

Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil

Promotion of black women's health in Castelo village, municipality of Alcântara, Maranhão, Brazil

Deuzilene Pedra Viegas

Universidade Federal do Maranhão. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente. São Luís, MA, Brasil.
E-mail: deuzaviegas@globo.com

István van Deursen Varga

Universidade Federal do Maranhão. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente. São Luís, MA, Brasil.
E-mail: ivarga@uol.com.br

Resumo

A Política Nacional de Saúde para a Mulher Negra dispõe de um aparato legal que dá suporte a sua implementação, conquistado pelo movimento negro. Tendo como parâmetro as legislações referentes à saúde da população negra e à saúde da mulher, além dos documentos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Alcântara, este trabalho teve como objetivo geral analisar os serviços básicos de saúde prestados às mulheres negras do povoado Castelo e como objetivos específicos realizar levantamento empírico dos programas e projetos voltados para mulheres negras oferecidos pelo município de Alcântara; verificar se no povoado Castelo há algum atendimento específico para mulheres negras; identificar as principais demandas das mulheres da comunidade ao serviço de saúde local; averiguar como o quesito cor está sendo empregado pela equipe da Estratégia Saúde da Família que atende a comunidade. A metodologia consistiu em identificar, através de documentos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), as ações e serviços voltados para as mulheres na comunidade, e por meio de questionário aplicado aos profissionais, seus conhecimentos sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Concluímos que, apesar do aparato legal, reconhecido e citado pela SEMUS em seu Plano de Saúde atual, as legislações não têm sido suficientes para que esse segmento social tenha suas peculiaridades reconhecidas. Informações básicas para planejamento de ações específicas, como a coleta do quesito cor, por exemplo, não são realizadas pela SEMUS. Não identificamos nenhuma ação planejada

Correspondência

Deuzilene Pedra Viegas
Rua 29, quadra 27, 9 – Residencial Safira. Paço do Lumiar, MA, Brasil. CEP 65130-000.

que considere as características raciais e étnicas das mulheres da comunidade.

Palavras-chave: Saúde da População Negra; Saúde da Mulher Negra; Saúde no Município de Alcântara/MA; Saúde da Mulher Negra em uma Comunidade Quilombola.

Abstract

The Black Women's Health National Policy has a legal apparatus to support its implementation, conquered by the black movement. Taking as reference the laws relating to the black population's health, women's health, and the documents provided by the Health Secretariat of the Municipality of Alcântara, this study's main objective is to analyze the basic health services provided to black women of Castelo village, and its specific objectives are: to identify municipality of Alcântara's programs and projects facing black women; to check for any specific care for black women in Castelo village; to identify the main demands of the community's women to the local health service; to check how the color data are being collected by the local Family Health Strategy team. The methodology adopted consisted in to identify, through documents provided by the city's Health Secretariat, its actions and services towards the community's black women, and through a questionnaire applied to its professionals, their knowledge about the National Policy for Integral Health of the Black Population. We concluded that, despite the legal apparatus cited by the Health Secretariat's in its current health care plan, these legislation's achievements were not enough to improve the recognition of this social group's peculiarities among its health services. The collection of basic informations, which are necessary to the planning of specific actions, as the color data, is not being performed by the Municipality's Health Secretariat. We have not identified any planned action which considers the racial and ethnic characteristics of this village's women.

Keywords: Black Population's Health; Black Women's Health; Health in Alcântara/MA municipality; Black Women's Health in a Quilombola Community

Introdução

Saúde da população negra: a conquista política da Política

O conceito de saúde mais difundido na atualidade foi definido pela Organização Mundial de Saúde como sendo o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. No cenário internacional, a saúde como direito foi conquistada desde a década de 1960; no Brasil, entretanto, essa conquista só ocorreu com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1996).

A década de 1980 foi essencial para as mudanças ocorridas na política nacional de saúde, gestadas pelos próprios movimentos sociais iniciados ao final dos anos 1970.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990), regulamentou a garantia constitucional do direito à saúde e dispõe, em seu artigo 2º, que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis para seu pleno exercício. Ressalta-se que ao estabelecer a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, este se obriga a formular e realizar políticas com o objetivo de manter a saúde do indivíduo tanto na prevenção quanto na recuperação, com vistas à garantia de que as demandas da população sejam atendidas de modo a contemplar o atendimento de suas necessidades.

Em relação à população negra, a Constituição de 1988 garantiu um conjunto de direitos específicos a esse significativo segmento da população brasileira, entre os quais destacamos o direito à terra e o respeito a suas culturas. No que se refere à saúde, a conquista de uma política de atendimento que considere suas especificidades é mais recente.

Como resposta às demandas da população negra em relação à saúde, o Estado brasileiro, em parceria com o movimento negro, elaborou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2007. A PNSIPN foi um marco na ampliação dos direitos desse segmento social e dispõe, em suas estratégias de gestão, sobre o "estabelecimento de metas espe-

cíficas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas” (Brasil, 2007b, p. 41).

Outra disposição da PNSIPN está relacionada à “inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS [Sistema Único de Saúde]” (Brasil, 2007b, p. 39). A referida política tem como embasamento os princípios constitucionais da saúde como “direito social, de cidadania e dignidade da pessoa humana, do repúdio ao racismo, e da igualdade” (Brasil, 2007b, p. 15).

A PNSIPN tem como objetivo geral: “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (Brasil, 2007b, p. 19). Reconhece ainda a necessidade da execução de ações em todos os níveis do sistema para atendimento de todas as demandas da população negra, para tanto reafirma o princípio da Integralidade do SUS, conforme a Lei 8.080/1990.

Em relação à população negra que reside nas zonas rurais, a PNSIPN objetiva “garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde” (Brasil, 2007b, p. 19).

Observa-se a preocupação em garantir que as populações habitantes de zonas rurais tenham acesso à saúde, posto que, historicamente, ter sido essa a parcela da população negra que menos acessa os bens e serviços socialmente produzidos.

Ressalta-se que apesar das conquistas legais serem recentes, as lutas da população negra por uma política de saúde que considere suas especificidades é histórica. O movimento negro há décadas vem defendendo que alguns agravos que acometem a população como um todo devem ser tratados de modo específico quando acometem a população negra. Citamos aqui, como exemplo, a maior incidência e gravidade da hipertensão arterial entre a população negra, bem como o desfecho mais grave para os casos de diabetes, posto que há evidências que sequelas, como as nefropatias e as amputações, por exemplo, são mais comuns na população negra.

Como vêm denunciando o movimento negro e vários autores, esse desfecho mais grave do diabetes en-

tre negros ocorre, principalmente, em consequência da falta de atendimento adequado, com orientações que levem em consideração os riscos a que estão expostos e indicações das medidas para sua prevenção. Segundo Oliveira (2003), o tratamento de algumas doenças – como hipertensão arterial, diabetes melítus, coronariopatias, insuficiência renal crônica, cânceres e miomas – é dificultado pelas condições objetivas de vida desse segmento social. Para a autora, “apesar de incidentes sobre toda a sociedade, essas doenças se tornam mais graves na população negra, devido às carências econômicas, sociais e culturais a que está submetida” (Oliveira, 2003, p. 95).

Em 1995, por ocasião da Marcha Zumbi dos Palmares, foi apresentada uma série de demandas da população negra ao governo federal. Eram reivindicações que diziam respeito à luta contra o racismo, pela conquista da cidadania plena e pela vida. Em resposta a esse movimento, o Estado, entre várias outras medidas, incluiu o quesito cor nos sistemas de notificações (declarações de nascidos vivos e de óbitos). Vale ressaltar ainda a conquista no campo das pesquisas científicas, com a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a introdução do quesito cor nos dados de identificação dos sujeitos das pesquisas com seres humanos.

Em 2003 foi instituída a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), um importante avanço legal com vistas a garantir os direitos da população negra brasileira. Ainda em novembro 2003 foi firmado um termo de compromisso entre a SEPPIR e o Ministério da Saúde (MS) objetivando a efetivação do princípio da equidade, conforme preconiza a Lei 8.080/1990.

O Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) foi constituído pela Portaria Ministerial 10/2004. O referido Comitê era composto por especialistas em saúde da população negra, pesquisadoras e pesquisadores, militantes, representantes das áreas técnicas do MS além dos Conselhos Nacionais de Secretários Municipais e Secretários Estaduais de Saúde. Ainda em 2004, no Seminário Nacional de Saúde da População Negra e na Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, foi decidido pelo atendimento das questões relaciona-

das à terapêutica de pessoas com doença falciforme. Estas são, sem dúvida, conquistas políticas muito importantes para a população negra. Conquistas que, apesar de já garantidas legalmente no artigo 198 da Constituição de 1988 (que dispõe acerca do atendimento integral) e na Lei 8.080/1990 (que, em seu artigo 6º, trata da assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica), ainda não vinham sendo executadas pelo Estado.

Como resposta às demandas da população e às deliberações da XXII Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, o Conselho Nacional de Saúde publicou a Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, cujo artigo 1º estabelece que:

a Política Nacional de Assistência Farmacêutica é parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade. (Brasil, 2004c)

As conquistas alcançadas no ano de 2006 estão relacionadas à regulamentação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme, bem como a participação do movimento negro, com uma vaga, no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Em linhas gerais, percebe-se que, embora a PNSIPN tenha sido oficializada apenas em 2007, a luta do movimento negro já vinha e continua ameaçando uma gama de outras conquistas, as quais no cotidiano buscam romper com as iniquidades que contribuem para manter a população negra com os piores indicadores sociais em nosso país.

A PNSIPN propõe um novo relacionamento entre o Estado e a população negra no SUS, em que as especificidades desse segmento social sejam reconhecidas, respeitadas e tratadas de formas adequadas. Para tanto, há a urgente necessidade de capacitação dos profissionais que possam atendê-las, conforme preconiza o plano operativo da PNSIPN (Brasil, 2008). São capacitações voltadas para a atenção a doenças genéticas ou hereditárias mais comuns na população negra, como a hipertensão arterial, diabe-

tes, doença falciforme e doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). Portanto, a PNSIPN não pretende instituir um sistema de saúde paralelo ao SUS, mas romper uma longa história de injustiças e desigualdades que acometem esse segmento social.

As especificidades da saúde da mulher negra

A saúde da mulher negra, por sua vez, também tem especificidades que o Estado deve considerar ao planejar as políticas de saúde para esse segmento social. São questões referentes às DHEGs, maior incidência e prevalência de miomas uterinos em mulheres negras, alta prevalência de doença falciforme em mulheres em idade fértil, alta prevalência de violência doméstica e no trabalho, entre tantos agravos que acometem, com muito maior incidência e prevalência, a saúde dessas mulheres.

Segundo dados do Censo Demográfico, em 2000, a população brasileira de mulheres negras era de 37.428.225 pessoas (IBGE, 2000), e em 2010, de 48.406.819 pessoas (IBGE, 2010).

De acordo com o documento do MS do ano 2005, intitulado “Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: atenção à saúde das mulheres negras”:

Os dados socioeconômicos disponíveis já indicam que a maioria das negras encontra-se abaixo da linha da pobreza, exibindo a seguinte situação: taxa de analfabetismo é o dobro das brancas; são majoritariamente chefes de família sem cônjuge e com filhos; por razões sociais ou de discriminação, as mulheres negras têm menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência obstétrica - seja no pré-natal, parto ou puerpério; e maior risco que as brancas de contrair e de morrer mais cedo de determinadas doenças. (Brasil, 2005, p. 7)

Segundo o mesmo documento:

as negras têm 50% a mais de chances de desenvolver diabetes que as brancas. Na população diabética, a hipertensão arterial é duas vezes maior que na população geral. Mulheres portadoras de

diabetes estão mais expostas à gravidez de alto risco. (Brasil, 2005, p. 10)

A DHEG é a complicação mais frequente em mulheres no período gestacional. É caracterizada pelo aumento dos níveis pressóricos e constitui a primeira causa de morbimortalidade materna no ciclo gravídico puerperal. Entre os fatores que contribuem para que uma mulher grávida tenha mais riscos que outras de desenvolver DHEG é sua cor, posto que as mulheres negras são acometidas muito mais severamente pela hipertensão arterial no período gestacional. Segundo Oliveira:

uma em cada dez mulheres que engravidam pela primeira vez tem hipertensão. A hipertensão durante a gravidez e a toxemia gravídica (eclâmpsia/ hipertensão) constituem a principal causa de mortalidade materna no Brasil. (Oliveira, 2003, p. 112)

Ainda segundo a autora, estudo de Souza (apud Oliveira, 2003), realizado em um serviço público de saúde em São Paulo, apontou uma prevalência de 41,6% e uma incidência de 22,9% dos miomas entre as usuárias negras, contra uma prevalência de 21,9% e uma incidência de 6% entre as brancas, respectivamente.

Em relação à anemia falciforme, o MS, através de publicação intitulada “Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras, afirma que:

mulheres portadoras de anemia falciforme apresentam maior risco de abortamento e complicações durante o parto (natimorto, prematuridade, toxemia grave, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta, entre outros). Como esta doença é mais prevalente entre as negras, elas estão expostas a um maior risco durante a gravidez e, portanto, necessitam de um acompanhamento mais intensivo. (Brasil, 2005, p. 12)

Tais informações ressaltam a necessidade de implantação de políticas de saúde em todos os níveis de complexidade, que atendam às especificidades

das mulheres negras, uma vez que, na esfera estatal, as políticas de saúde com recorte de gênero e cor são relativamente novas. A conquista desse direito tem como principal referência a Constituição de 1988. Desde então, várias garantias legais têm sido instituídas pelo Estado.

O ano de 2004 foi um marco na conquista de direitos para as mulheres. No que se refere às políticas sociais, destacamos o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, o qual tem como uma de suas prioridades:

promover a atenção obstétrica, qualificadas e humanizadas, inclusive a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes, visando reduzir a mortalidade materna, especialmente entre as mulheres negras. (Brasil, 2004a, p. 63)

Ainda em 2004, o Estado instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que propôs uma nova concepção a respeito da atenção à saúde para a população feminina, em que:

a elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher. (Brasil, 2004b, p. 63)

Em relação à saúde da mulher negra, a citada Política objetiva “promover a atenção à saúde da mulher negra” (Brasil, 2004b, p. 71), para tanto, traz um conjunto de estratégias visando a:

melhorar o registro e produção de dados; capacitar profissionais de saúde; implantar o Programa de Anemia Falciforme (PAF/MS), dando ênfase às especificidades das mulheres em idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal; incluir e consolidar o recorte racial/étnico nas ações de saúde da mulher, no âmbito do SUS; estimular e fortalecer a interlocução das áreas de saúde da mulher das SES e

SMS com os movimentos e entidades relacionados à saúde da população negra. (Brasil, 2004b, p. 71)

No ano de 2007 houve ainda a implantação de outro importante marco legal em relação ao direito à saúde das mulheres negras, qual seja, a Política Nacional Saúde Integral da População Negra (PN-SIPN), que dispõe em suas estratégias de gestão a necessidade de:

qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos estados e municípios. (Brasil, 2007b, p. 41)

A PNSIPN define a população quilombola como objeto prioritário de suas ações, posto ser esse o segmento que apresenta os piores indicadores sociais. Para tentar superar essa realidade, a PNSIPN tem como um de seus objetivos: “definir e pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde” (Brasil, 2007b, p. 39), conforme preconizam os princípios da descentralização e regionalização da Lei 8.080/1990. A referida política objetiva ainda: “identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades” (Brasil, 2007b).

Este trabalho apresenta as conclusões da pesquisa Promoção à Saúde da Mulher Negra no Povoado Castelo, município de Alcântara/MA. O trabalho foi realizado como requisito para conclusão do curso de especialização em Saúde da Mulher Negra, do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão, e teve como objetivo geral analisar os serviços básicos de saúde prestados às mulheres negras do povoado Castelo, tendo como referência os marcos legais da legislação em saúde da mulher, e em saúde da mulher negra, e como objetivos específicos: realizar levantamento empírico dos programas e projetos oferecidos pelo município de Alcântara voltados para mulheres negras; verificar se no povoado Castelo há algum atendimento específico para mulhe-

res negras; identificar as principais demandas das mulheres da comunidade ao serviço de saúde local; verificar como o quesito cor está sendo empregado pela equipe da Estratégia Saúde da Família que atende a comunidade.

Metodologia

Este estudo caracteriza-se como analítico com abordagem qualitativa. Foi realizado no período de janeiro a agosto de 2011. A elaboração do trabalho consistiu em quatro etapas, a saber:

- na primeira etapa foram realizados levantamento e leitura de bibliografia referente à saúde da população negra, à saúde da mulher e à saúde da mulher negra, bem como das legislações que referendam o SÚS e as políticas de saúde voltadas para população negra;
- na segunda etapa foi realizada uma pesquisa de campo, em que foram coletados os documentos disponibilizados pela SEMUS (Plano Municipal de Saúde; prontuários atuais da Estratégia Saúde da Família [ESF], que atende à comunidade e fichas de cadastros dos usuários atendidos no ESF), e feita a aplicação de um questionário aos profissionais do ESF, visando a identificar o conhecimento que eles tinham a respeito das políticas voltadas à saúde da mulher negra;
- a terceira etapa consistiu em, a partir dos dados coletados, identificar e estudar, por meio de análise de conteúdo, os programas e projetos voltados para as mulheres negras no município de Alcântara e na comunidade Castelo, tendo como referência as legislações já citadas;
- a quarta e última etapa consistiu na síntese das informações e a elaboração deste artigo.

Resultados

A realidade do município de Alcântara

O município de Alcântara dista, em linha reta (atravessando a Baía de São Marcos), cerca de 20 km da capital São Luís. Localizado no litoral ocidental do estado do Maranhão, foi fundado em 1648 e apre-

senta arquitetura muito semelhante a da capital, São Luís, tendo em vista a colonização no mesmo período pelos portugueses.

A situação conjuntural do município foi alterada a partir da implantação do Centro de Lançamento de Alcântara (CLA) no início da década de 1980. Para Choairy (2000), o citado centro alterou significativamente a dinâmica populacional local, inclusive com a extinção de alguns povoados e a criação de outros.

As condições de infraestrutura no município são precárias. A taxa de urbanização é de apenas 26,6% segundo dados do IBGE do ano 2009: com efeito, áreas consideradas rurais estão presentes em toda sua extensão.

Outra problemática que se faz presente no município é a questão do tratamento da água e esgotamento sanitário. Segundo o diagnóstico participativo do município de Alcântara (2010) o percentual de famílias abastecidas pela Companhia de Águas e Esgotos do Maranhão (CAEMA) é de 42,74%. Em relação ao esgotamento sanitário, 72,73% é feito a céu aberto, contra 6,61% através de banheiro.

Segundo o Plano de Saúde Municipal de Alcântara (2010-2013) e dados do Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010), a população do município é de 21.851 habitantes, predominantemente negra (83,1% da população, num total de 18.157 pessoas, das quais 5.700 identificaram-se como pretas e 12.457 como pardas), distribuída em 1.495,6 km², com 204 povoados, sendo 182 (89,2%) em áreas reconhecidas como remanescentes de quilombos.

Entre as 182 comunidades negras rurais do município de Alcântara, destacamos a comunidade Castelo, área onde realizamos nosso estudo, localizada a 35 km da sede, às margens da rodovia MA-106, que liga Alcântara ao município de Bequimão. Suas vias de acesso se dão pela rodovia e pelo mar, através de pequenos barcos. Castelo é considerada uma comunidade negra rural denominada “Terra de Preto”, que, segundo o antropólogo Alfredo Wagner Berno de Almeida, é categoria que designa “[...] aqueles domínios doados, entregues, ocupados ou adquiridos, com ou sem formalização jurídica, às famílias de ex-escravos a partir da desagregação de grandes propriedades monoculturas” (Almeida, 1989, p. 168).

No caso da nossa área de estudo, as terras onde se localiza essa comunidade foram abandonadas por seus donos diante da produção decadente da lavoura antes mesmo do fim da escravidão.

A origem do nome Castelo vem de cerca do ano de 1700, quando naquela região foi instalada uma fazenda de cana-de-açúcar por um português de nome Mariano Silveira. A “casa grande” dessa fazenda era muito bonita, por isso foi comparada a um castelo - o que deu origem ao nome do lugar. A mão de obra utilizada na fazenda era de escravos negros, de modo que ainda hoje a Comunidade é formada por cerca de 95% de pessoas com ancestralidade africana. As 52 famílias que residem no povoado sobrevivem basicamente da agricultura de produtos primários, como mandioca, milho e feijão; da pesca artesanal de peixes, camarão e caranguejo; e da criação de pequenos animais.

Em relação à situação de saúde o Plano Municipal de Saúde 2010 aponta a situação epidemiológica dos alcantarenses. Segundo o referido documento: “os principais motivos de internações hospitalares no ano de 2009 foram doenças infecciosas e parasitárias, doenças dos aparelhos circulatório, respiratório, digestivo, além de gravidez, parto e puerpério” (Alcântara, 2010, p. 5).

Ainda segundo o mesmo plano: “O município de Alcântara ainda convive com doenças infecto-contagiosas, algumas endêmicas, como a malária, a esquistossomose, a leishmaniose tegumentar, a dengue, a tuberculose e a hanseníase” (Alcântara, 2010, p. 5).

Essa informação nos leva a concluir que no município ainda há um número significativo de sujeitos que adoecem por doenças preveníveis, característica de regiões pauperizadas, contrariando a tendência brasileira na atualidade.

Em seus objetivos, estratégias e metas, o Plano Municipal de Saúde aponta para a necessidade de “fortalecer as ações da Estratégia de Saúde da Família e implementar a Estratégia de Saúde Bucal”, destacamos ainda o objetivo de “reduzir a mortalidade infantil e materna” (Alcântara, 2010, p. 21).

Ressaltamos que citado Plano faz referência à saúde da população negra. Em um de seus objetivos tem por finalidade: “promover a saúde da população

negra” (Alcântara, 2010, p. 21). Em suas diretrizes, dispõe sobre a “implementação das ações da atenção à saúde da mulher” e “implementação das ações de controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus” (Alcântara, 2010, p. 21). No entanto, a SEMUS não dispõe de um plano operacional que detalhe as ações a serem desenvolvidas pelas equipes nessas comunidades.

Em relação às doenças sexualmente transmissíveis (DST), o Plano Municipal de Saúde, em suas diretrizes, destaca a necessidade de “intensificar ações de prevenção e assistência às DST’s/AIDS. Apesar das DST serem consideradas portas de entrada para outros agravos, e do Plano Municipal de Saúde considerar a necessidade de intensificar as ações de prevenção, não identificamos nenhuma ação coordenada voltada para seu controle.

Ressalta-se que no cenário nacional essa discussão já está posta. O Estado brasileiro reconhece legalmente a necessidade do enfrentamento das DST, do HIV e da Aids. Objetivando tal enfrentamento, o MS instituiu, em 2007, o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia da Aids e outras DST, segundo o qual:

acredita-se que as DST estão entre as principais causas relacionadas com abortos espontâneos, natimortos, partos prematuros, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal, gravidez ectópica, infertilidades, bem como ao câncer de colo de útero (Brasil, 2007a, p. 14).

Ainda segundo o referido plano:

é necessário, ao se analisar os contextos de vulnerabilidade da mulher às DST e ao HIV/AIDS, considerar o recorte étnico e racial. No contexto da feminização, interiorização e pauperização de epidemia, as mulheres negras e índias se encontram em situação especialmente vulnerável, por sua maior exposição às consequências da violência estrutural (Brasil, 2007a, p. 15).

A proposta do plano reconhece que as relações de gênero presentes historicamente na sociedade brasileira têm contribuído de modo significativo para

a maximização de alguns agravos que acometem as mulheres, atingindo de modo mais sensível as mulheres negras, dadas suas condições objetivas de vida.

Em relação à saúde da população negra, o Plano de Saúde de 2010 tem como uma de suas metas “implantar a Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da População Negra”. Apesar do Plano de Saúde anterior (2005-2008) já ter planejadas ações voltadas para essa finalidade, não encontramos nenhuma ação que nos remetesse à implementação de política, e o atual plano ainda utiliza o termo “implantação”, em um claro reconhecimento de que tal Política ainda não está sendo executada.

A coleta dos dados desta pesquisa foi realizada durante o mês de agosto de 2011. Na oportunidade, segundo documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Alcântara, o município contava com dez equipes do Programa Estratégia Saúde da Família. As equipes do referido programa são formadas por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde. A comunidade Castelo é uma das dez comunidades atendidas pela equipe do polo Oitua.

A enfermeira que atua na área do polo que atende à comunidade, está na área há quatro anos. Segundo ela, não há um cronograma fixo de atividades para ser desenvolvidas nas comunidades da área e as ações são realizadas sempre mediante solicitação do agente comunitário de saúde, com base na demanda que for identificada por esse profissional. Ressaltamos que, conforme já citado, a SEMUS não dispõe de um plano operacional com a descrição das atividades previstas para o município, nem de um cronograma de atendimentos nas comunidades.

A equipe trabalha com vários formulários, entre os elaborados e disponibilizados pelo MS e os elaborados pela própria SEMUS. Entre os documentos disponibilizados pelo MS estão: ficha de acompanhamento do hipertenso e/ou diabético; ficha de cadastramento da gestante e ficha de registro diário dos atendimentos das gestantes no SisPreNatal. Em relação aos elaborados pela própria SEMUS, destacamos a ficha geral e a ficha de controle especial de consulta.

No entanto, ressaltamos que essas fichas são arquivadas separadamente. Na pasta em que são

guardadas a chamada ficha geral fica apenas este impresso. Os demais formulários ficam em outras pastas, à parte. Consideramos que a separação do prontuário em partes pode prejudicar as ações individuais, pois dificulta que a equipe visualize a situação de saúde e/ou doença de cada paciente.

Durante nossa pesquisa, nos foi repassado pela equipe da Estratégia Saúde da Família um total de 189 fichas gerais, como sendo dos usuários de Castelo, sendo, desse total, 85 de homens e 104 de mulheres. Ao as examinar, porém, observamos que existem na verdade 161 sujeitos cadastrados, posto que existem 24 pessoas, entre homens e mulheres, com mais de uma ficha, em um total de 28 fichas a mais. Destacamos que entre as mulheres existe uma que possui 4 fichas. Tal fato foi considerado como preocupante, posto que a repetição das fichas pode prejudicar o atendimento, pois dificulta sua continuidade, uma vez que cada vez que comparece ao serviço, o usuário é atendido com uma ficha.

O quesito cor não é coletado pelo serviço. De todas as fichas examinadas, apenas a ficha de cadastramento da gestante do Ministério da Saúde, traz local indicado para coleta do quesito cor, e ainda assim, apenas em algumas fichas esse espaço está preenchido. Ressalta-se ainda que, durante nossa pesquisa, ao questionarmos por que as demais não estão preenchidas, a profissional responsável pelo preenchimento justificou que o tempo para esse procedimento é pouco. Ela também não foi precisa sobre como coleta tal dado, se por autoidentificação ou não.

Não identificamos em nossa pesquisa nenhuma ação específica voltada para a redução da morbidade e mortalidade feminina por causas evitáveis na comunidade, como hipertensão, diabetes e/ou promoção à atenção obstétrica e neonatal em todos os ciclos de vida, que leve em conta as características raciais e étnicas desse segmento. As ações propostas são as mesmas planejadas para os demais povoados do município.

Em nossa metodologia de trabalho, utilizamos ainda um formulário para tentar identificar o conhecimento que os profissionais do ESF que atendem a comunidade têm sobre a PNSIPN e sua possível implementação no município. Três profissionais, todos com ensino superior completo, responderam o for-

mulário. A partir das respostas obtidas concluímos que os profissionais não têm conhecimento profundo sobre a política, sendo que um membro da equipe referiu “nunca ter ouvido falar da Política”. Apesar de dois dos pesquisados terem manifestado conhecer a política, informaram que tal conhecimento se deu em outros espaços de capacitação que não os da SEMUS. Todos foram unânimes em afirmar que não participaram de capacitações específicas voltadas para a saúde da população negra promovidas pela Secretaria de Saúde do município. Apesar de dois profissionais afirmarem que existem ações específicas para as mulheres negras da comunidade, não as identificamos na análise dos documentos disponibilizados pela Secretaria de Saúde.

Em nossa pesquisa constatamos que não há ações específicas voltadas para as mulheres negras no povoado Castelo. Não identificamos nenhum planejamento de atividades específicas para esse grupo nos documentos disponibilizados pela Secretaria. A gestão da saúde no município trabalha com o Plano de Saúde 2010-2013, o qual ainda utiliza a expressão “implantação da Política de Atenção à População Negra”, numa clara afirmação de que tal Política ainda não está sendo executada, apesar de o Plano de Saúde anterior, de 2005-2008, já ter elencado ações voltadas para essa finalidade.

Considerações finais

A saúde da população negra, como política pública nacional, é uma realidade; no entanto, corroborando o que a ainda escassa literatura (Freitas et al., 2011a; Marques et al., 2014) a respeito vem apontando, a implantação e implementação das ações propostas na comunidade pesquisada, assim como em boa parte das comunidades quilombolas do país, ainda não se dão conforme preconizam as legislações contemporâneas sobre a temática (Silva, 2007).

O acesso universal e integral garantindo a equidade, conforme preconizam as legislações vigentes, ainda não é uma realidade para as mulheres negras do povoado Castelo, assim como em outras comunidades quilombolas no Brasil (Freitas et al., 2011b; Guerrero et al., 2007). As ações e serviços de saúde

executados no povoado não levam em conta, como deveriam, as características étnicas e raciais de suas moradoras, sob o risco de negligenciar fatores importantes para o melhor controle de seu processo saúde-doença.

Assim, torna-se urgente o fortalecimento de ações, no contexto de uma intervenção que contemple as diferentes necessidades de saúde das mulheres negras da comunidade Castelo, assegurando seu acesso aos serviços de saúde qualificados para a identificação das vulnerabilidades inerentes a esse segmento social, visando à atenção integral a sua saúde.

A atenção à saúde dessas mulheres não pode ser realizada sem considerar sua realidade objetiva, posto que se trata de um segmento que historicamente vem sofrendo as mais variadas formas de violência.

Os gestores, ao implementar e operacionalizar a política de saúde, não devem realizá-la considerando as mulheres como um segmento social homogêneo e monolítico. É imprescindível que esses gestores tenham a percepção de sua diversidade e a capacitação para o encaminhamento adequado das especificidades de suas demandas e necessidades, sem perder as diretrizes gerais do sistema.

A Carta de 1988 representou um marco fundamental para a ruptura com os princípios patriarcais. São conquistas institucionais e jurídicas que refletem o novo momento político vivido pelo movimento feminista, que consagrou o preceito da igualdade legal entre homens e mulheres. No entanto, observamos que o amparo legal não tem dado conta das diferenças que permeiam as relações de gênero e estruturam diferentes graus de discriminação das mulheres. No que se refere ao acesso aos serviços de saúde, por exemplo, segundo o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia da Aids e outras DST, “há evidências de que a condição de raça/cor se converte muitas vezes em situação de exclusão” (Brasil, 2007a, p. 16).

A referida Constituição definiu os princípios gerais do SUS, posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/1990, e estabeleceu a direção única e as responsabilidades dos gestores em todos os níveis do sistema, bem como pela execução das legislações

específicas que tratam da saúde da população negra. A descentralização da saúde, com as chamadas leis orgânicas, traz aos municípios nova responsabilidade para com seus munícipes, qual seja, o de garantir o acesso integral a esse direito. As diretrizes legais estão postas, portanto, carecendo de esforços políticos para sua implementação.

A Lei 8080/1990 dispõe em seus objetivos que a assistência à saúde deve ser realizada por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Tais ações devem ser dirigidas às populações de territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem.

Partindo desse entendimento, o município é a unidade federativa que deve executar as ações da atenção básica, por ser a unidade territorial de referência do indivíduo. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, tais ações devem ser orientadas pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização e da equidade.

É de responsabilidade do gestor municipal garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das equipes de saúde da família, de saúde bucal e das unidades básicas de referência dos agentes comunitários de saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos, bem como de capacitações, suficientes para realização das ações propostas pelas legislações (Freitas et al., 2011b).

A atenção básica passou a ter a estratégia saúde da família como eixo prioritário para sua organização e execução de acordo com os preceitos do SUS. As ações desenvolvidas pela atenção básica, portanto, não podem ser consideradas como ações isoladas, mas como parte de um sistema que deve funcionar de modo interligado.

Essa nova realidade impõe aos gestores municipais novas demandas por serviços, na perspectiva do direito, que levem em conta a realidade dos grupos atendidos. Assim, em um município no qual a grande maioria da população é negra, e com grande concentração de comunidades quilombolas, como é o caso de Alcântara, deve-se levar essa característica

em conta ao elaborar e executar a política de saúde, com ações e serviços que atendam às necessidades específicas da população negra, conforme prevê o Plano Municipal de Saúde. Uma das medidas a ser tomadas com urgência é a inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados utilizados pelas equipes de saúde do município. Outra medida a ser adotada é a realização de capacitações voltadas para a sensibilização dos profissionais sobre a importância da coleta desses dados, com metodologia a ser homogeneizada e realizada com a autoidentificação dos usuários, como forma de conhecê-los melhor e de melhorar os serviços, atendendo suas reais necessidades e demandas.

Diante do observado em documentos disponibilizados pela SEMUS, e tendo como base as legislações referentes à saúde da população negra e à saúde da mulher, concluímos que o município convive com uma legislação universalizante, tendo como referência o SUS, e uma realidade de prestação de serviços focalizados e pontuais, em que a atenção à saúde da mulher negra não é executada conforme preconizam as legislações vigentes.

Referências

ALCÂNTARA. *Plano de Saúde Municipal (2010-2013)*. Alcântara: Prefeitura Municipal, 2010.

ALCÂNTARA. *Plano de Saúde Municipal (2005-2008)*. Alcântara: Prefeitura Municipal, 2005.

ALMEIDA, A. W. B. Terras de preto, terras de santo, terras de índio: uso comum e conflito. *Novos cadernos NAEA*, Belém, v. 10, p. 163-196, 1989.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal, 1996a.

BRASIL. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 out. 1996b.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNPM.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2016.

BRASIL. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004c. Seção 1. p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: Atenção à Saúde das Mulheres Negras*. 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectiva_equidade_pacto_nacional.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Perspectiva da equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: atenção à saúde das mulheres negras*. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectiva_equidade_pacto_nacional.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano integrado de enfrentamento à feminização da epidemia da aids e outras DST*. 2007a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília, DF,

2007b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra: plano operativo*. Brasília, DF, 2008.

CHOAIRY, A. C. C. *Alcântara vai para o espaço: a dinâmica da implantação do centro de lançamento de Alcântara*. São Luís, MA: UFMA/Proin-CS, 2000.

FREITAS, D. A. et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *CEFAC*, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 937-943, 2011a.

FREITAS, D. A. et al. Mulheres quilombolas: profissionais na estratégia de saúde da família. *Espaço para Saúde*, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 56-62, 2011b.

GUERRERO, A. F. H. et al. Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do município de Santarém - Pará, Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 103-110, 2007.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico 2000*: tabela 1.2.1 - População residente, por cor ou raça,

segundo a situação do domicílio e os grupos de idade - Brasil. 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/cor_raca_Censo2000.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2014.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico 2010*: tabela 1.3.1 - População residente, por cor ou raça, segundo o sexo e os grupos de idade: Brasil - 2010. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/tabelas_pdf/tab3.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2014.

MARQUES, A. S. et al. Atenção primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, n. 2, p. 365-371, 2014.

OLIVEIRA, F. *Saúde da população negra*: Brasil, ano 2001. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

SILVA, J. A. N. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do estado da Paraíba. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 111-124, 2007.

Contribuição dos autores

Viegas realizou a pesquisa e escreveu o artigo. Varga orientou o trabalho e corrigiu o texto.

Recebido: 02/04/2014

Aprovado: 03/07/2014