

POPULAÇÕES QUILOMBOLAS E SUA LUTA PELO DIREITO INTEGRAL À SAÚDE: O ALCANCE DO SUS NA COMUNIDADE DE REMANESCENTES DE QUILOMBO ALTO ALEGRE — CEARÁ

QUILOMBOLA POPULATIONS AND THEIR STRUGGLE FOR THE INTEGRAL RIGHT TO HEALTH: THE REACH OF SUS IN THE REMAINING COMMUNITY OF QUILOMBO ALTO ALEGRE — CEARÁ

POBLACIONES QUILOMBOLAS Y SU LUCHA POR EL DERECHO INTEGRAL A LA SALUD: EL ALCANCE DEL SUS EN LA COMUNIDAD DE REMANENTES DE QUILOMBO ALTO ALEGRE — CEARÁ

Fabiana Ribeiro Sampaio Pinto¹

Resumo

O presente trabalho propõe analisar o acesso aos serviços de saúde da comunidade quilombola Alto Alegre, localizada no Município Horizonte, Ceará. Devido à escassez de informação sobre os usos de serviços de saúde e a pouca literatura sobre as condições de saúde, percebe-se a importância de pesquisas que forneçam essas informações. O objetivo desta pesquisa é analisar as condições de saúde e vulnerabilidade da comunidade quilombola Alto Alegre, e se a aplicação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra melhorou os atendimentos médicos nessa comunidade. Atualmente, as políticas de saúde voltadas às comunidades de Remanescentes de Quilombo do Estado do Ceará são os programas de Estratégia de Saúde da Família. Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal se deslocam até algumas comunidades quilombolas, enquanto outras, ao contrário, precisam se deslocar para conseguir atendimento médico. Os resultados apontam que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e o desconhecimento sobre a cultura e o modo de vida dessa população tende a excluir as comunidades quilombolas de um sistema cujos princípios são a universalização e a equidade dos serviços de saúde.

Palavras-chave: comunidades quilombolas; serviços de saúde; vulnerabilidade.

Abstract

The present work proposes to analyze the access to health services of the quilombola community Alto Alegre, located in the Municipality of Horizonte, Ceará. Due to the scarcity of information on the uses of health services and the little literature on health conditions, the importance of research that provides this information is perceived. The objective of this research is to analyze the health conditions and vulnerability of the Alto Alegre quilombola community, and whether the application of the National Comprehensive Health Policy for the Black Population has improved medical care in this community. Currently, the health policies aimed at the communities of Quilombo Remnants in the State of Ceará are the Family Health Strategy programs. Family Health Teams and Oral Health Teams travel to some quilombola communities, while others, on the contrary, need to travel to get medical care. The results indicate that the difficulty in accessing health services and the lack of knowledge about the culture and way of life of this population tends to exclude quilombola communities from a system whose principles are the universalization and equity of health services.

Keywords: quilombola communities; health services; vulnerability.

Resumen

El presente trabajo se propone analizar el acceso a los servicios de salud de la comunidad *quilombola* Alto Alegre, ubicada en el municipio Horizonte, Ceará. Dada la falta de información sobre el uso de servicios de salud y la escasa literatura sobre las condiciones de salud, se percibe la importancia de estudios que produzcan esa información. El objetivo de esta investigación es analizar las condiciones de salud y vulnerabilidad de la comunidad quilombola Alto Alegre, y si la aplicación de la Política Nacional de Salud Integral de la Población

¹ Discente de Serviço Social do Centro Universitário Internacional. E-mail: nana_rsp@hotmail.com.

Negra ha mejorado la atención médica en esa comunidad. Actualmente, las políticas de salud dirigidas a las comunidades de Remanentes de Quilombo del Estado de Ceará son los programas de Estrategia de Salud de la Familia. Equipos de Salud de la Familia y Equipos de Salud Bucal se desplazan hasta algunas comunidades *quilombolas*, mientras que otras, a su vez, necesitan desplazarse para lograr atención médica. Los resultados indican que la dificultad de acceso a los servicios de salud y el desconocimiento sobre la cultura y el modo de vida de esa población tiende a excluir a las comunidades quilombolas de un sistema cuyos principios son la universalización y la equidad de los servicios de salud.

Palabras-clave: comunidades quilombolas; servicios de salud; vulnerabilidad.

1 Introdução

Os quilombos brasileiros formaram-se como resposta ao regime escravocrata na época do Brasil Colônia. Os negros que fugiam das senzalas se reuniam em territórios distantes, formavam resistência contra esse regime. As áreas remanescentes são frutos de um processo histórico de formação da população brasileira.

“Remanescentes de Quilombo” são comunidades que se desenvolveram a partir de antigos quilombos e existem até hoje. A Constituição de 1988 reconhece, no Artigo 68, “a posse definitiva da terra e a obrigatoriedade do Estado na emissão dos títulos correspondentes a toda comunidade remanescente de quilombo.” (BRASIL, 1988).

Mesmo hoje, infelizmente, esses territórios são ocupados por populações sem o integral reconhecimento da sociedade, que não recebem ações de reparação suficientes para compensar os mais de 100 anos de falta de políticas públicas voltadas para essa grande parcela de brasileiros constituída pela população negra.

Verifica-se que as políticas de reconhecimento e regularização das terras são específicas para comunidades quilombolas, enquanto as políticas de educação e saúde são as mesmas da população em geral, mas com um tratamento diferenciado para tais comunidades (BRASIL, 2003).

Nisso está a raiz de um grande problema, por serem necessárias políticas especiais e próprias para as comunidades quilombolas, as quais diferem de região para região.

É necessário reconhecer a individualidade das comunidades, investigar as condições de saúde de cada uma para criar projetos específicos para suas demandas e particularidades.

No estado do Ceará, as políticas de saúde voltadas às comunidades de remanescentes de quilombo se resumem as Equipes de Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal, como acontece na comunidade quilombola Alto Alegre, localizada no Município de Horizonte-CE. Embora visitada por equipes do PSF em determinados períodos, os atendimentos são superficiais.

Apesar do riquíssimo conhecimento sobre medicina natural da população, que usa plantas e raízes no tratamento de diversas enfermidades, por vezes é preciso sair de seu território para conseguir atendimento em outras localidades. Se o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade, por que isso não ocorre?

Se o SUS oferecer a mesma política de saúde e o mesmo atendimento a todos, certamente algum grupo ainda ficará excluído do Sistema.

É extremamente importante ter políticas de saúde direcionadas, porquanto as comunidades são distintas e suas particularidades requerem diferenciado atendimento. Caso isso não ocorra, as comunidades quilombolas continuarão a ter acesso a uma política de saúde generalizante, ao invés do direcionamento às suas necessidades. Neste contexto, verifica-se deficiência dos programas de saúde desde suas concepções.

A partir dos questionamentos acerca dessa problemática surgiu o interesse por esta pesquisa, com intuito de investigar não apenas soluções para a escassez de políticas públicas de saúde voltadas a essas comunidades, mas também de explicar por que a falta de acesso a esse tipo de serviço ainda é tão comum atualmente.

A pesquisa pretende analisar as condições de saúde e vulnerabilidade da comunidade de Remanescente de Quilombo Alto Alegre, além de avaliar se houve melhoria nos atendimentos médicos nessa comunidade depois da criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSPN).

2 Referencial teórico

2.1 Processo de formulação das Políticas Públicas na área da saúde para a população negra

O problema da falta de acesso à saúde pública por parte da população negra é assunto tardiamente debatido. No início, essas discussões restringiam-se aos movimentos sociais e alguns estudiosos, não se expandiam por haver pouco interesse, entre políticos, em debater saúde da população negra.

A questão saúde, de forma geral, efetivamente ganhou destaque nos anos após a promulgação da Constituição de 1988, que determinou a saúde como direito de todos e dever do Estado. A partir deste ponto surge, gradativamente e por muita reivindicação, preocupação com a saúde dos negros no Brasil.

A saúde da população negra começou a ser pensada após a Marcha do Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida, ocorrida em 20 de novembro de 1995.

Na Marcha, reivindicaram-se políticas afirmativas e garantia de direitos. Em resposta, criou-se o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI) e o subgrupo Saúde, instituído para desenvolver políticas voltadas à população negra.

Em 1996, o GTI conseguiu aprovação da Resolução n.º 196/96, obrigando a informação racial nas pesquisas que envolvem seres humanos. No mesmo ano também organizou a Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra. O maior debate do evento discutiu a preocupação com o alto índice de anemia falciforme entre a população negra, fazendo o Ministério da Saúde definir uma área específica para essa população (BRASIL, 2003). Tal evento tornou-se um marco por ser a primeira vez que movimento social e Estado dialogaram sobre a saúde da população negra.

Vários congressos e encontros foram realizados pelo mundo todo, de modo que a questão da saúde negra começou a ter visibilidade. Criou-se um momento inédito de busca, da sociedade e do governo, por alternativas para minimizar as desigualdades ocasionadas simplesmente pela cor da pele.

Percebe-se, como afirmam Maio e Monteiro (2005), que formular políticas públicas para a população negra se justifica pelo alto impacto da discriminação racial na vida do indivíduo. A falta de acesso a escolas, saneamento básico e renda afeta a qualidade de vida dessa população, que não usufrui da mesma facilidade da população branca, além da precariedade dos serviços de saúde ofertados pelo SUS.

Em 2003, cria-se a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), depois de muita luta do movimento negro, com o objetivo de formular, coordenar e avaliar políticas públicas focadas na promoção da igualdade e proteção de direitos da população negra.

A SEPPIR foi de extrema importância para a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Foi a partir dos encontros e seminários organizados pela SEPPIR, e seu diálogo com diversos ministérios, que se percebeu a necessidade de ampliar o debate sobre a saúde da população negra, inclusive em âmbito político.

O Ministério da Saúde, após aprovação, em 2004, do Plano Nacional de Saúde (PNS), percebe que os problemas que dificultam o acesso aos serviços de saúde por parte da população negra não dizem respeito apenas a questão da pele. Outros fatores, como baixas renda e escolaridade, também são obstáculos para o acesso.

Em 2006, quando o Ministério da Saúde enxerga o racismo institucional enraizado no Sistema de Saúde Brasileiro, aprova-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Inicia-se a busca por medidas práticas para solucionar essa problemática.

O objetivo da PNSIPN é promover acessibilidade, equidade, inclusão social e humanização nos atendimentos voltados à população negra; aumentar exponencialmente o acesso, a qualidade dos atendimentos prestados e reduzir a mortalidade precoce são algumas das estratégias dessa política.

Pensando nas comunidades quilombolas, a partir do momento que o PNSIPN propõe metas de incentivo a atendimentos de saúde equânimes, automaticamente busca ampliar o acesso a essas comunidades.

Cabe à PNSIPN a responsabilidade de incentivar a presença de médicos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nos quilombos.

2.2 Comunidades quilombolas do Ceará

No Ceará, as comunidades quilombolas são mapeadas pela Secretaria do Desenvolvimento Agrário (SDA), reconhecidas pela Comissão Estadual de Comunidades Quilombolas Rurais do Ceará (CERQUICE) e pela Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ).

De acordo com as informações emitidas pela Fundação Cultural Palmares², atualmente, no Ceará, há 50 comunidades quilombolas certificadas pelo órgão. Entretanto, existem 157 comunidades quilombolas espalhadas por 84 municípios, das quais somente 85 são reconhecidas pela Cerquice.

Para os moradores de comunidades quilombolas conseguir a certificação significa reconhecimento, e, conseqüentemente, mais facilidades para efetivação de direitos e elaboração de políticas públicas voltadas às suas comunidades, além de ser o passo inicial para abertura do processo de titulação das terras. Sobre isto, atualmente, existem no Ceará 32 processos em aberto, alguns desde 2005, que aguardam liberação da titulação pelo INCRA. Até abril de 2020 nenhuma comunidade quilombola do Ceará conseguiu a titularidade das suas terras³.

Dos 32 processos em aberto no INCRA, apenas três estão na fase final, a saber: o da comunidade Alto Alegre e adjacências/base, dos municípios Horizonte e Pacajus; da comunidade Três Irmãos, de Croatá e Ipueiras; e a comunidade de Brutos, de Tamboril.

As três comunidades passaram pela fase do decreto de desapropriação, em que os imóveis ou as terras são avaliados e, caso não façam parte do quilombo, indenizados. Agora, aguardam a fase final, de realização da titulação pelo presidente do INCRA.

² Disponível em: <https://www.palmares.gov.br/>. Acesso em: 19 jan. 2022.

³ Disponível em: <https://www.gov.br/incra/pt-br>. Acesso em: 19 jan. 2022.

2.3 Comunidade quilombola Alto Alegre

A comunidade quilombola Alto Alegre está localizada em Horizonte, município cearense integrante da Região Metropolitana de Fortaleza e que possui quatro distritos: Aningas, Dourados, Queimadas e Sede.

Situada no distrito de Queimadas, Alto Alegre é uma comunidade sem traços de comunidade rural, mais assemelhada a áreas urbanas, consequência da proximidade com o perímetro urbano.

As ruas da comunidade se parecem muito com as de cidades mais urbanizadas, as casas são grandes e bem estruturadas. O cultivo da mandioca para produção de farinha, a produção de caju, da castanha de caju, e as fábricas de pequeno porte movem a economia local.

Por volta de 1890, Alto Alegre surgiu da união entre o negro fugitivo Cazuzza e uma índia Paiacu, na região de Queimadas, que originou as famílias Agostinho e Bento e Silva. Espalhadas pelos limites de Horizonte e Pacajus, originaram duas comunidades quilombolas, a de Alto Alegre, no Município de Horizonte; e a de Base, localizada no Município de Pacajus. Juntas, possuem mais de 370 famílias, a de Alto Alegre mais numerosa e antiga.

Alto Alegre é para o Município de Horizonte uma importante fonte histórica, lugar de cultura e tradição. A comunidade hoje traz visibilidade para o Município, após seu reconhecimento pela Fundação Cultural Palmares em 2005, que direcionou várias políticas públicas à região.

Hoje, mesmo sem titulação, a comunidade tem acesso a políticas direcionadas a elas. Por conta disso, recebem cestas básicas bimestralmente, material escolar, transporte escolar, acesso a programas de créditos do governo, além de acompanhamento por Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal.

3 Método

Este artigo apresenta uma pesquisa aplicada que pretende informar sobre o acesso à saúde na comunidade quilombola de Alto Alegre, situada no Município de Horizonte, Ceará.

Os objetivos, descritivos, visam relatar o acesso à saúde pública pela população do local, por meio de um estudo de caso com abordagem mista, isto é, com características qualitativas e quantitativas.

Para coleta de dados e informações recorreu-se às pesquisas bibliográfica e documental. Os dados e as informações obtidas foram tratados através do Microsoft Excel®, para validação, e dispostas em gráficos e tabelas.

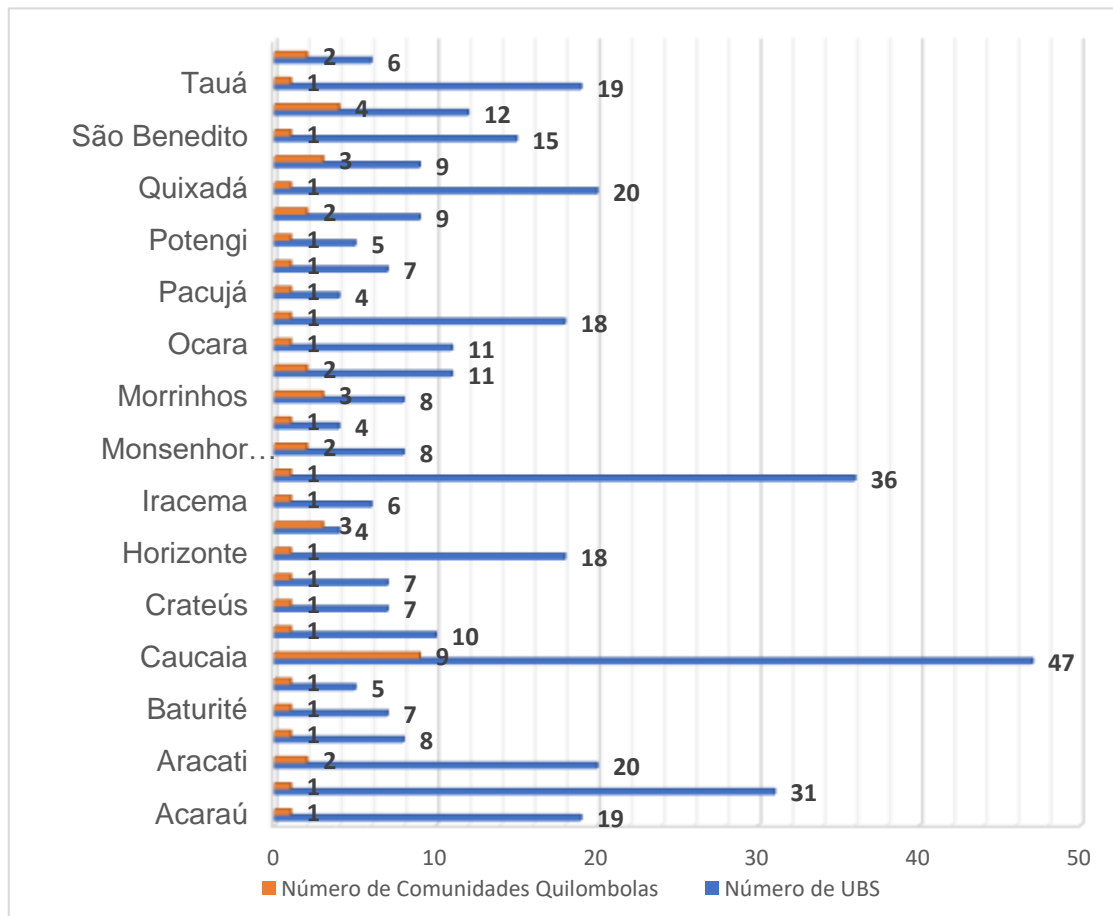
4 Resultados e discussões

4.1 Alcance do sus nas comunidades quilombolas do Ceará

No Ceará existem 1.145 Unidades Básica de Saúde espalhadas em quase todos os seus 184 municípios, e mais de 12 mil espaços de atendimento médico oferecidos pelo SUS, entre eles, hospitais, prontos-socorros, clínicas, centro de especialidades, UBS, farmácias e outros (BRASIL, [s.d.]).

As 50 comunidades certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP) estão espalhadas por 30 municípios cearenses, e todos possuem Unidades Básica de Saúde em seu território. O Gráfico 1 apresenta o quantitativo de UBS nos municípios do estado do Ceará com comunidades quilombolas.

Gráfico 1: Quantitativos das UBS



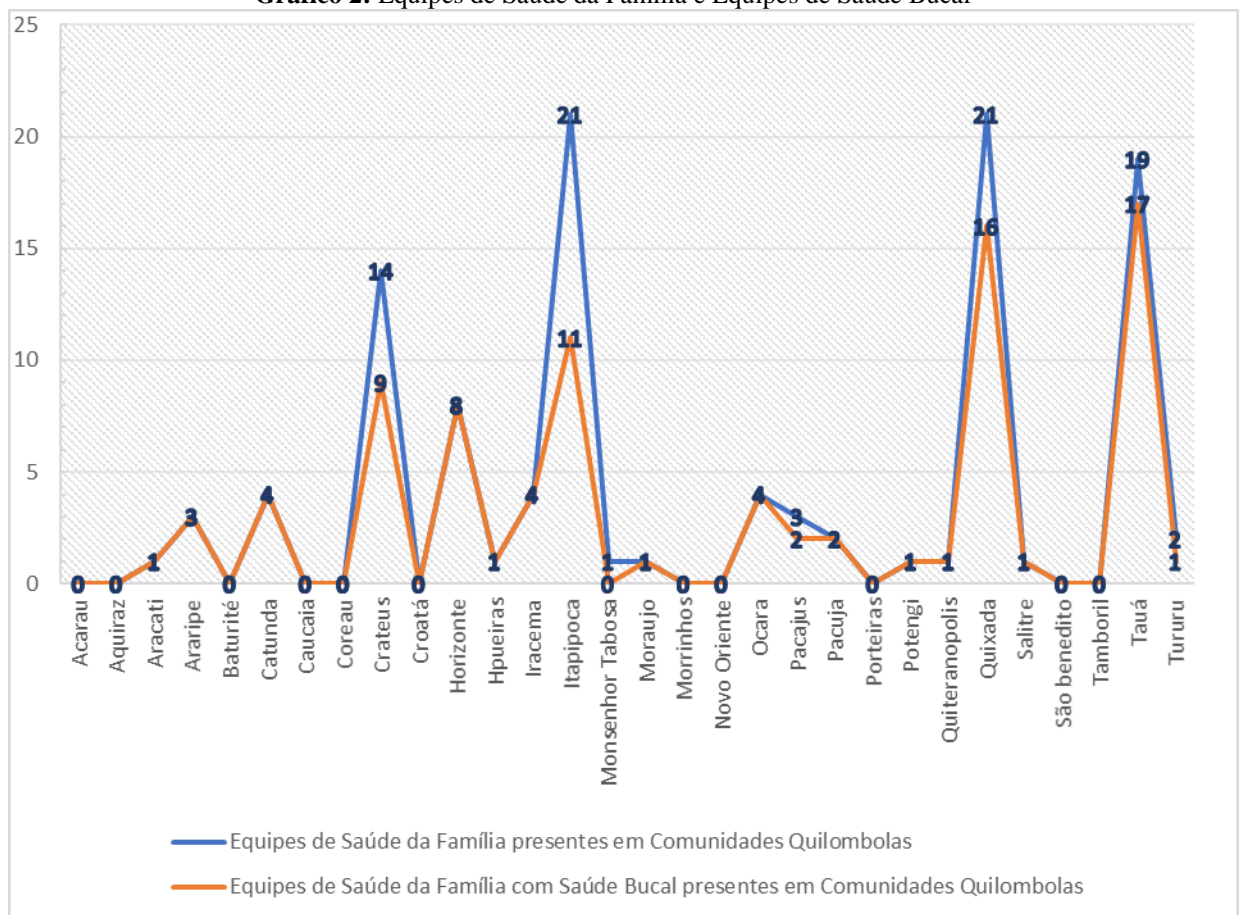
Fonte: adaptado de Brasil ([s.d.]).

No Brasil, as UBS são divididas em quatro categorias: UBS I, UBS II, UBS III e UBS IV, conforme a quantidade de Equipes de Saúde da Família presentes nas Unidades Básicas (PAC, [s.d.]).

São apresentadas as Equipes de Saúde da Família e Equipes (ESF) e as Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal (ESFSB), já que ambas que se encontram presentes nas comunidades quilombolas, realizando trabalhos de atenção e prevenção.

O Gráfico 2 apresenta o quantitativo de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal de municípios do estado do Ceará em que existem comunidades quilombolas. Dos 30 municípios, apenas 34% tem mais de uma Equipe de Saúde da Família presente na UBS. O Município de Caucaia é o único que tem UBS nível III, com três equipes de Saúde da Família em uma única UBS. Os outros 66% dos municípios tem apenas uma Equipe por UBS.

Gráfico 2: Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal



Fonte: adaptado de Brasil ([s.d.]).

Verifica-se que o Município de Caucaia tem o maior número de comunidades quilombolas, onze no total, e nove certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP). Apesar do maior número de UBSs e de agentes de saúde entre os municípios com

comunidades quilombolas em seu território, Caucaia é o único a não ter Equipe de Saúde da Família em suas comunidades quilombolas.

No Gráfico 2 também se observa que, além de Caucaia, outros dez municípios também não têm Equipes de Saúde Da Família, nem de Saúde Bucal nas comunidades quilombolas.

O ponto positivo é que, dos 30 municípios do Ceará em que há comunidades quilombolas certificadas, 60% tem Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal que se deslocam até as comunidades para atendimentos.

É importante ressaltar que existem os outros 40% que precisam se deslocar de sua comunidade para receber atendimento médico, desde a apenas 2 quilômetros de distância, até mais de 10 quilômetros, como é o caso da maioria das comunidades.

Deslocar-se requer veículo particular ou dinheiro para pagar transporte público ou privado. Em comunidades cujos integrantes vivem majoritariamente de subsistência, dinheiro e veículos particulares são coisas nem sempre disponíveis. Não ter UBS próximas ou ESF que se desloquem para realizar atendimento dificulta os trabalhos de atenção e prevenção preceituados pela Estratégia de Saúde da Família.

4.2 SUS na comunidade quilombola de Alto Alegre

4.2.1 Situação da saúde na comunidade quilombola de Alto Alegre

Atualmente, o Município de Horizonte conta com 44 unidades de atendimento do SUS, entre clínicas, centro de atendimento psicossocial, hospitais, farmácias, unidades de pronto atendimento (UPA), unidades móveis para urgência, UBS, etc. (BRASIL, [s.d.]).

São 18 UBS espalhadas por Horizonte, a maioria no centro urbano do município. As UBS contam com 22 Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal e 118 Agentes Comunitários de Saúde. Das 22 ESF de Horizonte, oito assistem a moradores do Remanescente de Quilombos de Alto Alegre.

Conforme mencionado anteriormente, na comunidade Alto Alegre residem pouco mais de 370 famílias, 46 famílias por ESF, em média, número excelente se o atendimento das oito equipes fosse exclusivo para a comunidade quilombola, mas, atendem também a outros públicos. (BRASIL, [s.d.]).

A comunidade de Alto Alegre está relativamente longe do centro urbano de Horizonte. A Unidade Básica de Saúde mais próxima fica a 2,5 quilômetros do Distrito de Queimadas, onde se localiza a comunidade de Alto Alegre.

A Unidade Básica de Saúde Alice de Lima Barbosa dispõe de Saúde da Família, clínico geral e especialidades como ginecologia, pré-natal, parto e tratamento para tuberculose. Há uma Equipe de Saúde da Família, mas não para a comunidade quilombola Alto Alegre. As equipes direcionadas para essa comunidade são de UBS mais distantes.

A Equipe de Saúde da Família dessa Unidade tem três Agentes Comunitários de Saúde, um Cirurgião Dentista da Estratégia de Saúde da Família, um Auxiliar em Saúde Bucal, um Auxiliar de Enfermagem, um Enfermeiro e um Médico (BRASIL, [s.d.]).

É a unidade com menos funcionários e atendimentos, mas, pela proximidade da comunidade de Alto Alegre, seus moradores recorrem a ela para atendimento médico, vacinação e retirada de medicação.

Dos 118 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 49 são responsáveis pelos moradores das comunidades de Alto Alegre. O maior trabalho da Estratégia de Saúde da Família fica para os ACS, que tem a árdua tarefa de acompanhar as famílias e realizar ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. O número de Agentes Comunitários no município é baixo, a última turma formou-se em 2017 e não há previsão de novos concursos.

Atualmente, a maior problemática da comunidade está relacionada à falta de saneamento básico, o que acarreta uma série de problemas de saúde. A distância das Unidades Básicas e a falta de acesso a medicamentos faz os moradores recorrerem à medicina natural no tratamento da disenteria.

Outra reclamação recorrente é a falta de assistência médica aos idosos da comunidade. O pequeno número de Agentes e de Médicos de Saúde da Família dificulta o atendimento domiciliar.

Para as 22 Equipes de Saúde Família, há 24 Médicos. Destes, 11 integram as equipes responsáveis pela população residente na comunidade quilombola de Alto Alegre. Contudo, como informado anteriormente, tais médicos não atendem exclusivamente essa comunidade.

Nenhuma das Unidades Básicas do Município de Horizonte têm uma política de saúde específica para a população negra. Para os quilombolas, esta é mais uma evidência da falta de atenção a seus moradores.

A maior preocupação atual das comunidades quilombolas é com a Covid-19. Altamente contagiosa, a Covid-19 se espalhou rapidamente pelo Ceará, que se tornou o terceiro estado brasileiro em número de casos, atrás de São Paulo e Rio de Janeiro.

O Município de Horizonte apresentou casos confirmados de Covid-19, e até 20 de maio de 2020 confirmou 1,152 casos, com 63 óbitos (CEARÁ, [s.d.]). O Município tem uma

população de mais de 60 mil pessoas e apenas 48 leitos de internação, insuficientes para atender a população em estado grave.

Preocupada, a Prefeitura de Horizonte declarou *situação de emergência* e iniciou planos de contingência, ações de enfrentamento e prevenção ao Covid-19: insumos e Equipamentos de Proteção Individual (EPI), panfletos e cartazes sobre prevenção e isolamento, campanhas de vacinação contra gripe para idosos e profissionais de saúde.

É difícil impedir que o vírus alcance uma comunidade como a de Alto Alegre, bem como frear sua propagação nela. Suas residências costumam ter um número relativamente alto de moradores.

A falta de saneamento e a recorrente falta de água dificultam ações de higienização. O complicado acesso a itens como álcool em gel e máscaras deixa a população ainda mais vulnerável ao vírus.

Através da campanha *Não leve a Covid-19 pro Quilombo*, a Fundação Cultural Palmares (FC) conscientizou os moradores de comunidades quilombolas a respeitarem às recomendações do Ministério da Saúde em relação ao isolamento social. Além de orientar e contribuir para prevenção e proteção de todos durante o período da pandemia.

4.2.2 Desafios para a Efetivação do Direito à Saúde na Comunidade Quilombola de Alto Alegre

Atualmente, o maior desafio está no repasse de verba para os municípios e na ausência de políticas públicas para essa população. Apesar de existir há mais de uma década, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) só foi implementada em 28% dos municípios brasileiros. No Ceará, somente 22% de seus municípios aplicam essa política, mas não existe comitê para monitorar ações de saúde para essa população no estado.

De acordo com o IBGE (2011), até 2018, no município de Horizonte, nenhuma das ações prevista na PNSIPN foi incluída no Plano Municipal de Saúde. Tópicos sobre saúde da população negra e combate ao racismo também não estavam inseridos nos cursos e processos de formação dos profissionais da área de saúde. Além disso, o IBGE (2011) também afirma não existir, no município de Horizonte, instância específica para conduzir, coordenar e monitorar ações de saúde voltadas à população negra. No entanto, a comunidade de Alto Alegre recebe o mesmo atendimento que a população em geral, o que gera insatisfações e busca por tratamentos alternativos.

Antes de procurar atendimento médico, muitos moradores visitam curandeiros ou rezadeiras em busca de cura. Isto ocorre porque essa população não se sente parte da

sociedade, por não haver política de saúde adequada à população negra e quilombola, excluída do sistema.

Não estudar sobre essas comunidades durante a formação médica é outro fator que distancia médicos e residentes de comunidades quilombolas. É importante também instrução formal sobre população negra e preconceito. O preconceito, por vezes severamente institucionalizado, prejudica à saúde da população.

Outra problemática diz respeito à nova forma de financiamento da atenção básica, discutida por alguns autores como prejudicial à universalização do atendimento do SUS. Com a nova forma, termina em 2020 o Piso da Atenção Básica (PAB), criado em 1997.

O PAB garantia o repasse de recurso por habitante, que atualmente considera o desempenho das UBS e o número de usuários cadastrados pelas ESF. Ao fazer isso, o novo financiamento ignora as necessidades de saúde de toda uma região para focalizar um público cadastrado.

Estabelecer que o município precisa captar pessoas para poder garantir o repasse de verbas automaticamente afasta a assistência médica dos preceitos do SUS. Quando não se criam ações para que toda a população se sinta parte de um projeto inclusivo e democrático, o todo se fragmenta.

5 Considerações finais

Comunidades quilombolas representam uma das maiores expressões de luta organizada no Brasil, luta por direitos e territórios. Território, muito além de terra, é forma de organização, de grupo, de indivíduos, são relações entre moradores. Para fortalecimento das comunidades quilombolas é primordial que sua população enxergue seu protagonismo na própria vida e na própria luta.

No Ceará, as mais de 157 comunidades quilombolas buscam reconhecimento na certificação e titulação; as reconhecidas, desejam que seu reconhecimento lhes proporcionem políticas públicas, mas, infelizmente, o momento não é propício.

A política do Estado Mínimo surge para marginalizar ainda mais essas populações. No campo da saúde não é diferente, a nova forma de financiamento da Atenção Básica sabotou o repasse de verba da saúde aos municípios.

As comunidades quilombolas sentirão esse impacto de imediato. Com a possível falta de verba, a Estratégia da Família, hoje principal atendimento dessas comunidades, será inevitavelmente afetada.

Soma-se à nova forma financiamento a falta de implementação do Plano Nacional de Saúde Integral da População Negra nos municípios cearenses. Isto mostra o quanto se está longe de alcançar em termo de proteção e cuidado à saúde as populações negras e quilombolas.

Debater a saúde das populações quilombolas, especialmente a situação de saúde da comunidade de Alto Alegre, é perceber que, apesar de sua importância histórica, é pouco conhecida e reconhecida como tal.

Com tantas comunidades em seu território, o Ceará tem uma ínfima produção científica sobre seus quilombolas, especialmente a respeito da saúde. Ser uma comunidade negra que precisa de atendimento particularizado em razão de enfermidades diferenciadas não é pauta de muitas discussões nos âmbitos político e acadêmico. Não estar na pauta de discussões em país em que a maioria da sua população não conhece o termo “Remanescente de Quilombo” demonstra a defasagem do debate sobre essas comunidades.

A partir da análise da saúde e do acesso aos serviços de saúde na comunidade de Alto Alegre, conclui-se que mesmo com as visitas das Equipes de Saúde da Família os moradores continuam a receber atendimentos iguais ao da população em geral.

Não existe política pública de saúde para atendimento da população negra e quilombola. Além disso, ainda precisa conviver com o desconhecimento sobre sua história e cultura da parte dos profissionais de saúde.

A falta de informação aliada ao preconceito enraizado nas instituições se refletem nos atendimentos. Tal preconceito afasta essas populações dos serviços de saúde e dificulta a proteção e o cuidado. Além do preconceito, a falta de discussão sobre essas comunidades nas universidades, especialmente nos cursos de saúde, favorece o distanciamento entre essa população e o profissional de saúde.

As graduações das áreas de saúde precisam de disciplinas que debatam a saúde da população negra, o racismo e o preconceito. O reconhecimento dos estudantes sobre a vulnerabilidade da população negra é fundamental para a Atenção Básica destinada a essas comunidades.

Importa conhecer e respeitar o que cada comunidade entende por saúde. Na comunidade de Alto Alegre, a medicina natural e as rezas são importantes ferramentas para cura das enfermidades. Consequentemente, buscar tratamento na medicina tradicional pode gerar desconforto, caso não se considere a crença e a visão de saúde desses povos.

Respeitar e ter consciência desse sentimento permite ao profissional melhorar sua abordagem, tornar o atendimento médico mais inclusivo. Em tempos de sucateamento do

SUS, espera-se que os moradores da comunidade de Alto Alegre percebam-se como parte do todo e reconheçam seu protagonismo. Enxergar seu protagonismo em uma sociedade que lhe nega a existência é essencial na luta por direitos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Seminário Nacional de Saúde da População Negra**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2003.

BRASIL. [**Constituição (1988)**]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em:

CEARÁ. Boletins Epidemiológicos. **Coronavírus Ceará**. [s.d.]. Disponível em: <https://indicadores.integrasus.saude.ce.gov.br/indicadores/indicadores-coronavirus/coronavirus-ceara>. Acesso em:

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **CNEs**. [s.d.]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=23&VMun=. Acesso em:

BRASIL. Equipes de Saúde do Ceará. **Tabnet**. [s.d.]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipece>. Acesso em:

IBGE. **Censo Demográfico 2010**: características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/universo-caracteristicas-da-populacao-e-dos-domicilios>. Acesso em:

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. Tempos de racialização: o caso da “saúde da população negra” no Brasil. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 419-446, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702005000200010>

PAC. Ministério do Planejamento. **Unidade Básica de Saúde – Ceará**. Ceará, [s.d.]. Disponível em: <http://pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude/ce>. Acesso em: