

MULHERES QUILOMBOLAS: PROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

WOMEN SLAVE DESCENDENTS: PROFESSIONAL IN THE STRATEGY OF FAMILY HEALTH

Daniel Antunes Freitas¹, Jéssica Camila Santos Silveira², Luiz Alves Ferreira³,
Paola Zucchi⁴, Amaro Sérgio Marques⁵

¹ Mestre em Odontologia. Editor Científico da Revista AFROUNIMONTES. Professor Titular do Curso de Odontologia das Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE

² Acadêmica e jovem-pesquisadora bolsista do Programa de Iniciação Científica do Curso de Odontologia das Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE

³ Médico, Mestre em Patologia. Quilombola. Professor do Curso de Medicina da UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA

⁴ Médica, Doutora em Saúde Pública. Professora da UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP

⁵ Mestre em Desenvolvimento Social. Editor Chefe da Revista AFROUNIMONTES. Professor de Antropologia da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES

Correspondência: (danielmestradounincor@yahoo.com.br)

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender as impressões de mulheres quilombolas que atuam como profissionais de uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família sobre o trabalho desempenhado junto à sua comunidade. A investigação teve abordagem qualitativa, sendo os sujeitos mulheres quilombolas de uma Comunidade Rural Quilombola de um município do interior de Minas Gerais. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, a visão crítica deu-se através da análise de conteúdo focado no tema, embasamento a partir da Teoria Fundamentada em Dados, que possibilitou a ordenação por categorias, de acordo com a similitude. Formaram-se as seguintes categorias de análise: Sentimentos pessoais quanto ao trabalho em saúde; Complexidade e obstáculos da atuação como profissionais de saúde junto aos grupos operativos da Estratégia de Saúde da Família; Dificuldades de mobilidade para os trabalhos de visitas domiciliares; Saúde Infantil; Deficiências da Assistência à Saúde; Hábitos nocivos e questões sociais que influenciam nas condições de saúde. As falas revelaram que as entrevistadas sentem-se felizes em atuar na saúde da Comunidade Quilombola, que encontram dificuldades ligadas a falta de uma melhor capacitação para melhorar o diálogo com as pessoas, enfrentam problemas de deslocamento decorrente das grandes distâncias. Demonstram grande preocupação quanto ao acesso de sua Comunidade à assistência hospitalar e quanto as questões sociais que agravam os problemas de saúde.

Palavras-chave: Equidade em Saúde, Desigualdades em Saúde, Políticas Públicas.

ABSTRACT

The aim of this study was to understand the views of women who work as professionals Maroons of a team of Family Health Strategy on the work performed by his community. The research had a qualitative approach, being the subject of a maroon women's Rural Community Quilombola of the small city in Minas Gerais. Data were collected through semi-structured interviews; the critical view came through the content analysis focused on the theme, from the basement Grounded Theory, which allowed sorting by categories according to their similarity. Formed the following analysis categories: Personal feelings about the health work; complexity and barriers to operating as health professionals together to groups operating from the Family Health Strategy; mobility difficulties to the work of home visits; Child Health; Disability Health Care; harmful habits and social issues that influence health conditions. The statements revealed that the respondents are happy in working in Community Health Quilombola, who find difficulties with the lack of a better capacity to improve dialogue with people facing problems of displacement resulting from large distances. Show great concern about access to your community hospital and the social issues that exacerbate health problems.

Keywords: equity in health, health inequalities, public policies

INTRODUÇÃO

O racismo perpassa as instituições e modela o modo como a sociedade e o Estado se organizam para lidar com a população negra. Na saúde, o racismo opera não reconhecendo as necessidades particulares deste grupo nas ações de promoção, prevenção e assistência a doenças e reabilitação, conformando a vulnerabilidade programática¹.

As comunidades quilombolas foram reconhecidas oficialmente pelo Estado brasileiro em 1988, principalmente com a afirmação de seus direitos territoriais por meio do Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição (ADCT); despertam uma série de questões socioeconômicas, espaciais, jurídicas e culturais que fazem parte da discussão sobre o que representam os quilombos contemporâneos na atualidade e sobre a sua efetiva inserção cidadã²⁻⁵.

Em determinada época, o desejo de fuga dos escravos era diagnosticado como sendo uma enfermidade mental: a drapetomania (do grego drapetes (escravo); apontando uma posição preconceituosa partindo da própria Assistência à Saúde. Mas o pensamento moderno constantemente reafirma que o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Tal afirmação aponta que a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas; dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas³⁻⁶.

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido marcada por uma forte expansão, sendo a Estratégia de Saúde da Família a sua principal propulsora. Com o claro objetivo de atingir um financiamento mais equitativo, a Portaria do Ministério da Saúde (GM/MS nº 1.434), de 14/07/04, estabeleceu um adicional de 50% no valor dos incentivos de Saúde da Família para as equipes que atuam em áreas de quilombolas⁷.

Uma visita ao cotidiano das populações quilombolas que vivem na região norte de Minas Gerais aponta uma característica peculiar de uma sociedade potencialmente matriarcal. A presença, a força e a liderança da mulher quilombola demonstram uma sociedade diferenciada, onde a luta pela dignidade humana se funde à luta pela família enquanto núcleo de sobrevivência.

Para Faustino e Spiassi⁸, uma frase de Jurema Werneck resume a particularidade da demanda por saúde que feministas negras perseguem:

Se a mulher branca reivindica o direito de evitar filhos, a mulher negra reivindica o direito de tê-los, criá-los, vê-los vivos até a velhice.

Ressalta-se o papel das mulheres, hoje, como lideranças que articulam, decidem e empreendem as ações para fora das comunidades. A elas, preferencialmente, já não compete o trabalho no campo, este é um serviço dos homens. Porém, podemos perceber que o poder matriarcal é marcante no processo de construção da identidade familiar e coletiva das comunidades^{3,6,9}.

Apresenta-se neste artigo um encontro realizado na Comunidade Rural Quilombola de Buriti do Meio, cidade de São Francisco, região norte do estado de Minas Gerais, nos entornos do Rio São Francisco. Região reconhecida como carente e de grandes dificuldades sociais e econômicas. Na ocasião foi realizada uma entrevista enfocando os aspectos ligados à saúde e a população quilombola. Os entrevistadores foram três pesquisadores de saúde das populações negras e quilombolas: um odontólogo, especialista em Bioética e Mestre em Odontologia das Faculdades Unidas do Norte de Minas; um médico, quilombola, Mestre em Patologia da Universidade Federal do Maranhão; e um antropólogo, Mestre em Desenvolvimento Social da Universidade Estadual de Montes Claros. As entrevistadas foram três mulheres quilombolas, negras, nascidas e criadas na própria comunidade em que vivem e trabalham, e que atuam como profissionais de saúde em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família Quilombola; sendo: uma Técnica em Enfermagem e duas Agentes Comunitárias de Saúde. Estas profissionais representam a totalidade de quilombolas atuando na Estratégia de Saúde da Família naquele município. Este trabalho reconstrói este diálogo, sobre acesso à saúde, de um povo sofrido em um lugar sofrido.

Para facilitar a inserção ao contexto apresentado pelos diálogos apresenta-se, logo após a metodologia, também a caracterização da comunidade quilombola, bem como o perfil das entrevistadas.

MÉTODOS

Estudo qualitativo, de natureza descritiva e analítica sobre as impressões e anseios vivenciados por mulheres quilombolas que atuam como profissionais de saúde em uma Equipe de Saúde da Família dentro da própria Comunidade Rural Quilombola. Para nortear esta pesquisa foi utilizada uma abordagem etnográfica associada à Teoria Fundamentada dos Dados. Esse tipo de

abordagem em pesquisa tem o objetivo de entender uma cultura não familiar, todo o conhecimento, técnicas e práticas que a constituem de forma a traduzi-las de maneira a que possa ser entendida e usada por outros; bem como compilar em tópicos os pensamentos que nascem dos diálogos.

Tem como objeto de estudo o significado do trabalho em Estratégia de Saúde da Família em Comunidade Rural Quilombola e como objetivos: Analisar as motivações da mulher quilombola para o trabalho como profissional de Saúde; identificar fatores que influenciam em seus trabalhos; descrever a experiência e apreender o significado da presença de mulheres quilombolas atuando no seio de suas Comunidades através da promoção de Saúde.

O estudo está apoiado no referencial teórico de Clifford Geertz¹⁰. Este teórico associa o pensamento à noção de cultura. Defende que os conhecimentos não podem ser apreendidos por leis gerais, na medida em que são construções culturais. Isso não é negar que as ciências produzam conhecimentos verdadeiros e úteis, mas considera que a própria ciência e o conhecimento que ela produz são determinados culturalmente.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, atentando para os critérios determinados pela Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde do Conselho Nacional de Saúde.

Os sujeitos do estudo foram as três mulheres quilombolas integrantes de uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família que atua em uma Comunidade Rural Quilombola na região norte de Minas Gerais.

A análise qualitativa foi baseada em três etapas fundamentais: Organização dos dados, análise dos dados, classificação final.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, a visão crítica deu-se através da análise de conteúdo focado no tema, embasamento a partir da Teoria Fundamentada em Dados, que possibilitou a ordenação por categorias, de acordo com a similitude. Formaram-se as seguintes categorias de análise: Sentimentos pessoais quanto ao trabalho em saúde; Complexidade e obstáculos da atuação como profissionais de saúde junto aos grupos operativos da Estratégia de Saúde da Família; Dificuldades de mobilidade para os trabalhos de visitas domiciliares; Saúde Infantil; Deficiências da Assistência à Saúde; Hábitos nocivos e questões sociais que influenciam nas condições de saúde.

A COMUNIDADE QUILOMBOLA¹¹

São Francisco é um município situado no norte de Minas Gerais, fundado entre 1700 e 1702 por Domingos do Prado e Oliveira, a partir da Fazenda Pedras de Cima, entre a beleza do rio, das pedras e dos angicos. Em sua história, foi batizada por vários nomes, como: Pedras de Cima, Pedras dos Angicos, São José das Pedras dos Angicos, São Francisco das Pedras e, em homenagem ao rio, o chamado "rio da integração nacional", foi sacramentado o nome definitivo de "São Francisco", pela Lei 2.416, em 5 de novembro de 1877. A cidade possui cerca de 55.000 habitantes, em um território de 3.300 km². No município há oito quilombos, dentre eles a comunidade de Buriti do Meio.

Buriti do Meio localiza-se no distrito de Vila do Morro, a cerca de 30 km da cidade na MG-402 (estrada de terra em péssimo estado de conservação). Não há transporte regular por ônibus. Possui em torno de 169 famílias, sendo que a maioria dos residentes é aparentada. Os mais velhos relatam que a comunidade tem uns 300 anos e que as famílias originam-se de um quilombola proveniente do Município de Grão Mogol, cujo nome era Eusébio Gonçalves Gramacho, o primeiro morador da comunidade. Reconhecida pela Fundação Palmares em 10/12/2004, enfrenta problemas de isolamento, falta de transporte, falta de assistência médica adequada e a ausência da posse da terra. A água para consumo humano vem de carro pipa da Defesa Civil; alguns moradores usam as cacimbas e poço artesiano.

Essa comunidade é atendida por uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), da Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco, composta por médico, enfermeira, dentista, técnica de enfermagem, três agentes comunitários de saúde. A maior parte dos atendimentos de enfermagem consiste em exames de prevenção do câncer de colo uterino, puericultura, pré-natal, vacinação, visitas domiciliares, atendimento a grupos de hipertensos e diabéticos e planejamento familiar, efetuando encaminhamentos para ginecologia, cardiologia, neurologia e psiquiatria e acesso a meios diagnósticos, como ultrassonografia e endoscopia digestiva. Conforme relatos da equipe de ESF, as doenças mais prevalentes são hipertensão arterial, Doença de Chagas, diabetes, alcoolismo, câncer de garganta, parasitoses, diarreias e distúrbios mentais.

PERFIL DAS MULHERES QUILOMBOLAS ENTREVISTADAS

TEC. ENF. - Tem 21 anos de idade, nasceu e cresceu na comunidade quilombola em que vive e trabalha. Concluiu o Curso Técnico de Enfermagem em 2009, e atua na ESF QUILOMBOLA há 01 ano. É solteira, nunca teve hábitos tabagistas e faz uso de bebidas alcoólicas moderadamente. Tem o objetivo de cursar a faculdade de Enfermagem.

ACS 1 – Tem 30 anos de idade, nasceu e cresceu na comunidade quilombola em que vive e trabalha. Cursou o Ensino Médio completo, atua como ACS há 08 anos. É casada, mãe de uma menina de 03 anos; portadora de diabetes, faz uso de insulina diariamente. Nunca fumou. Quando era adolescente chegou a beber cerveja, mas não mais possui hábito etilista. Seu sonho é cursar uma faculdade.

ACS 2 – Tem 26 anos de idade, nasceu e cresceu na comunidade quilombola em que vive e trabalha. Cursou o Ensino Médio completo, atua como ACS há 4 anos. É solteira. É hipertensa e faz uso constante de anticonvulsivante. Nunca fumou. Faz uso de bebida alcoólica socialmente. Sonha em constituir família por meio do casamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A elaboração dos resultados constituiu-se da categorização e construção das estruturas de significância buscando atender ao objeto de estudo – o significado do trabalho, anseios e complexidade da atuação das mulheres quilombolas na Estratégia de Saúde da Família.

As estruturas de significância foram construídas a partir da leitura e escuta atenta das falas das quilombolas nas entrevistas, onde identificamos as convergências e as divergências dos discursos destas sobre o tema.

As transcrições das respostas são aqui apresentadas entre aspas e na íntegra, sem ajuste de palavras ou correções.

Inicialmente, foi perguntado às entrevistadas sobre seus sentimentos quanto ao fato de serem profissionais da área de saúde e, sobretudo, por estar atuando na própria comunidade quilombola de onde são oriundas.

TEC. ENF. - “Me sinto bem em trabalhar na saúde, quando saio de casa, quando chego aqui, nossa! eu me sinto feliz em poder estar passando o que eu aprendi pra população, o de melhor pra população.”

ACS 1 – “Eu sinto bem em ajudar as pessoas, todos os dias quando saio de casa para trabalhar, a primeira coisa que eu peço é a

Deus pra que eu possa estar passando para minha população uma imagem boa de saúde e de bem estar para cada um.”

ACS 2 – “Eu também sinto quando saio de casa aquela alegria, em chegar e passar para as pessoas a minha alegria também, porque o profissional desde quando ele sai de casa tem que sair com aquela alegria, aquela disposição, porque se ele sai com tristeza ele vai passar para os outros também, e também em ajudar mesmo, porque, às vezes, quando a gente chega nas casas das pessoas falando de saúde, eles vem com problemas deles das famílias deles e querendo da gente uma forma de ajudar, então agente já vai disposta a tudo, em ajudar as pessoas, com os problemas de família mesmo.”

A atuação do profissional da Estratégia de Saúde da Família dentro da comunidade em que vive, traz muitos benefícios para compreensão dos problemas inerentes a este grupo e facilita o acesso às informações coletivas. É freqüente que os Agentes Comunitários de Saúde sejam descritos como as pessoas que melhor conhecem a situação social e de saúde da comunidade atendida; usualmente, são o elo entre os profissionais de nível superior e a comunidade^{12,13}.

As entrevistadas foram questionadas sobre os grupos específicos com os quais trabalham na Estratégia de Saúde da Família (gestantes, hipertensos, diabéticos); sobre qual destes grupos é mais complexo para trabalhar.

TEC. ENF. – “A dificuldade maior que eu encontro, é principalmente com o grupo de hipertensos, que são pessoas mais idosas, às vezes você explica, tem que achar uma melhor forma de tá explicando pra eles tentar entender, que aquilo que agente está falando é o melhor pra eles.”

ACS 1 – “O grupo que mais me preocupa são os hipertensos, porque a maioria são analfabetos, não sabe ler, eu explico como tomar a medicação, eles faz que entende e quando agente chega em casa eles estão tomando a medicação toda errada e a pressão continua alta, então o que agente tem mais dificuldade é relacionado com os hipertensos que são mais velhos, mesmo que já teve uma evolução muito grande desde quando começou o PSF funcionar até hoje, mas nós temos uma dificuldade muito grande de relacionar com eles.”

ACS 2 – “Idosos. Nós explicamos a forma correta, mas eles continuam no errado e mais também nessa parte sobre a alfabetização, porque é a maioria analfabeta. Tem o cidadão nota 10, só que eles não interessam. Eu acho mesmo que é falta de interesse, porque tem uns que dava pra ir, aí acaba eles não sabe

ler, e aí agente tem uma grande dificuldade e acaba pegando a vasilhinha e separando os medicamentos pra ver se muda a forma deles tomar.”

Um dos entrevistadores questionou se as entrevistadas conhecem a respeito das doenças que são mais prevalentes na população negra. As três entrevistadas demonstraram não possuir este tipo de conhecimento; sentindo facilidade em relatar as ocorrências específicas da sua área de atuação; sem, contudo, relacioná-las com o quesito raça/cor.

Também foi levantada a questão do deslocamento geográfico para a realização dos atendimentos domiciliares. Foram inquiridas sobre qual a maior distância entre suas residências e os moradores de suas áreas de atuação, bem como sobre qual meio de transporte utilizam.

TEC. ENF. – “Bem distante. Passa de 18 km. Só que, como tenho a moto, eu vou de moto, já não vou a pé. Essa moto é abastecida pelo meu próprio salário.”

ACS 1 - “A casa mais distante que eu atendo são 8 km, eu vou a pé.”

ACS 2 – “A casa mais longe que eu vou é distante de uns 15 km. Hoje eu vou de moto, só que eu tenho que pagar as pessoas pra me levar, no valor de R\$ 20,00 cada viagem longa. E antes eu ia de cavalo, só que meu corpo doía demais, daí eu não agüentei mais não, tem que pagar a moto pra me carregar.”

Muitas vezes, o trabalho desempenhado pela Equipe de Estratégia de Saúde da Família encontra nas distâncias a serem percorridas um dificultador. O trabalho dentro desta Estratégia de Saúde exige visitas domiciliares com certa frequência e a própria comunidade mensura a atuação desta Equipe a partir de sua presença nas residências. Certamente, observa-se uma maior complexidade na atuação de Equipes de Estratégia de Saúde da Família que atuam em Comunidades Rurais^{12,13,14}.

Ao serem abordadas as questões da desnutrição e da mortalidade infantil, as entrevistadas foram unânimes em afirmar que esta é uma página virada na Comunidade de Buriti do Meio. Além do acompanhamento e aconselhamento nutricional constante, as crianças também recebem suplemento alimentar e leite (Programas Sociais do Governo Federal).

É muito evidente a grande redução da desnutrição e da mortalidade infantil no Brasil. Embora algum posicionamento focal ainda seja exigido pelas autoridades em saúde brasileiras, é perfeitamente perceptível que, mesmo em comunidades rurais ou de difícil acesso, houve ganho significativo no combate à desnutrição e isso se deve. Em grande

parte, aos Programas Sociais recentemente implementados pelo Governo Federal^{15,16}.

A grande deficiência, na questão da saúde, apontada pelas entrevistadas, diz respeito aos encaminhamentos e aos atendimentos hospitalares. Os quilombolas de Buriti do Meio, quando tem necessidades médicas fora do horário de trabalho do médico da Equipe ESF QUILOMBOLA, enfrentam grandes dificuldades de acesso. As barreiras iniciam na distância, 30 Km, da comunidade até a sede do município; pouquíssimos moradores possuem meios próprios de condução. Com frequência, ocorre do Hospital Municipal de São Francisco (único da cidade) estar superlotado ou com falta de médico plantonista; e os quilombolas retornam à comunidade sem ter recebido atendimento.

Os últimos aspectos levantados foram sobre alcoolismo, tabagismo, uso de drogas e gravidez precoce. Responderam que são muitos e graves os casos de alcoolismo e tabagismo, principalmente entre os homens da comunidade e que este problema afeta, inclusive, adolescentes.

TEC. ENF. – “Antigamente era difícil ver uma mulher fumando e bebendo, hoje parece que tá tudo igual.”

ACS 1 - “Aqui a gente fica vendo os jovens bebendo muito e os pais de família que ficam sem emprego partem para o uso da cachaça. Os homens fumam muito o cigarro de palha, mas os adolescentes tão fumando esses cigarros que vende na mercearia.”

ACS 2 – “As pessoas da comunidade não falam de drogas, nem de maconha, nem dessas coisas. É muito comum encontrar os homens bebendo de um lado e as mulheres de outro, agora tem jovens que bebem escondido. A gente fala para as pessoas que fumar é ruim, mas elas não largam não. Acho que viciaram.”

As comunidades rurais enfrentam graves problemas sociais de influência sobre a saúde; problemas potencialmente agravados quando se leva em conta a grande lacuna excludente que sempre acompanhou as populações negras e quilombolas. A exacerbação do alcoolismo decorrente da falta de perspectivas profissionais e de mudança no patamar social e o hábito tabagista disseminado como prática isenta de prejuízos acabam por formar um círculo complexo que necessita ser combatido através de ações afirmativas oriundas de Políticas Públicas de Saúde^{7,11,16}.

Não houve ainda relatos de envolvimento com drogas por pessoas da comunidade. Enfrentam grandes obstáculos com relação à gravidez precoce, pois os casos estão sempre acontecendo. Algumas famílias não aceitam que as profissionais da Equipe de

Saúde orientem suas filhas adolescentes sobre o uso de preservativos por achar que tal fato as motivaria ao sexo; criando grande preocupação também no tocante às doenças sexualmente transmissíveis.

TEC. ENF. – “Aqui na comunidade tem um grupo de evangélicos que não aceita que nós falemos sobre prevenção da gravidez para as adolescentes. Neste grupo de evangélicos sempre aparece umas mocinhas que engravidam e os pais prendem dentro das casas porque sentem vergonha.”

ACS 1 - “Alguns jovens pegam preservativos na Unidade de Saúde, mas são muito poucos. Os jovens têm vergonha de pegar preservativo e quando a gente quer falar sobre sexo eles não querem; uns até dizem que já sabem tudo pela televisão.”

ACS 2 – “O médico falou que aqui é muito perigoso de aparecer uma doença ligada ao sexo, isso porque as pessoas daqui não gostam de falar nesse assunto.”

A gravidez precoce nas comunidades rurais é uma questão de difícil embate, especialmente por causa da grande resistência exercida pelas famílias frente a educação sexual. As Comunidades Rurais Quilombolas enfrentam as dificuldades relativas à orientação sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez precoce, pois, muitas famílias não compreendem a importância deste tipo de orientação^{8,17,18}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática abordada neste artigo é muito complexa e muito recente. Tratar sobre saúde de populações quilombolas vivendo em áreas rurais é ainda um grande desafio, um grande novelo a ser trabalhado pelos pesquisadores, em especial os brasileiros. Este tema envolve questões profundas da história da nação brasileira, resgate de seus valores culturais, respostas das políticas públicas de saúde, financiamento em saúde e os desejos de pessoas que gritam por seus direitos.

É evidente o grande valor humanístico e cultural advindo desta entrevista, onde se pode adentrar na compreensão da mulher quilombola enquanto profissional e enquanto membro desta comunidade tradicional.

Como falar sobre equidade em saúde para uma população que tem uma quantidade tão grande de anseios não atendidos? A população que é historicamente desassistida vislumbra uma melhoria com a Estratégia de Saúde da Família, mas vê seu progresso ser obscurecido por obstáculos fáceis de derrubar pelos gestores locais.

Não há como negar que enxergamos aqui um salto importante e fundamental para uma saúde mais justa, humana e igualitária: uma comunidade rural quilombola, em uma região de baixo desenvolvimento socioeconômico, atendida por um programa especial de Estratégia de Saúde da Família onde as profissionais que atuam mais próximo das famílias são de origem quilombola. A despeito de todos os problemas há que se relatar esta situação como um bom avanço.

Muitas comunidades rurais no Brasil, quilombolas ou não, enfrentam problemas semelhantes aos de Buriti do Meio: acesso à medicina especializada, aos hospitais, distanciamento da sede do município e fatores culturais. Estes são grandes desafios a serem vencidos.

É preciso uma estratégia mais eficiente e mais facilmente aplicável para combater o alcoolismo e o tabagismo nestas comunidades. A própria situação de desemprego e a falta de perspectiva educacional e profissional leva os jovens a aderir cedo ao vício. É preciso vencer o preconceito cultural e tradicional quanto a orientação sexual para reduzir os casos de gravidez indesejada.

Para que o acesso à saúde das populações rurais quilombolas brasileiras se torne uma realidade, é necessário que mais pesquisadores se voltem para este tema e busquem lançar luz sobre fundamentos ainda não explorados.

REFERÊNCIAS

- 1- Farias N, Laurenti R, Holcman MM. Declínio da mortalidade cardiovascular e desigualdades sociais no município de São Paulo: 1996-1998 e 2003-2005. **BIS** 2010; 12(2):127-32.
- 2- Krieger N. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. **Am J Public Health** 2003; 93:194-9.
- 3- Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev Saude Publica** 2005; 39(1):100-7.
- 4- Silva OS. Quilombos do Sul do Brasil: movimento social emergente na sociedade contemporânea. **Rev Identidade** 2010; 15(1):51-64.

- 5- Pare ML, Oliveira LP, Velloso AD. A educação para quilombolas: experiências de São Miguel Dos Pretos em Restinga Seca (RS) e da comunidade Kalunga Do Engenho II (GO). **Cad Cedes** 2007; 27(72):215-32.
- 6- Scliar M. História do conceito de saúde. **Physis** 2007; 17(1):29-41.
- 7- Solla JJSP, Reis AAC, Soter APM, Fernandes AS, Palma J JL. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Rev Bras Saude Matern Infant** 2007; 7(4):495-502
- 8- Faustino DM, Spiassi AL. Movimento negro, vulnerabilidade e saúde. **BIS** 2010; 12(2):162-66
- 9- Silva RCM. Trabalho das Mulheres negras no Quilombo do Valongos/Tijucas-Santa Catarina. **Rev Identidade** 2010; 15(1):76-84.
- 10- Geertz C. O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa. In: **“Do ponto de vista dos nativos”**: a natureza do entendimento antropológico. 11ª edição. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009.
- 11- Marques AS, Caldeira AP, Souza LR, Zucchi P, Cardoso WDA. População quilombola no Norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. **BIS** 2010;12(2):155-61.
- 12- Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad Saude Publica** 2004; 20(1):197-203.
- 13- Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad Saude Publica** 2002; 18(6):1639-46.
- 14- Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc Saude Colet** 2005; 10(2):347-55.
- 15- Batista FM, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad Saude Publica** 2003; 19(Sup. 1):S181-S91.
- 16- Monteiro CA. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. **Estud Av** 2003; 17(48):7-20.
- 17- Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cad Saude Publica** 2009; 25(2):193-204.
- 18- Pedroso Junior NN et al. The house and the garden: socio-economy, demography and agriculture in Quilombola populations of the Ribeira Valley, São Paulo, Brazil. **Bol Mus Para Emílio Goeldi Ciênc Hum** 2008; 3(2):227-52.

Recebido em 12/1/2011.

Aceito em 2/5/2011.