

Saúde da população negra: um olhar para as comunidades quilombolas da região central de Porto Alegre

Health of the black population: a look at the quilombola communities of the central region of Porto Alegre

■ Carolina Pereira Montiel e Laura Cecilia López

Resumo

O artigo tem como objetivo analisar o impacto da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) na experiência de cuidado dos profissionais de equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de uma unidade de saúde (localizada na região central de Porto Alegre) com as comunidades quilombolas localizadas em seu território de abrangência, Família Fidélis e Areal. A partir das entrevistas realizadas com os profissionais integrantes da equipe, constatou-se a ocorrência de diferenciação do processo de cuidado em saúde entre a Comunidade do Areal e Comunidade Família Fidélis, o que pode ter ligação com o processo de formação e reconhecimento dessas comunidades como remanescentes de quilombos. Também foi percebida a invisibilidade da problematização do racismo ao longo da formação inicial e continuada dos profissionais, dificultando um olhar sensível para a detecção da operação do racismo no cotidiano das comunidades e dos serviços de saúde.

Palavras-chave:

Saúde da População Negra; Saúde Quilombola; Cuidado em Saúde.

Abstract

The objective of this article is to analyze the impact of the National Policy on Integral Health of the Black Population (PNSIPN) on the care experience of the professionals of the Family Health Strategy (ESF) team of the health unit located in the central region of Porto Alegre with the Quilombola communities located in its territory of scope, Fidélis Family and Areal. From the interviews with the team members, it was verified the occurrence of differentiation of the health care process between the Community of Areal and the Fidélis Family Community, which may be linked to the process of formation and recognition of these communities as remnants of quilombos. It was also noticed the invisibility of the problematization of racism throughout the initial and continuous training of professionals, making difficult a sensitive look for the detection of the operation of racism in the daily life of communities and health services.

Key-words

Black Population Health; Quilombola Health; Health Care.

Introdução

O artigo propõe-se a refletir sobre a saúde dos coletivos chamados, a partir da Constituição Federal de 1988, de “remanescentes das comunidades dos quilombos”. O texto constitucional supracitado garante os direitos fundiários destes coletivos afrodescendentes, assim como o acesso à saúde como um direito de todos. Este direito deve ser garantido pelo Estado por meio de políticas públicas que tenham como objetivo a diminuição do risco de doenças e outros agravos, e as ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde com acessibilidade universal e igualitária. Nesse sentido, pensaríamos que as comunidades quilombolas (assim como outros segmentos da população) estariam também contempladas na discussão de universalidade e igualdade. Porém, no cenário atual do Brasil percebem-se desigualdades de acesso e de qualidade dos serviços prestados entre diferentes segmentos da sociedade. Nesse sentido, um conceito fundamental para viabilizar a igualdade de direito é o de equidade.

Uma das ações de busca pela equidade em saúde foi a oficialização, em 2009, da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que propiciou uma discussão sobre como as desigualdades raciais produzem impactos na saúde das populações, assim como de que maneira pode ser abordado o racismo institucional no Sistema Único de Saúde (SUS) e quais as medidas transversais que podem ser implantadas em áreas diversas como ação de cuidado, atenção, formação e educação de profissionais para efetivar este direito à população negra.

Se tratando de comunidades quilombolas, vale a pena visibilizar que as lutas por garantir os direitos ao território estão atreladas a aspectos amplos da vida desses coletivos, abarcando largamente a saúde. Por exemplo, situações de violência de atores sociais com interesses econômicos sobre essas terras são frequentemente sofridas por diversas comunidades. Também, podemos fazer uma distinção entre quilombos rurais e urbanos, sendo estes últimos descaracterizados (muitas vezes, tendo como parâmetro os quilombos rurais) por parte dos agentes do Estado, sendo vistos como um coletivo não diferenciado de outros pobres da cidade, com os quais compartilham algumas situações, mas se diferenciam em muitas outras (entre elas, a historicidade de relação com o território).

Esse trabalho é fruto de pesquisa realizada no período entre 2014/2015 como bolsista PRATIC/UNISINOS no projeto “Políticas, significados e redes em torno da Saúde da População Negra: um estudo sócio antropológico na cidade de Porto Alegre”, que foi coordenado pela Profa. Dra. Laura Cecília López, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UNISINOS. E teve como objetivo analisar o impacto da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) na experiência de cuidado dos profissionais da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do centro de saúde da região com as comunidades quilombolas localizadas em seu território de abrangência, Família Fidélis e Areal¹. Explorando questões como o não reconhecimento da Família Fidélis como problema no atendimento às demandas étnico-raciais, além de que, na sequência do texto, a fraca compreensão por parte dos profissionais de saúde das questões que envolvem o racismo.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada com quatro profissionais, de formações e trajetórias distintas (1 médico, 1 técnico de enfermagem, 1 enfermeiro e 2 agentes de saúde) que compõem a equipe de Estratégia de Saúde da Família

1 Na cidade de Porto Alegre existem 4 comunidades quilombolas que se encontram em diferentes etapas do processo de regularização fundiária, com situações e historicidades diversas (Família Silva, Comunidade do Areal, Comunidade dos Alpes, Família Fidélis).

(ESF) do serviço de saúde responsável pela área onde se encontram as duas comunidades quilombolas (Areal e Família Fidélis) da região Centro em Porto Alegre/RS. Segundo Triviños (1987), esta modalidade de entrevista beneficia a descrição dos fenômenos sociais, assim como sua explicação e compreensão integrais. Para analisar os resultados das entrevistas com os profissionais foi utilizada a análise de conteúdo, que é definida por Campos (2004, p.611/613) como “um conjunto de técnicas cujo objetivo é a busca de sentido ou dos sentidos de um documento [...] se valendo da comunicação como ponto de partida”, e conforme Flick (apud Bauer, 2000), é um dos procedimentos clássicos para analisar o material textual, não importando sua origem - que pode variar desde produtos da mídia até dados de entrevista, como é o caso que se propõe este artigo.

Para nortear a reflexão acerca da experiência de cuidado das comunidades quilombolas existentes no território do ESF da unidade de saúde, foram escolhidos conceitos diversos, caros tanto a Antropologia quanto a Saúde Coletiva, que serão apresentados a seguir.

Alteridade e equidade

O conceito de alteridade é caro à tradição antropológica no sentido de captar como se dão as relações entre sujeitos e grupos, moldadas na diversidade de experiências sociais e de visões de mundo (JARDIM; LOPEZ, 2013).

Ao se pensar as “comunidades de remanescentes dos quilombos” em termos de alteridade, estamos lidando com enquadramentos contextuais que estão relacionados aos contextos políticos e jurídicos acionados contemporaneamente, vinculados ao direito constitucional viabilizado pelo artigo 68 das Disposições Transitórias da Constituição Federal de 1988 e os desdobramentos posteriores. Tanto no nível das políticas públicas quanto das próprias produções acadêmicas há, frequentemente, um uso um tanto problemático da categoria “comunidade remanescente de quilombos”, na medida em que não só grupos com formações sócio-históricas muito diversificadas entre si são abarcadas por uma categoria que pode sugerir homogeneidade, como a atribuição dessa identidade é feita, muitas vezes, à revelia dos sujeitos classificados como tais (SALAINI; MELLO, 2009).

Para melhor compreender a importância da alteridade na questão da saúde desta população, existe a necessidade de reflexão sobre o conceito. Alteridade também pode ser definida como a habilidade de entender o outro na integralidade de sua dignidade, dos seus direitos e, principalmente, de sua diferença (FREI BETTO, 2014). Esta definição é essencial para que os sujeitos se sintam envolvidos num vínculo com os serviços de saúde, dialogar com os profissionais responsáveis pelo seu acompanhamento e assim, acontecer efetivamente uma experiência de cuidado positiva. Sendo um dos pilares para um acolhimento efetivo dentro da Estratégia de Saúde da Família e, através deste, que se compreenda a demanda dos sujeitos que buscam atendimento, suas necessidades e os demais fatores formadores de sua história e de sua localização no mundo social, fundamentais para o acompanhamento.

Já o conceito de equidade vem na mão das reflexões sobre as políticas de saúde, pensando em como garantir o acesso a direitos para segmentos marcados pelas desigualdades sociais. Na diversidade de definições podem-se encontrar algumas vinculadas à discussão de justiça e igualdade; outras que referem ao tratamento diferenciado conforme a singularidade de cada situação (CAMPOS, 2006).

Conforme Aristóteles, a equidade funciona como um reparo feito na lei, no caso em que ela passa a não ser suficiente para abranger todos os acontecimentos, operando como corretora de possíveis injustiças e sendo a única forma de exercício vivo de uma justiça genuinamente justa (PASSOS, 2009; CAMPOS, 2006).

No cenário contemporâneo, a concepção mais utilizada no conceito de equidade é a Teoria da Justiça como equidade desenvolvida por John Rawls. No modelo proposto pelo teórico, a equidade é ligada à igualdade de oportunidades, sendo a justiça como equidade uma percepção política da justiça, que se define por meio de consonância entre as partes sobre o modo que deve ser organizado o sistema político e econômico.

No campo da saúde, o termo equidade foi formulado nos anos 1980 por Margaret Whitehead, que passou a incorporar o parâmetro de justiça à distribuição igualitária: “Iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social” (WHITEHEAD, 1992 apud ESCOREL, 2008, p.203). A autora considera em sua análise as variáveis biológicas, as culturais ligadas aos hábitos e costumes, a capacidade de escolha inclusive em função do nível de renda, exposição à insalubridade e condições de vida e trabalho exaustivas, acesso inadequado a serviços públicos essenciais de saúde, entre outros; e vê a necessidade de igualdade de tratamento de todos os cidadãos e as políticas de saúde como uma forma de se equiparar as diferenças, principalmente dos que se encontram em grupos de maior vulnerabilidade, como a população ribeirinha que possui a Política Nacional de Saúde Integral das Populações de Campo e Floresta.

Nesta linha de pensamento, a equidade deveria funcionar como uma meta estimuladora dos países para buscarem conhecer e criar estratégias que tenham como objetivo desafiar os fatores causadores de desigualdades. Para uma solução efetiva das iniquidades em saúde é necessário o trabalho conjunto de todos os níveis de organizações e profissionais em saúde. (BATISTA, 2013). É possível analisar o princípio de equidade em saúde partindo de dois critérios: equidade vertical e equidade horizontal. Equidade vertical é compreendida como desigualdades entre desiguais, ou seja, uma regra de distribuição desigual para indivíduos em situações diferenciadas. Já a equidade horizontal se define como igualdade entre iguais. A equidade no acesso e utilização de serviços de saúde tem sido operacionalizada como “igualdade de utilização de serviços de saúde entre os grupos sociais para necessidades de saúde iguais”. Pode-se dizer que as normas que regem o SUS incorporam a definição de equidade horizontal, ou seja, acesso, utilização e tratamento igual para necessidades iguais (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

A questão do cuidado e o racismo institucional

O conceito de cuidado em saúde faz referência a uma ação integrada que possui interpretações e simbologias voltadas para o entendimento de saúde como um ‘direito de ser’. Podemos nos referir ao conceito como tratar, respeitar, acolher o indivíduo em seu padecimento, que na maioria das vezes pode ser ligado à vulnerabilidade social em que se encontra e pode se materializar em tratamento digno e respeitoso, no qual se respeita sua história de vida, entendendo-se o acolhimento como o momento de escuta do sujeito e suas necessidades, sendo capaz de amenizar as consequências do processo de adoecimento vivido por ele (PINHEIRO, 2008).

Como referência a ser utilizada para a análise, adotaremos o conceito de Ayres (2001;2009), que faz uma reflexão mais identificada com este trabalho: o autor explica que cuidado é uma tentativa de reconstrução, a partir dos problemas e tensões que se apresentam, de uma atenção integral à saúde dos sujeitos e coletivos, a partir da qual se busca reconstituir competências, relações e implicações que sofreram empobrecimento, fragmentação e foram desconexas. Seria uma atitude que precisa difundir-se em todas as reflexões e intervenções feitas na área da saúde. Para tal, existem algumas premissas que efetivam esse conceito, como: reconhecimento dos destinatários das práticas de saúde como sujeitos autênticos, com necessidades e valores próprios, com um olhar sobre o mundo particular, com potencialidades de se tornar “sujeito da sua própria saúde”. A questão do acolhimento se expressa em ouvir mais - dar atenção à narrativa como forma de entender o processo de saúde, e do toque - onde a questão do adoecimento se dá majoritariamente através do corpo e em sua utilização para potencializar a narrativa no processo de diagnóstico. O vínculo, que se efetiva através do envolvimento afetivo dos profissionais e usuários /comunidades nos processos de cuidado, torna-se fundamental para a realização do cuidado. Considera-se também a abertura de espaço para um sujeito crítico, que se torne ativo nesse processo, como alguém que poderia propiciar a continuidade nos serviços ao contemplar a demanda dos indivíduos e da comunidade.

No trabalho realizado pelas equipes de ESF, a permeabilidade do conceito na prática é fundamental, pois ele é um importante norteador no processo. Existe a necessidade de um olhar integral dos problemas que afetam os grupos acompanhados pelas equipes, dos recursos disponíveis para enfrentamento das demandas trazidas por eles, para assim terem um melhor conhecimento dos processos de saúde-adoecimento que atravessam essas comunidades. Em uma relação que permita a incorporação de todos os saberes ali existentes - equipe e usuários, na qual os sujeitos tenham oportunidade de exercer seu protagonismo.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL,2006) define a coordenação do cuidado como um dos conceitos fundamentais para a Atenção Básica (AB), que é a porta de entrada do usuário a toda Rede de Atenção à Saúde, sendo muitas vezes a equipe de ESF a materialização dessa entrada. Nela o conceito é visto de forma longitudinal e por meio dele pressupõe a construção contínua de vínculos dos usuários com os profissionais, continuidade da relação clínica e ajustamento de condutas quando necessário. Buscando evitar as consequências de quando ele é exercido de forma parcial ou negligenciado, que é o afastamento do usuário da rede, perdendo a referência.

Por sua vez, o racismo pode ser delimitado como as relações sistêmicas que sustentam-se no discurso de superioridade de uma certa raça em detrimento de outra, tendo como consequências a marginalização, segregação e separação. No Brasil, emergiu como a reação da elite intelectual do período que se aproximava à abolição da escravatura (em especial de Recife e Salvador), as crescentes desigualdades que emergiam entre o Norte e o Sul do Brasil, em função da prosperidade do café e a decadência do açúcar. O termo teve seu uso ampliado nos anos 1970 incorporando práticas, atitudes e crenças (GUIMARÃES, 2004), passando a contemplar o conjunto de fatores produtores de desigualdade e desvantagens raciais. O racismo é responsável por formatar a maneira como o Estado e a sociedade se organizam para trabalhar com a população negra, atravessando as instituições. É um fator prejudicial importante no acesso aos serviços, agindo como um regulador nas relações entre profissionais, usuários e gestores do serviço público de saúde e um elemento produtor de desigualdades (BRASIL,2011).

No trabalho foi empregada a noção de racismo institucional, utilizando-se a abordagem feita por López. Compreende-se que o racismo institucional se propaga no funcionamento

diário das instituições e organizações, que acabam por fazer uma distinção na “distribuição de serviços, benefícios e oportunidades” (LÓPEZ, 2012, p.127) às variadas parcelas da população considerando-se a questão racial como pano de fundo, ultrapassando as relações interpessoais, e tendo como consequências desigualdades e iniquidades. Estas se caracterizam através de condutas, práticas e normas discriminatórias regulares no ambiente de trabalho, consequência do preconceito racial que condena a pessoa a uma desvantagem na acessibilidade de serviços ofertados pelo Estado, organizações e instituições, sendo um importante determinante social de saúde.

O cuidado que aproxima e afasta

O Quilombo do Areal e o Quilombo Família Fidélix são duas comunidades quilombolas com processos de titularização dos espaços que ocupam em estágios diferentes. O primeiro, localizado no limite entre os bairros Cidade Baixa e Menino Deus, é um território reconhecidamente negro, que sofreu forte descaracterização durante o século XX devido às grandes reformas urbanas e que hoje ocupa uma pequena avenida (Luís Guaranhas) onde vivem cerca de 80 famílias. O nome Areal da Baronesa é oriundo da chácara da Baronesa do Gravataí que, após sua morte, em 1888, teve seu espaço ocupado por negros alforriados da senzala existente no território (GEHLEN ET AL,2008).

A Família Fidélix ocupa espaço localizado no Bairro Azenha, desde a chegada do seu núcleo fundador, vindo de Santana do Livramento no final dos anos 1970; a comunidade quilombola é composta por cerca de 26 famílias (GEHLEN ET AL,2008). As duas comunidades quilombolas, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica, tem seu atendimento referenciado no Centro de Saúde localizado na região Centro, onde está sediada a equipe de Estratégia de Saúde da Família que as acompanha. O acesso ao serviço de saúde é por livre demanda, sendo acompanhados pelos agentes comunitários em saúde, que visitam os territórios permanentemente e são a principal ligação entre equipe técnica e usuários.

Já na primeira entrevista realizada, com um agente comunitário de saúde, houve a manifestação um pouco receosa da existência da diferenciação do processo do cuidado em saúde entre a Comunidade do Areal e a Família Fidélix. Em todas as entrevistas realizadas, mesmo com os membros da equipe que não atendiam a comunidade da Família Fidélix diretamente, o discurso conflituoso estava presente e foi possível perceber o desconforto ao longo dos relatos. A médica Jazara², que também responde pela coordenação da equipe, fez a seguinte declaração:

Eu acho que são bem diferentes as duas. Completamente diferentes e eu tenho até uma certa restrição contra o Fidélix, porque eu acho que é uma coisa meio falsa assim. Não consigo ver eles como quilombolas, completamente diferente do Areal, que eu acho assim, que são pessoas unidas, pessoas que batalham [...] A gente foi lá quando eles receberam a posse da área, foi super legal. Acho que eles têm essa coisa assim de ser um quilombola, que eu não vejo aqui no Fidélix, mas não vejo nada, nada! Eles não têm uma associação atuante, o que a gente marca de ação ali é sempre um fracasso. Diferente lá do Areal, que a gente marca tá sempre cheio de gente, sempre eles gostam, eles ficam nos cobrando que a gente faça as ações lá, antes a gente fazia depois do horário de trabalho, então a gente ficava lá as vezes até 8 da noite, fazendo tudo. Tinha palestra, tinha teste

2 Os nomes dos entrevistados foram modificados para preservar o anonimato.

rápido, conversa, aproveitava pra fazer umas visitas domiciliares. [...] Coisa que aqui no Fidélix a gente não consegue. A gente fez acho que umas duas ações, foi pouquíssima gente né e eles também não se interessam muito, eu não consigo ver essa união assim sabe, que tem lá no Areal, eu não consigo ver aqui. É, mas eu acho que isso é uma coisa um pouco pessoal também³.

Manifestaram-se nas falas dos profissionais as dificuldades e tensões que se passam entre a equipe da Estratégia de Saúde da Família e os moradores da Comunidade Família Fidélix. Exceto a fala da coordenadora da equipe, que manifesta frustração em função da situação atual, não foi notado em nenhum momento nos profissionais entrevistados um incômodo causado pelo insucesso da experiência de cuidado com a comunidade. É como se isso fosse um problema somente dos moradores, que não aceitam o trabalho realizado pela equipe. Existem múltiplos fatores que permeiam essa questão, resultando na dificuldade de vínculo e, conseqüentemente, cuidado, mas percebeu-se que o maior problema é a falta de entendimento do contexto histórico e de liderança da comunidade em questão, contemplado nas linhas seguintes.

Em relação a Comunidade do Areal, os relatos de maneira geral foram elogiosos, destacando pontos positivos da comunidade, sua organização e respostas positivas às ações desenvolvidas na Associação da comunidade. São momentos em que a equipe leva equipamentos como aparelho de pressão, kits para teste rápido de HIV e Sífilis, faz palestras, realiza algumas visitas domiciliares, propiciando atendimento para aquelas pessoas que possuem dificuldade para comparecer ao Centro de Saúde e auxiliando na formação e fortalecimento de vínculo com a comunidade.

Para a compreensão da diferença de cuidado tão destacada na fala dos profissionais entrevistados, consideramos fundamental direcionar o olhar para o processo de formação e reconhecimento dessas comunidades como remanescentes de quilombos, assim como a ascensão da liderança que é apontada como um fator que dificulta a relação dos profissionais da ESF com o quilombo da Família Fidélix, influenciando a experiência de cuidado. Buscamos entender fatores que possam influenciar nessas experiências distintas.

Lima (2012) aborda a questão do pleito quilombola na comunidade da Família Fidélix, retratando o percurso que a comunidade percorreu para garantir seu território e os diferentes fatores que surgiram ao longo desse processo. A comunidade tem como núcleo fundador 3 pessoas oriundas de Santana do Livramento (cidade localizada ao sul do Estado). Os fundadores foram os primeiros a ocupar o terreno pertencente à Prefeitura Municipal de Porto Alegre, ao lado do Hospital Porto Alegre, no final da década de 1970. Migraram para a capital em busca de melhores oportunidades de trabalho e eram os únicos santanenses, mas com o passar do tempo outras pessoas chegaram e pediram autorização para construir casas, ali permanecendo, juntamente com outros santanenses que também chegaram, como estratégia de fixar a continuidade deles no local, angariando forças para resistir as contínuas ameaças de desagregação sofridas.

Um fato decisivo para que a comunidade buscasse o reconhecimento como quilombola foi a ação conjunta de despejo com o poder judiciário, DEMHAB e Brigada Militar (BM) de seis famílias residentes no espaço. O reconhecimento como quilombolas é o último recurso político para que “suas posses sejam reconhecidas e respeitadas” (LIMA, 2012, p.77). A partir do fato da remoção, conforme relato do Sr. Fidélix, o “quilombo passou a ser uma boa ideia” (LIMA, 2012,

3 Jazara, em entrevista realizada em outubro de 2014, na cidade de Porto Alegre.

p.78) e passou, juntamente com seus aliados, a reunir os pré-requisitos necessários para a elaboração dos seus argumentos. Posteriormente, partindo para o resgate das origens do grupo e os vínculos ancestrais.

Nesse momento, o Sr. José⁴, líder da comunidade que protagoniza conflitos diversos com a equipe do ESF, inicia sua emergência como liderança. Tido como uma liderança ativa, que busca projetos que beneficiem a comunidade, sendo um construtor de corrente de articulação política, atuando como representante da comunidade junto a outros movimentos sociais e comunidades quilombola de Porto Alegre. O caminho percorrido pelo Sr. Fidélis não leva necessariamente a um reconhecimento do grupo, em uma conjuntura política que se dá por meio de outras discussões e articulações. Uma parte do grupo ficou desgostosa com a possibilidade do reconhecimento quilombola, gerando desentendimentos referentes às formas de apropriação e entendimento do que seja uma comunidade quilombola.

Conforme Marques (2006), o atual Quilombo do Areal se localiza na chamada Avenida Luís Guaranhas, que descreve como um beco sem saída repleto de casas germinadas, que eram habitações comuns nesta parte da cidade antigamente. O conceito de avenida era tido como um conjunto de pequenas casas de aluguel, que eram construídas em ruas que ocupavam os miolos das quadras ocupadas pela população pobre. E foram desaparecendo de forma gradual através dos processos de remoção e remodelação sofridos pelo bairro. As casas ali localizadas inicialmente pertenciam a pessoa que dá nome a avenida, que era um sapateiro que as alugava. Ao falecer, deixou as casas para a Santa Casa que seguiu a cobrança dos alugueis de maneira mais flexível e, na década de 1980, a PMPA permutou essas terras com a Santa Casa, passando-as para posse do Departamento Municipal de Habitação (DEMHAB). Em 1997, a então Vila Luís Guaranhas solicitou ao DEMHAB a construção de doze casas no local. O corpo técnico do órgão, por necessidade de entendimento da história étnica da comunidade, buscou por maiores informações sobre a área e o possível reconhecimento como território de remanescentes de quilombo. Os moradores se reivindicam como reminiscências vivos do Areal da Baronesa⁵, que foi um território negro que sofreu contínua descaracterização ao longo do século XX. Com o objetivo de assegurarem sua permanência no local, em face do temor de despejo por parte da Prefeitura, parte dos moradores fez o autorreconhecimento como quilombolas, passando a buscar o título das terras. Nesse sentido, a política de remanescentes de quilombos vem garantir o direito de permanência de comunidades envolvidas em disputas fundiárias, de especulação imobiliária em solo urbano, de gentrificação e segregação das camadas populares.

Buscamos fazer esse resgate do contexto histórico de surgimento e lideranças das comunidades para analisar como seu processo de emergência pode ter relação com o vínculo desgastado entre a comunidade quilombola Família Fidélis e a equipe de saúde da família. Ao olharmos para o surgimento das comunidades, percebemos que o Areal possui um fundo histórico, notoriamente reconhecido na cidade apesar de todas as dificuldades que atravessou. Inclusive sua organização territorial pode ser um fator de influência na relação com a equipe de saúde. Enquanto a Família Fidélis ocupou um terreno ao lado de um hospital que já existia, oriunda de Santana do Livramento, a Avenida Luís Guaranha apesar do estado precário de conservação de suas construções antigas possui uma organização consolidada.

Isso pode conferir ao território uma legitimidade que esteja sendo determinante no olhar que a equipe esteja conferindo as pessoas que ali residem. Entendendo que elas, a partir

4 José, em entrevista realizada em outubro de 2014, cidade de Porto Alegre.

5 Território localizado entre os bairros Cidade Baixa e Menino Deus.

do momento que não possuem condições de cuidar do seu espaço, legalizar, urbanizá-lo, não tenham também condições de serem protagonistas do seu processo de cuidado.

Quando é experimentada uma relação com um quilombo urbano por parte de profissionais que não foram preparados em sua formação para captar diversidade e desigualdade nas situações com as que se confrontam, o resultado pode ser a comparação dele com outras comunidades do território de abrangência dos serviços em questão. Falta a percepção às equipes e ao sistema de saúde em geral, que estão lidando com coletivos que sofrem profundas desigualdades e que começaram caminhos de resistência para legitimar seus territórios, que são comunidades de ascendência marcadamente negra, mas não exclusiva que viabilizam sua existência e resistência apesar do crescente processo de enobrecimento urbano e da segregação que sofrem de seus vizinhos (GEHLEN ET AL, 2008). Os profissionais da ESF fazem comparação desses territórios a outras comunidades, como o Loteamento João Pessoa (conhecido como Carandiru e chamado de Vila pelos profissionais entrevistados), localizado no bairro Azenha onde o atendimento é dificultado devido ao difícil acesso em função das questões de violência existentes na região. É necessário entender que essa dificuldade no atendimento nos dois locais se dá por diferentes motivações, pois os quilombos urbanos também estão expostos à violência, ameaça e exclusão por parte dos vizinhos, entre outros problemas.

Existe uma parcela da equipe ciente de como o cuidado está ligado à questão da empatia, do toque, sendo essas essenciais para o estabelecimento do vínculo. Isto está claro para a profissional do grupo que entrevistei, que teve uma breve experiência na gerência distrital, supervisionando os postos de saúde de um determinado território, com uma caminhada profissional variada e trabalhando em ESF por opção, após perceber conforme seu relato, que teria muito mais a contribuir trabalhando de fato na atenção básica.

[...]Se eu tiver preconceito, eu não vou ter a mesma escuta qualificada, eu não vou te examinar da maneira bem cuidadosa que eu devo fazer, então o meu diagnóstico vai falhar, a qualidade do meu cuidado vai diminuir. **Eu tenho que ter empatia, eu tenho que ter afeto pra eu ter um bom cuidado.** Então se eu tiver uma resistência aquilo vai determinar toda a qualidade do meu cuidado, que eu entendo que ela cai muito. [...] (Ashanti, enfermeira/ grifo feito pelas autoras)⁶.

Para um cuidado de qualidade, é necessário mais que conhecimento técnico, estar ciente da origem e situação particular na qual o sujeito em questão se encontra. Conforme Boff (apud ALVES; GULJOR, 2008, p.229), “cuidado é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”. Então a partir do momento que existe alguma espécie de resistência do profissional em atender o usuário, sem buscar compreender o contexto que está inserido, como tem acontecido com a Família Fidélis, o resultado é o quadro atual que encontramos: um grupo afastado da equipe de Estratégia de Saúde da Família ao qual teria direito, ações de saúde frustradas e conflitos importantes, que dificultam a criação de vínculo e o cuidado.

⁶ Ashanti, em entrevista realizada em outubro de 2014, na cidade de Porto Alegre.

Racismo na penumbra

A reflexão e abordagem sobre racismo dentro da equipe é uma questão invisibilizada. As definições apresentadas pelos profissionais são variadas, mas em todas foi possível notar que não havia uma discussão anterior sobre a temática. Aliás, apesar de estarem presentes em seu território duas comunidades quilombolas, os discursos apresentados pelos profissionais transparecem que eles não possuem uma compreensão adequada sobre o racismo, e pode-se pensar como isto impacta na trajetória de cuidado das comunidades quilombolas atendidas pela equipe.

Consideramos o racismo na sua dimensão histórica e sociopolítica atual, ao conformar um sistema de relações que estrutura junto a outros marcadores sociais a posição social de indivíduos e grupos, e ainda, como ele se expressa no acionar das instituições, por exemplo, educativas. Os profissionais da saúde atuantes hoje foram formados em um sistema educativo que nega ou invisibiliza o racismo na formação social do Brasil. Isto traz desdobramentos no sentido de as pessoas não estarem preparadas para lidar com a temática racial, além de não compreenderem seu papel no processo de desconstrução do racismo.

Uma questão importante que apareceu, quando os profissionais foram questionados se tinham presenciado alguma situação de racismo, foi a resposta de que presenciaram situações não no centro de saúde, mas vindas dos usuários contra profissionais negros. Isto pode se entender a partir dos lugares legitimados na sociedade e as expectativas geradas em relação às pessoas que ocupam esses lugares. No imaginário social uma pessoa negra não “deveria” estar ocupando o lugar de profissional da saúde, e isso mobiliza uma série de preconceitos, por exemplo, que essa pessoa não seria competente para estar nesse cargo. Quando olhamos para o racismo estrutural e estruturante em nosso país, percebemos sua marca nas famílias e no ambiente escolar, sendo uma questão que por muitos ainda está naturalizada. São raros os ambientes educacionais onde temos professores que abordam a temática, que aceitam proporcionar essa reflexão aos alunos.

Podemos novamente ligar esta temática com o laço que nosso país teve com a escravidão e como seu contexto influencia ainda o cenário contemporâneo, se refletindo inclusive na área da saúde. Segundo Moraes (2013, p.23),

[...] em 1889, apenas um ano após a Abolição, os trabalhadores negros e pardos eram afastados da competição “objetiva” de mercado. Desta maneira, percebe-se que não só a escravidão foi a responsável pelo tratamento desigual sofrido até os dias de hoje pelos negros e pardos brasileiros: a presença do Estado na configuração do mercado de trabalho no pós-abolição – o incentivo à participação branca e à ausência de qualquer política pública voltada aos negros – são outros importantes fatores a serem levados em consideração. Essa ausência não é percebida apenas no mercado de trabalho, mas em áreas como habitação, saúde e educação (adicionamos ainda segurança, lazer, cultura e mesmo os meios de comunicação).

Ao associarmos as questões relatadas no trecho acima destacado, em conjunto com a invisibilidade do racismo que predomina em nosso país, é possível compreender os fatos que levam à forte manifestação do conceito na saúde e a resistência a profissionais negros. Ao revisitarmos a história, é facilmente perceptível as consequências de um processo de abolição da escravatura sem políticas públicas direcionada para a população negra, e a omissão do

Estado nesse processo tem como um dos inúmeros efeitos o predomínio de pessoas brancas entre os profissionais de saúde. O que potencializa reações como as relatadas pelos profissionais.

Notou-se também a importante ausência de um canal que discuta efetivamente a questão de racismo, onde todos os profissionais tenham acesso permanente. Quando questionados sobre a existência de um canal de discussão sobre a temática, surgiram como respostas órgãos como a Secretaria do Povo Negro, que tem como atribuição formatar políticas públicas ou até de ofertar um grupo contínuo onde a temática fosse trabalhada, sinalizando a lacuna nessa questão. Já o Curso de Promotores em Saúde da População Negra, que também foi citado pelos trabalhadores, é uma ferramenta interessante, mas não são todos os trabalhadores da saúde que tem a possibilidade de frequentá-lo, devido a várias questões, como necessidade da manutenção do funcionamento dos serviços de saúde.

Grande parte da equipe teve dificuldade em definir racismo, chegando a mudar a postura corporal, risos nervosos, com medo de falar algo socialmente não aceito. Existe uma dificuldade imensa em reconhecer o racismo como produtor de desigualdades sociais, o que se apresenta como uma barreira na relação em várias esferas, incluindo a da saúde. A dificuldade que o grupo apresentou em falar sobre a questão é um alarme importante do desconhecimento e/ou negação do tema por parte dos profissionais, o que reflete negativamente no atendimento das comunidades quilombolas acompanhadas pela equipe.

Podemos vincular as lacunas em relação à compreensão do racismo com as próprias incompreensões sobre a justificativa e a operacionalização da Política de Saúde da População Negra. Ao serem questionados sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, surgiram respostas por parte dos profissionais como as destacadas abaixo:

Mais ou menos [...] Ah, eu acho que sim. Porque eu ...eu... tenho muita atenção com eles, atenção, atenção básica tenho bastante né e vou até além, eu dou orientações de nutrição [...] (Tanisha - agente de saúde)⁷.

Olha... a gente sempre vai acompanhando, tem sempre bastante coisa para ler... a gente tá sempre tentando se atualizar nisso assim né. Eu vou te dizer uma coisa, eu acho que a gente não tem muito o que fazer, que olhar dessa forma. Porque eu sou meio radical em relação a isso. Porque eu tenho que olhar diferente? Sabe, porque quando eu vou atender uma pessoa, eu não consigo ficar vendo essa diferença, entendes? [...] A gente sempre tem que tá lendo e vendo as coisas, mas eu não consigo diferenciar. Claro que a gente sabe que tem algumas doenças que são mais prevalentes na população negra e a gente tem que ter esse olhar, mas direcionar assim especificamente pra isso, eu não consigo fazer (Jazara - médica)⁸.

Sim. Tu sabe que dentro da minha formação em saúde pública, eles não tiveram esse olhar da formação do negro, que foi uma coisa que me chamou a atenção, mas logo que eu entrei aqui na PMPA, como apoiadora, a gente teve uma reunião com a equipe da saúde do negro, pra realmente fazer essa fala. Pra ter esse olhar, que as mulheres se sentem menos examinadas, que as doenças são assim. Os diagnósticos são mais negligentes porque não tem assim um... Olhar. Elas

⁷ Tanisha, em entrevista realizada em outubro de 2014, na cidade de Porto Alegre.

⁸ Jazara, em entrevista realizada em outubro de 2014, na cidade de Porto Alegre.

procuram menos o serviço por se sentirem atendidas diferentes. Só que pra mim a política da população negra, é como se eles não precisassem ter me dito isso é tão obvio que tem que ter um olhar de inclusão a um grupo que se sente menos assistido, que eu automaticamente compenso isso na consulta. Eu sempre toco na paciente, eu tenho...que não seja essa coisa de examinar, pra mostrar que não tem essa barreira, que não tem uma restrição ou uma resistência (Ashanti - enfermeira)⁹.

Percebe-se pelas falas destacadas, que as dificuldades referentes à definição da política foram variadas, associadas ao desconhecimento e/ou à compreensão limitada da sua finalidade/necessidade.

A sensibilização para entendimento dos motivos que se precisa de uma política específica para essa parcela da população pode ser notada no relato da enfermeira Ashanti, que antes de solicitar transferência para a equipe de ESF da unidade de saúde, trabalhou como apoiadora na gerência distrital da região Centro e participou de uma reunião com a Secretária Adjunta do Povo Negro, onde foram trabalhados dados e demais informações que contextualizaram a necessidade da política existente. Infelizmente a equipe da Estratégia de Saúde da Família não passou pelo mesmo processo, o que resulta na resistência em incorporar a política em sua prática cotidiana, entendo que pela falta da sensibilização que poderia ser feita através da exposição de dados específicos que auxiliariam na justificativa da criação da política.

Existe uma carência de entendimento que a criação da política responde ao reconhecimento das desigualdades raciais causadas pelo racismo institucional, que é um forte determinante das condições de vidas da população negra. A partir da sua existência, foi possível a inclusão no SUS de ações variadas, como o uso do quesito cor nos sistemas de informação em saúde, a incorporação da perspectiva racial nos processos de formação e educação permanente de profissionais e a implementação de ações afirmativas que busquem a obtenção da equidade em saúde e a promoção da igualdade racial (MORAES, 2013). Ao olharmos a política, encontramos que ela prevê a inclusão dos temas racismo e saúde da população negra nos processos de formação dos trabalhadores da saúde, e o que percebi é que somente uma pessoa da equipe entrevistada passou por uma formação mais complexa, que de fato aborde as temáticas.

A política também contempla grupos específicos como os quilombolas com o objetivo de minimizar os agravos resultantes da discriminação racial e da exclusão social, que interferem bruscamente na qualidade de saúde dos mesmos. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é dependente do envolvimento dos profissionais de saúde e, para isso, é preciso a desconstrução das práticas racistas, que foram naturalizadas ao longo de décadas nos espaços dos serviços de saúde. A sua implementação está condicionada a um trabalho comprometido dos gestores com a fomentação de uma agenda de atuação composta por pautas e estratégias de ação (COSTA,2013).

Ao longo da análise das entrevistas, notamos que a formação é um eixo central de toda a questão da experiência de cuidado que se estabelece não só com as comunidades quilombola, mas com a população em geral. Compreendemos a formação como o esqueleto da experiência de cuidado, pois é por meio dela que se constrói com o profissional em formação a utilização dos conceitos em sua prática, das políticas de saúde existentes, assim como os fundamentos do

⁹ Ashanti, em entrevista realizada em outubro de 2014, na cidade de Porto Alegre.

sistema de saúde em que trabalharão. Não recebemos ao longo de nossa formação enquanto cidadãos, assim como os professores e educadores, o preparo adequado para o convívio com a diversidade e as manifestações de discriminação resultantes dela que se atravessam em nosso cotidiano. Consequência do mito da democracia racial existente em nosso país, essa falta de preparo compromete seriamente a formação dos cidadãos. Somos oriundos de uma educação eurocêntrica e corremos o risco de que em função dela, possamos reproduzir consciente ou inconscientemente os preconceitos enraizados em nossa sociedade (MUNANGA, 2005).

O resultado disso é a formação de sujeitos que não possuem familiaridade nenhuma com a questão, educadores que não trabalharam em sala de aula temas como racismo, relações étnico-raciais, formação de comunidades quilombolas e menos ainda, sobre a especificidade dos quilombos urbanos. No ensino superior, encontramos o mesmo quadro, que é a ausência do racismo e seus impactos na trajetória de vida da população negra nos currículos dos cursos. A consequência é a saída de profissionais do meio acadêmico que não possuem nenhuma familiaridade com as questões e que não compreendem a necessidade da existência de uma política de saúde específica para a população negra e das peculiaridades que atingem comunidades quilombolas.

Considerações finais

A unidade de saúde tem um trabalho de referência com Saúde da População Negra, mas como o restante da rede do SUS possui suas fragilidades. Ao longo do processo de análise dos relatos dos profissionais, juntamente com a imensa carga de leitura realizada para possibilitar essa fase essencial do trabalho, compreendi que a lacuna na formação tanto inicial quanto continuada desses profissionais é um problema vital no diálogo estabelecido por meio da experiência de cuidado entre os profissionais da Estratégia de Saúde da Família com as comunidades quilombolas, em especial a Família Fidélis, que é quem atualmente tem um vínculo quase que inexistente com a equipe.

As reações quando questionados sobre sua compreensão do racismo foram variadas e antes mesmo de ouvir a resposta dos profissionais entrevistados já podia perceber que a questão não era trabalhada na equipe. Houve risos nervosos, questionamentos se tinham dado a resposta certa. A não existência de um canal que discuta efetiva e permanentemente esse tema, não existindo uma porta onde seja acolhida e trabalhada os atos de racismo que se apresentam em meio do cotidiano de trabalho, prejudicam fortemente a compreensão sobre a complexidade da questão e como se apresenta como um importante determinante social de saúde. Isso também acontece quando pensamos a Política de Saúde Integral da População Negra, pois os profissionais até relatam conhecer a política, mas em função da dificuldade de entendimento sobre racismo, alteridade e equidade, acabam não entendendo a importância da sua existência e não a incorporando em sua prática.

Pode-se ressaltar como essencial para a melhora da experiência de cuidado da Equipe de Estratégia de Saúde da Família da unidade de saúde da região, uma profunda reflexão e reelaboração da formação que os profissionais tem recebido. É fato que essa formação vem acontecendo, mas a inquietação que surge é a seguinte: a quem ela está contemplando?

É uma questão desafiadora, mas que certamente impactará de forma positiva o cuidado que é prestado as populações quilombolas existentes no território da equipe de saúde

reforçando a necessidade e possibilitando o conhecimento efetivo da PNSIP, garantindo sua efetividade.

Referências

- ALVES, Domingos Sávio; GULJOR, Ana Paula. "O cuidado em Saúde Mental". In: *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. PINHEIRO, Roseni; MATOS, Ruben Araujo de (Orgs). Rio de Janeiro, Hucitec, ABRASCO, 2008. p.221-239.
- AYRES, José Ricardo. Organização das ações em saúde: modelos e práticas. *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.18, supl.2, p.11-23, 2009.
- AYRES, José Ricardo. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva/ Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 63-72, 2001.
- BATISTA, Luís Eduardo; MONTEIRO, Rosana Batista; MEDEIROS, Rogério Araújo. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra de uma escola pública. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, 2013.
- BETTO, Frei. Alteridade. Projeto Revoluções. *Instituto de Tecnologia Social - ITS BRASIL*, Secretaria Nacional de Direitos Humanos da. Presidência da República, do SESC-SP, Boitempo Editorial, 2014.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. *Racismo como determinante social em saúde*. Brasília: SEPIR, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Reflexões temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS. *Revista Saúde e Sociedade*, v.15, n.2, p.23-33, 2006.
- COSTA, Simone Gomes. *A equidade na saúde brasileira: uma análise da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. 2013. 75p. Monografia de Conclusão de Curso (Bacharel em Ciências Sociais) - Curso de Ciências Sociais, Universidade do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2013.
- SCOREL, Sarah. Equidade em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 202-210.
- GEHLEN, Ivaldo; SILVA, Marta; SANTOS, Simone dos. *Diversidade e proteção social: estudos quantitativos das populações de Porto Alegre*. Porto Alegre: Centhury, 2008, v. 1.
- GUIMARÃES, Antônio Sergio Alfredo. Preconceito de cor e racismo no Brasil. *Revista de Antropologia*. São Paulo, USP, v.47, n. 1, p.9-43, 2004.
- LIMA, Alexandre Peres de. *Como funciona o pleito quilombola: etnografia da comunidade Família Fidélis (Porto Alegre/RS) em sua emergência como Remanescentes de Quilombo*. 2012. 119p. Monografia de Conclusão de Curso. (Bacharel em Ciências Sociais) - Curso de Ciências Sociais, Universidade do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2012.
- LÓPEZ, Laura Cecilia. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, vol.16, n.40, p. 121-134, 2012.
- MARQUES, Olavo Ramalho. *Entre a Avenida Luís Guaranhas e o Quilombo do Areal: estudo etnográfico sobre memória, sociabilidade e territorialidade negra em Porto Alegre/RS*. 2006. 165p. Dissertação

- (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2006.
- MORAES, Fabiana. *No país do racismo institucional: dez anos de ações do GT Racismo no MPPE*. Coordenação Assessoria Ministerial de Comunicação Social do MPPE, Grupo de Trabalho sobre Discriminação Racial do MPPE - GT Racismo. - Recife: Procuradoria Geral de Justiça, 2013.
- MUNANGA, Kabengele. *Superando o Racismo na escola*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2005.
- PASSOS, Jorge. Justiça e equidade em Aristóteles. *Revista Augustus*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 28, p. 45-56, 2009.
- PINHEIRO, Roseni. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, 110-113.
- SALAINI, Cristian Jobi; MELLO, Marcelo Moura. Seguindo as pegadas do quilombo pelos caminhos da memória, da identidade e da etnicidade. In: *Anais da VIII Reunião de Antropologia do MERCOSUL*, Buenos Aires, 2009.
- TRAVASSOS, Claudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho; CARVALHO, Antônio Ivo (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 215-243.
- TRIVIÑOS, Augusto. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.
- UNESCO. *Declaração sobre a raça e os preconceitos raciais*. 1978.
- UWE, Flick. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Carolina Pereira Montiel – Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). E-mail: carolpmontiel@gmail.com.

Laura Cecilia López – Doutora em Antropologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). E-mail: lauracl1975@gmail.com.