

SAÚDE DAS MULHERES QUILOMBOLAS: DIÁLOGO COM A LITERATURA

Health of quilombolas women: dialog with the literature

Salud de las mujeres quilombolas: diálogo con la literatura

Michelle Kuntz Durand¹, Ivonete Teresinha Schuller Buss Heidemann²

Como citar este artigo:

Durand MK, Heidemann ITSB. Saúde das mulheres quilombolas: diálogo com a literatura. Rev Fun Care Online. 2020 jan/dez; 12:203-210. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7226>.

RESUMO

Objetivo: realizar um mapeamento na literatura sobre os estudos que abordam a saúde das mulheres quilombolas. **Método:** revisão integrativa de literatura de abordagem qualitativa, realizada em três bases de dados, com a utilização da combinação dos descritores: Grupo com Ancestrais do Continente Africano, Mulheres, Saúde, num intervalo temporal de 10 anos. **Resultados:** emergiram 66 artigos, sendo incluídos 58 para análise e discussão. Formou-se eixos temáticos, onde 25 estavam relacionadas às doenças das mulheres quilombolas e com limitada discussão da promoção da saúde e dos determinantes sociais. Os outros 33 artigos relacionavam-se à contextualização histórica e social dos quilombos, Atenção Primária à Saúde, iniquidade social e violência, racismo e discriminação e acesso das mulheres quilombolas aos serviços de saúde. **Conclusão:** identificou-se limitações frente a determinação social com foco em pesquisas de cunho biológico e com ênfase na doença, destacando a necessidade imperiosa de estudos voltados a promoção da saúde desta população. **Descritores:** Comunidades; Determinantes sociais de saúde; Mulheres.

ABSTRACT

Objective: to carry out a mapping in the literature on studies addressing the health of quilombolas women. **Method:** integrative review of literature of qualitative approach, held in three databases, using the combination of the descriptors: african continental ancestry group, women, health, in a time interval of 10 years. **Results:** 66 articles emerged, being included 58 for analysis and discussion. It formed themes, and from these 25 were related diseases of the quilombo women and limited discussion of health promotion and social determinants. The other 33 articles were related to the historical and social context of the quilombos, Primary Health Care, social inequity and violence, racism and discrimination and access of quilombos women to health services. **Conclusion:** we identified limitations front the social determination with focus on research of biological nature and an emphasis on disease, highlighting the necessity of studies regarding at promoting the health of this population.

Descriptors: Community; Social determinants of health; Woman.

1 Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFSC, Professora Colaboradora do Departamento de Enfermagem da UDESC.

2 Graduada em Enfermagem pela UFSC, Mestre em Enfermagem pela UFSC, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade São Paulo (USP), Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

RESUMÉN

Objetivo: realizar un levantamento en la literatura sobre los estudios que abordan la salud de las mujeres quilombolas. **Método:** revisión integrativa de literatura de abordaje cualitativo, realizada en tres bases de datos, con la utilización de combinación de las siguientes palabras clave: Grupo con Ancestrales del Continente Africano, Mujeres, Salud, en un intervalo temporal de 10 años. **Resultados:** han surgido 66 artículos, de los cuales 58 se ha analizado y discutido. A partir de esto, se ha formado ejes temáticos, de los cuales 25 artículos presentan relación con enfermedades de las mujeres quilombolas y con limitada discusión de la Promoción de la Salud y de los Determinantes Sociales. Los otros 33 artículos presentan relación con la contextualización histórica y social de los quilombos, Atención Primaria a la Salud, iniquidad social y violencia, racismo y discriminación y acceso de las mujeres quilombolas a los servicios de salud. **Conclusión:** se identificó limitaciones frente a la determinación social con foco en investigaciones de carácter biológico y con énfasis en la enfermedad, destacando la necesidad imperiosa de estudios volcados a la Promoción de la Salud de esta población.

Descriptor: Comunidades; Determinantes sociales de la salud; Mujeres.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra¹ definiu o conjunto de princípios, marcas, diretrizes e objetivos voltados para a melhoria das condições de saúde dessa população. Abarcou ações de cuidado e atenção à saúde, assim como de gestão participativa, controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente, visando à promoção da equidade em saúde da população negra.

No conjunto da população negra brasileira, é possível identificar que o grupo das comunidades quilombolas parece ainda mais negligenciado. Quase sempre localizadas em áreas rurais, essas comunidades, originalmente constituídas por descendentes de escravos, sobreviveram à margem dos benefícios sociais, preservando a dependência da terra para sua reprodução física, social, econômica e cultural.²

A escassa literatura, pelo menos na área da saúde, sobre as comunidades quilombolas destaca também a invisibilidade dessas comunidades aos olhos da academia. Existem poucos estudos que abordam a questão da saúde das comunidades negras ou, mais especificamente, as quilombolas. Alguns estudos limitam-se a comunidades isoladas e não permitem a generalização de dados. Destaca-se ainda que esse grupo segue marcado por processos de discriminação e exclusão, e que muitos dos indicadores de saúde ainda estão distantes dos valores eticamente aceitáveis.²

As comunidades quilombolas se caracterizam por particularidades étnicas que as diferenciam do restante da sociedade. Historicamente, esse grupo esteve à margem dos benefícios sociais governamentais por diversos anos. Seu reconhecimento oficial, com a outorga de direitos plenos de cidadania, somente ocorreu a partir da Constituição Federal de 1988, e políticas especiais de assistência social e saúde para esse grupo só foram implantadas mais tardiamente.³

Em síntese, observa-se ainda um conjunto de carências e fragilidades que apontam para um histórico de abandono das comunidades quilombolas. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra³, que propõe ações

transversais, no Sistema Único de Saúde (SUS), visando garantir a efetivação do direito à saúde da população negra em relação à promoção, à prevenção e ao tratamento dos agravos de saúde, parece ainda não ter se materializado. Com isso, se perpetuam os entraves de acesso, a ausência de vínculos e responsabilização por parte dos profissionais de saúde. As questões apontadas são graves e ensejam a inserção de aspectos éticos na discussão das políticas específicas às comunidades quilombolas, buscando-se, inclusive, dar voz aos sujeitos envolvidos.⁴

Parece necessário, portanto, repensar a atenção à saúde para as comunidades quilombolas, considerando as suas particularidades, o contexto de localização predominantemente rural, as peculiaridades culturais, de acesso aos bens de consumo duráveis e serviços públicos, de oportunidades sociais, além das características epidemiológicas. Processos inclusivos e estratégias mais efetivas de promoção da equidade são imperativos para reduzir os danos recorrentes que o racismo institucional tem lançado às comunidades quilombolas.²

O papel da posição socioeconômica nessas desigualdades raciais também tem recebido pouca atenção. Dado que as mulheres negras em muitos países se encontram desproporcionalmente em desvantagem na hierarquia social, é plausível atribuir essas disparidades, pelo menos em parte, às desigualdades socioeconômicas ao longo da vida.⁵

Assim, ao refletirmos sobre os aspectos citados e pensarmos sobre a relevância desta temática, há a seguinte questão norteadora: qual a produção do conhecimento na base de dados frente a saúde das mulheres quilombolas no período de 2006 a 2015?

Para responder à questão norteadora, propõe-se como objetivo geral: realizar um mapeamento junto à literatura dos estudos que abordam a saúde das mulheres quilombolas.

MÉTODOS

A estratégia metodológica adotada para o alcance do objetivo deste estudo foi a revisão integrativa da literatura, que tem o propósito de reunir e resumir resultados de estudos acerca de uma questão ou tema específico, de forma sistemática e ordenada, com vistas a contribuir para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado⁷. A análise dos trabalhos seguiu as seguintes etapas: formulação da questão de pesquisa e objetivos da revisão integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; interpretação e discussão dos resultados.⁶

Para o desenvolvimento deste estudo sobre a saúde das mulheres quilombolas, foram realizadas buscas de literatura científica nas seguintes bases de dados on-line/portais de pesquisa: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline). Os descritores e expressões utilizados durante as buscas nas bases de dados foram: *"Grupo com Ancestrais do Continente Africano" OR "Grupo com

Ancestrais Africanos” OR “Grupo de Ascendência Africana” OR “Grupo de Ascendência Continental Africana” OR quilombola* * Mulheres OR mulher OR feminin* * Saúde.

Foram pesquisados os artigos publicados entre os anos 2006 e 2015, nos idiomas português, inglês e espanhol, que apresentassem relevância relativa ao tema estudado. Também foram incluídos documentos e publicações governamentais, importantes para definições e conceitos.

Foram encontrados 66 artigos, tendo sido excluídos os artigos publicados antes do ano 2006, que não contemplassem o objetivo deste estudo e/ou cujo texto completo não estivesse disponível, resultando 58 artigos para análise.

Os artigos foram estudados em sua plenitude e compilados a partir do eixo central da pesquisa, sendo agrupados a partir da Análise Temática de Minayo (2010). Essa é a forma que melhor atende à investigação qualitativa do material, uma vez que a noção de tema se refere a uma afirmação relacionada a determinado assunto. Permite inúmeras relações e pode ser apresentada por meio de uma palavra, de uma frase, de um resumo, no qual a presença ou frequência representam algum sentido para o objeto em análise. A análise divide-se em três etapas: a) pré-análise; b) exploração do material e c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação.⁷

As palavras-chaves dos artigos encontrados levaram à construção de cinco eixos temáticos de análise: Contextualização histórica e social dos quilombos e quilombolas; Atenção Primária à Saúde; Doenças correlacionadas com os quilombos/mulheres; Iniquidade social/Violência, Racismo e Discriminação; Acesso das mulheres quilombolas aos serviços de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os periódicos que mais publicaram artigos referentes à saúde das mulheres quilombolas, têm-se destaque o “Caderno de saúde pública”, com nove publicações. Outro periódico com um número bastante significativo foi “Ciência e saúde coletiva”, com seis publicações frente a temática. Saúde e Sociedade, em terceiro lugar, com cinco publicações. “Revista de Saúde Pública” e “Revista Brasileira de Epidemiologia” com três publicações. Teve também duas publicações em periódicos internacionais (ambas no “West Indian Medical Journal”). As demais foram em periódicos de nutrição, medicina, psicologia, enfermagem, odontologia e saúde pública, dando ênfase ao olhar multidisciplinar dado ao tema.

Quanto ao ano de publicação, os artigos foram publicados no período de 2006 a 2015. Destes, três no ano de 2006, seis no ano de 2007, quatro no ano de 2008. Os anos 2009, 2011 e 2013 foram os com maior número de publicações referentes ao tema, no total de 24 (oito em cada ano). Nos anos de 2010 e 2014, ocorreram o total de 12 publicações (seis em cada ano); em 2012, quatro, e apenas uma em 2015.

Referente aos estados com maior publicação, a Bahia teve 17 publicações durante esse intervalo de tempo, ratificando a informação do CPISP que informa que a

Bahia e Minas Gerais são os estados brasileiros com maior número de quilombos. Os demais estados com publicações foram: Rio de Janeiro (três), São Paulo (três), Mato Grosso do Sul (quatro), Goiás (duas), Rio Grande do Sul (uma), Paraná (duas), Alagoas (três), Espírito Santo (duas), Minas Gerais (quatro), Maranhão (duas), Pernambuco (duas). Entre os artigos selecionados na segunda etapa também teve um englobando 11 estados brasileiros e outro realizado por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Referente ao tipo de pesquisa, 87% são pesquisas originais. As demais tratam-se de pesquisa documental, artigo de revisão, artigo de reflexão e relato de experiência.

Quanto ao “paradigma metodológico do estudo”, 74% trata-se de pesquisas quantitativas; 22% pesquisas de natureza quali-quantitativa e apenas 4% são pesquisas qualitativas.

Referente à temática, os estudos frente a saúde das mulheres quilombolas apresenta um olhar direcionado às doenças prevalentes. Dos 58 artigos resultantes, formaram-se cinco eixos temáticos, sendo que destes 24 representam as “doenças correlacionadas às mulheres quilombolas”. Percebe-se uma discussão limitada frente a Promoção da Saúde, voltada ao modelo biomédico e distante dos Determinantes Sociais. Os demais discorrem sobre: “Contextualização histórica e social dos quilombos” (11 artigos), “Atenção Primária à Saúde” (4 artigos), “Iniquidade social/Violência, Racismo e Discriminação” (17 artigos) e “Acesso das mulheres quilombolas aos serviços de saúde” (2 artigos).

Contextualização histórica e social

Dentro da população negra geral, existe um segmento peculiar, constituído de descendentes de negros africanos que, na condição de escravos, fugiam das senzalas onde habitavam e formavam comunidades organizadas para resistir à perseguição imposta pelos fazendeiros e autoridades policiais. Essas comunidades eram chamadas de quilombos. Após a abolição da escravatura no Brasil, muitas dessas comunidades foram conservadas e existem até hoje, sendo denominadas de remanescentes dos quilombos ou comunidades quilombolas.⁸

Descrevem-se essas comunidades como um grupo vulnerável e marginalizado socialmente. Frente a isso, destaca-se a relação das condições de vida e sua determinação social na saúde dos sujeitos. É preciso refletir quanto às diferenças étnico-raciais e econômicas ainda como fontes de iniquidades sociais nas populações pesquisadas. A luta por melhores condições de vida entre os quilombolas e a superação da discriminação é histórica e precisa de mudanças significativas para superarem a exclusão e diferenças a que estão expostos em relação à sociedade.⁹

Sublinha-se um aspecto por muitos anos negligenciado pela literatura nacional em relação às iniquidades da atenção à saúde da mulher e da criança, que é a influência da cor da pele. Durante muito tempo, acreditava-se que os estudos focados nos determinantes socioeconômicos poderiam destacar a influência do racismo sobre os indicadores de saúde, fato que não mais é aceitável.¹⁰

Atenção Primária à Saúde

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2009 (1), no Brasil, estimou a população brasileira em 189.953 milhões de habitantes, sendo 96 milhões de pessoas de cor preta ou parda (IBGE), sendo que 50,7% da população é composta por pessoas negras, autodeclaradas como pretas ou pardas¹¹ (IBGE, 2010). Apesar de numerosa, a população negra brasileira encontra-se ainda hoje nos estratos mais pobres e em crônica situação de iniquidade em relação à saúde.³

Estudos avaliativos que busquem conferir a efetividade e o alcance das políticas de saúde junto aos grupos vulneráveis, incluindo-se aí as comunidades negras e quilombolas, representam um compromisso social e um apoio na construção da equidade.¹²

Nesse sentido, ao se avaliar os serviços de saúde destinados à população quilombola, é revelado que quase todos os atributos da atenção primária não estão adequadamente presentes no processo assistencial. Relata não existir adesão dos serviços ao novo modelo assistencial e perpetua-se a proposta de assistência biomédica e curativista com centralidade nos aspectos biológicos do processo saúde-doença, desvelando uma situação de não conformidade à proposta de reformulação do modelo assistencial e retratando, em maior dimensão, a perversa iniquidade a que estão submetidos os quilombolas da comunidade avaliada.¹²

De fato, o SUS tem avançado no cumprimento dos seus princípios e na produção de serviços, mas ainda são observadas desigualdades geográficas e sociais no acesso, principalmente, quando as análises são estratificadas segundo a raça/cor e etnia.¹⁴ (GOMES *et al.*, 2013). Pessoas que identificam sua cor da pele como parda, preta ou indígena, na maioria das vezes, pertencem a grupos de renda mais baixa e com menor escolaridade, e tendem a enfrentar maiores desigualdades nas condições de saúde. Estudos confirmam que pretos, pardos e indígenas apresentam os piores indicadores de mortalidade, menor esperança de vida ao nascer e acesso desigual aos serviços de saúde.¹⁴

A experiência dos quilombolas no Brasil é marcada por uma história de mobilização e luta pelo reconhecimento dos seus direitos, especialmente o direito à posse de suas terras, mas também pela luta silenciosa pela equidade das condições de saúde.

Alguns autores destacam a subutilização e aludem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde pela população quilombola.¹³ Uma possível explicação para essa realidade é que as iniquidades encaradas por essa população vão muito além das dificuldades no acesso e utilização de serviços de saúde, sendo expressas, sobretudo, pelas piores condições sociais e econômicas.

As crescentes iniquidades raciais em saúde expressas pelos diferenciais nos riscos de adoecer e de morrer, gerados de condições heterogêneas de existência e de acesso a bens e serviços. As diferenças são consideradas iníquas se derivam do fato de as pessoas disporem de escolhas limitadas, terem acesso restrito a recursos de saúde e estarem mais expostas a fatores prejudiciais.¹⁴

As desigualdades nos indicadores de saúde entre a variável raça, remetendo aos determinantes sociais como único fator influente na pior condição de saúde para negros comparados aos brancos. Os resultados apontam para a influência dos determinantes sociais como parte da explicação pelo pior acesso aos serviços de saúde, porém, os mesmos não conseguem explicar toda a diferença que pode ser atribuída aos efeitos da discriminação.¹⁴

Doenças correlacionadas

As comunidades quilombolas, reconhecidas apenas recentemente pela Constituição Brasileira, são autodefinidas a partir das relações com a terra, parentesco, práticas culturais e presunção de ancestralidade negra. Elas representam o resgate de uma dívida histórica com a população afrodescendente, a qual constituiu os Quilombos em sua luta contra a opressão sofrida e em prol da liberdade do regime escravocrata que viveu no país no período colonial.¹⁵

Essa situação pode expressar a longitudinalidade da atenção primária, que tem relevância por permitir o vínculo do usuário com a unidade e/ou com o profissional e por estar fortemente relacionada à boa comunicação entre os envolvidos, o que tende a favorecer o acompanhamento da pessoa, permitindo a continuidade e a efetividade de tratamentos e contribuindo também para a implementação de ações de promoção e prevenção para agravos de alta prevalência.¹⁶

Destaca-se a dificuldade de acesso das mulheres quilombolas aos exames preventivos vinculados ao programa de atenção à mulher. Com isso, aponta-se uma significativa associação entre a não realização do exame preventivo para câncer de colo uterino e não realização do exame clínico das mamas em três ou mais anos ou nunca tê-lo feito. Também é significativa a associação entre não consultar médico nos últimos 12 meses, nunca ter feito glicemia ou tê-la realizado há dois ou mais anos com a realização do Papanicolau em três anos ou mais. Também se enfatiza a ligação entre o baixo nível de escolaridade das mulheres quilombolas como um importante fator de vulnerabilidade.¹⁶

Revela-se, ainda, que as mulheres quilombolas utilizam os serviços públicos mais do que os homens e são mais testadas para HIV nesses serviços. Essa diferença pode decorrer da oferta do teste na rotina do pré-natal. A maior frequência de relato de sinais e sintomas que poderiam corresponder a DST entre as mulheres pode ser por causa da maior captação pelo serviço.¹⁷

Há uma elevada prevalência de risco nutricional para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em especial, entre as mulheres residentes nas comunidades quilombolas. Ao considerar a precariedade de condições de vida e saúde que caracterizam essas comunidades, recomenda-se que ações intersetoriais sejam traçadas e implementadas com vistas a promover estilos de vida saudáveis que cooperem para a redução do peso corporal e melhoria nutricional nas comunidades quilombolas, reduzindo, assim, as desigualdades sociais e de saúde no país.¹⁵

O sobrepeso e a obesidade abdominal constituem significativos problemas de saúde nas comunidades quilombolas e, mais especificamente, entre as mulheres. Estão em consonância com o crescimento da obesidade corporal e central em áreas mais pobres do Brasil, especialmente, entre determinados grupos vulneráveis.¹⁵

Ao refletirmos sobre a saúde feminina, estudos realizados nos Estados Unidos relatam que o leiomioma uterino ocorre 2-9 vezes mais em negros do que em mulheres brancas de todas as idades e estão associados com sintomas mais graves em negros, que são diagnosticados em idades mais jovens e têm taxas mais elevadas do que os brancos de histerectomia.⁵

Referente às doenças crônicas não transmissíveis, a hipertensão representa um dos principais problemas de saúde pública nas populações negras em todo o mundo e, no Brasil, por ser mais frequente em populações afrodescendentes, destaca-se no contexto das doenças mais importantes por razões étnicas.¹⁸

O Brasil é a segunda maior nação negra do mundo, atrás somente da Nigéria. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, a população de pretos e pardos no Brasil corresponde a 50,7% dos habitantes. Dada a constância de disparidades raciais, evidências indicam que os negros têm maior incidência de doenças e morrem mais precocemente, em todas as idades. Dentre as doenças que acometem essa população, a hipertensão arterial aparece em destaque, sendo cerca de duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca e fortemente associada a estratos sociais mais baixos.¹⁸

As mulheres de ascendência Africana são mais suscetíveis à obesidade central, uma condição que está fortemente associada a doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão¹⁹. Essas características os classificam como um grupo particularmente vulnerável à morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares, o que justifica a implementação de medidas preventivas específicas e políticas afirmativas que garantam os direitos e qualidade de vida dessa população.¹⁹

Destaca-se, ainda, o diabetes como um grave problema de saúde pública e um dos importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares. Apresenta um aumento da sua ocorrência em várias regiões do mundo, especificamente em populações de etnia negra, o que recentes estudos demonstram que as prevalências do diabetes são mais elevadas do que em outros grupos populacionais.²⁰

Dentre as doenças correlacionadas com essa população, destaca-se também uma elevada prevalência de marcadores de infecção pelo HBV em algumas comunidades de quilombos no Brasil Central (atingindo 42,4% e 7,4% para o anti-HBc e HBsAg, respectivamente, na comunidade Furnas dos Dionísio) e uma baixa taxa de vacinação contra hepatite B (9,1%). Além disso, a história familiar de hepatite e atividade sexual além de aumento da idade foram estatisticamente associadas à infecção por HBV nessa população.²¹

No Brasil, apesar das reclamações e queixas por parte de organizações do movimento negro, a discussão sobre

diferenças raciais na saúde ainda é incipiente. Por meio da categoria “raça”, expressa por meio da variável “raça/cor”, é possível identificar, pelo menos, parte da desigualdade e injustiça social causada pelo racismo.²²

Iniquidade social/Violência, racismo e discriminação

Percebe-se a importância de abordagens mais profundas frente a violência contra a mulher e, principalmente, negra, considerando que a desigualdade entre homens e mulheres se constitui em fator de grande vulnerabilidade para este grupo. Esse cenário de desigualdade, onde a violência é exercida, favorece o surgimento de inúmeras enfermidades, como as DST/aids, doenças psicológicas, agravamento de outras situações patogênicas, além de contribuir para altas taxas de mortalidade.²²

Historicamente, a mulher negra ocupa na sociedade brasileira a última posição social, pois tem o componente da cor que a torna ainda mais discriminada. O fato de ser mulher, negra e sua classe social historicamente ocupada a tornam triplamente discriminada e em grande vulnerabilidade social.²²

A violência é percebida como forma cruel e perversa que contribui para o descrédito da dignidade do ser mulher, coisificando-a. Nessa vivência de violência presente no cotidiano da mulher, ela é humilhada, maltratada, desqualificada, desautorizada.²²

Salienta-se a luta histórica do movimento negro frente ao resgate da cidadania. As organizações das mulheres negras dialogam com o movimento feminista e com os gestores públicos e privados, objetivando que todos os atores sociais possam ressignificar seus olhares e perceber as atitudes racistas impostas a partir de uma práxis discriminatória, que a sociedade brasileira produz e reproduz na realidade cotidiana.²² A luta das mulheres negras tem se dado no sentido de denunciar as formas de racismo, da exclusão social, do mito da democracia racial, da situação de miséria, extrema pobreza, analfabetismo e precariedade de atendimento nos serviços assistenciais, educacionais e de saúde, tratando de uma maioria sem acesso aos bens e serviços existentes em nossa sociedade e, muitas vezes, exposta à violência de gênero e racial.²³

Referente à vitimização por hominídeos no Brasil, um dos estudos revela que a população negra sofre mais e ainda afirma que o risco relativo de homicídios cresce nesta população, sugerindo o aumento das desigualdades, destacando que o fator raça/cor pode predizer a ocorrência de homicídio.²⁴

Os negros com maior risco de serem vítimas de violência são homens, jovens, solteiros, de famílias com menor renda e moradores de áreas urbanas; a expectativa de vida é menor entre homens e mulheres negros e estes são em grande maioria os mais pobres, estão nas posições mais precárias do mercado de trabalho e possuem os menores índices de educação formal. Mas nem todas as desigualdades observadas são fruto de processos discriminatórios.²⁴

Com isso, a raça adquire valor preditivo na caracterização das vítimas de homicídios, e o aumento dessas desigualdades aponta a eficiência parcial das políticas públicas brasileiras de controle da violência quando não adéquam políticas universais às especificidades que caracterizam a diversidade populacional.²⁴

Frente a isso, a etnia é citada como um importante marcador de desigualdade social. Em comparação com as pessoas brancas, a população negra era quase quatro vezes mais propensa a morrer. Relata que os jovens não brancos são os mais vulneráveis à violência, refletindo o estado de desigualdade social das pessoas que vivem em áreas com baixa qualidade de vida urbana e violência enfrentando em sua vida diária.²⁵

Nesse ínterim, é importante salientar que grande parte das pesquisas na área da saúde privilegia análises socioeconômicas em detrimento das questões raciais. Enfatiza a importância da inclusão da análise racial, principalmente, em estudos que avaliam o processo saúde-doença. Raça, processo saúde-doença, nível socioeconômico e educação são temas profundamente imbricados.²⁶

O autor também ratifica que a violência que atinge os adolescentes não é indiscriminada. Trata-se, ao contrário, de uma violência seletiva que acomete adolescentes pretos que residem nos estratos de intermediária e pior condição de vida.²⁶

O Ministério da Saúde reconhece a existência de um potencial patogênico decorrente das discriminações. No caso das mulheres negras submetidas à discriminação racial, de gênero e de classe social, é maior o risco de comprometimento de sua identidade, da imagem corporal, de seu autoconceito e autoestima.²⁷

Com isso, percebe-se a presença de práticas discriminatórias na atenção à saúde resultando na diminuição do acesso, na exclusão do atendimento adequado, influenciando a forma de nascer, viver e morrer das mulheres negras.²⁷ A discriminação assume diversas formas, podendo ser claramente expressa ao estabelecer distinções e preferências que propiciam a exclusão explícita de indivíduos dos segmentos sociais.

Relata-se ainda a indiscutível discrepância das desigualdades sociorraciais no Brasil e, conseqüentemente, revela a influência dos determinantes socioeconômicos e político-culturais, e o não reconhecimento da singularidade racial excludente e vulnerável de grande parte da população.²⁸ Alguns autores preferem o conceito “etnia”, o termo “raça” tem sido adotado pelo Movimento Social Negro no Brasil. A categoria “negro” inclui “pretos” e “pardos” por se perceber que, historicamente, os indivíduos que se autodeclaram pretos e pardos são aqueles que têm sido tratados discriminadamente, encontrando-se, em largas proporções, à margem do processo político-decisório.²⁹

A inter-relação entre raça, violência e espaço faz parte de um longo processo de desigualdade. Portanto, o seu entendimento requer a junção de esforços interdisciplinares que contribuam para ampliar o conhecimento sobre o tema

e, conseqüentemente, orientar intervenções de Saúde Pública mais específicas.³⁰

Por fim, os discursos revelam iniquidades na atenção à saúde das mulheres negras, herdeiras das desigualdades resultantes das relações sociais e políticas pautadas por discriminações de natureza sexista e racial, com violação de direitos que dificultam o acesso à ascensão social e a condições dignas de saúde.²⁷

Acesso aos serviços de saúde

Os estudos reafirmam a situação de vulnerabilidade da população negra na questão do acesso e da utilização dos serviços de saúde. O estudo reafirma a necessidade de políticas públicas específicas voltadas aos segmentos mais vulneráveis, levando-se em conta a tendência da epidemia. É importante ressaltar a necessidade de capacitação e incentivo às equipes de Saúde da Família, haja vista sua relevância na assistência dessas comunidades.¹⁷

As mulheres atribuem o desencadeamento de atitudes discriminatórias tanto pela condição social quanto pela cor, mas também pelo fato de serem mulheres, terem anemia falciforme e chegarem ao serviço de saúde geralmente sozinhas. A discriminação racial experimentada pode ter grande impacto sobre suas vidas, gerando situações de estresse e enfermidades. Vivenciar situações de discriminação pode ser, por si só, um elemento desencadeador de problemas de saúde, principalmente quando se passa no contexto de um serviço de saúde.²⁷

A discriminação varia com recorte de gênero e fornecem pistas sobre as diferentes experiências que cada mulher passa ao se defrontar com serviços e profissionais despreparados para promoção da igualdade. A discriminação racial está frequentemente associada à discriminação de gênero: as mulheres negras têm menos acesso à educação e são inseridas nas posições menos qualificadas do mercado de trabalho.²⁷

Com isso, ao avaliarem as categorias gênero, classe e raça, os autores compreenderam melhor como as práticas de discriminação se consubstanciam em dificuldades de acesso aos serviços de saúde das mulheres negras. Nesse mesmo estudo, a discriminação racial foi definida como tratamento diferenciado em função da raça, que coloca em desvantagem grupos raciais específicos.²⁷

A presença de práticas discriminatórias na atenção à saúde resulta na diminuição do acesso, na exclusão do atendimento adequado, influenciando a forma de nascer, viver e morrer das mulheres negras.²⁷

CONCLUSÃO

Ao mapearmos a literatura, foram identificadas temáticas voltadas às iniquidades sociais/violência, racismo e discriminação assim como o acesso dessa comunidade vulnerável aos serviços de saúde como expressivas ferramentas de reflexão política e filosófica, apontando a importância eminente da efetivação de políticas públicas pertinentes.

Sublinha-se ainda a limitação frente a determinação social com foco em pesquisas de cunho biológico, com ênfase na doença e voltada ao modelo biomédico, distante dos contextos sociopolíticos. Outra limitação observada foi o número restrito de publicações frente a essa população em periódicos da área da saúde dentro do período estudado. Destaca-se, com isso, a necessidade imperiosa de estudos voltados à promoção da saúde dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
2. Oliveira SKM, Pereira MM, Freitas DA, Caldeira AP. Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. Cad. saúde colet. [Internet]. 2014 [acesso em 2018 jan 28]; 22(3): 307-313. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2014000300307&lng=en.
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma Política do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. Vieira ABD, Monteiro PS. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. Saúde Debate. [Internet] 2013 [acesso em 2018 jan 28]; 37(99): 610-618. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042013000400008&script=sci_abstract&tlng=pt.
5. Boclin KLI, Faerstein E, Szklo M. Does life-course socioeconomic position influence racial inequalities in the occurrence of uterine leiomyoma? Evidence from the Pro-Saúde Study. Cad. Saúde Pública. [Internet] 2014 [acesso em 2018 jan 28]; 30(2): 305-317. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000200305&script=sci_abstract.
6. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. 2008. 17(4), 758-764.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
8. Ferreira HS, Lamenha MLD, Xavier Junior AFS, Cavalcante JC, Santos AM. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. Rev Panam Salud Publica. [Internet] 2011 [acesso em 2018 jan 14]; 30(1). Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2011.v30n1/51-58/>.
9. Santos RC, Silva MS. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. Saúde soc. [Internet] 2014 [acesso em 2018 jan 27]; 23(3). 1049-1063. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902014000301049&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300025>.
10. Bairros FS, Meneghel SN, Costa JSD, Bassani DG, Menezes AMB, Gigante DP, et al. Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. Cad. Saúde Pública. [Internet] 2011 [acesso em 2018 jan 27]; 27(12): 2364-2372. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001200008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001200008>.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Disponível: <http://www.ibge.gov.br/home/>.
12. Marques AS, Freitas DA, Leão CDA, Oliveira SKM, Pereira MM, Caldeira AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. Ciênc. saúde coletiva. [Internet] 2014 [acesso em 2018 jan 27]; 19(2): 365-371. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200365&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.02992013>.
13. Gomes KO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. [Internet] 2013 [acesso em 2018 jan 29]; 29(9): 1829-1842 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900022.
14. Souza EHA, Oliveira PAP, Paegle AC, Goes PSA. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. Ciênc. saúde coletiva. [Internet] 2012 [acesso em 2018 jan 14]; 17(8): 2063-2070. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800017&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800017>.
15. Soares DA, Barreto SM. Indicadores nutricionais combinados e fatores associados em população quilombola no Sudoeste da Bahia, Brasil. Ciênc. saúde coletiva. [Internet] 2015 [acesso em 2018 fev 15]; 20(3): 821-832. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015000300821&script=sci_abstract&tlng=pt.
16. Oliveira MV, Guimarães MDC, França EB. Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. Ciênc. saúde coletiva. [Internet] 2014 [acesso em 2018 fev 15]; 19(11): 4535-4544. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014001104535&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.15642013>.
17. Silva MJG, Lima FSS, Hamann EM. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. Saúde soc. [Internet] 2010 [acesso em 2018 fev 15]; 19(2): 109-120. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902010000600011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000600011>.
18. Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, Caiáffia WT. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. Cad. Saúde Pública. [Internet] 2013 [acesso em 2018 fev 15]; 29(9): 1889-1902. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2013000900027&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00164912>.
19. Ferreira HS, Silva WO, Santos EA, Bezerra MKA, Silva BCV, Horta BL. Body composition and hypertension: a comparative study involving women from maroon communities and from the general population of Alagoas State, Brazil. Rev. Nutr. [Internet] 2013 [acesso em 2018 fev 15]; 26(5): 539-549. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732013000500005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732013000500005>.
20. Pitanga JG, Lessa I, Barbosa PJB, Barbosa SJO, Costa MC, Lopes AS. Atividade física na prevenção de diabetes em etnia negra: quanto é necessário? Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet] 2010 [acesso em 2018 jan 14]; 56(6): 697-704. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302010000600021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000600021>.
21. Castro ARM, Gomes SA, Yoshida CFT, Miguel JC, Teles SA, Martins RMB. Compliance with and response to hepatitis B vaccination in remaining quilombo communities in Central Brazil. Cad. Saúde Pública. [Internet] 2009 [acesso em 2018 jan 14]; 25(4): 738-742. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400004&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400004>.
22. Riscado JLS, Oliveira MAB, Brito AMBB. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. Saúde soc. [Internet] 2010 [acesso em 2018 jan 14]; 19 (Suppl 2): 96-108. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902010000600010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000600010>.
23. Brasil. Relatório do Desenvolvimento Humano do PNUD. [Internet] 2005.
24. Soares Filho AM. Vitimização por homicídios segundo características de raça no Brasil. Rev. Saúde Pública. [Internet] 2011 [acesso em 2018 jan 14]; 45(4): 745-755. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400015&lng=en. Epub July 01, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-891020110005000045>.
25. Bastos MJRF, Pereira JA, Smarzarzo DC, Costa EF, Bossanel RCL, Oliosa DMS, et al. Ecological analysis of accidents and lethal violence in Vitória, Southeastern Brazil. Rev. Saúde Pública. [Internet] 2009 [acesso em 2018 jan 14]; 43(1): 123-132. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000100016>.
26. Costa IER, Luderemir AB, Silva IA. Diferenciais da mortalidade por violência contra adolescentes segundo estrato de condição de vida e raça/cor na cidade do Recife. Ciênc. saúde coletiva. [Internet] 2009 [acesso em 2018 jan 24]; 14(5): 1781-1788. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-812320090005000019&script=sci_abstract&tlng=pt.

27. Cordeiro RC, Ferreira SL. Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres negras com anemia falciforme. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. [Internet]. 2009 [acesso em 2018 jan 24]; 13(2): 352-358. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452009000200016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200016>.
28. LOPES F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2005 Oct [acesso em 2018 fev 05]; 21(5): 1595-1601. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500034&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500034>.
29. Santos ABS, Coelho TCB, Araujo EM. Identificação racial e a produção da informação em saúde. Interface (Botucatu). [Internet] 2013 [acesso em 2018 fev 05]; 17(45): 341-356. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200008&lng=en. Epub June 14, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000200008>.
30. Araujo EM et al. Spatial distribution of mortality by homicide and social inequalities according to race/skin color in an intra-urban Brazilian space. Rev. bras. epidemiol. [Internet] 2010 [acesso em 2018 fev 05]; 13(4): 549-560. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2010000400001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000400001>.

Recebido em: 16/02/2018

Revisões requeridas: 20/08/2018

Aprovado em: 27/08/2018

Publicado em: 10/01/2020

Autora correspondente

Michelle Kuntz Durand

Endereço: R. Nereu Ramos, 1441, E apto. 601

Centro, Chapecó/SC, Brasil

CEP: 89.801-021

E-mail: michakd@hotmail.com

Número de telefone: +55 (48) 99988-2807

**Divulgação: Os autores afirmam
não ter conflito de interesses.**