



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA**

**CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRAS**

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**CHIRLENE OLIVEIRA DE JESUS PEREIRA**

**A POLÍTICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: UMA ANÁLISE ACERCA  
DAS CONDIÇÕES DE ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE  
PELA COMUNIDADE QUILOMBOLA DO PORTO DA PEDRA – MARAGOGIPE –  
BA.**

**CACHOEIRA – BA**

**2013**

**CHIRLENE OLIVEIRA DE JESUS PEREIRA**

**A POLÍTICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: UMA ANÁLISE ACERCA  
DAS CONDIÇÕES DE ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE  
PELA COMUNIDADE QUILOMBOLA DO PORTO DA PEDRA – MARAGOGIPE –  
BA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr. Valéria dos Santos Noronha de Miranda.

**CACHOEIRA – BA**

**2013**

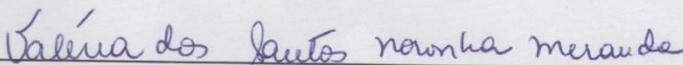
CHIRLENE OLIVEIRA DE J. PEREIRA

A POLÍTICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA:

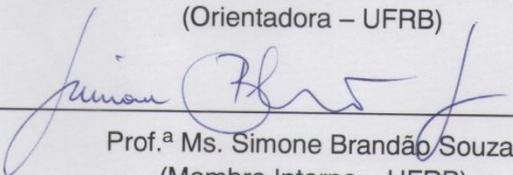
uma análise acerca das condições de acesso e utilização dos serviços de saúde pela comunidade  
quilombola do Porto da Pedra – Maragogipe – Ba.

Cachoeira – BA, aprovada em 25/10/2013.

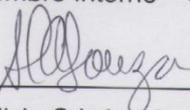
BANCA EXAMINADORA



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valéria dos Santos Noronha Miranda  
(Orientadora – UFRB)



Prof.<sup>a</sup> Ms. Simone Brandão Souza  
(Membro Interno – UFRB)



Prof.<sup>a</sup> Ms. Sílvia Cristina Arantes de Souza  
(Membro Interno – UFRB)

A Deus, a minha mãe-avó Antonia Lina, a meu noivo Luiz Antonio e a toda  
minha família.

## AGRADECIMENTOS

*O mundo está nas mãos daqueles que têm a coragem de sonhar e correr o risco de viver os seus sonhos...*

*(Paulo Coelho)*

Mais um ciclo da minha vida se completa e quem diria que hoje chegaria até aqui. Há um tempo atrás ter uma formação de nível superior era apenas um sonho, uma idealização, mais que hoje se torna realidade e chegou a hora de comemorar. Passei por várias provações na vida e muitas foram às barreiras que enfrentei; tropecei algumas vezes, mas nunca desistir dos meus objetivos. Nessa batalha, aprendi acima de tudo que um sonho pode se tornar real, basta querer e lutar para concretizá-lo.

Venho de uma família humilde, mais aprendi a dar valor às coisas por mais simples que sejam, lutando com dignidade para alcançar os meus objetivos. Assim, quero deixar um agradecimento muito especial a todos que contribuíram ao longo da minha caminhada.

Primeiramente, agradecer a Deus e ao Senhor Jesus Cristo, pai de todas às horas, minha maior fonte de fé e expiração.

A Antonia Lina minha mãe-vó que amo tanto, razão do meu viver. Obrigado mãe pelo apoio e por compartilhar esse sonho junto comigo.

Ao meu amor Luiz Antonio, pelo apoio, companheirismo e pela compreensão nos momentos mais difíceis durante esta trajetória. Obrigado por tudo e principalmente por compartilhar esse sonho também junto comigo. Te amo muito!

A meu pai-avô Manoel (in memória), pois sei que está olhando por me no lugar onde está.

A minha mãe Rita e ao meu padrasto Wellington pelo carinho.

A meus tios (as) Roselita, Ana Lúcia, João, Antonio Raimundo, Antonio Jorge, Antonio Carlos (in memória).

A meus irmãos Wellington Junior, Ana Paula, Lucas, Elias e Natan.

Aos meus primos e primas.

Agradeço a minha grande amiga Eliane Maria pela amizade; pelas noites perdidas em que sempre tentamos ajudar uma a outra, compartilhando momentos de alegria e de tristeza. Ane chegou a nossa hora, conseguimos!

Agradeço também as minh@s amigas Leidy Anne, Eliene e Angelo Vinicius, que são pessoas importantes pra me. Espero que essa amizade dure para sempre. Amo vocês.

Não poderia esquecer de Eline e Leila que se tornaram pessoas especiais durante esta caminhada.

A minha querida especialíssima orientadora, Professora Valéria Noronha pelas imensas contribuições durante toda minha trajetória acadêmica, tornando-se mais que uma professora. Val te admiro muito! Quando crescer quero ser assim (rsrsrs).

A segunda turma de Serviço Social que concerteza deixará marcas, sendo a 2ª turma a se formar por uma Universidade Pública no Estado da Bahia.

Agradeço também a todos professores do curso de Serviço Social pelo conhecimento passado.

Aos moradores da comunidade de Porto da Pedra pela importante contribuição para o desenvolvimento do meu trabalho.

Enfim, quero deixar uma agradecimento mais que especial a todas(os) que contribuíram (in)diretamente.

*Ser assistente social neste mundo de exploradores e explorados não é uma tarefa fácil, mas lutar em prol da defesa dos direitos sociais dos explorados é arma mais poderosa para tornar explorados em protagonistas sociais.*

Shimbalaiê, quando vejo o sol beijando o mar  
Shimbalaiê, toda vez que ele vai repousar  
Shimbalaiê, quando vejo o sol beijando o mar  
Shimbalaiê, toda vez que ele vai repousar

Natureza deusa do viver  
A beleza pura do nascer  
Uma flor brilhando à luz do sol  
Pescador entre o mar e o anzol

Pensamento tão livre quanto o céu  
Imagino um barco de papel  
Indo embora pra não mais voltar  
Tendo como guia lemanjá

Shimbalaiê, quando vejo o sol beijando o mar  
Shimbalaiê, toda vez que ele vai repousar  
Shimbalaiê, quando vejo o sol beijando o mar  
Shimbalaiê, toda vez que ele vai repousar

Quanto tempo leva pra aprender  
Que uma flor tem vida ao nascer  
Essa flor brilhando à luz do sol  
Pescador entre o mar e o anzol

Shimbalaiê, quando vejo o sol beijando o mar  
Shimbalaiê, toda vez que ele vai repousar  
Shimbalaiê, quando vejo o sol beijando o mar  
Shimbalaiê, toda vez que ele vai repousar

Ser capitã desse mundo  
Poder rodar sem fronteiras  
Viver um ano em segundos  
Não achar sonhos besteira

Me encantar com um livro  
Que fale sobre vaidade  
Quando mentir for preciso  
Poder falar a verdade

Shimbalaiê, quando vejo o sol beijando o mar  
Shimbalaiê, toda vez que ele vai repousar  
Shimbalaiê, quando vejo o sol beijando o mar  
Shimbalaiê, toda vez que ele vai repousar

Música: "Shimbalaiê"

Maria Gadú

## RESUMO

O debate sobre acesso e utilização dos serviços de saúde envolve uma série de problemáticas, que vão desde aspectos demográficos, de localização, acessibilidade e disponibilidade dos serviços. O estudo em questão se propôs a discutir e analisar através da percepção dos usuários da política de saúde as condições de acesso e utilização dos serviços de saúde pela comunidade quilombola majoritariamente negra, oriunda de Porto da Pedra. Nesta perspectiva, a análise foi feita com base na Política de Atenção Básica direcionando o olhar para Estratégia de Saúde da Família e na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, reconhecendo sua importância enquanto uma forma de garantir o acesso e a utilização dos serviços de saúde por esta população. Neste contexto, a proposta buscou deflagrar uma breve reflexão sobre a efetividade dessas políticas em territórios quilombolas, demarcando a relevância de sinalizar e conhecer as possibilidades do acesso e da utilização dos serviços de saúde pela população negra quilombola e considerando também a cobertura da Atenção Básica em territórios quilombolas. Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, por meio de um questionário com perguntas semi-estruturadas. De um total de 25 famílias, a pesquisa atingiu um número de vinte e uma famílias entrevistadas. Assim, a pesquisa forneceu elementos importantes para discutir e entender esse cenário tão complexo que enfrenta essa comunidade.

**Palavras-chaves:** Atenção Básica. ESF. Acesso e Utilização. Quilombo. Negro.

## ABSTRACT

The debate on access and utilization of health services involves a series of problems, ranging from demographics, location, accessibility and availability of services. The study in question set out to discuss and analyze via the users' perception of health policy the conditions of access and use of health services by quilombola community overwhelmingly black, from Porto da Pedra. In this perspective, the analysis was carried out on the basis of the policy of basic attention directing your gaze to the family health strategy and in the National Policy of Integral health of the black population, recognizing its importance as a way of ensuring access to and use of health services for this population. In this context, the proposal sought to spark a brief reflection on the effectiveness of these policies in quilombolas territories, demarcating the relevance of flag and know the possibilities of access and use of health services by quilombola black population and considering also the coverage of the basic attention in quilombolas territories. This is a quality quantitative research by means of a questionnaire with semi-structured questions. A total of 25 families, the survey reached a number of twenty-one families interviewed. Thus, the research provided important elements to discuss and understand this scenario as complex facing this community.

**Keywords:** Basic Attention. ESF. Access and use. Quilombo. Black.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1 – IDADE.....</b>	<b>84</b>
<b>GRÁFICO 2 – SEXO.....</b>	<b>85</b>
<b>GRÁFICO 3 – COR/RAÇA.....</b>	<b>87</b>
<b>GRÁFICO 4 – ESCOLARIDADE.....</b>	<b>89</b>
<b>GRÁFICO 5 – ORIGEM DE RENDA.....</b>	<b>89</b>
<b>GRÁFICO 6 – TIPO MORADIA.....</b>	<b>91</b>
<b>GRÁFICO 7 – FRÊQUENCIA VAI A UNIDADE DE SAÚDE.....</b>	<b>92</b>
<b>GRÁFICO 8 – AVALIAÇÃO ATENDIMENTO A SAÚDE NO MUNICÍPIO.....</b>	<b>95</b>
<b>GRÁFICO 9 – MEIO DE TRANSPORTE UTILIZADO PELA FAMÍLIA PARA ACESSAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE.....</b>	<b>97</b>
<b>GRÁFICO 10 – SABE SE É PORTADOR DE ALGUMA DESSAS DOENÇAS.....</b>	<b>100</b>
<b>GRÁFICO 11 – DIFICULDADE PARA CONSEGUIR ACESSAR E UTILIZAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE.....</b>	<b>101</b>
<b>GRÁFICO 12 – UNIDADE DE SAÚDE ATENDE AS ESPECIFICIDADES.....</b>	<b>103</b>

## LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAPS – Caixa de Aposentadoria e Pensões

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CER – Compensação de Especificidades Regionais

CF – Constituição Federal

CLT – Código de Leis Trabalhistas

CNS – Conferência Nacional de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GTI – Grupo de Trabalho Interministerial

IAPS – Institutos de Aposentadoria e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social

LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MDA – Ministério do Desenvolvimento Agrário

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MRS – Movimento de Reforma Sanitária

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PBQ – Programa Brasil Quilombola

PLANAPIR – Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PSF – Programa de Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção a Saúde

SEPPIR – Secretária de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SESAB – Secretaria Estadual de Saúde da Bahia

SUS – Sistema Único de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 A CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: Da Reforma Sanitária Brasileira a Saúde da População Negra.....</b>	<b>19</b>
2.1 A Reforma Sanitária Brasileira e o processo de Constituição do SUS.....	27
2.2 Os determinantes sociais da saúde: O debate sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde.....	35
2.3 A Política de Saúde da População Negra: Conceito e operacionalidade.....	40
<b>3 CONHECENDO O SUS EM TERRAS QUILOMBOLAS: um debate acerca do acesso e utilização dos serviços de saúde.....</b>	<b>49</b>
3.1 A rede de atendimento em saúde para territórios quilombolas: Realidade ou falácia?.....	52
3.2 Avaliando a efetividade da Atenção Básica.....	58
<b>4 PESQUISA DE CAMPO: O percurso metodológico e apresentação dos resultados.....</b>	<b>71</b>
4.1 Percurso Metodológico da Pesquisa.....	73
4.2 Conhecendo a Comunidade Quilombola de Porto da Pedra.....	78
4.3 Resultados da pesquisa de campo.....	83
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>109</b>

**REFERÊNCIAS.....112**

**APÊNDICES**

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com Paim (2009) o sistema de saúde caracteriza-se como sendo um conjunto de prestação e prestadores de serviços que visam atender a população em geral. Não significa dizer que os sistemas de saúde estão apenas restritos a questão das doenças, mas também a outros setores como: prevenção, educação, abrangendo as ações educativas e de comunicação social. O Sistema Único de Saúde traz como proposta a universalização, integralidade, equidade, descentralização e participação social<sup>1</sup> em saúde.

Com o advento do Sistema Único de Saúde, previsto na CF/88, a saúde passou a ser direito de todos e o Estado com a obrigação de garanti-lá, ou seja, a saúde passa a ser uma política de estado. O processo para consolidação e constituição do SUS foi marcado por intensos debates, reunindo diversos atores da sociedade civil; os idealizadores da Reforma Sanitária Brasileira. Teixeira (2001) vem dizer que:

Esse processo se por um lado resultou da ampla mobilização de um conjunto de forças sociais em torno do movimento pela RSB, revela a aproximação do nosso marco jurídico aos princípios do chamado Estado de Bem-Estar-social (Welfare state), contraposto à perspectiva liberal e neoliberal, que defende a redução do papel do Estado na garantia das condições de vida (e saúde) da população brasileira (TEIXEIRA, 2001).

Desse período até os dias atuais, políticas foram criadas na perspectiva do SUS, adequando-as as necessidades da população, para o cuidado e atenção à saúde. A Política de Atenção Básica é uma delas. Essa política reúne um conjunto de ações individuais e coletivas, atuando no primeiro nível de atenção a saúde, voltada para promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e tratamento da saúde e outros agravos decorrentes do processo saúde doença.

---

<sup>1</sup> Não menos importante mais nesta proposta esta incluída os princípios de regionalização e hierarquização.

A Atenção Básica norteada pelos princípios de universalidade, da acessibilidade, da coordenação, do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, redefine o modelo de atenção em saúde no sentido de atuar com medidas preventivas e não paliativas. A saúde no sentido amplo passa ser entendida como direito universal, indicando que cada indivíduo possui o “direito de acesso a uma equipe de atenção básica que lhe cuide, com capacidade de se corresponsabilizar pelos problemas individuais e coletivos de saúde e de intervir sobre os mecanismos de produção de doenças” (BRASIL/MS, 2009).

Nesse sentido, discutir acesso e utilização dos serviços de saúde é fundamental para que o sistema de saúde atenda a população, levando em consideração suas especificidades como prevista na Atenção Básica. A Estratégia de Saúde da Família se insere neste contexto, no intuito de reorientar o modelo assistencial a saúde, mediante a implantação de Unidades Básicas de Saúde, com equipes de saúde da família, responsável por acompanhar um número limitado de famílias, dividido por um espaço geográfico. Assim, a Atenção Básica em saúde se caracteriza como a porta de entrada dos serviços de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família deve atuar articulada a uma rede de serviços. Mendes (2010) vem dizer com relação às redes de atenção à saúde que:

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2010).

As redes atenção à saúde são de fundamental importância para garantir o atendimento em saúde a população, discutindo acesso e utilização dos serviços de saúde e a disponibilidade desses serviços. “A população de responsabilidade das redes de atenção à saúde vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos

sociossanitários” (MENDES, 2010). Desta forma, para conseguir reduzir os indicadores sociais em saúde é necessário uma articulação entre as redes de saúde na garantia do acesso e utilização dos serviços de saúde pela população.

A análise sobre o acesso e utilização na comunidade quilombola de Porto da Pedra foi fundamental para compreender a efetividade da Atenção Básica em territórios quilombolas, considerando que a maioria delas ficam distantes dos centros urbanos e das Unidades de Básicas de Saúde da Família que cobrem essas comunidades.

Considerando o objetivo central da pesquisa que foi realizar uma análise acerca das condições de acesso e utilização dos serviços de saúde pela comunidade negra e quilombola do Porto da Pedra – Maragogipe – BA, é necessário pontuar como surgiu o interesse para discutir esse cenário tão singular. O primeiro motivo surgiu a partir das reflexões no projeto de pesquisa Orun Aiyê: um estudo propositivo em defesa da saúde da população negra no Recôncavo da Bahia vinculado ao Núcleo de Estudos e Pesquisas Violência, Gênero, Raça/Etnia Maria Quitéria do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – (UFRB). Este projeto busca desenvolver pesquisa na área da saúde com ênfase na saúde da população negra, objetivando mapear as evidências da discriminação racial, seus rebatimentos no atendimento e/ou promoção à saúde e os determinantes sociais em saúde desse segmento.

A experiência no grupo de pesquisa Orun Aiyê permitiu conhecer através de estudos e pesquisas existentes na área da saúde da população negra as doenças que mais acometem a saúde dessa população e como racismo institucional dificulta e/ou interfere no atendimento humanizado nas instituições de saúde. Essa experiência vem possibilitando compreender como em pleno século XXI as desigualdades no Sistema Único de Saúde – (SUS) esta presente e afeta diretamente a saúde da população negra. O segundo motivo foi a partir da minha vivência como moradora na comunidade do Porto da Pedra em observar a fragilidade no acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos moradores da comunidade.

Assim, o trabalho foi estruturado em três capítulos que permitiu entender um pouco do cenário que perpassa a saúde. O primeiro capítulo denominado “A

contextualização histórica das políticas de saúde no Brasil: Da Reforma Sanitária Brasileira a Saúde da População Negra”, procurou fazer uma contextualização histórica das primeiras políticas de saúde no Brasil e de que forma ocorreu o processo de construção das mesmas. No decorrer do capítulo discutiu-se sobre o Movimento de Reforma Sanitária que foi um dos principais movimentos de democratização no acesso e na utilização dos serviços de saúde, produzindo um novo paradigma assistencial no campo da saúde pública no Brasil.

Os princípios defendidos (da universalização, da equidade, da integralidade, da participação e/ou controle social e da descentralização com direção única), pelo Movimento de Reforma Sanitária, juntamente com diversos atores da sociedade civil, serviram de base para criação do SUS na garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado, proclamado na Constituição Federal de 1988.

Além de discorrer sobre a trajetória das políticas de saúde, e por este estudo tratar especificamente do acesso e utilização dos serviços de saúde pela população negra quilombola foi de extrema importância pontuar a temática dos determinantes sociais da saúde, além do conceito e da operacionalidade da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

O segundo capítulo intitulado “Conhecendo o SUS em territórios quilombolas: Um debate acerca do acesso e utilização dos serviços de saúde” explorou as informações sobre como funciona o Sistema Único de Saúde em territórios quilombolas, com a pretensão de discutir a Política de Atenção Básica com direcionamento para a cobertura da Estratégia Saúde da Família. A inquietação central da reflexão esteve voltada para obter informações relativas à rede de atendimento em saúde específica para quilombos, contemplando as formas de acesso e da utilização aos serviços de saúde por esta população.

O terceiro e último capítulo discorreu sobre a metodologia utilizada para concretização da pesquisa de campo, análise e sistematização dos resultados obtidos. A pesquisa é de natureza quali-quantitativa, elegeu o questionário como meio de coleta de dados, com perguntas abertas e fechadas. Depois de coletadas as informações para o processamento dos dados, utilizou-se o programa SPSS Statistics (Pacote Estatístico para as Ciências Sociais). Assim como, a técnica de análise de conteúdo foi empregada para a problematização das categorias analíticas

provenientes das perguntas abertas. As técnicas de coletas de pesquisa utilizadas em todo processo de desenvolvimento do trabalho foram: a pesquisa documental, bibliográfica e de campo. Por fim é apresentada as considerações finais do trabalho.

## **2. A CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: Da Reforma Sanitária Brasileira a Saúde da População Negra.**

A trajetória das políticas de saúde no Brasil foram marcadas por um longo processo histórico de luta pela democratização da saúde, sendo palco de grandes manifestações sociais, em defesa de uma saúde pública e igualitária que atendesse às necessidades da população brasileira.

A política de saúde teve início no Brasil baseada no lócus do seguro, ligada às relações formais de trabalho de assalariamento, que perdurou por muito tempo excluído vários grupos sociais. Logo após, a II Guerra Mundial houve a expansão dos sistemas de proteção social europeu e este parece ter sido influente para que houvesse a construção dos primeiros sistemas de proteção social brasileiro. Com a saída de Getúlio Vargas do poder em 1945 houve um período de democracia política que perdurou quase vinte anos no Brasil, passando logo após, o poder para os militares em 1964 em plena ditadura militar. Essa mudança de poder não acarretou modificações no sistema previdenciário e assistencial, destinado a alguns profissionais que se encontrava inserido no mercado formal de trabalho.

Nesse período, houve o crescimento dilacerado dos beneficiários do sistema previdenciário, mas em contrapartida acompanhada de fortes desigualdades sociais, tanto por parte dos utilizadores do sistema, como também houve limitação por parte de algumas categorias profissionais. O relatório do Plano Beveridge<sup>2</sup> que foi publicado no Brasil em 1943, cujo tema era “Plano Beveridge: relatório sobre seguro social e serviços afins” constitui um modelo de seguridade social, na qual sua influência na previdência, assistência social e saúde foi palco de grandes discussões.

Na República Velha, exatamente em 1923 é promulgada Lei Eloy Chaves, que instituía a previdência social e ligado a ela á saúde do trabalhador, tornando a aposentadoria um direito do trabalhador, financiada pelo mesmo e pelos empregadores. A partir da Lei Eloy Chaves começa a serem criadas as Caixas de

---

<sup>2</sup> “No Brasil, o período que vai de 1945 a 1966 vai se desenvolver com base nessas influências, ampliando significativamente a rede assistencial pública existente no País” (BRASIL/MS, 2006, p.14).

Aposentadoria e Pensões (CAPs)<sup>3</sup>. Mas essa estrutura do seguro social, implementado no Brasil no século XX, ocorreu de modo restrito a algumas categorias profissionais, perdurando por muito tempo.

Neste contexto, as primeiras políticas de saúde no Brasil eram restritas as pessoas que possuíam vínculo formal de trabalho que se organizavam através das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) que mais tarde foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs)<sup>4</sup>.

Nas primeiras décadas do século XX, o Brasil teve um grande salto no crescimento econômico do país; mas o que não se esperava, era que esse crescimento econômico vinha acompanhado de uma fase em que as epidemias se alastravam por todas as cidades. Doenças epidêmicas como a febre amarela, a varíola, a peste entre outras “ameaçavam a economia do país”, que crescia aceleradamente. Assim, o surgimento dessas doenças “ameaçavam a economia agroexportadora brasileira, prejudicando principalmente a exportação de café, pois os navios estrangeiros se recusavam a atracar nos portos brasileiros, o que por consequência reduzia também a imigração de mão-de-obra” (SCLIAR, 1987, apud, PERES, 1997). No início deste século e fim do século XIX a indústria cafeeira era a grande responsável por movimentar a economia do país tornando-se o carro-chefe da economia, atraindo trabalhadores de países europeus para trabalhar no Brasil.

Com a aglomeração de pessoas nas grandes cidades, (oriundas também de outros países), por conta desse crescimento na indústria do café, houve ainda mais a proliferação dessas doenças infecto-parasitárias. Assim, para reduzir essas doenças e outros agravos o Estado instituiu medidas protetivas autoritárias, utilizando as campanhas como mecanismo para garantir a saúde dos trabalhadores.

As campanhas de saúde pública eram organizadas de tal forma que assemelhavam-se a campanhas militares, dividindo as cidades em distritos, encarcerando os doentes portadores de doenças

---

<sup>3</sup> Podemos considerar que o período que vai de 1923 a 1930 representa o marco inicial da estruturação da previdência no Brasil, registrando, pela primeira vez, um determinado padrão de funcionamento desta estrutura, que se modificará a partir de 1930 e dos anos que se seguem (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.12).

<sup>4</sup> Em 1966 os IAPs foram unificados e substituído por Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

contagiosas e obrigando, pela força, o emprego de práticas sanitárias. Esta situação levou à "Revolta da Vacina", no Rio de Janeiro, quando a população revoltou-se com a obrigatoriedade da vacina contra a varíola (SCLIAR, 1987, apud, PERES, 1997).

Esse regime autoritário que concebia as campanhas como uma medida protetiva tiveram nomes de destaques a exemplo, do sanitário Oswaldo Cruz que foi o grande responsável por combater a febre amarela e varíola no Rio de Janeiro em 1903 e ainda chefiou a Diretoria Geral de Saúde Pública criada em 1904. Na direção desta diretoria coordenou as campanhas de vacinação forçada em que a população era obrigada a se vacinar para combater essas doenças, o que fez com que a população se organizasse contra essa vacinação, que ficou conhecida como Revolta da Vacina<sup>5</sup>. Essa revolta ficou marcada por grandes protestos e conflitos entre a população e o Estado autoritário da época.

Nos anos seguintes com a queda da Bolsa de Valores em Nova York em 1929, gerou uma crise econômica mundial, afetando inclusive o Brasil que era um grande exportador de café. A crise rebateu significadamente na economia mundial, e como reflexo dessa crise houve a queda da indústria cafeeira no Brasil. Com a crise vão surgindo os movimentos sociais, em que os trabalhadores começam a se organizar e reivindicar por direitos sociais, esses são os direitos trabalhistas incluindo o direito a saúde, numa reforma política a que viessem atender seus anseios. Esse processo ficou marcado por repressões políticas a esses movimentos que lutavam por direitos sociais.

Em 1930 no período da revolução Getúlio Vargas assume o poder permanecendo no governo por 15 anos. "Num governo autoritário, de características marcadamente populistas e nacionalistas, inicia-se um ciclo de desenvolvimento industrial, como proposta de reestruturação econômica para o País" (Brasil/MS, 2006, p.13). Para incentivar o desenvolvimento no Brasil e atender a população que já se organizava através de protestos foram criados o salário mínimo e o trabalho

---

<sup>5</sup> A Revolta da Vacina ocorreu por que a população desconhecia a vacina, e esta era imposta de forma autoritária pelo governo. Essa manifestação reuniu milhares de pessoas se espalhando pelas ruas do Rio de Janeiro, contando com o apoio dos cadetes da Escola Militar que uniu forças junto ao povo para manifestar contra a vacina.

assaliarado que passava a ser regidas por leis trabalhistas sendo criado também o Código de Leis Trabalhistas (CLT).

No governo de Getúlio Vargas se instaurou um modelo de saúde dividido em dois termos: a saúde pública de caráter preventivo e coletivo, através da realização de campanhas destinada à luta contra as epidemias e a de assistência médica de caráter curativo e individual aos trabalhadores que tinha relações formais de trabalho, mediante ação da previdência social. Neste sentido, as ações do Estado na área da saúde ocorriam com medidas paliativas de proteção, de caráter curativo-individual e preventivo-coletivo.

Ainda no governo de Vargas, o modelo de saúde pública da época foi inserido junto ao Ministério da Educação por mediação do Departamento Nacional de Saúde Pública e mais adiante surgem os Departamentos Estaduais de Saúde Pública que tinha como objetivo o controle de doenças.

Após o fim do governo de Vargas já em 1945, quem assume o poder é o presidente Gaspar Dutra em 1946 que perdura até 1950, que se opõe em todo o seu governo contra o seguro social implementado no então governo de Vargas<sup>6</sup>. Já o governo de Juscelino Kubitschek reassumia uma “feição contencionista, já que este presidente afirmava que mais importante que as políticas sociais era investir no desenvolvimento do País” (Brasil/MS, 2006, p.14). Kubitschek com seu projeto desenvolvimentista de governo acabou gerando insatisfação na população que não vê direitos sociais sendo concretizados.

O sistema previdenciário até o ano de 1945, não garantiam assistência médica aos seus segurados. Garantia somente a aposentadoria e pensões. Nesse cenário só passaram ocorrer mudanças a partir de 1950, havendo grandes debates sobre a evolução do sistema de proteção social na qual a assistência médica, hospitalar e cirúrgica ficavam restritas apenas as pessoas que contribuíssem diretamente com as IAPs, que tivesse inserido formalmente no mercado de trabalho. As pessoas que não tinham vínculo empregatício formal não desfrutavam de nenhum tipo de assistência, ficando a mercê da desigualdade.

---

<sup>6</sup> Informações baseadas no documento intitulado: Regulação médica das urgências, elaborado pelo Ministério da Saúde em 2006, da Série A. Normas e Manuais Técnicos.

A Constituição Democrática de 1946 que instituiu a consolidação da supremacia do trabalho como uma obrigação social, reforçava a ideia de que a proteção social era derivada do trabalho destinado aos trabalhadores empregados, ou seja, os direitos sociais eram destinados apenas aos trabalhadores e seus dependentes. Era o trabalho que deveria ser o assegurador de todos, que deveria garantir condições mínimas de sobrevivência inclusive o direito a saúde.

Logo após, a Constituição de 1946, exatamente em 1949 foram instituídos os serviços de atendimento médico domiciliar nos casos de urgência, este foi o primeiro benefício garantindo igualmente e universalmente a todos trabalhadores segurados independentemente de seu Instituto ou CAP em que estavam inscritos. Com a expansão da assistência médica foi dada uma autorização permitida as CAPs para reembolsar os segurados com despesas médicas e hospitalares no caso de gestação e parto. Em 1954 esses serviços foram formalmente integrados a previdência social. Até 1960 perdurou as desigualdades nos IAPs e nos CAPs.

Em 1953 é criado o Ministério da Saúde que inicialmente tinha o papel de criar campanhas e controle de endemias, com ações de prevenção, que atendia toda a população independente de classe social, ou seja, eram ações que tinha um caráter universal, mas que prestava a população considerada indigente, um atendimento médico-hospitalar na forma de caridade ou favor.

Na área de assistência à saúde, o MS atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em algumas regiões específicas, com destaque para o interior do Norte e Nordeste. (SOUZA, 2002, p.11).

Neste contexto, a saúde estava escalada em três categorias: os que podiam pagar para ter acesso aos serviços de saúde; os que eram filiados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que possuía relações formais de trabalho filiados a Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e os que não possuíam direito algum a saúde. A assistência à saúde nesse

momento destinada aos pobres, como já dito anteriormente, era entendida como caridade ou favor, no qual o governo não tinha obrigação alguma de garanti-lá.

Em 1960 houve a uniformização e a evolução dos benefícios. Os IAPs foram unificados em único instituto (INPS) e os trabalhadores inicialmente excluídos foram integrados ao sistema. Os princípios do Instituto de Serviços Sociais do Brasil estavam na base do projeto de lei da previdência com a uniformização dos benefícios, universalização da cobertura e unificação administrativa. Mas com as resistências das forças sociais houve a pauperização do projeto original permanecendo parcialmente o princípio de uniformização. A LOPS aprovada em 1960 depois de inúmeros debates, instituiu a uniformização dos institutos, mesmo assim as desigualdades permaneciam e a uniformização dos benefícios sofreu mudanças no modelo de financiamento.

Os gastos da Previdência Social com a saúde dos seus segurados passaram a crescer rapidamente e assim assumiu uma enorme dívida nesse setor e até que a partir dos finais dos anos 70 a Previdência estava com uma dívida enorme, decretando então uma crise de financiamento. A política de saúde nesse momento ocorre na lógica de mercado. “A política de saúde no período de 1964 a 1974 desenvolve-se com base no privilegiamento do setor privado, articulada às tendências da política econômica implantada” (BRAVO e MATOS, 2009, p. 27).

Com processo de difusão dos benefícios assistenciais houve inclusão dos trabalhadores rurais no sistema previdenciário de forma não contributiva, por via de impostos pagos por empresas urbanas e rurais com a comercialização de produtos. “O Funrural ficou vinculado ao MPAS, mas, diferentemente dos trabalhadores urbanos, os trabalhadores rurais não foram obrigados a contribuir com a previdência”. (Boschetti, 2008, p.60). O tipo de assistência médica prestada aos trabalhadores rurais era feita através dos sindicatos, a qual o governo repassava uma verba e estes eram revestidos em assistência médica aos trabalhadores de forma ainda bastante precarizada, que Boschetti (2008), denominou como um clientelismo político, pois embora tenha-se melhorado a assistência á algumas classes que antes não obtinha nenhum direito como por exemplo a saúde, este não se universalizou ficando restrito e seletivo a algumas categorias. E assim, os movimentos sociais surgiam com o intuito de reivindicar por um atendimento á uma

saúde pública, gratuita e de qualidade para população não segurada, com questões que iam além da esfera da saúde, como o direito a assistência social, educação pública gratuita e de qualidade, melhores condições de trabalhos, entre vários outros fatores.

A classe popular passou a se organizar através dos movimentos sociais que clamavam por uma reforma política, social e econômica no país. Entre os vários movimentos sociais que iam surgindo teve o movimento que ficou conhecido como Movimento de Reforma Sanitária que lutava por uma saúde pública que atendesse a todos os cidadãos independentemente de sua classe social.

O Movimento de Reforma Sanitária assim como ficou conhecido surgiu no final dos 60 e início dos anos 70 em pleno período de autoritarismo no Brasil. Esse movimento contava com o apoio de médicos, estudantes de medicina, entidades, entre outros atores da sociedade civil. Entidades como o Conselho Nacional de Medicina, Sindicatos Médicos, Associação Médica Brasileira, como também o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), criado em 1976 que queriam e lutavam por uma reforma sanitária. A partir de 1974 a política de saúde “enfrentou permanentemente tensão entre os interesses dos setores estatal e empresarial e a emergência do movimento sanitário” (BRAVO e MATOS, 2009, p, 27).

As propostas elaboradas pelo Movimento de Reforma Sanitária foram responsáveis por lançar propostas eficientes para a constituição e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 que temos atualmente.

Assim, como o Movimento de Reforma Sanitária que passou eclodir a partir década de 70, nesse período surgiu também o Movimento Social Negro. A década de 70 ficou marcada pela emergência de vários movimentos sociais, no qual a população começou a organizar-se melhor através de movimentos, exercendo assim, um grande poder de mobilização social, lutando por direitos sociais, e com o Movimento Negro não foi diferente.

Esse movimento tinha como pauta de reivindicação a discriminação racial, o racismo e intolerâncias correlatas que os negros sofriam mesmo após a abolição dos

escravos. A população negra começou a se organizar e manifestar através desse movimento, lutando para terem seus direitos reconhecidos e garantidos, tornando-se um símbolo de luta e de organização do povo negro.

O Movimento Negro é a luta dos negros na perspectiva de resolver seus problemas na sociedade abrangente, em particular os provenientes dos preconceitos e das discriminações raciais, que os marginalizam no mercado de trabalho, no sistema educacional, político, social e cultural (DOMINGUES, 2007).<sup>7</sup>

A luta do povo negro, através principalmente do movimento negro, possibilitou conquistas materiais importantes no que se refere as políticas públicas para a população negra. Ao passo que conquistas iam sendo galgadas, mostrava a força desse povo que tanto sofreu nas mãos dos grandes fazendeiros dos engenhos.

Esse movimento teve um importante ativista chamado Abdias Nascimento que defendia a cultura e igualdade para as populações afro-descendentes no Brasil. Esse ativista foi um dos fundadores da Frente Negra Brasileira<sup>8</sup>, tendo uma trajetória política em defesa dos direitos dos negros no combate ao racismo, preconceito ou discriminação.

Dentre as várias conquistas do povo negro, no qual o movimento negro tem papel fundamental, destaque aqui aprovada em 2006 pelo Conselho Nacional de

---

<sup>7</sup> Entende-se por movimento negro todas as entidades, de qualquer natureza, e todas as ações, de qualquer tempo [aí compreendidas mesmo aquelas que visavam à autodefesa física e cultural do negro], fundadas e promovidas por pretos e negros (...). Entidades religiosas [como terreiros de candomblé, por exemplo], assistenciais [como as confrarias coloniais], recreativas [como “clubes de negros”], artísticas [como os inúmeros grupos de dança, capoeira, teatro, poesia], culturais [como os diversos “centros de pesquisa”] e políticas [como o Movimento Negro Unificado]; e ações de mobilização política, de protesto anti-discriminatório, de aquilombamento, de rebeldia armada, de movimentos artísticos, literários e ‘folclóricos’ – toda essa complexa dinâmica, ostensiva ou encoberta, extemporânea ou cotidiana, constitui movimento negro (SANTOS,1994, apud, DOMINGUES, 2007).

<sup>8</sup> “Criada em 16 de setembro de 1931 na cidade de São Paulo, a Frente ganhou adeptos em todo o Brasil, inclusive o jovem Abdias Nascimento. A Frente Negra Brasileira, foi uma das primeiras organizações no século XX a exigir igualdade de direitos e participação dos negros na sociedade do País” (IPEAFRO e Portal da Cultura Negra, 2001).

Saúde a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra<sup>9</sup> como uma ferramenta de garantir o atendimento a saúde com menos disparidades e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde por esta população. Essa política é criada com o objetivo de garantir o acesso igualitário à saúde livre de qualquer tipo de discriminação, firmando a equidade em saúde para a população negra.

## **2.1 Da Reforma Sanitária Brasileira a Constituição do SUS.**

Como já mencionando anteriormente, o Movimento de Reforma Sanitária que se iniciou no fim dos anos 70, encampado por estudantes, profissionais de saúde e sociedade civil teve papel extremamente importante para a consolidação do Sistema Único de Saúde. Esse movimento lançou propostas que fortalecia um modelo de saúde que fosse público, em oposição ao modelo privado de saúde. Neste sentido, esta análise da Reforma Sanitária ocorrerá a partir da década de 70, com análise da VIII Conferência Nacional de Saúde até a constituição do Sistema Único de Saúde, refletindo sobre a política de saúde com as legislações vigentes.

O Movimento de Reforma Sanitária surgiu no intuito de reverter à lógica de assistência a saúde que se tinha instaurado no Brasil. Partindo desta perspectiva o MRS brasileiro tinha como umas das pautas principais de luta a saúde vista em cinco ângulos que podem ser observadas nestes princípios fundamentais: a Universalidade, que seria a saúde como direito de todos; a Integralidade, entre o Ministério da Saúde e a Previdência Social no desenvolvimento das ações de natureza preventiva e curativa; a Hierarquização, com investimento na prevenção de doenças, ou seja, partir do preventivo para o curativo; a Descentralização, ou seja, descentralizar a gestão administrativa e financeira e por último a participação e

---

<sup>9</sup> Tanto a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, como o movimento de Reforma Sanitária serão aprofundados nos itens que se seguem.

controle social. Além de defender a saúde como direito do cidadão o MRS ficou conhecido também por fazer denúncias sobre a forma de organização do sistema de saúde no momento. Assim,

A proposta da Reforma Sanitária Brasileira era a proposta de democratização da saúde e de uma nova concepção de saúde, cujo enfoque é as condições de vida das pessoas. (COSTA, 2007, p. 91).

O conceito de saúde adotado pelo Movimento de Reforma Sanitária é legitimado socialmente e implica na percepção da saúde como responsabilidade do conjunto das instituições governamentais, das políticas públicas, inclusive a política econômica. Resulta na compreensão de saúde como direito de todos e dever do Estado (COSTA, 2007, p.92).

Desta forma, fica entendido qual era a proposta da Reforma Sanitária<sup>10</sup> no país, entendendo a saúde por outro ângulo, onde a saúde deveria aparecer como um direito de todo cidadão e Estado deveria garanti-lá.

Em 1979 ocorreu o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, organizado pela comissão de saúde da Câmara dos Deputados; o MRS “representado pelo CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, sua proposta de reorientação do sistema de saúde que já se chamava, na época de Sistema Único de Saúde”. (BRASIL/MS, 2006).

Já em 1985 com a Nova República o MRS se intensificou, sendo possível discutir a saúde numa perspectiva mais ampla. O debate girou em torno também da proposta de unificação do INAMPS como o Ministério da Saúde.

As propostas do Movimento de Reforma de Sanitária culminaram na criação da VIII Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1986 no Brasil. O tema desta conferência era a “Saúde como direitos de todos e dever do Estado”. Nessa conferência foram elaboradas propostas que resultou em um relatório. Como afirma Bravo e Matos (2009, p. 33) “o relatório desta Conferência, transformado em

---

<sup>10</sup> A Reforma Sanitária no Brasil é definida como uma estratégia política e um processo de transformação institucional cujo projeto e trajetória de institucionalização implicaram a reformulação de um campo de saber. Emergindo como parte da luta pela democracia, a Reforma Sanitária já ultrapassa três décadas, tendo alcançado a garantia constitucional do direito universal à saúde e a construção institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) (TEIXEIRA, 2009).

recomendações, serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal”.

A VIII Conferência Nacional de Saúde tornou-se, por tudo que representa para o repensar do sistema de saúde, um marco do processo de democratização do setor, especialmente para as relações entre Estado e sociedade civil desde então. Abriu trilhas para novas formas de conceber e organizar o sistema de saúde (COSTA, 2007).

A realização da 8ª CNS contou com diversos atores sociais com a participação das instituições que atuavam no setor saúde, políticos, profissionais de saúde e representantes da sociedade civil. Essa conferência<sup>11</sup> teve duração de três dias consecutivos, no qual através dos grupos formados (este por 38 delegados e 97 participantes) foi possível discutir a saúde em três ângulos diferentes, mas que se complementavam. Estas são: a Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial da Política de Saúde. A realização da CNS se caracterizou como um processo de grande participação, num espaço democrático com grande representatividade dos atores sociais envolvidos.

Nesta conferência o conceito de saúde no seu sentido mais amplo ficou caracterizada e definida como:

(...) resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (*BRASIL*, Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986).

Ainda,

A saúde não é um conceito abstrato. Defini-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu

---

<sup>11</sup> A VIII CNS reuniu cerca de quatro mil pessoas, na qual a metade desse público eram usuários da política de saúde. E desta conferência saiu a emenda popular em defesa de um sistema público de saúde, que veio se concretizar na Constituição Federal com o SUS.

desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (BRASIL, Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986).

Assim, a VIII CNS apontou o Estado como sendo o responsável por assegurar o direito à saúde a todo e qualquer indivíduo mediante a:

- a adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, sobretudo, para os segmentos mais carentes da população;
- definição, financiamento e administração de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário;
- operação descentralizada de serviços de saúde;
- normatização e controle das ações desenvolvidas por qualquer agente público ou privado de forma a garantir padrões de qualidade adequados. (BRASIL, Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986).

As propostas elaboradas pela VIII CNS serviram de base para a consolidação do Sistema Único de Saúde, na Constituição Federal de 1988<sup>12</sup>, que podemos chamar de Reforma Sanitária, saúde passada a ser entendida como direito e política de Estado, rompendo com o modelo antigo da política de saúde. Assim, pode-se afirmar com o relatório elaborado pela CNS em 1986 que:

Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor da saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, prevenção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionado chamar a Reforma Sanitária. (BRASIL, Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986).

---

<sup>12</sup> A Constituição Federal de 1988 representa uma profunda transformação no padrão de proteção social brasileiro, consolidando, na lei maior, as pressões que já se faziam sentir há mais de uma década. Inaugura-se um novo período, no qual o modelo da seguridade social passa a estruturar a organização e o formato da proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania. No modelo de seguridade social, busca-se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos. (TEIXEIRA, 2009)

Nesse sentido, o direito a saúde significa:

(...) a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (*BRASIL*, Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986).

Logo após esta conferência formou-se uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária que transformou o texto da constituinte na Lei Orgânica da Saúde 8080/90. Essa comissão instituída pela Portaria Interministerial<sup>13</sup> MEC/MS/MPAS n° 02/86 era formada por representantes dos órgãos governamentais, congresso nacional e sociedade civil, tendo por finalidade:

- analisar as dificuldades identificadas no funcionamento da rede nacional de serviços de saúde, e sugerir opções para a nova estrutura organizacional do sistema;
- examinar os instrumentos de articulação entre os setores de Governo que atuam na área de saúde, e propor o seu aperfeiçoamento;
- apontar mecanismos de planejamento plurianual no setor saúde, ajustando-os com precisão às necessidades dos segmentos da população a ser atendida<sup>14</sup> (*BRASIL*, Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986).

Depois de elaboradas as propostas na VIII CNS em 1986, momento essencial de discussão, na qual a saúde passava a ser entendida num conceito mais amplo, saúde entendida como direito de todos e dever do Estado, aconteceu em 1988 em Brasília/DF a Assembleia Constituinte, considerada um marco histórico e um avanço democrático na história do nosso país, reunindo milhares de pessoas para discutir e levar propostas acerca de políticas públicas. E assim na Constituição Federal de 1988, conhecida também por Constituição Cidadã que se concretizou o Sistema Único de Saúde (SUS) como proposto pela Reforma Sanitária.

---

<sup>13</sup> Essa Portaria foi publicada no Diário Oficial da União no dia 22/08/1986.

<sup>14</sup> Ver Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS n° 02/86.

Assim, na CF/88 a saúde ficou estabelecida como direito de todos os indivíduos e o Estado assumiu a responsabilidade de garanti-lá, com acesso universal e igualitário, mediante políticas sociais e econômicas que reduza os riscos a doenças e outros agravos como exposto no artigo constitucional 196. Nesta perspectiva, o Sistema Único de Saúde após a CF passou a ser regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) com a criação das leis 8080/90 que regulamentou o SUS na CF de 1988 e a 8.142/90 que regulamentou a participação da comunidade na gestão e controle do SUS.

As Leis Orgânicas da Saúde reconhecem o conceito saúde de forma ampliada e aponta como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros, de forma que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. Elas regulamentaram a saúde como Política Pública (CRIOLA, 2007, p. 09).

A LOS 8080/90 dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, na organização e funcionamento dos serviços de saúde. Conforme exposto no artigo 1º esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Deste modo, todas as ações e serviços de saúde desenvolvida por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais ou qualquer outra que seja mantida pelo Estado, constitui o SUS. O artigo 15 desta lei dispõe ainda sobre as atribuições da União, Distrito Federal, estados e municípios quanto à prestação dos serviços de saúde. Para melhor elucidar-mos destacamos algumas delas de acordo com o Art. 15:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde; II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais; IV - organização e coordenação do sistema de informação em saúde; V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde; XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária; e, XXI - fomentar, coordenar

e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial. (BRASIL, 2003)

E para ter controle e estimular a participação dos diversos atores sociais no SUS conforme outrora relatado, a Lei 8.142/90 cria as conferências de saúde<sup>15</sup> e os conselhos de saúde<sup>16</sup> nos três entes federados como instâncias colegiadas que se tornam importantes mecanismos de controle social<sup>17</sup> da política de saúde, dando poder a sociedade civil de intervir e opinar sobre essa mesma política. Nessa perspectiva, a prática do controle social na saúde seja por meio da participação nos conselhos ou nas conferências, como apregoado pela Reforma Sanitária é uma ferramenta imprescindível da sociedade para avaliar, monitorar, criar, fiscalizar e propor leis que venham colaborar para que o SUS funcione da melhor forma possível e atenda as necessidades e anseios da população.

A população deve utilizar os mecanismos de controle social para cobrar dos governantes um sistema de saúde eficaz e efetivo que funcione de maneira eficiente, funcionando na prática como está instituído na CF/88 e idealizado pela Reforma Sanitária Brasileira. Assim, a prática do controle social é de suma importância para consolidação e avanços para o SUS que queremos, constituindo numa das formas mais avançadas de democracia, estabelecendo uma relação entre Estado e sociedade. Mesmo sabendo que a sociedade não participa como deveria no desenvolvimento das ações no que diz respeito à política de saúde.

O Sistema Único de Saúde – (SUS) está ancorado em cinco princípios<sup>18</sup> fundamentais: Universalidade, Integralidade, Equidade no acesso e utilização dos

---

<sup>15</sup> As Conferências de Saúde acontecem a cada quatro anos com representação dos diversos segmentos sociais, para discutir e avaliar a política de saúde nos três níveis de governo.

<sup>16</sup> Os Conselhos de Saúde funcionam em caráter deliberativo e permanente composto por diversos representantes sociais atuando como agentes formuladores de estratégias e de controle na execução da política de saúde em cada instância de governo.

<sup>17</sup> Por controle social entende-se a participação da sociedade na discussão, formulação, gestão e controle da política de saúde. É uma relação estabelecida entre Estado e sociedade.

<sup>18</sup> Universalidade: significa dizer que o SUS deve estar disponível para todas as pessoas que estejam em território nacional sem destinação de qualquer natureza, devendo estar presente em regiões urbanas e rurais; Integralidade: o Estado através da política de saúde deve disponibilizar para todas(os) os melhores recursos de que dispõe para garantir a saúde; Equidade: o sistema de saúde deve atender de modo específico a necessidade de cada indivíduo ou grupo. Além desses três princípios fundamentais existem outros dois princípios que são fundamentais para que o sistema de saúde funcione da melhor forma possível são eles: Participação e/ou controle social e descentralização. Participação e controle social – diz respeito a obrigação e direito da população discutir, apresentar propostas e avaliar a qualidade dos serviços de saúde. Essa participação é feita através dos conselhos e conferências de saúde. Descentralização – diz respeito a responsabilidade

serviços de saúde, Participação e/ou Controle Social e Descentralização. Assim, o Estado deve atuar na promoção, prevenção e assistência à saúde a todos os indivíduos que estejam em território brasileiro.

Após, a criação do Sistema Único de Saúde surgiram e foram implementadas várias leis para efetivar a proposta do SUS. Ao passo que essas leis estavam sendo consolidadas com políticas, normas, portarias, que atendessem as necessidades de cada segmento social da população, significava mais um avanço democrático e político na saúde pública brasileira. É válido resaltar mais uma vez a importância dos movimentos sociais na luta por uma saúde pública e de qualidade.

As Normas Operacionais Básicas (NOBs) foram criadas para determinar a responsabilidade das três esferas de governo no que toca a questão do financiamento, gestão e a prestação dos serviços de saúde a população. Neste sentido, as NOB-SUS 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96 surgiram como uma forma de garantir e tornar realidade as leis do SUS, consideradas também fundamentais para a descentralização do SUS.

Dentre as normas operacionais destaco aqui a Norma Operacional Básica de 1996<sup>19</sup>, que assegura os “critérios de habilitação para que os gestores se comprometessem mais com a população” (CRIOLA, 2007, p.12). Essa norma instituiu dois tipos de habilitação: gestão plena de atenção básica no qual atribui responsabilidade aos municípios pelas ações básicas e a gestão plena do sistema ao qual passa ser também, responsabilidade dos estados e municípios a atenção básica, a assistência de média e alta complexidade e internações em saúde. “Durante o período desta NOB foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), na tentativa de estabelecer vínculos com a população local e melhorar a atenção” (CRIOLA, 2007, p.12).

Como complemento das NOBs foi publicada em 2001 e revisada em 2002 a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS) que visava à racionalidade dos

---

dos Estados, municípios e governo federal, estes devem atuar de forma articulada para garantir o direito a saúde. (CRIOLA, 2010).

<sup>19</sup> Na “NOB 96, foram criados novos critérios de habilitação visando implicar, de forma mais consistente, o gestor, no tocante à atenção à saúde de sua população, caracterizando sua responsabilidade sanitária na prestação de ações e serviços. (...) Na vigência desta NOB foram estabelecidos incentivos financeiros para a implementação de vários programas com ênfase na atenção básica à saúde, tentando mudar o modelo assistencial hospitalocêntrico”. (Funasa/MS, 2005, p.396)

gastos e aplicação dos recursos para que houvesse mais equidade nas ações e serviços de saúde com ênfase na rede básica e na rede de média e alta complexidade em saúde.

Em síntese, cabe resaltar que o direito a saúde compõe o tripé da seguridade social juntamente com a previdência e assistência social. Neste sentido, o Estado tem papel extremamente importante em assegurar e promover a equidade em saúde, com ações que sejam promotoras no combate a qualquer tipo discriminação garantindo ao indivíduo independente da sua cor/etnia o acesso aos serviços de saúde.

Cabe destacar mais uma vez que do Movimento de Reforma Sanitária a Constituição do SUS foi um longo processo de luta e de institucionalização democrática, na busca por um sistema universal, igualitário, equânime, descentralizado e participativo, instituído na Constituição Federal de 1988.

Nesta direção este item, buscou-se de maneira não muito aprofundada e exploratória discorrer sobre o processo da política de saúde brasileira a partir da Reforma Sanitária a Constituição do SUS que foi um importante passo para o modelo de saúde vigente, que apesar das fragilidades representa um marco histórico, como reconhecimento de lutas incessantes do povo brasileiro.

No próximo item, será abordada a questão dos determinantes sociais em saúde, mediando o debate sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde no contexto da política de saúde no Brasil, analisando ainda de que a forma às condições de vida interfere diretamente no estágio de saúde da população.

## **2.2 Os determinante sociais da saúde: o debate sobre acesso e utilização dos serviços de saúde.**

A saúde é um bem público global e um direito fundamental de todos os seres humanos. É um conjunto de condições individuais e coletivas, influenciado e

determinado por fatores econômicos, políticos, ambientais e socioculturais (SEPPIR, 2012).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a saúde constitui um direito humano associado ao bem-estar físico, mental e social e não apenas a está ligado a ausência de doenças. A partir disso, todos os seres humanos têm direito a condições mínimas de sobrevivência e de vida que influenciam diretamente na saúde do indivíduo, ou seja, as condições de vida e trabalho estão relacionadas com a situação de saúde. Neste sentido,

Grande parte das causas de doenças e desigualdades em saúde derivam, principalmente, de fatores como: condições em que a pessoa nasce; trajetórias familiares e individuais; desigualdades de raça, etnia, sexo e idade; local e condições de vida e moradia; condições de trabalho, emprego e renda; acesso à informação e aos bens e serviços potencialmente disponíveis (SEPPIR, 2011).

Os determinantes sociais da saúde além desses fatores advêm muitas vezes de causas internas que podem ter influência biológica.

Destarte, os determinantes sociais em saúde são oriundos da condição social, econômica, cultural, étnica e etc., envolvendo uma série de questões como habitação, saneamento básico, educação, trabalho entre outros, que afetam a saúde e “influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BRASIL/MS, 2010, p.36). A figura abaixo exemplifica muito bem os vários fatores dos determinantes sociais, inclusive a saúde, sendo fruto de condições socioeconômicas, culturais e ambientais.

Figura 01: Condições socioeconômicas, culturais e ambientais.



Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead

Segundo dados do IBGE o Brasil até os anos 2000 tinha seu nível populacional com quase 170 milhões de pessoas, deste contingente 84% são residentes da zona urbana contra 16% da zona rural. O aumento desse nível populacional comparado há anos anteriores mostra um êxodo rural muito grande, com o inchaço nas maiores cidades brasileiras. O que por consequência provoca elevação dos indicadores sociais, que acaba impactando na saúde e na produção de doenças e suas representações, o que passa a exigir por parte do governo maiores investimentos em políticas públicas.

Outro dado interessante é o aumento da renda das pessoas que saíram de uma condição desfavorável para uma condição favorável de vida tendo um alto crescimento, assim como a taxa de analfabetismo que reduziu entre os anos de 1996 e 2006. Esses fatores assim como outros tem influência na saúde.

Tomando como ponto de partida de análise o aspecto do aumento da renda e da superada taxa de analfabetismo que vem caindo, surgem as seguintes questões: porque a população brasileira mesmo saindo da linha da pobreza e adquirindo

conhecimento, superando inclusive a taxa de analfabetismo, e sabendo ainda que o governo vêm investindo em políticas sociais, os serviços de saúde não chega a população, principalmente a população da zona rural que fica distante dos centros urbanos? Onde será que se encontra a falha para que a política de saúde funcionasse como deveria, de forma que a população tivesse acesso e utilizasse os serviços de saúde reduzindo assim, os determinantes e/ou indicadores da saúde?

Para tentar responder essas questões, esta discussão partira da seguinte premissa: de que forma a população esta tendo acesso e como esta utilizando os serviços de saúde, e nesta relação analisar alguns dos principais determinantes sociais em saúde.

O Brasil vem sofrendo algumas relativas mudanças na redução das iniquidades sociais em saúde; isso pode ser ponderado quando analisamos a queda da mortalidade ocasionada por doenças transmissíveis, mas por outro lado, vê-se um “aumento das doenças crônicas, como diabetes, as doenças cardiovasculares, o câncer e as mortes por acidentes e violências de naturezas diversas” (BRASIL/MS, 2006, p.22).

Neste sentido, o que observamos é que mesmo a população tendo uma relativa melhora no seu quadro de vida está adoecendo mais, por doenças crônicas como diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças de coração, entre outras. Essas doenças representam 60% das causas de morte de acordo com o Ministério da Saúde entre os anos de 1998 a 2003.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada nos anos de 1998 e 2003 (PNAD – Saúde) mostrou que, “a partir dos 40 anos de idade, pelo menos 40% dos entrevistados referiram ter alguma doença crônica, aumentando com a idade. Há uma ligeira redução de 1988 para 2003” (BRASIL/MS, 2006, p.22).

O diabetes mellitus e hipertensão arterial é um fator preocupante que vem crescendo diariamente. Segundo o Ministério da saúde (2007) no Brasil, o diabetes<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Tem-se uma estimativa que mais de seis milhões de brasileiros são portadores do diabete mellitus. O MS afirma que em 2005 ocorreram 36.616 óbitos por causa dessa doença. Doenças cardiovasculares, insuficiência renal e etc. provêm da diabetes mellitus ligando a hipertensão arterial. “O diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos

e a hipertensão arterial constituem uma das primeiras causas de hospitalizações no sistema público de saúde. A prevalência dessa doença atinge mais o sexo feminino do que o sexo masculino. Até 2005 estimava-se que 11% da população brasileira com até 40 anos possuía o diabetes.

Assim, deve-se ponderar a lacuna existente quanto à assistência e/ou atenção que está sendo dada, analisando os determinantes sociais envolvidos para evolução do problema, e se esse crescimento não está ligada a falta de acesso aos serviços de saúde e principalmente a não prevenção dessas doenças.

As doenças transmissíveis<sup>21</sup> responderam também em 2005 por 46.628 óbitos “cerca de 5% da mortalidade geral –, ainda é muito grande o impacto dessas doenças na população brasileira” apesar de ter uma leve regressão (BRASIL/MS, 2006, p.34).

A anemia falciforme é outro grande problema que acomete a saúde pública, atingindo milhões de brasileiros. A anemia falciforme é uma doença genética e hereditária. A doença se espalhou no país pelo alto grau de miscigenação, atingindo em sua maioria os afrodescendentes. O MS afirma que por ano cerca de 3.500 crianças nascem com doença falciforme e 200 mil nascem com o traço da doença. Os estados que se destacam com altos índices são Bahia, Rio de Janeiro e Minas Gerais, isso ocorre por que esses estados tem uma maior concentração de afrodescendentes.

Dados do Programa Nacional de Triagem Neonatal mostram que no Estado da Bahia a incidência da Doença Falciforme é de 1:650, enquanto a do Traço Falciforme é de 1:17, entre os nascidos vivos. No Rio de Janeiro 1:1200 para a doença e 1:21 de traço. Em Minas Gerais é na proporção de 1:1400 com a doença e de 1:23 com Traço Falciforme (BRASIL/MS, 2010).<sup>22</sup>

---

de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular” (Brasil/MS, 2007, p.09).

<sup>21</sup> São as “doenças negligenciadas”, entre as quais se destacam a tuberculose, a hanseníase e a esquistossomose, o tracoma e as doenças diarréicas, as leishmanioses, a leptospirose e a dengue, a doença de Chagas e a malária (BRASIL/MS, 2006, p.34).

<sup>22</sup> Em 2005 foi publicada a Portaria Nº 1.391 que instituiu no âmbito do SUS as diretrizes para Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. Um ano depois foi criada no Brasil a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS).

O debate sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde aborda também o agravamento dessas e outras doenças, que apesar de existir políticas de saúde, não chega a toda população, o que acaba agravando o estado de saúde, sobretudo da camada mais pobre da população que não tem acesso aos serviços de saúde, por vários fatores sociais, envolvendo a falta de políticas públicas, como a falta de acesso a condições dignas de trabalho, moradia, saneamento básico, entre outros fatores sociais, que estão entrelaçadas e/ou interligadas ao estado de saúde, ou seja, a falta de acesso e utilização dos serviços de saúde pela população, atrelada diretamente a falta de acesso a políticas públicas corroboram diretamente para o adoecimento da população. A dificuldade de acesso faz com que a população não tenha um serviço de saúde regular ou se quer chegam a utilizá-lo por vários fatores, como já mencionado acima.

Quando tomamos como ponto de partida a melhora no aumento da renda, do aumento nível populacional e da redução do analfabetismo foi para ilustrar como a evolução demográfica, social e econômica do país rebatem nas condições de vida e na saúde, que estão intimamente relacionadas ao direito à alimentação, habitação, trabalho, acesso as informações e serviços de saúde que impacta nas condições de saúde dos diversos extratos sociais da população. O que há de ressaltar é que mesmo o Brasil tendo uma melhora na redução dos indicadores sociais com políticas públicas este não atinge toda a camada populacional. Neste sentido, é necessário criar mais políticas, programas e ações para reduzir os indicadores sociais em saúde, já que as iniquidades em saúde são geradas pelos determinantes sociais.

Neste sentido, no próximo item será analisando justamente o conceito e a operacionalidade da Política de Saúde da População no que se refere à garantia de saúde á população negra nos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde.

### **2.3 A Política de Saúde da População Negra: Conceito e operacionalidade.**

Logo após o processo escravista no Brasil, os negros passaram a lutar por seu espaço na sociedade para que tivesse acesso a políticas sociais que atendessem suas especificidades. Na década de 70 com a emergência de vários

movimentos sociais surge então o Movimento Social Negro, que foi mais uma maneira que a população negra encontrou para se organizar e lutar por uma democracia racial que garantisse seus direitos sociais, econômicos, políticos e culturais.

Para entender como surgiu a Política de Saúde da População Negra é necessário fazer um resgate histórico do processo de luta<sup>23</sup>, até a conquista dessa política, que é considerada uma importante ferramenta na garantia de um atendimento a saúde, livre de qualquer tipo de discriminação, levando em consideração os determinantes sociais que mais afeta a saúde dos negros, que estão relacionados às condições socioeconômicas, políticas, culturais e ambientais.

Para enriquecer a análise sobre a Política Nacional de Saúde Integral População Negra (PNSIPN), tomamos como ponto de partida o seguinte questionamento: será que o proposto por esta política está sendo colocado e/ou efetivado na prática? É partir desse questionamento que tentaremos responder ao longo deste item, se realmente a PNSIPN tem se efetivado, apresentando ainda o conceito e operacionalidade da mesma.

Neste sentido, “para entender a inclusão do recorte racial nas políticas de saúde, é preciso atentar ao processo histórico de fortalecimento do movimento negro e da inclusão da saúde como uma de suas principais reivindicações” (Conectas Direitos Humanos, 2008, p.16).

A década de 70 se caracterizou pela emergência de vários movimentos sociais. O Movimento Social Negro formado por homens e mulheres negras junto aos outros movimentos da sociedade civil passou a travar fortemente a luta por uma sociedade mais justa e igualitária, com políticas públicas que melhorasse e atendesse universalmente as necessidades da população, para seu desenvolvimento humano com condições dignas de vida.

Sabendo do preconceito racial e das iniquidades sociais em saúde em que os negros estavam (ou ainda estão) expostos o Movimento Social Negro passou a lutar e desencadear um papel essencial e necessário para o recorte étnico-racial nas políticas de saúde, com “acesso digno à saúde para a população negra, bem como

---

<sup>23</sup> Esse resgate histórico aconteceu a partir da década 70, especialmente após a CF/88 até a consolidação PNSIPN.

políticas de tratamento e prevenção de doenças prevalentes nessa população” (Conectas Direitos Humanos, 2008, p.16).

As lutas dos movimentos sociais e várias organizações da sociedade civil resultaram em várias conquistas sociais que marcaram a história do nosso país, em particular a criação do Sistema Único de Saúde com a Constituição Federal de 1988, que dentre as conquistas, se caracteriza como uma importante política de saúde, visando atender toda sociedade independente de sua classe social, apesar de existir algumas fragilidades ainda hoje.

Depois da CF/88, já nós anos 90, logo após a Marcha Zumbi dos Palmares<sup>24</sup> foi criado o Decreto de 20 de Novembro de 1995 que institui o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para Valorização da População Negra. Formado por diversos atores da sociedade civil, inclusive do Movimento Negro e representantes dos ministérios do governo, esse grupo de trabalho emergiu com a finalidade de criar políticas públicas de valorização da população negra, abrangendo diversos temas inclusive a saúde, cabendo-os, de acordo com o artigo 2º desse decreto:

I - propor ações integradas de combate à discriminação racial, visando ao desenvolvimento e à participação da População Negra; II - elaborar, propor e promover políticas governamentais antidiscriminatórias e de consolidação da cidadania da População Negra; III - estimular e apoiar a elaboração de estudos atualizados sobre a situação da População Negra; IV - reunir, sistematizar, avaliar e divulgar informações relevantes para o desenvolvimento da População Negra; V - incentivar e apoiar ações de iniciativa privada que contribuam para o desenvolvimento da População Negra; VI - estabelecer diálogo permanente com instituições e entidades, incluídas as do movimento negro, nacionais e internacionais, cujos objetivos e atividades possam trazer contribuições relevantes para as questões da População Negra e seu desenvolvimento; VII - estimular os diversos sistemas de produção e coleta de informações sobre a População Negra; VIII - contribuir para a mobilização de novos recursos para programas e ações na criação de mecanismos eficientes e permanentes na defesa contra o racismo e em áreas de interesse da População Negra, a fim de sugerir prioridade para otimizar sua aplicação; IX - estimular e apoiar iniciativas públicas e privadas que valorizem a presença do negro nos meios de comunicação; X - examinar a legislação e propor as mudanças necessárias, buscando promover e consolidar a cidadania da População Negra; XI - estabelecer mecanismos de diálogo e colaboração com os Poderes Legislativo e Judiciário, com o propósito de promover a cidadania da População Negra.

---

<sup>24</sup> A Marcha Zumbi dos Palmares aconteceu em 20 de Novembro de 1995, reuniu cerca de 30 mil pessoas em Brasília que lutava contra o racismo e pela igualdade de direitos para os negros. Nesse ano Zumbi dos Palmares foi reconhecido como herói pelo governo brasileiro.

Posterior à criação GTI, já nos anos 2000 foi realizada a 11ª e 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e nestas foi possível discutir e elaborar propostas que fincava o debate sobre o recorte étnico-racial e de gênero nos serviços de saúde em todas as áreas de abrangência do SUS.

Antes a criação da PNSIPN tiveram outros avanços importantes no que se refere à saúde da população negra que foram frutos para a sua criação, a exemplo da inclusão do quesito cor nas declarações de nascidos vivos e óbitos, e nos sistemas de informação sobre mortalidade e nascidos vivos, que a partir desse momento começaram as pesquisas sobre saúde da população negra e as principais causas de doenças desse segmento social. A partir disto começaram a estreitar os primeiros programas e ações de doença falciforme nos estados e municípios.

A doença falciforme é considerada uma das doenças que mais acomete a saúde dos negros. Como foi explicado no item anterior é uma das doenças que atinge particularmente a população afro-descendente. Além da anemia falciforme<sup>25</sup>, outras doenças como deficiência de glicose, que são adquiridas geneticamente; diabetes mellitus, hipertensão arterial, insuficiência renal crônica, câncer, DST/ HIV/ AIDS, mortalidade infantil, entre outras, que muitas vezes por não um receber atendimento adequado ou por não ter acesso aos serviços de saúde acaba agravando o estado da doença e assim acaba vindo a óbito.

O diabetes tipo II, por exemplo, considerando o critério da raça, mostra que o nível da doença entre os negros é maior que os brancos, alcançando uma estimativa de 9% a mais dos homens negros desenvolverem a doença e esse número é ainda mais alarmante entre as mulheres negras que aumenta 50% a mais de probabilidade de desenvolverem esta doença, comparada às mulheres brancas, principalmente no período gestacional. Acredita-se que isso ocorra pelo motivo dos negros não ter acesso aos serviços de saúde ou se frequentam recebe um atendimento

---

<sup>25</sup> A anemia falciforme é a doença hereditária mais comum no mundo e no nosso país. A anemia é a diminuição da hemoglobina no sangue. Na maioria das vezes, essa diminuição ocorre por falta de ferro no sangue, razão pela qual os órgãos não recebem a quantidade suficiente de oxigênio e não podem desempenhar bem suas funções (BRASIL/MS, 2007). É válido resaltar que a anemia e/ou doença falciforme é diferente do traço falciforme, pois esta não compromete o estado de saúde do indivíduo o que difere muito de quem possui a doença.

diferenciado, que em muitos casos temos o racismo institucional como uma barreira para um atendimento adequado para a população negra<sup>26</sup>.

O racismo<sup>27</sup> acaba assumindo uma posição alarmante nas iniquidades sociais, considerado como um determinante social em saúde. Em instituições de saúde muitas vezes é facilmente visualizado a presença do racismo institucional quando observamos o atendimento diferenciado entre negros e brancos. Em conformidade com Faustino (2012, p. 100) “o racismo é uma poderosa ideologia que orienta comportamentos, atitudes e desigualdades das mais variadas”.

Outro aspecto interessante na área de políticas específica para população negra foi à criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) em 2003, atuando também junto ao Ministério da Saúde. A SEPPIR foi criada através da Medida Provisória nº 111 em 21 de março de 2003, sendo convertida pela Lei 10.678. Dentre as finalidades da SEPPIR está à formulação, coordenação e articulação de políticas e diretrizes para a promoção da igualdade racial. Essa secretaria representa mais uma conquista da população negra, em especial do movimento negro. Um dos objetivos da SEPPIR é “promover a igualdade e a proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais e étnicos afetados pela discriminação e demais formas de intolerância, com ênfase na população negra” (SEPPIR, 2003).

Entre outras conquistas teve a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra no MS, que atua junto a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do MS. O comitê criado em 2004 tinha como proposta “sistematizar uma proposta de política nacional de saúde da população negra, articulando as ações e o trabalho das diversas áreas do SUS” (BRASIL/MS, 2007).

A realização do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra em 2004 que discutiu as iniquidades sociais em saúde que atingem a população negra e a

---

<sup>26</sup> Tanto o diabetes tipo II quanto a anemia falciforme tem uma prevalência maior na população afro-descendente.

<sup>27</sup> Segundo a Declaração da Unesco sobre a Raça e os Preconceitos Raciais, de 27 de novembro de 1978, o racismo manifesta-se por meio de disposições legais ou regimentais e por práticas discriminatórias, assim como por meio de crenças e atos anti-sociais; impede o desenvolvimento de suas vítimas, perverte quem o pratica, divide as nações internamente, constitui um obstáculo para a cooperação internacional e cria tensões políticas entre os povos; é contrário aos princípios fundamentais do direito internacional e, por conseguinte, perturba seriamente a paz e a segurança internacionais (BRASIL/SEPPIR, 2011, p. 07).

realização da I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial em 2005 que por sua vez debateu e deliberou sobre saúde desse segmento populacional, caracterizou-se como outros marcos importantes para a consolidação da PNSIPN.

O I Seminário Nacional de Saúde da População Negra teve por objetivo geral propor e sistematizar estratégias de gestão e atenção para implementação e acompanhamento das questões relativas à saúde da população negra no Plano Nacional de Saúde (PNS), visando à promoção da equidade racial (BRASIL/MS, 2007, p. 21).

A plenária neste seminário elaborou e aprovou o documento “Um Grito pela Equidade” que propõe a sociedade civil e especialmente aos gestores:

A realização de amplo processo de disseminação de informação sobre a doença falciforme, enquanto patologia de grande prevalência da população negra; a priorização de ações dirigidas às comunidades quilombolas, de modo a incluí-las definitivamente nas ações do SUS em cada um dos 23 estados onde estão presentes; a utilização do quesito cor na produção de conhecimento para o processo decisório da gestão em saúde na agenda de pesquisa e educação permanente; a organização de ações na área de atenção em saúde que levem em consideração sócio-raciais, em que seja garantida a resposta as necessidades da população negra e à integralidade, sem discriminação; e o desenvolvimento de ações que reduzam a morbidade e mortalidade da população negra em todas as faixas etárias (BRASIL/SEPPIR, 2007).

Esses quantos outros avanços que não foram explanados ou sanados aqui contribuíram de forma direta para a consolidação da PNSIPN. Essa política representa no contexto atual a afirmação do direito a saúde da população negra, levando em consideração suas especificidades.

A criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra<sup>28</sup> é mais uma conquista do povo negro. A PNSIPN se configura como uma política transversal, com formulação, gestão e operação, que garante a equidade, integralidade, universalidade, participação e controle social e descentralização com direção única, assinalando a responsabilidade dos três entes federados para atuar

---

<sup>28</sup> Aprovada em novembro de 2006, pelo Conselho Nacional de Saúde, publicada pela Portaria nº 992/GM (13/05/2009), convertida em lei pelo Estatuto da Igualdade Racial - Lei 12.288/10.

articuladamente, no desenvolvimento das ações em saúde, garantindo também o acesso e utilização dos serviços de saúde pela população negra, tendo ainda por finalidade orientar o SUS no enfrentamento ao racismo enquanto determinante social em saúde e as principais causas de doenças e morbi-mortalidade da população negra.

Destarte,

O Ministério da Saúde (MS), considerando as desfavoráveis condições de saúde da população negra, que constitui atualmente mais de 46% do total da população do país, e visando tanto à eliminação das iniquidades quanto à redução dos agravos que incidem nas altas e desproporcionais taxas de morbidade e mortalidade neste grupo populacional, elaborou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL/MS, 2010, p.).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra surge como uma ferramenta que inclui “ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, assim como participação e controle popular, produção de conhecimento, formação e educação permanente para os profissionais de saúde” (PNSIPN, 2007, p.13). O objetivo dessa política é:

(...) garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não-transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional (PNSIPN, 2007,p.14).

Logo após a criação da PNSIPN foi produzido um plano operativo, com o objetivo de demarcar estratégias, indicadores e metas no intuito de orientar o SUS e as três esferas de governo “no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com enfoque na abordagem étnico-racial” (PNSIPN/PO, 2008).

O Plano Operativo da PNSIPN está de acordo com o Programa de Aceleração de Crescimento (PAC) – Mais Saúde Direito de Todos e o Pacto pela Saúde, que dentre as ações estão previstas a garantia do acesso e ampliação do

acesso dos serviços de saúde para a população negra que estejam residindo em zona urbana ou rural; a inclusão do tema étnico-racial, num processo de educação permanente dos profissionais de saúde e no exercício do controle social; atuar na identificação, combate e prevenção de qualquer tipo de violência contra a população negra, assim como identificar as necessidades e utilizá-la como mecanismo num planejamento de ações e prioridades para a saúde da população negra, entre outras ações.

A realização da 13ª CNS que aconteceu em 2007, configurou-se num momento de grande discussão da situação da saúde e os determinantes sociais que incidiam sobre as condições de vida e saúde do indivíduo, discutindo inclusive a discriminação de gênero seja por orientação sexual, racial, étnica, e social, avaliando e aprofundando a discussão da política de saúde para comunidades quilombolas, indígenas e outros segmentos sociais.

Enfim, a PNSIPN enquanto uma política transversal está em conformidade com a CF/88 e reafirma seus princípios constitucionais, da saúde como um direito de cidadania e dignidade da pessoa humana; repúdio ao racismo e igualdade para todos; reafirmando os princípios e diretrizes do SUS, ancorada nos cinco princípios fundamentais, como exposto nas Leis 8080/90 e 8.142/90 que tem como objetivo promover a equidade em saúde da população negra no sistema de saúde. Neste sentido, a PNSIPN é pensada ainda para estabelecer a igualdade de ações e serviços entre a população negra e branca sobre a discriminação racial e social que infelizmente existe atualmente.

O Estatuto da Igualdade Racial instituído pela lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010 é um marco legal que garante a igualdade de oportunidades e preservação dos direitos sociais, econômicos e culturais da população negra, no combate a todo e qualquer tipo de preconceito e/ou discriminação, garantindo inclusive o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde como esta prevista na PNSIPN.

A Política de Saúde da População Negra representa mais um passo de grande relevância na garantia da equidade em saúde para a população negra. Agora o que visualizamos no cotidiano é que falta muito pra essa política se concretizar de fato e assim possa superar as iniquidades em saúde. Nesse sentido, vai exigir uma atenção maior do governo federal, estadual e municipal com maiores investimentos

em políticas públicas, inclusive na saúde, com ações contínuas e de educação permanente para os profissionais de saúde, e, além disso, ações que fortaleçam o processo de mobilização da população negra na política de saúde que aí engloba o Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, é indispensável que a política de humanização se efetive o mais rápido possível, que dentre suas propostas inovadoras esta a defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual. Acredito que a saúde da população negra se encaixa perfeitamente na Política Nacional de Humanização do SUS, servindo até mesmo para afirmar o que propõe a PNSIPN.

A fim de concluir este tópico, podemos afirmar que a escravidão deixou marcas profundas na história do nosso país de forma muito enraizada. As formas de violências que os negros passaram e que nos dias atuais se expressa muito através da discriminação racial, do preconceito, da discriminação de gênero e também da negação de direitos são reflexos desse período, que mesmo tendo avançado falta muito para o idealizado, com direitos iguais para todos. Mais diante do que já foi conquistado, reconhecemos a importância da PNSIPN, enquanto uma política transversal que reafirma os direitos em saúde para a população negra.

Em síntese, este capítulo procurou fazer uma contextualização histórica da política de saúde, passando pela Reforma Sanitária Brasileira a constituição do SUS, pontuando também como os determinantes sociais incidem diretamente na saúde, com direcionamento para população negra, e por fim para conclusão deste capítulo, análise da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. O processo de estudo em todo capítulo foi fundamental para compreender como ocorreu o processo de consolidação do SUS, mesmo ainda hoje com vários entraves, lacunas e desafios a serem superados. Assim, a pesquisa em questão considera importante compreender o cenário da saúde e como esse processo refletiu na saúde da população negra.

### **3 CONHECENDO O SUS EM TERRAS QUILOMBOLAS: um debate acerca do acesso e utilização dos serviços de saúde.**

Se pensarmos sobre a história do negro e ao modelo escravocrata que perdurou no Brasil durante 400 anos, percebemos que os negros sempre foram vítimas da violência e injustiça social com condições de vida e de saúde desumanas.

Antes da sua libertação sofriam todas as formas de violência possível. Numa arriscada tentativa muitos escravos conseguiam fugir e começaram a formar os quilombos, considerado um espaço de resistência e luta do povo negro. Era nos quilombos que se escondiam os negros “fujões” que fugiam dos seus donos, pois não suportavam mais viver em péssimas condições de trabalho, sendo constantemente açoitados, muitas vezes presos e até mesmo enforcados com pena de morte, sem direito algum garantido.

Os quilombos, a princípio comunidades autônomas de escravos fugitivos, converteram-se em importante opção de organização social da população negra e espaço de resgate de sua humanidade e cultura e fortalecimento da solidariedade e da democracia, onde negros se constituíam e se constituem até hoje como sujeitos de sua própria história (PNSIPN<sup>29</sup>, 2007, p.17).

A princípio os quilombos foram formados por escravos fugitivos, depois de um longo processo histórico, esses quilombos passaram a se chamar de comunidades quilombolas ou comunidades remanescentes de quilombos formadas por descendentes de escravos.

O Decreto 4.887 aprovado em 20 de Novembro de 2003 considera comunidades quilombolas como grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionado com a resistência à opressão histórica sofrida.

---

<sup>29</sup> Ver Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

De acordo com o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) até 2012 estimava-se a existência de três mil comunidades quilombolas em todo Brasil.

Já a Secretaria de Políticas Públicas para a Igualdade Racial (SEPPIR) aponta que foi feito um levantamento pela Fundação Cultural Palmares<sup>30</sup>, do Ministério da Cultura que existe atualmente cerca de 3.524 comunidades remanescentes de quilombos no país, embora outros estudos apontam que exista cerca de cinco mil comunidades quilombolas. A SEPPIR afirma ainda que até março de 2013 a Fundação Cultural Palmares certificou 2040 comunidades quilombolas, com maiores certificações<sup>31</sup> nos estados da Bahia, Maranhão, Pará, Pernambuco e Minas Gerais.

No sentido de criar políticas públicas para as comunidades quilombolas, articulando um conjunto de ações, foi lançado em 2004 o Programa Brasil Quilombola<sup>32</sup>, coordenado pelo SEPPIR. O PBQ compõe:

(...) um conjunto de ações de vários órgãos federais para fazer valer os direitos das comunidades quilombolas. Melhorar as condições de vida e fortalecer a organização das comunidades remanescentes de quilombos por meio da promoção do acesso aos bens e serviços sociais necessários ao desenvolvimento, considerando os princípios sócio-culturais dessas comunidades, é o compromisso do governo federal (BRASIL/MDA, 2005).

O PBQ tem como premissa desenvolver ações que incluem o acesso a terra, o desenvolvimento de ações que envolvem saúde, educação, habitação,

---

<sup>30</sup> A Fundação Cultural Palmares é um órgão federal, vinculado ao Ministério da Cultura, atua apoiando iniciativas de fortalecimento de culturas afro-brasileiras, formulação de políticas para populações afrodescendentes e além disso é responsável pela certificação das comunidades quilombolas.

<sup>31</sup> A região nordeste se destaca por receber maiores certificações, representando 63% dessas certificações. A SEPPIR (2013) afirma ainda que existe atualmente 1.229 processos abertos para titulação de terras no INCRA. Os estados que compõem o nordeste brasileiro são: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe.

<sup>32</sup> Com o desdobramento do Programa Brasil Quilombola foi instituída a Agenda Social Quilombola (Decreto 6262/2007), que agrupa as ações voltadas às comunidades em várias áreas, como o direito de acesso à terra; infraestrutura e qualidade de vida; inclusão produtiva e desenvolvimento local e direitos e cidadania (SEPPIR, 2013). Estes quatro eixos envolvem uma série de políticas destinadas às comunidades quilombolas. A SEPPIR é responsável por coordenar o PBQ, atuando juntamente com 11 ministérios para sua execução.

eletrificação rural, recuperação de áreas ambientais devastadas, incentivo ao desenvolvimento local, incentivo a cultura local e inclusão nos programas sociais do governo. Desde sua criação o PBQ tem mostrando resultados positivos, mas há de levar em consideração que as ações desenvolvidas não têm alcançado todas ou pelo menos a maioria das comunidades quilombolas.

Comparando a realidade atual com épocas anteriores percebemos que os negros conquistaram vários direitos sociais como o direito do acesso a terra, educação, habitação, segurança alimentar, trabalho, e também o direito a saúde, que deveria ser na prática umas das prioridades para o Estado<sup>33</sup>. Quando observamos a realidade percebemos que essas políticas não chegam ao seu público-alvo, o que acaba colaborando para o aumento dos determinantes sociais em saúde, pois o não acesso e utilização dessas políticas contribuem para o adoecimento da população negra e quilombola.

A Estratégia de Saúde Família<sup>34</sup> neste contexto é um importante mecanismo para prevenção, recuperação, promoção de saúde, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes da saúde, devendo atuar na manutenção da saúde da comunidade, cabendo-o levar em consideração suas especificidades.

Diante da existência de inúmeras comunidades quilombolas em todo território brasileiro “com uma realidade pouco conhecida e uma cobertura insuficiente ou nula da Estratégia Saúde da Família, o que se expressa em índices devastadores” como, por exemplo, o nível de desenvolvimento da doença de chagas, anemia falciforme entre outros indicadores sociais em saúde, que pretende-se discutir a política de saúde para territórios quilombolas, debatendo sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde na perspectiva da Atenção Básica (BRASIL/MS, 2007. P. 28).

---

<sup>33</sup> Nesse momento quando se reporta a responsabilidade do Estado, isto inclui a responsabilidade dos entes federados, ou seja, estabelecer parcerias para o desenvolvimento das ações para que as políticas públicas criadas venham a alcançar seus objetivos, atingindo seu público alvo, que nesse caso a população negra e quilombola.

<sup>34</sup> A estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (Brasil/MS, 2013).

Infere-se que a incidência ou agravamento dessas como de outras doenças possui uma relação direta com a falta de acesso na atenção e na utilização dos serviços de saúde pelas comunidades negras quilombolas, que aí entra a discussão sobre a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) para esta população. Dados da SEPPIR (2013) apontam existência de 214 mil famílias e 1,17 milhão de quilombolas em todo território brasileiro. Diante desse contingente populacional como está sendo utilizado e de que forma esta sendo o acesso dos povos quilombolas na política de saúde no SUS? Será que os seus direitos como previsto em lei estão sendo garantidos e/ou acessados? Essas como outras questões serão levantadas ao longo deste capítulo.

Neste sentido, este capítulo pretende pautar também discussão sobre a Política de Atenção Básica com direcionamento para a cobertura da Estratégia Saúde da Família, com olhar específico para comunidades quilombolas, que são formadas majoritariamente por negros. Nesta direção, avaliar também se existe uma rede de atendimento em saúde, debatendo sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde por esta população.

### **3.1 A rede de atendimento em saúde para territórios quilombolas: realidade ou falácia?**

Os integrantes de uma comunidade remanescente de quilombo<sup>35</sup> são portadores de todos os direitos previstos constitucionalmente, sem distinção (BEDESCHI E ZANCHETTA, 2008). A política de saúde se insere neste contexto, devendo afirmar o direito a saúde para a população negra sem distinção de raça ou cor. A CF/88 garante a esta população o acesso gratuito e igualitário a todos os serviços de saúde, com políticas que reduza o risco de doenças e outros agravos à saúde.

---

<sup>35</sup> Em sua maioria a população residente em comunidades quilombolas é negra.

Como sabemos é direito do ser humano independente de sua classe, raça ou etnia ter acesso ao conjunto de ações e serviços necessários para promoção, proteção e recuperação de sua saúde. O Estado brasileiro por sua vez é responsável por garantir esses conjuntos de ações, fazendo com que os mesmos cheguem a toda população. Mas será que a rede de atendimento em saúde tem alcançado as comunidades negras quilombolas? Algumas leis (resoluções, portarias, e etc.) têm sido criadas para garantir o atendimento em saúde para territórios quilombolas, mas será que na prática tem se concretizado? É visível as dificuldades para consolidação do atendimento em saúde para esta população, isso pode ser visualizado na dificuldade encontrada pelos negros para acessar e utilizar os serviços de saúde.

O sistema de saúde no Brasil como um sistema universal deve garantir atendimento integral a toda população. Assim, a atenção em saúde no Brasil está estruturada na atenção básica, na assistência de média e alta complexidade e internações em saúde<sup>36</sup>.

No intuito de melhorar a rede de saúde o estado criou as Redes de Atenção à Saúde (RAS) prevista na Política de Atenção Básica. As RAS funciona como:

(...) estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (PNAB, 2009).

Eugenio Vilaça Mendes (2011) faz uma análise muito interessante quanto à implantação das Redes de Atenção à Saúde. De acordo com esse autor,

A implantação das RASs convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticado no SUS e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas, alguns experienciados com sucesso, em outros países e

---

<sup>36</sup> Nesse estudo somente será abordada a saúde na perspectiva da Atenção Básica.

que devem e podem ser adaptados à realidade de nosso sistema público (MENDES, 2011, p. 18).

Ainda, para esse autor como podemos visualizar na citação logo abaixo é necessário ter um grau de coerência entre a situação da saúde e o Sistema Único de Saúde, que a meu ver não tem ocorrido dessa forma, principalmente quando se trata de comunidades quilombolas, que vêem seus direitos cessados, convivendo com a falta básica do direito à saúde.

Por isso, há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação das redes de atenção à saúde (RASs), uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011, p. 18).

Com relação à saúde das comunidades quilombolas a Portaria nº 90 de 2008 considera e atualiza o contingente populacional de assentados e quilombolas para cálculo do teto de Equipes Saúde da Família, modalidade I, e de Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, garantindo mediante o repasse de recursos financeiros para municípios que contenha em seu território a presença desses povos. O anexo dessa portaria<sup>37</sup> contempla um total de 774 municípios para garantir o atendimento em saúde da população assentada e remanescentes quilombolas. No estado da Bahia são 56 municípios contemplados com a Estratégia Saúde da Família para assentados e quilombolas.

A Companhia de Processamentos de Dados do Estado da Bahia, através da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) afirma que atualmente existem 204 equipes de Saúde da Família, sendo que 144 contam com equipes de saúde bucal, que atendem às comunidades quilombolas e populações assentadas em 101 municípios baianos, atuando na promoção da saúde de comunidades assentadas e quilombolas. A Bahia possuía aproximadamente até o ano de 2011, 364 comunidades remanescentes de quilombos certificadas em todo estado.

Considerando que a Bahia é um dos estados que mais tem a presença de remanescentes de quilombos, percebemos que a cobertura da AB neste território é

---

<sup>37</sup> Lembrando que esse número deve ter aumentando, considerando que o ano de aprovação dessa portaria ocorreu em 2008.

lastimável. Até porque esse número de equipes de saúde na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família é responsável por atender assentados e quilombolas. Sem ponderar, que estima-se a existência de inúmeras comunidades quilombolas que não receberam ainda as certificações e nem deram entrada no processo de auto-reconhecimento.

Com base nos dados<sup>38</sup> da SEPPIR até 2012 em todo território nacional tinha um total de 2.008 equipes de saúde da família e 1.536 equipes de saúde bucal em 1.177 municípios, atendendo residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos. Apesar desse resultado é um número bastante precário e deficiente se considerado uma população estimada em 1,17 milhões quilombolas, e 214 mil famílias quilombolas em todo o Brasil. Ou seja, considerando esses dados, o Sistema Único de Saúde, na perspectiva da Atenção Básica é quase nula, sem levarmos em conta aqui, a assistência à saúde como um todo para a população negra e quilombola. Em outras palavras é insuficiente diante da realidade e do horizonte que temos atualmente.

O Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial – PLANAPIR, aprovado pelo Decreto nº 6.872, de 4 de Junho de 2009, nos objetivos indicados no anexo deste decreto, trata de temas como educação, trabalho e desenvolvimento econômico, diversidade cultural, saúde, entre outras políticas para promoção da igualdade racial. A saúde é exposta no anexo três do PLANAPIR. Dentre os objetivos da saúde no programa, encontra-se a promoção da integralidade<sup>39</sup>, com equidade, na atenção à saúde das populações negras, indígenas, ciganas e quilombolas; ampliação do acesso da população negra, indígena, cigana e quilombola, com qualidade e humanização, a todos os níveis de atenção à saúde,

---

<sup>38</sup> Informações obtidas em uma reunião que participei sobre comunidades quilombolas no município de Salvador – BA no dia 09.08.2013.

<sup>39</sup> Segundo Teixeira (2011, p.6) a noção de integralidade diz respeito ao leque de ações possíveis para promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde. A integralidade é (ou não), um atributo do modelo de atenção, entendendo-se que um “modelo de atenção integral à saúde” contempla o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação. Um modelo “integral”, portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários, à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

priorizando a questão de gênero e idade; desenvolvimento de medidas de promoção de saúde e implementar a estratégia de saúde da família, nas aldeias indígenas, acampamentos ciganos e comunidades quilombolas, ampliação das ações de planejamento familiar, às comunidades de terreiros, quilombolas e ciganas; e etc.

Da Constituição Federal de 1988 até os dias atuais muitos direitos sociais foram conquistados pela população negra quilombola. O que observamos na realidade é a desigualdade no acesso<sup>40</sup> e utilização dos serviços de saúde por esse segmento social e conseqüentemente a não garantia do direito a saúde. Nesse sentido, a rede de atenção à saúde também funciona ou deveria funcionar numa rede articulada de serviços de atenção primária à saúde, prestando uma assistência contínua a população, levando em consideração suas especificidades.

Diante da realidade que temos, é necessário que a rede de atendimento em saúde funcione de maneira integrada e articulada, elaborando estratégias com ações inclusivas da população negra e quilombola nos serviços de saúde que precariamente tem sido feitas. Os serviços de saúde oferecidos à população negra e quilombola são precários e a rede de atendimento é quase nula. Assim, as redes de atenção à saúde funcionam a passos lentos, e com isso a população sofre e tem seus direitos negados. Neste contexto, “a análise da situação das redes de atenção à saúde deve fazer-se sobre a população e sobre as redes de atenção à saúde, construídas como respostas sociais às necessidades de saúde desta população” (MENDES, 2007, p. 09). O papel do controle e da participação social é de extrema importância para fazer com que a política de saúde se efetive e os serviços disponibilizados pelo SUS atenda a todos independentemente de seu território.

O (re) conhecimento território e/ou espaço onde estão localizadas as comunidades quilombolas pelos profissionais de saúde, gestores e etc., é indispensável para atuar frente às suas necessidades e/ou especificidades. Por isso a importância de conhecer o território e assim, fazer a articulação entre os serviços

---

<sup>40</sup> O Atlas Racial Brasileiro registra que a população negra tem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, pois o percentual de pessoas que conseguiu atendimento médico nas últimas duas semanas antes da pesquisa é substancialmente maior entre os brancos (83,7%) do que entre os negros (69,7%). E, em relação a atendimento ambulatorial, apenas 66% dos homens negros foram atendidos, contra 82% dos homens brancos, 85% das mulheres brancas e 72% das mulheres negras (GOES e NASCIMENTO, 2012, p. 262, apud, PNUD, 2004). Estes dados ora aqui apresentados demonstram a desigualdade no acesso ao serviço de saúde.

de saúde e a população usuária, pois cada lugar possui hábitos, valores, crenças e estilos de vida diferentes, exigindo uma atenção em saúde conforme suas especificidades.

O território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (BARCELLOS et al., 2002, apud, BARCELLOS, 2013). O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. O espaço-território, muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é o *locus* onde se verifica a interação população-serviços no nível local. Caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais para sua resolução devem ser compreendido e visualizado espacialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde (BARCELLOS et al., 2013).

A questão do (re) conhecimento do território ou regionalização é substancial para o desenvolvimento das ações e do cuidado na saúde, sobretudo na Atenção Básica onde estabelece um elo maior dos serviços de saúde com a população local. Nesse sentido, o território tem (...) “sua importância estratégica para as políticas sociais públicas na consolidação de ações para o enfrentamento de problemas e necessidade da população que o habita e o produz socialmente” (BARCELLOS et al., 2013).

Desta maneira, as ações e o cuidado na atenção em saúde com ênfase na Atenção Básica devem ser orientadas para o cuidado integral dos indivíduos inseridos em suas respectivas famílias e comunidade, levando em consideração o território onde vivem, neste caso, os quilombolas. Políticas de atenção à saúde para as populações negras quilombolas são necessárias, devendo ser formuladas, estruturadas e implantadas, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, e reafirmadas na Política Nacional de Saúde da População Negra, para promoção da equidade em saúde. E assim tecer a rede de atenção à saúde aos quilombolas, garantindo a integralidade e universalização dos serviços de saúde a esta população.

### 3.2 Avaliando a efetividade da Atenção Básica.

A Atenção Básica é a porta de entrada nos serviços de saúde, caracterizando-se como o primeiro nível de atenção em saúde no SUS. Destaca-se por possuir um alto grau de descentralização e capilaridade. Instalado bem próximo à comunidade exerce um alto poder de comunicação entre os profissionais de saúde e comunidade. Essa comunicação permite conhecer, propor e realizar intervenções no sentido de evitar problemas de saúde futuros ou ao menos amenizá-los. Nesta perspectiva, a Atenção Básica deve ser:

(...) o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL/MS, 2012).

A partir de 2006 com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi possível remodelar a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, ampliando as ações intersetoriais e de promoção da saúde. A PNAB aprovada pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 teve como objetivo revisar as diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 2011 houve uma reformulação na PNAB, sendo aprovada uma nova portaria.

Essa nova Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 aprova a nova PNAB, e estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Como podemos visualizar nessa portaria o PSF tem sua nomenclatura alterada para ESF juntamente com o PACS.

Essa portaria considera a ESF como modelo prioritário de reorganização da atenção básica no Brasil. Essa reformulação na PNAB ocorreu também por conta da necessidade de revisar e adequar as normas da Atenção Básica na conjuntura atual para seu bom desenvolvimento e funcionamento. A experiência acumulada entre os

três entes federados demonstraram a importância de adequação das normas para o bom funcionamento da AB<sup>41</sup> no país, atuando e ampliando a rede da AB, para que pudesse integrar e incluir o usuário nos serviços de saúde. A nova PNAB compreende a Atenção Básica como:

(...) um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL/MS, 2012).

Assim, a PNAB é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade, do cuidado, da integralidade, da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Na PNAB a Atenção Básica passou a compreender o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral em saúde (BRASIL/MS, 2012). A PNAB enfatiza muito bem os fundamentos e diretrizes<sup>42</sup> que norteiam a atenção básica, como podemos visualizar logo abaixo:

- I. Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;
- II. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e

---

<sup>41</sup> Vale frisar que o financiamento da AB é tripartite.

<sup>42</sup> Fundamentos e diretrizes retiradas da Política Nacional de Atenção Básica.

acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

- III. Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;
- IV. Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e
- V. Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e

coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais (BRASIL/MS, 2013).

A Atenção Básica<sup>43</sup> dentre seus fundamentos e diretrizes leva em consideração os determinantes sociais da saúde de acordo com a especificidade de cada território, desenvolve ações baseadas nos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação e controle social. Porém há de levar em consideração se esses princípios estão sendo efetivados na prática. A maioria das comunidades quilombolas rurais são exemplos disso, que por ficarem localizadas distantes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) acabam não tendo seus direitos garantidos e esses princípios são feridos por o mesmo Estado que aprova essa lei.

A Estratégia de Saúde da Família está inserida no modelo de atenção básica a saúde. Com o objetivo de aproximar os serviços de saúde da população, atua na promoção da saúde e prevenção para que reduza os riscos de doenças e outros agravos que possa afetar a saúde da população. Assim, é necessário fazer a articulação entre a política de saúde (redes de serviços) e a comunidade. Essa articulação só é possível se houver uma aproximação da equipe de saúde com os usuários (comunidade).

Para cumprir o princípio constitucional do Estado de garantir ao cidadão seu direito de receber atenção integral à saúde - com prioridade para as atividades preventivas, mas sem prejuízo dos serviços assistenciais - e para permitir que os responsáveis pela oferta dos serviços de saúde, os gestores do SUS, aprofundem o conhecimento sobre aqueles a quem devem servir (Brasil/Ministério da Saúde, 2003).

---

<sup>43</sup> No âmbito da Atenção Básica tem-se a criação do seu piso em 1997, sendo implantado em 1998, e ampliado em 2001 como mais um mecanismo de financiamento do SUS.

A Estratégia de Saúde da Família no seu sentido mais amplo surge como um modelo de atenção primária à saúde da família<sup>44</sup>. Dentro da ESF, atua as equipes de saúde da família e as equipes de saúde bucal, assim como os Núcleos de Apoio a Saúde da Família. As equipes devem atuar desenvolvendo ações de promoção à saúde, recuperação, reabilitação de doenças e outros agravos, sobretudo de prevenção a saúde da família.

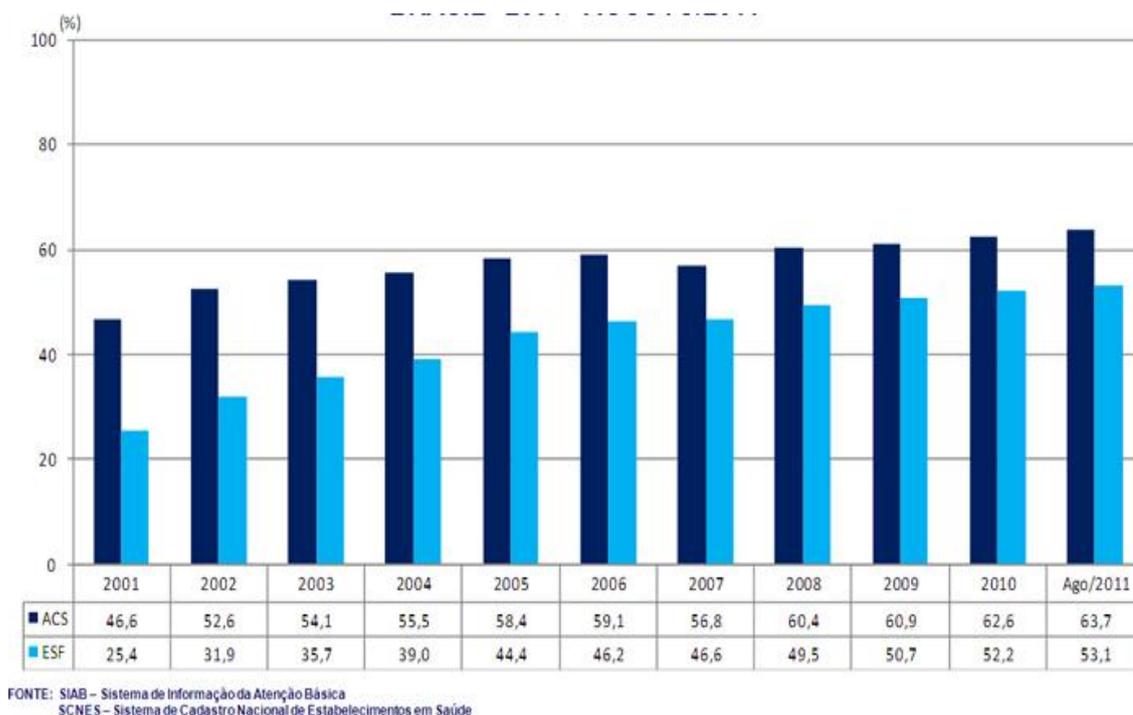
O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado em 1994, caracteriza-se como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial e tem por base a implantação de equipes multiprofissionais, que atuam em Unidades Básicas de Saúde e são responsáveis por um número predeterminado de famílias localizadas numa área delimitada. (BRASIL/MS, 2013).

Os dados do Departamento de Atenção Básica do MS revelam que nos últimos anos houve um aumento significativo na expansão da cobertura da Atenção Básica e Saúde da Família. De 2003 a 2009 houve um investimento significativo na ESF, passando de R\$1.662,80 milhões para R\$ 5.698,00 milhões. A cobertura populacional por equipes saúde da família, por exemplo, entre 2003 e 2009 pulou de 35,7% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 62,3 milhões de pessoas, para 50,7% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 96,1 milhões de pessoas. Desta forma, houve um crescimento muito pequeno, diria insuficiente da sua cobertura populacional.

A evolução da cobertura populacional por Agente Comunitário de Saúde de 2001 a Agosto de 2011 saltou de 46,6% para 63,7% e pela Equipe de Saúde da Família saltou de 25,4% para 53,1%, havendo uma relativa melhora no seu quadro, como podemos visualizar no gráfico logo abaixo:

---

<sup>44</sup> A Saúde da Família aqui apresentada é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2013).

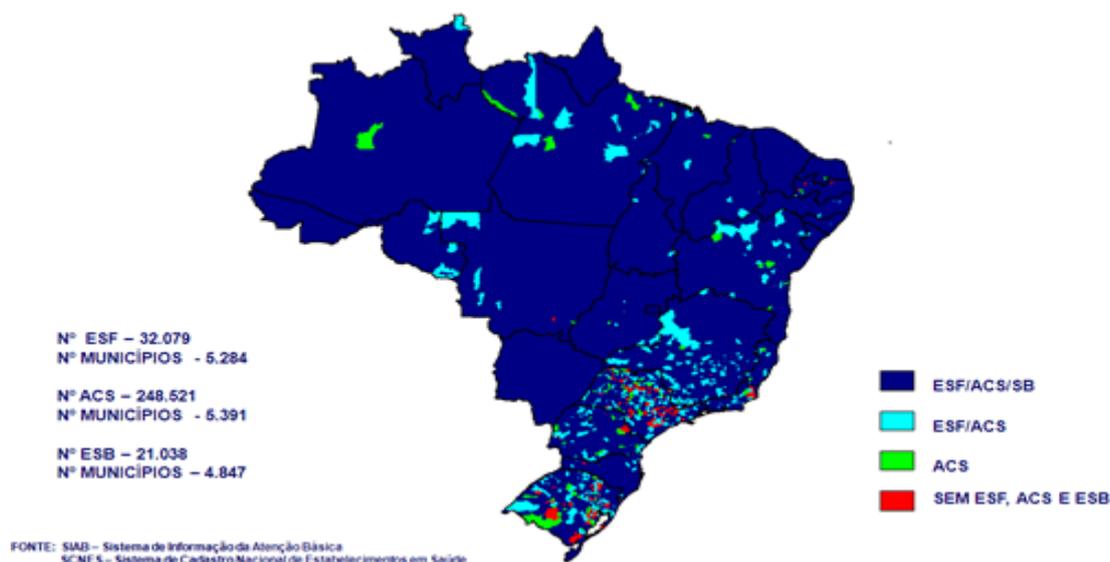


Com a análise desses dados é possível afirmar que a cobertura da Atenção Básica apesar desse crescimento ainda é insuficiente para atender as demandas da população. A cobertura por Equipes de Saúde da Família até 2011, não atendia nem 54% da população brasileira. Esse número representa a insuficiência da atenção básica, pois nem toda a população tem acesso e nem se quer utiliza dos serviços de saúde ofertados por ela.

As Unidades Básicas de Saúde considerada, como a porta de entrada do sistema de saúde é uma estratégia importante da AB. Por estar instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Essa interlocução das UBS com a comunidade só é possível através da equipe de saúde da família, onde a convivência cotidiana dessa equipe com a comunidade acaba trazendo resultados efetivos no processo saúde-doença.

A equipe de saúde da família ou equipe de atenção básica é formada por uma equipe multiprofissional composta por agentes comunitários de saúde, enfermeiro, técnico de enfermagem, médico e auxiliar administrativo. Quando ampliada a equipe pode contar com cirurgião dentista, auxiliar de dentista e técnico de saúde bucal. Dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, até agosto de 2011 revelam a situação de implantação Equipes de Saúde da

Família, Equipes de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde. O número de Equipes de Saúde da Família foram 32.079 presentes em 5.284 municípios, já o número de Agentes Comunitários de Saúde foram 248.521 em 5.391 municípios e número de Equipes de Saúde Bucal foram de 21.038 em 4.847 municípios. O gráfico abaixo demonstra claramente esses dados:



Cabe resaltar, que os agentes comunitários de saúde são responsáveis por acompanhar, coletar e reunir informações da saúde das famílias de uma determinada comunidade, tendo como uma das prioridades a integração da equipe de saúde e a população ligada à unidade de saúde da família.

O ACS utiliza instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural das famílias adscritas em sua base geográfica definida, a microárea. Estes instrumentos são o cadastro atualizado de todas as pessoas de sua microárea e o registro para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde. A partir daí ele é capaz de orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis e de traduzir para as Unidades de Atenção Primária à Saúde a dinâmica social da população assistida, suas necessidades, potencialidades e limites, bem como identificar parceiros e recursos existentes que possam ser potencializados pelas equipes. (FREIRE e PESSANHA, 2011).

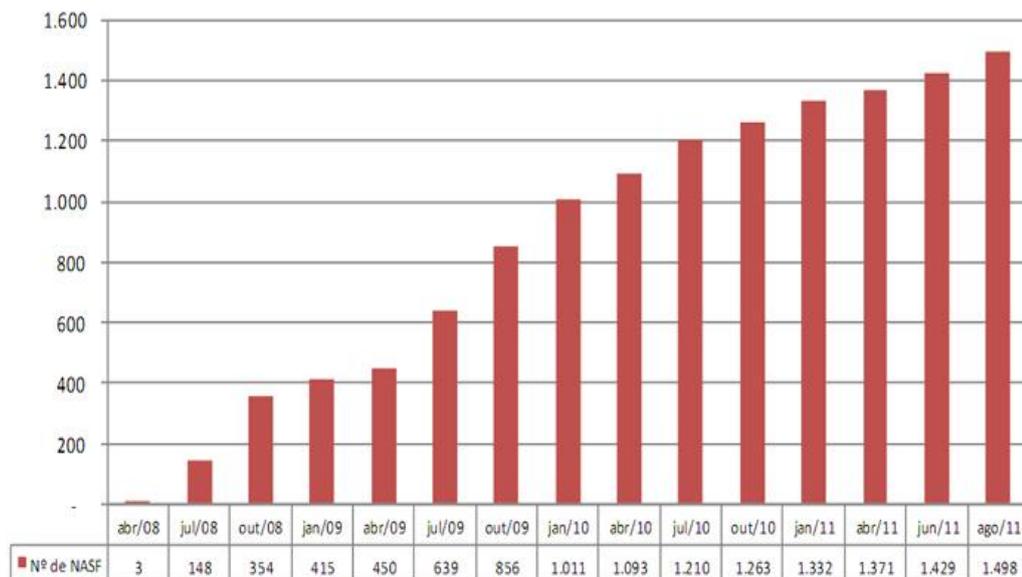
Os ACS são trabalhadores importantes no cuidado e atenção à saúde exercendo uma interlocução positiva entre a equipe de saúde da família e a comunidade, principalmente porque muitos deles residem na própria comunidade, estando cotidianamente se relacionando com os moradores. Através das visitas domiciliares e conversas informais, faz a mediação dos serviços de saúde ofertados pela UBSF e outros serviços como a comunidade.

No âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família, no sentido de reorientar também o modelo de atenção à saúde da família, tem-se a criação em 2008 do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)<sup>45</sup> aprovado pela Portaria GM nº 154 em 24 de janeiro do mesmo ano. O NASF<sup>46</sup> é composto por uma equipe multiprofissional, atuando junto à equipe de saúde da família, com ênfase nas práticas de saúde no território onde estão localizadas as UBS. “O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de saúde da família” (BRASIL/MS, 2010, p. 208). O NASF tem como diretriz principal a integralidade do indivíduo nas ações em saúde levando em conta suas especificidades, organização de práticas em saúde e organização do sistema de saúde, com a garantia do acesso a população as redes de atenção e assim atender suas necessidades. Diante de um país populoso como nosso, até agosto de 2011 tínhamos somente 1.498 NASFs implantados em todo Brasil. O gráfico abaixo demonstra a evolução do Número de NASFs Implantados entre 2008 a agosto de 2011.

---

<sup>45</sup> O NASF está dividido em nove áreas estratégicas sendo elas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/ do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (DAB, 2013).

<sup>46</sup> O NASF pode ser organizadas em duas modalidades: O NASF 1 e o NASF 2. “A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. Os NASF 1 e 2 devem funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas que apoiam”(BRASIL/MS/PNAB, 2012, p.73) .



FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Em agosto desse mesmo ano somente 975 municípios em todo território nacional possuíam NASFs instalados. Apesar de seu crescimento ainda é muito escasso esse número, se comparado aos 5.564 municípios brasileiros.

Esses dados mostram a deficiência no sistema de saúde na perspectiva da AB, haja vista que a maioria das comunidades não possuem Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde o acesso aos serviços de saúde é difícil e não possuem se quer transporte comunitário para sua locomoção. A Estratégia de Saúde da Família não tem ainda uma cobertura suficiente, o que ocasiona no aparecimento de doenças e de outros agravos a saúde por não existir ações de promoção, prevenção e proteção.

As ações em saúde devem começar pela porta de entrada dos serviços, investindo, sobretudo nos fatores de prevenção, principalmente nas doenças que mais acometem a saúde da população. A Atenção Básica para funcionar de fato deve existir investimento na oferta de saúde, garantindo o acesso e utilização dos serviços de saúde a comunidade, principalmente aquelas que ficam distantes e o acesso é muito difícil como é caso também das comunidades quilombolas.

Diante da apresentação dos dados e da insuficiência na cobertura da atenção básica, será que as comunidades negras quilombolas estão incluídas nessa cobertura? Definitivamente acredita-se que não, pois muitas comunidades quilombolas ficam marginalizadas e afastadas dos locais onde estão localizadas as

Unidades Básicas de Saúde da Família, que por consequência não acessam e nem utilizam os serviços de saúde por conta da dificuldade de locomoção até a UBSF. E como as ações e os serviços em saúde não chegam à comunidade, acaba desenvolvendo doenças e conseqüentemente seu agravamento, levando até morte.

A saúde da população negra tem um agravante maior, pois doenças como anemia falciforme, diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças de chagas entre outras, como já mencionada, tem um índice maior de desenvolvimento na população negra. E ações e cuidados em saúde são fundamentais para prevenção e tratamento dessas quanto de outras doenças. Somente os casos registrados até 2009 pelo DAB do MS a doenças de chagas chegam a atingir aproximadamente cerca de três milhões de brasileiros. Considero que os dados são ainda maiores, principalmente entre as comunidades negras quilombolas, em que a maioria mora ainda em casas de adobe, taipa, e muitas delas não revestidas.

A Bahia está entre os estados que existe uma incidência de casos dessa doença na forma aguda, juntamente com Ceará, Piauí, Santa Catarina, São Paulo e na área da Amazônia Legal que tem um índice maior de casos e surtos da doença, como aponta o Ministério da Saúde em 2009, no Caderno de Atenção Básica, no qual fez um estudo sobre zoonoses para vigilância em saúde.

No âmbito da Atenção Básica não existe uma equipe<sup>47</sup> de saúde específica direcionada para atender especificamente populações quilombolas. Existe no âmbito de atender não somente comunidades quilombolas, como também municípios com outras especificidades, a Compensação das Especificidades Regionais (CER)<sup>48</sup> previsto na PNAB. A CER são recursos “transferidos com o objetivo de responder a especificidades de municípios, populações ou situações que exigem maior aporte de recursos, mas que não são devidamente contempladas nos demais componentes do Bloco da AB” (PNAB, 2009). Os municípios aptos a receber esse recurso, são

---

<sup>47</sup> Como exposto na PNAB, existe equipes específicas da atenção básica para população de rua com Equipes do Consultório na Rua e Equipes de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense.

<sup>48</sup> Os critérios de distribuição dos recursos e valores para cada Estado e para o Distrito Federal pactuados são definidos em portaria ministerial específica para esse fim. A utilização dos recursos da CER é definida por cada CIB, levando em conta os objetivos desse componente e pactuando projeto com finalidade, critérios, distribuição e utilização dos recursos, monitoramento e avaliação dos resultados (BRASIL/MS/PNAB, 2012, p.85).

definidos sob critérios. Entre os critérios está à qualificação da atenção para populações sazonais, rurais, quilombolas, tradicionais, assentadas e isoladas.

Comunidades quilombolas como prevista na PNAB que tiverem no mínimo 70 pessoas podem ter uma equipe de saúde da família na modalidade I da AB, mas isso depende muito da vontade do gestor municipal para sua implantação.

Em 2008 é criada uma portaria no intuito de destinar recursos para os municípios que atende populações residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, como afirmado anteriormente. A Portaria nº 90, de 17 de janeiro de 2008 no seu Artigo 1º resolve:

Atualizar o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de Equipes Saúde da Família, modalidade I, e de Equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família que fazem jus ao recebimento de 50% de acréscimo em seus incentivos por atenderem a essas populações, respeitado o número máximo de equipes por município definido pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006.

A portaria nº 978, de 16 de maio de 2012, a qual define os valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal e para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica, considera a Portaria nº 90, para destinação de recursos para assentados e quilombolas.

Nesse sentido, a AB e agrupada a ela a Estratégia de Saúde da Família deve atuar principalmente na prevenção, para que possa reduzir os indicadores de saúde, contribuindo para alcançar resultados positivos na melhoria da qualidade de vida da população quilombola. Neste viés, a Estratégia de Saúde da Família para que funcione depende do comprometimento dos gestores municipais e estaduais, e gradativamente do aperfeiçoamento dos profissionais de saúde da rede, para assim atender as demandas da população usuária do serviço, neste caso os remanescentes de quilombo, investindo nos fatores de prevenção para que assim reduza os fatores de risco.

O governo federal tem destinando recursos para AB no que concerne a resultados e avaliação do acesso e da qualidade tal como o do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)<sup>49</sup>; que busca a efetividade<sup>50</sup> das ações com ampliação e melhoria da AB. A crítica segue nessa direção: se o governo destina recursos para melhoria da saúde que implica na melhoria da qualidade de vida, então de quem é a culpa? Onde se encontra o erro, já que as ações em saúde não chegam às comunidades? Essas perguntas servem para refletirmos sobre o nosso sistema e o direcionamento das políticas sociais, nesse caso o da saúde. O Estado ao longo dos anos vem criando recortes no cenário da saúde para os segmentos populacionais, de acordo com suas especificidades. Nesse cenário o Estado vem propondo articulações entre diversas políticas, como aponta Xavier (2012):

O governo federal propõe uma articulação das ações existentes para melhorar as condições de vida e ampliar os direitos das pessoas que vivem em quilombos. Sobre a saúde busca assegurar atenção à saúde das comunidades a fim de garantir a qualidade de vida aos quilombolas, sugerindo ações junto com o Ministério da Saúde (XAVIER, 2012, p.194).

Ao mesmo tempo essa mesma autora vem afirmar que:

A população negra não está visível aos olhos do poder público. O sistema de saúde brasileiro compromete a saúde desta população quando não a percebe como um grupo com particularidades a serem observadas e desconsidera as condições socioculturais no diagnóstico, tratamento e no prognóstico o que fere as premissas do SUS. Se concebermos o olhar como sinônimo de ver, a invisibilidade das comunidades negras poder ser transcrita como o não acesso à assistência em saúde, e isto acarreta aos sujeitos implicações subjetivas intensas (XAVIER, 2012, p.195).

Afim de finalização desse tópico, é perceptível à importância da Atenção Básica enquanto uma política pública baseado na perspectiva da Estratégia Saúde da Família. A ESF como atenção primária a saúde, rompe com o modelo antigo de

---

<sup>49</sup> O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica é um Programa que procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população (DAB SAÚDE, 2013, disponível em <http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq>).

<sup>50</sup> Utiliza-se o termo efetividade para analisar a política de saúde em territórios quilombolas com foco na Atenção Básica.

assistência a saúde baseado no atendimento emergencial ao usuário e a família, passando a ter foco na atenção do processo que envolve ações de promoção da saúde, da prevenção, da recuperação, reabilitação de doenças e outros agravos à saúde. A saúde da família numa concepção ampliada é compreendida com foco da atenção em saúde, no processo que envolve saúde-doença.

O que se questiona na AB é com relação quanto a sua cobertura que infelizmente não atende a todos como deveria. A cobertura em comunidades quilombolas é quase nula ou insuficiente, para realidade que temos atualmente com inúmeras comunidades quilombolas reconhecidas ou não, estando privada do direito básico a saúde e também de outras políticas públicas que influenciam na saúde da população negra quilombola. Enfim durante essa pesquisa não encontrei dados que comprovem a existência de Unidades Básicas de Saúde da Família específicas em comunidades quilombolas.

A legislação da AB abre brechas quanto à construção e manutenção de UBSF em territórios quilombolas. Mais então o que falta para essa política efetive nestes espaços? A meu ver falta a população se organizar para exigir que seus direitos seja garantido como preconizado na Constituição Federal de 1988 e no SUS nas leis 8.080/90 e 8.142/90. Neste caso, especialmente a 8.142 que garante participação e o controle e social no SUS, sendo fundamentais no processo de construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Este capítulo foi de extrema importância para compreender a rede de atenção em saúde para territórios quilombolas. Nesse cenário, discutir e conhecer a Atenção Básica nos faz refletir e ao mesmo tempo perceber sua fragilidade para conseguir garantir saúde para a população quilombola.

#### **4 PESQUISA DE CAMPO: o percurso metodológico e apresentação dos resultados.**

*“A pesquisa nas Ciências Sociais não pode excluir de seu trabalho a reflexão sobre o contexto conceitual, histórico e social que forma o horizonte mais amplo, dentro do qual as pesquisas isoladas obtêm o seu sentido” (Pedro Goergen, 1981, p. 65, apud, Richardson, 2010, p.16).*

Este capítulo tem por objetivo apresentar a metodologia utilizada na pesquisa campo e os desdobramentos para sua realização. Neste cenário, será apresentado o percurso metodológico utilizado na pesquisa, o método de abordagem e a contextualização do cenário da comunidade quilombola de Porto da Pedra e por fim mostrar os resultados obtidos a partir da pesquisa de campo.

De início, é fundamental esclarecer que a pesquisa tem um papel indispensável num processo de investigação da realidade, envolvendo um diálogo necessário entre teoria e prática para entender o contexto social, econômico, político que rege a sociedade.

A pesquisa de acordo com Minayo (2009, p. 16) “é atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade, vinculando pensamento e ação. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo”.

O desenvolvimento de uma pesquisa e sua análise depende da utilização de metodologias e de um método específico, para nortear todo o processo de investigação de uma determinada realidade. Pedro Demo vem dizer que “a pesquisa é atividade científica pela qual descobrimos a realidade. Partimos do pressuposto de que a realidade não se desvenda na superfície. Não é o que aparenta a primeira vista” (Demo, 2008, p. 23). Daí a importância de conhecer e investigar a realidade no processo enriquecedor de construção do conhecimento.

Ainda,

A pesquisa “é um processo investigativo e procura compreender os fenômenos ou problemas naturais, econômicos, políticos e sociais, visando à sua superação, além de proporcionar a produção de novos conhecimentos para o bem-estar do homem” (Lakatos & Marconi, 1991, apud, FERREIRA, 2012, p.53).

A pesquisa social utiliza de métodos e metodologias. Sendo assim, faz-se necessário entender o conceito de metodologia que se difere do conceito de método, mais que ambos se complementam. A metodologia é entendida como o caminho a ser percorrido pelo pesquisador em todo processo de investigação e análise de uma realidade, assim como fornece os elementos necessários para compreendê-la. Minayo (2009) entende por metodologia:

(...) o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade). A metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está referida a elas (Minayo, 2009, p. 14).

Pedro Demo (2008) aponta a metodologia como sendo:

(...) uma preocupação instrumental. Trata das formas de se fazer ciência. Cuida dos procedimentos, das ferramentas, dos caminhos. A finalidade da ciência é tratar a realidade teórica e praticamente. Para atingirmos tal finalidade, colocam-se vários caminhos. Disto trata a metodologia (Demo, 2008, p. 18).

O método assim como afirma Richardson (2010) é um caminho utilizado para se chegar a um determinado objetivo ou resultado.

O método é a forma de proceder ao longo de um caminho. Na ciência os métodos constituem os instrumentos básicos que ordenam de início o pensamento em sistemas, traçam de modo ordenado a forma de proceder do cientista ao longo de um percurso para alcançar um objetivo (Trujillo, 1974, p. 24, apud, Richardson, 2010, p. 21).

Destarte, o método de abordagem utilizado no estudo ocorreu a partir da perspectiva do método crítico-dialético de Marx. Esse método permitiu fazer as mediações necessárias com os sujeitos da pesquisa, além de possibilitar entender de maneira crítica o contexto social, político e econômico no processo de exclusão e reprodução das desigualdades sociais que influencia diretamente na vida e na saúde da população da comunidade de Porto da Pedra. Minayo (2009) afirma que:

O marxismo enquanto abordagem que considera a historicidade dos processos sociais e dos conceitos, as condições socioeconômicas de produção dos fenômenos e as contradições sociais é uma outra teoria sociológica importante. Enquanto método, propõe a abordagem dialética que teoricamente faria um desempate entre positivismo e o compreensivismo, pois junta a proposta de analisar os contextos históricos, as determinações socioeconômicas dos fenômenos, as relações sociais de produção e dominação com a compreensão das representações sociais (MINAYO, 2009, p. 24).

Em síntese, esse estudo se propôs a pesquisar e buscar analisar criticamente a forma em que ocorre o acesso e utilização dos serviços de saúde pela comunidade negra e quilombola do Porto da Pedra – Maragogipe – BA, na perspectiva da Atenção Básica e da Política de Saúde da População Negra.

As vias de coletas utilizadas em todo desenvolvimento da pesquisa subdividiram-se em pesquisa documental, bibliografia e de campo, norteando todo o processo de análise, que foi desde a pesquisa documental, bibliográfica e a realização da pesquisa com a coleta dos dados que serão apresentados mais adiante. Estas vias de pesquisa serão explanadas no tópico a seguir.

#### **4.1 Percorso metodológico da pesquisa.**

Segundo Lakatos e Marconi (2007, p. 18) a pesquisa social é um processo que utiliza metodologia científica, por meio da qual se poderá obter novos conhecimentos no campo da realidade social. A pesquisa assume esse papel de

investigar e compreender os fenômenos de uma dada realidade, na produção de novos conhecimentos e um olhar mais crítico sobre a mesma.

O objetivo desse estudo surgiu por observar a fragilidade no acesso e utilização dos serviços de saúde pela comunidade quilombola de Porto da Pedra, que em sua maioria são negros. Assim, para coletar os dados e alcançar os objetivos propostos no trabalho foi utilizada a dimensão da pesquisa quali-quantitativa. Como sabemos existem vários tipos de pesquisa, mas porque a escolha deste tipo de pesquisa? Porque este estudo trabalhou com perguntas fechadas e abertas, o que possibilitou uma maior compreensão da realidade estudada.

A abordagem quantitativa serve para trabalhar com valores que podem ser medidas em números, já qualitativa serve para interpretar os fatos que não são capitados em valores, por exemplo, nas falas e depoimentos dos entrevistados. Minayo (1994) explica a diferença entre essas duas modalidades de pesquisa, afirmando que, a pesquisa qualitativa trabalha com crenças, valores e etc. já a quantitativa utiliza-se de métodos estatísticos.

A diferença entre qualitativo- quantitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatística apreendem dos fenômenos apenas a região “visível, ecológica, morfológica e concreta”, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias estatísticas”. (MINAYO, 1994, p.22).

O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém não se opõem. Ao contrario, se complementam, pois a realidade abrangida por eles se interagem dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia. (idem, p.22).

Desta forma, a pesquisa quali-quantitativa forneceu elementos centrais para uma análise, mas coerente respondendo ao problema do objeto pesquisado. Em termos quali-quantitativos, a pesquisa debruçou-se a analisar através da percepção dos moradores a política de saúde, com direcionamento para a Estratégia Saúde da Família, atingindo um número de vinte e uma famílias entrevistadas.

No processo de estudo e investigação foram utilizadas técnicas de pesquisa como: pesquisa documental, bibliografia e de campo para compreensão da realidade da comunidade quilombola de Porto da Pedra.

A pesquisa documental ocorreu a partir de consultas a leis, políticas, pareceres, portarias e sites na internet. Este procedimento possibilitou identificar quais são os marcos legais e conceituais da política de saúde, com ênfase para os direitos da população negra e quilombola. Severino (2007) diz que:

A pesquisa documental tem-se como fonte documentos no sentido amplo, ou seja, não só documentos impressos, mas, sobretudo de outros tipos de documentos, tais como jornais, fotos, filmes, gravações, documentos legais. Nestes casos, os conteúdos dos textos ainda não tiveram nenhum tratamento analítico, são ainda matéria-prima, a partir da qual o pesquisador vai desenvolver sua investigação e análise (SEVERINO, 2007, p. 121).

Portanto, foram consultadas fontes como, por exemplo, o Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde fornecendo elementos centrais para discussão da Política de Saúde, assim como as leis 8.080/90 e 8.142/90, Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, Decretos, entre outras fontes de documentos, que contribuíram positivamente em toda análise do estudo.

A pesquisa bibliográfica trabalhou com consultas a livros, artigos e sites da internet e etc.; de autores que discutem sobre o tema saúde, dialogando com o tema pesquisado, identificando e analisando os marcos históricos e conceituais que regem a política de saúde brasileira com direcionamento para a saúde da população negra e quilombola. De acordo com Severino (2007) pesquisa bibliográfica é aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, através de publicações de livros, artigos, entre outros.

A pesquisa de campo com aplicação de questionário com os moradores da comunidade como uma série de perguntas semi-estruturadas. A escolha dessa técnica de coleta de dados foi eleita porque a pesquisa teve como objetivo fazer uma amostra, atingindo um quantitativo maior de moradores o que o possibilitou uma

análise concreta e mais coerente possível, respondendo ao objetivo proposto pela pesquisa.

A pesquisa de campo, o objeto/fonte é abordado em seu meio ambiente próprio. A coleta de dados é feita nas condições naturais em que os fenômenos ocorrem, sendo assim diretamente observados, sem intervenção e manuseio por parte do pesquisador (SEVERINO, 2007, P. 123).

Para Marconi e Lakatos a pesquisa de campo se configura como:

(...) aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese que se queira comprovar, ou ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles. Consiste na observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados a eles referentes e no registro de variáveis que se presume relevantes, para analisá-los (MARCONI e LAKATOS, 2007, p.82).

A realização da pesquisa de campo ocorreu com vinte e uma famílias de um total de vinte cinco<sup>51</sup>. Foram aplicados vinte e um questionários com perguntas semi-estruturadas, de múltipla escolha e também questões abertas, elegendo um membro de cada família para respondê-lo, preferencialmente com um dos responsáveis pelo lar. A construção do questionário foi direcionada para produzir uma possível análise acerca da Atenção Básica, com ênfase na Estratégia em Saúde da Família, no sentido de captar através de suas respostas os dados para a reflexão.

O questionário<sup>52</sup> reuniu uma série de perguntas que se articulavam entre si, com o intuito de “(...) levantar informações escritas por parte dos sujeitos pesquisados, com vistas a conhecer a opinião dos mesmos sobre os assuntos em estudo” (Severino, 2007, p. 125). A opção pela amostra ocorreu por conta da escolha de uma parcela da população, e não com todos os moradores da comunidade, já que foram escolhidos um membro de cada família. Marconi e

---

<sup>51</sup> Na comunidade Porto da Pedra moram atualmente 25 famílias sendo que foram entrevistadas 21.

<sup>52</sup> As questões devem ser objetivas, de modo a suscitar respostas igualmente objetivas, evitando provocar dúvidas, ambiguidades e respostas lacônicas (Severino, 2007, p. 125).

Lakatos (2007, p. 41) afirma que a “amostra é uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo (população); é um subconjunto do universo”.

Para as perguntas abertas do questionário elegemos a análise de conteúdo, pois se encarrega de examinar o conteúdo dos depoimentos dos entrevistados, ou seja, da dimensão qualitativa das respostas. A análise de conteúdo de acordo com SEVERINO (2007):

É uma metodologia de tratamento e análise de informações constantes de um documento, sob forma de discursos pronunciados em diferentes linguagens: escritos, orais, imagens, gestos. Um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Trata-se de se compreender criticamente o sentido manifesto ou oculto das comunicações. Envolve, portanto, a análise do conteúdo das mensagens, os enunciados dos discursos, a busca do significado das mensagens. As linguagens, a expressão verbal, os enunciados, são vistos como indicadores significativos, indispensáveis para a compreensão dos problemas ligados às práticas humanas e a seus componentes psicossociais. As mensagens podem ser verbais (orais ou escritas), gestuais, figurativas, documentais. (SEVERINO, 2007, p. 121)

Em síntese, a técnica de análise de conteúdo foi empregada para a problematização das categorias analíticas provenientes das perguntas abertas. Após coletar as informações oriundas das perguntas fechadas utilizou-se o programa SPSS Statistics (Pacote Estatístico para as Ciências Sociais) para tabulação dos dados. Andrade (2009) afirma que a tabulação consiste em dispor de dados em tabelas, para maior facilidade de representação e verificação das relações entre eles. A representação dos dados obtidos faz-se, principalmente, por meio de tabelas e gráficos, isto é, os dados são submetidos a um tratamento estatístico.

Considerando a natureza ética da pesquisa foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para confirmar a participação dos sujeitos por meio da assinatura pessoal. Este termo garante totalmente a preservação da identidade, fazendo utilização de nomes fictícios na análise das informações coletadas.

Nesse processo, algumas dificuldades e desafios foram encontrados para o desenvolvimento do trabalho e da realização da pesquisa de campo. O primeiro deles foi encontrar materiais que discutisse sobre a temática da rede de atendimento em saúde para territórios quilombolas. Desvelar esse cenário foi muito desafiador e ao mesmo tempo instigante.

Para realização da pesquisa de campo, mesmo tratando-se de uma comunidade pequena, ocorreram alguns contratemplos, como a não aplicação do questionário com todas as famílias. Isso ocorreu por conta de alguns moradores não se encontrarem na residência no ato das visitas e apenas de um caso que se negou a responder. Depois de esgotadas todas as tentativas, houve o encerramento da pesquisa de campo. A pesquisa foi realizada de vinte três de setembro de dois e mil treze a trinta de setembro de dois e mil e treze. É importante resaltar que antes da aplicação dos questionários foi realizada um pré-teste no intuito de verificar as falhas e complexidade das questões, para assim validar o respectivo instrumento de pesquisa.

Concluindo este tópico, é importante resaltar, que no processo de pesquisa é necessário levar em consideração as especificidades e particularidades de cada sujeito pesquisado, sendo indispensável considerar os aspectos econômicos, políticos, culturais e sociais em que estão inseridos estes indivíduos. Neste aspecto, a pesquisa assume papel preponderante para conhecer a realidade e é através desse conhecimento que é possível entender todo o contexto que perpassa essa mesma realidade.

#### **4.2 Conhecendo a Comunidade Quilombola de Porto da Pedra no Município de Maragogipe – BA.**

As comunidades quilombolas foram reconhecidas na Constituição Federal de 1988. O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias no artigo 68 expõe que

“aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos”, reconhecendo essas comunidades como símbolo histórico e cultural da humanidade.

Os quilombos permaneceram invisibilizados durante todo o período republicano e aparecem, como resultado da ação dos movimentos negros, apenas com a Constituição de 1988, como territórios detentores de direitos. Transcorreram, portanto, cerca de cem anos da abolição até a aprovação do Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, o qual assegura o seguinte: Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos *respectivos* (SANZIO, 2009, *apud*, SEPPIR, 2013).

O Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003 é um outro instrumento legal que regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. O artigo 2º desse decreto reconhece os remanescentes de quilombos enquanto:

Art. 2º Consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, para os fins deste Decreto, os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida.

A fim de criar mais um mecanismo para garantir o direito do acesso à terra aos quilombolas o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), aprovou em 20 de outubro de 2009 a Instrução Normativa Nº 57, no intuito de regulamentar o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação, desintrusão, titulação e registro das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos considerando o Art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal de 1988 e o Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Ou seja, esta instrução é um complemento ao artigo 68 das Disposições Transitórias e o do Decreto 4.887.

O artigo 1º dessa Instrução Normativa do INCRA surge com o seguinte objetivo:

Art. 1º. Estabelecer procedimentos do processo administrativo para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação, desintrusão, titulação e registro das terras ocupadas pelos remanescentes de comunidades dos quilombos.

Destarte, o órgão competente por fazer à identificação, o reconhecimento, a delimitação, a demarcação, a desintrusão, a titulação e o registro imobiliário das terras ocupadas pelos remanescentes das comunidades dos quilombos é o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA. A certificação de auto-reconhecimento enquanto comunidade quilombola é feita pela Fundação Cultural Palmares. A comunidade após receber sua certidão passa a possuir um Registro no Cadastro Geral de Remanescentes de Comunidades Quilombolas.

A comunidade quilombola de Porto da Pedra recebeu sua certidão de auto-reconhecimento pela Fundação Cultural Palmares no dia 08 de Julho de 2005. Assim, que foi emitida a certidão, automaticamente deu entrada ao processo no INCRA<sup>53</sup> para demarcação e titulação das terras. No atual momento esse processo encontra-se parado no respectivo órgão<sup>54</sup> a espera da elaboração do relatório antropológico, denominado Relatório Técnico de Identificação e Delimitação (RTID). Como demonstra o Diagnóstico de Ações Realizadas<sup>55</sup> até 2012 feita pela SEPPIR do Programa Brasil Quilombola atualmente só existe 1.948 comunidades reconhecidas oficialmente pelo Estado brasileiro, destas 1.834 comunidades certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP), sendo 63% delas no Nordeste. Os processos abertos para titulação de terras no INCRA como exposto neste

---

<sup>53</sup> O INCRA é o órgão responsável por fazer o processo de titulação, delimitação e etc. da terra.

<sup>54</sup> A luta contemporânea dos quilombos por direitos territoriais pode ser interpretada como o reconhecimento do fracasso da realidade jurídica estabelecida tanto pela “Lei de Terras”, que pretendeu moldar a sociedade brasileira na perspectiva da propriedade privada das terras, quanto pela forma mesma com que se dá a abolição da escravidão. A noção de terra coletiva, como pensadas as terras de comunidades quilombolas, contraria o modelo baseado na propriedade privada como única forma de acesso e uso da terra, o qual exclui outros usos e relações com o território, como ocorre entre povos e comunidades tradicionais (SANZIO, 2009, *apud*, SEPPIR, 2013). A forma de pertencer a um grupo e a um território é uma maneira de evidenciar a identidade e a territorialidade. A lógica da coletividade, presente nos quilombos, se opõe radicalmente à lógica da propriedade privada.

<sup>55</sup> As principais bases de dados para coletas dessas informações são o Cadastro de Comunidades Quilombolas Certificadas (FCP), Comunidades tituladas e com processos abertos para titulação (Incra) e o Cadúnico (MDS).

diagnóstico somam apenas 193 comunidades tituladas com área total de 988,6 mil hectares, beneficiando somente 11.991 famílias.

A comunidade quilombola de Porto da Pedra<sup>56</sup> está localizada no Recôncavo Baiano na zona rural do Município de Maragogipe – BA<sup>57</sup>, ficando distante da sede a mais ou menos 29 km. Destaca-se o domínio da profissão de pescadores e marisqueiras e isso se dá principalmente porque a região fica localizada ao fundo da Baía de Todos os Santos no ponto de encontro do Rio Paraguaçu com o Rio Guai formando uma extensa região cercada por manguezais, no qual propicia essa atividade como um dos principais meios de subsistência. Essa comunidade está localizada dentro dos limites da Reserva Extrativista Baía do Iguape – RESEX<sup>58</sup>. A Reserva Extrativista é uma unidade de conservação, sendo seu principal objetivo a conservação, proteção e preservação do meio ambiente e da biodiversidade.

Os municípios que compõem a RESEX Baía do Iguape são Maragogipe, Cachoeira e São Felix, possuindo uma grande extensão de mar e estuário com uma área de 10.000 hectares, com uma estimativa de 4.000 famílias ou 12.000 pessoas nos seus limites, segundo uma pesquisa realizada pelo Projeto Envolver, da RESEX Baía do Iguape em 2013<sup>59</sup>.

A comunidade quilombola de Porto da Pedra<sup>60</sup> está localizada numa região em que o acesso aos serviços de saúde é bastante precário e não existem ações

---

<sup>56</sup> Existem duas alternativas concretas de acesso à comunidade Porto da Pedra: a primeira é pela via fluvial, com o transporte de barco e pela rodovia com o transporte automotivo.

<sup>57</sup> Maragogipe fica localizada a 133 km da capital baiana, com um número de habitantes estimado até 2010 pelo IBGE em 42.815. Considerando que esse contingente populacional deve ter aumentado pelo grande empreendimento do Estaleiro Enseada do Paraguaçu que instalou no município na comunidade de Enseada do Paraguaçu. Maragogipe é uma cidade muito conhecida pela cultura e tradição do carnaval, que inclusive foi tombado em 2006 pelo Instituto Nacional do Patrimônio Histórico da Bahia e pelos festejos do padroeiro da cidade São Bartolomeu realizado no mês de agosto, principalmente pela lavagem popular e a regata aratu Salvador X Maragogipe.

<sup>58</sup> A RESEX Baía do Iguape foi criada pelo Decreto Federal de 11/08/2000. São várias comunidades que estão dentro da Reserva com forte presença de comunidades quilombolas, sendo inclusive a maioria.

<sup>59</sup> Essa pesquisa encontra-se ainda em fase de conclusão. Acredita-se que existam mais famílias no entorno da RESEX.

<sup>60</sup> A comunidade possui somente uma escola municipal, energia elétrica e não possui nem água encanada nem saneamento básico. Até 2012, “62% dos povos quilombolas não possuem água canalizada, 36% não possuem banheiro ou sanitário, 76% não possuem saneamento adequado (28% possuem esgoto a céu aberto e 48% fossa rudimentar), 58% queimam ou enterram o lixo no território; e apenas 20% possuem coleta adequada 78,4% possuem energia elétrica” (SEPPPIR, 2012, p. 17). Investimentos realizadas em comunidades quilombolas foram: “R\$ 152.193.055,34 empenhados até 2010, 256 municípios e 421 comunidades atendidas com 42.481 famílias beneficiadas. Do montante supracitado, as obras concluídas somam o valor de R\$ 18,7 milhões. As obras em execução totalizam R\$ 55,7 milhões. Metas Água para Todos: atender 140 comunidades quilombolas, em 70

para que estes serviços cheguem até a comunidade, dificultando, assim, a prevenção a problemas de saúde que podem surgir em longo prazo na vida dos moradores. A Unidade Básica de Saúde da Família – (UBSF), por exemplo, fica localizada na comunidade de Capanema, muito distante da comunidade. Assim como também fica afastada do centro da cidade que dificulta ainda mais o acesso aos serviços de saúde. Por isso o principal objetivo do trabalho em discutir o acesso e utilização dos serviços de saúde.

No atual momento a comunidade<sup>61</sup> tem sido afetada pelo grande empreendimento instalado em Enseada do Paraguaçu, que prevê a construção de navios petroleiros, denominado de Estaleiro Enseada do Paraguaçu, trazendo fortes impactos para às comunidades quilombolas e pesqueiras. Além desse empreendimento, outros problemas vêm prejudicando a comunidade como a extração de areia, inclusive também para o Estaleiro e o desmatamento ilegal, destruindo a mata ciliar e a nascente do rio que é umas das principais fontes de riqueza, onde os moradores utilizam-se da água para consumo, higiene pessoal e etc. já que a comunidade não possui água encanada fazendo assim, o uso da água de diversas formas.

Esse desmatamento vem atingindo a comunidade diretamente no período da seca. A nascente do rio distribui águas para os rios, que são consideradas belezas naturais da comunidade, servindo de pontos de encontro de diversão das famílias e de turistas, que a frequentam principalmente aos domingos e feriados. Belezas essas que estão ameaçadas, simplesmente pela ausência do poder público, assim como a tradição da atividade pesqueira, principal meio de subsistência da comunidade, por conta também do Estaleiro Enseada do Paraguaçu<sup>62</sup>.

Esse breve panorama apresentado da comunidade quilombola de Porto da Pedra reflete um pouco do seu cenário atual. É um local esquecido pelo poder público que malmente possui uma escola municipal de pequeno porte e energia elétrica conquistada depois de um exaustivo processo de luta. Mais uma

---

municípios do semiárido com implantação de sistemas de abastecimento de água, com investimentos de R\$ 35 milhões em 2012” (BRASIL/SEPPPIR, 2012, p. 22).

<sup>61</sup>Todas as comunidades que estão no entorno do estaleiro vem sendo afetadas.

<sup>62</sup> Além do Estaleiro Enseada do Paraguaçu, as comunidades pesqueiras e quilombolas da região do Iguape vem sendo também atingida pela Usina Pedra do Cavalo que desde sua implantação vem provocando fortes impactos para atividade pesqueira.

comunidade que luta a cada dia para garantir o sustento de sua família de forma digna, almejando um futuro melhor.

Nesse sentido, no item seguinte serão apresentados os resultados da pesquisa de campo, o processamento e análise dos dados coletados, destacando a percepção dos moradores da comunidade sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde.

### **4.3 Resultados da pesquisa de campo.**

Este item tem como proposta sistematizar os resultados da pesquisa de campo<sup>63</sup>. Foram selecionadas categorias analíticas como idade, renda, religião, profissão, escolaridade, classe/raça, condições de moradia, perguntas específicas com relação ao tema saúde, entre outras questões abordadas. Toda atenção do estudo esteve voltada especialmente para analisar a percepção dos moradores acerca do acesso e utilização dos serviços de saúde. A partir, desse momento serão apresentados os dados coletados com a pesquisa de campo e sua análise.

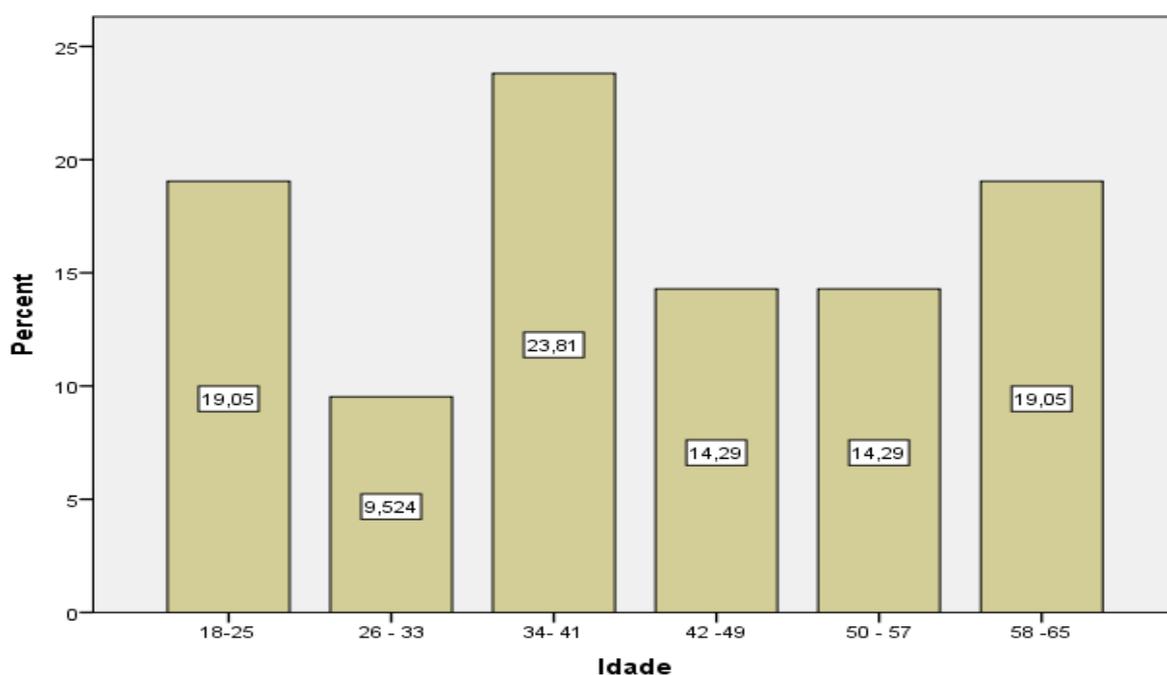
Os aspectos socioeconômicos que serão apresentados como renda, escolaridade, moradia, profissão, raça e etc. exercem um grande poder de influência nos indicadores sociais em saúde da população negra e conseqüentemente no acesso e na utilização dos serviços de saúde. Por isso a necessidade de apresentar esses dados, pois as desigualdades nas condições de vida repercutem na situação de saúde. Desta forma, “as desigualdades sociais podem produzir diferenças no estado de saúde entre grupos definidos por características sociais, tais como riqueza, educação, ocupação, raça, etnia, gênero e condições do local de moradia ou trabalho” (SOUZAS, MARINHO e MELO, 2012, p. 276, apud, BARATA, 2008, p.11).

---

<sup>63</sup> Para realização da pesquisa de campo foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido que foram assinados pelos entrevistados.

A primeira pergunta elaborada se refere à idade dos entrevistados. Como podemos visualizar logo abaixo no gráfico 1, houve uma variância entre as idades que foram de 18 a 65 anos, sendo que o maior percentual esta entre 18 a 41 anos. Desses entrevistados 85,71% é natural de Maragogipe, 9,52% de Nazaré e 4,76% de Salvador, ou seja, todos nasceram no Estado da Bahia, com maior destaque para o município de Maragogipe – BA.

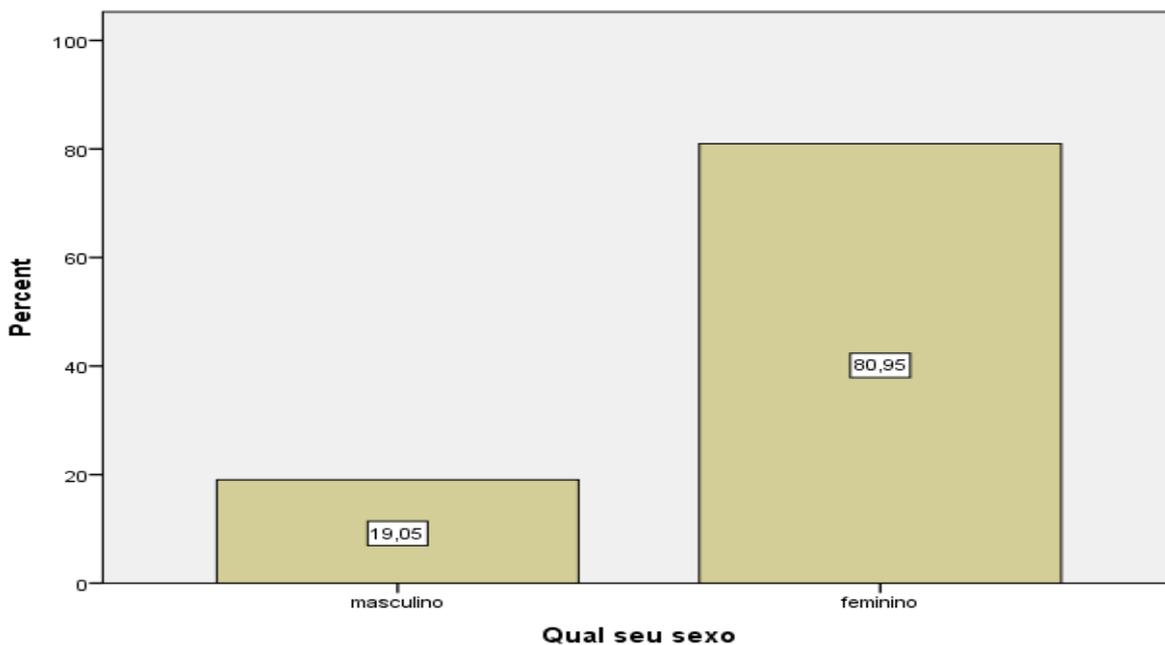
**GRÁFICO 1: IDADE**



Fonte: Pesquisa direta, Setembro de 2013.

Do total geral de vinte e um entrevistados (ver gráfico 02) 85,95% foram do sexo feminino e 19,05% do sexo masculino. Neste estudo, ficou evidenciado que a maioria das famílias são chefiadas por mulheres, o que não difere dos dados nacionais. Segundo o Censo Demográfico do IBGE 2010, o percentual de famílias chefiadas por mulheres passou de 22,2% para 37,3%, entre os anos de 2000 a 2010. Nos casos das mulheres que possuem marido e assim mesmo chefiam famílias o percentual aumentou de 19,5% em 2000 para 46,4% em 2010.

GRÁFICO 2: SEXO



Fonte: Pesquisa direta, Setembro de 2013.

Quanto à religião 76,19% são católicos e 23,81% evangélicos, presente somente essas duas doutrinas. De acordo com o censo 2010 do IBGE o percentual de católicos formam 64,6%, da configuração católica no Brasil. Já os evangélicos somam 22,2%. Se comparado esses dados com anos anteriores percebemos que houve uma regressão de católicos e aumento de evangélicos, mesmo assim os católicos são maioria. Em 1980 por exemplo, de acordo com o IBGE os católicos somavam 89,9% e os evangélicos 6,6%.

O Estatuto da Igualdade Racial no Título I das Disposições Preliminares no Inciso IV define população negra como um conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pelo IBGE, ou que adotam autodefinição análoga. Considerando esta analogia, no quesito cor/raça os entrevistados se autodeclararam somente como negros ou pardos. Os negros representam 80,95% e os pardos 19,05%, como podemos visualizar no gráfico 3. Esse resultado comprova que a maioria dos moradores da comunidade se reconhece enquanto negros. Em nível nacional, os dados do Diagnóstico de Ações

Realizadas do Programa Brasil Quilombola<sup>64</sup> em 2012 revela que 92% dos quilombolas se autodeclararam como pretos ou pardos. O resultado não difere muito com o da comunidade quilombola de Porto da Pedra. Neste sentido, a construção de uma identidade negra, pressupõe o reconhecimento enquanto sujeitos, de um mesmo grupo étnico racial.

A identidade étnica de um grupo é a base para sua forma de organização, de sua relação com os demais grupos e de sua ação política. A maneira pela qual os grupos sociais definem a própria identidade é resultado de uma confluência de fatores, escolhidos por eles mesmos: de uma ancestralidade comum, formas de organização política e social, a elementos lingüísticos e religiosos (BRASIL/SEPPIR, 2004, p.10).

Alguns autores como Guimarães (2008, apud, SILVA e SOARES, 2011) afirma que não existem várias raças e sim somente uma, ou seja, a raça humana. Esta analogia se formou por conta da fundamentação biológica, de que o indivíduo por ser negro é inferior ao branco. Isso ocorreu pela nossa história está marcada pela escravidão, em que os negros estavam expostos a toda forma e qualquer forma de violência. Assim,

“Raça é um conceito que não corresponde a nenhuma realidade natural. Trata-se, ao contrário de um conceito que denota tão somente uma forma de classificação social, baseada numa atitude negativa frente a certos grupos sociais” (GUIMARÃES, 1999, p.11, apud, SILVA e SOARES, 2011, p.102)

Raça assim como define Guimarães (2008) “é uma construção sociológica; raça é uma crença presente no comportamento humano capaz de distribuir desigualmente vantagens e desvantagens às pessoas em virtude do modelo de classificação racial existente na sociedade” (GUIMARÃES, 2008, apud, SILVA e SOARES, 2011, p.105). Para Carneiro (2003) a raça se define pela cor da pele; advém de fatores biológicos.

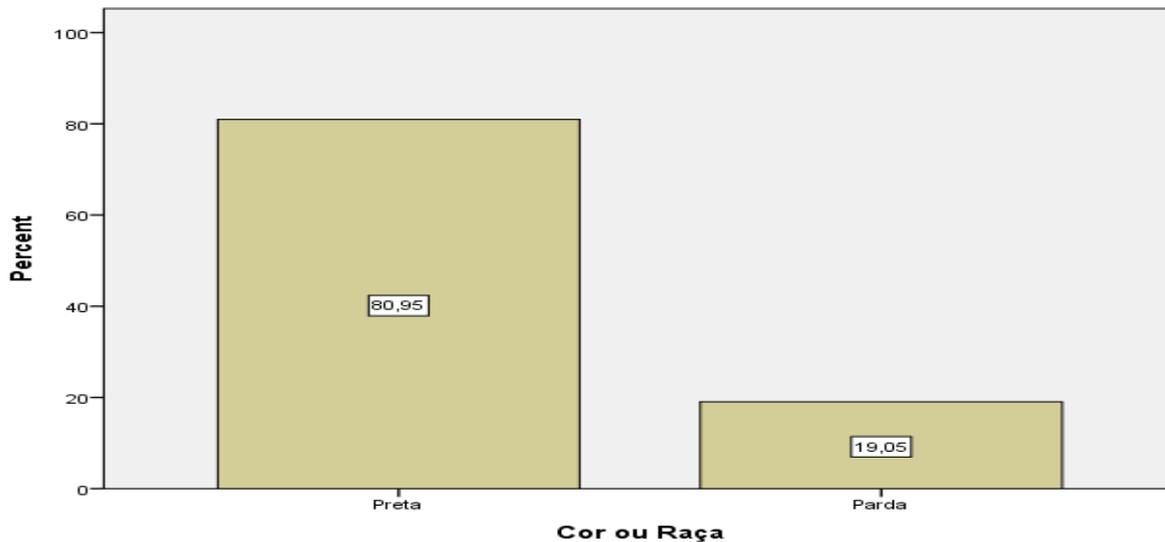
---

<sup>64</sup> Os dados socioeconômicos deste diagnóstico foram elaborados a partir das informações disponíveis sobre as famílias quilombolas cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único).

Raça é uma a subdivisão de uma espécie, formada pelo conjunto de indivíduos com caracteres físicos semelhantes, transmitidos por hereditariedade: cor da pele, forma do crânio e do rosto, tipo de cabelo etc. Raça é um conceito apenas biológico, relacionado somente a fatores hereditários, não incluindo condições culturais, sociais ou psicológicas. Para a espécie humana, a classificação mais comum distingue três raças: branca, negra e amarela (CARNEIRO, 2003, p. 5, apud, SILVA, 2013, p.2)

Analisando a visão destes autores podemos perceber que um sustenta a ideia de que a raça é apenas uma construção biológica para distinguir negros de brancos no sentido de inferiorização. Já o outro reforça a ideia de que a raça é definida pela cor da pele, afirmando que existe a raça negra, branca e amarela.

**GRÁFICO 3: COR/RAÇA**



Fonte: Pesquisa direta, Setembro de 2013.

Quanto ao grau de escolaridade (vide gráfico 4) existe um nível de analfabetismo relativamente alto entre os entrevistados, assumindo uma escala de 38,10%. Somente 23,81% dos entrevistados afirmaram ter pelo menos de oito a doze anos, empatando com os tiveram de quatro a oito anos e nenhum com ensino superior. Assim, em média eles possuem menos de 8 a 12 anos de estudos. O

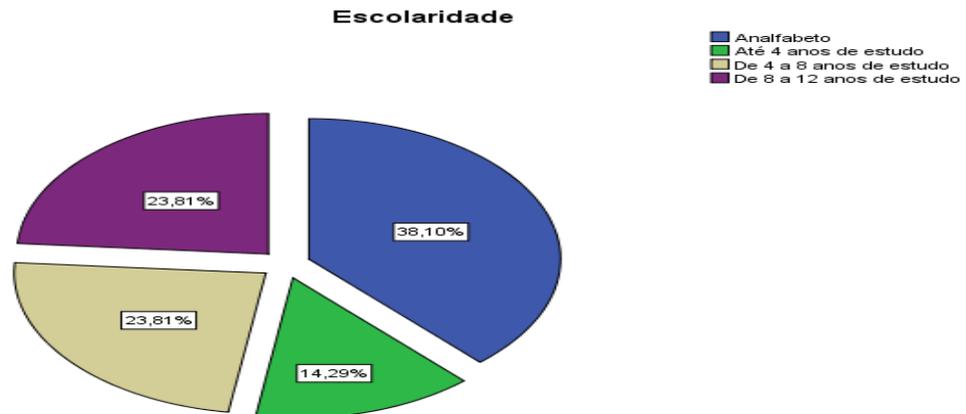
censo demográfico do IBGE de 2010 revelou que o nível de analfabetismo no município de Maragogipe era de 21,8%. Outro dado apontado pelo Diagnóstico de Ações Realizadas do Programa Brasil Quilombola é que 23,5% dos quilombolas não sabem ler.

No intuito de melhorar esse cenário da educação para quilombolas, o Programa Brasil Quilombola conseguiu alcançar um número de 210.510 alunos e 31.943 professores atuando em 1.912 escolas em comunidades quilombolas, com maior concentração na região Nordeste com 67,99 % das escolas. Assim como, de “2009 até 2012 foram conveniados projetos, junto ao Ministério da Educação, para construção de 75 escolas quilombolas, com valor total de R\$ 30,6 milhões” (BRASIL/SEPPIR, 2013, p. 23). Mesmo diante desses números este é relativamente baixo diante das inúmeras comunidades quilombolas existentes em todo território nacional. O PBQ precisa avançar muito tanto na questão da educação quilombola, tanto quanto de outras políticas sociais destinadas a esta população. Para melhor elucidar esta afirmação a SEPPIR pontua que:

A Educação é outro aspecto relevante quando analisamos a situação socioeconômica das comunidades quilombolas no Brasil. De acordo com os dados do CADUNICO, 23,5% dos quilombolas não sabem ler. É um dado preocupante, uma vez que a média nacional, de acordo com o Censo 2010, é de 9%. Na Chamada Nutricional Quilombola, há uma especial análise com relação à escolaridade da mãe das crianças de 0 a 5 anos das comunidades pesquisadas. 43,6% delas possuíam até 4 anos de escolaridade completos. Ao se analisar o universo das escolas cadastradas como quilombolas no Censo Escolar, pode-se perceber a pequena incidência de escolas que possuem séries para além do quinto ano, ou quarta série. A cobertura da Educação para Jovens e Adultos também é pequena (BRASIL/SEPPIR, 2012, p. 28).

O acesso aos serviços de saúde está relacionado também ao grau de escolaridade da população negra, assim como, outros fatores socioeconômicos. Destarte, as desigualdades nas áreas de educação, renda, escolaridade refletem “no acesso aos bens de serviços como moradia, educação e saúde. E quando analisa as desigualdades raciais e de gênero, existe uma população específica que é mais atingida refletindo às disparidades sociais” (GOES e NASCIMENTO, 2012, p. 260). Ou seja, a população negra.

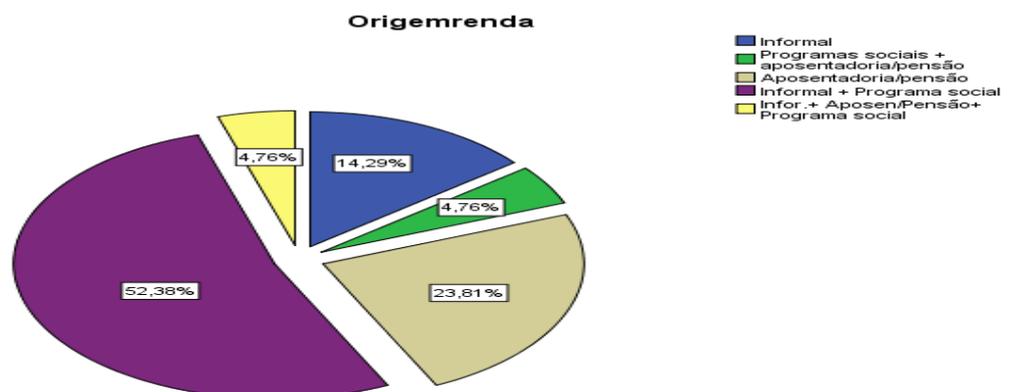
## GRÁFICO 4: ESCOLARIDADE



Fonte: Pesquisa direta, Setembro de 2013.

O grau de escolaridade tem influência sobre a renda, assim como na profissão exercida. A renda dos entrevistados é inferior até meio salário mínimo representando 47,62% (grande parcela), os que possuem até um salário mínimo são 4,76%, os de um a dois 42,86%, e apenas 4,76% recebem até três salários mínimos. A origem da renda (vide gráfico 5) é oriunda do trabalho informal mais a participação em programa social (52,38%), seguido de aposentadoria/pensão (23,81%); somente informal (14,29%); participação em programa social mais aposentadoria/pensão (4,76%); como também trabalho informal mais aposentadoria e participação em programa social (4,76%).

## GRÁFICO 5: ORIGEM DA RENDA



Fonte: Pesquisa direta, Setembro de 2013

A profissão com maior prevalência entre os entrevistados é a de marisqueira com 66,67%, seguida de lavrador com 23,81% e por último pescador com 9,52%. Atualmente exercem somente a profissão de marisqueira (47,62%), pescador (9,52%), lavrador (4,76%), aposentado/pensionista (23,81%) e aposentado/pensionista que continuam exercendo a profissão de marisqueira (14,29%)<sup>65</sup>. A SEPPIR no diagnóstico levantado em 2012 revela que as atividades produtivas de maior prevalência entre os quilombolas é agricultura, o extrativismo e a pesca artesanal.

O perfil dos entrevistados com relação ao estado civil se classificaram como: 71,43% convivem em união estável com seus parceiros, 19,05% são viúvos, e somente 9,52% são solteiros. A pesquisa constatou ainda que a renda maior está entre os entrevistados que recebem aposentadoria e/ou pensão, representando a minoria, mais esta renda não ultrapassa três salários mínimos. Quanto ao número de filhos 23,81% responderam ter acima de seis filhos; 23,81% até no máximo seis filhos; 19,05% até três filhos; 19,05% um filho e nenhum 14,29%.

Quanto às condições de moradia, 95,24% possui residência própria e apenas 4,76% mora em casa emprestada de parentes ou amigos. Como podemos observar logo abaixo no gráfico 6, as condições de moradia é bastante precária, onde 90,48% moram em casas de taipa, apesar de serem próprias. O número de pessoas morando na mesma residência foram: em 33,33% dos lares convivem cinco ou mais pessoas; 19,05% quatro pessoas; 19,05% três pessoas; 23,81% duas pessoas e apenas 4,76 para um morador.

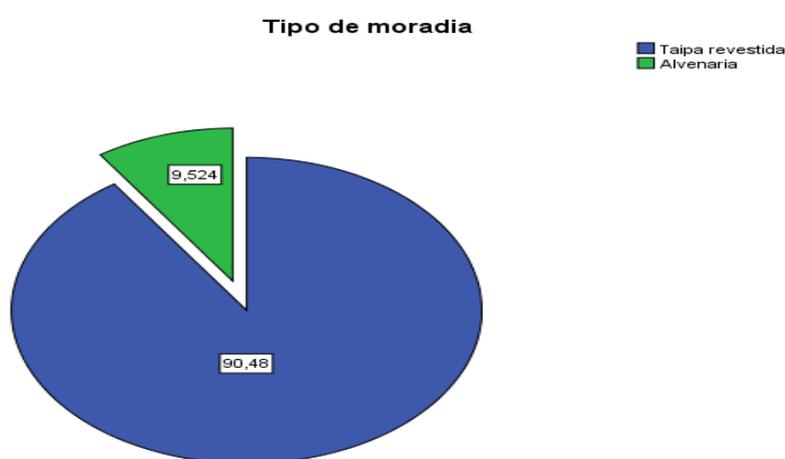
O Programa Brasil Quilombola prevê a construção de habitação rural em comunidades quilombolas, dentro do Programa Minha Casa Minha Vida, mas não tem conseguindo se quer alcançar a maioria das comunidades quilombolas e vem caminhando a passos lentos. O Diagnóstico de Ações Realizadas do Programa Brasil Quilombola em 2012 mostra que foram construídas e/ou estão em construção

---

<sup>65</sup> Os produtos comercializados pelos pescadores e marisqueiras da comunidade são diversos, entre eles se destaca: sururu, ostra, mapé, camarão, peixes diversos, siri e etc. São a venda desses mariscos que sustenta a maioria da família e como apontado pela pesquisa é o principal trabalho dos moradores assim como e a principal fonte de renda. A categoria trabalho como apontado por Marx “é uma categoria que, além de indispensável para compreensão da atividade econômica, faz referência ao próprio modo de ser dos homens e da sociedade. (...) a sociedade, através dos seus membros (homens e mulheres), transforma matérias naturais em produtos que atendam as necessidades. Essa transformação é realizada através da atividade a que denominamos trabalho” (NETTO e BRAZ, 2010, p.29/30).

mais de 2,6 mil unidades habitacionais em 58 comunidades, com um investimento de R\$ 55.878.009. Como apontado neste diagnóstico é necessário ampliar o acesso das comunidades quilombolas aos projetos habitacionais, mas este ainda, se configura como um grande desafio para solucionar este problema. O que observamos é que mesmo o Brasil investindo em projetos habitacionais, este não tem alcançado a maioria das comunidades rurais, muito menos as comunidades quilombolas que tem suas especificidades.

**GRÁFICO 6: TIPO MORADIA**



Fonte: Pesquisa direta, Setembro de 2013.

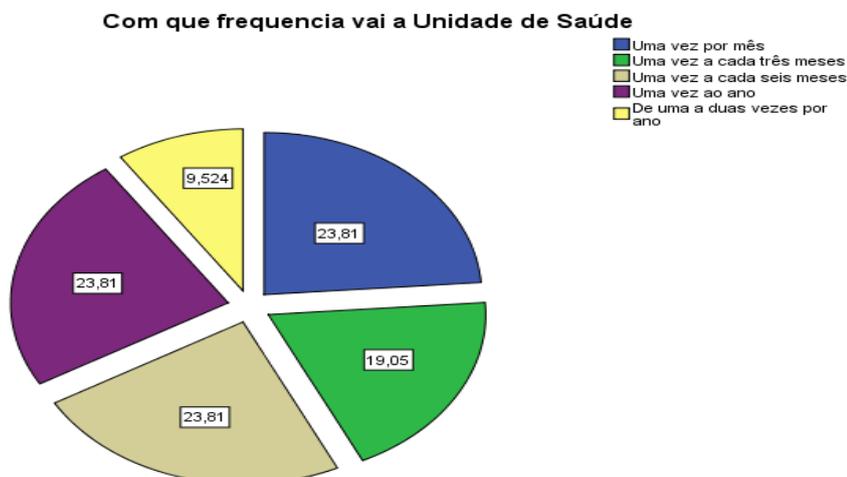
Dos entrevistados 61,9% são beneficiários do Programa Bolsa Família, sendo que o restante (38,1%) não participa de nenhum programa social. O Programa Bolsa Família<sup>66</sup> como um programa de transferência de renda, vem beneficiando a famílias que vivem em situação de pobreza ou extrema pobreza. Este programa vem contribuindo com o sustento familiar na comunidade, como podemos visualizar na seguinte fala, quando se refere à participação em programas sociais:

<sup>66</sup> Apesar do foco da pesquisa não ser o Programa Bolsa Família, foi feita essa pergunta porque esse programa é a principal fonte de renda das famílias, além da venda do marisco.

*Eu recebo o Bolsa Família. O Programa Bolsa Família mudou a minha vida e de meus filhos, da minha família! Tinha dias que eu não tinha nem o que dar para eles comer, eu ia para maré pegar o alimento, pra quando chegar com ele agente comer. Era muito difícil, hoje não, o pouco que recebo, ajuda no sustento da minha família e para contribuir eu vou para maré mariscar (Perola<sup>67</sup>, 38 anos).*

Sobre as condições de saúde, foram feitas várias perguntas, com questionamentos relacionados ao acesso e utilização dos serviços de saúde, sendo possível obter dados interessantes e ao mesmo passo observar como a desigualdade social está presente em nossa sociedade. A saúde como um direito básico é praticamente negado a esta comunidade, como outras políticas públicas. Nesse bloco de questões a primeira pergunta lançada, se reporta a frequência dos entrevistados a Unidade Básica de Saúde. Foi constatado (vide gráfico 7) que em média eles vão ao posto somente de uma a duas vezes ao ano.

#### GRÁFICO 7: FREQUÊNCIA A UNIDADE DE SAÚDE



Fonte: Pesquisa direta, Setembro de 2013.

Ao analisar a sobre a visita do agente comunitário de saúde nas residências, constatou-se que 80,95% nunca receberam visita do ACS, e os que recebem visita correspondem somente a 19,05%, e mesmo assim é raramente. O Programa de

<sup>67</sup> Foram atribuídos nomes de pedras preciosas aos entrevistados (as). Uma homenagem a sua valiosa contribuição ao meu objeto de análise.

Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como afirma Lima et al. (2008) tem na pessoa do agente de saúde o elo entre os serviços de saúde e a comunidade. Neste sentido, deveria provocar um impacto positivo sobre os indicadores de saúde. Este profissional é responsável por realizar (ou deveria) ações individuais e coletivas, no intuito de desenvolver atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças, sob a supervisão do gestor local do SUS, mas esse não é caso da comunidade quilombola de Porto da Pedra. Segundo Melamed (1998, apud, Lima et al. 2008) a proposta do PACS consiste:

(...) no esclarecimento da população sobre cuidados com a saúde e seu encaminhamento a postos de saúde ou a serviços especializados em caso de necessidade que não possa ser suprida pelos próprios agentes. Pretende-se, por meio de uma visitação constante às moradias da região, acompanhar o processo de crescimento das crianças de 0 a 5 anos, verificando-se freqüentemente seu peso e, em casos de desnutrição, administrando-se a multi-mistura que atua como um complemento alimentar” (Melamed 1998, apud, Lima et al. 2008.).

Sobre as doenças mais frequentes na família nos últimos dozes meses, houve a prevalência da virose com 100% nas afirmações. Em caso de doença as famílias recorrem a dois principais serviços básicos de saúde: ao hospital público com 66,67% e a Unidade Básica de Saúde da Família com 33,33%.

Com relação ao entrevistado possuir algum problema de saúde ficou constatado que 52,38% não tem nenhum agravo a saúde e 47,62% acusaram que sim. Os problemas de saúde apontados foram diabetes, mas não sabem identificar qual o tipo, hipertensão arterial, problemas cardíacos, gastrite, desvio na coluna vertebral, problema no estômago (gastrite), artrose e deficiência física<sup>68</sup>. Esta última

---

<sup>68</sup> A deficiência física refere-se ao comprometimento do aparelho locomotor que compreende o sistema ósteo-articular, o sistema muscular e o sistema nervoso. As doenças ou lesões que afetam quaisquer desses sistemas, isoladamente ou em conjunto, podem produzir quadros de limitações físicas de grau e gravidade variáveis, segundo o(s) segmento(s) corporais afetados e o tipo de lesão ocorrida (BRASIL/MS, 2010). No caso deste tipo de deficiências citada neste estudo pode ser denominada como Lesão por Esforço Repetitivo, também conhecida com L.E.R.

pode estar ligada aos movimentos repetitivos, com o uso dos apetrechos de pesca e mariscagem, já que a comunidade sobrevive essencialmente destas atividades.

Por se tratar de comunidade majoritariamente negra, lançou-se uma questão sobre discriminação ao procurar atendimento nos estabelecimentos de saúde, ao qual 100% afirmaram nunca ter sofrido nenhum tipo de discriminação. Não é o caso desta comunidade como podemos visualizar neste resultado, mas a influência do racismo atrelado à discriminação racial ou até mesmo social contribui para o adoecimento da população e mortes por causas evitáveis, dificultando assim, o acesso da população negra aos serviços ofertados pelo Sistema Único de saúde, tornando-se um entrave para garantia da saúde.

O racismo, preconceito ou a discriminação como define a Organização CRIOLA se configura como:

(...) uma ideologia. Em vigor de várias partes do mundo na há muito tempo, é uma visão de mundo que afeta as relações sociais, a cultura, a economia e a política, estabelecendo diferentes formas de dominação de populações, grupos, indivíduos, a partir da classificação – e hierarquização – das diferenças biológicas ou culturais entre seres humanas em raças (CRIOLA, 2010, p.10).

O racismo e/ou a discriminação impacta diretamente sobre a saúde da população negra. O adoecimento da população negra, as mortes, o atendimento desigual na saúde são reflexos do racismo e da desigualdade racial<sup>69</sup>. Para combater a discriminação racial, como o objetivo de fornecer diretrizes ao SUS no combate “ao racismo incluindo seus impactos sobre a saúde da população negra e sobre o funcionamento do sistema (racismo institucional) e as principais causas de altas taxas de adoecimento e morte da população negra” (CRIOLA, 2010, p. 21), foi criada justamente a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Como já mencionando em momentos anteriores, a PNSIPN possui uma relevância fundamental no combate ao racismo e as iniquidades sociais em saúde da população negra.

---

<sup>69</sup> Desigualdade racial assim como é definida no Estatuto da Igualdade Racial é toda situação injustificada de diferenciação de acesso e fruição de bens, serviços e oportunidades, nas esferas pública e privada, em virtude da raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica.

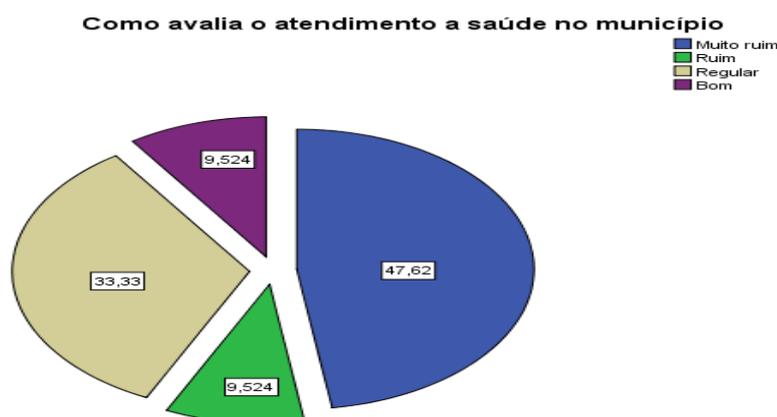
O Artigo 8º do Estatuto da Igualdade Racial no inciso I afirma que a PNSIPN tem como um dos objetivos promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnicas e combate à discriminação nas instituições e serviços dos SUS. No parágrafo único salienta que:

Parágrafo único: Os moradores das comunidades remanescentes de quilombos serão beneficiários de incentivos específicos para a garantia do direito à saúde, incluindo melhorias nas condições ambientais, no saneamento básico, na segurança alimentar e nutricional e na atenção integral à saúde (Lei 12.288/2010)<sup>70</sup>

No entanto, a PNSIPN tem sido pouco efetiva como podemos observar nos dados apresentados. Isso mostra a sua não efetividade diante dessas problemáticas, no que deveria ser a saúde igual para todos, abrangendo os princípios de equidade, universalidade, integralidade. A PNSIPN ainda é um sonho diante da realidade a qual vivemos, faltando muito para ser concretizada.

Outro aspecto analisado foi a percepção dos entrevistados com relação à avaliação do atendimento a saúde no município (vide gráfico 08). Neste, 47,62% apontaram como muito ruim; 33,33% regular; 9,52% apontaram como ruim ou bom cada e nenhum com o nível ótimo.

### GRÁFICO 8: AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO A SAÚDE



Fonte: Pesquisa direta, Setembro de 2013.

<sup>70</sup> De que trata o Estatuto da Igualdade Racial.

Algumas características que chamaram atenção foi com relação aos serviços de saúde chegarem ou não a comunidade, assim como, no desenvolvimento de ações de prevenção e/ou combate a problemas de saúde. O resultado dessas duas perguntas foi chocante, diria alarmante, ficou constatado em 100% das afirmações, que não existe nenhum tipo de ação de prevenção à saúde e tão pouco os serviços de saúde chegam à comunidade. O poder público local (gestores, profissionais de saúde, e etc.) não desenvolve nenhuma iniciativa, nem amplifica o atendimento, expandido-o para as comunidades rurais, que ficam distante das Unidades Básicas de Saúde da Família e do centro. Neste caso não existe uma equidade em saúde como prevê a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Como descrita na PNSIPN a equidade deve efetivar o direito humano a saúde em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional.

O Estatuto da Igualdade Racial assinala no Art. 6 diz que o direito a saúde da população negra será garantida pelo poder público mediante políticas universais, sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e de outros agravos. E ainda:

§ 1º acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde (SUS) para promoção, proteção e recuperação da saúde da população negra será de responsabilidade dos órgãos e instituições federais, estaduais, distritais e municipais, da administração direta e indireta (Lei 12.288/2010).

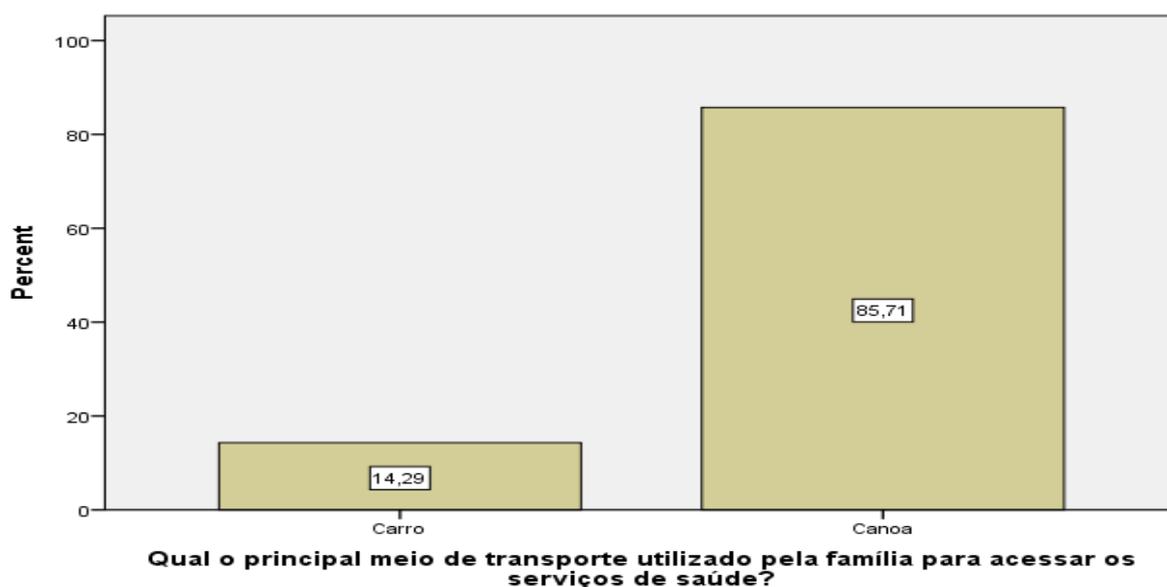
O meio de transporte no qual os moradores da comunidade quilombola de Porto da Pedra usam, tem relação direta com o acesso e utilização dos serviços de saúde, como podemos visualizar no gráfico 09. A dificuldade encontrada para conseguir atendimento é logo visível; 85,71% afirmaram ter muita dificuldade para conseguir atendimento contra apenas 14,29%. Obviamente os entrevistados que apontaram não encontrar dificuldade, porque vão de carro procurar o atendimento e mesmo assim andam quilômetros de distância até o ponto de ônibus.

Todos os entrevistados (100%) apontaram o acesso para chegar até a Unidade Básica de Saúde da Família como umas das principais barreiras, para conseguir acessar os serviços de saúde, disponibilizados pela rede básica. Não

existem ações contínuas de prevenção, nem diagnóstico de doenças, tão pouco monitoramento e acompanhamento de doenças e outros agravos à saúde na comunidade. Não há uma racionalidade na utilização, que por consequência não tem produzido resultados positivos nos indicadores de saúde da população que deveria esta sendo assistida (como é o caso desta comunidade), possibilitando uma melhor qualidade de vida. A desigualdade social no acesso e na utilização dos serviços de saúde tende a influenciar no processo de adoecimento da população. Logo as desigualdades sociais em saúde como afirma Goes e Nascimento (2012) podem manifestar-se de várias formas:

(...) tanto no processo de saúde-doença em si, como no acesso e utilização dos serviços de saúde, pois as desigualdades no estado de saúde estão de modo geral, fortemente atreladas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade (BARATA, 2009, apud, GOES e NASCIMENTO, 2012, p. 256)

**GRÁFICO 9: MEIO DE TRANSPORTE UTILIZADO PELA FAMÍLIA PARA ACESSAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE**



Fonte: Pesquisa direta, Setembro de 2013

Doenças como diabetes, hipertensão arterial, doenças de chagas, sistozoma, problemas cardíacos, foram identificados na pesquisa. Na há nenhum tipo de

acompanhamento<sup>71</sup> e/ou monitoramento pelos profissionais da rede básica de saúde desses casos ou incidência de novos; 38,10% afirmaram não saber se é portador de algumas dessas doenças (ver gráfico 10), isso é um fator muito preocupante, porque a maioria mora em casa de taipa (ver gráfico 05), não possuem saneamento básico, o esgotamento sanitário é a céu aberto podendo ter a contaminação e proliferação de doenças, entre outros fatores. Geralmente, as pessoas que possuem, por exemplo, problema de hipertensão vão somente a farmácia básica de saúde do município pegar os medicamentos.

Situações como estas podem indicar dificuldades de acesso aos serviços de saúde, diagnóstico tardio, baixa qualidade da atenção oferecida, ausência de tratamento, inadequação ou ineficiência. O descuido e a desatenção com a saúde da população negra tem muito a ver com o imaginário construído ao longo dos anos sobre esse segmento da população, tendo o racismo como fator determinante para a exclusão e a não garantia de direitos (CRIOLA, 2010, p. 25).

As doenças que acometem a saúde da população negra geralmente são oriundas de fatores socioeconômicos ou biológicos. A hipertensão arterial é uma delas, e mais frequentes entre os negros.

A hipertensão arterial esta associada à exposição a fatores de risco e podem provocar acidente vascular cerebral, infarto e ocorrência de outras doenças. O agravamento dessa doença ocorre muitas vezes por não ter um acompanhamento adequado, que enfaticamente, esta também relacionada à dificuldade de acesso e utilização dos serviços de saúde, assim como os fatores de renda e escolaridade podem ter influência sobre o estado de saúde. Neste sentido, a falta de conhecimento repercute negativamente na saúde.

O diabetes mellitus tipo II é outra afecção muito assídua entre os negros, exigindo uma atenção especial, principalmente com estratégias de prevenção. Em Maragogipe o coeficiente de mortalidade por diabetes mellitus, por exemplo, foi de 43,3% em 2007 (ver tabela 1) um número altíssimo. Ou seja, neste ano o diabete mellitus representou 43,3% das mortes.

---

<sup>71</sup> 100% dos entrevistados afirmaram não existir nenhum tipo de acompanhamento á saúde.

Tabela 1: Mortalidade por Diabetes Mellitus<sup>72</sup>

Coeficiente de mortalidade por Diabetes Mellitus em Maragogipe – BA						
2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
24,6%	19,6%	31,8%	21,8%	12,1%	43,3%	29,8%

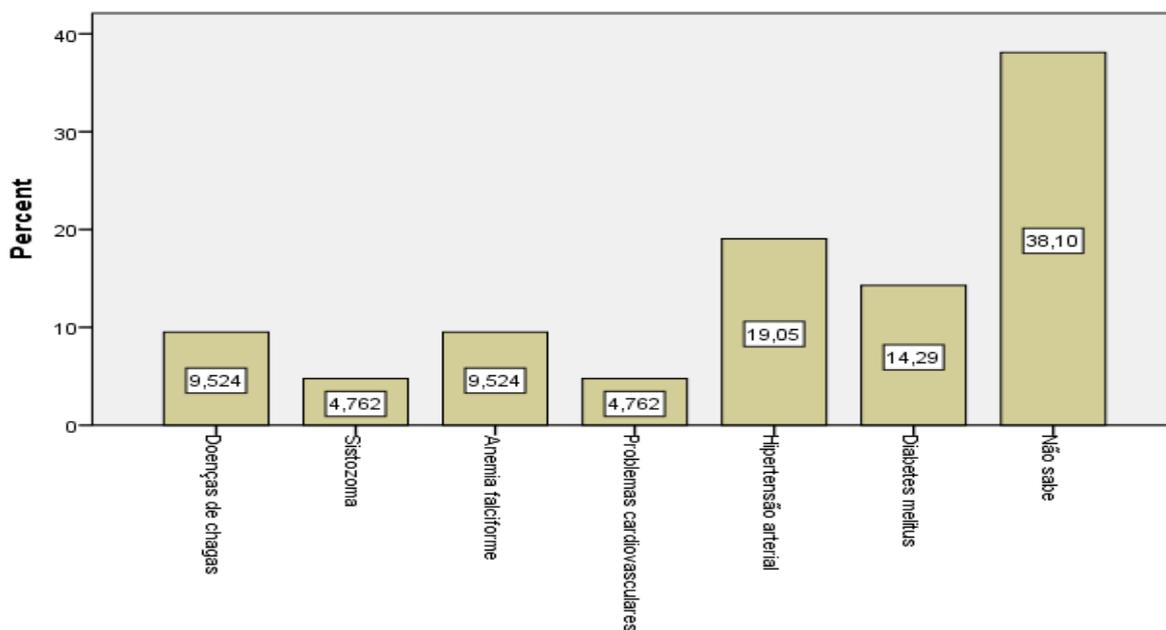
Fonte: Dados obtidos no DATASUS, 2013.

A anemia falciforme muito comum entre a população negra é uma doença hereditária provocada por uma modificação nos glóbulos vermelhos. A organização CRIOLA (2002) assinala que alguns pesquisadores afirmam que cerca de 2 milhões de brasileiros são portadores do gene e aproximadamente 8 mil têm a doença. Outros calculam que 6% a 10% da população negra no Brasil tenham o gene alterado - o que quer dizer pelo menos 8 milhões de pessoas (adultos e crianças) possuem a doença falciforme. Neste sentido, o diagnóstico logo no estágio inicial otimiza a eficácia das ações preventivas e consecutivamente reduz o índice de morbimortalidade. O acompanhamento à saúde no caso desta, quanto de outras doenças é fundamental.

Outra doença comum na população negra e também quilombola é a doença de chagas, também apontada nesta pesquisa. O Departamento de Atenção Básica em 2009, como exposto no capítulo 2 atinge cerca de três milhões de brasileiros. Acredita-se que as pessoas que moram em casas de taipa estão mais vulneráveis a esta doença.

<sup>72</sup> Tabela elaboração própria.

**GRÁFICO 10: SABE SE É PORTADOR DE ALGUMA DOENÇA DESSAS DOENÇAS?**



**Você sabe se é portador de alguma dessas doenças?**

Fonte: Pesquisa direta, Setembro de 2013

Neste sentido, foi analisando ainda sobre a existência de pessoas na família com algum problema de saúde. Identificou-se que na família de 33,33% dos entrevistados existem casos de diabetes, hipertensão arterial, problemas cardiovasculares, deficiência física e problemas de artrose. Os portadores dessas doenças são filhos, netos, mães, esposa e etc. A complexidade para tratar desses problemas é relatado, como podemos ver no trecho do depoimento de uma entrevistada.

*Minha mãe é hipertensa, muitas vezes está com a pressão alta, não tem um posto aqui no local, pra que viesse tomar a pressão dela, muitas vezes fica com dor de cabeça, fica nervosa, fica muito mal, não tem como levar no posto, porque a distancia que é para chegar é muito difícil (Rubi, 22 anos).*

Quando falamos em acesso e utilização dos serviços de saúde, nos remete a pensar como este tem influência no estado de saúde do indivíduo. Na pesquisa ficou constatado que 90,48% dos entrevistados encontram muita dificuldade para conseguir acessar e utilizar os serviços de saúde, como demonstra o gráfico 11. Os

serviços de saúde têm impactado muito pouco na redução dos indicadores em saúde, na comunidade quilombola de Porto da Pedra.

**GRÁFICO 11: ENCONTRA DIFICULDADE PARA ACESSAR E UTILIZAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE**



Fonte: Pesquisa direta, Setembro de 2013

Os serviços de saúde exercem um papel fundamental na prevenção de doenças ou na minimização do sofrimento dela decorrente, mas acontece que a existência das desigualdades sociais no acesso e na utilização<sup>73</sup> dá rumos diferentes a situação da saúde dos moradores da comunidade. Ações em saúde que deveriam ser integradoras, neste caso, são segregadoras, restritas e limitadas, pois não chega até a população. As ações em saúde como prevê a Estratégia de Saúde da Família através das equipes de saúde devem aproximar os serviços da comunidade, humanizando as práticas em saúde.

Destarte:

No contexto do SUS, o ESF, sigla com a qual se consagrou desde então, incorpora as bases conceituais presentes na Vigilância da Saúde, que incluem o planejamento e a programação da oferta de

<sup>73</sup> Acesso indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde (Donabedian, 2003, apud, Travassos, 2006).

serviços a partir do enfoque epidemiológico, reafirmar os princípios do SUS como universalidade, integralidade e equidade, com a compreensão dos múltiplos fatores de risco à saúde, e a possibilidade de intervenção sobre os mesmos com estratégias de promoção para saúde (COSTA e CARBONE, 2004, apud, MARTINS, GARCIA e PASSOS, 2008).

O cenário da comunidade de Porto da Pedra é crítico. Neste sentido, o cuidado que deveria ser preventivo assim como propõe a Estratégia de Saúde da Família e até mesmo a Política Nacional de Atenção Básica, acaba sendo meramente curativo, com medidas paliativas e/ou momentâneas, em caso de urgência e emergência, o que remete à outra lógica da Estratégia de Saúde da Família que seria justamente, promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos, ou seja, o cuidado e atenção integral à saúde da família. O Ministério da Saúde define a Estratégia de Saúde da Família;

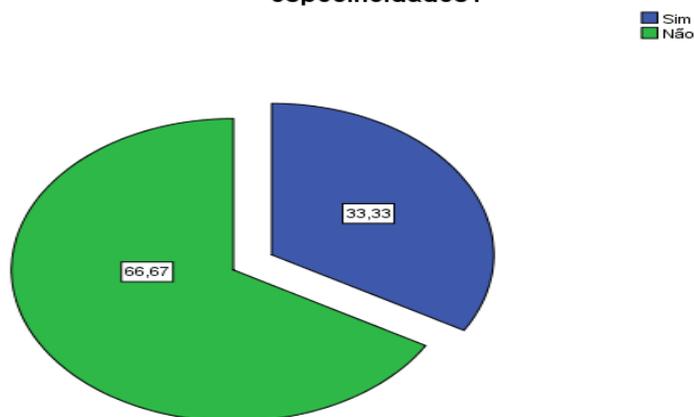
A Saúde da Família é uma estratégia bem sucedida de melhoria da efetividade da atenção básica no Brasil. Apesar da sua clara demonstração do seu grande potencial, a Estratégia de Saúde da Família apresenta ainda um conjunto importante de deficiências estruturais e de processos, que trazem limites ao seu desempenho e impacto sobre a situação de saúde da população. A superação dessas deficiências será essencial para viabilizar um salto de qualidade do SUS (BRASIL/MS, 2009, p.411).

As áreas rurais, em especial as comunidades quilombolas, procuram os serviços de saúde quase exclusivamente quando estão necessitando muito, isso acaba sendo um fator de extrema gravidade, estando exposta a riscos. A doença quando não é tratada ou prevenida repercute negativamente na vida social, por isso resalto a todo o momento a importância de ações em saúde enquanto uma estratégia importante de prevenção à saúde, principalmente por que o índice de doenças como diabetes, doenças de chagas, doença falciforme é maior na população negra.

Por se tratar de uma comunidade quilombola e negra, foi perguntado aos entrevistados se a unidade de saúde que cobre a comunidade atende suas especificidades, houve o seguinte resultado, como demonstra o gráfico 12, logo abaixo, onde 66,67% afirmaram que não.

**GRÁFICO 12: SE TRATANDO DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA A UBS ATENDE AS NECESSIDADES.**

Por se tratar de uma comunidade quilombola e negra você acha que a UBSF atende as especificidades?



Fonte: Pesquisa direta, Setembro de 2013

Como se trata de uma comunidade, que além de quilombola tem seu perfil definido como negros (maioria) e pardos (minorias), na qual existe uma política específica de saúde para a população negra, indagou-se sobre o conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. O resultado coletado com a pesquisa demonstrou que 85,71% não sabem da existência da PNSIPN nem nunca ouviram falar. Logo, os que ouviram falar (14,29%), não lembravam onde e nem quando e outros foram de participação em reuniões do movimento quilombola e de pescadores e marisqueiras aqui da Bahia. A PNSIPN é uma importante ferramenta para garantir o acesso à saúde e trata das especificidades em saúde da população negra, mas ocorre que o público alvo neste caso, há desconhece.

O cenário da saúde no município de Maragogipe – BA, está muito precarizado e vem passando por problemas sérios na sua estrutura. Não consegue garantir atendimento integral para todos, ferindo os princípios apregoados pelo Sistema Único de Saúde. Neste sentido, a opinião dos entrevistados sobre o que deveria ser feito para melhorar a saúde no município foram diversas. No geral enfatizaram especificamente, a importância de instalar uma unidade básica de saúde na comunidade, assim como apontaram outras alternativas.

*Fazer um posto de saúde na comunidade ia melhorar muito a saúde, nós aqui sofremos muito pra conseguir atendimento, fora outras dificuldades que passamos (Ametista 35 anos).*

*Fazer uma unidade de saúde na comunidade (Safira, 44 anos)*

*Ter uma unidade de saúde na comunidade, com médico trabalhando (Diamante, 25 anos).*

*No meu ponto de vista, deveria ter um posto de saúde na comunidade ou em um local mais próximo com médico trabalhando porque o acesso é muito difícil pra gente (Turmalina, 58 anos).*

*Ter um carro de saúde ou um posto de saúde na comunidade (Diamantino, 19 anos).*

As dificuldades para acessar os serviços de saúde apareceram a todo o momento, mostrando o quanto essas pessoas percebem a importância de acessar os serviços de saúde. Como aponta Travassos e Martins (2004) “a acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mais inclui também a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes”. É visível nas falas, nos relatos e no semblante de cada entrevistado, a importância de melhorar o serviço de saúde local, como inclusive uma estratégia de tratamento e prevenção de doenças. Eles percebem que se melhorar e estender os serviços provocará uma mudança efetiva no cenário da saúde no município e principalmente na comunidade.

*Eu acho que o atendimento a saúde esta muito ruim, falta medicamentos, nem atendimento muitas vezes não conseguimos, esta tudo muito ruim. A prefeita tem que fazer mais pela gente, porque o acesso pra gente aqui é péssimo (Ágata azul, 28 anos).*

*A saúde pra gente aqui é péssima, pra gente conseguir ir para o médico, tem que pegar canoa para travessar, andamos um pedaço pra poder chegar no posto. Aqui deveria ter um posto de saúde na comunidade (Turquesa, 34 anos).*

*Eu acho que tem melhorar muito a unidade de saúde, ou até mesmo, fazer um posto na comunidade, ter mais médicos. Por aqui a dificuldade é muita para gente, se mover até o posto pra levar as crianças, travessar de canoa é muito ruim, pra me tem que melhorar muito. Ou até mesmo ter um carro de saúde pra levar agente para o posto (Hematita, 50 anos).*

*Eu acharia que deveria mudar primeiro era ter um posto de saúde na nossa comunidade, que é muito difícil pegar transporte, muitas vezes*

*quando agente não tem condições de ir para o ponto pegar um carro tem que ir de barco de canoa a remo, pra poder conseguir uma ficha no posto e muitas vezes não acha, porque quando chega lá, já esta completa pelas pessoas de lá agente volta, da viagem de balde (Rubi, 22 anos).*

A estrutura do sistema de saúde municipal atualmente está fragmentada. A fragmentação da saúde como afirma Silva (2011) não é uma preocupação recente na atenção à saúde, embora existam iniciativas para expandir o acesso no cuidado e atenção em saúde. Saber otimizar os recursos é essencial. Investimentos capazes de provocar mudanças é o grande diferencial de uma boa administração do dinheiro público destinado à saúde e também de outras políticas públicas que tem relação direta com o estágio de saúde do individuo. Na pesquisa o investimento na saúde aparece como crucial para melhorar os serviços e atenção em saúde, como podemos ver nas falas de alguns entrevistados.

*Ter investimento na saúde para atender principalmente as comunidades que ficam distante do centro, com médicos trabalhando (Jaspe, 59 anos).*

*Melhorar o hospital público, equipado com medico atendendo. Investir mesmo na área da saúde (Lápis-lazúli, 38 anos).*

*Investir na saúde, com os postos de saúde funcionando, para atender agente como merecemos (Quartazo, 47 anos).*

*Deveria melhorar o atendimento que é péssimo pois quando precisamos não conseguimos atendimento com facilidade, a demora é muita (Cornalina, 43 anos).*

*(...) melhorar o atendimento no hospital, que muitas vezes agente chega no hospital mal e a demora no atendimento é muita. Muitas vezes como já aconteceu aqui na comunidade, chegar no hospital público e ate falecer na espera de atendimento e eu acho que isso deveria mudar (Rubi, 22 anos).*

Debater sobre acesso e utilização dos serviços de saúde nessa comunidade não foi uma tarefa fácil, mas possibilitou entender como o não acesso as políticas sociais tem influência direta no estágio de saúde de um indivíduo, de uma comunidade, enfim de uma nação. Através das análises das respostas obtidas com a pesquisa, é visível à lacuna existente e os percalços que está comunidade

enfrenta no seu dia a dia para ter uma vida digna e de qualidade, que necessita de tão pouco para isso. É visível o descaso público; as políticas sociais quase inexistem neste local. O que nos leva há uma maior preocupação é que as pessoas da localidade não tem uma cultura política mobilizadora para ocupar os espaços de participação e controle social, no intuito de exigir e fazer valer os seus direitos diante de uma sociedade tão desigual. O Art. 7º do Estatuto da Igualdade Racial trata do conjunto de ações de saúde voltadas a população negra que constitui a PNSIPN e justamente no inciso I trata da importância de ampliar e fortalecer a participação social da população negra nas instâncias de participação e controle social do SUS, reconhecendo este mecanismo como essencial para promoção da saúde na melhoria na qualidade dos serviços.

A pesquisa de campo mostrou ainda que a desigualdade esta muito presente na vida dos moradores da comunidade quilombola de Porto da Pedra, como podemos visualizar no depoimento de uma entrevistada logo abaixo, que se emocionou ao falar da comunidade e sua importância e descaso que a mesma enfrenta.

*Eu acho que aqui deveria realmente ser um lugar respeitado, certo! Que aqui é um lugar muito importante. Mas é um lugar que o povo esqueceu, principalmente os prefeitos que esqueceu. Realmente ninguém da importância, mas aqui é um lugar bonito, uma fazenda bonita. As pessoas daqui sofrem muito, principalmente com problema de saúde, que quando chegamos a procurar um carro da saúde não vem, a pessoa liga mas não vem. Quando chega ir para o hospital a pessoas já está dando crise e os médicos abandona, não aparece. Então o certo era ter realmente aqui um posto médico (Esmeralda, 41 anos).*

O Brasil apesar de ser um dos países com a maior economia do mundo, não conseguiu superar a desigualdade social, que apesar de ser um país rico possui um divida social enorme com a população, pois sua riqueza é mal distribuída. A desigualdade social se expressa na falta de renda, de educação, assistência social, habitação, saúde, entre outras políticas sociais, estando esta atribuída a uma série de fatores. Assim, o principal desafio do nosso país é promover o acesso dos cidadãos as diversas políticas públicas, com direitos iguais para todos.

Considerando o cenário da comunidade quilombola de Porto da Pedra podemos destacar a baixa resolutividade da atenção básica no município de Maragogipe – BA. Conforme demonstra os dados do Índice de Desempenho do SUS em 2011, Maragogipe possuía sua cobertura populacional (estimada) atendida pelas Equipes Básicas de Saúde em 52,24%. Em 2010 a situação era bem pior com apenas 43,48%. De 2010 para 2011, por exemplo, houve uma regressão das Equipes de Saúde Bucal de 41,46% reduziu no ano seguinte para 31,14%.

O Índice de Desempenho do SUS revela que em 2011, o acesso potencial ou obtido com a Atenção Básica em todo o Brasil foi 31,6% e quanto sua efetividade foi de apenas 21,8%<sup>74</sup>. Analisando esses dados percebemos que a Atenção Básica tem sua cobertura insuficiente diante da realidade que temos atualmente, sendo necessário traçar estratégias para sua superação.

Diante desta realidade, é necessário desenvolver ações efetivas com reais possibilidades de trazer e/ou aproximar os serviços de saúde da comunidade Porto da Pedra e de um modo geral no município de Maragogipe. As comunidades quilombolas em sua maioria ficam distantes de onde estão localizadas as Unidades Básicas de Saúde, isso pode explicar a baixa efetividade da Atenção Básica nestes territórios. Por isso é imprescindível realizar ações contínuas nos locais que ficam isolados, aproximando os serviços de saúde da população, atendendo suas reais necessidades. Mendes (2010) afirma que:

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população. Assim, ao se discutir uma proposta de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), deve-se começar por analisar que necessidades de saúde se expressam na população brasileira. A situação de saúde dos brasileiros é analisada nos seus aspectos demográficos e epidemiológicos (Mendes, 2010).

Discutir o acesso, a oferta e utilização dos serviços de saúde, em uma comunidade quilombola e negra mostrou que além da questão da saúde existe outros problemas que merece uma atenção especial que diretamente acomete a

---

<sup>74</sup> O peso destes indicadores simples nos seus respectivos indicadores compostos foi dado pela metodologia de Análise de Componentes Principais (PCA). Ver dados em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=38798](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=38798)

saúde dos moradores. “As redes de atenção à saúde não devem ser restritas ao setor saúde, devendo incluir políticas de outros setores relacionados às determinantes do processo saúde-doença” (Mendes 2010). Devem existir estratégias para mudar estrutura do sistema de saúde de modo a fazer a integralidade dos serviços de saúde com os usuários para o cuidado e atenção em saúde. Mendes (2010) vem afirmar que “a implementação do SUS contribuiu pouco, no entanto, para a integração da saúde nas regiões que agregam diversos municípios, possivelmente pela pouca ênfase dada à regionalização”.

Para conclusão deste capítulo é fundamental destacar que os serviços de saúde devem estar próximos da população usuária, possibilitando assim, uma maior resolutividade dos serviços ofertados. Desta forma, é crucial traçar estratégias para reduzir os indicadores sociais em saúde, possibilitando o acesso e a utilização dos serviços de saúde pela população negra e quilombola.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Como explícito muito bem na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra a saúde é um direito fundamental e condição substantiva para o pleno exercício da cidadania. Menciona ainda que o direito a saúde “é eixo estratégico para a superação do racismo e garantia de promoção da igualdade racial, desenvolvimento e fortalecimento da democracia” (PNSIPN, 2007 p. 9).

Apesar da PNSIPN ter sido pensada como uma ferramenta para garantir aos negros o acesso a política de saúde como a garantia do acesso e utilização dos serviços de saúde, a criação de políticas e programas, o desenvolvimento das ações em saúde que venham incluir a população negra e reduzir os indicadores sociais, incluindo diretamente as comunidades quilombolas, pois esta é formada em maior escala por negros, percebemos que esta não se consolidou, e vem sendo desrespeitada.

A invisibilidade das comunidades negras quilombolas é assustadora, pois esta parece invisível diante de uma sociedade crescente, sendo marcada pela desigualdade e acesso aos mínimos sociais. Xavier (2012) faz uma crítica bem contundente quanto a PNSIPN e da invisibilidade da população negra. Assim visualizamos:

A inoperância da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, assim como a invisibilidade da população afro-brasileira, é contundente, seja nos quilombos, seja nos espaços povoados por populações com características pretas e pardas. Mais uma vez, deve-se readmitir que como saúde pública, esta política tem estado ausente no acesso a saúde da população negra e a iniquidade tornou-se parâmetro de saúde nos territórios remanescentes de quilombolos (Xavier, 2012, p. 207).

No Brasil, podemos observar os grandes desafios do Sistema Único de Saúde. Convivemos com a falta da manutenção na área, com o racismo institucional, o atendimento desigual, onde nem toda população tem acesso aos

serviços e se tem é deficiente. O descaso com a saúde pública é o grande causador do caos no país. É necessário que a sociedade civil se mobilize para provocar mudanças efetivas no cenário em que se encontra saúde pública brasileira. Como aponta o Conselho Nacional de Saúde (2003) a prática do controle social deve funcionar na perspectiva de assegurar a construção de um modelo assistencial baseado nos direitos de cidadania de toda a população, intersetorial, em defesa da vida e da saúde, e com acesso universal e eqüitativo a todos os níveis da atenção integral à saúde, da coletividade, dos grupos populacionais expostos a riscos específicos e de cada indivíduo.

Eugênio Villaça Mendes (2011) faz uma reflexão interessante quanto ao Sistema Único de Saúde afirmando que:

O SUS é uma proposta generosa de uma política pública que se construiu e se institucionalizou a partir de um amplo debate na sociedade brasileira, estimulado pelo movimento sanitário e acolhido na Constituição Federal de 1988. É um experimento social que está dando certo e seus avanços são inquestionáveis, mas enfrenta enormes desafios e tem de superá-los (Mendes, 2011, p.17).

Neste sentido, os ideais da Reforma Sanitária Brasileira não alcançou um estágio ideal. O SUS caminha a passos lentos. Falta muito para o SUS que construímos atender todos de forma universal e igualitária.

O Brasil infelizmente é um país marcado pela exclusão social e pela violência, onde as pessoas de classes mais desfavorecidas estão a mercê da desigualdade seja ela de qual tipo for. A falta de acesso à política de saúde é uma forma de desigualdade social. Vivemos numa sociedade capitalista tão desigual, em que a visão do lucro é maior do que o bem-estar da população. As pessoas ainda hoje vivem em péssimas condições de vida, apesar de existir inúmeras políticas sociais garantidas em lei. Em outras palavras tem seus direitos básicos violados.

A violência não é somente aquela expressa na agressão física ou verbal, ela se apresenta também quando temos nossos direitos básicos negados, seja pela falta dos serviços de saúde, falta de acesso a condições dignas de moradia, saneamento básico, acesso ao trabalho, enfim, o acesso negado a políticas públicas eficazes que

influenciam diretamente nos determinantes sociais em saúde. Assim, como compreendida por Asblaster (2013) a violência se configura:

(...) todas as violações dos direitos civis (vida, propriedade, liberdade de ir e vir, de consciência e de culto); políticos (direito a votar e a ser votado, ter participação política); sociais (habitação, saúde, educação, segurança); econômicos (emprego e salário) e culturais (direito de manter e manifestar sua própria cultura).

A pesquisa contribui de maneira crítica para o processo de conhecimento da realidade, neste caso, a comunidade quilombola de Porto da Pedra, mostrando à baixa resolutividade da Atenção Básica nos territórios quilombolas. Os serviços de saúde tem provocado pouco impacto na vida das famílias da comunidade, o que contradiz com os princípios apregoados pelo SUS, e pela própria política de Atenção Básica que tem como foco aproximar os serviços de saúde da população.

A guisa de conclusão, discutir esse universo tão particular foi instigante e ao mesmo tempo desafiador. Os moradores da comunidade quilombola de Porto da Pedra convivem com a falta de bens básicos, com precárias condições de moradia, de trabalho, renda e saúde. A violação dos direitos esta exposta a olhos nus. Estudar essa realidade foi de suma importância para o entender esse cenário com uma visão mais crítica. Neste sentido, é necessário que as ações em saúde superem o caráter meramente emergencial, investindo e melhorando a qualidade dos serviços, para que atenda as reais necessidades dos usuários.

Com base na pesquisa, ficou evidente que ações em saúde são necessárias, no sentido de melhorar e garantir o acesso desta comunidade aos serviços disponibilizados pelo SUS, para que reduza os indicadores sociais em saúde como apontado no resultado da pesquisa. A redução dos indicadores envolve, portanto, uma série de políticas públicas, pois as condições de moradia e de renda tem influência direta no estágio de saúde das famílias da comunidade. Espera-se, portanto, com este estudo publicizar a realidade socioeconômica desta comunidade, entendendo esse cenário com uma visão crítica diante da realidade apresentada.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. – 9. Ed. – São Paulo: Atlas, 2009.

ARAÚJO, Edna Maria de. Mortalidade por causas externas e raça/cor da pele: uma das expressões das desigualdades sociais. Salvador: 2007. Disponível em: [http://www.portalraizes.org/pdfs/tese\\_saude.pdf](http://www.portalraizes.org/pdfs/tese_saude.pdf). Acesso em: 22.07.2013

ASBLASTER, Anthony. **Violência**. Dicionário do Pensamento Social do Século XX. São Paulo, 2013.

BADZIAK, Rafael Policarpo Fagundes. MOURA, Victor Eduardo Viana. **DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: um conceito para efetivação do direito a saúde**. Revista Saúde Públ. Santa Cat., ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, p. 69, 2010. Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/51/114>. Acesso em: 20.07.2013.

BARATA, Rita Barradas. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 2, p. 19-29, 2008.

BEDESCHI, Luciana; ZANCHETTA, Maria Inês. **Cidadania quilombola**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2008.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social e trabalho: paradoxo na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil**. Brasília: Letras Livres: UNB, 2008. (pág. 37 a 98).

**BRAVO, M. I. S. ; MATOS, Maurílio Castro de** . Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: Maria Inês Souza Bravo; Ana Maria de Vasconcelos; Andréa de Sousa Gama; Giselle Lavinias Monnerat. (Org.). Saúde e Serviço Social. 4ªed.São Paulo ; Rio de Janeiro: Cortez ; UERJ, 2009, v. 1, p. 25-47.

BRASIL. **A saúde da população negra e o SUS: ações afirmativas para avançar na equidade.** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno\\_spn.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_spn.pdf). Acesso em: 02.04.2013.

\_\_\_\_\_. CNDSS. **AS CAUSAS SOCIAIS DAS INIQUIDADES EM SAÚDE NO BRASIL. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS).** 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/determinantesdesaude/relatorio.pdf>. Acesso em: 19.07.2013.

\_\_\_\_\_. Comissão Nacional de Reforma Sanitária. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf). Acesso em: 22.07.2013.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS.** Brasília: CONASS, 2003.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nºs 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Diário Oficial da União, Brasília, p. 1, 21 de jul. 2010.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade.** Brasília: Funasa, 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pop\\_negra/pdf/saudepopneg.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf). Acesso em: 30.08.2013

\_\_\_\_\_. Decreto nº 6.872, de 4 de Junho de 2009. Aprova o Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial - PLANAPIR, e institui o seu Comitê de Articulação e Monitoramento. Diário Oficial da União, Brasília, p. 29, 05 de jun. 2009.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 8080 de 19 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 União, Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS**. 1. ed., 7.<sup>a</sup> reimpressão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/54967433/A-pratica-do-controle-social-Conselhos-de-Saude-e-Financiamento-do-SUS>. Acesso em: 28.08.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias : aspectos clínicos, de vigilância epidemiológica e de controle - guia de bolso / elaborado por Gerson Oliveira Pena [et al]. - Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 1998.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. Legislação quilombola condensada.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB – SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **PARTICIPASUS. Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_estrategica\\_participasus\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf). Acesso em: 13.07.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde da População Negra: Construindo políticas universais e equânimes no Brasil. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/populacao\\_negra.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/populacao_negra.pdf). Acesso em: 07.07.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica. 1. ed., 4.<sup>a</sup> reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em saúde : zoonoses. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 228.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual%20de%20Regulacao%20Medica%20das%20Urgencias.pdf>. Acesso em: 02.08.2013

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza\\_sus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf). Acesso em: 01.08.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O Humaniza SUS na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza\\_sus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf). Acesso em: 03.08.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Pesquisas estratégicas para o sistema de saúde – PESS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_pesquisas\\_estrategicas\\_para\\_o\\_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_pesquisas_estrategicas_para_o_sus.pdf). Acesso em: 03.08.2013

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. I Seminário Nacional de Saúde da População Negra: síntese do relatório : 18 a 20 de agosto de 2004 : Brasília – DF. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pop\\_negra/pub\\_destaque.php](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pub_destaque.php). Acesso em: 19.07.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>. Acesso em: 15.07.2013

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. A saúde no Brasil: estatísticas essenciais 1990-2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatisticas\\_992000.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatisticas_992000.pdf). Acesso em: 20.07.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Mais saúde: direito de todos: 2008-2011. 3. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 138.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP. Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1994

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2009 : uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Temático Prevenção de Violência e Cultura de paz. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel\\_indicadores\\_sus\\_n5\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_n5_p1.pdf). acesso em: 17.07.2013

\_\_\_\_\_. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir. Programa Brasil Quilombola. Brasília, 2004. Disponível: [http://www.seppir.gov.br/publicacoes/brasilquilombola\\_2004.pdf](http://www.seppir.gov.br/publicacoes/brasilquilombola_2004.pdf). Acesso em: 02.10.2013

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília – DF, 2007.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - Plano Operativo**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília – DF, 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_populacao\\_negra\\_plano\\_operativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_populacao_negra_plano_operativo.pdf). Acesso em 05.08.2013.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 90, de 17 de janeiro de 2008. Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de Equipes Saúde

da Família, modalidade I, e de Equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, p. 97 a 101, 18 jan. 2008. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, n. 95, p.73, 16 mai. 2012. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas Afirmativas de Promoção da Igualdade Racial. Secretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais. **Guia de Políticas Públicas para Comunidades Tradicionais**. Programa Brasil Quilombola. Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir. **PROGRAMA BRASIL QUILOMBOLA: Diagnóstico de Ações Realizadas**. Brasília, Julho de 2012. Disponível: <http://www.seppir.gov.br/destaques/diagnostico-pbq-agosto>. acesso em: 02.10.2013

\_\_\_\_\_. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir. Perspectivas Negras: Construindo políticas públicas na intersecção entre Juventude e Promoção da Igualdade Racial. Brasília, 2011. Disponível em: <http://seppir.gov.br/publicacoes/perspectivas-negras>. Acesso em: 19.07.2012

\_\_\_\_\_. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir. Relatório Final sobre o Fórum “Enfrentando o racismo institucional para promover saúde integral da população negra no SUS”. Disponível em: <http://seppir.gov.br/publicacoes/perspectivas-negras>. Acesso em: 19.07.2012

\_\_\_\_\_. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir. Quilombos das Américas : articulação de comunidades afro-urbanas : documento síntese. – Brasília : Ipea : SEPPIR, 2012. 79.

\_\_\_\_\_. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir. **Racismo como determinante social de saúde**. Brasília 2011. Disponível em: <http://seppir.gov.br/publicacoes/perspectivas-negras>. Acesso em: 19.07.2012.

CEBES. Saúde e democracia: a luta do CEBES/Sonia Fleury (organizadora). — São Paulo: Lemos Editorial, 1997. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/file/saude%20e%20democracia%20a%20luta%20do%20cebes.pdf> Acesso em: 16.07.2013

\_\_\_\_\_. Saúde em debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.33, n. 83, 2009.

COSTA, Mônica Rodrigues. **A Trajetória das Lutas pela Reforma Sanitária.** *Revista Sociedade em Debate*, Pelotas - MG, 85-107, 2007.

CONNECTAS, Direito Humanos. **Direito à saúde da mulher negra: manual de referência.** São Paulo: Conectas Direitos Humanos, 2008. Disponível em: <http://conectas.org/saudemulhernegra/home/projeto>. Acesso em 21.07.2013

Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009.

CRIOLA. Apresentando a Doença Falciforme. Boletim Toques: CRIOLA, Rio de Janeiro – RJ, Ano 4. Nº 18, 2002.

\_\_\_\_\_. **Cadernos sobre Saúde da População Negra.** Rio de Janeiro – RJ 2010.

\_\_\_\_\_. Racismo é coisa de vilão? Boletim Toques: Rio de Janeiro – RJ. Nº 8. 2009.

\_\_\_\_\_. Manual: **Participação e Controle Social para Equidade em Saúde da População Negra.** Rio de Janeiro – RJ, 2007. Disponível em: [www.saude.mt.gov.br/arquivo/1234](http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/1234). Acesso em: 02.04.2013.

\_\_\_\_\_. Saúde da População Negra. Passo a passo: Defesa, monitoramento e avaliação de Políticas públicas. Criola, RJ, junho de 2010.

DEMO, Pedro. Introdução à metodologia da Ciência / Pedro Demo. – 2. Ed. – 16. Reimpr. – São Paulo: Atlas, 2008.

DOMINGUES, Petrônio. Movimento Negro Brasileiro: alguns apontamentos históricos. 2007. Movimento Negro Brasileiro: alguns apontamentos históricos. 2007. Disponível em: [http://www.historia.uff.br/tempo/artigos\\_livres/v12n23a07.pdf](http://www.historia.uff.br/tempo/artigos_livres/v12n23a07.pdf). Acesso em: 22.07.2013.

FERREIRA, Valdeci da Silva. O impacto do Programa Bolsa Família na vida das mulheres de Santiago do Iguape: Comunidade Quilombola da Cidade de Cachoeira - BA / Valdeci da Silva Ferreira. – Cachoeira, 2012.

FREIRE, Sebastian; PESSANHA, Renam. **O que é saúde da família?** Disponível em: <http://cap21.blogspot.com.br/p/blog-page.html>. Acesso em: 19.04.2013.

FREITAS, Daniel Antunes. CABALLERO, Antonio Diaz. Marques, Amaro Sérgio. HERNÁNDEZ, Clara Inés Vergara. ANTUNES, Stéffany Lara Nunes Oliveira. SAÚDE E COMUNIDADES QUILOMBOLAS: uma revisão de literatura. Rev. CEFAC. São Paulo: CEFAC, p. 937-943, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v13n5/151-10.pdf>. Acesso em: 06.08.2013.

GOES, Emanuelle F. NASCIMENTO, Enilda R. **Mulheres negras e brancas: as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Estado da Bahia.** In: WERNECK, J.; BATISTA, L. E.; LOPES, F. (Org). Saúde da população negra. Petrópolis, RJ : DP et Alli ; Brasília, DF: ABPN, 2012. Parte I. p. 255 – 265.

JACCOUD, Luciana de Barros. Brasil nas concepções e gestão da proteção social não-contributivas no Brasil. In. MDS/UNESCO. Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009 2009, p. 57 a 86.

JULIO, Ana Luiza dos Santos. STREY, Marlene N. **AUTO-ESTIMA NEGRA: um demarcador da competência racial.** In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADES: Educação, Saúde, Movimentos Sociais, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2009, Salvador – BA. **Disponível:** <http://www.ses.uneb.br/anais/AUTOESTIMA%20NEGRA%20UM%20DE%20MARCADOR%20DA%20COMPET%20ANCIA%20RACIAL.pdf>. Acesso em: 20.09.2013.

LIMA, Patrícia Verônica Pinheiro Sales Lima. KHAN, Ahmad Saeed. SILVA, Lúcia Maria Ramos. MAYORGA, Ruben Dario. **O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e os indicadores de saúde da família no Estado do Ceará.** Disponível em: [http://www2.ipece.ce.gov.br/encontro/artigos\\_2008/26.pdf](http://www2.ipece.ce.gov.br/encontro/artigos_2008/26.pdf). Acesso em: 21.09.2013.

MARTINS, Julieta de Souza. GARCIA, Júnior Ferreira. PASSOS, Ana Beatriz Barbosa. **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: população participativa, saúde ativa.** Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste – MG, V.1, N.1, 2008.

MARCONI, Marina de Andrade. LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 6. Ed. reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **A MODELAGEM DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**. Minas Gerais: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

\_\_\_\_\_. As redes de atenção à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, n. 5, v.15, p. 2297 – 2305, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

NETTO, José Paulo. BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. 6. ed. São Paulo, 2010.

NOB/SUS. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96 - Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

NUNES, André; SANTOS, James Richard Silva; BARATA, Rita Barradas, VIANNA, Solon Magalhães. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

Organização Mundial da Saúde. **Redução das desigualdades no período de uma geração: Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais**. Comissão para os Determinantes Sociais em Saúde. Relatório final, 2010.

Organização Pan-Americana da Saúde. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Physis, v. 18, n. 44, p. 625-644, 2008.

**PERES, Laerte A. Breve história das políticas de saúde deste século no Brasil. disponível em:** <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/polsaude.html>. Acesso em: 15.07.2013.

PNUD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e utilização de serviços de saúde : 1998 : Brasil / IBGE, Departamento de Emprego e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2000.

Projeto Envolver, RESEX Baía do Iguape, 2013.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. Colaboradores José Augusto de Souza Peres (et AL.). 3. Ed. – reimpr. – São Paulo: Atlas, 2010.

SARRETA, FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS [online]. São Paulo: Editora UNESP, Cultura Acadêmica, 2009.

SEVERINO, Antônio Joaquim, 1941. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Francisca Cordelia Oliveira da. ETNIA, COR E RAÇA: ASPECTOS DISCURSIVOS DO USO INSTITUCIONAL. In: Encontro Nacional de Interação em Linguagem Verbal e Não-Verbal, VIII, 2007, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 2007, v. 1, p. 1 – 11. Disponível em: [http://www.fflch.usp.br/dlcv/enil/pdf/64\\_Francisca\\_Cordelia\\_OS.pdf](http://www.fflch.usp.br/dlcv/enil/pdf/64_Francisca_Cordelia_OS.pdf). Acesso em: 05.10.2013.

SILVA, Maria Aparecida Lima. SOARES, Rafael Lima Silva. REFLEXÕES SOBRE OS CONCEITOS DE RAÇA E ETNIA. **Entrelaçando - Revista Eletrônica de Culturas e Educação**. Salvador: Caderno Temático: Educação e Africanidade, n. 4, Ano 2, p. 99-115, 2011. Disponível em: [http://www1.delta-search.com/?q=REFLEX%C3%95ES+SOBRE+OS+CONCEITOS+DE+RA%C3%87A+E+ETNIA.+&s=web&as=0&rlz=0&babsrc=HP\\_ss](http://www1.delta-search.com/?q=REFLEX%C3%95ES+SOBRE+OS+CONCEITOS+DE+RA%C3%87A+E+ETNIA.+&s=web&as=0&rlz=0&babsrc=HP_ss). Acesso em: 02.10.2013

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro – RJ: **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 6, vol.16, p. 2753 – 2762, 2011.

SOARES, Edvaldo. **Metodologia científica; lógica, epistemologia e normas**. São Paulo: Atlas, 2003.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, Modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. **Revista IESUS**. São Paulo: ABRASCO, v. II, p. 8 – 28, 1998.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury Teixeira. Retomar o debate sobre a Reforma Sanitária para avançar o Sistema Único de saúde (SUS). **Revista ERA**. São Paulo: v. 49, n.4, p. 472-480, 2009.

TEIXEIRA, Carmen. **OS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. 2011**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, Junho de 2011. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf). Acesso em: 19.07.2013.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Revisão Review, n.20, Ano XXV, p. 190-198, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf>. Acesso em 30.07.2013.

XAVIER, Eliana Costa. **O olhar das mulheres quilombolas sobre a atenção básica e das profissionais das unidades básicas sobre saúde das comunidades remanescentes de quilombos urbanos de Porto Alegre**. In: WERNECK, J.; BATISTA, L. E.; LOPES, F. (Org). Saúde da população negra. Petrópolis, RJ : DP et Alli ; Brasília, DF: ABPN, 2012. Parte I. p. 193 – 208.

## APÊNDICE I - TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Caro(a) Senhor(a),**

Venho através deste, solicitar sua participação na pesquisa de campo cujo tema: **A POLÍTICA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA:** uma análise acerca das condições de acesso e utilização dos serviços de saúde pela comunidade quilombola do Porto da Pedra – Maragogipe – BA.

O objetivo central deste trabalho é realizar uma análise crítica acerca das condições de acesso e utilização dos serviços de saúde pela comunidade quilombola, majoritariamente negra, oriunda de Porto da Pedra. Os dados coletados nesta pesquisa serão exclusivamente utilizados para fins de análise, sendo parte integrante do Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, do Curso de Serviço Social, com orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Valeria Noronha.

Sua participação é inteiramente voluntária e sua identidade será totalmente preservada, fazendo utilização de nomes fictícios na análise das informações coletadas.

Solicito que assine este termo concordando em participar da pesquisa com o tema acima supracitado, autorizando a publicação das informações coletadas.

Nome completo do colaborador: \_\_\_\_\_

Assinatura do colaborador: \_\_\_\_\_

Nome completo do pesquisador: **Chirlene Oliveira de Jesus Pereira**

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE II - QUESTIONÁRIO****BLOCO 1 – DADOS PESSOAIS**

1. Idade\_\_\_\_\_
2. Sexo ( ) M ( ) F
3. Religião: 1.( )Católica 2.( )Espírita 3.( )Protestante 4.( )Umbandista 5.( )Candomblé 6.( )Evangélico 7.( )Outra
4. Profissão: \_\_\_\_\_
5. Local de origem: \_\_\_\_\_
6. Local onde reside:  
\_\_\_\_\_
7. Escolaridade:  
1.( ) Analfabeto 2.( ) Até 4 anos de estudo 3.( ) De 4 a 8 anos de estudo 4.( ) De 8 a 12 anos de estudo 5.( ) Acima de 12 anos de estudo 6.( ) 3º Grau completo
8. Renda:  
( )Até meio salario mínimo ( ) Até um salário mínimo ( ) De 1 a 2 salário mínimo ( ) Até 3 salário mínimo ( ) Acima de 5 salário mínimo
9. Origem da renda:  
1. Informal ( ) 2. Autônomo ( ) 3. Programas sociais ( ) 4. Empresa pública ( )  
5. Empresa Privada ( )  
6. Aposentadoria ( )
10. Ocupação  
1. Sem ocupação ( )  
2. Empregado não servidor Público ( )  
3. Servidor público ( )  
4. Aposentado/pensionista ( )  
5. Encostado ( )  
6. Autônomo ( )  
7. Empregador ( )  
8. Marisqueira (o) ( )

9. Pescador(a) ( )

11. Cor / raça:

1. Branca ( ) 2. Preta ( ) 3. Parda ( ) 4. Indígena ( ) 5. Amarela ( )

12. Estado civil:

1. ( ) Casada(o) 2. ( ) Solteira(o) 3. ( ) Divorciada 4. ( ) Viúvo(a)  
5. ( ) Outro

13. Quantos filhos você tem?

1. ( ) nenhum 2. ( ) 1filho  
3. ( ) Até 3 filhos 4. ( ) Até 6 filhos 5. ( ) Acima de 6 filhos

14. A casa que mora é:

1. ( ) Própria 2. ( ) Alugada 3. ( ) Emprestada (de parente /amigo) 4. ( ) Situação irregular( ex:terreno invadido)

15. Tipo de Moradia

1. ( ) Taipa revestida 2. ( ) Alvenaria 3. ( ) Madeira 4. ( ) 4.Outra. Especifique?  
\_\_\_\_\_

16. Quantas pessoas moram na casa?

( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 OU MAIS

17. Participa de algum Programa social?

1. Bolsa Família ( ) 2. Bolsa Escola ( ) 3. Fome zero ( ) 4. Pró-jovem ( ) 5. Não participa ( ) 6. Outros ( ). Especifique \_\_\_\_\_

### CONDIÇÕES DE SAÚDE:

18. Com que frequência você costuma ir a Unidade de saúde?

1. Nunca ( )  
2. Uma vez por mês ( )  
3. Uma vez a cada 3 meses  
4. Uma vez a cada 6 meses  
5. Uma vez ao ano  
6. De uma a duas vezes por ano  
7. Mais de 3 vezes por ano

19. Recebe a visita do agente comunitário de saúde?

1. Sim ( )

2. Não ( )
20. Com que frequência o ACS visita sua residência?
1. Nunca ( )
  2. Raramente ( )
  3. Uma vez por mês ( )
  4. Duas vezes por mês ( )
  5. Uma vez por ano ( )
21. Nos últimos 12 meses quais foram as doenças mas frequentes na sua família ?
1. Dengue ( )
  2. Verminoses ( )
  3. Sístozoma ( )
  4. Doenças respiratórias ( )
  5. Virose ( )
  6. Problemas cardíacos
  7. Outras ( ). Especifique: \_\_\_\_\_
22. Em caso de doença a que serviço de saúde a família recorre?
1. Unidade Básica de Saúde ( )
  2. Hospital Público ( )
  3. Hospital privado ( )
  4. Farmácia ( )
  5. Utiliza ervas medicinais ( )
23. Você possui algum problema de saúde?
1. Não ( )
  2. Sim ( ). Qual? \_\_\_\_\_
24. Em caso de resposta afirmativa há quanto tempo você convive com essa doença?
1. 6 meses ( )
  2. 1 ano ( )
  3. 2 anos ( )
  4. 3 anos ( )
  5. Mas de 10 anos ( )
25. Já sofreu algum tipo de discriminação no atendimento?
1. Não ( )
  2. Sim ( ). Especifique \_\_\_\_\_
26. Como avalia o atendimento a saúde no município?
1. Muito ruim ( )
  2. Ruim ( )
  3. Regular ( )
  4. Bom ( )
  5. Ótimo ( )
27. Os serviços de saúde chegam a comunidade?
1. Sim ( )
  2. Não ( )
28. Existe ações de prevenção e/ou combate a problemas de saúde?
1. Sim ( )
  2. Não ( )
29. Qual meio de transporte utilizado para acessar os serviços de saúde?
1. Carro ( )

2. Moto ( )
  3. A pé ( )
  4. Canoa ( )
30. Existe alguma dificuldade para conseguir ser atendido?
1. Sim ( )
  2. Não ( )
31. O acesso é difícil para chegar a unidade de saúde ?
1. Sim ( )
  2. Não ( )
32. Você encontra dificuldade para acessar e utilizar os serviços de saúde?
1. Sim ( )
  2. Não ( )
33. Existe alguém na sua família com algum problema de saúde?
1. Não ( )
  2. Sim ( ). Quem? \_\_\_\_\_  
Qual? \_\_\_\_\_
34. Por se tratar de uma comunidade quilombola e negra você acha que o Unidade de Saúde da Família atende as especificidades?
1. Sim ( )
  2. Não ( )
35. Há um acompanhamento da saúde dos moradores na comunidade?
1. Sim ( )
  2. Não ( )
36. Você sabe se é portador de algumas dessas doenças?
1. Doenças de chagas( )
  2. Sistozoma ( )
  3. Anemia falciforme ( )
  4. Problema cardiovasculares ( )
  5. Hipertensão arterial ( )
  6. Outra ( ). Especifique \_\_\_\_\_
  7. Nenhuma ( )
37. Você conhece ou já ouviu falar da Política de Saúde da População Negra?
1. Sim ( )
  2. Não ( )
38. Se sim como chegou a ter conhecimento?  
R.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
39. Na sua opinião o que deveria ser mudado para melhorar a saúde no município?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_