

PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE NOS QUILOMBOS DE GOIÁS

Renata Carvalho dos SANTOS; Maria Sebastiana SILVA; Suzana de Santana MARTINS; Jéssica Félix Nicácio MARTINEZ

Faculdade de Educação Física

renathacarvalho@hotmail.com

Palavras-chave: saúde, práticas de cuidado, comunidades quilombolas
INTRODUÇÃO

A definição clássica de quilombo foi dada em 1740 por um órgão da administração portuguesa, o Conselho Ultramarino. Tal definição afirmava que quilombo era “toda habitação de negros fugidos, que passem de cinco, em parte despovoada, ainda que não tenham ranchos levantados e nem se achem pilões nele” (ALMEIDA, 2000, p.165). Esse conceito propagou-se ao longo do tempo e cristalizou a ideia de quilombo como um local de indivíduos fugidos que negava o trabalho nas grandes propriedades rurais e com isolamento geográfico, de modo a estar mais próximo da natureza do que da sociedade civilizada.

No entanto, atualmente existe um movimento em busca da ressemantização do conceito de quilombos, extrapolando a representação mitológica que se criou em torno destes locais. Hodiernamente, são compreendidos como importantes espaços de expressão da luta dos afro-descendentes por condições dignas de vida e de trabalho e que mantêm raízes históricas vinculadas à opressão da escravidão (INCRA, 2009). Essa nova definição, onde os quilombos não são necessariamente aos resíduos de ocupação realizados em determinado período ou a comprovação biológica de descendência, rompe com a visão estática do conceito anterior e evidencia a variabilidade de experiências que podem ser abarcadas por este local (LEITE, 2000). Neste sentido, já foram certificadas pela Fundação Cultural Palmares 1624 comunidades quilombolas em todo território brasileiro (BRASIL, 2010).

Esse descolamento da concepção de quilombo também se materializou em ações para este segmento. Arruti (2009) classifica as políticas para essas comunidades em dois tipos: aquelas elaboradas especificamente para esta população e aquelas que apresentam cotas especiais dentro de políticas universais. Desse modo, a política de regularização das terras quilombolas é um exemplo de política específica, pois apresenta normatização própria e ações diferentes da reforma agrária. Já as de educação e saúde apresentam de maneira geral um tratamento diferenciado dentro de seus orçamentos. Nos dois casos há um

reconhecimento e certa redistribuição de meios, no entanto, uma assinala um reconhecimento que produz uma política diferenciada, elaborada com vistas a determinados indivíduos, e a outra propõe tratamento diferenciado dentro de políticas indiferenciadas destinadas a população em geral.

Focando apenas nas políticas relacionadas à saúde para identificar ações destinadas às comunidades quilombolas há a necessidade de acessar vários documentos e trabalhos dedicados às populações pobres, rurais ou mesmo a população em geral. Muitas iniciativas no campo da saúde do Programa Brasil Quilombola, estão concentradas no saneamento e infra-estrutura básica, mas também existem ações no Programa de Habitação e Saneamento, Segurança Alimentar e Nutricional e a Estratégia de Saúde da Família.

Importante destacar que para além de uma visão multifatorial, a saúde humana inclui processos de caráter biológico determinados socialmente. Neste sentido, o conceito de saúde extrapola a simples ausência de doença mas está atrelada as formas de organização social da produção assim como as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1986).

Esta definição compreende a saúde como um processo construído em cada momento histórico segundo as determinações da reorganização social. O Estado deve garantir o direito à saúde de toda população, não apenas por meio de textos constitucionais, mas por meio da sua materialização em políticas de saúde intersetoriais, dada a complexidade do processo saúde-doença na realidade brasileira, integradas às necessidades da população e as reivindicações dos movimentos sociais. Para tanto, é imprescindível a participação social no controle dos processos de formulação, gestão e avaliação das políticas públicas produzidas coletivamente (BRASIL, 1986).

A partir deste contexto, torna-se importante investigar as condições de saúde de comunidades remanescentes de quilombos, afim de criar e direcionar projetos específicos para esta população, que apresenta as suas particularidades e necessidades próprias.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa exploratória e descritiva em duas comunidades quilombolas de Goiás, uma localizada na zona rural: Comunidade Almeida no

município de Silvânia, e outra na zona urbana: Comunidade Quilombola Urbana Jardim Cascata, no município de Aparecida de Goiânia.

Os sujeitos dessa pesquisa foram indivíduos pertencentes às famílias quilombolas que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi realizada entrevista semi-estruturada com as lideranças das comunidades e com as famílias quilombolas para obter informações sobre as suas condições de vida e práticas de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir dos dados coletados foi possível compreender que existe, principalmente na comunidade rural de Almeida, uma hibridização dos conhecimentos tradicionais e biomédicos no enfrentamento dos processos de saúde-doença. Tal fato se materializa na constituição de conhecimentos advindos da arte terapêutica das plantas e dos conhecimentos alicerçados no discurso hegemônico e oficial do sistema de saúde, que inclui a utilização de medicamentos alopáticos, visitas e consultas com médicos especialistas, o que é legitimado pela presença dos agentes de saúde nestas comunidades.

Em geral, a ação da equipe Estratégia de Saúde da Família (ESF) se limita a atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS). As principais ações desenvolvidas pelos ACS nestes locais são: coleta de informações sobre as condições de saúde, distribuição de medicamentos e orientação da população. No entanto, vale ressaltar que em Almeida, a maioria das casas localiza-se a quilômetros de distância umas das outras e, muitas vezes, não existe nenhum tipo de transporte disponível, tornando o trabalho dos agentes árduo e desgastante, o que resulta em visitas domiciliares, pouco frequentes. Quando os moradores apresentam doenças que requerem cuidados mais complexos, é preciso se deslocar para a cidade mais próxima, a fim de obterem atendimento dos demais profissionais da equipe.

No Jardim Cascata essa realidade não é muito diferente. O posto de saúde do bairro constantemente está sem médico e outros profissionais, ou fechado. Quando os moradores precisam de atendimento é necessário se deslocar para outros bairros ou até mesmo à Goiânia. Para tanto, dependem do transporte público, que é precário, ou da ajuda de vizinhos que possuem veículos e disposição para realizar o traslado.

Na comunidade Almeidas, o atendimento do serviço de saúde é realizado quinzenalmente, em um barracão sem infra-estrutura apropriada, cedido pela igreja local. Um grande problema em relação ao atendimento, tanto em Almeidas como no Jardim Cascata é o alto rodízio de profissionais, essencialmente médicos e enfermeiros, devido à longa distância e as péssimas condições das vias de acesso às comunidades. Tal fato afeta a qualidade do atendimento prestado no local.

Vale destacar que na comunidade rural pesquisada, de maneira geral, as famílias cultivam plantas medicinais em suas casas e costumam preparar diversos remédios caseiros (chás, xaropes, raizadas, etc.) para tratar os males do corpo. Além desta, a prática popular de cuidado mais evidente, são as rezas das benzedeadas. A figura das parteiras tem desaparecido deste cenário, mesmo entre as mulheres idosas. As mulheres afirmam que não tem ninguém que ainda faça estes partos e é melhor ir ao hospital. Outros fatos que contribuem para a supressão desta prática é o medo de punições judiciais caso ocorra alguma complicação durante o parto.

Apesar da utilização das plantas no tratamento das enfermidades, apenas alguns indivíduos da comunidade detêm este saber e produzem, informalmente, remédios caseiros para as pessoas. Há algum tempo, houve uma experiência de produção de xaropes para gripe no “postinho” para distribuição na comunidade. Esta ação foi considerada positiva entre a população local, no entanto não teve prosseguimento devido ao rodízio de profissionais da saúde neste lugar, como já foi citado anteriormente.

A necessidade de transformação do modelo biomédico aparece em várias entrevistas, nas quais os moradores afirmam que os médicos precisam conhecer a cultura das comunidades para poderem tratar destes sujeitos, ou seja, é preciso se aproximar da realidade local e conhecer as práticas exercidas por estes indivíduos, para integrar os saberes e práticas de tratamentos locais.

Já no Jardim Cascata, poucas famílias plantam para o consumo ou para produção de remédios em seus quintais. Dependem mais dos remédios alopáticos distribuídos no posto de saúde para o tratamento das diversas doenças que acometem a comunidade.

CONCLUSÕES

A realidade das comunidades pesquisadas envolve de uma maneira geral,

situações de pobreza, miséria e péssimas moradias, carecendo de serviços básicos como: saneamento, alimentação, saúde, educação, segurança, etc. Na comunidade rural, a terra, que é uma das garantias para reprodução física, social e econômica da comunidade, frequentemente é retirada por outros indivíduos mais poderosos economicamente acirrando ainda mais a condição de vida dos quilombolas. Em relação à comunidade urbana, a falta de emprego e renda agrava a situação de pobreza das famílias pesquisadas. Estas determinações influenciam na saúde desta população, tendo como referencial o conceito amplo de saúde.

Na zona rural é comum o fato dos integrantes mais jovens deixarem a comunidade em busca de emprego e estudos nas cidades próximas. Os moradores alegam que a falta de trabalho e acesso a terra os direcionam a esta situação de vulnerabilidade, na qual a falta de renda para prover a alimentação e as outras necessidades básicas muitas vezes impele estes indivíduos para fora do seu espaço social em busca de melhores condições de vida.

O processo de aglutinar saberes e práticas tradicionais de cuidado à saúde com o conhecimento científico é uma tentativa de superar a falta de acesso aos serviços básicos de saúde, assim como o distanciamento do conhecimento hegemônico da realidade local para enfrentamento do processo saúde-doença.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, A. W. B. Os quilombos e as novas etnias. *Revista Palmares*, Brasília, Fundação Palmares, Ministério da Cultura, p.163-182, 2000.
- ARRUTI, J. M. Políticas públicas para quilombos: terra, saúde e educação. In: PAULA, Marilene; HERINGER, Rosana (orgs). *Caminhos convergentes: Estado e Sociedade na superação das desigualdades raciais no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Boll, ActionAid, 2009. p.75-110.
- BRASIL. Relatório Final: *8ª Conferência Nacional de Saúde*, Brasília, 1986: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 21 p. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf> Acesso em: 25 abril 2011.
- BRASIL, *Certidões atualizadas*. Fundação Cultural Palmares, junho/2010. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/?page_id=88> Acesso em: 25 abril 2011.
- INCRA, *Incra avança em regularização de quilombo urbano na capital fluminense*. Incra - Ministério do Desenvolvimento Agrário, 26 de Novembro de 2009. Disponível em:<http://www.incra.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=13589:incra-avanca-em-regularizacao-de-quilombo-urbano-na-capital-fluminense&catid=1:ultimas&Itemid=278> Acesso em:02/12/2009
- LEITE, I. B. Os quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas. *Etnográfica*, v. 4, n. 2, p. 333-354, nov-2000.