneladas de grãos. Foram disponibilizados R\$ 188,3 bilhões para o crédito rural, nas operações de plantio, comercialização e custeio; R\$ 550 milhões para o seguro rural; R\$ 1,4 bilhão para apoiar a comercialização da Política de Garantia de Preços Mínimos (PGPM); 1,6 bilhão para investimentos em armazenagem. O Programa Nacional de Apoio ao Médio Produtor Rural (Pronamp) teve investimento de 21,7 bilhões, sendo R\$ 18 bilhões para custeio e R\$ 3,7 bilhões para investimentos. O programa de Inovação Tecnológica (Inovagro) contou com R\$ 1,26 bilhão, com limite de R\$ 1,1 milhão por produtor. O Programa de Modernização da Frota

de Tratores Agrícolas e Implementos Associados e Colheitadeiras (Moderfrota), por sua vez, contou com R\$ 9,2 bilhões, incremento de 82,2%.

Os dados do mercado agrícola demonstram que algumas análises da CPI em 1991 continuam sendo válidas para a realidade brasileira em 2018. Na CPI (Brasil, 1991, p. 30) registrou-se que a produção de alimentos nunca foi prioridade no país, tendo adotado desde a invasão portuguesa um modelo exportador. O mercado de grãos é voltado para as necessidades externas, um modelo que concentra a posse da terra, reservando aos menos favorecidos o trabalho temporário no campo ou o êxodo rural, que como vimos, acentua a fome.

O Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) realiza a Pesquisa Nacional da Cesta Básica de Alimentos (PNCBA) de forma contínua, buscando os preços de um conjunto de alimentos essenciais. Segundo o DIEESE (2018), a PNCBA foi implantada em São Paulo em 1959, a partir dos preços coletados para o Índice de Custo de Vida (ICV), e em 2016 foi ampliada para todas as capitais do Brasil.

Goldsmith (1986), ao analisar a história econômica do Brasil, registra a situação do país no período da terceira república de 1945 à 1964, que coincide com o período da obra “Quarto de Despejo”, datada de 1955 à 1960. Iniciado e finalizado por golpes militares, foi atravessado por problemas políticos, alta inflação e dificuldades financeiras conjunturais. No mesmo período o autor relata o crescimento populacional e da urbanização, com aumento de 143% na população urbana. O período testemunhou o primeiro declínio substancial da participação da agricultura na força de trabalho: de 64% em 1940, para 54% em 1960, enquanto que a indústria aumentou de 10 para 13%. (GOLDSHIMITH, 1986. p. 223)

Neste período, de acordo com Goldsmith, houve a evolução da moeda. A inflação que chegou a 100% ao ano e a criação de autoridade monetária central e formação de bancos de desenvolvimento. Durante a terceira república, “o cruzeiro perdeu 99% de seu valor cambial [...] e esta desvalorização representou em princípio, a elevação do nível de preços de 7.000% [...]” (GOLDSHIMITH, 1986. p. 251)

O DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômico, 2018, p.3) analisou que em abril de 2018, o tempo médio necessário para adquirir os produtos da cesta básica foi de 87 horas e 21 minutos. Em março de 2018, a jornada necessária ficou em 88 horas e 07 minutos. Em abril de 2017, o tempo necessário era de 93 horas e 17 minutos.

O Decreto-Lei nº 399, de 30 de abril de 1938 (Brasil, 1938) determina a composição do salário mínimo. De acordo com a legislação, ele deveria atender as necessidades de alimentação, habitação, vestuário, higiene e transporte.

O mesmo Departamento observa (2018, p.3) que quando se comparado o custo da cesta e ao salário mínimo líquido, ou seja, após o desconto referente à Previdência Social, verifica-se que o trabalhador remunerado pelo piso nacional comprometeu, em abril de 2018, 43,16% do salário mínimo líquido para adquirir os mesmos produtos que, em março, demandavam 43,54% e em abril de 2017, 46,09%.

Silva e Esquivel (2018) em artigo de opinião publicado pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura, verificaram que:

[...] após quase uma década de declínio, o número de pessoas afetadas pela fome no mundo aumentou novamente, com 815 milhões de habitantes sofrendo de desnutrição crônica em 2016. Em 2017, 124 milhões necessitaram de assistência alimentar de emergência, em comparação com os 108 milhões de 2016. [...] Assim, não nos faltam novas evidências: a fome tem aumentado em cenários mais violentos. A relação é direta. É em países como a Síria, Iêmen, Afeganistão, Sudão do Sul, Iraque e Somália que encontramos algumas das maiores taxas de insegurança alimentar. A América Latina também testemunha retrocesso de desenvolvimento – e, em alguns casos, testemunha também o retorno da fome e da exclusão social devido a conflitos internos e à instabilidade social. (SILVA e ESQUIVEL, 2018)

A “volta” da fome é preocupante, principalmente devido ao acirramento de interesses no âmbito político que tem polarizado visões de Estado e pode impactar no desenvolvimento de políticas públicas. Cotta e Machado (2013, p. 55) analisaram por estudo de revisão crítica, o impacto de programas de transferência de renda na segurança alimentar e nutricional. O estudo demonstrou que as famílias tendem a investir parcela importante do benefício na aquisição de alimentos, mas que isso não significa um bem-estar nutricional, pois alguns fatores interferem na escolha de mantimentos, como a propaganda de produtos alimentícios. Podem ser acrescentados a esses fatores o tempo disponível para essas famílias para a preparação de alimentos saudáveis. O texto enfatiza que o Programa Bolsa Família, um programa de transferência direta de renda, com condicionalidades destinadas à famílias de baixa renda, promove o aumento no acesso aos alimentos em quantidade e variedade, mas que sozinho não consegue sanar a pobreza e a insegurança alimentar.

Em 2006 foi publicada a Lei 11.346 que criou o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Por meio dele, o Estado e a sociedade civil formulam políticas, planos, programas e ações para assegurar o direito humano à alimentação adequada. Cotta e Machado (2013, p. 54) informam que “o direito humano à alimentação adequada foi afirmado, em âmbito internacional, pelo Pacto Internacional de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais e Culturais. ” A Emenda Constitucional nº 64, aprovada em 2010, introduziu nos direitos sociais previstos na Constituição, a alimentação. Com essa regulamentação (BRASIL, 2017, p.9), o direito passa a ser possível de exigibilidade, podendo o sujeito, privado deste, reclamar, obter uma resposta e ação efetiva do direito em tempo oportuno.

Brasil (2017, p. 8) constata que o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) realiza-se quando todo homem, mulher, criança, jovem e idoso, têm acesso garantido e ininterrupto à alimentação adequada e suficiente, por meios próprios e sustentáveis.

A adoção de políticas e ações neste setor deve respeitar as especificidades e a diversidade conforme preconiza o artigo 2º§ 1º da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional. São princípios do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, a equidade e universalidade no acesso, não discriminação, autonomia, respeito à dignidade, controle social e transparência. A legislação define a segurança alimentar e nutricional como:

[...] realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. (BRASIL, 2006)

A Lei 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde, define no seu artigo terceiro que: os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Na saúde a segurança alimentar e nutricional faz parte das atividades da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) que publicou e constrói a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Essa política (BRASIL, 2013, p. 21) tem o objetivo de melhorar as condições de

alimentação e nutrição da população brasileira. Na publicação da foram observadas as singularidades no consumo alimentar, como a diferenças de renda e o consumo alimentar:

A dieta dos brasileiros de mais baixa renda apresenta melhor qualidade, com predominância do arroz, feijão aliados a alimentos básicos como peixes e milho. A frequência de alimentos de baixa qualidade nutricional como doces, refrigerantes, pizzas e salgados fritos e assados, tende a crescer com o aumento da renda das famílias. (BRASIL, 2013, p.14)

Segundo Brasil (2013, p.. 14), o padrão de consumo de alimentos também varia nas faixas etárias, sendo entre os mais novos, maior consumo de alimentos ultra-processados e diminuição com o aumento da idade. Os adolescentes tendem a apresentar o pior perfil de dieta ingerindo menos salada, feijão e verduras em geral.

Diferenças também são observadas de acordo com Brasil (2013 p. 14) entre urbanos e rurais, sendo que os primeiros consomem mais arroz, feijão, batata-doce, mandioca, farinha de mandioca, frutas e peixes, quanto aos demais, o consumo dos ultra-processados. A SAS (BRASIL, 2003, p. 15) tem observado que o declínio da atividade física e práticas alimentares com alta densidade energética, baixa concentração de nutrientes, e o consumo excessivo de gorduras e sódio, têm levado ao aumento de doenças crônicas como diabetes e hipertensão, e também ao sobrepeso. A publicação da SAS, considera a determinação social no acesso e consumo de alimentos, com caráter interdisciplinar e intersetorial, que somente ações articuladas podem responder aos problemas vivenciados pela população.

Os indicadores de saúde e nutrição refletem as desigualdades de renda e raça que ainda persistem no país: mulheres negras e de baixa renda apresentam maiores percentuais de doenças crônicas quando comparadas a mulheres, da mesma idade, brancas e de renda mais alta. Entre os homens, a obesidade está mais presente entre os de renda mais alta, embora cresça em todos os estratos. (BRASIL, 2013, p.19)

A alimentação adequada e saudável, segundo Brasil (2013, p. 31), é aquela que é apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos e ao uso sustentável do meio ambiente, atendendo às especificidades das faixas etárias, raciais, étnicas, acessibilidade financeira e física entre outros aspectos. Resta saber se os profissionais de saúde estão capacitados para oferecer aos usuários essa perspectiva de alimentação. Geralmente, em consultas nutricionais, se recebe uma prescrição padrão sem respeito

aos estilos de vida do sujeito que precisa se adequar para caber no plano alimentar. São colocados alimentos que implicam grande custo, além de receitas de medicamentos, também de alto custo. As pessoas gordas, nesses espaços, são tratadas como não saudáveis e a gordura é um mal a ser extirpado com muitos sacrifícios, mas muitos “benefícios”. Se pensa numa carga de exercícios e tabela de substituição de alimentos de forma padronizada, nas quais nem mesmos os exames de sangue conseguem demandar dietas customizadas. Ao avaliar os “resultados” a responsabilidade fica no indivíduo que não seguiu as regras impostas e não se adaptou ao plano alimentar, tal como não se alimentou em intervalo de três horas e não se manteve na academia.

Em 2015, o Estado por meio do Decreto nº 8.553/2015 instituiu o Pacto Nacional para a Alimentação Saudável. Esse acordo (BRASIL, 2017, p. 56) tem a finalidade de ampliar as condições de oferta, disponibilidade e consumo de alimentos, considerando as especificidades regionais, culturais, socioeconômicas e as necessidades alimentares especiais.

A partir das análises pode-se observar gerações do direito à alimentação. No direito alimentar da primeira geração, buscava o acesso a alimentos, em prevenção à desnutrição e à fome crônica. Na segunda geração o direito avança para a produção, disponibilidade, suficiência, estabilidade, autonomia, sustentabilidade e promoção da saúde. Não basta o acesso ao alimento, ele precisa atender aos requisitos e não comprometer o acesso à outros direitos. A marca dessa segunda geração são as regulamentações que possibilitaram o registro desse direito em diferentes instrumentos normativos, inclusive a Constituição Federal, o que propicia maior sustentabilidade na fruição deste direito. Na terceira geração, se discute a qualidade dos alimentos, sendo que os agrotóxicos e a rotulagem deles se apresentam como grandes dificuldades. Entram em conflito o direito do indivíduo e os desejos do mercado. Interesses que não são antagônicos em completo, mas que são divergentes. No combate de interesses numa sociedade democrática, idealmente todas as partes deverão demonstrar a coletividade, os benefícios e as dificuldades de cada posicionamento para que se decida pelo que a maioria da população deseja e precisa. Na sociedade real, a resolução de conflitos se dá em uma arena de disputa longe do indivíduo e a família, sendo resolvida por instâncias longe do controle social.

4. OBJETIVOS

Objetivo geral

Delinear subsídios para a inserção da temática da equidade racial na formação dos profissionais da saúde.

Objetivos específicos

- Investigar como a literatura tem sido utilizada na formação profissional em saúde;
- Apresentar as lacunas e a existência da temática da equidade racial nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de saúde;
- Discutir os efeitos do racismo na saúde da população negra;
- Explicitar as vivências de saúde da população negra no período anterior ao SUS a partir da obra “Quarto de Despejo: diário de uma favelada”;
- Propor aplicabilidade da obra “Quarto de Despejo: diário de uma favelada” na formação dos profissionais da saúde.

5. METODOLOGIA

5.1 Natureza do Estudo

Flick (2009, p. 20) argumenta que “a pesquisa qualitativa é de particular relevância ao estudo das relações sociais devido à pluralização das esferas de vida.” Afirma este mesmo autor, que “a mudança social acelerada e a conseqüente diversificação das esferas de vida fazem com que, cada vez mais, os pesquisadores sociais enfrentem novos contextos e perspectivas sociais.”

Essa reflexão foi também abordada por Castiel (1994, p. 172), que analisa a complexificação dos elementos no contexto da morbimortalidade. Segundo Castiel (1994, p. 172), no numerador estariam as taxas “sinais de alterações nos padrões relacionados à gênese, ocorrência e distribuição dos agravos à saúde.” No denominador estariam as “formas de organização socioeconômicas e culturais”. Este autor afirma que “há sinais que apontam para processos de profunda e irreversível fragmentação que ampliam a segmentação e a heterogeneidade dos grupos populacionais que compõem a sociedade” (CASTIEL, 1994, p. 173)

Assim, para os autores, há uma complexificação das relações sociais que demandam abordagens de pesquisa que possam analisá-la, e uma dessas ferramentas é a pesquisa qualitativa.

Creswell (2014, p. 49) define a pesquisa qualitativa:

A pesquisa qualitativa começa com pressupostos e o uso de estruturas interpretativas/teóricas que informam o estudo dos problemas da pesquisa, abordando os significados que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano. Para estudar esse problema, os pesquisadores qualitativos usam uma abordagem qualitativa da investigação, a coleta de dados em um contexto natural sensível às pessoas e aos lugares em estudo e a análise dos dados que é tanto indutiva quanto dedutiva e estabelece padrões ou temas. O relatório final ou a apresentação incluem as vozes dos participantes, a reflexão do pesquisador, uma descrição complexa e interpretação do problema e a sua contribuição para a literatura ou um chamado à mudança. (CRESWELL, 2014, p. 49)

Um ponto importante da definição de Creswell é a voz do pesquisador na, que aparece como um elemento que não retira o caráter científico e nem o valor dos resultados apresentados. Flick (2009, p. 25) afirma que “os métodos qualitativos consideram a comunicação do pesquisador em campo, como parte explícita da produção de conhecimento, ao invés de uma interferência no processo.” O pesquisador seria uma parte do processo de pesquisa, e sua subjetividade, um elemento que constrói as análises. A pesquisa assim reconhece a inutilidade da busca da neutralidade e da objetividade rígida que fazem com que não se percebam a importância do lugar de fala do pesquisador.

Minayo (2016, p. 13) ao abordar as singularidades da pesquisa social, aponta que um aspecto distintivo das ciências sociais é o fato de ser ideológica, não existindo uma ciência neutra, porque todas passam por interesses e visões de mundo. Muitas vezes esses interesses e visões de mundo não estão demarcados no texto, sendo preciso esforços maiores para compreender de onde o autor parte para chegar às suas conclusões.

A necessidade de explorar uma questão é o disparador de uma pesquisa de cunho qualitativo. Para Creswell (2014) ela seria usada para inúmeras situações em que as abordagens qualitativas são mais adequadas para considerar as singularidades do objeto. Ele cita como exemplo, o estudo de um grupo ou população; para compreensões complexas e detalhadas de uma questão; empoderamento de indivíduos participantes de um estudo; escrita de forma flexível e literária; compreensão de contextos e ambientes; explicação de mecanismos, ligações e contextos; desenvolvimento de teorias, entre outros.

Escolheu-se a abordagem qualitativa, pois esta foi a lente mais aproximada que nos permitiu apresentar um texto literário como uma potencialidade de material didático para cursos da saúde. A construção da análise do material partiu de uma abordagem subjetiva, a partir da construção social e acadêmica da autora, que a permitiu visualizar que o “Quarto de despejo: diário de uma favelada” poderia ser um instrumento para reflexões sociais em saúde.

5.2 Procedimentos Metodológicos e Organização da Análise

5.2.1 Análise de Conteúdo da Obra "Quarto de Despejo"

Segundo Bardin (2012, p. 125) a análise de conteúdo organiza-se em torno de três ações: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação). A pré-análise “tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas”. Aqui são definidos os documentos a serem analisados, formulação de hipóteses, objetivos e indicadores. Bardin (2012) tem elementos muito importantes para uma análise de um texto literário. No entanto, sua metodologia está atrelada a pressupostos que não são o objetivo da dissertação. Muitos que utilizam Bardin como referencial teórico para suas análises textuais, retiram da metodologia escrita por ela os elementos que se adequam. Contudo, esse recorte metodológico acaba por perder elementos que são importantes para o método descrito pela autora. O método construído para a análise de conteúdo utilizou-se das definições e levantamentos de hipótese de Bardin (2012). Gomes (2016) foi utilizado para a descrição dos procedimentos e as etapas empregadas para análise.

Utilizamos Gomes (2016, p. 79) para a descrição dos procedimentos metodológicos gerais para análise de conteúdo:

Dentre os procedimentos metodológicos da análise de conteúdo utilizados a partir da perspectiva qualitativa (de forma exclusiva ou não), destacamos os seguintes: categorização, inferência, descrição e interpretação. Esses procedimentos necessariamente não ocorrem de forma sequencial. Entretanto, em geral, costumamos, por exemplo: (a) decompor o material a ser analisado em partes (o que é parte vai depender da unidade de registro e da unidade de contexto que escolhemos); (b) distribuir as partes em categorias; (c) fazer uma descrição do resultado da categorização (expondo os achados encontrados na análise); (d) fazer inferências dos resultados (lançando-se mão de premissas aceitas pelos pesquisadores); (e) interpretar os resultados obtidos com auxílio da fundamentação teórica adotada. Observamos que nem toda análise de conteúdo segue essa trajetória. O caminho a ser seguido pelo pesquisador vai depender dos propósitos da pesquisa, do objeto de estudo, da natureza do material disponível e da perspectiva teórica por ele adotada. (GOMES, 2016, p. 79)

O caminho percorrido pela pesquisadora será apresentado a seguir. Os resultados da pesquisa se remetem aos conteúdos em saúde (em conceito ampliado) que emergiram do texto da escritora Carolina Maria de Jesus.

O contato com o livro “Quarto de despejo” se deu no segundo semestre de 2017, no decorrer do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. O contato com as temáticas de saúde, pela autora, teve início no estudo para a seleção do Ministério da Saúde, no qual entrou em exercício em 2014. Durante o trabalho pôde compreender que muitas atividades em saúde possuíam diversas lacunas, advindas da falta de formação básica em saúde. As disciplinas do programa de mestrado profissional, possibilitaram a formação em Saúde Coletiva e a identificação da potência da obra para a formação. Durante a leitura, percebeu-se que a obra apresentava um conjunto de narrativas com situações específicas de saúde, outras que implicam em saúde no seu sentido literal, ou se relacionavam aos determinantes sociais do setor. Essa fase, para Gomes (2016, p. 82), trata-se da leitura compreensiva no qual o leitor deixa-se impregnar pelo conteúdo do material, para ter uma visão do conjunto, apreender as particularidades, elaborar pressupostos iniciais, escolher caminhos de classificação inicial e determinação de conceitos que orientarão a análise.

Na segunda leitura do texto, foram marcados, termos livres de indexação que pudessem explicitar sobre que o trecho tratava. Essa primeira marcação tinha o objetivo de expor o que os trechos provocavam na autora e se deles emergiram questões que envolviam a saúde.

.Foram utilizados os seguintes termos: custo de vida, fome, insetos, indisposição, insônia, cansaço, nervosismo, fúria, tristeza, ideação suicida, suicídio, exaustão, tosse, peito doído, aborto, vermes, boqueira, morte, violência, alcoolismo, tuberculose, espinho no pé, prostituição, pedofilia, incesto, mortalidade infantil, natimorto, atropelamento, automedicação, saneamento básico, benzimento, práticas alternativas, cirurgia, curativo, anestesia, saúde do trabalhador, saúde do homem, higiene, imunização, prevenção, serviços de saúde, profissional de saúde, parto, parteira, dor de barriga, anemia e cegueira, transplante.

Um trecho poderia ser contemplado em mais de um marcador. As páginas de ocorrência foram assinaladas em planilha organizada no Excel. O objetivo da marcação era tornar os trechos localizáveis, em que a busca de se deu de forma visual, para posterior inserção em forma lógica nas planilhas.

Após essa primeira categorização percebeu-se que a quantidade de descritores poderia dificultar a análise e que esta poderia ser melhor feita se os conteúdos estivessem agrupados em categorias macro. Por isso, os termos foram transformados nas categorias: Práticas de saúde da população; Políticas públicas vigentes, Raça e Determinação Social. Após reflexão sobre a maternidade, misoginia e violência contra a mulher, tais termos também foram inseridos na categorização.

Assim como na indexação com termos livres, as categorias macro poderiam ter trechos pertencentes a mais de uma categoria. E percebeu-se que, dentro das categorias, poderiam ser feitas subdivisões para tornar a análise mais fluida. A categorização objetivou fazer com que os trechos pudessem ser recuperados com mais facilidade e assim pudessem ser feitos o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. Cada conjunto de categorias provocou a autoria de um texto que apresenta o contexto do dado e análise social. Os dados foram compreendidos de forma individual (Carolina) e coletiva (sociedade), buscando atingir o objetivo de comprovar as hipóteses levantadas.

CATEGORIAS DE QUARTO DE DESPEJO: DIÁRIO DE UMA FAVELADA



Figura 1. Categorias de “Quarto de despejo: diário de uma favelada”⁴

O registro utilizado para a análise foram trechos do texto, do tamanho que pudessem expressar o conteúdo manifesto. Foram organizados segundo as 10 categorias apresentadas na figura 1. Cada uma delas buscava evidenciar a temática semântica. A categoria popular visava registrar os momentos em que eram elucidados caracteres populares que envolvessem o cuidado tradicional, como benzas, rezas, ditados populares, crendices, atos que não baseados em um cientificismo. O autocuidado evocava situações

⁴ Fonte da imagem de Carolina Maria de Jesus: Valkírias. Literatura: 104 anos de Carolina Maria de Jesus: revisitando o quarto de despejo [Online]. S.l: Valkírias; 2018 [Acesso em 2018 jul 20]. Disponível em: <http://valkirias.com.br/carolina-maria-de-jesus-quarto-de-despejo/>

em que as personagens tomavam iniciativas próprias no cuidado com o corpo e com a saúde. Muitas situações de automedicação foram inseridas neste subitem para evidenciar em quais trechos podemos ver que o medicamento é utilizado, comprado e recomendado sem indicação médica. Em alguns momentos o conhecimento popular se mistura ao conhecimento científico, que culmina em cuidados baseados em percepções pessoais. É importante salientar que no momento histórico do diário, inexistia o Sistema Único de Saúde, que à época era voltado aos trabalhadores que tinham vínculo empregatício formal, situações nas quais são atendidos na “Assistência” e que ocorre com poucos personagens ao longo do texto.

A categoria ambiente visou agrupar situações em que ele é colocado como partícipe do diálogo travado e influi no processo de saúde-doença. Foram classificados, para evocar o relacionamento entre o "Quarto de Despejo" e a sala de visitas, no item cidade-periferia. O relacionamento com os habitantes do bairro próximo à favela foi submetido ao item vizinhança. As questões de habitação foram tratadas em um item à parte por se tratar de um caráter importante que define se uma casa pertence a favela ou a outro ponto da cidade, à proximidade das casas, à situação irregular da habitação, e os materiais utilizados na construção colocam-no dentro de um conjunto de vulnerabilidades. O item favela foi utilizado para marcar situações em que a autora retrata especificamente o "Quarto de Despejo".

As políticas públicas foram utilizadas para categorizar os trechos em que são exercidos papéis tradicionalmente atribuídos à essas políticas ou que há a inexistência de serviços que são habitualmente atribuídos aos mesmos. Novamente recordamos de que o livro se trata de uma narrativa do final da década de 1960 em que inexistia o conjunto de políticas públicas atuais, por isso se restringiu a utilizar termos que tivessem abrangência para políticas que já existentes naquele período.

Os trechos foram marcados quanto à existência ou inexistência de políticas públicas de saúde, assistência, educação, urbanização, abastecimento, saneamento e judiciárias. Esta última abarcou as questões políticas e operadores do direito. As questões políticas foram categorizadas dentro desse item pois foi considerado que é organizada por um órgão do judiciário. E os operadores do direito incluía os policiais, guardas municipais, juízes, advogados, processos, prisões e pensões alimentícias.

Os adoecimentos é uma categoria criada para marcar trechos em que há demanda de saúde. Dividiu-se por membros (situações em que partes do corpo estão enfermas, são relatados dores, machucados, etc.), esquistossomose (o adoecimento que se dá em

virtude de vermes), resfriado e fome (o auto - diagnóstico que evocava as duas situações) e mortalidade infantil. A morte de crianças é muito presente no livro, e em situações evitáveis com causas relacionadas à violência, pré-natal e assistência à saúde.

A violência é muito presente no diário e por isso foi preciso utilizá-la como marcador e subdividi-la de acordo com a pessoa que a sofre. A violência de gênero foi utilizada para marcar situações de abuso contra mulheres no ambiente extra e intra domiciliar e a violência doméstica para casos em que a violência ocorre no ambiente domiciliar contra mulheres e crianças. O crime foi colocado como uma subcategoria para marcar situações contra o patrimônio ou contra pessoas que demandam assistência de operadores do direito. A violência auto infligida marca situações em que a pessoa comete violência contra si mesma. A violência física ocorre no diário entre mulheres e homens que brigam no quarto de despejo da cidade de São Paulo.

O corpo foi utilizado para marcar situações em que a exaustão, prazer e adoecimento são elucidados nas falas do personagem. Carolina relata muitos episódios de cansaço causados pela atividade laboral. O peso dos recicláveis e a necessidade de trabalhar para manter os filhos, levam a um adoecimento do corpo que a personagem registra no seu diário.

A saúde mental tem muitas ocorrências durante o texto. Situações são relatadas pela autora no foco pessoal e coletivo. Algumas são retiradas de jornais que ela lê na banca e pessoas que tiram a vida por causa da fome. O custo de vida é uma situação financeira coletiva que impacta diretamente na saúde mental dos indivíduos, fazendo-os recorrer a estratégias de autoextermínio como fuga das situações difíceis vividas.

As categorias raça, maternidade e determinação social não receberam as mesmas subdivisões das categorias anteriores. A maternidade se tornou uma categoria pois ela emerge do texto como uma vivência bem diferente de outras maternidades. A maternidade tem sido tratada como um evento homogêneo, mas os trechos elucidados mostram que ela é um fenômeno heterogêneo que traz diferentes perspectivas para a sua vivência principalmente se consideradas as circunstâncias sociais e raciais. A determinação social perpassa todo o livro, mas há momentos em a vulnerabilidade é determinante para desencadear processos de adoecimento, de forma que ela fosse enquadrada em uma categoria solo. A raça também é uma categoria que emerge do texto por conta das vivências de Carolina como mulher negra. Seu texto já tem a marca a posição a racial de uma mulher, mas em alguns momentos, essa categoria é especialmente visível e por isso foi considerada uma categoria única.

5.2.2. Análise Documental das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Saúde

A pesquisa das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) ocorreu no site do Ministério da Educação, nas publicações do Conselho Nacional de Educação no primeiro semestre de 2018. Este Conselho (Brasil, 1995) tem como objetivo a colaboração para o alcance dos objetivos organizacionais do Ministério. Na Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995 (BRASIL, 1995), está prevista a existência da Câmaras de Educação Básica e de Educação Superior com atribuições normativa, deliberativas e de assessoramento. A Câmara de Educação Superior tem entre suas atribuições a de deliberar sobre as diretrizes curriculares propostas pelo Ministério da Educação para os cursos de graduação (BRASIL, 1995).

Os cursos para a análise das DCNs foram definidos seguindo as categorias profissionais de nível superior, definidos na Resolução 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde. Para fins de atuação do Conselho as seguintes categorias profissionais são consideradas de saúde:

1. Serviço Social
2. Ciências Biológicas
3. Biomedicina
4. Educação Física
5. Farmácia
6. Enfermagem
7. Fisioterapia
8. Fonoaudiologia
9. Medicina
10. Medicina Veterinária
11. Nutrição
12. Odontologia
13. Psicologia
14. Terapia Ocupacional

Quadro 1. Corpus de análise

Fonte	Tipo de documento	Ano de publicação	Cursos analisados	Período de análise	Licenciatura e obrigação de observar a Lei 10.639
Conselho Nacional de Educação	Diretriz Curricular Nacional publicada pelo Conselho Nacional de Educação	2001 2002 2003 2004 2001 2002 2003 2004 2011 2014 2017 2014 2017	Serviço Social Ciências Biológicas Biomedicina Educação Física Farmácia Enfermagem Fisioterapia Fonoaudiologia Medicina Medicina Veterinária Nutrição Odontologia Psicologia Terapia Ocupacional Saúde coletiva	Primeiro semestre de 2018	Educação física Enfermagem Nutrição Psicologia Ciências biológicas

A Saúde Coletiva não consta na lista das categorias profissionais da resolução, no entanto o Conselho, por meio da Resolução 544/2017, aprovou uma nota técnica contendo recomendações para as DCNs de Saúde Coletiva e por isso ela foi inserida na análise.

Utilizando a análise temática, método referido anteriormente para analisar o texto de Carolina Maria de Jesus, procedeu-se à análise das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos em saúde. Os pressupostos foram as considerações de Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) sobre a análise documental.

A partir das definições sobre documentos, entendeu-se que o texto emanado para organização da grade curricular dos cursos da saúde se inserem entre os documentos, sendo aplicável a análise documental. Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009, p. 3), ao analisarem as publicações, registraram o uso de outras denominações por parte dos

pesquisadores, como pesquisa documental, método documental, técnica documental e a análise documental. Escolheu-se usar no texto a denominação análise documental.

A pesquisa documental para os autores estaria muito próxima da pesquisa bibliográfica, mas se distingue pelo tratamento analítico executado na documental, que difere das contribuições diversas sobre uma temática dada pela bibliográfica. Sendo que a última faz parte do referencial teórico do texto que irá dar arcabouço para as análises emanadas da obra de Carolina Maria de Jesus.

Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009, p.4) listaram as etapas da análise documental informando que:

Quando um pesquisador utiliza documentos objetivando extrair dele informações, ele o faz investigando, examinando, usando técnicas apropriadas para seu manuseio e análise; segue etapas e procedimentos; organiza informações a serem categorizadas e posteriormente analisadas; por fim, elabora sínteses, ou seja, na realidade, as ações dos investigadores – cujos objetos são documentos – estão impregnadas de aspectos metodológicos, técnicos e analíticos. (SÁ-SILVA, ALMEIDA E GUINDANI, 2009, p.4)

Resumindo a trajetória da análise documental apresentada pelos autores temos as seguintes etapas:

1. Localização dos textos pertinentes;
2. Avaliação da credibilidade e representatividade dos textos;
3. Avaliação do contexto histórico no qual foi produzido o documento;
4. Análise do universo sócio-político do autor(es) e daquele(s) a quem foi destinado o texto;
5. Análise da conjuntura socioeconômico-cultural e política que propiciou a produção de um determinado documento;
6. Delimitar os sentidos das palavras e dos conceitos;
7. Analisar os conceitos-chave presentes no texto e avaliar sua importância e sentido;
8. Examinar a lógica interna, o esquema, o plano do texto e a lógica de argumentação.

Na análise das DCNs irá se proceder ao roteiro apresentado por Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) junto a análise de conteúdo. O uso simultâneo dos métodos irá permitir analisar os documentos e verificar se eles já inserem conteúdos de equidade racial.

Após a leitura das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de Medicina, Enfermagem, Saúde Coletiva, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Educação Física, Nutrição, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Odontologia, Nutrição e Biomedicina foram inseridos em tabela as menções à equidade.

A equidade foi classificada em generalista e étnico-racial. A primeira reuniu em coluna de tabela a equidade sem menção a grupos específicos, com abordagem dos determinantes sociais que influem de forma diferenciadas em grupos mais vulneráveis. Após a organização da tabela, utilizando a ferramenta online WordArt, foram feitos recortes das menções de equidade generalista ou racial das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de saúde, que foram categorizados e transformados em nuvens de palavras. Foram retiradas os conectivos semânticos, substantivos e verbos que não refletiam os conteúdos de equidade. Pela nuvem de palavras pode-se observar os núcleos comuns entre os cursos de saúde.

5.3 Aspectos Éticos

A pesquisa seguiu os parâmetros éticos aplicáveis, e a estrutura metodológica para garantir que fosse realizada dentro do rigor científico esperado pelo Programa de Pós-Graduação. Foram utilizados também os programas de detecção de plágio fornecidos pela Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília.

De acordo com a resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, as pesquisas realizadas exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica dispensam a avaliação e registro pelo sistema CEP/CONEP. Essa dispensa se aplica também à obra literária e às DCNs.

6. RESULTADOS

6.1. Formação Profissional em Saúde e Equidade Racial nas DCNs

As DCNs servem para a organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País e são voltadas para os atores que irão compor os Núcleos Docentes Estruturantes (NDEs). Foi regulamentado pela Resolução nº1, de 17 de junho de 2010, do Conselho Nacional de Educação. De acordo com o artigo primeiro da resolução (Brasil, 2010), “constitui-se de um grupo de docentes, com atribuições acadêmicas de acompanhamento, atuante no processo de concepção, consolidação e contínua atualização do projeto pedagógico do curso.”. Serão estes à fazer a implementação das alterações promovidas pelas DCNs e também pela Resolução 569 do CNS.

A RES 569 foi resultado de construção durante os anos de 2016 e 2017 no Grupo de Trabalho das Diretrizes Curriculares Nacionais coordenado pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde (CIRHRT/CNS) e formado por associações nacionais, entidades nacionais de ensino, conselhos profissionais, federações profissionais, representações estudantis, com participação da gestão dos Ministérios da Educação e Saúde.

A resolução insere como preceitos orientadores do perfil dos egressos da área da saúde, a defesa da vida e defesa do SUS, dois itens que não estão presentes na geração 2000 das DCNs. Estabelece como princípios da formação em saúde: responsabilidade social, compromisso com a dignidade humana, cidadania, defesa da democracia e do direito universal à saúde e do SUS, valorização da vida, contribuição para o desenvolvimento social (considerando as dimensões biológica, étnico-racial, de gênero, geracional, de identidade de gênero, de orientação sexual, de inclusão da pessoa com deficiência), ética, participação ética da comunidade e/ou das instâncias de controle social em saúde, trabalho interprofissional, interdisciplinaridade, intersetorialidade, interprofissionalidade. São objetivos da formação segundo a RES 569:

- enfrentamento das iniquidades que causam adoecimento dos indivíduos e das coletividades;
- preparação para a promoção da saúde, educação e desenvolvimento comunitário;
- abordagens de problemas de saúde recorrentes para prevenção de riscos e doenças;
- formação profissional voltada para o mercado de trabalho;
- atendimento das necessidades sociais em saúde;
- integração ensino-serviço-gestão-comunidade;

- inserção dos estudantes nos cenários de práticas do US desde o início da formação;
- ampliação da rede de ensino-aprendizagem;
- diversificação dos cenários de práticas;
- articulação entre as atividades de ensino, pesquisa e extensão;
- abordagem de temas transversais no currículo que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca da educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira, africana, dos povos tradicionais e indígena.

Para a inserção dos conteúdos e o alcance dos objetivos da RES 569 deverão ser empreendidos esforços coletivos pelos atores que compuseram o Grupo de Trabalho. O conteúdo da RES tem um material ideológico muito importante para a construção do Sistema Único de Saúde com equidade e integralidade. A edição da Resolução é um grande avanço e para sua implementação serão necessárias outras ações que possam inserir mais pluralidade nos cursos de saúde. A diversidade de docentes, conteúdos, a contemplação das contribuições da população negra, a revisão das bibliografias e um processo de descolonização do conhecimento em saúde.

Observamos que as DCNs dos primeiros anos da década 2000, tinham uma estrutura comum. Nos primeiros artigos sempre mencionam o perfil do egresso do curso como um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, pautado em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade. A geração 2000 dos DCNs está escrita de forma generalista que não inserem as peculiaridades e as especificidades das populações, nem o conceito da equidade do Sistema Único de Saúde.

insere a discriminação racial, social, de gênero e a diversidade étnica e racial, conteúdos que não estão presentes nas DCNs escritas no mesmo período. A saúde é pouco mencionada nas DCNs, sendo destaque nos conteúdo da licenciatura.

Outra outsider é a de Serviço Social, publicada em 2001. O perfil dos egressos não se volta nem para uma formação generalista nem para uma atuação engajada. As competências e habilidades se voltam para o enfrentamento da questão social e o empoderamento do controle social. Os conteúdos curriculares se organizam em três núcleos, sendo que o de “fundamentos da formação sócio histórica da sociedade brasileira” é o que mais se aproxima de uma equidade genérica, por abordar a compreensão das características históricas particulares e a diversidade regional e local.



Figura 3. Equidade geral ou racial nas DCNs de saúde

As DCNs do curso de graduação em saúde coletiva foram publicada em 2017 e o conteúdo generalista do perfil do egresso típico das DCNs de 2000, o que pode ter levado à publicação da Resolução nº 544/2017 do Conselho Nacional de Saúde que traz recomendações as DCNs.

Medicina, Saúde Coletiva, Farmácia tem nas suas DCNs menção a equidade étnico racial, relacionado ao cuidado integral em saúde. A racialidade seria um elemento transversal que interfere no cuidado integral em saúde. Educação Física, Enfermagem, Nutrição e Psicologia tem nas DCNs a possibilidade de licenciatura e atuação na educação básica, o que os obriga a observar a Lei 10.639. Esses cursos deveriam ter em seus currículos a dupla obrigatoriedade (Lei 10.639 e Resolução 569/2017) de inserir os conteúdos das relações étnicos raciais.

Os NDEs deveriam estar mais capacitados para levar a pluralidade racial e transversalidade desses conteúdos para esses cursos que têm a possibilidade do bacharelado e licenciatura. Uma pesquisa posterior poderia verificar a diversidade étnico-racial dos NDEs, a representatividade racial poderia indicar como a diversidade está presente na estrutura dos cursos. Os cursos com DCNs da geração 2000 deverão fazer grandes adaptações para alcançar as diretrizes da Resolução 569.

6.2. Aplicabilidade da Obra de Carolina

A obra “Quarto de despejo: diário de uma favelada” foi publicada em 1960 e teve os resultados editoriais já apontamos neste estudo. Uma das categorias que foram observadas no livro, foram as práticas de saúde da população. Ela reflete as ações dos personagens para a busca da saúde nas eventualidades. No momento da escrita da obra não haviam as políticas de saúde e seguridade social como se tem em 2018. Por isso, a busca individual para superar o adoecimento. O acesso à serviços de saúde era destinado à parcela da população que detinha carteira assinada, que assim como em 2018, corresponde a um pequeno grupo. Vecina Neto e Malik (2016, p. 6) resumem a situação da assistência à saúde anterior ao SUS.

O resumo da situação assistencial pode ser feito da seguinte maneira: o trabalhador formal tinha assistência médica na Previdência Social; o Estado operava a polícia sanitária, se responsabilizava pelas campanhas de Saúde Pública, realizava algumas ações na área da promoção e proteção para grupos mais sensíveis da população (mãe e criança), segregava e mantinha segregados os loucos, tuberculosos e hansenianos (desde que pobres); a caridade, por meio das Santas Casas, e o ensino, por meio de poucos

hospitais-escola, preenchiam parte da lacuna assistencial decorrente desse arranjo. (Vecina Neto e Malik, 2016, p. 6)

Eu estava indisposta, resolvi benzer-me. Abri a boca duas vezes, certifiquei-me que estava com mau olhado. A indisposição desapareceu sai e fui ao seu Manoel levar umas latas para vender. p. 12

Escrevi um bilhete e dei ao meu filho João José para ir ao Arnaldo comprar um sabão, dois melhores, e o resto de pão. p. 12

Passei no Arnaldo. Comprei pão, leite, paguei o que devia e reservei o dinheiro para comprar Licor de Cacau para Vera Eunice. p. 15

16 de junho...O José Carlos está melhor. Dei-lhe uma lavagem de alho e um chá de hortelã. Eu zombei do remédio da mulher, mas fui obrigada a dar-lhe porque atualmente a gente se arranja como pode. Devido ao custo de vida, temos que voltar ao primitivismo. Lavar nas tinas, cozinhar com lenha. p. 64

A 5 da manhã a Vera começou a vomitar. Eu dei-lhe um calmante, ela dormiu. p. 65

Ela estava coçando-se e com a pele toda irritada. Acho que foi o chá de alho que lhe dei. Jurei nunca mais dar-lhe remédios indicados por lavadeiras de hospitais. p. 67

6 de julho. Despertei às 4 horas e meia com a tosse da Neide. Percebi que aquela tosse não ia deixar-me dormir. Levantei e dei-lhe um pouco de xarope porque fiquei com dó. Ela é órfã de pai. Quando pai estava doente a mãe deixou-as. São três filhas. (...) A mãe da Neide é uma desalmada. Não prestou para tratar do esposo enfermo e nem para criar as filhas que ficaram aos cuidados dos avós. p. 81

Durante o longo período desde o início do século 20, a prática assistencial caracterizou-se por um modelo de atuação que ficou conhecido como modelo do sanitismo campanhista. Basicamente, foram mantidas as ações clássicas de polícia sanitária e foram tomadas ações pontuais nas crises, promovendo, em particular, campanhas contra as grandes endemias - malária, esquistossomose, tuberculose, hanseníase e doenças imunopreveníveis. Foram desenvolvidas ações restritivas contra as doenças mentais, estruturando hospícios pelo país afora (em quase todos os estados, existe a marca de um hospício: em São Paulo, o Juqueri foi inaugurado em 1898 e chegou a ter doze mil internos no início dos anos 1970). Também se estruturou grande capacidade de atender, por meio de hospitais segregados, os tuberculosos e os hansenianos, em condições de atendimento não muito melhores que as dos pacientes psiquiátricos. (VECINA NETO e MALIK, 2016, p. 5)

Os trechos da obra demonstram ações dos serviços de saúde. Estes empreendiam atos em saúde, mas sem a preocupação de resolver as causas. Comunicaram ao Canindé que a água do rio não podia ser utilizada, mas não ofertavam nenhuma outra fonte de água para evitar a proliferação de doenças preveníveis na comunidade. A política de saúde se voltava para ações em torno de um agravo e não conseguia captar as fragilidades das comunidades alvo das campanhas. As estratégias de comunicação estavam desconectadas das necessidades dos favelados. Um filme em uma época em que a oferta de cinema não era a mesma que a atual, o audiovisual poderia ser uma forma interessante de comunicação em saúde.

Políticas, recursos, emendas fragmentadas ou pensadas para uma parte do problema, sem refletir a complexidade que envolve um fenômeno causador do adoecimento de uma comunidade não é um acontecimento do passado. Não tem sido novidade ações que em períodos eleitorais não conseguem abarcar o ciclo completo de adoecimento. A ação pensou no acesso à água, mas não no saneamento básico e urbanização, que determinantes sociais, e outras questões que não seriam solucionadas com ações pontuais.

O mesmo ocorre com a criação de espaço de lazer no Canindé, é um importante fator para a saúde, mas mal aproveitado pelos adultos da comunidade. Quando Carolina relata que vai registrar tudo no seu livro é o único anúncio de controle ao mal-uso de um

equipamento público. Não é percebida a presença do Estado para dinamizar o espaço e fazer com que ele possa ser utilizado para a função para o qual foi criado.

A saúde mental no Canindé representa uma importante necessidade, como podemos perceber em diversos trechos da obra de Carolina. O Juqueri é mencionado e que mesmo sem ter muitos recursos, divide o fruto do seu trabalho com recicláveis com uma favelada cujo marido foi asilado. A tuberculose é mencionada durante o texto, como causa de adoecimento e falecimento. Percebe-se que para nesse agravo há também uma falta de políticas de saúde. Uma senhora com tuberculose tosse a noite inteira, causando incomodo em Carolina, que sai de sua casa para medicá-la. Por suas aproximações com as demandas da comunidade, Carolina lembra muito o papel atribuído aos Agentes Comunitários de Saúde que atuam na comunidade para a população possa ter acesso aos serviços de saúde. A obra é uma fotografia da favela que poderia ser utilizada por equipe de saúde local para conhecer os agravos e necessidades de saúde da população.

Na cidade que Carolina habitava, segundo Vecina Neto e Malik (2016, p. 4), nos anos iniciais da década de 1940, foram criadas as primeiras unidades sanitárias, chamadas de Centros de Saúde com o objetivo de atendimento da mãe e da criança. Os autores apontam que em 1944 foi criado também, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência.

Esse trabalho foi criado pelo Decreto-lei 27.664/1949 para assegurados e beneficiários dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões que seriam sediadas no Instituto ou Caixa de acordo com a conveniência e oportunidade analisadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

Comprei 5 de pão e 5 de açúcar e comprimido. Levantei só para preparar as refeições. Passei o dia deitada. O José Carlos ouviu a Florenciana dizer que pareço louca. Que escrevo e não ganho nada. p. 93

O texto apresenta a aquisição de medicamentos fora de estabelecimentos farmacêuticos, uma situação que tem sido cada vez mais obstada pelo mercado. Em muitas cidades como Brasília por exemplo, há concentração de farmácias em uma mesma rua.

O Conselho Federal de Farmácias (2016) informa que em 2016 haviam 82.617 farmácias e drogarias privadas, 6.689 farmácias hospitalares, 10.742 farmácias públicas,

8.195 farmácias com manipulação e homeopatia, 456 indústrias farmacêuticas, 4.147 distribuidoras de medicamentos e 60 importadoras de medicamentos.

A partir dos trechos do “Quarto de despejo” pode-se discutir os números da indústria farmacêutica, seus interesses como ela têm produzido desejos e necessidades na população. A automedicação é uma categoria presente no livro, mas pode-se discutir se a disponibilidade maior de estabelecimentos credenciados aumentou ou diminuiu os casos de automedicação.

Uma variável importante a ser inserida nesta análise é a oferta de medicamentos por diversas vias que na década de 1950, podendo se feita pelo rádio ou mídia impressa. No século XXI, televisão, internet, e diversos meios de comunicação são utilizados para atingir pessoas e criar necessidades de consumo. O medicamento, assim, se torna mais um produto do capital. Mesmo com todos os seus benefícios, o medicamento está inserido em uma indústria que age de acordo com a lógica capitalista e desenvolve pesquisas de baseadas com suas vantagens.

Passei no frigorífico, peguei uns ossos. As mulheres vasculham o lixo procurando carne para comer. E elas dizem que é para os cachorros. Até eu digo que é para os cachorros...p. 105

25 de dezembro...O João entrou dizendo que estava com dor de barriga. Percebi que foi por ele ter comido melancia deturpada. Hoje jogaram um caminhão de melancia perto do rio. p. 146

.... Chegou um caminhão aqui na favela. O motorista e o seu ajudante jogam umas latas. É linguiça enlatada. Penso: É assim que fazem esses comerciantes insaciáveis. Ficam esperando os preços subir na ganância de ganhar mais. E quando apodrece jogam fora para os corvos e os infelizes favelados. p. 34

Esses trechos evidenciam a lacuna temporal para a construção de uma política nacional específica. Somente em 2018, após a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). A vigilância é

responsável por muitas atividades no âmbito do Ministério da Saúde, como a “prevenção e controle de doenças transmissíveis, pela vigia de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e também pela análise de situação de saúde da população brasileira. ” (BRASIL, 2018)

Carolina e a autora viveram e cresceram sem uma política de vigilância que as orientasse sobre as formas de vigilância em saúde. Uma política de repercussões indiretas na vida de usuárias de serviços de saúde, que podem não ter compreendido o sentido de ações emanadas do mesmo órgão de saúde.

O mesmo local cuida da água para consumo humano, Aids, IST, laboratórios, doença de chagas, dengue, vigilância sanitária.... Um universo dentro de outro que não consegue deter ações individuais prejudiciais à saúde coletiva. Ações como a dos motoristas que jogam comida apodrecida na favela continuam presentes, não por serem questões de “educação”, de “classe”, mas de falta educação em saúde. O descarte correto de resíduos ainda não foi introduzido e prova disso é o caso da fábrica Saturnia em Sorocaba, no interior paulista. A fábrica de baterias automotivas se transformou em garimpo ilegal devido ao descarte irregular dos responsáveis pelo espólio da fábrica, conforme nos relata reportagem da Folha de São Paulo de 24 de agosto de 2018.

Eu ontem comi aquele macarrão do lixo com receio de morrer, porque em 1953 eu vendia ferro lá no Zinho. Havia um pretinho bonitinho. Ele ia vender ferro lá no Zinho. Ele era jovem e dizia que quem deve catar papel são os velhos. Um dia eu ia vender ferro quando parei na Avenida Bom Jardim. No lixão, como é denominado o local. Os lixeiros haviam jogado carne no lixo. E ele escolhia uns pedaços: Disse-me:

- Leva, Carolina. Dá para comer.

Deu-me uns pedaços. Para não o magoar aceitei. Procurei convencê-lo a não comer aquela carne. Para comer os pães duros ruídos pelos ratos. Ele disse-me que não. Que a dois dias não comia. Acendeu o fogo e assou a carne. Esquentou-a e comeu. Para não presenciar aquele quadro, saí pensando: faz de conta que eu não presenciei essa cena. Isto não pode ser real num país fértil igual ao meu. Revoltei contra o tal Serviço Social que diz ter sido criado para reajustar os desajustados, mas não toma conhecimento da existência infausta dos marginais. Vendi os ferros no Zinho e voltei para o quintal de São Paulo, a favela.

No outro dia encontraram o pretinho morto. Os dedos do seu pé abriram. O espaço era de vinte centímetros. Ele aumentou-se como se fosse de borracha. O dedo do pé parecia leque. Não trazia documentos. Foi sepultado como um Zé qualquer. Ninguém procurou saber seu nome. Marginal não tem nome. p. 40

A política de saúde que havia no momento da redação também tinha a dificuldade de dialogar com o usuário e era imposta de cima para baixo, sem compreender as especificidades. Mas tem dificuldades também para dialogar com as empresas, com quem tem poderes para negligenciar e causar danos e subornar o poder judiciário. Um desses casos é o do Rio Doce que, com o rompimento da barragem do fundão ficou contaminado de resíduos de minério.

Outro caso é o que acontece em Barcarena no Pará, em que a empresa Hydro Alunorte por ações de descaso quanto às suas responsabilidades, causou danos ao meio ambiente e à população. Mário Assunção do Espírito Santo, quilombola, militante do Movimento pela Soberania Popular na Mineração (MAM) e morador de Barcarena, foi

entrevistado por André Antunes para a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz:

Quais os impactos para a saúde que vocês têm sentido?

A Universidade Federal do Pará, através da doutora Simone [Pereira, do Departamento de Química da UFPA] vem realizando testes. Ela tem uma vasta pesquisa, de antes da implantação do empreendimento e agora, acompanhando. Os resultados são alarmantes, porque nós já estamos com alumínio e chumbo no cabelo. Tu imagina isso no organismo? Está tendo aumento de câncer no estômago, Alzheimer, segundo a doutora. São outras substâncias que a gente ainda não dominou, mas que ela disse que são mais perigosas, e que podem causar aumento do câncer do estômago e Alzheimer, mal de Parkinson. E também muita diarreia, náusea, dor de cabeça, coceira na pele. (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2018)

...Eu já estava deitada quando ouvia as vozes das crianças anunciando que estavam passando cinema na rua. Não acreditei no que ouvia. Resolvi ir ver. Era a Secretaria da Saúde. Veio passar um filme para os favelados verem como é que o caramujo transmite a doença anêmica. Para não usar as águas do rio. Que as larvas desenvolvem-se nas águas...(...) Até a água...que em vez de nos auxiliar, nos contamina. Nem o ar que respiramos, não é puro, porque jogam lixo aqui na favela.

Mandaram os favelados fazer mictórios. p. 57

Em alguns trechos se percebe um pequeno acesso nas políticas de saúde, como na cirurgia das pernas de Carolina. Mas que ainda passa por situações de não entendimento das especificidades da população e médicos que receitam, solicitam exames e práticas sem observar a possibilidade das pessoas de o executarem.

Vecina Neto e Malik (2016) nos informam que no governo Vargas foi criado em 1942 o Serviço Especial de Saúde Pública. "O Sesp ocupou um lugar secundário na

história da Saúde Pública no Brasil, por ter sido criado com o viés de servir ao esforço de guerra norte-americano, melhorando a saúde do seringueiro amazônico com vistas a garantir borracha para mover as máquinas. " (VECINA NETO e MALIK, 2016, p.4). Renovato e Bagnato (2010, p. 278) apontam que no período do pós-guerra o SESP se expandiu para outros estados brasileiros, principalmente os da Região Nordeste, procurando construir redes de unidades de saúde locais, focalizando tanto a medicina preventiva como a curativa, tendo como eixo principal, a educação sanitária.

O SESP foi criado pelo Decreto-lei 4.275/1942. Nele estava previsto a autorização para o Ministério da Educação e Saúde à conveniar com o Institute of Interamerican Affairs of the United States of America, para o desenvolvimento de serviço de saúde pública.

A Lei 3.750/1960 transformou o SESP na Fundação Serviço Especial de Saúde Pública com os seguintes objetivos:

- a) organizar e operar serviços de saúde pública e assistência médico-hospitalar nas áreas do território nacional onde se desenvolvem ou venham a se desenvolver programas de valorização econômica, sempre que tais serviços não constem dos programas dos órgãos federais específicos.
- b) estudar, projetar e executar empreendimentos relativos à construção, ampliação ou melhoria de serviços de abastecimento d'água e sistemas de esgotos, sempre que não constem dos programas de órgãos federais específicos;
- c) desenvolver um programa de educação sanitária nas localidades onde mantiver unidades sanitárias;
- d) analisar, do ponto de vista técnico e opinar sobre projetos e orçamentos relativos a serviços de abastecimento d'água, a serem construídos com financiamento do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico, ou Caixas Econômicas Federais, nos termos da legislação em vigor;
- e) coordenar, organizar e administrar, nos Estados cujos governos o solicitarem, serviços destinados ao desenvolvimento de sua estrutura sanitária básica, inclusive no que se refere à promoção e controle da higiene industrial;
- f) coordenar, organizar e administrar, mediante regime de acordo com as municipalidades interessadas, serviços de abastecimento d'água e de esgotos;
- g) colaborar com os órgãos técnicos o Ministério da Saúde na solução e problemas de sua competência;
- h) realizar pesquisas, inquéritos e estudos necessários ao desenvolvimento de suas atividades;
- i) promover a difusão de conhecimentos técnicos ligados à saúde pública, através da edição de livros, revistas e outras publicações;

- j) promover a formação e o treinamento de pessoal técnico e auxiliar necessário à execução de suas atividades;
- l) desenvolver programas em cooperação com os Estados, o Distrito Federal, os Territórios ou os municípios, visando à higienização dos bairros pobres e a solução de problemas de saúde pública. (BRASIL, 1960)

Durante os primeiros vinte anos do início do século, a situação era, aproximadamente, da convivência de serviços públicos na área da polícia sanitária com um modelo liberal do exercício da medicina. A rede hospitalar estatal existente era voltada para os militares; a rede das Santas Casas de Misericórdia, herança da colonização portuguesa, mais direcionada para a função de separar o pobre da sociedade e fazer caridade. Quem tinha posses era tratado em casa pelo seu médico particular. No final da segunda década, enquanto ocorriam no país, as primeiras grandes greves envolvendo trabalhadores qualificados que lutavam por condições mais humanas de trabalho, boa parte deles imigrantes europeus trazendo ideologias marxistas e anarquistas. Foi criado o Partido Comunista do Brasil. Havia uma efervescência pós-guerra, um medo após epidemia da gripe espanhola em 1918 e, ocorriam as movimentações que deram origem à Semana de Arte Moderna de 22. (VECINA NETO e MALIK, 2016, p. 3)

Carolina experienciou esse período de modelo liberal do exercício da medicina e uma ausência do Estado suplantada pela solidariedade cristã católica. Quando suas pernas não saravam ela percorreu diversas cidades a pé em busca de tratamento. Nas santas casas precisava se sujeitar às regras impostas pela "caridade", tendo que em um dos locais, lavar a roupa de todas as freiras e pacientes, mesmo sem condições físicas para fazê-lo.

Eu havia comprado um ovo e 15 cruzeiros de banha no Seu Eduardo. E fritei o ovo para ver se parava as náuseas. Parou. Percebi que era fraquesa. O médico mandou-me comer óleo mas eu nao posso comprar. p.47

O João foi fazer curativo na Central e retornou-se. Perguntei se havia tomado anestesia. Disse-me que tomou só injeção contra o teto. p. 110

O acesso aos cuidados de saúde também passa por situações de adversidade devido a dificuldade financeira e também por anteceder ao acesso universal do SUS. Sem a universalidade preconizada pelo SUS, o acesso era isolado para alguns grupos.

É possível discutir o acesso nas diferentes regiões do país nesse mesmo período. Carolina apresenta dificuldades em uma das cidades mais desenvolvidas do período em que as pessoas se dirigiam para buscar “uma vida melhor”. Se mesmo nessa cidade dos sonhos haviam dificuldades, há de se imaginar o que se passava nas regiões Norte e Nordeste que foram invisibilizadas por políticas de centralização no Sudeste brasileiro. Apontamos a busca da Igreja Católica pela retomada do poder no estado por meio do exercício dos cuidados de saúde nas santas casas de misericórdia que ainda perduram como instituições no Brasil, cujos vínculos e financiamentos, podem ser discutidos.

Passei na Padaria Guiné e comprei uma guaraná e bananas. Pui a Vera no carrinho. Quando cheguei na favela estava moída. O João disse-me:

- Já que a senhora tem dinheiro, podia mandar arrancar o meu dente, porque está doendo.

Mandei ele vestir-se e lavar os pés.

Eu ia sair suja. Depois pensei: é melhor trocar-me. Troquei-me. Saí às pressas. Quando ia na rua Felisberto de Carvalho ouvi dizer que havia briga. Fui ver. Era a Meiry, a Pitita, o Valdemar e o Armim. O português tripeiro já havia terminado a venda dos miudos e ia para casa. Ele conhece a Meiry e parou para conversar. Surgiu o Valdemar e lhe pediu a bicicleta para dar umas voltas. O português respondeu:

- Quer bicicleta, compra.

E assim começou a troca de insultos. O Valdemar está habituado a dar nos favelados, deu um tapa no português. O português deu um soco no Valdemar e jogou-lhe no chão. O Armim foi a favor do Valdemar e jogou um tijolo no rosto do português, que caiu e a carteira caiu-lhe do bolso. Quando as faveladas viram a carteira ficaram loucas [...]

...Fui levar o João no dentista. Vi uma placa na rua Itaquí, 2. Dentista. Dr. Paulo de Oliveira Porto.

Toquei a campainhinha e entrei. Uma senhora veio atender-me. Eu sentei para esperar. Mas estava tão aflita por causa dos filhos que haviam ficado sosinho. Dr. Paulo veio atender e eu disse-lhe que ele é o dentista que está mais perto da favela e queria que extraísse um dente do meu filho João. O João sentou-se na cadeira.

- Quanto é, doutor?

- Cem cruzeiros!

Achei o preço exagerado. Mas ele já estava sentado na cadeira.

Abri a bolsa e sentei. E comecei contar as notas de 5. Separei 20 notas de 5. p. 114

9 de novembro...preparei a refeição para os filhos e fui lavar roupas. Quem estava no rio era a Dorça e uma nortista que dizia que a nora estava em trabalho de parto. Há três dias. E não conseguia hospital. Chamaram a Radio Patrulha para interná-la e ainda não havia dado solução. A velha dizia:

- São Paulo não presta. Se fosse no Norte era só chamar uma mulher, e pronto.

- Mas a senhora não está no Norte. Precisa providenciar hospital para a mulher.

O marido venda na feira. Mas não quer gastar com a esposa porque quer ir para o Norte e está juntando dinheiro. p. 136

As situações em que é preciso pagar pelos serviços de saúde, pode-se perceber cobrança abusiva dos profissionais de saúde. Os pobres evitam a ida aos serviços de saúde porque os recursos que têm são destinados à alimentação. A falta de recursos e um sistema universal faz com que muitas situações tratáveis não encontrem o cuidado em saúde.

...Encontrei um cego:

- *Há quantos anos perdeste a vista?*
- *10 anos.*
- *Achou ruim?*
- *Não. Porque tudo que Deus faz é bom.*
- *Qual foi a causa da perda visual?*
- *Fraqueza.*
- *E não teve possibilidade de cura?*
- *Não. Só se fizer transplantação. Mas é preciso encontrar quem me dê olhos.*
- *Então o senhor já viu o sol, as flores e o céu cheio de estrelas?*
- *Já vi. Graças a Deus. p. 187*

Outra categoria muito presente no livro são as adversidades em saúde mental. Foram inseridos trechos que retratam situações que podem culminar em um adoecimento psíquico, mas não necessariamente dizem respeito a um adoecimento com um diagnóstico.

A Theresa irmã da Meyri bebeu soda. E sem motivo. Disse que encontrou um bilhete de uma mulher no bolso do seu amado. Perdeu muito sangue. Os medicos diz que se ela sarar ficará imprestavel. Tem dois filhos, um de 4 anos e outro de 9 meses. p.43

O preto que tomado pela fome consome a céu aberto a carne colhida no lixo é a exceção. Em casa se pode disfarçar, cheirar, lavar e comer. Mesmo que o exame indique que é melhor evitar aquele alimento, em casa o indivíduo se permite comer o que foi para o lixo. Deveria causar vergonha descartar o alimento, mas sempre causou vergonha em quem precisa vasculhar o lixo para comer. Em estágios severos de dependência de drogas, alguns indivíduos são vistos comendo diretamente do lixo os pastéis e caldos de cana da Pastelaria Viçosa, na rodoviária de Brasília. Disputam com os pombos as bordas dos pastéis, os restos deixados por outros marginais que circulam pela rodoviária voltando para as suas margens.

Carolina pensa em tirar a própria vida quando a fome ultrapassa seus limites, continuamente testados. A fome faz com que os freios da preferência, estética, paladar,

temperatura e origem sejam diminuídos ou eliminados. Vera Eunice, que durante a narrativa apresenta certos gostos, precisa sucumbir a necessidade de alimentar. A criança que esperava um bolo de aniversário é compulsoriamente alimentada de leite e polenta. O alimento não se torna uma fonte de prazer, mas de frustração. Carolina não come por prazer, mas por necessidade. As doações de ossos ou biscoitos tem a mesma função, não fazendo qualquer comentário sobre o gosto ou aparência. Ela não tem o costume sequer, da comida ser reconfortante.

Diversos movimentos em torno da comida como o 'fast food, low carb e low food' não estão ao alcance de Carolina e seus filhos. O lanche é uma média no bar, não um Big Mac. Salsicha se torna um lanche proteico rápido advindo de doação em dias bondosos no Frigorífico. As crianças de Carolina não tiveram a oportunidade de serem "estragadas" com comidas cheia de açúcar, elas passam dias sem comer.

15 de junho...Fui comprar carne, pão e sabão. Parei na banca de jornaes. Li que uma senhora e três filho havia suicidado por encontrar dificuldade de viver. (...) A mulher que suicidou-se não tinha alma de favelado, que quando tem fome recorre ao lixo, cata verduras nas feiras, pedem esmola e assim vão vivendo. (...) Pobre mulher! Quem sabe se de há muito ela vem pensando em eliminar-se, porque as mães tem muito dó dos filhos. Mas é uma vergonha para uma nação. Uma pessoa matar-se porque passa fome. E a pior coisa para uma mãe é ouvir esta sinfonia:

- Mamãe eu quero pão! Mamãe, eu estou com fome!

Penso: será que ela procurou a Legião Brasileira ou Serviço Social? Ela devia ir nos palácios falar com os manda chuva.

...A notícia do jornal deixou-me nervosa. Passei o dia xingando os políticos, porque eu também quando não tenho nada para dar aos meus filhos fico quase louca. p. 63

24 de julho. Como é horrível levantar de manhã e não ter nada para comer. Pensei até em suicidar. Eu suicidando-me é por deficiência de alimentação no estômago. E por infelicidade eu amanheci com fome. p. 99

29 de abril. Hoje eu estou disposta. O que me entristece é o suicídio do senhor Tomás. Coitado. Suicidou-se porque cansou de sofrer com o custo de vida. p. 161

Vecina Neto e Malik (2016, p. 4) descrevem a criação do Departamento Nacional da Criança dentro do Ministério da Educação e Saúde, em 1940 como um importante marco na saúde. O Decreto-lei 2.024/1940 determinava a organização nacional de serviço de proteção à maternidade, infância e adolescência para garantir direitos essenciais para o desenvolvimento físico, conservação da saúde, bem-estar, alegria, preservação da moral e preparação para a vida. Uma legislação de conteúdo ideológico marcante, mas sem a devida efetividade desses direitos, pois até 2018 é percebido pelos dados epidemiológicos que a maternidade e a infância não têm a proteção e o acesso aos direitos inseridos nesta legislação. Como Angela Davis disserta, a maternidade para as mulheres negras e a infância das crianças negras não estão envoltas no mito da fragilidade e da proteção que tem sido construído socialmente para as pessoas brancas.

Carolina e suas crianças não experimentaram essa proteção idealista. A autora relata no "Quarto de despejo", as dores do pós-parto, a necessidade de auxílio entre partos que não foi atendida, tendo que "quebrar o resguardo" para dar de comer aos filhos, limpar a casa e lavar as roupas. Ela relata a falta de solidariedade das mulheres da favela, mas é compreensível que essas mulheres não pudessem ajudar a outras, porque tinham suas demandas assim como Carolina. Era dever do Estado prover as necessidades de proteção à maternidade e à infância, que ele mesmo havia determinado por meio de legislação.

A desproteção da infância também é percebida no momento em que há o encontro de Carolina com os adolescentes que fugiram do juizado de menores. O relato dos jovens sensibiliza Carolina e faz com que ela não deseje mais internar seus filhos. A fome, a falta de escolarização, a falta de higiene em que eram tratados os jovens, que deveriam pela tutela do Estado, terem outras oportunidades, impressionaram-a.

É importante lembrar que a ida de Carolina para o "Quarto de despejo" foi devido à maternidade. O período de gestação a impedia de permanecer no emprego de empregada doméstica e por isso teve que ir para a rua. Da rua, por higienização estatal foi colocada no "Quarto de despejo". Lugar para onde são direcionados os sujeitos que o Estado não quer deixar a mostra. A higienização é constante entre a população negra, pelo encarceramento em massa, a internação compulsória, as expulsões e remoções de ocupações urbanas, etc.

A subida do morro para moradia não foi uma escolha, mas um empurrão de limpeza social. Um movimento estatal para esconder subalternizados, tirar o problema social. A democracia racial foi também uma das formas de esconder os conflitos raciais.

O biógrafo Tom Farias relata que após perder sucessivos empregos, Carolina “passou a procurar abrigo nas marquises dos edifícios, nos cortiços, ou dentro dos prédios em ruínas ou abandonados, ou mesmo debaixo dos viadutos” (FARIAS, 2017, p. 145). O contexto social era de industrialização, gentrificação, elevação do custo de vida déficit habitacional, inflação dos gêneros alimentícios e desemprego, conforme nos recorda o biógrafo.

“Carolina, além da falta de trabalho, não só pelo fato de só querer escrever, ou viver da escrita, mas pela revolta social de uma vida que nunca melhorava [...] ficou grávida” (FARIAS, 2017, p. 146). O pai da criança um americano de nome Wallace, desapareceu, logo soube da gravidez. Uma situação muito comum entre as mulheres negras que impacta nas questões de saúde materna e infantil.

De toda a maneira, as patroas não toleravam empregadas grávidas, pois sabiam que elas não rendiam no serviço e ainda recebiam salário, o que as fazia arcar com despesas ainda maiores. Mas também muitas a jornada de trabalho era longa, extenuante, passando de oito e chegando a 12 horas, e o serviço pesado, insalubre, incompatível a uma mulher em estado pleno de gestação. (FARIAS, 2017, p. 147)

Muitas das patroas que eram intolerantes a empregadas domésticas, toleravam a violência sexual contínua contra suas empregadas. Causa muita discussão e pode ser alvo de muitas reflexões a situação do trabalhador doméstico no Brasil, principalmente após a reforma trabalhista. Essas trabalhadoras tiveram os direitos sociais e trabalhistas reconhecidos tardiamente e ainda enfrentam muitos preconceitos e violências no ambiente de trabalho. A arquitetura brasileira ainda conserva a estrutura escravocrata, o

quarto de empregada e a entrada de serviço são estruturas simbólicas de perpetuação da estrutura escravocrata. Discutir sobre essas estruturas e como elas se refletem nas relações entre PS e outros profissionais é importante para que a humanização não aconteça somente dentro do hospital e continue as práticas discriminatórias no ambiente doméstico.

Farias (2017, p. 147) informa que Carolina não dava conta dos afazeres domésticos, “fazia o trabalho de qualquer maneira, tudo com a intenção certa de sair para namorar ou se divertir pelas ruas da cidade”. Carolina difere muito da devotada tia Anastácia que sem família vive ao redor dos conflitos da família de Dona Benta, é só mais uma criada, como tantos outros da casa, que ainda escuta desaforos da boneca que ela mesma criou. Carolina tinha vida fora da casa dos patrões e isso ainda é surpreendente para uma mentalidade escravocrata, em que as mulheres negras devem viver para o trabalho e para a família dos patrões.

Encontrei com a dona Nenê, a diretora da Escola Municipal, professora do meu filho João José. Disse-lhe que ando muito nervosa e que tem hora que eu penso em suicidar. Ela disse-me para eu acalmar. Eu disse-lhe que tem dia que eu não tenho nada para os meus filhos comer. p. 102

Como apontado no referencial teórico utilizando Conceição Evaristo, Carolina rompe com os estereótipos esperados para uma personagem negra. Esta não abandona os seus filhos para cuidar de uma prole branca, mas luta diariamente para que seus filhos possam se alimentar e possam estudar. Ela não somente nutre seus filhos com alimentos, mas transmite seu capital cultural, seu gosto pela leitura. Em alguns trechos pode-se ver ela brigando com os filhos que somente querem ler e não fazer as atividades de casa, repetindo o comportamento dela que deixava queimar as panelas pela distração nos livros.

José Carlos de Jesus, o segundo filho de Carolina Maria, nasceu no dia seis de agosto de 1950, um domingo, por volta de uma hora da tarde, na maternidade do Hospital das Clínicas. José Carlos Garcia, pai biológico da criança, não esteve na maternidade para acompanhar a mãe e para ver o recém nascido. A maratona de Carolina Maria, para ter este filho, começou às quatro horas da manhã, quando resolveu sair do barraco, para evitar o assédio

“dos favelados” que entravam e saíam do seu barraco, segundo ela, para “aborreçêr-me”.

Essa gravidez de Carolina foi bastante trabalhosa para ela. No bonde que tomou a caminho do hospital, em direção à cidade, e sozinha, Carolina dá sinais de que não estava se sentindo muito bem. O condutor do veículo percebeu a sua situação, e lhe perguntou, educadamente: “O que tem?” Ela, mostrando as roupinhas do bebê, falou ao homem: “Vou para a maternidade”. O homem, de nome Pedro, até então indiferente ou muito calmo, resolveu tocar o bonde a toda velocidade, para tentar ajudar a passageira, ou evitar que ela desse à luz a criança dentro da sua condução.

No Largo do São Bento, local histórico e de grande concentração de gente, as dores eram tão intensas que Carolina não conseguia mais descer do veículo. Pedro se irritou com a situação e praticamente expulsou Carolina do transporte, embora ela gemesse de dor. Deu arrastados seis passos e se sentou. Não estava aguentando. A sorte de Carolina foi o aparecimento de Cyrillo, seu vizinho de favela, que a viu prostrada num canto e pagou um táxi para levá-la à maternidade, mas sem acompanhá-la. (FARIAS, 2017, p. 160)

Carolina é transgressora das expectativas da maternidade negra esculpidas pelos estereótipos raciais e também transgride as vivências maternas ao seu redor. Ela se distancia das histórias que relata da maternidade, não quer se assemelhar às mulheres que alimentam os filhos com pão de igreja, nem com as negligentes que deixam os filhos morrer de fome, ou que trocam os filhos por um novo relacionamento. Os seus relatos tem a distância de uma narradora, mas também de alguém que não quer ser comparada com aquela forma de maternidade. O capital cultural transmitido os filhos é um dos grandes diferenciais da maternidade de Carolina, experimentados por poucos e que pode ser muito significativo na escassez de bens materiais.

16 de junho...hoje não temos nada para comer. Queria convidar os filhos para suicidarmos. Desisti. Olhei meus filhos e fiquei com dó. Eles estão cheios de vida. Quem vive, precisa comer. Fiquei nervosa, pensando: será que Deus esqueceu-me? Será que ele ficou de mal comigo? p. 174

O alcoolismo é muito presente nas narrativas, sendo o desencadeador de violências e paliativo para a fome. As adversidades de renda, emprego e afeto são atenuadas pelo álcool, servindo como resposta ao sofrimento psíquico e físico enfrentado cotidianamente.

O que eu fico admirada é das almas da favela. Bebem porque estão alegres. E bebem porque estão tristes. A bebida aqui é o paliativo. Nas épocas funestas e nas alegrias. p. 139

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (1999, p. 10) publicou estudo sobre a “Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil”. O órgão analisa que nos anos 30 começaram as grandes transformações na estrutura econômica e social do país, mas por falta de equidade geraram muitas desigualdades, reproduzindo distintas trajetórias da mortalidade infantil observadas entre as regiões brasileiras. As descobertas tecnológicas diminuíram as taxas de mortalidade infantil nos países do Leste e Sul da Europa, mas na América Latina apenas Argentina, Uruguai, Costa Rica e Chile experimentaram quedas moderadas. O IBGE analisa o início do declínio da mortalidade infantil nos países em desenvolvimento:

As interpretações dadas ao declínio da mortalidade nos países em desenvolvimento passam pelas ações explícitas de saúde pública e, especialmente, pelo combate à malária e outras doenças infecciosas e endêmicas. Medidas de saúde pública, campanhas de imunização, os antibióticos, pulverização com inseticidas para erradicar as doenças causadas por insetos transmissores, a clorificação da água, suplementação alimentar, etc., seriam as causas principais que estariam por trás do declínio nestes países. Estas campanhas contaram, em sua grande maioria, com a contribuição de organismos internacionais, e a tecnologia era quase toda importada, barata e relativamente independente da infra-estrutura local. As campanhas de erradicação da malária foram um sucesso em muitos países. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1999, p.14)

O IBGE analisa também que medidas diversas de saúde levaram à ao declínio da mortalidade infantil, mas ainda longe dos patamares dos países desenvolvidos.

.... Ela teve seis filhos: 3 do Manolo, e três de outros. Ela teve um menino que podia estar com 4 anos. Mas um dia eles embriagaram, brigaram e lutaram dentro de casa. A luta foi tremenda. O barraco oscilava. E as panelas caíam fazendo ruído. Na confusão, o menino caiu no assoalho e pisaram-lhe em cima. Passados uns dias perceberam que o menino estava todo quebrado. Levaram para o Hospital das Clínicas. Engessaram o menino. Mas os ossos não ligaram. O menino morreu. p. 63

...A filha da Dirce morreu. Era duas gêmeas. Atualmente ela tem tido partos duplos. O ano passado morreu o casal de gêmeos. O menino num dia, e a menina no outro. E agora fenece outra. p. 79

A Zefa é mulata. É bonita. É uma pena não saber ler. Só que ela bebe muito. Ela já teve duas filhas, e bebia muito. Esquecia de alimentar as crianças, e elas morreram. p. 109

7 de outubro. Morreu um menino aqui na favela. Tinha dois meses. Se vivesse ia passar fome. p. 124

21 de novembro...Vi várias pessoas no barraco da Leila. Fui ver o que havia. Perguntei para a D. Camila o que houve.

- É a menina que morreu.
- De que foi que morreu a menina?
- Não sei. p. 139

Hoje uma nortista foi para o hospital ter filhos e a criança nasceu morta. Ela está tomando soro. A sua mãe está chorando, porque ela é filha única. p. 149

São poucos os momentos em que há registros de autocuidado. As políticas de promoção da saúde e cuidados domiciliares na prevenção de agravos ainda não

sinalizaram a falta de tempo disponível por parte da população em maior situação de vulnerabilidade para essas atividades. O autocuidado foi algo retirado das pessoas negras pelo processo de desumanização escravocrata. A terra no qual se planta, a casa onde se mora, o corpo que habita não é do indivíduo, mas pertencem ao senhor. A forma de livrar-se da dominação é a morte. Caminho que pode ser buscado pelo suicídio, pela eliminação voluntária de uma vida objetal.

As pessoas pobres como Carolina, gastam muito tempo da sua vida se deslocando para o trabalho e nas atividades laborais, e não têm tempo para verificar se os “pratinhos de plantas” não acumularam água na sua ausência. O dia da faxina instituído pela Secretaria de Vigilância em Saúde para as ações de combate a dengue é um esforço para reconhecer que geralmente se programa um dia para os cuidados domiciliares.

Fitei o quintal, o lixo podre exalava mau cheiro. Só aos domingos que eu tenho tempo de limpar. p. 47

10 de junho. Hoje eu não vou sair porque o barraco esta muito sujo. Eu vou limpá-lo. Varri o assoalho e as teias de aranha. Pentiei os meus cabelos. p. 171

O meu rosto é quase igual ao de minha saudosa mãe. E estou sem dente. Magra. Pudera! O medo de morrer de fome! p. 175

Violência estrutural, desumana, hostil, intencional são algumas das características do CRIME de racismo. A violência racista é um cipó envolvente, corda que nos envolve, nos amarra o corpo e impede os movimentos.

O autocuidado é muitas vezes lido, interpretado como cuidados com o corpo, com a imagem, mas ele não é só isso:

- Ter um creme de pele que ao final do dia você não está cinza, a autora usou muito óleo de soja no corpo como hidratante;
- Ter uma boa maquiagem que não te deixe parecendo um fantasma nas fotos;
- Ter roupas confortáveis que não te deixem deslocada;
- Ter todos os dentes da boca em uma sociedade em que o tratamento dentário na rede pública se baseia principalmente na extração de dentes.

Nosso autocuidado foi roubado pelo capital e transformado em algo que pode vir em sacolas e caixas. Mas nossas necessidades não são compráveis, não dá para negociar, nem pechinchar.

A maioria das nossas necessidades foram banalizadas pela violência contínua do racismo e temos vergonha de verbalizar. Nossas dores parecem pueris, muito infantis...

AUTO + CUIDADO

Eu sempre fico pensando e falando essa palavra como uma quebra, não consigo nem a falar sem dar uma tremida no falar. Inventei uma história para explicar o porquê.

Sábado à tarde depois da casa arrumada, as roupas no varal, o playlist de faxina desligado e TV ligado. Sentada no sofá com as pernas abertas com a menina encaixada entre elas. O primeiro momento era de desembaraçar, o mistério de para quem você tira o chapéu, ajudava a distrair a dor e os puxões do cabelo crespo que faz bolinhas até a ponta. Mas ela ia tentando fazer a menina não chorar.

Depois começava com o cabo do pente a separar o cabelo em partes e fazer desenhos geométricos na cabeça da menina. Cada caminho dividido por um prendedor para depois iniciar as tranças. Passava a mão, dava batidinhas, molhava as pontas dos dedos em uma vasilha de água para deixar o momento mais suave.

Chegava a segunda e as aulas na escola. E vinham os comentários da “diferença”, “estranheza”, “feiura”. Vinham as recomendações de alisamentos, selagens, formol, cremes, tratamentos, escovas inteligentes, youtubers...

O sábado com a mãe era o momento do cuidado e a segunda com a branquitude era do auto, da resistência. E por isso a palavra fica engasgada na boca de quem é amado em casa e violentado pelo crime de racismo na rua.

Autocuidado para nós, tem muitas expressões e pode ser maquiagem, pode ser academia, pode ser a geladeira cheia, pode ser plano de saúde. São plurais. Para muitas mulheres pode ser um fim à violência doméstica, é discar o 100 ou 190, para outras é cortar o cabelo e usar calças após anos ligadas a religiosidades restritivas. Pode ser se afastar de amizades e relacionamentos abusivos. Autocuidado é dizer não para reuniões,

rodas de conversa, compromissos de militância, pacotes do Groupon, é deixar os cabelos brancos quando quiser.

25 de junho...voltei para o meu barraco imundo. Olhava o meu barraco envelhecido. As tabuas negras e podres. Pensei: está igual a minha vida! p. 175

.... Puis brasas no ferro, passei a minha saia verde, lavei a blusa de renda que eu achei no lixo, tomei banho e troquei-me. Troquei a Vera e fomos para a cidade. p. 181

Quando passei diante de uma vitrine vi o meu reflexo: Desviei o olhar, porque tinha a impressão de estar vendo um fantasma. p. 182

A violência intrafamiliar contra a mulher é muito presente no livro. Todas as situações de violência doméstica acontecem no quarto de despejo, e nenhuma na sala de visitas. As mulheres que passam por esse tipo de situação estão em relacionamentos heterossexuais monogâmicos.

26 de julho...Era 19 horas quando o senhor Alexandre começou a brigar com a sua esposa. Dizia que ela havia deixado seu relógio cair no chão e quebrar-se. Foi alterando a voz e começou a espancá-la. Ela pedia socorro. Eu não imprecionei, porque já estou acostumada com os espetáculos que ele representa. Dona Rosa correu para socorrer. Em um minuto, a notícia circulou que um homem estava matando a mulher. Ele deu-lhe com um ferro na cabeça. O sangue jorrava. Fiquei nervosa. O meu coração parecia a mola de um trem em movimento. Deu-me dor de cabeça.

Os homens pularam a cerca para impedi-lo de bater na pobre mulher. Abriram a porta da frente e as mulheres e as crianças invadiram. O Alexandre saiu lá de dentro enfurecido e disse:

- Vão embora, cambada! Estão pensando que isso aqui é a casa da sogra? p.185

30 de junho. Fiz café e fui buscar água. Ouvi um grito, fui ver o que era. Era a Odete brigando com o seu companheiro. Ela dizia:

- Dona Carolina, vai chamar a Polícia!

Eu lhe aconselhava para ficar quieta:

- Odete, você está grávida!

Eles estavam atracados. Eu já estou na favela há 11 anos e tenho nojo de presenciar estas cenas. A Odete estava seminua com os seios a mostra. p. 77

Carolina aparece também evidenciada nesses trechos como uma pessoa ativa no enfrentamento da violência contra a mulher. Apesar do distanciamento que busca ter da comunidade e das maternidades vividas na favela do Canindé, ela não é inerte diante da violência sofrida pelas mulheres que lhe são próximas.

Quando Carolina utiliza as únicas fixas que tem para ligar para a Polícia ou corre para chamar a Polícia ela age com mais do que a sororidade, ela age com a dororidade que nos referimos no referencial teórico. O termo cunhado por Vilma Piedade explica como uma mulher que não tem nada para colocar nas panelas para dar de comer aos filhos

consegue se compadecer de outra mulher que apanha de um homem que lhe bate grávida.

Carolina tem momentos contraditórios em que se afasta dessa situação de violência, querendo não a viver e não estar perto. Mas quando é preciso ela intervém. Esses trechos de intervenção são importantes para ajudar os PS a refletirem sobre a possibilidade de intervenção durante uma situação de violência que presenciam. Durante o atendimento de saúde o PS pode tomar conhecimento da violência pontual ou continuada e pode ser a pessoa que pode ajudar a cessar a violência. Pelos dados demonstrados no Saúde Brasil e a continuidade de gravidez de crianças e adolescentes em idades em que o estupro é presumido leva a importância desse deslocamento do PS. Ele irá precisar sair de sua zona de conforto e as vezes ter um pouco mais de trabalho para salvar uma vida.

O senhor Alexandre começou a bater na sua esposa. A Dona Rosa entrevistou. Ele dava pontapé nos filhos. Quando ele ia enforçar a Dona Nena, a Dona Rosa pediu socorro. Então o soldado Edison Fernandes foi pedir ao senhor Alexandre para não bater na sua esposa. O Edison Fernandes deu-lhe uns tapas. O Alexandre avoou que nem balão impelido pelo vento.
p. 96

O Antônio Nascimento que residia aqui na favela mudou-se. Ele e a sua companheira. Eles estavam mal colocados aqui na favela. Ninguém apreciava eles aqui na favela. Porque ele abandonou os 4 filhos, e ela os 3 filhos. 7 crianças sofrendo por causa dos pais. O que ela lucrou deixando o seu esposo e os filhos? Largou um homem calçado e pegou outro descalço.
p. 105

As mulheres vivem diversas violências causadas pela misoginia e o machismo. Essas opressões estruturais compuseram legislações para coibir as mulheres na sua liberdade sexual.

A objetificação é um dos produtos da escravização deixou raízes profundas na sociedade brasileira. Esta análise converge com os referenciais apresentados no referencial teórico, os quais evidenciaram que pretos são tratados como objetos substituíveis e sua morte, é lida como um fato corriqueiro e sem repercussão. A mídia noticia a morte de uma pessoa branca na Europa, mas não produz a mesma quantidade de informação para pessoas pretas mortas. Colocar como exemplo cobertura jornalísticas

de casos de homens bomba no continente africano e algum atentado com poucas vítimas, como o de Las Vegas.

Em outro campo desta objetificação está o corpo da mulher negra. Que como Carolina escuta dos homens propostas direcionadas ao coito. Ela é para os homens um objeto de fácil conquista por ser preta e por ser mãe solteira. Os homens não a respeitam. Nos trechos que destacamos é possível ver como diversas vezes os homens a tratam de forma diversa do que é esperado. Os homens a tratam como um objeto que pode ser usado e depois devolvido ao seu lugar. Uma pessoa para fazer companhia e comida para uma pessoa com deficiência sozinha. Uma mulher que vai lavar as roupas e esperar pelo seu herói cigano. Carolina diz que não deseja homens, que não quer se casar, que não se interessa. Ela ainda é interpelada como se eles não acreditassem no que ela diz. No carnaval de 2018, as mulheres precisaram dizer que "não é não" para não ser alvo de assédios como esses sofridos por Carolina, que não era ouvida pelos homens. Mesmo distante do tempo da escritora, existem muitas familiaridades com as mulheres do século XXI, principalmente quanto aos machismos, preconceitos, expectativas sobre a maternidade enraizadas.

Lelé é um homem que se torna muito presente no Casa de Alvenaria e, a forma como Carolina o trata diante do assédio dele é representativo de seu empoderamento.

- Preciso falar com você em particular. Você está bonita com este lenço na cabeça. Há 8 anos eu quiz casar com você e você não quiz.

Eu disse-lhe:

- Para eu me casar teria que ser com um culto e bom. (JESUS,1961, p. 138)

Carolina era muito livre na escolha de seus parceiros. A respeito, Farias (2017, p. 147) descreve:

É preciso assinalar que os relacionamentos que geraram os filhos de Carolina Maria foram todos de nacionalidade estrangeira: americano, português e espanhol, respectivamente, pais de Maria Carolina (que nasceu morta), João José, José Carlos e Vera Eunice.

Martins (2016, p. 24) analisa que Carolina é agente da própria história, pois é sujeito da própria narrativa, e liberta sua mente pela escrita. A referida autora ao se analisar a solidão de Carolina observa que Carolina escolhe não ter um companheiro a se submeter a fofocas, brigas e violências. Em um dos trechos de "Quarto de despejo" ela relata que enquanto as mulheres apanham ela escuta valsas vienenses. Mas essa essa escolha por

distanciar-se acaba por deixá-la sozinha. “Manter-se sozinha era um escudo para manter-se livre de qualquer problema e principalmente de qualquer agressão” (MARTINS, 2016, p. 27)

5 de dezembro...A Leila contou-me que a filha da Dona D. está presa, porque o seu esposo lhe pegou em adultério com um baiano que tem dois dentes de ouro. p. 141

A violência sexual, na maioria das vezes cometida no âmbito familiar, está presente no livro. São situações em que não há uma proteção para a infância e para cessar a violência.

O movimento feminista tem demonstrado que a violência contra a mulher não é ocasional e não decorre de situações esporádicas, mas é estrutural, assim como o racismo, que faz com que pais e maridos se sintam no direito de estuprar e agredir as mulheres, tratando-as como propriedade. Mesmo na situação em que elas são vulneráveis, a vítima é colocada em suspeição como se o agressor não tivesse poder sobre ela. Esse trecho é importante para profissionais de saúde que acolhem vítimas de agressões sexuais refletirem sobre a vulnerabilidade da pessoa que está diante dela e que não deve ser culpada por uma situação de violência que o agressor é o culpado.

28 de novembro. Fui carregar água. Não tinha ninguém. Só eu a filha do T., a mulher que fica grávida e ninguém sabe quem é o pai de seus filhos. Ela diz que os seus filhos são filhos de seu pai. p. 141

O Saude Brasil 2017 da Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde evidenciou a dificuldade de acesso ao aborto e as políticas de saúde de sexualidade segura para mulheres vítimas de violência. Os dados se referem ao Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, crianças que não deveriam sequer ter nascido se não fossem obstáculos no acesso aos serviços de saúde.

A maioria das adolescentes que teve filhos nascidos vivos era negra, solteira, com 4 a 11 anos de estudo e residente das regiões Nordeste e Sudeste. (BRASIL, 2018,p. 239)

Entre as adolescentes com notificação de estupro, a maioria era negra, a maior parte ocorreu na residência e houve importante proporção de violência de repetição. (BRASIL, 2018, p. 239)

As adolescentes mães notificadas por estupro tiveram piores condições de pré-natal (início do acompanhamento e número de consultas realizadas), maior proporção de partos prematuros, maior proporção de bebês com baixo peso ao nascer e maior proporção de nota 0-3 no Apgar de 1 minuto. (BRASIL, 2018, p. 239)

10.814 nascidos vivos eram filhos de mães adolescentes que tiveram notificação de estupro. (BRASIL, 2018, p. 241)

Entre 2011 e 2016, 3,2 milhões de adolescentes foram mães no Brasil. 162.853 estavam na faixa etária de 10 a 14 anos. (BRASIL, 2018, p. 243)

Na faixa de 10 a 14 anos, os principais agressores foram familiares ou parceiro íntimo (43,0%) e amigos conhecidos (29,4%). Na residência, ocorreram 66% dos estupros nessa faixa etária. (BRASIL, 2018, p. 245)

O estupro coletivo, ocorreu em 11,4% das adolescentes com filho de 10 a 14 anos e 17,5% daquelas com 15 a 19 anos. (BRASIL, 2018, p. 247)

A subnotificação é uma realidade, resultado do caráter "invisível" do problema dado pelo estigma social, sentimento de vergonha e pela ausência de definição de prioridades pelos gestores e profissionais de saúde. (BRASIL, 2018, p. 254)

As realidades do poder patriarcal no momento da escrita de Carolina para o do Saúde Brasil são diferentes, e podem ser discutidas em sala de aula para ver como os dados da violência de gênero se demonstram com o tempo. E também observar as demandas de saúde do público feminino: se houve incremento, mudança, exclusão de demandas, entre outras possíveis análises.

Ele saiu. Estava preocupado com a mocinha que ele dizia que era sua irmã, não querendo perdê-la de vista. Percebi que ele já está habituado a seduzir as mocinhas.

Ele vivia mechendo com elas. Estava interessado na Dirce. Ele não conseguiu a Dirce porque ela não lhe viu de perto. Porque a sua beleza é igual mel atraindo as abelhas.

Ele prometeu voltar. Quero apresentá-lo a Dona Lei. Eu fui chamar o José Carlos. O cigano estava na janela. A Pitita aproximou-se e disse-lhe:

- Você é muito bonito, mas parece que não gosta disso!

Ela ergueu o vestido. Ela estava sem calça!

...O senhor Manoel disse-me que o cigano faz muito bem em seduzir as mocinhas de 14 anos. Elas dá confiança. p. 159

Há uma diferença da violência cometida pelos pobres e pelos ricos. A violência cometida contra as mulheres pobres e por homens pobres não se diferenciam somente pela publicidade dos atos cometidos. Existiam culturas diferentes quanto a guarda desses corpos e tem diferentes formas de guarda dessas vidas. Os homens, como demonstrado na revisão de literatura, estão entre as maiores vítimas de homicídio, mas as mulheres são as vítimas são as que sofrem violências continuadas no ambiente doméstico de parentes próximos.

Hoje eu estou lendo. E li o crime do deputado de Recife, Nei Maranhão. (...) li o jornal para as mulheres da favela ouvir. Elas ficaram revoltadas e começaram xingar o assassino. E lhe rogar praga. Eu já observei que as pragas dos favelados pegam. p.60

O Jornal Correio da Manhã do dia 05 de junho de 1958⁵ noticiava a confissão da autoria do Deputado Ney Maranhão. A reportagem apresentou a versão dos fatos do deputado que afirmava que não tinha o interesse de assassinar o motorista Francisco Nunes, conhecido também como “Chico Alicate”. O relato transmitido pela reportagem mostra que o intento do deputado era amedrontar o motorista e passar livremente pela via atirando nos pneus. Mas após a vítima proferir palavras de baixo calão, Ney Maranhão disparou na perna da vítima para não ficar “desmoralizado”.

A reportagem demonstra a manifestação de estudantes para a apuração do crime cometido pelo deputado que era protegido por imunidade parlamentar dificultando tal investigação. A indignação das mulheres no trecho destacado pode ser sobre diversos aspectos, inclusive da impunidade diferenciada, ainda mais quando elas vêem os homens do Canindé serem levados continuamente para as delegacias.

⁵ Antonio Callado. Deputado confessa autoria do crime. Correio da Manhã. 5 de fevereiro de 1958; Capa:1

6 de julho. O senhor Manoel saiu. E eu fiquei deitada. Depois levantei e fui carregar água. Que nojo. Ficar ouvindo as mulheres falar. Falaram da D., que ela namora qualquer um. Que a R., irmã do B., pertence aos homens.

Falamos do J. P., que quer amasiar-se com a sua filha I. (...) Ele mostra para a filha e convida...

- Vem minha filha! Dá para o seu paizinho! Dá...só um pouquinho.

Eu já estou cansada de ouvir isto, porque infelizmente eu sou vizinha do J.P. (...) É um homem que não pode ser admitido numa casa onde tem crianças.

- É por isso que eu digo que a favela é o chiqueiro de São Paulo.

Enchi minha lata e zarpei, dando graças a Deus por sair da torneira. A C. disse que pediu dinheiro ao seu pai para comprar um par de sapatos, e ele disse:

- Se você me der a ... eu te dou 100.

Ela deu. E ele deu-lhe só 50. Ela rasgou o dinheiro e a I. catou os pedaços e colou. Por isso que eu digo que a favela é o Gabinete do Diabo. p. 179

O abandono dos homens é vivenciado em primeira pessoa por Carolina, que sem a participação dos pais dos filhos na criação das crianças, precisa se esforçar sozinha para atender a todas as necessidades das mesmas. Mesmo na situação da pensão alimentícia da Vera Eunice, ela passa por situações de constrangimento e pela ausência do depósito. É a Carolina que escuta os filhos reclamar da fome. É a mesma que escuta a dor de dente, os vermes e a necessidade de sapatos. Tendo que lidar ao mesmo tempo com uma vizinhança hostil que destila ódio e faz atos contra seus filhos.

...Fui na Tesouraria para receber o dinheiro. Quando chegou a minha vez não encontrei o dinheiro. A Vera queria comprar um vestido. Eu disse-lhe que o seu pai não havia levado o dinheiro. Ela ficou triste e disse:

- Mamãe, o meu pai não presta! p. 166

Como apresentado por Davis (2016) no referencial teórico, as mulheres escravizadas e mulheres negras no pós-abolição não viveram os frutos da exaltação ideológica da maternidade. Farias (2017, p. 168) demonstra que na gravidez de Vera Eunice, por causa da fome ou de anemia, Carolina caía inconsciente nas ruas e os passantes a chamavam de bêbada.

Carolina, por sua vez, estava gestante do seu terceiro filho, aliás, uma filha, e andava de mal a pior, com muitas dores, incômodos e os nervos à flor da pele. Passava mal quase todos os dias, as pernas fracas e inchadas, pois as varizes doíam-lhe constantemente, impedindo-a de caminhar, além das sequelas das velhas feridas. Vivia boa parte do tempo deitada no barraco. Só levantava, com muito custo, porque tinha que trabalhar, catar papel, dada a indigência pela qual passava com os dois filhos pequenos. (FARIAS, 2017, p. 173)

Os comerciais de dias dos pais que mostram pais apaixonados pelos filhos, próximos, companheiros, destoam da realidade da maioria dos filhos sem o nome paterno na certidão. São pais como o de Vera ou como o da autora, que cumprem o dever judicial, de destinar parte do salário por obrigação imposta pela lei, e esquecem de que existem diversas necessidades que não podem ser saciadas com o dinheiro. As necessidades de Carolina não eram somente financeiras, ela precisava de pessoas que pudessem acompanhar os filhos à escola, mandá-los tomar banho, esquentar comida, lavar louça, varrer o barraco, uma massagem nas pernas para aliviar as dores algumas atividades que não custam dinheiro, mas afeto.

“As informações sobre seu pai, apenas citado como “poeta boêmio”, foram trazidas a seus ouvidos através de comentários alheios; todo o restante, portanto, ficou a cargo da imaginação, de juntar o quebra-cabeça de uma história para si.” (Fernandez, 2015, p. 77) Carolina teve pouco acesso a referências ao próprio pai, sendo relatadas memórias esparsas de sua mãe no “Diário de Bitita”. Semelhante a autora que antes de conhecer o pai, vivia com as memórias afetivas de uma mulher abandonada e de uma mãe abandonada, onde o lugar de filha ficava meio disforme. O lugar de Carolina como filha

de uma traição no meio de um divórcio fica distorcido, o centro é a felicidade da mãe que não foi dada pelo padrasto que somente queria sair da casa dos tutores. Não sei se é uma dor compartilhada por outros filhos solos, mas pode ser estudada e ser pensada nos pré-natais para que a criança não se sinta desde o nascimento como abandonada, como uma escolha heróica, mas uma pessoa.

O afeto é muito negado à Carolina durante toda a narrativa. Em momentos diversos sofre a fome, da pobreza, as dificuldades, mas falta-lhe principalmente, afeto. As pessoas que passaram pela vida dela não quiseram gastar tempo para ouvi-la e perguntar das suas necessidades e suas brigas com Audálio após o lançamento, são fruto disso. Ela quer prateleiras, sofá, cama, pintura, ajudar as pessoas e ele sempre a repreendendo, não a escutando, não perguntando. Em diversos trechos do livro “Casa de alvenaria” ela viaja para vários lugares a pedido das revistas, a mando da editora, e quando chega a uma situação limítrofe, sai como em uma das suas hospedagens no Copacabana Palace.

Carolina, com sua escrita, conecta muitos que se percebem nos quartos de despejos, mas e ela, será que consegue falar? Ser ouvida? Respeitada pelo Audálio? São provocações a serem discutidas em aula, principalmente quando o assunto é a representatividade dos locais de participação social no SUS. Como dissemos anteriormente, repetimos: A voz dessas mulheres geralmente tem sido abafada por diversas camadas de supressão que faz com elas não sejam ouvidas. As catadoras estão sendo ouvidas aonde no SUS?

No “Casa de Alvenaria”, em um trecho Carolina age como profissional de saúde e liderança comunitária. Apesar de não ser o livro de nossa análise, ele é trecho importante para narrar a mentalidade de Carolina.

19 de maio...Abri a janela para olhar o espaço. Já estou habituada a fitar o espaço para ver se vai chover. O espôso da Esmeralda passava agitado. Nós as mulheres já conhecemos estas agitações. Perguntei-lhe se sua espôsa já estava com as dores do parto.

- Desde ontem a noite.
- Chamou a parteira?
- Já, mas ela não veio.

Percebi que êle mentia e fui ver o que havia. A Esmeralda estava de pé e chorando. O meu olhar circulou pelo barraco pobremente mobiliado. A unica coisa que eu vi em abundancia eram as crianças, descalças e magricelas. Olhei o fogão, estava apagado. E eu pensei: numa casa que tem muitas crianças, a esta hora o feijão já deve estar cozinhando. As crianças estavam tristes. Onde não há o que comer não pode ter alegria. E os pobres são os alunos da professora - fome. Olhei a Esmeralda que estava de costas para mim. Ela orava: a oração mais esquisita que eu já ouvi até hoje. Era assim:

“Meu Senhor Jesus: eu sou tão pobre, estou sem recurso. Eu estou com dor de parto e dor no meu coração porque não tenho nada em casa para os meus filhos comer. Eu não chamei a parteira porque não tenho dinheiro para pagar. É o Senhor que tem que ajudar-me, Senhor Jesus!”

Eu sai do quarto e perguntei ao Chico se êle tinha dinheiro

- Não tenho. O pagamento é dia 24.
- Quanto o senhor precisa?
- 200 cruzeiros dá.

Entrei no barracão e peguei uma cedula de 1.000 cruzeiros e fui trocá-la. Voltei as pressas e entreguei 500 cruzeiros ao Chico.

- Você paga-me quando puder.

Êle sorriu. E a Esmeralda, mesmo com a dor do parto, sorriu.

O seu espôso Chico pediu a uma senhora para ir a farmacia comprar uma injeção. Ela saiu correndo e eu fui olhar se a parteira já estava chegando na favela, porque o seu espôso disse que havia telefonado. (...) Eu estava preocupada com a Esmeralda, pensando: e se ela morrer, quem é que vai olhar aquelas crianças? Ouvi as crianças falando:

- O bebê já chegou! O bebê já chegou!

Ouvi o chôro e pensei neste velho provérbio:

“O homem entra no mundo chorando e sai gemendo” (JESUS, 1961, p. 23)

Esse trecho chama atenção por Carolina não “guardar rancor” da falta de cuidados durante a gravidez de Vera Eunice. Mesmo não recebendo afeto, ela dá esse afeto quando lhe é oportuno. Carolina também é solidária na partilha de dinheiro quando o tem, ela não faz reserva. O dinheiro de Carolina é gasto com comida ou com ajuda de pessoas que podem ter ajudado no passado ou não. A solidariedade é marcante e isso é explorado por muitas pessoas que ao ver as vendas de livros pensam que está rica e que ela tem obrigações em ajudá-los em projetos pessoais.

Carolina, passa a refletir sobre os momentos em que não tinha nada para dar aos filhos para comer e precisava recorrer às lixeiras, mas não incomodava as pessoas, “tinha horror a pão de igreja”. Reconhecia o valor da solidariedade dos vicentinos, mas não queria depender desse tipo de serviço caritativo. Serviu-se no início da vida adulta das santas casas de misericórdia para tratamento de saúde e quando não haviam outros meios, buscou não ser um peso para os que a acolhiam.

- *Se você me por no jornal eu te quebro toda, vagabunda! Esta negra precisa sair daqui da favela. p. 174*

O pai da Vera é rico, podia ajudar-me um pouco. Ele pede para eu não divulgar-lhe o nome no Diário, não divulgo. Podia reconhecer o meu silêncio. E se eu fosse destas pretas escandalosas e chegasse lá na oficina e fizesse um escandalo?

- Dá dinheiro para a tua filha! p. 178

A ausência do Estado é preenchida pela caridade religiosa, que faz com que as irmandades religiosas e santas casas ocupe a lacuna do Estado no cuidado dos pobres. Durante a narrativa se percebe a atuação dos vicentinos, grupo católico de caridade que auxilia pessoas em situação de vulnerabilidade. A ação dos vicentinos continua, em paralelo com os direitos sociais e o sistema de assistência social, mas na época do livro de Carolina, eles eram a única instância ao qual os pobres poderiam recorrer.

A minha porta atualmente é teatro. Todas crianças jogam pedras, mas os meus filhos são os bodes expiatórios. Elas alude que eu não sou casada. Mas eu sou mais feliz do que elas. Elas tem marido. Mas, são obrigadas a pedir esmolas. São sustentadas por associações de caridade.

Os meus filhos não são sustentados com pão de igreja. Eu enfrento qualquer especie de trabalho para mantê-los. E elas, tem que mendigar e ainda apanhar. Parece tambor. A noite enquanto elas pede socorro eu tranquilamente no meu barracão ouço valsas vienenses. Enquanto o esposo quebra as tabuas do barracão eu e meus filhos dormimos sossegados. Não invejo as mulheres casadas da favela que levam vida de escravas indianas. p. 16

As pessoas de mais idade trabalham, os jovens é que renegam o trabalho. Tem as mães, que catam frutas e legumes nas feiras. Tem as igrejas que dá pão. Tem o São Francisco que todos os meses dá mantimentos, café, sabão, etc. p. 19

Quem nos protege é o povo e os Vicentinos. Os políticos só aparecem aqui nas épocas eleitoraes. O senhor Cantidio Sampaio quando era vereador em 1953 passava os domingos aqui na favela. Ele era tão agradável. Tomava nosso café, bebia nas nossas xícaras. Ele nos dirigia as suas frases de viludo. Brincava com nossas crianças. Deixou boas impressões por aqui e quando candidatou-se a deputado venceu. Mas na Camara dos Deputados não criou um projeto para beneficiar o favelado. Não nos visitou mais. p.32

Compareceu o vicentino que cuidava dela. Ele vinha visita-la todos os domingos. Ele não tem nojo dos favelados. Cuida dos miseros favelados com carinho. Isto competia ao tal Serviço Social. p. 34

A ausência de políticas públicas também é percebida na falta de saneamento, acesso à água potável e luz elétrica. Os moradores precisam disputar o uso de uma única torneira para toda uma comunidade. As filas fazem parte do cotidiano, e na maioria dos dias do diário começa com Carolina indo buscar água.

O direito à cidade é também parte da narrativa que explora os diversos usos dos espaços coletivos. Carolina se dirige para zona urbana em busca doações, recolher recicláveis e receber o depósito. A cidade tem função utilitarista e não é o lugar onde se pode descansar. O rio Tietê é o lugar da lavagem das roupas e não do divertimento náutico. Toda a cidade tem uma função onde se percebe a falta de divertimentos públicos. O circo é um lugar de trabalho, onde Carolina pede para cantar músicas, e não um lugar de diversão coletiva. Até mesmo o parque instalado na favela se torna espaço de reivindicação e denúncia e não um lugar para o lazer. Sobram para as atividades de distração, as casas, as festas, as corridas, as brincadeiras na rua que podem ser interrompidas por brigas e a chegada da Polícia.

...Eu classifico São Paulo assim: O Palácio, é a sala de visita. A Prefeitura é a sala de jantar e a cidade é o jardim. E a favela é o quintal onde jogam os lixos. p. 32

“Agora eu estou na sala de visita. O lugar que eu ambicionava viver. Vamos ver como é que vai ser a minha vida aqui.” (Jesus, 1961, p.48). A transição da Carolina e dos

filhos foi por muito tempo, idealizada e sonhada. Ela imaginava que todas as dificuldades atravessadas chegariam ao fim, mas se deparou com dificuldades novas.

...Havia pessoas que nos visitava e dizia:

*- Credo, para viver num lugar assim só os porcos. Isto aqui é o chiqueiro de São Paulo.
p. 35*

...As oito e meia da noite eu já estava na favela respirando o odor dos excrementos que mescla com o barro podre. Quando estou na cidade tenho a impressão que estou a sala de visita com seus lustres de cristais, seus tapetes de viludos, almofada de sitim. E quando estou na favela tenho a impressão que sou um objeto fora de uso, digno de estar num quarto de despejo. p. 37

Após a liberdade formal, o processo de desumanização da população negra se acentuou. A legislação de terras impedia a posse. O trabalho já não podia ser executado. Não haviam casas. Quando se abrigou em estruturas precárias foi sumariamente expulsa da cidade por critérios urbanísticos ou sanitários.

Habitando o morro ou o subúrbio teve a primeira experiência de posse própria. Individualizada. O barraco é uma unidade que o coletivo reconhece como pertencente a uma pessoa, a uma família, a um sobrenome.

Aquela unidade era o destino após o trabalho na cidade e as voltas no centro. O local para o qual retornou após se aventurar para fora das margens, pela primeira vez pode ser cuidado para proveito próprio. No meio externo emanavam diversas possibilidades de invasão, derrubadas, eliminação. Mas enquanto se sobrevive o barraco é dela, é dele. É dentro dele que os meninos são criados. Em que se fecha a porta para quem está fora e determina quem pode entrar. A porta do barraco é uma metáfora para um conjunto de necessidades que a habitação individual congrega. A indigência, a rua, a mendicância são derrotas. Não há triunfo nenhum em não habitar, em não ter paredes em volta da própria casa. Um barraco debaixo de uma ponte, os madeirites, formando um quadrado pode até ser chamado de casa. Mas o papelão e o cobertor não. São estados de precariedade em que há um abismo.

A casa é desejada por representar um ambiente de segurança contra o racismo. Onde se pode fechar a porta para aquele que lhe diz preconceitos na face. É onde se

pode descansar depois de carregar muitos quilos de papel. É onde Carolina prepara o alimento e come com os filhos, os ossos que ela diz que é para o cachorro e são para consumo humano.

Devo incluir-me, porque eu também sou favelada. Sou rebotalho. Estou no quarto de despejo, e o que está no quarto de despejo ou queima-se ou joga-se no lixo. p. 37

...Os vizinhos ricos de alvenaria dizem que nós somos protegidos pelos políticos. É engano. Os políticos só aparece aqui no quarto de despejo, nas épocas eleitorais. Este ano já tivemos a visita do candidato a deputado Dr. Paulo de Campos Moura, que nos deu feijão e ótimos cobertores. Que chegou numa época oportuna, antes do frio. p. 45

...Os vizinhos de alvenaria olha os favelados com repugnância. Percebo seus olhares de ódio porque eles não quer a favela aqui. Que a favela deturpou o bairro. Que tem nojo da pobreza. Esquecem eles que na morte todos ficam pobres. p. 55

26 de junho...Ouvi uns buatos que os fiscaes vieram requerer que os favelados desocupem o terreno do Estado onde eles fizeram barracões sem ordem. Varias pessoas que tinham barracões aqui na favela transferiram para o terreno do Estado, porque lá quando chove não há lama. Eles disseram que vão construir um parque infantil. O que eu acho esquisito é que o terreno tinha alvenaria. E foi desapropriado. E agora o Zé Povinho está construindo barraco. p. 72

O custo de vida é relatado continuamente por Carolina que discute os preços e os impactos na sua vida. Esse índice, como relatado começou a ser contabilizado em 1959 e demonstra a parcela do salário mínimo que deve ser despendida para atendimento das necessidades vitais.

Antigamente era a macarronada o prato mais caro. Agora é o arroz e feijão que suplanta a macarronada. São os novos ricos. Passou para o lado dos fidalgos. Até vocês, feijão e arroz, nos abandona! Vocês que eram amigos dos marginais, dos favelados, dos indigentes. Vejam só. Até o feijão nos esqueceu. Não está ao alcance dos infelizes que estão no quarto de despejo. Quem não nos desprezou foi o fubá. Mas as crianças não gostam de fubá. p. 43

O pão atual faz uma dupla com o coração dos políticos. Duro, diante do clamor público. p. 53

Ouvi as mulheres lamentando com lágrimas nos olhos que não aguenta o custo de vida. p. 94

A questão racial faz parte da identidade de Carolina, mas são poucos momentos do livro em que essa questão é tratada de forma direta. Carolina não responde aos estereótipos esperados no século XXI de uma militante negra, em muitos momentos ela fala como uma mulher do seu tempo, com a defasagem de sua escolaridade. Ela não tem a fala de uma militante negra que muitas vezes é esperada do movimento negro. E não absorveu após o seu ingresso na sala de visitas.

Seus registros raciais partes de suas vivências como mulher negra que vive na primeira pessoa o racismo brasileiro que deixa uma mulher negra parir numa rua sozinha. Que não abre espaço para o mercado editorial. Que a faz peregrinar por anos em busca de atendimento de saúde. Que a faz buscar seu filho nas delegacias de polícia quando ele demora a chegar.

As vivências de Carolina se assemelham em muitas realidades a de outras mulheres negras que buscam formas de sobrevivência e precisam enfrentar o racismo diariamente, mesmo em momentos cotidianos, como uma ida ao mercado.

E assim no dia 13 de maio de 1958 eu lutava contra a escravatura atual - a fome! p. 32

Quando puis a comida o João sorriu. Comeram e não aludiram a cor negra do feijão. Porque negra é a nossa vida. Negro é tudo que nos rodeia. p. 43

...Chegou a Radio Patrulha, que veio trazer dois negrinhos que estavam vagando na Estação da Luz. 4 e 6 anos. É fácil perceber que eles são da favela. São os mais maltrapilhos da cidade. O que vão encontrando pelas ruas vão comendo. Cascas de banana, casca de melancia e até casca de abacaxi, que é tão rustica, eles trituram. (...) Estavam com os bolsos cheios de moedas de alumínio, o novo dinheiro em circulação.p. 45

...A favela hoje está quente. Durante o dia a Leila e o seu companheiro Arnaldo brigaram. O Arnaldo é preto. Quando veio para a favela era menino. Mas que menino! Era bom, educado, meigo, obediência. Era o orgulho do pai e de quem lhe conhecia.

- Este vai ser um negro, sim senhor!

É que na África os negros são classificados assim:

- Negro tú.

- Negro turututú.

- E negro sim senhor!

Negro tú é o negro mais ou menos. Negro turututú é o que não vale nada. E o negro Sim Senhor é o da alta sociedade. Mas o Arnaldo transformou-se em um negro turututú depois que cresceu. Ficou estúpido, pornográfico, obsceno e alcoólatra. Não sei como é que uma pessoa pode desfazer-se assim. Ele é compadre da Dona Domingas

Mas que compadre! p. 51

...eu escrevia peças e apresentava aos diretores de circos. Eu respondia-me:

- É pena voce ser preta.

Esquecendo eles que eu adoro a minha pele negra, e o meu cabelo rustico. Eu até acho o cabelo de negro mais iducado do que o cabelo de branco. Porque o cabelo de preto onde põe, fica. É obediente. E o cabelo de branco, é só dar um movimento na cabeça ele já sai do lugar. É indisciplinado. Se é que existe reencarnações, eu quero voltar sempre preta. p. 64

O trecho da página 64 se aproxima muitos dos movimentos de empoderamento coletivo da beleza negra que agora ressurgem pelos meios virtuais por meio do Youtube, Instagram, Facebook e são aproveitados pela indústria cosmética para vender um empoderamento baseado em produtos.

A fala de Carolina sobre a educação de seus cabelos não advém do uso de um produto, mas de uma apreciação pessoal de si mesma. Isso rompe com a lógica colonizadora que busca colocar a estética negra em decréscimo. Ela exalta seu cabelo e o coloca como superior ao cabelo dito como mais belo, que balança ao vento e sai do lugar e que é indisciplinado. O cabelo crespo assim por sua educação e disciplina teria muito mais valor que o cabelo liso exaltado continuamente pela lógica eurocentrada enraizada na cultura brasileira.

Esse trecho pode ser utilizado para dialogar com mulheres e homens sobre autoestima. Pode ser utilizado em rodas de pré-natal para preparar famílias para a chegada de uma criança negra. A criança negra ao chegar no espaço coletivo terá como alvo preferencial do racismo os seus cabelos e ter uma família que a saiba orientar e acolher pode ajudar a diminuir os efeitos decorrentes da violência racial.

Mostrei-lhe os sapatos, ela ficou alegre. Ela sorriu e disse-me: que está contente comigo e não vai comprar uma mãe branca. Que não sou mentirosa. Que falei que ia comprar sapatos, e comprei. Que tenho palavra. p. 67

20 de setembro... fui no empório, levei 44 cruzeiros. Comprei um quilo de açúcar, um de feijão e dois ovos. Sobrou dois cruzeiros. Uma senhora que fez compra gastou 43 cruzeiros. E o senhor Eduardo disse:

- Nos gastos quase que vocês empataram.

Eu disse:

- Ela é branca. Tem direito de gastar mais.

Ela disse-me:

- A cor não influi.

Então começamos a falar sobre o preconceito. Ela disse-me que nos Estados Unidos eles não querem negros na escola.

Fico pensando: os norte-americanos são considerados os mais civilizados do mundo e ainda não convenceram que preterir o preto é o mesmo que preterir o sol. O homem não pode lutar com os produtos da Natureza. Deus criou todas as raças na mesma época. Se criasse os negros depois dos brancos, aí os brancos podiam revoltar-se. p. 122

- Eu estava dizendo aos filhos que eu desejava ser preta.

- E você não é preta?

- Eu sou. Mas eu queria ser destas negras escandalosas para bater e rasgar as tuas roupas. p. 135

A determinação social é uma categoria que reúne os trechos que versam sobre as classes sociais e a situação de desigualdade social.

15 de julho de 1955 aniversário de minha filha Vera Eunice. Eu pretendia comprar um par de sapatos para ela. Mas o custo dos generos alimenticios nos impede a realização dos nossos desejos. Atualmente somos escravos do custo de vida. Eu achei um par de sapatos no lixo, lavei e remendei para ela calçar. p. 11

Pensei na vida atribulada que eu levo. Cato papel, lavo roupa para dois jovens, permaneço na rua o dia todo. E estou sempre em falta. A Vera não tem sapatos. E ela não gosta de andar descalça. Faz uns dois anos que eu pretendo comprar uma maquina de moer carne. E uma maquina de costura. p. 12

Despertei as 7 horas com a conversa dos meus filhos. Deixei o leito, fui buscar agua. As mulheres já estavam na torneira. As latas em fila. p. 17

...Eu não ia comer porque o pão era pouco. Será que é só eu que levo esta vida? Oque posso esperar do futuro? Um leio em Campos do Jordão. Eu quando estou confome quero matar o Janio, quero enforcar o Adhemar e queimar o Juscelino. As dificuldades corta o afeto do povo pelos políticos. p. 33

Chegou o carro para conduzir o corpo sem vida de Dona Maria José que vai para a sua verdadeira casa própria que é a sepultura. p. 34

21 de maio. Passei uma noite horrível. Sonhei que eu residia numa casa resilível, tinha banheiro, cozinha, copa e até quarto de criada. Eu ia festejar o aniversário de minha filha Vera Eunice. Eu ia comprar-lhe umas panelinhas que há muito ela vive pedindo. Porque eu estava em condições de comprar. Sentei na mesa para comer. A toalha era

alva ao lírio. Eu comia bife, pão com manteiga, batata frita e salada. Quando fui pegar outro bife despertei. Que realidade amarga! Eu não residia na cidade. Estava na favela. Na lama, as margens do Tietê. E com 9 cruzeiros apenas. Não tenho açúcar porque ontem eu saí e os meninos comeram o pouco que eu tinha. p. 39

Parece que eu vim ao mundo predestinada a catar. Só não cato a felicidade. p. 81

A saúde mental da população negra é colocada em última prioridade, porque a primeira é de sobrevivência. A autora se referiu no referencial teórico e prólogo às suas vivências pessoais, familiares e da população negra quanto à saúde mental que tem dificuldade de externar suas dores.

O racismo é uma violência continuada que inicia muito cedo na vida das crianças negras e se cria estratégias de resistência e dissimulação dessas dores que quando se inicia um processo de sofrimento mental é difícil aceitar que é preciso um tratamento de saúde, que não vão ser as rezas e as promessas, mas que são precisos medicamentos e ajuda médica.

Não é descaso com o próprio corpo, mas uma forma de resistência, ocultar as dores de uma paternidade ausente, das solidões diárias, da falta de amizades, da falta de compaixão. Muitas pessoas buscam outras formas de resistência às violências raciais para frear o poder dos outros sobre elas, Carolina tinha as suas formas de se armar e deixar os problemas fora da esfera do sensível. Carolina se utilizava da escrita como válvula de escape, como psicólogo, psiquiatra. Era naquele momento que ela podia se ouvir e deixar se ouvir pelas letras gravadas no papel. Tãmanha era necessidade de colocar para fora que ela catava todos os papéis. Pode-se pensar numa estratégia de tratamento a partir da escrita, o mercado já captou isso com os planners e outros tipos de diários, faltam agora os profissionais de saúde captarem essa potencialidade ou deixarem de forma mais atrativa os registros médicos.

1 de novembro.... Achei um saco de fubá no lixo e trouxe para dar ao porco. Eu já estou tão habituada com as latas de lixo, que não sei passar por elas sem ver o que há dentro. p. 129

5 de janeiro.... Está chovendo. Fiquei quase louca com as goteiras nas camas, porque o telhado é coberto com papelões e os papelões já apodreceram. As águas estão aumentando e invadindo os quintais dos favelados. p. 150

Esses trechos foram do livro porque abordam situações que discutem diretamente a saúde ou podem resultar em adversidades na área. Cada parte pode ser contextualizada e criticada com relação às políticas de saúde do momento da escrita e, para discutir os dados epidemiológicos no momento da leitura.

As disparidades em saúde foram demonstradas no referencial teórico e evidenciou a disparidade entre brancos e negros no Brasil pós abolição, fruto do racismo estrutural que causa efeitos diretos na saúde.

As vivências de Carolina Maria de Jesus são importantes porque têm a potencialidade de discussões das construções das políticas de saúde e suas lacunas. Podem demonstrar para os PS quem ainda é invisível apesar de estar escrito como universal. O Sistema Único de Saúde em construção desde 1988 ainda precisa dar voz e visibilidade para pessoas que como Carolina, estão nos quartos de despejos e que são muitas vezes usadas para objetivos filantrópicos, mesmo porque quem tem o dever de ação.

A inserção da temática racial nas quinze profissões de saúde depende de esforços múltiplos de diversas frentes populares, estudantis, profissionais, docentes e organizacionais. A Resolução pode ter a aplicabilidade pontal da Lei 10.639/2003 que depende de esforços heróicos de alguns sujeitos racialmente preocupados na comunidade escolar.

Outra corrente que precisa se mover para ajudar na implementação da RES 569 é a dos bibliotecários. Estes profissionais é que propiciam acesso à maioria da comunidade universitária a livros fora dos recomendados na bibliografia básica e complementar dos cursos. Os acervos abertos pode propiciar aos discentes e docentes, a experiência de encontrar autores novos que falem de perspectivas descolonizadas e negras. “[...] a Biblioteconomia e, conseqüentemente, a prática bibliotecária, pode e deve incorporar o enfrentamento contra o racismo.”(VALÉRIO e SILVA, 2018, p. 192)

A informação étnico-racial que interessa ao africanos e afrodescendentes, com o propósito de gerar conhecimento oriundo da cultura afrocêntrica, deveria estar presente nos livros, projetos, monografias, dissertações e teses, etc. Hoje, se exige que as

bibliotecas de todos os tipos, formatos, modalidades e características se adaptem às mudanças atuais, organizando, representando, disseminando e democratizando essa informação. (SANTANA e SILVA, 2018, p.172)

6.3 Aplicabilidade da obra “Quarto de despejo: diário de uma favelada”

Por meio de convite da professora Inez Montagner, professora titular da Universidade de Brasília, Campus da Ceilândia, a autora ministrou aula sobre a saúde da população negra na disciplina “Pensamento Social em Saúde”. A disciplina discute as alteridades e as diferenças nas formas como a população e os indivíduos se confrontam com o fenômeno da saúde. Tematiza as desigualdades sociais como determinantes das diversas formas de adoecimento, bem como o seu impacto nas realidades de gênero, geração, raça, etnia e orientação sexual na saúde. Discorre sobre as formas sociais de interação entre os indivíduos e os grupos no tocante ao adoecimento, a obtenção de bem-estar e de cura, das formas de morrer e das formas de sofrimento subjetivo. Aborda a importância dos movimentos sociais para a democratização da saúde e para a instauração da diversidade como norteador da oferta de serviços de saúde.

Para apresentar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a autora se utilizou da obra “Quarto de despejo”, conforme demonstrado no plano de aula no apêndice 2. Foi solicitado aos alunos que lessem a obra antes da aula, para que ela pudesse ser dialogada com a turma. De posse de informações epidemiológicas e utilizando o texto de Carolina como fio condutor de análise, pode-se apresentar as necessidades de saúde dessa população e a importância de uma política que discuta essas necessidades.

A professora titular da disciplina solicitou aos alunos que apresentassem *feedbacks* para a autora. A maioria apresentou dados positivos do uso de uma autora negra brasileira para discutir saúde e, alguns dos últimos ciclos dos cursos, sentiam a necessidade de ter tido durante mais informações sobre a saúde desta população.

Outro convite foi feito à autora pela professora Elizabeth Alves de Jesus Prado, também da Faculdade de Saúde, campus Ceilândia, para aula numa tarde de sábado sobre a saúde da população negra. A turma tinham 38 participantes e diversas formações, na qual foram percebidas a necessidade de conteúdos sobre a saúde da população negra durante os cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Saúde Coletiva e Terapia Ocupacional.

Havia estudantes que não tinham conhecimento dos cruzamentos entre a saúde da população negra e os conhecimentos de saúde. A autora, auxiliada por um técnico do Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (DAGEP), construiu apresentação no Prezi com 20 Marcos da PNSIPN⁶. E no quadro branco escreveu diversos conceitos chave para discutir a saúde da população negra:

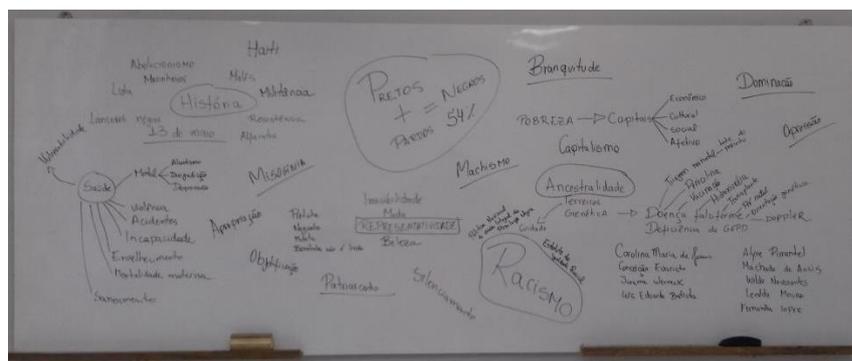


Figura 4. Conceitos-chave para discutir a saúde da população negra

A autora, durante o programa de mestrado profissional, teve oportunidade de dialogar sobre a saúde da população negra no estágio de docência em disciplina de graduação em saúde coletiva. Ministrou a oficina “Peleja da Equidade” na semana de acolhimento aos estudantes ingressantes no primeiro semestre de 2018 da Faculdade de Saúde, na qual apresentou as políticas de equidade do Departamento de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

Enquanto atuava na implementação da PNSIPN a autora também ministrou palestras no 1º Seminário de Saúde Integral da População Negra no Município da Serra, no estado do Espírito Santo, no qual participaram profissionais da saúde e participantes do controle social do município. Em roda de conversa após o primeiro dia de seminário, foi decidido em conjunto a criação de uma carta⁷, que a autora redigiu o rascunho e auxiliou na consolidação do texto em dois turnos.

A autora também pode apresentar a política para professores da educação básica da cidade satélite Ceilândia, apresentando as necessidades de uma educação antirracista. Os professores foram lembrados da necessidade de serem ativos para a

⁶ https://prezi.com/jey5v34fhxhm/20-marcos-da-pnsipn/?utm_campaign=share&utm_medium=copy

⁷ <http://portalms.saude.gov.br/noticias/sgep/42884-1-seminario-de-saude-integral-da-populacao-negra-acontece-no-municipio-de-serra>

diminuição do crime. Como já nos dissemos, o racismo é estrutural, mas não é por isso que ele não deva ser enfrentado. E os professores devem estar informados das especificidades da saúde da população negra e dos efeitos da Doença Falciforme, doença prevalente na população negra e que causa diversos efeitos na continuidade dos estudos.

No 13º Congresso Internacional da Rede Unida a autora ministrou a oficina “EQUIDADE: promoção da equidade nos serviços de saúde”, que tinha o objetivo de apresentar as políticas de equidade do DAGEP. Estiveram presentes professores e estudantes de cursos da saúde, que puderam refletir sobre a necessidade de discussão da equidade durante os cursos. Neste mesmo congresso, a autora teve aceito o resumo “As contribuições do “Quarto de despejo” para a formação em saúde no eixo saúde, cultura e arte. Após a apresentação do resumo tive bons *feedbacks* dos presentes que puderam refletir como Carolina pode ser importante para discutir a saúde.

No primeiro semestre de 2018, a autora atuou como monitora na disciplina “Tópicos especiais em ciência política 2: teoria política e sexualidades: política e LGBT” ministrada pela professora Denise Mantovani, ligada ao Instituto de Ciência Política da Universidade de Brasília. Essa disciplina fez parte de uma das edições das disciplinas de tópicos movidas pelo projeto de extensão Corpólitica. O projeto de extensão foi iniciado na Faculdade de Direito e se expandiu para a universidade. Atuou nos coletivos Jovem de Expressão, Casa Frida e Mercado Sul, durante semestres letivos com oficinas de discussão sobre raça, classe, gênero e outras abordagens sobre direitos sociais. Essa disciplina tem oportunizado o debate sobre as opressões estruturais da sociedade com foco na população LGBT. A disciplina é ministrada no campus Darcy Ribeiro da UnB e, dentre as quinze profissões de saúde, atraiu somente estudantes de Serviço Social.

Em uma das aulas da disciplina de tópicos a autora pode apresentar o objetivo do seu trabalho de mestrado. Nesta aula foram dialogados o texto de bell hooks “Moldando a teoria feminista” de 2015 e a biografia de Carolina Maria de Jesus. Com o texto de hooks foi discutido a diferenças de opressões vivenciadas pelas mulheres, a conceituação tardia de opressões sofridas por mulheres negras, a relação entre classe e raça que era ignorada pelo movimento feminista branco, que tinham demandas que não contemplavam as mulheres negras. A biografia de Carolina foi apresentada para discutir a vivência de praticada contra a mulher negra e as diferenças com relação às demandas das mulheres brancas.

A autora escolheu não utilizar power point como apoio para discussão e utilizou o quadro para escrever termos importantes do texto. No quadro foram escritas palavras que

representavam o conjunto de definições discutidas nos textos, com o objetivo de fazer conexão entre as abordagens e ajudar os estudantes a refletirem sobre o que a vivência das duas autoras podem trazer para a discussão: patriarcado; supremacia branca; condescendência, apropriação; silenciamento; branquitude; capitalismo; privilégio; negação; autoindulgência; raiva; sentimentalismo; negras; dominação masculina; objetivação; narcisismo; liberalismo; unidimensional; hegemonia; sexismo; individualismo - dilemas pessoais; sexismo; classe; racismo; discurso feminista; inter-relação; raça; escravidão; sofrimento; exploração; insensibilidade; dona de casa branca; super mulher negra forte; opressão; narcisismo.

Essas atividades desenvolvidas pela autora a oportunizaram dialogar com diferentes públicos sobre as necessidades de saúde da população negra e as necessidades de buscar diversas formas de dialogar com estudantes, professores e profissionais de saúde. As obras de Carolina Maria de Jesus foram sempre citadas como materiais para aprofundamento e discussões em sala de aula.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

...Recebi a visita do senhor Hernani Bezerra, que me disse que estudou com sacrifício. Achei graça quando êle disse:

- Quando fui menino o meu sonho era comer pão com manteiga e não podia. E eu jurei: se algum dia eu puder eu hei de comer pão com manteiga todos os dias.

Olhou-me e disse:

- Carolina, eu já passei fome. Por isso compreendi o teu livro.

(Casa de alvenaria: diário de uma ex favelada, p. 105)

A fome é de difícil compreensão para quem não a viveu, para quem não passou por ela e também não conhece o passado famélico brasileiro. Será que estamos tão fechados para a empatia? Com tanta gente doando para o Criança Esperança, Teletom. Vendo Nara Almeida pelo Instagram, eu acredito que ainda somos empáticos, que a dor do outro ainda gera empatia, ainda nos conecta. Carolina relata seus episódios de fome, solidão, adoecimento e conquistas no seu diário e, por ele podemos acionar outras áreas do nosso cérebro que já se acostumaram com a desigualdade social e o fato de ter várias pessoas que não tem o que comer. As pessoas em situação de rua nos centros da cidade nos mostram diariamente que a fome não é uma história do passado, não faz parte somente de relatos históricos, mas do atual estágio de desenvolvimento brasileiro.

O modelo de desenvolvimento e de ensino em saúde que adotamos foi pensado para que uma minoria pudesse se beneficiar dos recursos. O profissional de saúde não tem sido formado para atender os usuários pretos e pobres, a maioria dos que irão depender das políticas públicas para ter acesso a cuidados de saúde. A Resolução 569/17 do Conselho Nacional de Saúde demonstra a necessidade de reformulação dos currículos da saúde, para que os profissionais das quinze profissões de saúde, possam estar mais atentos às vulnerabilidades e especificidades.

Ser uma mulher negra no Brasil tem muitas variáveis, que não se resumem à dificuldades. Existe ancestralidade, beleza, conhecimento e a caminhada é secular, assim como aponta o Sócrates Negro, avô Carolina. Os passos vêm de longe. Para que pudesse nascer uma Carolina, foi preciso nascer antes, um Sócrates. Foi preciso ter uma mãe que não se limitou a um casamento infeliz e se empoderou para buscar um par afetivo, do qual nasceu Carolina. O diário de Carolina apresenta as lutas das mulheres negras, o enfrentamento do racismo estrutural, a solidão afetiva das mulheres negras. Discute as narrativas sobre a favela são restritas à histórias únicas, ora de violência, ora de ausência

de políticas, ora de bailes funk. Histórias escritas com propósitos, com ideologias, sem neutralidade, mas que se arvoram como corretas e únicas.

Uma face do racismo está silenciamento da população negra como objeto de pesquisas, mas não de construção de conhecimentos. Corpos negros são usados para estudar anatomia, mas são poucos os espaços em que os negros têm tido voz para falar de saúde. Existem movimentos de resistência à esse silenciamento, mas as vozes subalternas são silenciada pela voz branca, proprietária, cisgênero, heterossexual, cristã, patriarcal e machista. São os homens brancos que tem falado em nome da população negra, são eles também que publicam pesquisas, que falam da saúde da população negra, que recebem recursos do Governo. Mas por esse texto, Carolina pôde falar de saúde. Utilizando os meios brancos de produção de conhecimento, a mulher negra teve voz, ainda baixa diante de todos os ruídos.

A inserção da temática racial nos cursos de saúde precisa mais do que boa vontade de alguns professores esparsos. São necessários recursos financeiros para que seja uma política de Estado e não do momento. O movimento negro não pode ser acionado para construir essa mudança sem remuneração, isso seria continuar o 13 de maio. Seria continuar excluindo os negros do mercado de trabalho e do acesso aos recursos que podem alterar a situação financeira a que apontamos a desigualdade.

O Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Não a mencionamos no texto pois é preciso uma pesquisa direcionada para avaliar como essa política possibilitou a inserção da temática racial nos cursos da saúde e a influência desta na formulação da RES 569/17. Ela ainda não encontrou a estrutura administrativa e financeira para dar vazão às necessidades de saúde da maioria da população. Uma das possibilidades para seu crescimento é a Conferência Nacional de Saúde em 2019, que a depender das estratégias dos atores, pode ser a conferência da saúde negra.

A pesquisa limitou-se à uma obra da Carolina, mas poderia abranger outras, inclusive algumas que estão nos arquivos que guardam os alfarrábios da escritora. Pode-se estudar a partir das obras de Carolina a saúde no campo, do trabalhador em êxodo e o fixado nas favelas das grandes cidades.

Não basta ler Carolina de Jesus para ter um pensamento equitativo racial, é preciso chamar Lélia, Sueli, Ângela, e autoras que possam mostrar como o tempo sem a visão da equidade afetou nossa forma de ver. O tempo acostumado a não ver pessoas negras nas salas de aula, consultórios, bibliografias, bibliotecas nos causou danos na visão, e não irá

bastar um colírio, mas todo um tratamento, toda uma política pública que possa efetivamente transformar essas realidades. Aqui demos um passo.

A investigação sobre os efeitos do racismo permitiu demonstrar que os reflexos da escravização negra estão presentes e enraizados na população brasileira. O modo escravocrata de relacionamento a continua operando na sociedade pela forma como o Estado e os indivíduos tratam essa população. Não é um mero maltrato ou falta de educação, mas de racismo sistemático, continuado e estrutural.

O racismo faz com que a repetição anual dos dados da violência e a distância abissal entre negros e não negros seja banalizada e naturalizada. Os negros têm sido tratados continuamente como cidadãos de segunda classe que tem seus direitos retirados, sendo tratados como suspeitos.

Nos serviços de saúde o racismo repercute no tratamento e na assistência. As análises das DCN e literatura, evidenciaram que professores e estudantes durante todo o percurso escolar não tem acesso ao conteúdo que possa equalizar os cidadãos. A vida escolar não acolhe os conteúdos previstos na Lei 10.639/03 e isso faz com que professores e estudantes não conheçam as contribuições negras para a saúde, um silenciamento benéfico para a continuação do racismo.

Por muito tempo a democracia racial foi a ideologia que explicava os relacionamentos entre as raças. Essa ideologia nega os conflitos e os privilégios raciais e vende uma imagem harmônica de vivência das três raças: branca, preta e indígena. Esse posicionamento nega a hierarquia racial construída desde a invasão portuguesa ao Brasil e que tem contribuído para diversos privilégios para as pessoas brancas. Enquanto recebem privilégios as outras raças recebem as dificuldades.

A necessidade de repensar a formação dos PS tem sido continuamente discutida. A Resolução 569/17 do CNS abriu oportunidades para a formação com conteúdo étnico raciais nas quinze profissões anteriormente informadas.

Pelas DCNs percebemos que em sua maioria, não inserem a discussão étnico racial e deverão ser modificadas para se adequar aos ditames da RES 569/17. Essa alteração depende da articulação de diversos setores da sociedade, principalmente do controle social negro, que é atendido/afetado pelas quinze profissões. A Lei 10.639 na temática racial, é muito parecida com a resolução e não conseguiu ainda atingir os públicos. Os professores, estudantes, comunidade escolar e o material didático não foram afetados pela lei e ainda enfrentam as forças dissonantes. Os religiosos radicais alicerçados no direito da liberdade religiosa e esquecidos da limitação natural de todos os

direitos, expõem seus racismos contra a representatividade negra. Atualmente, outro ponto de enfrentamento é a “Escola sem Partido” e movimentos similares que enfrentam direitos conquistados pela população negra, tendo como participantes negros parlamentares com discursos a favor de retrocessos de direitos.

Todos esses atores precisam ser sensibilizados para que as DCNs de saúde possam alcançar seus objetivos de tornar a formação mais equitativa, pois a educação básica é o início do processo de uma formação para a equidade. Os quatro anos de cursos em saúde, com todo o seu peso de informações, será insuficiente para formar profissionais antiracistas. E preciso que eles sejam formados desde a pré-escola, para não chegarem no ensino superior com o racismo enraizado.

A obra “Quarto de despejo: diário de uma favelada” é uma possibilidade didática de discutir o racismo estrutural e o silenciamento das vivências negras periféricas. Carolina é uma escritora negra conhecida internacionalmente, mas ainda desconhecida no Brasil. Seu diário demonstra a vivência de uma população colocada em uma situação de vulnerabilidade pelo Estado e que não tem acesso à políticas públicas universais. As políticas do século XXI I fazem parte da construção ideológica de Estado de bem-estar social, uma forma recente e constantemente ameaçada pelo modelo neoliberal que defende em linha gerais, um Estado mínimo com intervenções pontuais e regulação pelo mercado.

Um Estado que se afasta das necessidades sociais não é modelo ideal para a manutenção do SUS. O sistema foi construído dentro de um ideal de Estado que beneficia cidadão com seus recursos. Este modelo demanda uma estrutura de política de Estado que atenda às necessidades de grupos vulneráveis com ações de equidade em saúde.

A equidade é um dos princípios do SUS e busca fazer com que os diferentes pontos de partida dos sujeitos possam ser equacionados. A igualdade e a humanização são insuficientes para equilibrar diferenças históricas e estruturais e por isso foram instituídos comitês para que a equidade seja a prática cotidiana no SUS. Mas mesmo nesses espaços existem dificuldades para que todas as demandas sejam ouvidas e transformadas em ações. Não são todos os sujeitos que podem ter representatividade e voz.

A obra em estudo é um diário que relata as dificuldades da favela do Canindé, em São Paulo. Ele não é a única obra de escritores subalternizados. Existem diversos atores que falam sobre a periferia e suas necessidades, da fome e das necessidades de saúde. O favelado tem escrito suas vivências e crescem em todo o país, grupos de poesias, raps,

slams, lambes, etc., Mas é o silenciamento e o racismo fazem que suas vozes sejam silenciadas. Não é somente Carolina que pode falar de saúde. Estudos futuros podem investigar/selecionar outras obras e autores que falam sobre as vivências periféricas. Carolina não é a única voz possível, mas é uma voz potente que contrasta com as vozes hegemônicas.

8. REFERÊNCIAS

Alapian S. Serviço social e o poder judiciário: reflexões sobre o direito e o poder judiciário: volume 1. São Paulo: Veras Editora; 2008. (Série temas; 7)

Antonio Callado. Deputado confessa autoria do crime. Correio da Manhã. 5 de fevereiro de 1958; Capa:1

Balbi L, Lins L, Menezes MS. A literatura como estratégia para reflexões sobre humanismo e ética no curso médico: um estudo qualitativo. Rev Bras Educ Medica. 2017;4(1):152-161

Barros FPC, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. Saude Soc. 2016; 25(1):9-18

Itaú Cultural. Escrivivência [Online]. São Paulo: Itaú Cultural; 2017 [citado 2018 set 02]. Disponível em: <http://www.itaucultural.org.br/ocupacao/conceicao-evaristo/escrevivencia/#>

Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2011. 279p.:il.

Barrosi L. (Po)éticas da escrivivência. Estud Lit Bras Contemp. 2017 ago;51:22-40

Benedetto MAC. Entre dois continentes: literatura e narrativas humanizando médicos e pacientes. O Mundo da Saúde. 2010;34(3):311-9

Berenchtein Netto N. Parte 1 - Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: Conselho Federal de Psicologia. Conselhos Regionais de Psicologia. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. O suicídio e os desafios para a psicologia. Brasília: CFP; 2013. 149 p.

Biazevec MGH, Michel-Crosato E, Antunes JLF. Discussão sobre saúde e doença: revisitando a obra adulta de Monteiro Lobato. Saude Soc. 2012;21(2):290-301

Brasil. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito Destinada a Examinar as Causas da Fome e a Iminente Ameaça à Segurança Alimentar. CPI da Fome: aprova o relatório, as conclusões e recomendações da Comissão Parlamentar de Inquérito, destinada a examinar as causas da fome a iminente ameaça à segurança alimentar. Brasília: Câmara dos Deputados, 1991. 66 p.

Brasil. Decreto-lei nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940. Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o País. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 1940. Seção 1:3125

Brasil. Decreto-lei nº 27.664, de 30 de dezembro de 1949. Regula o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1949. Seção 1:18060

Brasil. Decreto-lei nº 4.275, de 17 de abril de 1940. Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a organizar um serviço de Saúde Pública em cooperação com Instituto Office Interamerican Affairs of the United States of America.. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 abr. 1942. Seção 1:6408

Brasil. Decreto nº 22.872, de 29 de junho de 1933. Crêa o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos, regula o seu funcionamento e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jun. 1933. Seção 1:12917

Brasil. Decreto nº 27.664, de 30 de Dezembro de 1949. Regula o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez 1949. Seção 1:18060

Brasil. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no paiz, uma caixa de aposentadoria e pensões para os

respectivos empregos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 abr. 1923. Seção 1:10859

Brasil. Decreto nº 8.5553, de 3 de novembro de 2015. Institui o Pacto Nacional para Alimentação Saudável. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 nov 2015. Seção 1:7

Brasil. Lei 10.639, de 09 de janeiro de 2003. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática “História e Cultura Afro-Brasileira” e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 jan. 2003. Seção 1:1

Brasil. Lei 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 set. 2006. Seção 1:1

Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1:18055

Brasil. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, os termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2006 ago 08; Seção 1:1

Brasil. Lei nº 3.750, de 11 de abril de 1960. Autoriza o Poder Executivo a transformar em Fundação o Serviço Especial de Saúde Pública, e dá outras providências. Diário Oficial

[da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 abr. 1960. Seção 1:6905

BRASIL. Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995. Altera dispositivos da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 nov. 1995. Seção 1, Edição Extra, p. 19257.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 242, de 06 de junho de 2017. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 mar. 2002. Seção 1:10

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Seção 1:8

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara e Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 1, de 18 de fevereiro de 2003. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina Veterinária. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 fev. 2003. Seção 1:15

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara e Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 1.301/2001, de 06 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Ciências Biológicas. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 dez. 2001. Seção 1:25

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara e Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 492, aprovado em 3 de abril de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Filosofia, História, Geografia, Serviço Social, Comunicação Social, Ciências Sociais, Letras, Biblioteconomia, Arquivologia e

Museologia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 jul. 2001. Seção 1:50

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara e Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 06, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 mar. 2002. Seção 1:12

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara e Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 2, de 18 de fevereiro de 2003. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Biomedicina. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 fev. 2003. Seção 1:16

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara e Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 nov. 2001. Seção 1:37

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara e Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 mar. 2002. Seção 1:10

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara e Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 mar. 2002. Seção 1:11

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara e Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 5, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 nov. 2001. Seção 1:39

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara e Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 5, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 mar. 2002. Seção 1:12

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara e Educação Superior. Resolução nº 7, de 31 de março de 2004. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 abr. 2004. Seção 1:18

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior. Resolução nº 1, de 17 de junho de 2010. Normatiza o Núcleo Docente Estruturante e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 out. 2010. Seção 1:14.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2011. 244 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998. Relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 maio 1995. Seção 1:164

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1:44

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 544, de 10 de março de 2017. Aprovar a Nota Técnica nº 003 contendo recomendações do Conselho

Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Saúde Coletiva. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 fev. 2018. Seção 1:25

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 544, de 10 de março de 2017. Aprovar a Nota Técnica nº 003 contendo recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Saúde Coletiva. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 fev. 2018. Seção 1:25

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569, de 08 de dezembro de 2017. Aprova os pressupostos, princípios e diretrizes comuns para a graduação na área da saúde, construídos na perspectiva do controle/participação social em saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 fev. 2018. Seção 85:90

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 83 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS. 2. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde; 2013. 36 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Aprovada política que orienta ações de vigilância em saúde no país [Online] Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2018 ago 28]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43841-aprovada-por-unanimidade-politica-de-vigilancia-em-sa>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Entendendo a definição de caso da ficha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018 [citado 2018 jun 20]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes->

viva/vigilancia-de-acidentes/950-saude-de-a-a-z/violencia-e-acidentes/43255-entendendo-a-definicao-de-caso-da-ficha-de-notificacao-de-violencias-interpessoais-e-autoprovocadas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2006 jun 26; Seção 1:44

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio: saber, agir e prevenir: perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Bol Epidemiol. 2017;48(3):1-15

Brasil. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da violência 2018. Brasília: IPEA, FBSP; 2018. 91 p.

Brasil. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da violência 2018. Brasília: IPEA; FBSP, 2018. 91 p.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento da População e Indicadores Sociais. Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil. Rio de Janeiro : IBGE, 1999. 45 p. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica; n. 2)

Brasil. Presidência da República. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Legislação básica do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: Consea; 2017. 85 p.

Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Racismo como determinante social de saúde. Brasília: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; 2011. 14 p.: il.

Carelli F. Eu sou um outro: narrativa literária como forma de conhecimento. *Via Atlantica*. 2016 jun;29:17-49

Carelli FB, Pompilio CE. O silêncio dos inocentes: por um estudo narrativo da prática médica. *Interface Comun Saude Educ*. 2013 jul-set;17(46):677-81

CASTIEL LD. O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano. Campinas: Papyrus; 1994. 203 p .

Cerqueira D, Lima RS, Bueno S, Valencia LI, Hanashiro O et al. Atlas da Violência 2017: Ipea e FBSP. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2017. 75 p.

Conselho Federal de Farmácia. Dados 2016 [Online] Brasília: CFF; 2016 [citado 2018 ago 28]. Disponível em: <http://www.cff.org.br/pagina.php?id=801&menu=801&titulo=Dados+2016>

COSTA, Ana Maria; LIONCO, Tatiana. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde?. *Saude Soc*. 2006 ago;15(2):47:55

Cotta RMM, Machado JC. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(1):54–60.

Creswell JW. *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. 3. ed. Tradução Sandra Mallmann da Rosa. Revisão técnica Dirceu da Silva. Porto Alegre: Penso; 2014. 341 p.

Dalcastagnè R. A personagem do romance brasileiro contemporâneo: 1990-2004. *Est Lit Bras Contemp*. 2005 jul-dez;26:13-71

Dalcastagnè R. Entre silêncios e estereótipos: relações raciais na literatura brasileira contemporânea. *Est Lit Bras Contemp*. 2008 jan-jun;31:87-110

Dalcastagnè R. Para não ser trapo no mundo: as mulheres negras e a cidade na narrativa brasileira contemporânea. *Est Lit Bras Contem.* 2014 jul-dez;44:289-302

Davis A. Mulheres, raça e classe. Tradução: Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo; 2016. 244 p.: il.

Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Nota à imprensa: em abril, custo da cesta básica diminui em 16 capitais [Online]. São Paulo: DIEESE; 2018 [citado 2018 jun 30]. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/2018/201804cestabasica.pdf>

Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Pesquisa Nacional da Cesta Básica de Alimentos [Online]. São Paulo: DIEESE; 2018 [citado 2018 jun 30]. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/analiseCestaBasica201803.html>

Deutsche Welle. Brasil registra maior aumento de gastos militares desde 2010: apesar de crise econômica e política, país tem expansão de investimentos na área militar acima da média mundial, aponta relatório: em 2017, despesas bélicas globais atingiram nível mais alto desde a Guerra Fria [Online]. Bonn: Deutsche Welle; 2018 [citado 2018 jun 30]. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/brasil-registra-maior-aumento-de-gastos-militares-desde-2010/a-43612204>

EI-Nadoury R, Vercoutter J. O legado do Egito faraônico. In: Mokhtar G (ed). História geral da África II: África antiga. Comitê Científico Internacional da UNESCO para Redação da História Geral da África; 2010. p. 119-59

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Entrevista: Mário Assunção do Espírito Santo: 'Nós já estamos com alumínio e chumbo no cabelo' [Online]. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2018 [citado 2018 ago 28]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/nos-ja-estamos-com-aluminio-e-chumbo-no-cabelo>

Evaristo C. Literatura negra: uma poética de nossa afro-brasilidade. Scripta. 2009;13(25):17-31

Farias FJS. As dores do mundo na saga de saúde-doença do personagem Eutanásia de Dalcídio Jurandir: dos campos da literatura para o ensino de educação em saúde. XI Congresso Nacional de Educação EDUCERE 2013. II Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação - SIRSSE. IV Seminário Internacional Sobre Profissionalização Docente - SIPD/ Cátedra Unesco. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba. 23 a 26/09/2013.

Farias T. Carolina: uma biografia. Rio de Janeiro: Malê; 2017.352 p.:il.

Favoreteo CAO, Camargo Júnior KR. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. Interface Comun Saude Educ. 2011;15(37):473:83

Fernandez RA. Processo criativo nos manuscritos do espólio literário de Carolina Maria de Jesus. Campinas: Unicamp, 2015. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Estudos da Linguagem.

Flick U. Métodos de pesquisa: introdução à pesquisa qualitativa. 3. ed. Tradução Joice Elias Costa. Consultoria, supervisão e revisão técnica da edição Sônia Elisa Caregnato. Porto Alegre: Artmed; Bookman; 2009. 405 p.

Folha de São Paulo. Antiga fábrica de baterias vira 'garimpo' de placas de chumbo em SP: solo industrial em Sorocaba está contaminado e área deve ser cercada [Online]. São Paulo: Folha de São Paulo; 2018 [citado 2018 ago 28]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/antiga-fabrica-de-baterias-vira-garimpo-de-placas-de-chumbo-em-sp.shtml>

Freitas MCS. Agonia da fome [Online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: EDUFBA; 2003 [citado 2018 jun 30]. 281 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>

Geller N. Carta da agricultura: um ano excepcional para a agricultura brasileira. Rev Pol Agricola. 2017 out-dez;4:3-6

Goldsmith RW. Brasil 1850-1984: desenvolvimento financeiro sob um século de inflação. São Paulo: Harper & Row do Brasil; 1986.

Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R (org.). Pesquisa social: teoria método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2016. (Manuais Acadêmicos)p. 72-95

Grosfoguel R. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. Soc Estado. 2016 jan-abr;31(1):25-49

Grossman E, Cardoso MHCA. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. Rev Bras Educ Médica. 2006 jan-abr;30(1):6-14

Itaú Cultural. Escrivência [Online]. São Paulo: Itaú Cultural; 2017 [citado 2018 set 02]. Disponível em: <http://www.itaucultural.org.br/ocupacao/conceicao-evaristo/escrevencia/#>

JESUS CM. Casa de alvenaria: diário de uma ex-favelada. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves; 1961.183 p. (Contrastes e Confrontos;4)

JESUS CM. Casa de alvenaria: diário de uma ex-favelada. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves; 1961.183 p. (Contrastes e Confrontos;4)

Jesus CM. Diário de Bitita. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986. 203 p.

Jesus CM. Meu sonho é escrever...Contos inéditos e outros escritos. Seleção, organização e notas Raffaella Fernandez. São Paulo: Ciclo Editorial Contínuo; 2018.135 p.

JESUS CM. Quarto de despejo: diário de uma favelada. Ilustrações Vinicius Rossignol Felipe. 10. ed. São Paulo: Ática; 2014.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. (eds) Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002

Landmann J. Evitando a saúde e promovendo a doença. 3. ed. Rio de Janeiro: Achiame;1982.

Lefevre F, Lefevre AMC. Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética. Physis Rev Saude Coletiva. 2007;17(1):15:25

Martins KKS. Retrato da solidão da mulher negra em Quarto de despejo de Carolina Maria de Jesus. Brasília: Universidade de Brasília, 2016. Monografia (licenciatura em letras português) – Universidade de Brasília, Departamento de Teoria Literária e Literaturas.

Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R (org.). Pesquisa social: teoria método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2016. (Manuais Acadêmicos) p.9-28

Moreira Filho, Alonso Augusto. Relação médico-paciente: teoria e prática: o fundamento mais importante da prática médica. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2005. 188 p.

Munanga K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: Anais do 3º Seminário Nacional Relações Raciais e Educação - PENESB [Internet]; 2003;Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2003 [citado 2018 jul 01]. Disponível em:<https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Uma-abordagem-conceitual-das-nocoos-de-raca-racismo-dentidade-e-etnia.pdf>.

Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev Enferm. 2008 out-dez;16(4):569-76

Organização das Nações Unidas. Departamento de Informação Pública da ONU. Escritório do Alto Comissário para os Direitos Humanos. Mulheres e meninas afrodescendentes: conquistas e desafios de direitos humanos [Internet]. Genebra: ONU, 2017. 36 p.:il [citado 2018 jun 20]. Disponível em:https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/03/18-0070_Mulheres_e_Meninas_Afrodescendentes_web.pdf

Osmo A, Schraiber LB. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. Saude Soc. 2015;24 Supl 1:205-18

Oxfam Brasil. A distância que nos une: um retrato das desigualdades brasileiras. São Paulo: Oxfam Brasil; 2017.

Piedade V. Dororidade. São Paulo: Nós; 2017. 47 p.

Racionais MC's. Negro Drama [Online]. Belo Horizonte: Letras.Mus.Br, s.d [citado 2018 jun 17]. Disponível em: <https://www.lettras.mus.br/rationais-mcs/63398/>

Reginato V, Gallian DMC, Marra S. A literatura na formação de futuros cientistas: lição de Frankenstein; Educ Pesquisa; 2016 out ahead of print:1-16

Renovato RD, Bagnato MHS. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). Educ Rev. 2010; Esp 2:277-90

Ribeiro D. Quem tem medo do feminismo negro? São Paulo: Companhia das Letras; 2018.148 p.

Rio de Janeiro. Câmara Municipal. Discursos e votações da vereadora Marielle Franco: sessão ordinária do dia 28 de novembro de 2017 [Online]. Rio de Janeiro: Câmara Municipal; 2018 [citado 2018 maio 14]. Disponível em: http://www.camara.rj.gov.br/controlador.php?m1=discurso&url=http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/discvot.nsf/MarielleFrancoInt?OpenForm&cvd=311&np=MarielleFranco&nome_politico=Marielle%20Franco

Rio de Janeiro. Câmara Municipal. Mandato Marielle Franco. Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher. Quem é Marielle [Online]? Rio de Janeiro: Câmara Municipal; 2018 [citado 2018 maio 14]. Disponível em: <https://www.mariellefranco.com.br/quem-e-marielle-franco-vereadora>

Rio de Janeiro. Câmara Municipal. Vereadores: Marielle Franco [Online]. Rio de Janeiro: Câmara Municipal; 2018 [citado 2018 maio 14]. Disponível em:

Sá LD, Palha FF, Villa TCS. A literatura em saúde pública: o ensino de um novo olhar sobre o processo saúde-doença. Rev Latino Am Enfermagem. 1998 jul;6(3):55-60

Santana VA, Silva LKR. A inclusão da temática étnico-racial nas pesquisas em ciência da informação. In: Silva FCG, Lima GS (org). Bibliotecári@s negr@s:ação, pesquisa e atuação política. Florianópolis: Associação Catarinense de Bibliotecários; 2018. 494 p.

Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Rev Bras Historia Cienc Sociais. 2009 jul;1(1):1-15

Schumacher S, Brazil EV. Mulheres negras do Brasil. Rio de Janeiro: Senac Nacional; 2007. 496 p.:il.

Silva JG, Esquivel AP. Artigo de opinião: a fome é um crime [Online]. Roma: Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura, 2018 Citado 2018 jun 30. Disponível em: <http://www.fao.org/brasil/noticias/detail-events/pt/c/1143332/>

Silva JG, Esquivel AP. Artigo de opinião: a fome é um crime [Online]. Roma: Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura; 2018 [citado 2018 jun 30]. Disponível em: <http://www.fao.org/brasil/noticias/detail-events/en/c/1143332/>

Silva MR, Gallian DMC, Schor P. Literatura e humanização: uma experiência didática de educação humanística em saúde. Rev Bras Educ Medica. 2016;40(1)93-101

Simionatto I. Caminhos e descaminhos da política da saúde no Brasil. Rev Inscrita. 1997 nov;1:15-20

Soares E. A carne [Online]. Belo Horizonte: Letras.Mus.Br; s.d [citado 2018 jun 17]. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/elza-soares/281242/>

Souza AA. Identidades e culturas políticas: disputadas e conflitos nos escritos de Carolina Maria de Jesus. Cad Imbondeiro. 2010;1(1):1-8

Souza J. A elite do atraso: da escravidão à lava jato. Rio de Janeiro: Leya; 2017. 239 p.

Spivak, Gayatri Chakravorty. Pode o subalterno falar? Tradução de Sandra Regina Goulart Almeida, Marcos Pereira Feitosa, André Pereira Feitosa. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2010. 133 p.

Valério ED, Silva DMF. Informar para a igualdade racial: participação cidadã na produção, acesso e uso da informação étnico-racial. In: Silva FCG, Lima GS (org). Bibliotecári@s negr@s: ação, pesquisa e atuação política. Florianópolis: Associação Catarinense de Bibliotecários; 2018. 494 p.

Vecina Neto G. Evolução da assistência à saúde no mundo e no Brasil até o SUS. In: Vecina Neto G, Malik AM. Gestão em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. 22 p.

Yoyotte J. O Egito faraônico: sociedade, economia e cultura. In: Mokhtar G (ed). História geral da África II: África antiga. Comitê Científico Internacional da UNESCO para Redação da História Geral da África; 2010. p.69-96

Apêndice 1 - Quadro Equidade nas DCNs das profissões de graduação em saúde

Fonte	Curso	Nº da Resolução ou Parecer /Ano	Relações raciais	Equidade genérica	Licenciatura e obrigação de observar a Lei 10.639
Conselho Nacional de Educação	Biomedicina	Resolução 2/2003		Biomédico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, [...]pautado em princípios éticos e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade	
Conselho Nacional de Educação	Educação física	Resolução 31/2004		<p>Diagnosticar os interesses, as expectativas e as necessidades das pessoas (crianças, jovens, adultos, idosos, pessoas portadoras de deficiência, de grupos e comunidades especiais) de modo a planejar, prescrever, ensinar, orientar, assessorar, supervisionar, controlar e avaliar projetos e programas de atividades físicas, recreativas e esportivas nas perspectivas da prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, da formação cultural, da educação e reeducação motora, do rendimento físico-esportivo, do lazer e de outros campos que oportunizem ou venham a oportunizar a prática de atividades físicas, recreativas e esportivas.</p> <p>§ 1º O graduado em Educação Física deverá estar qualificado para analisar criticamente a realidade social, para nela intervir acadêmica e profissionalmente por meio das diferentes manifestações e expressões do movimento humano, visando a formação, a ampliação e o enriquecimento cultural das pessoas, para aumentar as possibilidades de adoção de um estilo de vida fisicamente ativo e saudável.</p>	X
Conselho Nacional de Educação	Enfermagem	Resolução 3/2001		Art. 5º XX – prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;	X

				<p>XVII – identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;</p> <p>XX – prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;</p> <p>XXV – planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;</p>	
Conselho Nacional de Educação	Farmácia	Resolução 6/2017	<p>Art. 4º A formação do farmacêutico deve ser humanista, crítica, reflexiva e generalista, bem como pautar-se por uma concepção de referência nacional e internacional, conforme definida no Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Graduação em Farmácia, na modalidade bacharelado, considerando:</p> <p>X - compromisso com o cuidado e a defesa da saúde integral do ser humano, levando em conta aspectos socioeconômicos, políticos, culturais, ambientais, étnico-raciais, de gênero, orientação sexual, necessidades da sociedade, bem como características regionais;</p> <p>Parágrafo único. A formação em Farmácia requer conhecimentos e o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes, abrangendo, além de pesquisa, gestão e empreendedorismo, as seguintes ciências, de forma integrada e</p>		

			interdisciplinar: I - Ciências Humanas e sociais aplicadas, ética e bioética, integrando a compreensão dos determinantes sociais da saúde, que consideram os fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, de gênero e de orientação sexual, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais, ambientais, do processo saúde-doença do indivíduo e da população;			
Conselho Nacional de Educação	Fisioterapia	Resolução 4/2002		Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Fisioterapia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em fisioterapia. Os conteúdos devem contemplar: II - Ciências Sociais e Humanas – abrange o estudo do homem e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psico-sociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos norteados pelos princípios éticos. Também deverão contemplar conhecimentos relativos às políticas de saúde, educação, trabalho e administração;		
Conselho Nacional de Educação	Fonoaudiologia	Resolução 5/2002		Art. 3º O Curso de Graduação em Fonoaudiologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fonoaudiólogo, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no campo clínico-terapêutico e preventivo das práticas fonoaudiológicas. Possui formação ético-filosófica, de natureza epistemológica, e ético-política em consonância com os princípios e valores que regem o exercício profissional. Conhece os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Fonoaudiologia e seus diferentes modelos de intervenção e atua com base no rigor científico e intelectual.		

Conselho Nacional de Educação	Nutrição	Resolução 5/2001		Art. 3º O Curso de Graduação em Nutrição tem como perfil do formando egresso/profissional o: I - Nutricionista, com formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar, visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural;	X
Conselho Nacional de Educação	Odontologia	Resolução 3/2002		Art. 3º O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.	
Conselho Nacional de Educação	Psicologia	Resolução 5/2011		Art. 3º O curso de graduação em Psicologia tem como meta central a formação do psicólogo voltado para a atuação profissional, para a pesquisa e para o ensino de Psicologia, e deve assegurar uma formação baseada nos seguintes princípios e compromissos: V - atuação em diferentes contextos, considerando as necessidades sociais e os direitos humanos, tendo em vista a promoção da qualidade de vida dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades;	X
Conselho Nacional de Educação	Terapia Ocupacional	Resolução 6/2002		Art. 3º O Curso de Graduação em Terapia Ocupacional tem como perfil do formando egresso/profissional o Terapeuta Ocupacional, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado ao exercício profissional em todas as suas dimensões, pautado em princípios éticos, no campo clínico-terapêutico e preventivo das práticas de	

				Terapia Ocupacional. Conhece os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Terapia Ocupacional e seus diferentes modelos de intervenção e atua com base no rigor científico e intelectual.	
Conselho Nacional de Educação	Saúde Coletiva	Parecer CNE/CES nº 242, de 06 de junho de 2017	A formação desse profissional deve ser eminentemente humanista, científica, ética, crítica, reflexiva e generalista, e ter uma concepção de referência nacional e internacional definida no Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Graduação em Saúde Coletiva, na modalidade Bacharelado, considerando: X - O compromisso com o cuidado e a defesa da saúde integral do ser humano e do seu ecossistema, levando em conta aspectos socioeconômicos, políticos, culturais, ambientais, étnico-sociais e as necessidades da sociedade, bem como características regionais;		
Conselho Nacional de Educação	Medicina	3/2014	Art. 23. Os conteúdos fundamentais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde, contemplando: VII - abordagem de temas transversais no currículo que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos e de pessoas com deficiência, educação	Art. 23. Os conteúdos fundamentais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde, contemplando: II - compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença; III - abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;	

			ambiental, ensino de Libras (Língua Brasileira de Sinais), educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira e indígena;		
Conselho Nacional de Educação	Serviço social	Parecer CNE/CES nº 492/2001		<p>Competências e habilidades</p> <p>A) Gerais</p> <p>A formação profissional deve viabilizar uma capacitação teórico-metodológica e ético-política, como requisito fundamental para o exercício de atividades técnico-operativas, com vistas à:</p> <p>identificação das demandas presentes na sociedade, visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social;</p> <p>Controle social: orientar a população na identificação de recursos para atendimento e defesa de seus direitos;</p> <p>A organização curricular deve superar as fragmentações do processo de ensino e aprendizagem, abrindo novos caminhos para a construção de conhecimentos como experiência concreta no decorrer da formação profissional. Sustenta-se no tripé dos conhecimentos constituídos pelos núcleos de fundamentação da formação profissional, quais sejam:</p> <p>núcleo de fundamentos da formação sócio-histórica da sociedade brasileira, que remete à compreensão das características históricas particulares que presidem a sua formação e desenvolvimento urbano e rural, em suas diversidades regionais e locais.</p>	
Conselho Nacional de Educação	Ciências biológicas	Parecer CNE/CES nº 1.301/2001	b) Reconhecer formas de discriminação racial, social, de gênero, etc. que se fundem inclusive em alegados pressupostos biológicos, posicionando-se diante delas de forma crítica, com respaldo em pressupostos epistemológicos	a) generalista, crítico, ético, e cidadão com espírito de solidariedade; c) consciente da necessidade de atuar com qualidade e responsabilidade em prol da conservação e manejo da biodiversidade, políticas de saúde, meio ambiente, biotecnologia, bioprospecção, biossegurança, na gestão	X

			<p>coerentes e na bibliografia de referência; p.3</p> <p>k) Orientar escolhas e decisões em valores e pressupostos metodológicos alinhados com a democracia, com o respeito à diversidade étnica e cultural, às culturas autóctones e à biodiversidade; p.4</p>	<p>ambiental, tanto nos aspectos técnicos-científicos, quanto na formulação de políticas, e de se tornar agente transformador da realidade presente, na busca de melhoria da qualidade de vida</p>	
Conselho Nacional de Educação	Medicina Veterinária	Parecer CNE/CES nº1, de 18 de fevereiro de 2003		<p>Art. 3º O Curso de Graduação em Medicina Veterinária tem como perfil do formando egresso/profissional o Médico Veterinário, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, apto a compreender e traduzir as necessidades de indivíduos, grupos sociais e comunidades, com relação às atividades inerentes ao exercício profissional, no âmbito de seus campos específicos de atuação em saúde animal e clínica veterinária; saneamento ambiental e medicina veterinária preventiva, saúde pública e inspeção e tecnologia de produtos de origem animal; zootecnia, produção e reprodução animal e ecologia e proteção ao meio ambiente. Ter conhecimento dos fatos sociais, culturais e políticos da economia e da administração agropecuária e agroindustrial. Capacidade de raciocínio lógico, de observação, de interpretação e de análise de dados e informações, bem como dos conhecimentos essenciais de Medicina Veterinária, para identificação e resolução de problemas.</p> <p>Art. 4º A formação do Médico Veterinário tem por objetivo dotar o profissional dos</p> <p>conhecimentos para desenvolver ações e resultados voltados à área de Ciências Agrárias no que se refere à Produção Animal, Produção de Alimentos, Saúde Animal e Proteção</p> <p>Ambiental, além das seguintes competências e habilidades gerais: [...] Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções</p>	

				<p>para os mesmos.</p> <p>Competências e habilidades específicas</p> <p>Art. 5º O Curso de Graduação em Medicina Veterinária deve assegurar, também, a formação de profissional nas áreas específicas de sua atuação: sanidade e produção animal, saúde pública, biotecnologia e preservação ambiental, com competências e habilidades específicas para:</p> <p>XIII - relacionar-se com os diversos segmentos sociais e atuar em equipes multidisciplinares da defesa e vigilância do ambiente e do bem-estar social;</p> <p>XIV - exercer a profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;</p> <p>Conteúdos essenciais:</p> <p>II - Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais e conteúdos envolvendo a comunicação, a informática, a economia e gestão administrativa em nível individual e coletivo.</p>	
--	--	--	--	--	--

Apêndice 2. Plano de Aula

OBJETIVOS
GERAL Apresentar as contribuições dos relatos de Carolina Maria de Jesus para a saúde
ESPECÍFICOS <ul style="list-style-type: none">• Apresentar a biografia da escritora Carolina Maria de Jesus• Apresentar as especificidades e vulnerabilidades socioculturais da população negra• Relatar as contribuições da autoria negra para reflexão em saúde

A literatura não é uma forma didática de criar super-heróis, mas de devolver a humanidade a humanos. As histórias fazem parte das nossas vidas desde a infância quando são contadas as histórias dos parentes, as histórias para dormir, das viagens passadas. Para discutir esse modelo hegemônico surgem diversos movimentos classificados como contra hegemônicos. Esses discursos visam retirar a obrigatoriedade de seguir a saúde pela via única da tecnologia e da erradicação da doença. São discursos com abordagens sociais e holísticas que veem os indivíduos além da necessidade da cura.

METODOLOGIA
Material/ equipamentos: A aula será desenvolvida utilizando recurso de projeção de apresentações, vídeos e músicas. Por isso precisará de Datashow e caixa de som.
Duração: 4 horas

AVALIAÇÃO E/OU EXERCÍCIO DE FIXAÇÃO DE APRENDIZAGEM
Questões norteadoras para revisão dos conteúdos e /ou identificação da aplicabilidade para a vida pessoal e profissional:

Em que medida (quais as potencialidades) a literatura contribui para a mudança do modelo de atenção e reorientação dos serviços na perspectiva da Promoção da Saúde?

Qual a aplicabilidade desta abordagem na sua prática profissional em Saúde Coletiva?

BIBLIOGRAFIA

• **Obrigatória**

Jesus CM. Quarto de despejo: diário de uma favelada. 10. ed. São Paulo: Ática; 2014

• **Complementar**

Jesus CM. Diário de Bitita. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986

Farias T. Carolina: uma biografia. Rio de Janeiro: Malê; 2017. 352 p.

Fleury-Teixeira E, Meneghel SN. Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015. 422 p.

Organização da aula

Primeira abordagem - O perigo da história única

Primeiro vão ser discutidos os riscos da história única conceito divulgado pela Chimamanda Ngozi Adichie em um TED a partir do clipe da música “Vai Malandra” da cantora brasileira Anitta. No TED de Chimamanda ela sobre a real ameaça que todos corremos por conhecer uma única história, a ignorância de entender um fato apenas por um lado, só por uma única fonte. A partir do clipe da música vão ser problematizados os riscos de uma história única da favela e seus moradores.

O clipe da cantora Anitta apresenta uma favela romantizada, sem as dificuldades da violência e da falta de políticas públicas. A favela aparece como um lugar de festas

Alguns trechos para orientar a discussão, retirados do vídeo:

- Então, é assim que se cria uma única história: mostre um povo como uma coisa, como somente uma coisa, repetidamente, e será o que eles se tornarão.
- Poder é a habilidade de não só contar a história de uma outra pessoa, mas de fazê-la a história definitiva daquela pessoa.
- Comece uma história com as flechas dos nativos americanos, e não com a chegada dos britânicos, e você tem uma história totalmente diferente. Comece a história com o fracasso do estado africano e não com a criação colonial do estado africano e você tem uma história totalmente diferente.
- A consequência de uma única história é essa: ela rouba das pessoas sua dignidade. Faz o reconhecimento de nossa humanidade compartilhada difícil. Enfatiza como nós somos diferentes ao invés de como somos semelhantes.
- Histórias importam.
- Muitas histórias importam.
- Histórias têm sido usadas para expropriar e tornar maligno. Mas histórias podem também ser usadas para capacitar e humanizar. Histórias podem destruir a dignidade de um povo, mas histórias também podem reparar essa dignidade perdida.
- Quando nós rejeitamos uma única história, quando percebemos que nunca há apenas uma história sobre nenhum lugar, nós conquistamos um tipo de paraíso.

Segunda abordagem - A percepção individual sobre o que tem ouvido sobre os negros e os estereótipos

Após a primeira abordagem vamos procurar conhecer o que os alunos têm aprendido e escutado sobre pessoas negras até aquele momento no curso e como o curso de saúde tem sido ou não um instrumento para desconstruir histórias únicas. Onde é possível desconstruir esses estereótipos se tudo onde olhamos os reproduz?

Fleury-Teixeira e Meneghel (2015, p. 134) afirmam que ‘o estereótipo funciona a partir da cristalização de categorias de análise [...] fazendo que as pessoas deixem de ser vistas pelo que são e com que sejam tratadas com base no carimbo que recebem.’

Os estereótipos decorrem de um processo cognitivo de simplificação que serve para categorizar e organizar o pensamento, os estereótipos são compartilhados e funcionam como uma proteção para um sistema de valores que orienta o indivíduo no mundo, “os estereótipos são construções resistentes à mudança, operando no consenso

social como critério de validade, mesmo diante de evidências que o contradigam.” (FLEURY-TEIXEIRA E MENEGHEL, 2015, p. 131). Os estereótipos construídos sobre as pessoas negras podem ser desconstruídos por informações que demonstrem que as pessoas negras estão muito além dos estereótipos em que foram inseridas.

- Tia Anastácia que faz tudo pelos patrões brancos
- Empregada doméstica que é fofqueira e fala alto - Cacau Protássio
- O capitão do mato - Policial Militar
- O escravo
- Negra fogosa e sensual - objetificação
- O negro com pênis enorme que tem o sonho de casar com uma loira
- O bandidão da favela, dono do morro, o Sabiá
- O negro bom, esforçado, Joaquim Barbosa
- A negra amiga que tá ali para fazer tudo pela amiga branca e que não tem a própria história

Terceira abordagem - Carolina Maria de Jesus

Apresentar como o racismo brasileiro impede a presença de autoras negras no mercado editorial e a importância da representatividade de Carolina. Discutir o preconceito linguístico, abordando o “pretoguês” de Lélia Gonzáles, que ressignificou o que era tido por erro de escrita.

- Quem foi Carolina?
- Qual a sua obra?
- O que ela tem a falar para os profissionais de saúde?