

## SAÚDE DA CRIANÇA QUILOMBOLA: PERSPECTIVAS ATRAVÉS DE UMA REVISÃO LITERÁRIA

**Autores:** LUIZA FERNANDES FONSECA SANDES, DANIEL ANTUNES FREITAS, KELLEN BRUNA DE SOUSA LEITE, VICTORIA RUAS FREIRE COSTA

### Introdução

Anualmente nascem 130 milhões de crianças no planeta, cerca de quatro milhões morrem nas primeiras quatro semanas de vida. Dessas mortes, o número de óbitos no período neonatal é superior a 60%. No Brasil, em 2008, a mortalidade neonatal atingiu os índices de 12 para cada mil nascidos vivos; no Nordeste (região brasileira cujas condições de vida se assemelham às condições do norte de Minas Gerais) chega a 14,9/10001 (GOMES, 2013). Sobre estes dados numéricos, nota-se a mortalidade infantil em negros é 2,4 vezes maior que em brancos, e nas afecções perinatal essa proporção equivale a 4,6 vezes mais, demonstrando correlação com os fatores de desigualdades raciais e contextos quilombolas (BEZERRA, 2013). Enquanto a mortalidade infantil vem diminuindo no país, nas comunidades quilombolas, esses valores são bastante expressivos e superam as médias nacional, regional e estadual, classificando-se como alta, conforme critérios definidos pelo Ministério da Saúde.

A população negra tem sido objeto de políticas de saúde, tendo em vista as particularidades concernentes às disparidades de suas condições de saúde, do ponto de vista individual e coletivo. O Ministério da Saúde considera que mais de 46% do total da população de pessoas negras do Brasil vivem em condições desfavoráveis de saúde. A literatura evidencia que as desigualdades em saúde estão diretamente relacionadas à questão étnico-racial agravando-se em indivíduos de cor de pele preta, parda e indígena. Neste contexto, inserem-se as comunidades remanescentes quilombolas (KOCHERGIN, 2014).

As comunidades remanescentes quilombolas são o símbolo da resistência à opressão histórica vivenciada durante a escravidão no Brasil, estas se caracterizam por ancestralidade negra descendendo de escravos e características étnicas que guardam relação com práticas culturais próprias, forte vínculo com a terra e trajetória histórica singular. Tais comunidades, majoritariamente localizadas em áreas rurais, possuem baixos níveis de escolaridade e renda com atividades econômicas predominando a agricultura de subsistência, pecuária e artesanato, sendo, portanto, classificadas como população altamente vulnerável (FREITAS, 2011; SIQUEIRA, 2016; GUERRERO, 2007).

No que se refere à utilização dos serviços de saúde destinados à população quilombola revela-se que quase todas as particularidades da atenção primária não estão adequadamente presentes na assistência à saúde. Ainda propaga-se o paradigma de saúde biomédico centrado na cura e medicalização do atendimento fragmentando a atenção à saúde. A questão da saúde dos quilombolas encontra alguns fatores que dificultam o seu desenvolvimento, o baixo nível socioeconômico associado ao isolamento geográfico, em conjunto com as baixas condições de vida e moradia estão intimamente ligados ao atraso na melhoria da qualidade de vida desse grupo populacional (SIQUEIRA, 2016; FREITAS, 2011; MARQUES, 2014).

Nesse contexto, mostra-se de imensa importância a pesquisa, através de artigos de cunho científico, a respeito do cenário de saúde da população e, mais especificamente, das crianças em comunidades Quilombolas. Através de distinção precisa de qualidade e hábitos de vida, quantificação de acesso adequado à serviços de saúde, principais fatores predisponentes e doenças mais incidentes dentro das crianças Quilombolas é possível direcionar as atuais políticas de saúde para contextos específicos dessas comunidades.

### Material e Métodos

Para o desenvolvimento do presente estudo, foram realizadas buscas de literatura científica nas seguintes bases de dados on-line/portais de pesquisa: Pubmed/Medline, Scielo, LILACS e BIREME. Os descritores e expressões utilizados durante as buscas nas bases de dados foram: saúde e quilombolas. Foram utilizados os artigos publicados nos últimos 10 anos, os quais correspondem aos anos de 2007 ao ano de 2017, em português, que apresentassem relevância relativa ao tema pesquisado. Também foram utilizados documentos e publicações governamentais, extremamente importantes para definições e conceitos. Foram encontrados 58 artigos, tendo sido excluídos os artigos publicados antes do ano 2007 e/ou que não contemplassem o texto completo. Os artigos foram estudados em sua plenitude e compilados a partir do eixo central da pesquisa.

### Resultados e discussão

Ao analisar a amostra total de 58 artigos, foram selecionados sete artigos, relevantes e relacionados com o tema em discussão. Foi descrito em todos os artigos a vulnerabilidade acentuada das populações quilombolas, que tiveram seus direitos étnico-raciais e territoriais reconhecidos tardiamente pelo Estado Brasileiro, apenas em 1988, no entanto ainda permanecem demasiadamente segregadas de diversos direitos, incluindo o acesso à saúde. Tais comunidades rurais sobrevivem majoritariamente de agricultura de subsistência, com mão de obra familiar, que inclui desde crianças até integrantes mais idosos da família (FREITAS, 2011). As condições de vida precárias e rudimentares, grupos familiares agrupados em pequenas casas, sem saneamento básico nem conforto, ausência de serviços de saúde regulares e acessíveis, além da falta de educação em saúde dos próprios habitantes de comunidades Quilombolas; torna esse grupo específico detentor de indicadores de saúde precários, com maiores taxas de mortalidade infantil e índices elevados de doenças infecto-parasitárias, cardiovasculares e doenças crônicas em geral (FREITAS, 2011; MARQUES, 2013).

As crianças Quilombolas não são exceção aos baixos índices de indicadores de saúde generalizados para toda a comunidade. Vivem em casas superlotadas, com pais geralmente jovens e sem escolaridade adequada, começam a trabalhar na agricultura familiar desde muito pequenos, para auxiliarem financeiramente o núcleo familiar. É estimado que 43,6% das mães das crianças quilombolas de zero a cinco anos possuem até quatro anos de escolaridade e 47,0% dos chefes de família estudaram até o quarto ano do Ensino Fundamental (SOUSA, 2013). Apesar da maioria das comunidades possuírem escolas, apenas 34,5% das crianças quilombolas estudam (SOUSA, 2013). Portanto, a alimentação apropriada das crianças dessas comunidades, que deveria ser instituída também no ambiente escolar, se torna problemática. Com índices mais elevados de subnutrição, proporcionais a pobreza familiar, estatisticamente 11,6% e 8,1% das crianças Quilombolas apresentaram déficit de Altura/Idade e de Peso/Idade, respectivamente (SOUSA, 2013). A falta de saneamento adequado para as comunidades tem refletido em surtos de diarreia, maiores taxas de enteroparasitoses, e doenças dermatológicas entre os Quilombolas (GUERRERO, 2007; RANGEL, 2014; ANDRADE, 2011). Estatisticamente, a respeito do acesso ao saneamento básico em comunidades Quilombolas: 29% possuem acesso ao serviço de Coleta de Lixo; 24% ao esgotamento sanitário e 56% à água encanada (SOUSA, 2013). Comparando-se taxas de mortalidade infantil em meios urbanos e em outras comunidades rurais ao redor do país, dentre as crianças Quilombolas tais índices apresentam-se consideravelmente mais elevados, sendo considerada como "alta" de acordo com critérios do Ministério da Saúde (GUERRERO, 2007). Além disso, dentre os adolescentes Quilombolas existe maior taxa de consumo de álcool e tabaco, provavelmente reflexo de perspectivas de futuro desanimadoras para esses jovens inseridos em uma comunidade segregada de direitos básicos e com condições de vida precárias diante da pobreza extrema (FREITAS, 2011).



Dentro dessas comunidades não existem serviços de saúde locais e regulares, portanto, em caso de doenças graves ou urgências/emergências médicas, esses habitantes devem percorrer grandes distâncias para auxílio de saúde em centros maiores. Um serviço de Atenção Primária em Saúde (APS) efetivo, com presença constante e regular de atendimento médico, nos territórios Quilombolas é potencialmente importante para melhoria nos índices de saúde dessas populações e garantia da integralidade de acesso à saúde (MARQUES, 2013). Diante de uma urgência/emergência pediátrica, os quilombolas abordam suas crianças inicialmente com práticas curativas sociais, parte do subsistema popular. É frequente o uso de chás medicinais, banhos de ervas, massagens e automedicações, desde broncodilatadores até antibióticos e analgésicos (SIQUEIRA, 2016). Tal costume social está intrinsecamente ligado à cultura das comunidades rurais Quilombolas, portanto as práticas medicinais alternativas não devem ser desintegradas de todo o corpo social, pois fazem parte das tradições e crenças seculares dessas comunidades, estabelecendo uma rede integrada entre saúde e religiosidade/espiritualidade (FREITAS 2011; SIQUEIRA, 2016). Após a não resolutividade com o subsistema social, os Quilombolas recorrem ao subsistema profissional, formado pela prática biomédica e a medicina científica e formalizada (SIQUEIRA, 2016). No entanto, devido à precariedade de acesso aos serviços de saúde, baixa resolutividade das unidades de APS e falta de transportes de urgência, os Quilombolas iniciam uma verdadeira peregrinação até instituições de saúde formais. Dessa forma, é evidenciada a não integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), que impõe barreiras operacionais e inflexíveis quanto ao atendimento médico de populações Quilombolas.

## Conclusões

Comunidades Quilombolas ainda permanecem extremamente marginalizadas dos serviços de saúde, encontrando diversos obstáculos que impedem a integralidade do acesso à saúde e deparando-se com um sistema pouco resolutivo e pouco eficaz. Pesquisas estatísticas dos determinantes de saúde Quilombola são muito escassas, reflexo de falta de estudos demográficos e epidemiológicos nessas comunidades. Portanto, atualmente, as comunidades Quilombolas se enquadram em população de vulnerabilidade social e são detentoras de uma imensa invisibilidade epidemiológica e demográfica. Tais grupos sociais são secularmente submetidos a segregações e ausência de direitos básicos e, portadores de uma cultura étnico-racial única, devem ser integrados em políticas públicas de saúde específicas e que se apliquem à realidade Quilombola. Dentre os progressos relacionados ao sistema de saúde mais integral, resolutivo e acessível, é necessária a instituição de uma APS regular e eficiente, sistema de transporte de urgência que respeite a hierarquia institucional e atenda aos moradores das comunidades e resolutividade da fragilidade socioambiental gerada pela ausência de saneamento básico. Dessa forma, é possível estabelecer uma equidade no atendimento à saúde Quilombola, tanto de crianças como adultos, ressarcindo essa comunidade pelas desigualdades sociais historicamente enfrentadas, que ainda hoje permanecem como traços de disparidade social, apesar de invisíveis a maioria da sociedade.

## Agradecimentos

Agradecimento à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Programa Institucional de Iniciação Científica (PROINIC) e à Associação Quilombola de Palmeirinha.

## Referências Bibliográficas

- ANDRADE, E.C. et al. Prevalência de parasitoses intestinais em comunidade quilombola no Município de Bias Fortes, Estado de Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 20, n.3, p.337-344, 2011.
- BEZERRA, V.M.; ANDRADE, A.C.S.; CÉSAR, C.C.; CAIAFFA, W.T. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Cad Saúde Publica*, v. 29, n. 9, p. 1889-902, 2013.
- FREITAS, D.A.; CABALLERO, A.D.; MARQUES, A.S.; HERNÁNDEZ, C.I.V.; ANTUNES, L.N.O. Saúde e Comunidades Quilombolas: Uma Revisão da Literatura. *Rev. CEFAC*, v.13, n. 5, p. 937-943, 2011.
- GOMES, K.D.O.; REIS, E.A.; GUIMARÃES, M.D.C.; CHERCHIGLIA, M.L. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Publica*, v. 29, n. 9, p.1829-1842, 2013.
- GUERRERO, A.F.H. et al. Mortalidade Infantil em Remanescentes de Quilombos do Município de Santarém1 - Pará, Brasil. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.16, n.2, p.103-110, 2007.
- KOCHERGIN, C.N.; PROIETTI, F.A.; CÉSAR, C.C. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. *Cad Saude Publica*, v. 30, n. 7, p. 1487-1501, 2014.
- MARQUES, A.S. et al. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n. 2, p.365-371, 2014.
- RANGEL, D.L.; OLIVEIRA, C.; KYAW, C.M.; CALDEIRA JÚNIOR, A.M.; Monteiro, P.S. Perfil parasitológico de moradores de uma comunidade quilombola. *Acta Paul Enferm.*, v.27, n.6, p.513-9, 2014.
- SIQUEIRA, S.M.C. et al. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n.1, p.179-189, 2016.
- SOUSA, L.M. et al. Alimentação escolar nas comunidades quilombolas: desafios e potencialidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n.4, p.987-992, 2013.

# 11<sup>o</sup> FEPEG FÓRUM

ENSINO • PESQUISA  
EXTENSÃO • GESTÃO

**UNIVERSIDADE, SOCIEDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS**

ISSN: 1806-549X

Realização:



SECRETARIA DE  
DESENVOLVIMENTO  
CIENTÍFICO, TECNOLÓGICO  
E INOVAÇÃO SUPERIOR



Apoio:

