

Saúde das Mulheres Negras: Resistências na vida cotidiana

Jheyciele Naira dos Santos¹
Sergio Moreno Redón²

ST-13: Identidade e territórios: adaptação e resiliência

Resumo. Compreender a saúde enquanto um elemento é de suma importância para a existência das pessoas e é um desafio complexo e cada vez mais necessário, já que quando falamos em saúde não nos referimos unicamente a ausência de doenças, mas a uma série de elementos que impactam diretamente a estrutura de uma determinada sociedade. Nesse sentido, o objetivo da pesquisa será descrever as relações entre território e a saúde das mulheres negras, tendo como recorte territorial o Núcleo São Félix da cidade de Marabá-PA, a fim de atestar tais relações. O artigo materializa o início de uma pesquisa que a partir de entrevistas tenta identificar as diversas lutas diárias das mulheres negras na Amazônia urbana, sua percepção da importância de quais elementos do território incidem na sua saúde e quais não percebem. Os resultados preliminares mostram que as relações entre território e saúde impactam diretamente a vida cotidiana das mulheres negras.

Palavras-chave. Território; Saúde; Vida Cotidiana; Mulheres Negras; Resistência

Tradução do título em inglês

Abstract. Understanding health as an element is of paramount importance for the existence of people and is a complex and increasingly necessary challenge, since when we talk about health we do not refer solely to the absence of disease, but to a series of elements that directly impact the structure of a given society. In this sense, the aim of this research is to describe the relationship between territory and the health of black women, taking as a territorial cutout the São Félix Nucleus of the city of Marabá-PA, in order to attest to these relationships. The article materializes the beginning of a research that from interviews tries to identify the various daily struggles of black women in urban Amazonia, their perception of the importance of which elements of the territory affect their health and which they do not perceive. The preliminary results show that the relations between territory and health directly impact the daily lives of black women.

Keywords: Territory; Health; Everyday Life; Black Women; Resistance.

Tradução do título em espanhol

Resumen. Entender la salud como elemento es de suma importancia para la existencia de las personas y supone un reto complejo y cada vez más necesario, ya que cuando hablamos de salud no nos referimos únicamente a la ausencia de enfermedad, sino a una serie de elementos que inciden directamente en la estructura de una sociedad determinada. En este sentido, el

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Desenvolvimento Regional e Urbano na Amazônia (PPGPAM) da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (Unifesspa). Bolsista Capes, nº. 88887.603292/2021-00.

² Professor do Instituto de Estudos em Desenvolvimento Agrário e Regional (Iedar) da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA).

objetivo de la investigación será describir la relación entre el territorio y la salud de las mujeres negras, tomando como sección territorial el Núcleo São Félix de la ciudad de Marabá-PA, para atestiguar tales relaciones. El artículo materializa el inicio de una investigación que a partir de entrevistas intenta identificar las diversas luchas cotidianas de las mujeres negras de la Amazonia urbana, su percepción sobre la importancia de qué elementos del territorio afectan a su salud y cuáles no perciben. Los resultados preliminares muestran que la relación entre territorio y salud repercute directamente en la vida cotidiana de las mujeres negras.

Palabras Clave: Territorio; Salud; Vida Quotidiana; Mujeres Negras; Resistencia.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é parte da pesquisa intitulada “A relação entre território e a saúde das mulheres negras: um olhar a partir da vida cotidiana no núcleo São Félix”, vinculada ao Programa de Pós -Graduação em Planejamento e Desenvolvimento Regional e Urbano na Amazônia da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, que se encontra ainda em fase de desenvolvimento. Utilizamos como metodologia a “abordagem qualitativa que aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas” (MINAYO, 2001, p. 22). A pesquisa qualitativa lida com “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2001, p. 21).

A constituição Federal de 1988 estabeleceu no âmbito jurídico, bases legais de cidadania, que se expressam, dentre outros, pelo reconhecimento da saúde como direito fundamental. A efetivação desse direito deve ser através do Sistema Único de Saúde (SUS), que é norteado por princípios éticos e organizacionais estratégicos, entre os quais se destaca a participação e controle social, a universalidade e a igualdade do acesso, a integralidade da atenção e a descentralização político-administrativa. (BRASIL, 1990).

O reconhecimento do direito à saúde é um dos motivos que levou à adjetivação da Constituição de 1988 como ‘cidadã’ pois, além de inovar na ampliação de direitos, também o fez na consideração dos sujeitos de direitos, como expressam os Artigos 215 e 216 ao reconhecerem o caráter pluriétnico e multicultural do Estado Brasileiro. A Constituição Federal e a Lei No. 8080/1990¹ também representam um divisor de águas na concepção de saúde na medida em que atestam as influências de determinantes sociais, e não apenas biológicos, nos processos de saúde-doença.

¹ Lei orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), dispõe sobre a promoção, proteção recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

A visão que, em teoria, norteia o SUS estabelece ‘saúde’ como um estado de “bem-estar físico, mental e social” determinado por fatores para além dos biológicos, incluindo os socioambientais e políticos (BRASIL, 1990). Portanto, se anteriormente à implantação do SUS, prevalecia o modelo biomédico e hospitalocêntrico, com práticas de cuidado individualizadas, a nova concepção impôs a necessidade de alteração de tal modelo, com a previsão de ações tanto individuais, quanto coletivas, com ênfase na prevenção de doenças e agravos, na promoção e recuperação da saúde de indivíduos e coletividades, sendo consideradas as suas especificidades, e se adaptando as diferenças do território nacional.

Compreender a saúde enquanto um elemento é de suma importância para a existência das pessoas e é um desafio complexo e cada vez mais necessário, já que quando falamos em saúde não nos referimos unicamente a ausência de doenças, mas a uma série de elementos que impactam diretamente a estrutura de uma determinada sociedade. Assim é importante destacar que esse tema tem sido relegado unicamente para as ciências biomédicas, mas pensar a saúde significa também pensar nos processos de desenvolvimento, lutas e resistências dos diversos povos e sociedades na melhora dos seus territórios.

No mesmo sentido dos avanços advindos com a constituição de 1988, os debates sobre as necessidades específicas das populações historicamente marginalizadas (mulheres, negros, indígenas, LGBTQIA+) tem se intensificado cada vez mais, tanto no âmbito da saúde quanto em outras áreas de direitos historicamente negados. Vale destacar, no entanto que tais avanços foram conquistados através de muitas lutas e resistências, como destaca Werneck (2010, p. 06), “todo o século XX no Brasil foi marcado por diferentes fases e formas de mobilização social em defesa de direitos fundamentais”.

É de interesse desta pesquisa colocar como destacável a mobilização das mulheres negras e seu protagonismo grandes nas diversas lutas sociais, especialmente àquelas ligadas a saúde e a qualidade de vida, mesmo que na prática, como afirma Werneck (2016,p. 2), poucos avanços se tenham alcançado quando analisamos os mecanismos voltados à superação do racismo e da desigualdade racial.

As reivindicações da população negra e de movimentos sociais – especialmente o Movimento de Mulheres Negras e do Movimento Negro – por mais e melhor acesso ao sistema de saúde participaram da esfera pública ao longo dos vários períodos da história das mobilizações negras, principalmente no período pós-abolição, e se intensificaram na segunda metade do século XX, com forte expressão nos movimentos populares de

saúde, chegando a participar dos processos que geraram a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde. No entanto, é possível verificar que essa presença, apesar de ter contribuído para a concepção de um sistema universal de saúde com integralidade, equidade e participação social, não foi suficiente para inserir, no novo Sistema, mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, particularmente aquelas interpostas pelo racismo (WERNECK, 2016 ,p. 2).

Discutir sobre a saúde da população negra envolve uma série de problemáticas que necessitam ser consideradas para ter o mínimo de legitimidade no assunto. A primeira delas é a marginalização histórica que essa população vem sofrendo desde os tempos da escravização, e a segunda possui uma relação direta de causa e consequência com a primeira, que é a questão do racismo institucional. Sabemos que ambas as problemáticas permeiam a vida da população negra em todos os âmbitos e como diz a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)

A persistência desta situação ao longo desses anos é facilmente observada na precocidade dos óbitos, nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, na maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, bem como nos altos índices de violência urbana que incidem sobre a população negra. (BRASIL, 2013, p. 5)

Foram mais de 300 anos de escravização do povo negro, depois, com a assinatura da lei áurea esse povo simplesmente foi jogado na rua sem nenhum tipo de assistência, amontoados nos cortiços, nas favelas ou nas periferias, sem acesso à educação, saúde ou qualquer outra política que garantisse o mínimo de existência e sobrevivência, fazendo com que muitos voltassem para as fazendas e casas dos brancos para “trocar” seus trabalhos por abrigo e comida, sem o mínimo tratamento humano, ainda sob a condição de escravizados. Ao mesmo tempo, nos casos dos que se aglomeram nos cortiços, passaram por longos processos de ainda mais violência por parte do estado com a expulsão desses espaços, a consequência disso é que:

Na sociedade brasileira, brancos, negros – pretos e pardos – e indígenas ocupam espaços sociais diferentes, que se refletem nos indicadores sociais: negros e indígenas possuem os piores indicadores de escolaridade, estão inseridos nos piores postos de trabalho e têm menos acesso a bens e serviços sociais. Estas desigualdades levam à miséria material, isolamento espacial e social, e restrições à participação política. (BATISTA, MONTEIRO e MEDEIROS 2013, p. 682)

A imagem desses sujeitos esteve sempre atrelada ao sujo, ao atrasado, ao marginal, ou a qualquer outro termo que represente o indesejado. Dessa forma, o racismo é caracterizado por Batista, Monteiro e Medeiros (2013, p. 682) como:

um fenômeno ideológico, um importante fator de violação de direitos e de produção de iniquidades, especialmente no campo da saúde. O racismo tem relação com as condições em que a pessoa nasce, com sua trajetória familiar

e individual, condições de vida e moradia, condições de trabalho, emprego, renda e de acesso à informação e aos bens e serviços. O racismo também é visível na qualidade do cuidado e assistência prestada, nos perfis e estimativa de mortalidade infantil, nos sofrimentos evitáveis ou mortes precoces, nas taxas de mortalidade da população adulta e nos perfis, indicadores e coeficientes de mortalidade materna.

Apesar de este ser um problema histórico da sociedade brasileira, segundo Werneck (2016, p. 537) “A vinculação entre racismo e vulnerabilidades em saúde chegou à agenda da gestão pública com mais força após a realização da Marcha Nacional Zumbi dos Palmares em 1995.” através da força cada vez mais crescente do Movimento Negro, e principalmente das mulheres negras, o que nos leva a refletir como, no Brasil, as questões sociais só são consideradas mediante às exigências das organizações civis.

Vale ressaltar que apesar da histórica tentativa de invisibilização e negação, o racismo possui consequência direta na saúde que é facilmente observável. “O processo saúde doença envolve múltiplos fatores além dos biológicos, ambientais e socioeconômicos, configurando-se de forma diversa no psiquismo humano e nas sociedades em cada contexto histórico e social.” (MIRANDA, 2010, p. 1). Isso significa dizer que além dos problemas causados pela marginalização dessa população, que são os de caráter socioeconômicos e ambientais, há ainda os decorrentes do psiquismo e do contexto histórico e social.

Destacamos que dentre os múltiplos fatores não biológicos o território derivado do processo de “territorialização [que] consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, considerando-se uma atuação em uma delimitação espacial previamente determinada” (Monken e Barcellos, 2005).

Para além da dimensão político-operativa do sistema de saúde, o território, na condição de cotidiano vivido no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde no nível local do SUS, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma delimitação espacial, um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção (MIRANDA et al. Apud MONKEN e BARCELLOS, 2008).

Observa-se que essa discussão aponta aspectos de extrema relevância pois está interrelacionada com o conceito de território, trazido aqui pela ótica de Brandão, onde define, de forma ampla, território como “não é um dado ou um sítio fixado. É uma construção social conflituosa. Uma produção coletiva, dinâmica, multidimensional, com trajetória histórica em aberto” (BRANDÃO, 2004, p.60). Portanto, é de extrema

importância ressaltar que processos econômicos, políticos e conseqüentemente os sociais conformaram o contexto de fatores não biológicos onde a vida cotidiana dos povos acontece.

Por conseguinte, a Amazônia de modo histórico, perpassou por inúmeros processos conflitantes no qual teve conseqüências diretas no seu desenvolvimento em aspectos territoriais, econômicos, sociais, políticos e culturais. Em primeiro lugar, é importante salientar que o processo de migração forjada da escravidão conformou a presença de afrodescendentes na Amazônia com um conhecimento cultural adaptado às condições tropicais. Ainda que por vezes estes povos que vivem, trabalham e produzem meios de subsistência nesses territórios e mesmo assim são invisibilizados por sujeitos que através de diferentes formas de inserção buscam disputar tal espaço, iniciando assim processos complexos de invisibilização e apropriação dos pertences dos povos. Podemos visualizar tal situação na afirmação destacada por Rosero-Peña, na qual destaca que

a presença de afrodescendentes na Amazônia é constantemente esquecida. Os africanos muitas vezes vieram de regiões de floresta tropical e, como os povos indígenas da Amazônia, tinham conhecimento de longa data e experiências profundas em ambientes tropicais. Hoje, eles podem contribuir para práticas sustentáveis. Promover a governança ambiental inclusiva em termos de gestão sustentável de territórios ancestrais e bem-estar econômico estratégico é crucial. A maioria dos estudos sobre afrodescendentes na Amazônia é de países que não falam espanhol, o que pode ser explicado - entre outras coisas - pelos locais e portos que os escravos desembarcaram. Outra explicação para a invisibilidade do papel dos afrodescendentes na formação da Amazônia são os construtos deterministas e estereótipos que giram em torno da presença africana nas Américas, incluindo a falácia de que os povos afro-descendentes só contribuíram com mão de obra não qualificada. Outro construto envolve a relação entre as sociedades urbanas latino-americanas e a natureza, que costumava ser considerada improdutivo. Nesse sentido, os habitantes da floresta eram considerados selvagens, preguiçosos e incapazes de converter as florestas em áreas desenvolvidas produtivas. Por fim, tanto os povos afrodescendentes quanto os indígenas nas Américas são erroneamente retratados como povos sem história e capacidade de ação próprias. (ROSERO-PEÑA, 2021, p. 3-4).

Outro dos processos que conformou a Amazônia atual foi a colonização nacional produzida pela ditadura através de campanhas como "integrar para não entregar" e "terras sem homens para homens sem-terra" que mobilizou uma quantidade enorme de trabalhadores pobres advindos principalmente do Nordeste. Esta mobilização foi criada como apoio aos incentivos para os empresários virem "desenvolver" a região. Podemos visualizar tal situação na ótica de Congilio e Moraes (2016) ao destacarem que

No contexto Amazônico, o problema começou a surgir com as grandes obras de desenvolvimento capitalista que, ao desconsiderar totalmente as populações já existentes, atraiu uma grande quantidade de migrantes com as promessas de terras e/ou de melhores condições de sobrevivência. Vieram

também os investidores do grande capital que, incentivados financeiramente pelo Estado, propunham-se a “desenvolver”, melhor dizendo, explorar a região. Através de diversos programas de “colonização”, para povoar a Amazônia considerada “desabitada”, o Estado garantiu força de trabalho a baixo custo, trazendo junto com a população um maciço volume de obras de infraestrutura que, adicionando-se aos incentivos fiscais e aos tantos outros benefícios cedidos, garantiu a presença de grandes empresários capitalistas. (CONGILIO e MORAES, 2016, p. 158).

A consequência espacial desse processo econômico e migratório foi a criação de cidades como apoio logístico e mercado de mão de obra para a transformação do território, e o crescimento das principais metrópoles da Amazônia brasileira. No plano social, as populações mais pobres se localizaram nas periferias das cidades, seguindo a tendência do conjunto de cidades brasileiras, mostrando nestas áreas graves carências nas condições adequadas de infraestrutura básica e serviços (esgoto, água encanada, eletricidade, saúde, educação e transporte).

É notável que apesar de todos os problemas apresentados, o povo negro sempre lutou e resistiu, seja por direito a vida, saúde, território ou por qualquer outro direito humano sistematicamente negado. Uma consequência importante, dentre outras várias é que, como apresenta Werneck (2016, 539) “grande parte das formulações conceituais de diretrizes e estratégias e da atuação em saúde da população negra teve origem fora do sistema de saúde, a partir da atuação dos sujeitos negros organizados, de suas análises, conhecimentos e valores.”

O objetivo desta pesquisa é ampliar as estratégias de resistência para um plano da vida cotidiana individual da população negra, no caso de mulheres negras, nas periferias urbanas das cidades amazônicas, pois é neste plano que se manifestam as percepções dos indivíduos sobre as condições da saúde. A Amazônia é um lugar de disputa sobre o qual muitas pessoas no passado e hoje estão em conflitos e/ou violências, que “em cada novo movimento de expansão prevalece também a violência, seja contra as populações tradicionais ainda (r)existentes na região, seja contra os camponeses” (CONGILIO e MORAES, p. 159). Além de refletir seus interesses na destruição desse território, essas ideias também perpetuam a desigualdade ao estigmatizar a realidade mais diversa da região. A exposição à existência e ao patrimônio da população negra na Amazônia significa ocupar uma parte fundamental da história do Brasil.

O Núcleo São Felix da cidade de Marabá, no Estado do Pará, é o recorte espacial do presente estudo. É um Núcleo periférico constituído de ocupação estável com mais de meio século da sua ocupação inicial (SILVA, 2014), e resultado de ocupações e

loteamentos informais mais recentes, assim como loteamentos mais formais e Residenciais pertencentes ao Programa Minha Casa, Minha Vida, “esta estratégia de produção de habitação contribuiu para a consolidação de uma periferia pobre nos núcleos São Félix e Morada Nova, já que esses não têm serviços públicos suficientes (sobretudo educação e saúde) [...]” (REDÓN e SOUZA, 2021, p.174). Nesse sentido, o objetivo da pesquisa será descrever as relações entre território e a saúde das mulheres negra a fim de atestar tais relações. Destacamos que, por estar em desenvolvimento, as reflexões analisadas são de apenas uma interlocutora.

Portanto, essa pesquisa se materializa como uma tentativa de contribuir com as diversas lutas diárias das mulheres negras em Marabá, que de acordo com o relatório Desenvolvimento Humano para Além das Médias, apresentado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2017) é a cidade que tem o pior índice de desenvolvimento humano para as mulheres.

Metodologia: Mulheres negras e a vida cotidiana

A vida cotidiana e o planejamento urbano estão ligados, pois interagem diretamente com as formas e mudanças da sociedade impactam no desenvolvimento de ambos, como afirma Gregório (2021, p.8) “a dialética da vida cotidiana está intimamente relacionada à crise da modernidade, ao cotidiano, ao urbano, à cidade, às diferenças, às desigualdades, ao pensamento mundano, filosófico e científico acerca dos atos do mundo”. Já sobre o planejamento urbano observa-se que

é compreendido como uma expressão dos modos pelos quais a sociedade concebe, projeta e realiza as transformações do seu espaço e tempo em estreita vinculação com os modos de produção (economia), de significação (cultura) e de organização (política) sociais. Considerando a sobreposição e dominação de alguns destes fatores sobre outros em contextos, lugares e momentos específicos da história, a incursão pelas perspectivas sobre a vida cotidiana torna-se útil na medida em que possibilita uma crítica do planejamento urbano em que se procura equilibrar estes elementos, restituindo uma dimensão socialmente crítica e humanística de sua prática. Pode-se dizer que a crítica da vida cotidiana, inscrita num espaço vivenciado, pode oferecer pistas para a sua leitura sócio-espacial e os seus encontros e desencontros com o planejamento urbano que concorrem para a própria concepção e percepção da realidade urbana, do espaço e do tempo, traduzindo, refletindo, interpelando ou contestando os modos de produção econômica, social, cultural e política. (GREGÓRIO, 2021, p.9).

Desta forma, essa pesquisa é direcionada para a vida cotidiana das mulheres negras, afim de demonstrar como tais sujeitas re-produzem conhecimentos sobre seus modos de vida e resistências, considerando os fatores que corriqueiramente não são vistos, e que em última instancia podem repercutir em como o planejamento urbano foi ou está sendo

desenvolvido. Para capturar a vida cotidiana, na dissertação trabalharemos com entrevistas abertas sobre os seguintes perfis de mulheres

- 1- Uma mulher jovem de 25 anos, solteira, que trabalha e não tem filhos;
- 2- Uma mulher de 25 a 50 anos, casada ou não, chefe de família e que tem filhos que são crianças. Considerando aqui, os termos do artigo 2º da Lei 8.069/90 que regimenta o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de modo que, criança é uma pessoa de até 12 anos de idade incompletos;
- 3- Uma mulher de 40 a 60 anos, chefe de família e que tem filhos que são jovens que trabalham ou não. Considerando aqui jovens sujeitos de 15 a 29 anos de idade, segundo o artigo 1º da Lei no 12.852/2013 que institui o Estatuto da Juventude.
- 4- Uma mulher com 65 anos ou mais, aposentada e independente.

As diferentes idades, fase da vida, é um critério que irá possibilitar a compreensão das diversas necessidades de cada estágio da vida cotidiana. Destacamos que nessa pesquisa estamos trabalhando com o perfil 2.

Ressalta-se que ao delinear o perfil de cada mulher negra que irá contribuir como a pesquisa é importante destacar que quando uma mulher negra escuta e fala com outras mulheres negras “torna possível gerar conhecimento a partir de relações de poder mais igualitárias entre pesquisadora e pesquisa” (KILOMBA, 2019, p. 83) e essas relações crescem ainda mais quando a idade e a classe são semelhantes à da pesquisadora possibilitando assim, a reconstrução de experiências da vida cotidiana.

É necessário destacar que quando falamos de mulheres negras, não queremos dizer que se trata de uma demanda única e universal, pois existem diversas formas de ser mulher negra em um país tão grande e diverso. Queremos dizer apenas, que no que diz respeito ao enfrentamento da intersecção de racismo, machismo e sexismo, essas diferentes realidades se aproximam, forjando a identidade dessas sujeitas na labuta do dia a dia.

Em outras palavras, debater a saúde das mulheres negras não se trata de uma questão somente epistemológica, mas de uma necessidade, em escala crescente, de entender como o racismo afeta diariamente a vida das populações mais marginalizadas a través dos fatores não biológicos. Pois é necessário evidenciar o conceito de racismo para entendermos as consequências na vida cotidiana, assim sendo, Kabengele Munanga destaca que

o racismo é uma crença na existência das raças naturalmente hierarquizadas pela relação intrínseca entre o físico e o moral, o físico e o intelecto, o físico e o cultural. O racista cria a raça no sentido sociológico, ou seja, a raça no imaginário do racista não é exclusivamente um grupo definido pelos traços físicos. A raça na cabeça dele é um grupo social com traços culturais, lingüísticos, religiosos, etc. que ele considera naturalmente inferiores ao grupo a qual ele pertence. De outro modo, o racismo é essa tendência que consiste em considerar que as características intelectuais e morais de um dado grupo, são conseqüências diretas de suas características físicas ou biológicas. (MUNANGA, 2004, P.8)

Isso significa dizer que mesmo em condições adversas as mulheres negras não são sujeitadas passivas que não elaboram suas próprias formas de representação e estratégias de sobrevivência. Na mesma direção das reflexões de Jurema Werneck, Sueli Carneiro afirma que “as mulheres negras estão submetidas, em consequência da conjugação perversa do racismo e do sexismo, as quais resultam em uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida” (CARNEIRO, 2002, p.2).

Sabemos que tem sido a partir de condições profundamente desvantajosas em diferentes esferas (também nos lugares) que as mulheres negras desenvolveram e desenvolvem suas estratégias cotidianas de disputa com os diferentes segmentos sociais em torno de possibilidades de (auto)definição. Ou seja, de representação a partir de nossos próprios termos, a partir do que se projetam novos horizontes. Estratégias que deviam e devem ser capazes de recolocar e valorizar nosso papel de agentes importantes na constituição do tecido social e de projetos de transformação. (WERNECK, 2016, p. 83)

Com isso, concordamos com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), na qual discorre que

Para uma análise adequada das condições sociais e da saúde da população negra, é preciso ainda considerar a grave e insistente questão do racismo no Brasil, persistente mesmo após uma série de conquistas institucionais, devido ao seu elevado grau de entranhamento na cultura brasileira. O racismo se reafirma no dia a dia pela linguagem comum, se mantém e se alimenta pela tradição e pela cultura, influencia a vida, o funcionamento das instituições e também as relações entre as pessoas; é condição histórica e traz consigo o preconceito e a discriminação, afetando a população negra de todas as camadas sociais, residente na área urbana ou rural e, de forma dupla, as mulheres negras, também vitimadas pelo machismo e pelos preconceitos de gênero, o que agrava as vulnerabilidades a que está exposto este segmento. (BRASIL, 2013).

O racismo é gerador de diversos fatores que são condicionantes e determinantes para a vida cotidiana da população negra, e quando essa população é representada por Mulheres Negras, tais fatores são mais latentes, impactando direta e indiretamente nos processos sociais, econômicos, demográficos e políticos. Dito isso, ressalta-se a importância e a relevância de estudar mulheres negras e as lacunas sociais a partir da visão e da vivência de mulheres negras, pois se “a constituição da subjetividade

feminina é marcada por violências, repressões e controles muito particulares e diferentes em relação ao que é vivenciado por homens, heterossexuais ou gays” (RAGO, 2014, p. 65). Isso emerge que Mulher em uma sociedade com desigualdades sociais, de gênero e em outros aspectos da vida, imagine ser Mulher negra, moradora de um lugar social e geograficamente marginalizado, que é o caso do lugar espacial do estudo, o Núcleo São Félix.

Recorte espacial: Marabá (PA) e o Núcleo São Félix

Marabá é fruto dos processos anteriormente citados, resultando em uma população heterogênea, com diferentes raízes (também indígenas e negros). Silva (2010, p.80) destaca que “a existência de mocambos que reuniram negros e indígenas foram comuns tanto no Pará como no Maranhão”.

Todavia, não foi só ao nível da economia e das relações sociais de caráter econômico que surgiram razões para a transformação do sistema. O mesmo ocorreu ao nível da política. A área havia de integrar-se no esquema da política dos coronéis da República Velha. Isso era fundamental em relação às áreas novas do ponto de vista da política dominante, pois caso contrário poderia surgir um subsistema relativamente independente e incontrolado. (VELHO, 2009, p. 53).

Marabá, como outras cidades amazônicas, foi criada sob o impacto de algum dos diversos ciclos econômicos, nos quais se destacaram o ciclo do extrativismo vegetal na década de 80 no século XX (tendo queda com a crise da borracha). Sob o ciclo da borracha

A certeza do caucho atrai multidões de muitas partes, especialmente do Maranhão e do Norte de Goiás, ainda transbordamentos da frente pecuarista; e também do Piauí, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Bahia e outros Estados. Aparentemente, na área do Itacaiúnas a exploração da borracha sempre foi livre. Qualquer um que quisesse poderia internar-se na mata em busca da goma. (VELHO, 2009, p.35)

O ciclo posterior da castanha-do Pará, que segundo Velho (2009, p.52) entre “1920 a 1925 dominou na região de Marabá de modo praticamente absoluto o sistema dos castanhais livres”. Sistema que de acordo com Ikeda (2014, p. 64) “poder local em Marabá era controlado por oligarquias extrativistas, as quais dispunham de mecanismos suficientes para manterem-se numa posição privilegiada no cenário político”.

Com a efervescência do garimpo de Serra Pelada², Marabá também teve uma passagem com o ciclo dos garimpos. Silva relata que, esse mergulho na onda de garimpos “serviu para amortecer os conflitos agrários, bem como ocupar parcela da população camponesa que já havia migrado para as cidades da região, principalmente Imperatriz–MA e Marabá–PA” (SILVA, 2010, p.95).

O fluxo populacional de Marabá, desde os primeiros ciclos econômicos foram sofrendo mudanças rápidas e desordenadas tendo como resultado a expansão da área territorial. Por volta de 1960 a taxa de crescimento estava em 28% em 10 anos, e com a população já com a estimativa de 14.228 habitantes, uma alternativa foi expandir Marabá para outras áreas territoriais, e assim foi criado o Núcleo do São Félix, também como forma de escapar das áreas alagadiças. Atualmente o

São Félix é um núcleo urbano da cidade de Marabá, localizado à margem direita do rio Tocantins, contíguo a ponte rodoferroviária e à rodovia BR-222, constituído por um espaço de ocupação estável, de mais de meio século, e outras produções espaciais imediatas, resultado de ocupações recentes. Em ambos os espaços as condições de instalações físicas e serviços públicos coletivos são ainda somente parcial e precariamente realizados.

Território dos índios Gavião, a partir de 1930 as terras a direita do Tocantins passaram a ser disputadas e controladas por coronéis da castanha (SILVA, 2010, p. 163).

“Por ocasião da grande enchente de 1980³, a Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM) implantou o núcleo urbano da Nova Marabá” (CARDOSO e LIMA, 2009, p. 175), que no futuro seria conectado com São Félix além de barca, pela ponte ferroviária. Como uma tentativa de resolver a questão das enchentes, buscou-se desenvolver ações com o intuito de ter um projeto urbanístico para o então Núcleo Nova Marabá. Após alguns estudos ser feito na área territorial, ainda segundo Cardoso e Lima (2009, p.182), “descartou-se o assentamento localizado na margem oposta do rio Tocantins como possível alternativa (São Félix) e também o sítio localizado na margem oposta do Itacaiúnas”.

Atualmente, o município de Marabá, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, está situado na região Norte, no sudeste do Pará, região

² O garimpo de Serra Pelada, cuja descoberta é anunciada entre janeiro e fevereiro de 1980, localiza-se a leste da Serra dos Carajás, aproximadamente a 130 quilômetros de Marabá, com acesso pela rodovia PA – 275 ou por via aérea. Atual município de Curionópolis, desmembrado da cidade de Marabá em 1988. Em seu primeiro ano de exploração contou com cerca de 30 mil garimpeiros, segundo informações da imprensa e de pesquisadores. (MOURA,2008, p. 46)

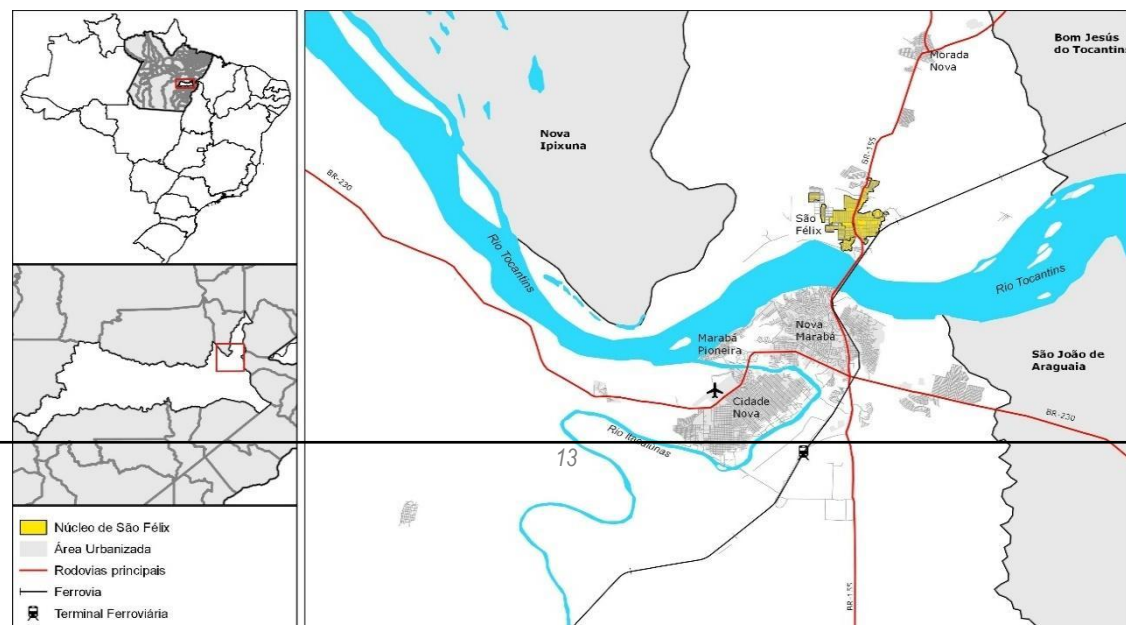
³ A enchente de 1980 foi tida pelos moradores e por especialistas como a maior, pelo menos nas medições feitas a partir do ano de 1976, com uma régua instalada às margens do rio Tocantins. A mesma alcançou o nível mais elevado, com 17,42 metros e atingiu a cidade em um momento em que esta se encontrava em fase de grande crescimento pela intensificação do fluxo migratório. Nessa época estavam sendo implantados os grandes projetos de iniciativa do Governo Federal, como a construção da hidrelétrica de Tucuruí e o Projeto Carajás para exploração do ferro (ALMEIDA, 2011, p 16).

Amazônica brasileira, às margens dos Rios Itacaiúnas e Tocantins. Com uma área Territorial de 15.128,058 km² e sua população estimada, no ano de 2021 é 287.664 habitantes. Santos (2019) discorre que Marabá é composto por uma população heterogênea, fruto dos processos de migração, incentivados e patrocinados pelo Estado, que criou grandes projetos de “desenvolvimento” da Amazônia. Processos esses (discorridos anteriormente), que de acordo Jean Hébette

Houve tanta propaganda em torno da Amazônia! O Presidente da República, em 1970, tinha dito que queria levar “homens sem-terra para uma terra sem homens”. A imensa Amazônia tornou-se esperança dos sem-terra, que não deixaram de afluir. Para cumprir sua promessa, o presidente deveria ter proibido as grandes fazendas, essas terras de gado sem homens nem gado. O que aconteceu foi o contrário da reforma agrária: não mudou coisa nenhuma, não se reformou nada. Fez na Amazônia o mesmo que no Nordeste, em São Paulo, no Paraná: concentrou-se mais uma vez a terra. O que se verifica, na verdade, na Amazônia, é que latifúndios, em número cada vez maior, se concentram nas mãos dos que tem de sobra terra inexplorada; que espaços ocupados e efetivamente explorados por homens laboriosos são ‘limpados’ de seus moradores e se tornam terras sem homens, terras de bois; que florestas secularmente preservadas por populações indígenas lhes são arrancadas para serem derrubadas (...). (HÉBETTE,2004, p. 334)

Hoje o São Félix é um dos núcleos da cidade de Marabá, dividida em cinco núcleos, junto com os núcleos da Marabá Pioneira, Nova Marabá, Cidade Nova e Morada Nova. Como é possível ver no mapa (Figura 1), o núcleo São Felix é um subcentro que está separado do centro da cidade pelo rio Tocantins e por isso é considerado periférico, social e geograficamente, tendo em vista que o grosso dos equipamentos e serviços estão localizados nos núcleos Nova Marabá, Cidade Nova e Marabá Pioneira, o que tem causado diversos transtornos para a população de São Felix que precisa atravessar a ponte de via única que frequentemente encontra-se com problemas

Figura 1. Mapa de Marabá



Assim, mesmo sendo um núcleo urbano, existe uma desigualdade no acesso à cidade, mas apesar disso, a população de São Felix constrói suas próprias estratégias de resistência. Concordando com Lefebvre (2001, p.14), “os violentos contrastes entre a riqueza e a pobreza, os conflitos entre os poderosos e os oprimidos, não impedem nem o apego à cidade nem a contribuição ativa para a beleza da obra. No contexto urbano, as lutas de facções, de grupos, de classes, reforçam o sentimento do pertencer.”

Concordando com Lopes (2005, p.1596), “é nítida a dimensão espaço-regional na concentração de riqueza e na distribuição dos pobres e inegável sua relação com raça/cor e gênero – as mulheres negras encontram-se nos mais baixos patamares de renda”. Também no caso do Núcleo de São Félix, onde os espaços as condições de instalações físicas e serviços públicos coletivos são ainda somente parcial e precariamente realizados (SILVA, 2014). Mas, apesar das desigualdades, as mulheres negras ocupam esses bairros marginalizados e neles se territorializam, construindo relações afetivas, socioeconômicas e de pertença, e organizando assim, além da reprodução cotidiana de suas vidas, lutas por condições dignas de bem viver, tais como escolas e creches de qualidade, acesso a serviços de saúde e transporte acessível, além das atividades culturais e de lazer.

Determinantes Sociais e a saúde

Buss e Filho (2007), definem os Determinantes Sociais em Saúde a partir de suas análises sobre a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), criada em 2006, da maneira que “os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS E FILHO, 2007, p.78).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em busca do conceito dos DSS, concluiu que os determinantes sociais da saúde estão direta e indiretamente relacionados com as condições em que os indivíduos, grupos e/ou comunidades vivem e trabalham,

considerando os fatores biopsicossociais, como discutido acima na análise de Buss e Filho. Tais fatores, de acordo com a OMS, têm influência na ocorrência e recorrência de problemas de saúde, com impacto na população, principalmente na habitação, escolaridade, alimentação, rendimento e emprego.

Portanto a partir dos DSS é possível analisar como indivíduo, grupo e/ou comunidade é impactado com uma situação que ocorre através de relações entre o ambiente, as questões sociais e a dinâmica estabelecida em um determinado processo. Pois

(...) descortina uma matriz explicativa mais adequada à complexidade que envolve os processos da vida e os fatores relacionados à saúde e ao processo de adoecer. Neste âmbito, os fatores psicossociais podem atuar facilitando, mantendo ou modificando o curso da enfermidade, embora o seu peso relativo possa variar seja de “doença” para “doença”, de pessoa para pessoa, e até mesmo para a mesma pessoa, considerando a história pessoal e o momento da vida. (ANDERSON e RODRIGUES, 2016, p.246).

Como o conceito de saúde, os determinantes sociais da saúde (DSS) também passam por diferentes abordagens. No entanto, aqui enfatizaremos a compreensão do DSS como um instrumento para destacar as desigualdades e iniquidades sociais e de saúde que impactam a vida da população. Rita Barata (2009), compreende que

As iniquidades são desigualdades injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça. A maioria das desigualdades sociais em saúde é injusta porque reflete a distribuição dos determinantes sociais da saúde na sociedade, remetendo, portanto, à distribuição desigual de poder e propriedade. Na perspectiva liberal, as desigualdades sociais em saúde são vistas como reflexo das escolhas pessoais que levam alguns a alcançar posições sociais de prestígio, que lhes conferem poder e posses na sociedade, enquanto outros permanecem em posições desvantajosas sem poder usufruir a riqueza social, sem desfrutar de prestígio ou poder político. (BARATA, 2009, p. 55)

Ao longo do tempo e no decorrer do debate sobre os DSS alguns modelos foram criados para refletir sobre tais questões, como o modelo de Mackenbach (1994), modelo de Brunnet e Marmot (1999) e, o modelo Dahlgren e Whitehead (1991).

O modelo Dahlgren e Whitehead (199) foi desenvolvido a partir da classificação dos Determinantes Sociais em Saúde em níveis, com o intuito de promover a prática de políticas públicas que tem a finalidade de contribuir com atenção, prevenção e promoção da saúde. Buss e Filho (2007, p. 83) destaca que, esse modelo “inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes”.

Podemos observar na Figura 2, que na base da primeira camada estão os indivíduos e suas características individuais, idade, sexo e fatores hereditários, os quais

influenciam a condição de saúde; a segunda camada é destacada pelo estilo de vida, Buss e Filho (2007, p. 83) aponta que

Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais - como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc. (BUSS e FILHO, 2007, p. 83)

Figura 2. Modelo de DSS proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).



A terceira camada engloba as redes comunitárias e de apoio, “cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que, é de fundamental importância para a saúde da sociedade” (BUSS e FILHO, 2007, p. 84). A quarta camada é composta pelas condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, o qual demonstra as desigualdades sociais e como tais influenciam na saúde da população. A última camada é composta pelas condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, essa camada possui impacto nas outras camadas, pois através dela é possível verificar fatores que influenciam diretamente, como por exemplo a posição social e econômica, grupos e/ou comunidades étnicas e gênero.

Portanto, as relações destacadas acima, de acordo com o modelo Dahlgren e Whitehead (1991), viabilizam a prática de políticas públicas a partir das características do indivíduo, da comunidade, do acesso local e das condições macroeconômicas. Sendo assim, iremos evidenciar fatores que influenciam a saúde da mulher negra através dos

Determinantes Sociais em Saúde, sendo importante analisar tais fatores para o desenvolvimento dessa pesquisa. Vista disso é que

As discriminações raciais/étnicas são variáveis de grande relevância na produção das desigualdades, e seus efeitos sobre a população devem ser compreendidos per si e em intersecção com outras formas de opressão, em especial no que tange ao acesso aos serviços e a implementação de ações e políticas públicas na área da saúde. (SANTOS, 2013,p.44)

Território marabaense e a vida cotidiana das mulheres negras

As mulheres negras são as mais que sofrem com a ineficiência das políticas públicas e de saúde, pois são colocadas nas margens dos processos de decisões e o que resta é resistir para tentar viver e não sobreviver, já que corriqueiramente se deparam com a falta de direitos básicos para viver com qualidade. Nesse processo de luta e resistência passam por caminhos onde territorializam espaços para serem ouvidas e ter acesso aos direitos que por vezes são negados. Observamos a ineficácia das políticas na fala de uma moradora do Núcleo mais afastado de Marabá

Aqui não tenho a água de qualidade para, para supri a população, não tem uma água de qualidade não tem um saneamento, eh é qualificado aqui então isso tudo gera a na saúde não tem uma rede de tratamento de esgoto adequada isso deixa a desejar bastante. (Entrevistada Perfil 2).

Quando se trata de políticas de saúde a interlocutora relata que há avanços e mais tem dificuldades em acessar e ainda relata sobre como a falta de saneamento prejudica a sua vida cotidiana e de sua família.

É, tem os postinho de saúde só que não tem infraestrutura o suficiente, para a demanda do nosso bairro que é grande o bairro São Félix ele teve um avanço, teve um um grande, é, aumento, aumento da população, aumento de de várias coisa, entendeu? Então é só posto de saúde, essas coisa não é o suficiente para a população do do bairro São Félix. (Entrevistada Perfil 2).

Trataremos aqui o território como espaço usado, isto significa que “quando falamos de ordem espacial, estamos nos referindo ao espaço explicado pelo seu uso”. (SANTOS, 2001, p. 33) isto é que não é um pedaço de solo onde moram as pessoas, e sim, o espaço onde elas reproduzem e conseguem tudo o que necessitam para produzir e reproduzir. Conectada a esta ideia, Bertha Becker também citará espaço a partir da prática, ideia que norteará parte do nosso argumento sobre a necessidade do estudo das práticas cotidianas das mulheres.

Ao pensar as práticas espaciais segundo Souza (2013, p. 239) é fundamental evidenciar que “a prática espacial é uma prática social”. Portanto, quando nos referimos ao uso ou a prática, atribuímos que são as ações dos agentes que constroem o espaço e o território. Seguindo essa direção Corrêa (2004) considera que

O espaço urbano capitalista- fragmentado, articulado, reflexo, condicionante social, cheio de símbolos e campos de lutas- é um produto social, resultado de ações acumuladas através do tempo, e engendradas por agentes que produzem e consomem espaço. São agentes sociais concretos, e não um mercado invisível ou processos aleatórios atuando sobre um espaço abstrato. A ação destes agentes é complexa, derivando da dinâmica de acumulação de capital, das necessidades mutáveis de reprodução das relações de produção, e dos conflitos de classe que dela emergem.

A complexidade da ação dos agentes sociais inclui práticas que levam a um constante processo de reorganização espacial que se faz via incorporação de novas áreas ao espaço urbano, densificação do uso do solo, deterioração de certas áreas, renovação urbana, relocação diferenciada da infra-estrutura e mudança, coercitiva ou não, do conteúdo social e econômico de determinadas áreas da cidade. É preciso considerar entretanto que, a cada transformação do espaço urbano, este se mantém simultaneamente fragmentado e articulado, reflexo e condicionante social, ainda que as formas espaciais e suas funções tenham mudado (CORRÊA, 2004, p. 11).

No entanto é importante analisarmos os contextos sociais e quais indivíduos estão nesses contextos, Barata (2009, p. 99), analisa que “o contexto social determina a cada indivíduo sua posição e esta, por sua vez, determina as oportunidades de saúde segundo exposições a condições nocivas ou saudáveis e segundo situações distintas de vulnerabilidade”. Essa afirmativa nos leva a refletir que o espaço e o território estão diretamente atrelados à saúde da população, seja através de benefícios ou prejuízos.

Contudo, mesmo apontando deficiências nas políticas públicas e de saúde no Núcleo São Félix, a entrevistada aponta questões de pertença na construção do território e de cuidado, fazendo assim uma rede de apoio em vários momentos vitais.

Eu considero São Félix um lugar bom pra morar é um lugar tranquilo, tem assalto? Tem. Tem roubo? Tem. Qual é o lugar que não tem? Só que é um lugar muito tranquilo. Tu sentar na tua porta, senta na minha porta eu fico até onze horas, até doze horas da noite, nunca fui assaltada, nunca fui violentada e nem nada, então não só eu, vejo várias pessoas que a gente onde a gente passa outras pessoas que ficam sentadas nas suas porta até tarde. Então eu não acho o São Félix num lugar muito perigoso.

As mudança foi a pista, que a mudança teve foi essa e o transporte. O transporte que teve um transporte é privado, só que como aqui a gente dependia só do transporte de coletivo, agora tem os que são transporte particular que é o LOSAMO, então teve esse avanço porque ele é aqui do Núcleo São Félix. Ele deu uma modificada enorme para a vida do povo de São Félix porque nessa parte era muito necessitoso para as pessoas. Então esse transporte mudou a vida de muita gente. (Entrevistada Perfil 2).

É indiscutível que nos contextos (citados acima) há relações diretas sob a ótica da relação-poder, onde pode-se ser observado consequências no território e espaço, com a cortina aberta para o desenvolvimento. Concepções que elencam o desenvolvimento como possível “bote salva-vidas”, porém as vezes tem fundamentos oriundos da visão do agente regulador, ou seja, o Estado.

Tal concepção funciona a partir da coerção, como discute Achile Mbembe (2016, p.18) “A própria coerção tornou-se produto do mercado. A mão de obra militar é comprada e vendida num mercado em que a identidade dos fornecedores e compradores não significa quase nada”. Carlos Brandão (2004, p 58.) observa “a necessidade da ‘territorialização’ das intervenções públicas é tomada como panacéia para todos os problemas do desenvolvimento”.

No entanto podemos observar como a interação em conjunto do Estado e do mercado, é assinalada como fonte que produzem concepções das teorias tradicionais, abrindo espaços para a formação de novos conjuntos de ideias, que justificam tais concepções com um possível crescimento, onde há uma ténue linha entre o Estado e o mercado, pautando as formas de desenvolvimento.

Percebe-se que assim possivelmente que despontará outras formas de organização nas relações sociais e nas ações que visam agilizar o desenvolvimento local. As ações das organizações fazem se necessário adquirir uma teoria sistêmica, pois o processo de desenvolvimento interfere nas dinâmicas de produção e compreensão espacial.

Considerações finais

Apesar de ser passíveis de contradições internas e, conseqüentemente, geradores de predicamentos, sustenta-se, aqui, a premissa de que os valores, conhecimentos e comportamentos culturais atrelados à saúde formam um sistema sociocultural integrado, total e lógico. Portanto, as questões relativas à saúde e à doença não podem ser analisadas de forma isolada das demais dimensões da vida social, mediadas e permeadas pela cultura que confere sentido a essas experiências. Cabe ressaltar que, em uma sociedade complexa, como a brasileira, há vários sistemas de atenção à saúde operando concomitantemente, sistemas esses que representam a diversidade dos grupos e culturas que a constitui. Aqui, embora o sistema médico estatal seja o biomédico, que oferece serviços de saúde via Sistema Único de Saúde (SUS), a população, quando enferma, recorre a vários outros sistemas. Muitos grupos não procuram biomédicos, mas utilizam a medicina popular, outros utilizam sistemas médico-religiosos, outros, ainda, recorrem a outros sistemas ao longo do processo de doença e cura. Pensar o sistema de atenção à saúde como um sistema cultural de saúde ajuda compreender esses múltiplos comportamentos e compreensão sobre esse processo e suas dimensões discorridas até aqui

Nessa direção, e refletindo sobre o ‘ser mulher negra’ no território Amazônico é oportuno ressaltar que saúde é algo subjetivo que agrega diversos fatores (socioeconômicos, biológicos, espirituais e ambientais). Fatores esses que corroboram com a ideia de que a saúde deve ser vista como um determinante para qualidade de vida, não como objeto de vida, portanto, ressalta-se que de acordo com essa concepção, a saúde é um conjunto que necessita de articulações diretas das políticas sociais, planejamento, emprego, cultura, educação, desenvolvimento social, habitação, trabalho, entre outras. Nesse sentido para compreender a saúde, é necessário desconjuntar o enfoque das ações voltadas para as doenças e voltar-se para a vida do indivíduo e da comunidade.

Ressaltamos que as reflexões discutidas até aqui são parte da pesquisa de Mestrado que está em andamento e por isso a utilização somente de um perfil (2).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N.A. **O conceito de saúde e a vigilância sanitária: notas para a compreensão de um conjunto organizado de práticas de saúde.** In: COSTA, E. A. (Org) Vigilância Sanitária: desvendando o enigma. Salvador: EDUFBA, 2008.

ALMEIDA, J. J. **Os riscos naturais e a história: O caso das enchentes em Marabá (PA).** Tempos Históricos, Marabá, v.15, n.2, p.205-238, 2011.

ALMEIDA-FILHO, Naomar. **Towards a Unified Theory of Health-Disease: I. Health as a complex model-object.** Revista de Saúde Pública. 2013.

ANDERSON, M. I. P., & RODRIGUES, R. D. (2016). **O paradigma da complexidade e os conceitos de Medicina Integral: saúde, adoecimento e integralidade.** Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, 15(3), 242-252.

ARÊDA-OSHAI, Cristina Maria. **“Tudo é importante, mas nossa bandeira de luta, mesmo, é o território”.** Aceno, Dossiê Temático: Conflitos territoriais e socioambientais nas Amazônias. v. 4 n. 8. agosto/dezembro de 2017

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. **Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra de uma escola pública.** Saúde em Debate: Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, out/dez 2013.

BATISTELLA, C. **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde.** In: FONSECA, A. F (org.). **O território e o processo saúde-doença.** Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.p. 51-86.

BECKER, Bertha. **Novas territorialidades na Amazônia: desafio às políticas públicas.** Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Cienc. Hum., Belém, v. 5, n. 1, p. 17-23, jan.-abr. 2010.

BOING, Alexandra Crispim. **Desigualdade socioeconômica nos gastos catastróficos em saúde no Brasil: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-3 e 2008-9**. Tese de doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2013.

BRANDÃO, Carlos Antonio. **Teorias, Estratégias e Políticas Regionais e Urbanas Recentes: anotações para uma agenda do desenvolvimento territorializado**. Revista Paranaense de desenvolvimento, Curitiba, n. 107, p. 57-76, 2004.

BRANDÃO, Carlos. **Desenvolvimento, Territórios e Escalas Espaciais: levar na devida conta as contribuições da economia política e da geografia crítica para construir a abordagem interdisciplinar**. In: RIBEIRO, Maria Teresa Franco e MILANI, Carlos R. S. (orgs.) *Compreendendo a complexidade sócioespacial contemporânea: o território como categoria de diálogo interdisciplinar*. Salvador, Editora da UFBA. 2008.

BRASIL, **Lei 12.852 de 5 de agosto de 2013**. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude- SINAJUVE.

BRASIL, **Lei 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente e dá outras providências.

BRASIL, **Lei Orgânica da Saúde nº. 8080, de 19 de setembro de 1990**. DOU. Brasília – DF, 20 de set. 1990.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 2ª Ed.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. In *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007.

CARDOSO, Ana Claudia Duarte; LIMA, José Júlio. **A Influência do governo federal sobre cidades na Amazônia: os casos de Marabá e Medicilândia**. *Novos Cadernos NAEA*, v. 12, p. 161-192, 2009.

CARNEIRO, Sueli. **“A batalha de Durban”**. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis. 2002.

CONGILIO, Célia. R.; MORAES, Carla S. **Violência agrária e desmatamento: corolários das políticas de Estado e das lutas sociais no sudeste paraense**. *LUTAS SOCIAIS (PUCSP)*, v. 20, p. 155-167, 2016.

CORRÊA, Roberto Lobato. **O Espaço Urbano**. São Paulo: Ática, 2004. (Série Princípios).

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health, Stockholm**: Institute for Future Studies, 1991.

EVARISTO, Conceição. **A escrevivência das mulheres negras reconstrói a história brasileira.** [Entrevista concedida a] Morgani Guzzo. **Portal Geledés.** Neste Julho das Pretas, Catarinas publica uma série entrevistas em referência ao Dia da Mulher Negra Latino-americana e Caribenha, celebrado no dia 25 de julho. Julho de 2021.

FRIEDMANN, J. **Planificación en el ámbito público. Del conocimiento a la acción.** **Instituto Nacional de Administración pública.** Colección: Estudios. Primera ed. Princeton University Press. Madrid, España, 1991.

GREGÓRIO, Maycon. **Planejamento urbano e vida cotidiana: Fundamentos teóricos- metodológicos para análises sócio-espaciais-** Curitiba.2021.

IKEDA, Joyce Cardoso Olímpio. **Expansão do capital, luta de classes e poder local: um estudo sobre a composição do poder político no município de Marabá / Pará (1985-2012).** 2014.154 f.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Desenvolvimento Humano para Além das Médias.**2017.

KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano.** Tradução de Jess Oliveira. Rio de Janeiro: Editora Cobogó, 2019. 244p.

KUNST AE, MACKENBACH JP. **Measuring socioeconomic inequalities in health.** **Copenhagen:** WHO Regional Office for Europe, 1994.

LACERDA, Norma. **O Campo do Planejamento Urbano e Regional: Da multidisciplinaridade.** R. B. Estudos Urbanos e Regionais, v. 15, n. 1, p. 77-93, 2013.

LEFEBVRE, Henri. (2001). **O direito à cidade.** São Paulo, Centauro.

LOPES, Fernanda. **Para Além da Barreira dos Números: desigualdades raciais e saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(5):1595-1601, set-out, 2005

LOPES, Luckas Sabioni; TOYOSHIMA, Silvia Harumi; GOMES, Adriano Provezano. **Determinantes Sociais da Saúde em Minas Gerais: uma Abordagem Empírica.** Documentos técnico-científicos. Volume 41, n. 01, jan./mar. 2010.

MARCONI, Marina A; LAKATOS, Eva M. **Fundamentos da Metodologia Científica.** São Paulo: Editora Atlas, 2003.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica.** Temáticas: arte & ensaios, n. 32. 2016. Disponível em: <https://www.procomum.org/wp-content/uploads/2019/04/necropolitica.pdf>

MINAYO, M.C S. Saúde: **concepções e políticas públicas. Saúde e doença como expressão cultural.** In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M.C.G. B (Org.). Saúde, trabalho e formação profissional. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 31-39

MIRANDA, Monique. **Classificação de raça, cor e etnia: conceitos, terminologia, e métodos utilizados nas ciências da saúde no Brasil, no período de 2000 à 2009.** Dissertação de mestrado, Escola Nacional de saúde pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, s.n. 2010.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio-jun. 2005.

MOURA, Salvador Tavares de. **Serra Pelada: experiência, memórias e disputas**. 2008. 119 f. Dissertação (Mestrado em História) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

MUNANGA, K. **Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia**. André Augusto P. (Org.), Cadernos Penesb 5. Niterói: EdUFF. 2004.

NARVAI, P.C.; PEDRO, P.F.S. **Práticas de saúde pública**. et al. In: **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2013, p. 307-335.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde** (OMS/WHO), Nova Iorque, p. 1-9, 1946.

PORTO MF, ROCHA DF, FINAMORE R. **Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: bases para um enfoque socioambiental crítico**. *Ciência & Saúde Coletiva*.2014; 19(10):4071-4080.

RAGO, Margareth. **A Aventura de Contar-se: Feminismos, escrita de si e invenções da subjetividade**. Editora Unicamp: Campinas, SP, 2014

REDÓN, Sergio M. SOUZA, Marcus Vinicius M. **Os Novos Vetores da Produção do Espaço Urbano em Marabá-PA**. In: CALIXTO, Maria José M. S. RÉDON, Sergio M. (org.). *O Programa Minha Casa Minha Vida e seus Desdobramentos Socioespaciais: os novos vetores da produção do espaço em cidades médias brasileiras*. Totalbooks: Porto Alegre, RS, 2021, 1a ed.

RIBEIRO, Ana Clara T. **O Ensino do Planejamento Urbano e Regional: Propostas à ANPUR**. R. B. Estudos Urbanos e Regionais, v. 4, n. 1/2, 2002.

ROSETO-PEÑA, MARTHA. **Presença Africana na Amazônia: um olhar**. 2021. Grupo de Trabalho 4, POVOS DA AMAZÔNIA. <https://www.aamazoniaquequeremos.org/painel-cientifico-para-a-amazonia/>.

SANTOS, Alexandre Lima e RIGOTTO, Raquel Maria. **Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde**. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2010, v. 8, n. 3, pp. 387-406.

SANTOS, Jheyciele Naira dos. **Gênero, racismo e saúde: um estudo sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF) no CRISMU de Marabá-PA**. 2019. 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas, Faculdade de Saúde Coletiva, Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, Marabá, 2019.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Nobel, 2008.

SANTOS, Milton - **O espaço da cidadania e outras reflexões**. organizado por Elisiane da Silva; Gervásio Rodrigo Neves; Liana Bach Martins. Porto Alegre: Fundação Ulysses Guimarães, 2011. (Coleção O Pensamento Político Brasileiro; v.3).

SANTOS, Milton. **Uma ordem espacial: a economia política do território**. *Revista Geoinova, Revista do Departamento de Geografia e Planejamento Regional*, Lisboa, nº 3, 2001.

Santos, Sônia Beatriz. **Famílias negras, desigualdades, saúde e saneamento básico no Brasil**. Tempus (Brasília) 2013

SILVA, Idelma Santiago da. **Fronteira cultural: a alteridade maranhense no sudeste do Pará (1970-2008)**. 2010. 230 f. Tese (Doutorado em História) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010.

SILVA, Idelma **Territórios de migrantes: a alteridade representada pelo bairro São Félix na cidade de Marabá (PA)**. N'umbuntu em revista, Dossiê Religiões de Matriz Africana em Marabá/PA. Ano 1, nº 01, novembro, 2014.

SOUZA, Marcelo Lopes de. **Os conceitos fundamentais da pesquisa sócio-espacial**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

VELHO, OG. **Frente de expansão e estrutura agrária: estudo do processo de penetração numa área da Transamazônia** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2009, 172p. ISBN: 978-85-9966-291-5. Available from SciELO Books.

WERNECK, Jurema. **Mulheres Negras: Um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil**. Criola, Rio de Janeiro. 2010.

WERNECK, Jurema. **Racismo institucional e saúde da população negra**. São Paulo: Saúde e Sociedade. 2016.