



ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM DUAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO SEMIARIDO BRASILEIRO

Autor: Maria Micaely de Souza Freitas (1);
Orientadora: Profa Ma Andrezza Karine Araújo de M. Pereira (2).

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN. Email: agecom@uern.br

Resumo

Introdução: A população negra até os dias atuais vivenciam o preconceito e as desigualdades em seu dia a dia, em decorrência de um processo histórico que ficou marcado pela precariedade e sofrimento de muitas vidas. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de cunho descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. **Resultados:** A pesquisa em questão encontra-se em andamento, e os dados aqui apresentados, são resultados parciais. **Conclusões:** É possível através de tais achados, constatar que de fato a busca pelos serviços de saúde está ligada também a questão como estes sujeitos se organizam socialmente e como vivenciam seu dia a dia.

Palavras-chave: Vulnerabilidades em saúde; Desigualdade em Saúde; Raça e Saúde; População negra;

INTRODUÇÃO

Desde os primórdios a sociedade possui em sua base, alicerces que instigam a desigualdade, no qual resulta para a população negra e as classes sociais mais pobres os lugares na sociedade mais vulneráveis e precários (BRASIL, 2013).

Após a abolição da escravatura que foi um grande marco na história do país, teve-se início uma jornada com momentos que evidenciavam a vulnerabilidade do modelo brasileiro de democracia racial vigente na época, até o momento da fundação da Frente Negra brasileira, iniciado na década de 30. Dessa maneira, as problemáticas e questões de raça ganharam visibilidade no palco político brasileiro, onde por sua vez teve impulso e se fortaleceu pelo Movimento Social Negro que se efetua e possui organização consolidada desde a década de 70 (BRASIL, 2013).

A grande relevância de trazer e evidenciar a dimensão



étnico-racial nos estudos da saúde ergue-se diante do reconhecimento da discriminação histórica que atormentou a população negra no Brasil e as consequências sociais, políticas e econômicas que teve início desde a abolição da escravatura e se perpetua até os dias atuais, reverberando-se diretamente nas condições de vida e saúde desta população; (WERNECK; BATISTA; LOPES, 2012).

Observando as problemáticas referentes às condições de vida dessa população, temos a precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, prevalência de doenças crônicas e infecciosas, como também um alto índice de violência urbana que acomete essa população, índices esses que são também reflexos das condições de vida que essa população é exposta (BRASIL, 2013).

O Ministério da saúde por sua vez, tenta fortalecer a promoção da equidade racial com a implementação de estratégias capazes de identificar, prevenir e enfrentar essas desigualdades perpetuadas ao longo da história do país (BRAZ *et al*, 2013).

Diante das desigualdades de direitos a saúde e reconhecimento das precárias condições de vida que essa população foi exposta durante anos, foi pensada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que surge como uma resposta do Ministério da Saúde de evidenciar as condições de vida que foram resultados de injustos palcos sociais, culturais e econômicos que marcaram a história do país. Embora tenhamos tido a abolição da escravatura e leis que guardam direitos a essas pessoas, ainda temos nos dias atuais preconceitos velados e racismo silencioso (BRASIL, 2013).

Nesta perspectiva a PNSIPN tem em seu caráter uma visão transversal, com gestão e execução compartilhadas entre as três esferas de governo e que deverá atuar articulada às demais políticas do Ministério da Saúde, sendo necessário que incluam a adoção de estratégias operacionais, ações e metas para o cumprimento pelas esferas governamentais, a fim de ampliar o acesso da população negra os serviços do Sistema de Saúde (CENTENO, 2016). Através da transversalidade é possível garantir a amplitude de saúde a População Negra nos diversos setores considerando o conjunto das políticas de governo.

Deste modo, o objetivo do presente trabalho é apresentar e discutir os resultados preliminares da minha pesquisa de trabalho de conclusão de curso (TCC) que possui como objetivo geral “Conhecer a assistência à saúde ofertada a comunidades quilombolas do município de Portalegre, a partir da fala da população”.

METODOLOGIA:

De acordo com o objeto de pesquisa “ASSISTÊNCIA À SAÚDE À COMUNIDADE QUILOMBOLA: Escutando as comunidades”, o estudo trata-se de uma pesquisa de cunho descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, pois o mesmo busca um aprofundamento sobre as questões étnicas, culturais e religiosas, buscando conhecer a assistência que a eles é prestada a partir da fala dos próprios sujeitos.

LOCAL DA PESQUISA: A pesquisa foi realizada no Município de Portalegre – RN, em específico nas comunidades quilombolas Sobrado e Arrojado situadas na zona rural da cidade.

PARTICIPANTES DA PESQUISA: A pesquisa foi realizada com moradores das comunidades acima citadas. Para fins de seleção dos participantes desse estudo, aplicamos os seguintes critérios: Critérios de inclusão: a) Residir nos quilombos Arrojado e Sobrado da cidade de Portalegre - RN; b) Ter idade igual ou superior a 18 anos. Critérios de exclusão: a) O participante não encontrar-se no ambiente domiciliar nas primeiras duas visitas para realização da entrevista; b) Situação de ordem fisiopatológica temporária ou permanente que impedisse o participante de responder a entrevista (Distúrbios mentais, deficiência física relacionados à fala e a audição, distúrbios cognitivos, doença infecto-contagiosa que determine o não contato da participante com outras pessoas no período da coleta de dados); c) ter mudado de endereço, diferenciando-o daquele identificado na UBS.

PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS: Foi utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada. A coleta de dados seguiu as seguintes etapas: Para a realização da pesquisa no 1º Momento, foi solicitada a secretaria municipal de saúde de Portalegre, a autorização para uso das fichas de cadastro das famílias das duas comunidades quilombolas (ficha A). Foram sorteadas 10 famílias de cada comunidade quilombola, e dessas, uma pessoa de cada família participou da pesquisa.

No 2º Momento foi realizado um agendamento para entrevista por “contato direto” com os líderes dessas comunidades, o que facilitou a realização da coleta de dados em um momento oportuno para o pesquisador e os entrevistados. No momento da entrevista, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, e em seguida os sujeitos foram esclarecidos quanto aos objetivos, metodologia, riscos e benefícios pela participação. Foi realizada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e em



seguida, entregue uma via original do mesmo ao participante.

ANALISE DE DADOS: A análise dos dados será feita a partir da análise de conteúdo de Bardin, no qual a partir das entrevistas será feita a identificação objetiva e sistemática das características e significados observados nas falas.

Pesquisa aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos, na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, à qual o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (CAAE) gerou o número: 68613917.1.0000.5294.

RESULTADOS:

Como já citado, a pesquisa em questão encontra-se em andamento, ou seja, os dados aqui apresentados e discutidos são dados parciais. Foi realizado até o momento a coleta dos dados e um breve compilado de alguns pontos do roteiro utilizado nas entrevistas, como: sexo, faixa etária, estado civil, religião, ocupação, e se os mesmos possuem algum problema de saúde. A previsão para o término da análise dos resultados é em maio/junho de 2018.

A coleta de dados ocorreu nas residências dos respectivos sujeitos, o que proporcionou um maior conforto para participação da pesquisa, uma vez que esta discute justamente seus modos de vida e saúde. Em um primeiro momento foi efetuado o contato direto com os mesmos a fim de realizar uma apresentação prévia e confirmar a participação na pesquisa. Na oportunidade, e quando era obtida a confirmação da participação, era marcado um horário que fosse conveniente para ambos.

Enquanto fazia tais visitas, tivemos somente uma pessoa que não quis participar, e se negou, com livre arbítrio, não fazer parte da pesquisa. Os outros sujeitos foram muito receptivos, carismáticos e demonstraram muita alegria por estarem fazendo parte, contribuindo, e sendo sujeitos ativos em uma pesquisa que fala da assistência á saúde que é prestada a população negra, no qual não existe sujeitos que possam falar melhor da sua saúde e dos seus comportamentos do que eles mesmos.

Foram marcadas vinte entrevistas, das quais dez foram realizadas na comunidade Sobrado e dez na comunidade Arrojado. A participação em sua maioria foram de mulheres, constando no total a participação de 16 pessoas do sexo feminino e 4 do sexo masculino. No momento das visitas, as mulheres eram mais receptivas que os homens, e eles na maioria das residências visitadas estavam chegando ou indo realizar os trabalhos na agricultura, cuidados com os animais, e as mulheres realizando trabalhos domésticos, o que facilitava o contato.



A faixa etária dos participantes foi diversificada. Participantes com até 30 anos, foram quatro participantes. Com até 40 anos, dois participantes. Com até 50 anos, três participantes. Com até 60 anos, quatro participantes. Com até 70 anos, cinco participantes. Com até 80, anos um participante. Com até 90 anos, um participante.

Em relação ao estado civil, a maioria relata ser casado, somando-se um total de quinze pessoas. Três outras pessoas relataram ser solteiros. E duas pessoas relataram vivenciar uma relação estável que nomeiam de “junto”.

Sobre religião, dezoito pessoas dizem ser católicas. Uma pessoa não soube responder qual religião pertencia. Uma pessoa relata ser adventista, mas não deixa de frequentar a igreja católica.

No quesito ocupação, duas pessoas referiram ser aposentados. Onze pessoas declararam viver da agricultura. Cinco pessoas viver da vida doméstica. Duas pessoas outros tipos de sustento, como autônomo e vigia.

A predominância da agricultura como principal fonte de renda é comum nas realidades quilombolas, tendo suas raízes no período da escravidão e se perpetuando até os dias atuais, até mesmo pela dificuldade que historicamente os negros têm de se inserir no mercado formal de trabalho (LIMA E SILVA, 2012).

Assunção (2006) em pesquisa realizada em comunidades quilombolas, refere-se à terra como um direito essencial e indispensável para estas comunidades, uma vez que é por meio dessas terras que todos os indivíduos, que nascem e vivem nas mesmas extraem os seus elementos básicos de sobrevivência e sustento, tornando-se um espaço de vida e trabalho, de reconhecimento e cidadania, permitindo através disto, enxergar a vulnerabilidade econômica que permeia essa população, no qual influencia diretamente nas suas condições de vida e saúde.

Foi somente nas duas últimas décadas que foram pensadas e desenvolvidas políticas públicas voltadas para a agricultura como forma de subsistência, políticas estas pensadas principalmente no mundo rural, numa perspectiva de combate à pobreza e promoção ao desenvolvimento rural, possibilitando formas dignas de trabalho para essas pessoas. Foi principalmente no governo Lula que as políticas voltadas para a agricultura familiar ganharam espaço e reconhecimento (MATTEI, 2014).

Quando questionados sobre os principais problemas de saúde, doze pessoas negaram ser acometidos por alguma doença; Três pessoas relataram ter hipertensão arterial. E cinco

peessoas relataram outros problemas de saúde como, asma, problemas de nervos, ansiedade.

Muitas são as pesquisas que trazem a situação de marginalização socioeconômica e a carência das condições de vida e saúde dessa população: menor perspectiva de vida ao nascer, maior mortalidade materna e infantil, menos acesso aos serviços básicos de saúde, maior predominância nos índices de pobreza e de extrema pobreza (GUERRERO, 2003; VOLOCHKO e BATISTA, 2008; BARATA et al, 2007).

Esses baixos indicadores também são refletidos na saúde dos povos quilombolas, uma vez que temos a localização das comunidades, que em sua maioria são em áreas rurais, como uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde, como também, pelo isolamento geográfico, aumentando o nível de exposição às iniquidades em saúde (KOCHERGIN, 2014).

Embora na pesquisa demonstre um numero pequeno de pessoas que enxergam e reconhecem algum agravo na saúde, a própria PNSIPN e o Ministério da saúde reconhecem que as barreiras estruturais e cotidianas que permeia a vida dessas pessoas, respingam negativamente nos seus indicadores de saúde como, precocidade de óbitos, doenças crônicas, índices de violência, dentre outros (BRASIL, 2017).

Ao serem questionados se costumavam procurar o serviço de saúde local e com qual frequência, visualizamos como resultado preliminar que de uma forma geral, a maioria dos participantes buscam a unidade de saúde apenas quando apresenta algum problema de saúde, ficando visível e evidente a fragilidade da Política Nacional Integral de Saúde da População Negra, que deveria trabalhar numa perspectiva de cuidados preventivos e de autonomia dos sujeitos e não somente cuidados curativos.

É sabido que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) possibilita uma ampliação ao acesso nos serviços públicos e assegura uma assistência básica de qualidade a essa população, muito embora, em pesquisas realizadas foi possível identificar a fragilidade e a inconsistência sobre o que é posto e o que é executado (BRASIL, 2007).

O processo histórico marcado pela escravidão e pelas lutas por direito a liberdade influenciaram diretamente a exacerbação da disparidade de acesso a bens e serviços, firmando-se como determinante/condicionante de desigualdades sociais e de saúde para essa população até os dias atuais (BRASIL, 2003).

No caso da saúde, a redução das desigualdades sociais é um dos objetivos do Pacto pela Saúde, que considera como causas determinantes e condicionantes de saúde: modos de vida, trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, entre outros. Nesse sentido, podemos afirmar que o



racismo é o principal determinante social em saúde para população negra, já que incide negativamente sobre todos esses fatores que compõem o conceito de saúde (BRASIL, 2017).

Na Comunidade Sobrado existe uma Unidade de Saúde e ESF que no momento da pesquisa encontrava-se sem médico. Em contrapartida, na comunidade quilombola Arrojado não possui Atenção Básica, e a ESF que assiste a comunidade é a do sítio vizinho “Santa Tereza”.

A ESF possui entre suas responsabilidades, a de inserir os indivíduos como protagonistas em seu processo saúde/doença e não somente quando estes forem acometidos por algum problema de saúde. Deve-se construir um vínculo com a comunidade, de forma em que tanto o profissional como o usuário possa ter autonomia para ser produtor de um viver saudável (COSTA *et al*, 2009).

O assunto “saúde de quilombolas” é extremamente novo e ainda há muito por debater e avançar neste caminho. A literatura demonstra que ainda existe uma grande disparidade na Atenção à Saúde no Brasil, e que é necessário o envolvimento social e profissional para alteração desta realidade. É fundamental que todas as profissões de saúde despertem para este grande desafio, e possam se unir numa corrente inter, multi e transdisciplinar, aumentando a proximidade a importantes grupos de brasileiros que, por uma motivação triste de nosso passado, estiveram e ainda estão excluídos do processo atual de desenvolvimento (FREITAS *et al*, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível constatar até o momento, que de fato a busca pelos serviços de saúde está ligada também a questão como estes sujeitos se organizam socialmente. Os indivíduos que relatavam fazer parte das associações tinham mais esclarecimento sobre suas questões de saúde, direitos e dos serviços ofertados na Unidade de Saúde Local, ficando assim, evidente a importância da organização social no qual diz respeito ao empoderamento desses sujeitos, possibilitando uma participação ativa a esses atores em seu processo de saúde/doença.

Em relação às dificuldades encontradas na fase de coleta de dados, estas foram mais ligadas à questão de acesso, uma vez que, principalmente na comunidade quilombola do Arrojado, as casas são situadas em meio a serrotes, com grandes ladeiras e de difícil acesso, sendo necessário ir até certo ponto de transporte, e o restante das visitas serem realizadas caminhando, pelo fato de não ter acesso com transportes em algumas casas.

Outra dificuldade encontrada foi em relação ao entendimento e diálogo com alguns participantes, pois, era necessário realizar adaptações no

vocabulário de uma comunidade para outra. Na comunidade Sobrado, pôde-se notar uma maior miscigenação, maior facilidade no desenrolar das entrevistas pelo fato de ser uma comunidade mais próxima da cidade e esta possuir um maior acesso, relações sociais, além de possuírem uma organização social consolidada.

Podemos considerar também a busca pelo referencial teórico uma dificuldade enfrentada, uma vez que é recente a discussão em torno da saúde dessa população, e a maioria das discussões encontradas são muito rasas e superficiais, pautada na visão assistencialista, histórica, cultural e pouco voltada para a atual conjuntura, sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e de sua efetivação.

Já na comunidade quilombola Arrojado, pôde-se notar que pelo fato de ser também geograficamente uma comunidade mais distante, tornam-se pessoas menos interativas, que não conseguem organizar-se socialmente, e dependem da organização e liderança da comunidade Sobrado.

REFRÊNCIAS

ASSUNÇÃO, L. Quilombos: comunidades remanescentes-RN. **Galante**, Natal, n.17, v.03, nov. 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/Micaelly/Downloads/Comunidades_remanescentes_de_quilombos_no_RN.pdf> Acesso em: 10/04/ 2018.

BARATA, Rita Barradas et al. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):305-313, fev, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral da população negra: uma política do SUS**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRAZ, Rui. Moreira. *et al.* Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 554-562, out/dez 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a02v37n99.pdf>> Acesso em: 10/04/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral da população negra: uma política do SUS**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CENTENO, S. R. **As representações de sujeito na política nacional de saúde integral da população negra (PNSIPN): uma abordagem de gênero e raça/cor**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLM, Reis JR, Franceschini SCC. Family health: challenges in the reorientation process of the assistance model. **Rev Bras Enfer**, 2009; 62(1):113-118



FREITAS, D. A. *et al.* Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev CEFAC**, v. 13, n. 5, p. 937-943, 2011.

GUERRERO, A. F. H et al. Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do Município de Santarém. **Saúde Soc: Pará**, 2008.

KOCHERGIN, Clavdia Nicolaevna; PROIETTI, Fernando Augusto; CÉZAR, Cibele Comini. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(7):1487-1501, jul, 2014.

LIMA, Ozeir Celestino de; SILVA, Wilcimara Santiago. Agricultura familiar: análise a partir da fundamentação de autores a cerca do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar – PRONAF 2012.

MATTEI, Lauro. O papel e a importância da agricultura familiar no desenvolvimento rural brasileiro contemporâneo. **Rev. Econ. NE**, Fortaleza, v. 45, suplemento especial, p. 83-91, out./dez., 2014.

VOLOCHKO, A; BATISTA, L. E. Saúde nos quilombos. **Instituto de Saúde (SESSP):** Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, 2009.

WERNECK, Jurema; BATISTA, Luís Eduardo; LOPES, Fernanda. Saúde da População Negra. 2. ed. Brasília/DF, ABPN - **Associação Brasileira de Pesquisadores Negros**, 2012.