

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

Fabiana Aparecida Oliboni Minuzzo

ACESSO E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA:
Uma pesquisa sob a ótica do pensamento complexo em um quilombo urbano na
cidade de Porto Alegre

Porto Alegre

2017

Fabiana Aparecida Oliboni Minuzzo

ACESSO E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA:

Uma pesquisa sob a ótica do pensamento complexo em um quilombo urbano na cidade de Porto Alegre

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira

Co-orientadora: Profa. Dra. Fernanda Souza de Bairros

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Oliboni Minuzzo, Fabiana Aparecida

ACESSO E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: Uma pesquisa sob a ótica do pensamento complexo em um quilombo urbano na cidade de Porto Alegre / Fabiana Aparecida Oliboni Minuzzo. -- 2017.

103 f.

Orientador: Daniel Canavese de Oliveira.

Coorientadora: Fernanda Souza de Bairros.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Sistema Único de Saúde . 2. Atenção Básica . 3. População Negra. 4. Acesso aos serviços de saúde. 5. Equidade em Saúde. I. Canavese de Oliveira, Daniel, orient. II. Souza de Bairros, Fernanda, coorient. III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Fabiana Aparecida Oliboni Minuzzo

ACESSO E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA:

Uma pesquisa sob a ótica do pensamento complexo em um quilombo urbano na cidade de Porto Alegre

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Data da aprovação: 27 de outubro de 2017

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alcindo Ferla

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Clarice Mota

Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. João Bosco Filho

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Profa. Dra. Rita de Cássia Maciazeki Gomes

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

O quadro histórico que representa as precárias condições em que vive a população negra no Brasil expressa como se consolidou sua inserção nesta sociedade que, mesmo após a abolição da escravidão, se manteve em uma posição de desvantagem social em relação à população branca. Este estudo, de cunho qualitativo, teve como objetivo central avaliar as percepções de mulheres de uma comunidade quilombola em relação ao acesso e qualidade da atenção prestada por uma Unidade de Saúde da Família. O objetivo específico foi identificar fatores que facilitam ou dificultam o acesso à Unidade de Saúde da Família. A pesquisa de campo ocorreu no período de julho a setembro de 2017 na Comunidade Quilombola Urbana Quilombo dos Alpes, localizada área de abrangência territorial sob responsabilidade sanitária da Unidade de Saúde da Família Estrada dos Alpes, no município de Porto Alegre/RS. Foram entrevistadas dez mulheres, de acordo com os critérios de inclusão definidos: ser moradora da Comunidade Quilombola com idade igual ou superior a 18 anos de idade. O tratamento e análise do material produzido pelas entrevistas foi submetido ao método de análise de conteúdo, fundamentado na identificação de elementos pertinentes, gerando as categorias, inter-relacionadas: racismo, práticas de saúde e cultura. O estudo permitiu identificar aspectos que conduzem a relação entre usuárias e serviço de saúde da família demonstrando que, apesar de transformações nos modelos de atenção à saúde, configura-se ainda um acesso ao serviço de saúde centrado no modelo biomédico centrado. O racismo institucional foi revelado como elemento determinante para a não efetivação do acesso à saúde demonstrando sua presença entranhada nas relações sociais, de trabalho e de cuidado produzindo condutas discriminatórias que interferem negativamente nos processos de vinculação e acesso efetivo ao serviço de saúde. A marginalização social vivenciada expressa uma realidade em que o racismo e atos de discriminação revelam-se como determinantes das condições de vida e de limitações ao acesso à saúde desta população. A cultura negra e sua herança, que perpassa diferentes gerações, evidenciou práticas de cuidado à saúde inerentes a uma comunidade tradicional com forte vínculo com um ambiente que oferece terapias através de ervas medicinais. As experiências de cuidado vinculadas à natureza destacam a necessidade de uma nova conformação nas relações terapêuticas entre profissionais e comunidade, transpondo um modelo de atenção protocolar e institucionalmente consolidado. A compreensão e reconhecimento das práticas populares de saúde vivenciadas pelas mulheres significa possibilidades de transformações potencializando o vínculo e o cuidado à saúde compartilhado de acordo com as especificidades locais. O desafio da consolidação do acesso à saúde de acordo com as especificidades da população quilombola remete a transformações e adaptações do modelo de atenção institucionalmente constituído aos costumes e demandas de uma população que traz consigo heranças históricas e singulares nos modos de cuidar à saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Atenção Básica. População Negra. Acesso aos serviços de saúde. Equidade em Saúde.

ABSTRACT

The precarious conditions in which the black population lives in Brazil expresses how their insertion was consolidated in a society that, even after the abolition of slavery in the country, has remained in a social disadvantage position in comparison to the white population. This qualitative study have had as its objective to evaluate the perceptions of women in a *quilombola* community in relation to the access and quality of healthcare provided by a *Family Health Program* team (a primary healthcare unit). The specific objective was to identify factors that facilitate or hinder access to the primary healthcare unit. The field research was carried out from July to September 2017 in the *quilombo* known as *Urban Quilombola Community of Alpes*, a territorial area under the sanitary responsibility of the *Family Health Program* team called as *Estrada dos Alpes*, located in the city of Porto Alegre. Ten women were interviewed, according to the following criteria: to be a resident of the *quilombola* community, aged 18 or older. The content analysis was the data analysis method of the material produced during the interviews, resulting the generation of the following interrelated categories: racism, health practices and culture. The study allowed the identification of aspects of the relationship between users and the primary healthcare services, demonstrating that, despite the changes in the healthcare models, there is still an access to the health service based on the biomedical-centered model. Institutional racism was identified as a determinant element for the non-effectiveness of access to health services, demonstrating its intrinsic presence in social, healthcare, and labor relations, producing discriminatory behaviors that negatively interfere in the processes of creation of bonds with the *Family Health Program* and to the effective access to healthcare services. The social marginalization experienced by black population presents a reality in which racism and discrimination are determinant factors of their life conditions and create access limitations to healthcare. The black culture and inheritance identified during the analysis, which encompasses different generations, evidenced healthcare practices typical of a traditional community, having strong linkages with an environment that offers therapies through medicinal herbs. The nature-based care experiences highlights the need for a new conformation in the therapeutic relationships between professionals and the community, surpassing the institutionally consolidated healthcare model. The comprehension and recognition of popular health practices experienced by women means transformations possibilities to strengthening the users-healthcare team bonds according to local specificities. The challenge of consolidating access to health services according to the specificities of the *quilombola* population should consider transformations and adaptations in the institutionally constituted models of healthcare, that should adapt to the the customs and demands of a population with a unique historic inheritances in their healthcare modes.

Keywords: Unified Health System (SUS). Primary Care. Black Population. Access to Healthcare Services. Equity in Health.

AGRADECIMENTOS

Expressar em palavras minha gratidão a todas as pessoas que compõem minha rede de relações e que estiveram conectadas a mim neste período representa um desafio, o que nem sempre palavras conseguem contemplar seu real significado.

Primeiramente, justificando o motivo pelo qual foi possível a concretização deste estudo, não posso deixar de agradecer a todas as mulheres que afetuosamente me acolheram, permitindo vivenciar momentos a partir dos quais se desvelaram novos horizontes de pensamentos e aprendizados. Em especial, à Janja, pela sua compreensão, colaborações e confiança depositada. A todas, meu muito obrigada, sempre. Suas presenças foram essenciais para transformações pessoais e profissionais de grande significado para mim.

A minha família, Terezinha, Adriana, Juliana, Alice, Luiza e Felipe. Por sempre respeitarem minhas escolhas, incentivando, acreditando e desse modo potencializando minhas capacidades. Sem palavras para agradecer a compreensão pelas muitas ausências.

A Takeyoshi, também por respeitar o momento vivenciado, compreendendo as inconstâncias, mas sempre junto, compreensivo e incentivador. Agradeço por todas as colaborações e empenho logístico à concretização de determinadas etapas do estudo.

Aos colegas de trabalho, pela compreensão das ausências e incentivos diários. Aos(as) residentes de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva UFRGS, fiéis companheiros(as) e incentivadores(as), representam entre muitas motivações de trabalho, aquela que impõe afeto e significado especial pelos aprendizados e construções compartilhadas.

Por fim, especialmente como àquelas que permitiram a existência deste trabalho, destaco a fundamental presença do Professor Orientador Daniel Canavese de Oliveira enquanto incentivador da concretização de todas as etapas vivenciadas nestes dois anos de estudo. Aqui, realmente faltam palavras para agradecer pelo seu método, sempre presente, por sua escuta, diálogos, sugestões, questionamentos. Suas colaborações foram também essenciais para enfrentar os desafios propostos e pelos aprendizados conquistados neste caminho. Obrigada por todos os aprendizados, construções compartilhadas e pelo respeito. Obrigada, sempre, sempre, e especialmente pela compreensão e pela paciência dispensada, algumas das muitas qualidades que o tornam uma pessoa especial.

Da mesma forma, agradeço à Professora Co-orientadora Fernanda Souza de Bairros, sua contribuição foi fundamental para reorganização em um momento confuso e demandante. A

conexão com seus saberes foi um momento de grande reflexão e produtora de significados e aprendizados.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da população conforme o quesito raça/cor na região sul do país.....30

Quadro 1 – Perfil das participantes da pesquisa73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – ATENÇÃO BÁSICA

ACS – AGENTE COMUNITÁRIO(A) DE SAÚDE

ADCT – ATOS DAS DISPOSIÇÕES CONSTITUCIONAIS TRANSITÓRIAS

APS – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CEP – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CNDSS - COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

CTSPN - COMITÊ TÉCNICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

DSS – DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

INCRA – INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA

GT – GRUPO DE TRABALHO

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

PNAB – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

PNAD – PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS

PNPCT – POLÍTICA NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DOS
POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS

PNAISM - POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

PNPMF - POLÍTICA NACIONAL DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS

PNPIC-SUS - POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES NO SUS

PNSIPN – POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

SMS/POA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

SEGEP - SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL

SEPPIR – SECRETARIA DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UBS – UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

US – UNIDADE DE SAÚDE

USF – UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	13
2	INTRODUÇÃO	16
	2.1 <i>MARCO HISTÓRICO</i>	16
	2.1.1 Conhecendo um pouco a história dos quilombos.....	16
	2.1.2 Conhecendo um pouco da história do(s) territórios – Glória/Cascata/Morro dos Alpes	19
	2.1.3 Unidade de Saúde - Espaço de (re)ligações e conexões.....	23
	2.2 <i>MARCO TEÓRICO</i>	24
	2.2.1 Alguns caminhos que percorrem a atenção à saúde.....	24
	2.2.2 A ampliação da atenção a partir da política nacional de saúde integral da população negra	26
	2.2.3 Alguns aspectos a serem considerados sobre as condições de vida da população negra	27
	2.2.4 Alguns aspectos a serem considerados sobre as condições de saúde da população negra no município de Porto Alegre.....	30
	2.2.5 Acesso – uma questão complexa.....	32
3	JUSTIFICATIVA	39
4	OBJETIVOS	40
	4.1 <i>Objetivo geral</i>	40
	4.2 <i>Objetivo específico</i>	40
5	CAMINHO METODOLÓGICO	41
	5.1 <i>Delineamento da pesquisa</i>	41
	5.2 <i>O diálogo como fonte de informação</i>	41
	5.3 <i>Material e método</i>	42
6	ASPECTOS ÉTICOS	46
7	ANÁLISE DOS DADOS	48
	7.1 <i>Artigo 1 – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: entre desafios e possibilidades</i>	48
	7.2 <i>Artigo 2 - Acesso à saúde da população negra no contexto de um território quilombola urbano na cidade de Porto Alegre: conectando múltiplas vozes ao encontro da atenção integral</i>	62

8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
	REFERÊNCIAS	97
	APÊNDICE A - ROTEIRO PARA A PESQUISA DE CAMPO	100
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E	
	TERMO DE CESSÃO DE USO DE ÁUDIO - (Entrevista semi-estruturada).....	101
	APÊNDICE C - CARTA DE ANUÊNCIA.....	103

1 APRESENTAÇÃO

Pensar nas diferentes formas através das quais oferecemos serviços de saúde à população nos remete à questão do direito, formalizado a partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, e que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Partindo desse contexto e da constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), inicia-se um processo de reorganização para promoção das ações de saúde em diferentes níveis de assistência (BRASIL, 1988).

No que tange este estudo, profissionais e usuários(as) inserem-se no nível de atenção que ganha destaque como a porta de entrada, o qual se espera seja o primeiro contato da população com o sistema de saúde. É a partir deste nível que se foca o olhar como equipe de saúde para uma determinada população, que deve ser definida através de território geográfico, planejando e desenvolvendo-se ações pertinentes as reais condições de vida e necessidades de saúde de forma a se garantir acesso equânime e de qualidade.

Contudo, a organização do processo de trabalho de uma equipe de saúde da família, orientada por modelos, protocolos, fluxos e definições dos níveis de gestão federal, estadual e municipal, cumprimento de metas, assim como dar conta das diferentes demandas que circulam diariamente num serviço de saúde, muitas vezes não permite um olhar ideal às diferentes necessidades da população. Diante dessa realidade, que requer (re)adequações nos modos de produzir cuidados, especialmente partindo-se do princípio de identificação e enfrentamento das desigualdades que conferem diferenciações ao acesso à saúde, insere-se neste contexto a possibilidade de transformações a partir da conexão de conhecimentos que circulam entre os diferentes níveis de planejamento e produção de cuidado.

Neste sentido, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/POA), por meio da Gerência de Equidade Étnico Racial, vem desenvolvendo ações para disseminar junto às equipes e trabalhadores do sistema de saúde do município, a discussão sobre o tema saúde da população negra. Essa iniciativa potencializa a reflexão sobre a equidade das ações que são desenvolvidas pelos serviços, permitindo aos profissionais avaliar particularidades da população atendida, reconhecendo as diferenças e pensando sobre os efeitos que essas acarretam na produção de saúde para a população negra, dessa forma incitando a (re)formulação de estratégias possíveis de qualificar a atenção.

Diante da realidade de trabalho na qual estou inserida – Unidade de Saúde da Família (USF), a sensibilização para a reflexão sobre as particularidades de indicadores de saúde da população negra, a existência de uma comunidade quilombola no território de trabalho - e pensando de que forma uma equipe de saúde pode se (re)organizar para modificar a realidade da situação de saúde desta população - potencializou-se meu desejo em ampliar o conhecimento sobre como se dá a relação entre os moradores da Comunidade Quilombo dos Alpes e a equipe de saúde de referência para seus cuidados. O desejo justificou-se também pelo fato de que até o presente momento, poucas ações específicas da equipe de saúde de referência foram realizadas com esta comunidade, no sentido de conhecer melhor sua realidade e necessidades, enquanto apropriação das subjetividades que permeiam o processo de efetivação do acesso a este serviço. Esse conhecimento poderá apresentar à equipe as especificidades desta comunidade, assim como auxiliar na avaliação das diferenças entre demais moradores(as) do território de modo que ações possam ser (re)pensadas e implementadas promovendo cuidado conforme as verdadeiras necessidades de cada grupo.

Muitas são as intenções que podem levar um(a) profissional de saúde a pensar suas práticas de trabalho. A forma como se vê inserido(a) em uma equipe de saúde pode ser um dos motivos e a partir de então emergem numerosos outros, os quais o(a) levam a desenvolver seu papel como profissional, independentemente de sua atribuição. Pensar como um(a) cidadão(ã), que assume uma responsabilidade como profissional e que possui potencial que pode modificar realidades pode ser considerado também um dos motivos que leva a refletir sobre a realidade de seu local de trabalho, modelo de atenção a partir do qual se desenvolvem as ações cotidianas, território de responsabilidade da equipe, situação de saúde e população que vive neste território.

Para se tentar mudar realidades é necessário o desejo, mas para além do querer precisamos pensar e entender. Foi a partir destas reflexões, imersa no ambiente de trabalho, que me motivou ao conhecimento ampliado de como se dá a relação dos(as) moradores(as) da comunidade Quilombo dos Alpes com o serviço da USF Estrada dos Alpes. Essa USF organiza suas ações de acordo com as premissas do Ministério da Saúde (MS), com acolhimento portas abertas durante todo turno de trabalho, agenda programada, atendimento de demandas imediatas, acompanhamento das agentes comunitárias de saúde (ACS) e equipe de saúde bucal. Contudo, no cotidiano de trabalho observa-se que o esforço da equipe para manter atenção igualitária e equânime talvez não se aplique ao acesso esperado às diferentes demandas da população, que possuem características distintas, como pode-se identificar quando nos

referimos à questão da população negra e comunidades tradicionais, especialmente à comunidade quilombola citada.

A fim de proporcionar a compreensão das ideias relacionadas ao tema ao longo desta dissertação organizou-se uma divisão a partir de breve resgate histórico da história dos quilombos, do território em que se concentra o desenvolvimento do estudo e da unidade de saúde, passando-se ao marco teórico e aspectos a serem considerados na atenção à saúde da população negra. No seguimento são apresentados a justificativa, objetivos, caminho metodológico e aspectos éticos do estudo. Contemplando a análise dos dados procedeu-se a produção de dois artigos, ambos em processo de submissão para publicação dos resultados do estudo.

2 INTRODUÇÃO

2.1 MARCO HISTÓRICO

2.1.1 Conhecendo um pouco a história dos quilombos

O quanto conhecemos da verdadeira história de homens e mulheres escravizados que trabalharam forçadamente para construção de um país desde produção da agricultura até formação de cidades? Será que as histórias contadas nos livros escolares foi o suficiente para compreendermos a formação da comunidade negra do nosso país? O que se passa no imaginário das pessoas quando falamos desta formação e sobre seu significado?

As origens da escravidão nas américas, entre os séculos XVI a XIX, marca a formação de sociedades coloniais, predominando o trabalho compulsório com indígenas e principalmente africanos. Através do tráfico atlântico, vindos de diferentes regiões, milhões de homens e mulheres, mesmo de origens múltiplas foram todos “transformados” em africanos. Foram utilizados como mão de obra para um trabalho intenso para produção e exploração de riquezas, trabalhando na terra e agricultura, assim alimentando um mercado mundial (GOMES, 2015).

Diante da exploração, dos maus tratos e de altos índices de mortalidade as sociedades escravistas ficaram expostas a várias formas de protesto, como insurreições, rebeliões, assassinatos, fugas o que levava a intolerância dos senhores e brutalidades dos castigos.

A formação de comunidades de fugitivos talvez tenha sido a forma mais comum de protesto, o que levou a formação de comunidades que se estabeleciam com base econômica e cultural próprias, visto o conhecimento com trabalho na agricultura assim como a presença de escravos vindos de diferentes regiões africanas, instituindo a diversidade cultural. Nas américas se desenvolveram diferentes tipos comunidades, de pequenas a grandes, temporárias ou permanentes, o que levou a diferentes denominações quanto à caracterização destas.

Segundo Gomes (2015, p. 10), “no Brasil desde as primeiras décadas da colonização tais comunidades ficaram conhecidas primeiramente com a denominação mocambos e depois quilombos”, apresentando a origem de como os termos eram utilizados na África Central:

Usados para designar acampamentos improvisados, utilizados para guerras ou mesmo apresamento de escravizados. No século XVII, a palavra quilombo também era associada aos guerreiros imbangalas (jagas) e seus rituais de iniciação. Já mocambo, ou mukambu tanto em Kimbundu como em Kicongo (línguas de várias partes da África Central) significava pau de fieira, tipo de suportes com forquilhas utilizados para erguer choupanas nos acampamentos (GOMES, 2015, p. 10).

De acordo com o autor citado, no Brasil, o termo mais utilizado referia-se ao mocambo, sendo que quilombo aparece na documentação colonial no final do século XVII. Mocambos ou quilombos formaram-se quase sempre a partir de escravos fugidos, quando as primeiras fugas aconteceram de canaviais e engenhos do nordeste. Os primeiros registros datam de 1575, quilombo na Bahia e mocambo em Pernambuco, em 1681. Conforme afirma Gomes (2015, p. 12), “havia tantos mocambos e quilombos, e por toda parte - atraindo cada vez mais fugitivos -, que as autoridades coloniais os chamavam de “contagioso mal”.

Em Pernambuco, no final do século XVII, os quilombos aumentavam seu número de habitantes, levados pelo amor à liberdade, para fugir dos castigos, assim como por expedições que recrutavam aqueles que estavam nas senzalas ou até mesmo através de sequestros a fim de aumentar a população destas comunidades. Embora menos conhecidos, Gomes também destaca a proliferação dos quilombos suburbanos:

Nas circunvizinhanças de Porto Alegre, na década de 1830, os quilombolas do Negro Lucas, na Ilha dos Marinheiros, foram acusados de pequenos roubos, venda de produtos e prestação de serviços para lavradores locais. Em 1879 as denúncias partiram do centro da cidade, com os jornais noticiando sobre quilombolas que rondavam as ruas da Direita, da Igreja e do Arvoredo (2015, p. 17).

Na perspectiva historiográfica do século XX, várias imagens foram produzidas para entender os quilombos, dividindo em duas visões:

Uma visão culturalista – com força nos anos 1930 a 1950 – pensou os quilombos tão somente como resistência cultural. Escravos teriam fugido e se organizado para resistir culturalmente ao processo de opressão. Nessas visões, seria apenas nos quilombos que os africanos e seus descendentes poderiam preservar suas identidades étnicas. A África era vista numa perspectiva romantizada, homogênea ou essencializada [...]; uma visão materialista – que ganhou força nos anos 1960 a 1970 com críticas formuladas às teses de benevolência da escravidão brasileira propostas por Gilberto Freire – apresentou os quilombos como principal característica da resistência escrava. Devido aos castigos e maus-tratos, os escravos resistiram à opressão senhorial fundando quilombos (GOMES, 2015, p. 73).

Para este autor essas duas visões “acabaram reproduzindo uma ideia de “marginalização” dos quilombos. Seriam mundos isolados, ora de resistência cultural, ora de luta contra o escravismo” (GOMES, 2015, p.73).

Ao abordar o tema da luta e resistência negra à escravidão no Brasil não se deve deixar de apresentar brevemente a história do famoso quilombo, que também representa esta luta e deixa seu legado para que gerações de descendentes e movimento negro sigam dando continuidade na luta contra o racismo, a discriminação e melhores condições de vida desta população.

Gomes (2015) apresenta a história do Quilombo de Palmares, como um dos mais antigos mocambos do Brasil, surgido em Alagoas, sendo referenciado pela primeira vez em 1957. Na primeira metade do século XVII, a população de Palmares estava distribuída em inúmeros mocambos, sendo o principal, e também centro político, conhecido como Macaco. Africanos oriundos de áreas como Congo e Angola foram os responsáveis pela formação inicial de Palmares, que se apresentava com uma complexa organização econômica, militar e política. A cultura teve influência de práticas mágicas e rituais africanos, assim como de indígenas e do catolicismo. Foram os principais líderes Ganga-Zumba e Zumbi.

Gomes (2015, p.80) relata que “as expedições [...] para destruir Palmares foram seculares, atravessando dos últimos anos do século XVI até o primeiro quartel do século XVIII”. Mesmo após sua destruição, em 1695, mantinha-se a necessidade da captura de Zumbi, que traído, foi localizado e assassinado em 20 de novembro do mesmo ano. Após a morte de Zumbi as batalhas continuaram assumindo a liderança Camoanga, que foi morto em 1703. Até por volta de 1725 forças repressoras permanecem na região, e a unidade dos quilombos constituída em torno de Palmares permaneceu destruída. A partir da abolição da escravidão, 13 de maio de 1888, de norte a sul do Brasil “quilombos e mocambos continuaram a se reproduzir [...] porém não os encontramos mais na documentação de polícia e nas denúncias de jornais” (GOMES, 2015, p. 120).

No século XX, estigma e invisibilidade caracterizam os quilombolas, que agora escravos libertos eram transformados em camponeses, dificultando a definição entre roceiros, fugidos ou aqueles que nasceram em quilombos e nunca foram escravos. O isolamento e falta de políticas públicas reforçavam o estigma da posição que era ocupada, sendo que algumas populações negras rurais negavam a denominação de quilombolas ou ex-escravos.

No decorrer do século XX, com a existência de muitas comunidades remanescentes de quilombos no interior do Brasil, a militância negra tomou o quilombo como símbolo de representação política de luta contra a discriminação racial e valorização da cultura negra. “O discurso sobre a identidade da população negra foi em parte construído, tendo os quilombos como paradigma. Além da etnicidade, eram paradigma de cultura e raça” (GOMES, 2015, p.128).

No decorrer das décadas de 80 e 90 comunidades remanescentes de quilombos começaram a se organizar reivindicando seus direitos sobre as terras que ocupavam, sendo que o termo remanescente de quilombo foi oficializado na Constituição de 1988, como consta no artigo 68 dos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT): “aos remanescentes

das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos” (BRASIL, 1988).

Ainda no que se refere aos direitos do povo negro, especificamente falando das comunidades quilombolas, no ano de 2007 foi instituída a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT), tendo como objetivo:

Promover o desenvolvimento sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, com ênfase no reconhecimento, fortalecimento e garantia dos seus direitos territoriais, sociais, ambientais, econômicos e culturais, com respeito e valorização à sua identidade, suas formas de organização e suas instituições (BRASIL, 2007).

De acordo com o Decreto 6.040, que instituiu esta política, Comunidades Tradicionais são:

Grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição (BRASIL, 2007).

2.1.2 Conhecendo um pouco da história do(s) território(s) – Glória/Cascata/Morro dos Alpes

De acordo com o documento História dos Bairros de Porto Alegre, do Projeto Memória dos Bairros de Porto Alegre [1989] o atual bairro Glória teve suas origens nos finais do século XIX, desenvolvendo-se ao longo da velha Estrada de Belém, a qual fazia a ligação entre Porto Alegre e a freguesia de Belém Velho.

Neste documento a denominação do bairro encontra duas versões: a primeira, diz que o nome remete à figura da Dona Maria da Glória, esposa do Cel Manoel Py, dono de um sobrado que servia de referência a região. Uma segunda versão, diz o historiador Sérgio da Costa Franco que a denominação do bairro deu-se por fator político, quando Luiz Silveira Nunes, em 1890, vende lotes de terrenos que possuía na estrada da Cascata, denominando o local de Arraial da Glória, em homenagem a “gloriosa” proclamação da República no ano anterior.

O bairro foi criado oficialmente pela lei n.º 2.002 em 12/07/1959 e teve seus limites alterados em 1963. Popularmente, é mais amplo que seus limites oficiais, estendendo-se para os bairros Cascata, Coronel Aparício Borges e Medianeira, bairros surgidos do desdobramento do antigo arraial da Glória.

A História dos Bairros de Porto Alegre também apresenta a história do bairro Cascata, contando que a principal via de acesso ao bairro era a antiga Estrada de Belém, ligando a região central de Porto Alegre à povoação de Belém Velho, fundada por volta de 1830. Depois de ter vários nomes (Estrada da Cascata, Avenida Cascata), foi rebatizada com o nome de Avenida Professor Oscar Pereira. O povoamento se acelerou a partir das décadas de 50 e 60, com a abertura de novos acessos e instalação de meios de transporte mais abrangentes. A ocupação, antes restrita às imediações da Avenida Prof. Oscar Pereira, passou a ocorrer nas encostas dos morros da Polícia e do Cascata, através do loteamento dessas áreas.

O bairro Cascata foi criado pela Lei 2.681, de 21 de dezembro de 1963, e grande parte de seu território era conhecido como Glória. Assim, este bairro recém criado tinha uma estreita relação com os demais que formavam a Grande Glória (Glória, Medianeira e Coronel Aparício Borges).

O território no qual está inserida a USF Estrada dos Alpes é apresentada pelo Pe. Antônio Domingos Lorenzatto no livro que também conta a História do Bairro Cascata. Segundo o autor a Estrada dos Alpes surge na parte mais elevada do morro e assim foi chamada pois “ao percorrê-la dá a impressão de estar galgando a Cordilheira dos Alpes (brancos e altos) europeus” (LORENZATTO, 2008, p. 28). Esta estrada foi aberta como via de acesso à casa de campo do Presidente do Estado Antônio Augusto Borges de Medeiros, que mais tarde foi vendida para os padres jesuítas. Neste local, hoje existe uma construção que serviu de Seminário.

Ao meio deste caminho morava a família Gasperini, e desta família destaca-se a bancária Sílvia como pessoa que, por iniciativa própria, em sua casa, alfabetizava e preparava crianças para a primeira comunhão. Com o aumento da demanda para estas atividades Sílvia liderou uma campanha para construção de um prédio que servia de escola durante a semana e como capela aos domingos. Segundo moradora do local, também da família Gasperini, este prédio também veio a ser a primeira sede da hoje Unidade de Saúde Estrada dos Alpes.

Tia Sílvia, como era chamada, faz parte da memória comunitária dos Alpes, por seus feitos significativos e pela importância das relações de solidariedade que estabeleceu com a comunidade, como explicitado na fala de Jose Martins Machado:

A Tia Sílvia era nossa coordenadora, era tudo para nós aqui. Ela era a chefe da comunidade, porque naquele tempo, nem associação tinha. Ela era uma pessoa que todo mundo gostava, era como a mãe dos pobres (BARCELLOS, RIELLA E PACHECO, 1995, p. 97).

O território no qual se concentra a proposta deste trabalho, delimitado por questões geográficas propostas para a atuação de uma USF, aqui considerando a USF Estrada dos Alpes e parte da população adscrita, neste caso, o Quilombo dos Alpes, também tem partes de sua história contada a partir do Projeto Memória dos Bairros de Porto Alegre. No livro *A Grande Glória*, através de relatos de moradores, há referência a moradores “de cima”, “teve um moreno que nós apelidamos de negro João e sua senhora, dona Edwirges ainda existe” (BARCELLOS, RIELLA E PACHECO, 1995, p. 99).

Relatos de dona Edwirges, que irá constituir mais tarde a comunidade Quilombo dos Alpes, apresenta sua trajetória:

Criar os filhos num mundo hostil, passar fome, foram as condições da sua vida cotidiana, o que superou com o trabalho de cozinheira, [...] mesmo na escuridão, ela subia as trilhas no meio do mato; mesmo sem assistência, ela paria seus filhos (BARCELLOS, RIELLA E PACHECO, 1995, p. 108).

O depoimento de Edwirges Francisca Garcia da Silva remete a sua história no território dos Alpes:

Quando eu vim para cá era tudo mato. Eu tinha que ir abrindo assim, senão molhava a gente tudo [...]. Tinha só aquelas estradinhas curtinhas, pra gente entrar nas casinhas e a minha era lá pra cima. Eu vim de longe para cá. Cheguei aqui e não tinha casa, ninguém morava aqui, só eu, sozinha. Aí eu disse assim: o que eu vou fazer no meio desse mato. Esperando nenê, eu fiquei. Eu trabalhei ali e subia isto aqui de noite, depois que eu arrumava a cozinha. [...] Aí eu fui morar mais em cima, agarrei a casinha que eu entrava de quatro pé, uma casinha de vassoura. Não tinha coberta. Era um capão de mato. Eu entrava por aquele pra trazer o que comer para minhas crianças. Que eu ia fazer? Agarrei e fiquei lá no mato. Aí meu marido morreu e eu fiquei sozinha. Terminei de pagar o terreno. Às vezes tinha o que comer, às vezes não tinha. Às vezes eu saía pela casa dos outros, pedia uma coisa ou outra. Esses meus filhos pediam comida. E eu sentada no mato. Não tinha saída. Eu não tinha para dar. Chorava eu e chorava os filhos. Que eu ia fazer? Um dia saí desatinada no meio do mato e encontrei a casa ali, daquele casal de velhos. Eu entrei, lavei a casa deles e eles me deram cinquenta mil dos antigos. Com ele eu fui lá no armazém, subindo pelo mato mesmo, pra comprar comida para meus filhos. Naquele puxadinho eu ganhei meus filhos. Não tinha roupa para vestir eles, não tinha nada, enrolei ele num pano, cortava o umbigo. Ganhei sozinha no meio do mato. Ganhei os outros embaixo de duas árvores, pegando sombra. Minhas irmãs eram tudo pobre. O que eu ia fazer na casa delas, passar mais trabalho – eu não tenho mais irmãs, nem pai, nem mãe. Só eu que existo. Se Deus me levar, eu vou sozinha por que não tem mais ninguém (BARCELLOS, RIELLA E PACHECO, 1995, p. 108).

A Comunidade Quilombo dos Alpes, herança da história de dona Edwirges, está localizada entre os bairros Cascata e Teresópolis. Segundo Laitano (2012), o Quilombo localiza-se na parte mais alta do Morro da Glória (279 m de altitude) e numa pequena parte do

Morro Teresópolis (262 m de altitude), sendo que a área mais densamente ocupada localiza-se no bairro Cascata.

De acordo com o Estudo da População Quilombola do Município de Porto Alegre/RS, que também conta a história e apresenta a atual situação da Comunidade Quilombo dos Alpes, são cerca de setenta famílias que vivem nos Altos do Morro dos Alpes (Morro da Glória). Apresenta a já citada Sr^a Edwirges, nascida entre 1890 – 95, chegando ao Arraial da Glória por volta das primeiras três décadas do século XX, com seu segundo marido, “fugida provavelmente de uma fazenda na região de Belém, após o esposo ter quebrado a guampa de um boi” (GEHLEN e RAMOS 2008, p. 42). Edwirges, agregados de outros dois casamentos, filhos e netos formaram a comunidade, hoje Quilombos dos Alpes, e conviveram com suas memórias e conhecimento da natureza até sua morte, em 1998, quando Edwirges tinha 108 anos.

Atualmente vivem na comunidade netos, bisnetos, tataranetos, sendo que alguns descendentes residem também ao longo da Estrada dos Alpes, conforme Gehlen e Ramos “ampliando os espaços da comunidade, que sofre o constante assédio da especulação imobiliária, a falta de acesso à saúde e ao emprego, mas que resistem como guardiões da memória de seu mito fundador” (2008, p. 43).

Lorenzatto refere-se ao Quilombo, situado em ambos os lados da Estrada dos Alpes, citando sua existência durante o tempo da escravatura. Segundo o autor, “Os escravos não poderiam ter encontrado um local melhor do que esse: um elevado morro e um vale profundo, com fontes de água cristalina e mata nativa. Dificilmente algum dono de escravo se arriscaria a procurar um trãnsfuga naquele local (2008, p.29).

De acordo com Lorenzatto, o Quilombo funcionou até 07 de setembro de 1884, data em que foi abolida a escravatura no Rio Grande do Sul, destacando, que “hoje, no entanto, neste lugar, não há nenhum sinal, nenhuma ruína ou marca antiga que comprove a existência do referido quilombo” (2008, p. 30).

Diante do processo histórico em que se deu a vida da matriarca do Quilombo dos Alpes neste território, assim como a constituição desta comunidade, a partir da autodefinição como remanescente de quilombo, em 16/12/2004 foi aberto processo para reconhecimento do Quilombo dos Alpes sendo certificado em 08/06/2005. Cabe ressaltar como sendo remanescentes das comunidades dos quilombos, de acordo com o decreto nº 4.887, “os grupos étnicos-raciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados

de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida” (BRASIL, 2003).

Em 19 de abril de 2016 foi publicada a portaria Nº 173 que resolve em seu artigo 1º: “reconhecer e declarar como terras da Comunidade Remanescente de Quilombo Alpes [...]” (BRASIL, 2016a). De acordo com o INCRA (2016), a próxima fase do processo é a assinatura do decreto pela Presidência da República, declarando as terras de interesse social, antecedendo a titulação.

2.1.3 Unidade de Saúde - Espaço de (re)ligações e conexões

No contexto histórico dos territórios acima referidos, surge e se consolida o espaço de saúde do território do Alpes. A Unidade de Saúde (US) Estrada dos Alpes foi inaugurada em 1981, neste período era designada como um Posto Avançado de Saúde. Sua primeira sede situava-se na Estrada dos Alpes, 710, sendo em 1984 transferida para o Centro Comunitário da Estrada dos Alpes, localizado na Estrada dos Alpes 661. Em 2005 foi construída uma nova estrutura física específica para a US, no andar superior do Centro Comunitário.

A US Estrada dos Alpes, hoje habilitada como USF iniciou no ano de 2012 o processo de conversão do modelo de atenção de Unidade Básica de Saúde (UBS) para USF. Desde então, a equipe (composta por um médico, uma enfermeira, um técnico e uma técnica de enfermagem, quatro agentes comunitárias de saúde, uma dentista, uma técnica de saúde bucal, uma auxiliar de consultório dentário) vem passando por diversas transformações a fim de se adaptar ao novo modelo de atenção. Destas mudanças, centraliza suas discussões para organização do processo de trabalho, focalizado no trabalho em equipe, tendo o acolhimento aos usuários como modo essencial para acesso às ações ofertadas pelo serviço.

A equipe se organiza seguindo os princípios e diretrizes do SUS, procurando orientar suas ações para a universalidade do acesso, humanização, equidade e participação social. Além do acesso, portas abertas, a partir do acolhimento que é realizado por todos os profissionais da equipe, concentra também suas ações para continuidade do processo de cadastramento dos moradores do território. As atividades referentes à territorialização são constantemente discutidas em equipe, ficando a cargo das agentes comunitárias de saúde (ACS) o processo de cadastramento in loco.

A consolidação do processo de cadastramento dos moradores da área de abrangência da USF assume papel norteador para o planejamento das ações de saúde da equipe, visto que

também depende dos indicadores de saúde e identificação dos grupos mais vulneráveis para organizar ações de saúde àqueles que mais necessitam. Em consonância com as orientações para organização do trabalho, através de documentos oficiais do MS, agrega-se neste momento o estudo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). A particularidade da inserção desta política nas discussões da equipe refere-se à necessidade de ações relativas à população negra visto que a situação de saúde deste grupo populacional apresenta indicadores negativos em relação aos demais, especificamente, em relação a brancos. Além da população geral do território que se autodeclara de raça/cor negra, cabe ressaltar a existência da comunidade quilombola no território.

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 Alguns caminhos que percorrem a atenção à saúde

Pensar em saúde nos remete primeiramente à Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que em seu Artigo 196 demarca que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). A partir de então, é instituído o SUS, conforme consta no Artigo 198 desta Constituição, regulamentado pela Lei 8080, Lei Orgânica da Saúde, que instrumentaliza seu funcionamento (BRASIL, 1990). O SUS consiste em ações e serviços públicos de saúde, e, complementarmente, por serviços privados conveniados ou contratados, que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e participação da comunidade.

Consta no Art. 3º. da Lei 8.080 que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, o que nos leva a entender saúde como um estado de equilíbrio decorrente da qualidade de vida. Desta forma, de acordo com a Constituição Federal e leis que regem a organização do SUS, as mesmas deveriam garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

Seguindo na lógica de organização SUS apresenta-se também como norteadora desta organização a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹, que toma como prioridade a Rede de Atenção à Saúde. Deste ponto, foca-se o olhar às questões de saúde a partir desta política, visto que embasada por ela determina-se a Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS), termos equivalentes para a PNAB, como prioridade para entender questões relativas aos cuidados de saúde de acordo com modelo de atenção da estratégia de saúde da família.

Conforme a PNAB a AB deve ser constituir o contato preferencial dos usuários, a porta de entrada ao sistema de saúde. Justifica-se pelo fato das UBS estarem inseridas nos territórios onde as pessoas vivem e constituem suas histórias, por assumirem responsabilidade sanitária por território definido, possibilitando o acesso à rede, vínculo e coordenação do cuidado. A AB “orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2012, p. 19).

Além da orientação por seus princípios, baseia-se também por alguns fundamentos e diretrizes, entre os quais: adscrição do território, permitindo o planejamento e desenvolvimento de ações, setoriais e intersetoriais, impactando na situação, nos condicionantes e determinantes de saúde; acesso universal e contínuo, caracterizando porta aberta, acolhendo todas as pessoas, sem diferenciações excludentes, procurando resolver a maioria das necessidades de saúde, ou encaminhar à rede de atenção quando necessário, para dar continuidade ao cuidado; adscrever os(as) usuários(as), entendendo adscrição como um processo de vinculação e referência para o cuidado, e vínculo como construção de uma relação de afetividade e confiança entre usuário(a) e trabalhador(a); coordenação da integralidade, integrando ações programáticas e de demanda espontânea, de vigilância, tratamento, promoção, reabilitação, trabalho em equipe, multi e interdisciplinar, deslocando o processo de trabalho centrado em procedimentos ou em profissionais para um foco no(a) usuário(a); estímulo à participação dos(as) usuários(as), através do controle social, também como forma de ampliar sua autonomia e construção do cuidado individual e coletivo (BRASIL, 2012).

¹ A Política Nacional de Atenção Básica citada neste documento refere-se a sua 1ª edição, que data do ano de 2012. Em 21 de setembro de 2017, o MS publica a Portaria Nº 2.436 que estabelece a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica

2.2.2 A ampliação da atenção a partir da política nacional de saúde integral da população negra

Compete ao SUS, através de seus diferentes níveis de atenção, um diversificado conjunto de ações, que conjugadas, possibilitam a garantia de cuidados à saúde da população. Seguindo no caminho das políticas instituídas também para dar continuidade a estas ações identifica-se a Lei Nº 992, de 13 de maio de 2009, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2009).

Esta política é resultado da luta de movimentos sociais, especialmente o movimento negro, pela democratização da saúde, assim como pactuação de compromissos entre o Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). É uma Política transversal, pois abrange ações e programas de diversas secretarias e órgãos vinculados ao MS, com formulação, gestão e operação articulada entre as três esferas de governo, seja no campo restrito da saúde, ou em áreas correlatas. A formulação da Política ficou a cargo da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), com assessoria do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) (BRASIL, 2007).

A PNSIPN foi formulada com o propósito de superar as situações de vulnerabilidade em saúde que atingem a população negra e com isso melhorar as condições de saúde desta população, se apresenta como importante instrumento de trabalho para os diferentes níveis de atenção do SUS. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, entre outras estratégias. Tem como marca, “o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde” (BRASIL, 2013, p. 18) e como objetivo geral a promoção da “saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições do SUS” (BRASIL, 2013, p. 19).

No município de Porto Alegre, a fim de se trabalhar para a efetiva implementação da PNSIPN, foi criada em 2010 pela SMS/POA a Área Técnica de Saúde da População Negra, atualmente designada Gerência de Equidade Étnico Racial, que vem atuando para dar visibilidade à questão da saúde da população negra junto aos serviços de saúde e sociedade em geral. Da mesma forma, desenvolvendo ações relacionadas a diversos assuntos que tratam do tema.

Com relação ao território e equipe de saúde da família no qual se refere este estudo, a PNSIPN se apresenta com fundamental importância, pois vem para subsidiar e fortalecer o trabalho que está sendo iniciado. As transformações advindas da presença da PNSIPN nos espaços do território de abrangência da USF significa a possibilidade de garantia de acesso equânime à saúde da população negra deste território, neste caso destacando também as particularidades da comunidade quilombola. Um exemplo refere-se à formação de três profissionais da equipe, ACS, como Promotoras de Saúde da População Negra a partir do Curso Promotor@s em Promoção da Saúde da População Negra, promovido pela Gerência de Equidade Étnico Racial.

As promotoras atuam desencadeando a discussão sobre o tema e planejando, em conjunto com a equipe, ações para qualificar o trabalho cotidiano enquanto cuidado à população negra. Esta iniciativa da Gerência de Equidade Étnico Racial, em parceria com as equipes e profissionais, a partir da sensibilização e trabalho compartilhado, comprova a importância que a PNSIPN representa para a garantia e qualificação das ações e condições de vida e saúde da população negra.

Cabe ressaltar novamente a importância e o significado que a PNSIPN pode representar para as equipes quando surge para fortalecer a ideia de desenvolvimento de ações relativas às especificidades da população negra, de mudança de situações de vulnerabilidade impregnadas na sociedade desde o período da escravidão, com o racismo institucional e a discriminação, além do acometimento por doenças mais prevalentes e diversos outros determinantes que afetam negativamente a vida destas pessoas. Com isso especial atenção deve ser dada às estratégias por meio das quais a política se insere no cotidiano de trabalho, que incluem:

Inclusão do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para definição de prioridades e tomada de decisão; ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial (BRASIL, 2013, p. 7).

2.2.3 Alguns aspectos a serem considerados sobre as condições de vida da população negra

Ao abordar o tema saúde da população negra cabe repassar um breve entendimento de como as questões de racismo e discriminação determinam aspectos de saúde desta população.

Segundo Barata, a genética comprova que mais de 95% das variações genéticas são identificadas no interior de uma mesma ‘raça’, apresentando mais variações que entre raças. Para a autora “não há, do ponto de vista estritamente biológico, nenhuma sustentação científica para a noção de raça. Oficialmente, portanto, a noção de raça/etnia é um construto sociopolítico, e não uma categoria baseada cientificamente em diferenças biológicas intrínsecas. (2009, p. 58).

“Entre humanos, a noção de raça aparece como uma construção ideológica relacionada com a crença dominante na inferioridade inata de certos grupos, como os judeus, os ciganos, os negros e os imigrantes” (BARATA, 2009, p. 57). Com o avanço da ciência a noção de raça passa a ser vista como equivalente a grupo étnico, que pode ser definido por suas características socioculturais e, mesmo mantendo isolamento em relação a outros grupos ou populações, conservam seus hábitos e costumes. Ainda sobre a relação saúde e etnia, refere que:

Há muitas evidências empíricas das relações entre etnia e saúde, entretanto, a maioria dos estudos não consegue separar adequadamente os efeitos decorrentes da posição social, do nível socioeconômico, das características culturais, de aspectos que poderiam ser decorrentes da discriminação e do racismo. Há uma tendência a considerar qualquer desigualdade como reflexo das condições de discriminação, porém não é tão simples assim. Como todos esses aspectos são socialmente determinados e todos eles têm implicação uns sobre os outros, as questões de etnia e saúde carregam um conjunto complexo de determinações nem sempre passíveis de tratamento estatístico [...] (BARATA, 2009, p. 63).

Como já apresentado, questões socioculturais são determinantes que podem afetar positiva ou negativamente o desenrolar da vida das pessoas. Entre estes determinantes, no caso da população negra, pode-se incluir o racismo como um determinante com forte potencial para dificultar o acesso a condições que deveriam levar a condições dignas de vida, como educação, trabalho ou saúde. Condições que levam à segregação, que significa restrição de possibilidades e oportunidades, “resultando em inserção social desvantajosa e ausência de mobilidade social” (BARATA, 2009, p.66).

Barata assim apresenta os termos racismo e discriminação:

Racismo refere-se uma ideologia social de inferioridade, que é usada para justificar tratamento diferencial concedido a membros de grupos raciais ou étnicos, por indivíduos e instituições, usualmente acompanhados por atitudes negativas de depreciação com relação a esses grupos; a discriminação racial ou étnica é um fenômeno estruturado e sancionado socialmente, justificado pela ideologia e expresso através de interações entre indivíduos e instituições; baseada na dominação, visa a manter privilégios para os grupos dominantes à custa de privação e exclusão dos demais (2009, p.65).

A análise de indicadores que representam a situação de vida de uma população, neste caso a população negra, seja no âmbito socioeconômico ou situação de saúde, consiste em papel fundamental a fim de que esta análise possa subsidiar ações para enfrentamento dos determinantes e iniquidades que permeiam a vida desta população. Realidades podem ser modificadas a partir de olhares que percebam as diferenças e gerem movimento para a mudança.

Grupos étnicos ou raciais submetidos a atos discriminatórios são conseqüentemente expostos à segregação social, espacial, destituição de poder político, assim como desvalorização cultural (BARATA, 2009). Da mesma forma, as conseqüências se apresentam também na situação de vida destes, que no caso da população negra apresenta índices inferiores de desenvolvimento humano, acesso à educação, saúde, saneamento básico, emprego.

Em geral, indicadores de condições de vida desta população são inferiores ao da população em geral, evidenciando que as desigualdades raciais são estruturantes da desigualdade social brasileira, como pode ser verificado a partir de estudo apresentado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) desenvolvido no âmbito de um acordo de cooperação técnica com a SEPPIR. O estudo apresenta a Situação social da população negra por estado. Os negros congregam todos os que se declararam como pretos e pardos na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Os indicadores foram construídos a partir da PNAD nos anos de 2001 e 2012 de acordo com os seguintes eixos: características das famílias, escolaridade, trabalho e renda e seguridade social (IPEA, 2014).

Alguns destes indicadores são apresentados a seguir, mostrando que apesar de avanços e melhorias em algumas condições, a situação geral da população negra ainda se apresenta inferior em relação à população em geral.

Conforme o estudo supracitado os negros possuem nível de renda *per capita* familiar menor que os brancos, sendo mais numerosos nas faixas de rendimento com menos de 0,5 salário mínimo de renda mensal *per capita* familiar. Em relação a situação de moradia as famílias chefiadas por brancos apresentam maior incidência de moradias em situação adequada, se comparadas com as moradias chefiadas por negros, em qualquer localização. No que tange a questão da escolaridade, considerando a população com mais de 15 anos, comparando os anos de 2001 e 2012 houve melhora no percentual de negros com anos de estudo concluídos, contudo permanecendo abaixo do percentual de brancos.

As taxas de desocupação de negros e brancos em 2001 e 2012 revela uma importante redução da proporção de desocupados em todas as faixas etárias, sendo que a desocupação se

reduz à medida que aumenta a idade, e esta redução é mais acentuada a partir dos trinta anos. Este dado demonstra as dificuldades de inserção dos jovens no mercado de trabalho, que tende a absorver mais os profissionais com maior experiência e qualificação. Dificuldade, que no caso de jovens negros, se amplifica, quando somada aos mais baixos índices de escolaridade, à frequência escolar e ao racismo, que ainda existe em muitas instituições.

A população negra tem rendimentos menores do que a branca em todas as situações que envolvem rendimentos auferidos via ocupação ou seguridade social. Houve redução da desigualdade racial no acesso a melhores ocupações, com sensível aumento de renda. Contudo, os negros ainda ocupam posições mais precárias, recebem remunerações menores e são mais afetados pela desocupação. As características da ocupação e da remuneração demonstram que os negros encontram as maiores desvantagens, sendo a distribuição de negros superior como empregado sem carteira, empregado doméstico, conta própria não contribuinte, não remunerado e trabalhador para consumo próprio. Tais características refletem os efeitos do racismo e da discriminação na inserção no mercado de trabalho.

2.2.4 Alguns aspectos a serem considerados sobre as condições de saúde da população negra no município de Porto Alegre

Para uma análise mais ampla, a tabela abaixo apresenta a distribuição da população segundo raça/cor na região sul do país, conforme dados do Censo IBGE 2010.

Tabela 1 – Distribuição da população conforme o quesito raça/cor na região sul do país

	Região Sul	Paraná	Santa Catarina	Rio Grande do Sul	Porto Alegre
Branca	78,34 %	70,06 %	83,85 %	83,22 %	79,4 %
Negra	20,7 %	28,5 %	15,47 %	16,14 %	19,99 %
Amarela	0,68 %	1,19 %	0,41 %	0,33 %	0,31 %
Indígena	0,27 %	0,25 %	0,26 %	0,31 %	0,29 %

Fonte: Adaptado IBGE

Conforme o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 do município de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2013) as áreas com a maior concentração de população negra, de acordo as divisões territoriais empregadas na rede de saúde, são a região Partenon e Lomba do Pinheiro com 27,2%, seguido da Região Leste - Nordeste com 27,1% e a Restinga extrema sul com 26,4%.

Estas regiões, são as que apresentam maior incidência de AIDS, Tuberculose, Mortalidade materna por causas externas/homicídio e Sífilis Congênita, sendo que nestes casos a população negra apresenta risco três vezes mais em comparação a população branca. Nos últimos anos, conforme análises em alguns destes agravos, tem se apresentado uma redução para a população branca, entretanto para a população negra a os índices tem aumentado a cada ano.

O Boletim Epidemiológico - Edição Especial – População Negra (2010) da SMS/POA apresenta informações do município de Porto Alegre de acordo com o quesito raça/cor, demonstrando as diferenças existentes na situação de saúde da população negra em relação à população branca, o que nos faz (re)pensar ações que possam modificar esta realidade.

Entre os anos 2001 a 2009, a mortalidade infantil teve uma queda nos últimos anos, tanto para brancos quanto para negros. A causa mais elevada para mortalidade entre brancos e negros, entre 01 e 04 anos de idade, é a causa externa, que corresponde a cerca de 25% dos óbitos. A segunda e a terceira causas de mortalidade para a população negra foram identificadas como as doenças infecciosas (20,5%) e doenças do aparelho respiratório (17,3%), diferentemente das causas de mortalidade que acomete às crianças brancas, preveníveis e evitáveis.

Na faixa etária compreendida entre os 15 e 24 anos, as causas externas são o conjunto de situações responsáveis pelas altas taxas de mortalidade, sendo que o homicídio constitui o motivo mais frequente destas mortes entre os jovens negros. No período entre 2001 e 2008 houve uma queda no índice de mortalidade para as mulheres brancas. Entretanto para as mulheres negras houve, um aumento de 57,4/10.000 para 74,7/10.000.

O Boletim também apresenta dados informados no relatório Saúde Brasil 2005 do MS, referente a assistência pré-natal, verificando-se que 62% das mães de nascidos brancos referiam ter passado por sete ou mais consultas de pré-natal, enquanto somente 37% das mães de nascidos negros, referiram esta oportunidade.

A epidemia da AIDS atinge de forma mais severa os grupos historicamente excluídos do acesso aos bens e serviços, bem como aqueles que são culturalmente discriminados. Em Porto Alegre esta situação pode ser observada nos dados que se referem ao coeficiente de incidência de AIDS (para maiores de 13 anos, ano 2009): para a população negra o coeficiente é 175,8/100.000, enquanto para brancos é de 70,6/100.000, no caso de mulheres brancas a incidência de casos de AIDS é de 5,7/10.000 enquanto para as mulheres negras 8,8/10.000.

Outro dado preocupante refere-se se aos casos de sífilis: entre os anos 2007 e 2009 houve um aumento na incidência da sífilis congênita para população geral de 6,1 para 9,6 de 1.000 nascidos vivos. Quando os dados são desagregados por raça/cor, a incidência para negros é de 13,3 para 16,5/1.000 nascidos vivos.

De acordo com o Boletim no Brasil, entre os negros, o risco de morrer por tuberculose é 70% maior em relação aos brancos. Em Porto Alegre o risco de incidência de tuberculose por ano, demonstra que para a população negra é 2,4/10.000, é mais que o dobro em comparação com a população branca, que é 1,0/10.000 habitantes.

Compete também o alerta sobre algumas condições que são mais prevalentes na população negra, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, miomas uterinos, e o modo como são gerenciadas no sistema de saúde. Quando o tratamento das mesmas é generalizado entre a população, não se dando a devida atenção que as mesmas requerem para a população negra, devido a inequidade da atenção, acaba-se por determinar mais critérios para inclusão como grupo de risco.

Segundo dados de Porto Alegre, as políticas públicas de saúde não têm assegurado na universalidade o mesmo nível de acesso e qualidade de atenção de saúde quando se consideram os indicadores referentes à população negra.

2.2.5 Acesso – uma questão complexa

A análise da legislação e documentos que regem a organização e o funcionamento do SUS fundamenta o direcionamento de práticas, tanto no campo da gestão quanto de ações assistenciais, que integradas, deveriam garantir qualidade de vida à população. No âmbito das ações de saúde, considerando-se o direito que ampara a garantia de acesso, em que pese especial atenção para os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, os quais sustentam esta lógica de atenção, parece não haver uma concretização plena destes direitos.

Garantir os princípios acima destacados depende de movimentos que vão além do conhecimento teórico e operacional que regulamenta as ações nas diferentes instâncias do SUS. Ao se discutir saúde, planejar e atuar neste campo, considerando-se as particularidades que caracterizam a vida de da população, pressupõe-se a compreensão do sujeito no seu todo, a partir de seus diversos contextos.

Entendendo saúde não apenas como ausência de doença, a contribuição de Batistella (2007) confere sentido ao conceito ao relacioná-lo a um amplo conjunto de determinantes que

interagem na configuração de diferentes condições do estado de saúde ou doença. Para o autor, pautado no modelo de determinação social de saúde /doença, aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais, psicológicos articulam diversas dimensões da vida na constituição do processo saúde/doença.

Neste sentido, a discussão sobre acesso à saúde, especialmente no que tange saúde da população negra, marcada por condições desiguais de vida quando comparadas às demais parcelas da população, remete a necessidade de um olhar ampliado a todos os elementos que configuram o complexo sistema social que integra, ou não, pessoas, instituições, regras, ações, relações, também determinantes de resultados que impactam nos modos de se viver dignamente, e com qualidade.

Indicadores de saúde, quando analisados sob a ótica do quesito raça/cor, expressam a realidade das condições de vida da população negra demarcando forte distinção nas formas de viver, adoecer e morrer (CUNHA, 2012).

Negros(as) apresentam situação socioeconômica inferior a brancos(as) (IPEA, 2014). A população negra na faixa etária dos 10 a 29 anos apresenta maior risco de morte tanto por causas transmissíveis como por não transmissíveis, sendo que para os homens negros este risco é 80% maior quando comparado com o risco de jovens brancos e para as mulheres negras é de 30% quando comparadas com as brancas. Para esta população a chance de morrer por AIDS é de 40% maior, enquanto por tuberculose o risco aumenta para 140%. Entre as causas de óbito materno, principalmente devido aborto e eclâmpisa, as jovens negras apresentam maior proporção que as brancas (SOARES FILHO, 2012).

Esta breve constatação traz destaque à urgência de reflexão e questionamentos entre segmentos que atuam transversalmente produzindo políticas e ações que deveriam superar esta realidade, sejam gestores, profissionais e sociedade em geral. A efetivação da atenção integral à saúde da população negra, amparada por políticas e documentos já existentes, embora ainda não consolidados, depende do conhecimento da realidade, da articulação macro e micro política e do desejo real de mudança. Desse modo, possivelmente a materialização dos objetivos que sustentam a garantia de acesso equânime à população negra se tornará realidade.

No Artigo 196 da Constituição Cidadã, como também é chamada a Constituição de Federal de 1988, consta que a saúde é direito de todos, sendo dever do Estado garantir acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). A Lei Orgânica da Saúde (8.080), em seu artigo 3º, condiciona a saúde ao acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990); a PNAB apresenta como um de seus fundamentos e

diretrizes “possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta [...] acolhendo os usuários e promovendo a vinculação” (BRASIL, 2012, p. 20). A PNSIPN em seus objetivos específicos, nos itens I e II, apresenta:

Garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde; garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2013, p. 19).

Nestes quatro importantes documentos que indicam orientações para a atenção à saúde, percebe-se a presença do termo acesso. Cabe acreditar que que não seja por acaso, mas pelo fato deste termo significar, especialmente na prática das ações para a saúde, também um condicionante essencial para se concretizar todas as orientações, fundamentos, princípios, diretrizes, objetivos que alimentam todos os documentos que ordenam nosso sistema de saúde. Embora existam diferenças de tempo em que cada um destes documentos foi apresentado à sociedade, em todos a questão do acesso sendo mencionada, deixando claro que a questão do acesso é ‘antiga’. Com isso, pode-se também refletir por que, apesar do acesso ser um atributo tão necessário à saúde, na realidade ele ainda não se efetiva como idealmente vem sendo preconizado.

Foi a partir de um olhar mais atento aos indicadores de saúde da população negra que levaram a questionar o real acesso desta população a um serviço de saúde da família. Muitos dos indicadores analisados podem ser modificados em decorrência de como estas pessoas utilizam um serviço de atenção básica, ou na forma como se desenvolve a relação com o serviço de saúde.

Na busca pelo entendimento de como se encaminha a problemática do acesso aos serviços de saúde é possível começar a olhar a questão a partir do processo de utilização dos serviços que, de acordo com Travassos e Martins (2004), é resultante da interação do indivíduo que procura o serviço e do profissional que o conduz dentro do sistema, sendo o indivíduo responsável pelo primeiro contato. Para as autoras, “os profissionais, em grande parte, definem o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde dos pacientes” (TRAVASSOS, MARTINS, 2004, p. 190).

Este apontamento sobre como pode acontecer a utilização de um serviço de saúde apresenta a relação usuário/profissional como um fator a ser considerado crucial, visto que dependendo do modo como se dá esta relação, talvez o acesso ‘real/verdadeiro’ não aconteça.

Ainda segundo as autoras, o conceito de acesso é complexo e utilizado de diferentes formas, a saber:

Alguns autores, como Donabedian, empregam o substantivo acessibilidade – caráter ou qualidade do que é acessível, enquanto outros preferem o substantivo acesso – ato de ingressar, entrada – ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (2004, p. 191).

Com relação ao enfoque do conceito de acesso, Travassos e Martins (2004) referem que alguns autores centram nas características dos usuários, outros nas características da oferta, assim como em ambas características ou na relação dos indivíduos e os serviços. Por fim, afirmam que Donabedian avança no conceito de acesso para além da entrada no serviço, quando, para o autor citado acessibilidade:

Indica também o grau de (des)ajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados. Acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes (1973², apud TRAVASSOS, MARTINS, 2004, p.191).

As autoras também apresentam o conceito defendido por Andersen³, que utiliza o termo acesso “como um dos elementos do sistema de saúde, dentre aqueles ligados à organização do serviço, referindo-se à entrada no serviço e continuidade do tratamento” (1973, apud TRAVASSOS e MARTINS, 2004, p. 191).

Para Starfield (2002) acessibilidade refere-se a um aspecto da estrutura de um serviço que permite que o(a) usuário(a) chegue até o mesmo e receba atenção no primeiro contato, constituindo-se elemento estrutural para que isso aconteça. Para que a acessibilidade seja possível, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível, caso contrário a atenção poderá ser adiada, prejudicando o manejo da demanda. Segundo esta autora, o acesso significa a forma como a pessoa experimenta a acessibilidade oferecida pelo serviço.

A PNAB (2012) traz a questão do acesso, além de universal, também como atenção contínua dentro do serviço, objetivando entre usuário(a) e equipe uma relação de vinculação e corresponsabilização pelas ações de saúde, leva a pensar que neste sentido acesso não significa apenas a entrada em um serviço, mas a permanência enquanto os cuidados de saúde forem necessários. A questão da acessibilidade deve ser garantida através do estabelecimento de mecanismos que assegurem a organização e funcionamento do serviço.

² Donabedian A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973 apud Travassos e Martins (2004, p.191).

³ Andersen RM, Newman JF. **Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States**. *Milbank Mem Fund Q* 1973; 51: 95-124 apud Travassos e Martins (2004, p. 191).

Starfield (2002, p. 225) afirma que “os termos acesso e acessibilidade são usados de forma intercalada e, geralmente, ambígua”, assim como Travassos e Martins (2004) também falam da variabilidade da utilização do termo acesso. Tais termos apresentam um posicionamento intrínseco entre a relação que pode ou não acontecer entre o(a) usuário(a) e o serviço ou profissional que procura. É a atuação recíproca de ambos que irá direcionar se o acesso ou acessibilidade, dependendo do ponto de vista que cada autor(a) o conceitua, está se efetivando.

Esta breve explanação sugere como pode acontecer a utilização de um serviço de saúde, apresentando o encontro usuário(a) e profissional como um fator a ser considerado crucial, visto que dependendo do modo como se dá esta relação, talvez o acesso ‘real/verdadeiro’ não aconteça. Nesse sentido, a dimensão micropolítica do acesso, conferindo significado ao momento do encontro, onde se reconhecem as características recíprocas e quando se efetuam contratos, é determinante para a modelagem do que será oferecido e como será oferecido o que necessita cada grupo social. A partir da identificação de questões que envolvem as especificidades do cuidado à saúde da população negra que possivelmente se configurarão condutas que darão visibilidade a tais especificidades. Com isso, equalizar o ordenamento do acesso, consiste não apenas em pensá-lo conforme uma necessidade de organização do serviço, mas especialmente, na perspectiva das necessidades de quem o utiliza. Em cada contexto, há que se refletir e avaliar o modo como os(as) profissionais de um serviço de saúde se organizam para dar conta desta demanda, possibilitando um planejamento equilibrado e pautado no objetivo de garantia de acesso equânime.

Starfield (2002) afirma que informações referentes a acessibilidade devem ser analisadas tanto por parte da população quanto por parte do serviço, o que leva a reforçar a ideia sobre a importância de ouvir os(as) usuários(as) para melhor entender sua visão/entendimento sobre o acesso/utilização do serviço. Com isso, permitir às equipes uma organização condizente com as realidades e necessidades de cada território.

Para Travassos e Martins (2004), pelo fato de muitas vezes o termo acesso ser utilizado de forma imprecisa e pouco clara acaba por se tornar um conceito complexo. Entende-se esta apresentação do acesso como complexo no sentido de um processo complicado, de difícil entendimento. E realmente, assim também pode-se o considerar diante das diversas formas como é conceituado, assim como dos diferentes atores envolvidos e situações nas quais ele pode ser analisado.

Contudo, inserindo-o na realidade a que se refere este estudo, que concerne as questões de saúde que fazem parte de um sistema constituído por serviço de saúde, território, pessoas – profissionais e usuários(as), e na interação que se dá entre as diversas partes que constituem este sistema, a busca pelo entendimento do acesso segue pelo caminho do pensamento complexo. Considerando-se o acesso como constituído a partir das interações que se desenvolvem entre pessoas dentro de um determinado sistema podemos procurar entendê-lo a partir da complexidade defendida por Morin (2015), que a expressa como:

um tecido (*complexus*: o que é tecido junto) de constituintes heterogêneas inseparavelmente associadas: ela coloca o paradoxo do uno e do múltiplo; é efetivamente o tecido de acontecimentos, ações, retroações, determinações, acasos, que constituem nosso mundo fenomênico; se apresenta com traços inquietantes do emaranhado, do inextricável, da desordem, da ambiguidade, da incerteza (MORIN, 2015, p. 13).

Na tentativa de compreender a relação entre usuário/serviço de saúde, contextualizados em uma sociedade, seguindo as ideias do pensamento complexo, entende-se a sociedade como um todo organizador do qual fazemos parte. O global se apresenta a partir das relações entre o todo e as partes, de modo inter-retroativo. Faz-se necessário para um conhecimento pertinente reconhecer a multidimensionalidade do ser humano e da sociedade, os quais comportam diferentes dimensões que interagem entre si.

Informações isoladas são insuficientes. Assim, para que informações adquiram algum sentido torna-se necessário entendê-las, situando-as no contexto/realidade nas quais se inserem, e diante das relações que se dão entre as partes constituintes de um determinado sistema. Talvez desta forma, nos facilite o conhecimento sobre a complexidade do acesso, especialmente, percebendo-a como nos coloca Morin:

Há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico), e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si. [...] é a união entre a unidade e a multiplicidade (2004, p. 38).

Corroborando com o exposto, Batistella (2007) reforça que a identificação de características históricas, econômicas, culturais, epidemiológicas e sociais, assim como vulnerabilidades e potencialidades torna-se fundamental para compreensão das complexas relações entre homem e seu território de vida e trabalho. Nesse sentido, considerando-se os inúmeros fatores que constituem a composição da sociedade, organização do sistema de saúde e história do território quilombola encaminha-se uma busca pela compreensão das relações de

acesso e serviços de saúde a partir de um método embasado em olhares ampliados para as conexões entre estes contextos.

3 JUSTIFICATIVA

O interesse pelo tema de pesquisa justifica-se, especialmente, a partir da realidade constatada a partir de indicadores de saúde que apontam morbimortalidade aumentada para população de raça/cor negra. Assim, instigou o conhecimento sobre como é percebido o acesso ao serviço de saúde do ponto de vista dos(as) usuários(as).

Acredita-se que os resultados destas percepções produzirão informações relevantes, as quais possibilitarão à equipe avaliar e readequar, conforme necessário, seu modo de organização e ações prestadas pelo serviço. Dessa forma, interferir positivamente na melhoria do quadro atual do cuidado prestado aos(às) moradores(as) do território, sob responsabilidade mútua.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Avaliar a percepção das mulheres moradoras da comunidade Quilombo dos Alpes em relação ao acesso e qualidade da atenção prestada pela USF Estrada dos Alpes.

4.2 Objetivo específico

Identificar fatores que facilitam ou dificultam o acesso das mulheres moradoras da comunidade Quilombo dos Alpes à USF Estrada dos Alpes.

5 CAMINHO METODOLÓGICO

5.1 Delineamento da pesquisa

Pautada no intuito de conhecer os aspectos subjetivos da percepção sobre o acesso à saúde e, por envolver pessoas com experiências práticas com o tema em questão, a pesquisa constituiu-se de um estudo do tipo exploratório. Conforme Gil (2002), desse modo, busca-se proporcionar maior familiaridade com o problema, explicitando-o e permitindo o aperfeiçoamento de idéias.

A escolha de desenvolvimento da pesquisa a partir da metodologia qualitativa se fundamentou no fato desta se aplicar:

ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, p. 57, 2014).

Neste sentido, em função dos objetivos propostos, e dos significados reportados a partir da possibilidade de diálogo com pessoas que vivenciam experiências que remetem ao tema de estudo, considerou-se a intenção da abordagem qualitativa como instrumento potencial para conhecer e compreender as particularidades que permeiam a realidade dos contextos em questão.

5.2 O diálogo como fonte de informação

Para Minayo (2014), a entrevista representa uma forma privilegiada de interação social. Assim, as informações que são produzidas em decorrência desta interação só podem ser “acessadas” conforme a contribuição “subjetiva” daquele com quem se permite esta relação.

Considerando-se o diálogo enquanto manifestação de uma relação de vínculo e cumplicidade entre pesquisador e pessoa entrevistada, pressupõe-se o mesmo como artifício essencial para desencadeamento de um processo de pesquisa que tenha na entrevista seu foco de intervenção. Constituindo uma representação da realidade, muito do que se busca quando se desenvolve uma pesquisa, especialmente de cunho qualitativo, a entrevista permite a revelação de “idéias, crenças, maneiras de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir; maneiras de

atuar; condutas; projeções para o futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos” (MINAYO, p. 262, 2014).

Deste modo, a fim de dialogar a respeito das percepções sobre o acesso ao serviço de saúde, o trabalho de campo desenvolvido em decorrência desta pesquisa foi mediado tendo como instrumento para coleta das informações um roteiro organizado partir de entrevista semi-estruturada.

5.3 Material e método

Os critérios para inclusão dos sujeitos na pesquisa foram: ser moradora da comunidade Quilombo dos Alpes, com idade igual ou superior a 18 anos de idade.

Para a coleta das informações as mulheres foram recrutadas através do método *snowball* (bola de neve) (LIAMPUTTONG e EZZY, 2005). Para Biernacki e Waldorf (1981) o método *snowball* ou corrente é um método que tem sido amplamente utilizado na pesquisa qualitativa, pois produz uma amostra de estudo através de referências feitas entre pessoas que compartilham ou conhecem outras pessoas que possuem algumas características que são de interesse de pesquisa.

O método *snowball* acaba por ser adequado para uma série de fins de investigação e particularmente aplicável quando o foco de estudo é de um assunto sensível e possivelmente relativo. Portanto, a pesquisadora desenvolveu este método de amostragem por requerer o conhecimento das mulheres moradoras da Comunidade Quilombo dos Alpes para localizar pessoas que estejam em situação similar (BIERNACKI e WALDORF, 1981).

As mulheres foram pessoalmente convidadas a participar da pesquisa, sendo sua adesão voluntária, esclarecendo-se sobre as questões éticas e de sigilo das informações, assim como a possibilidade de desistir da participação em qualquer momento. A partir deste convite, e seu aceite, de acordo com a disponibilidade das participantes, foram combinados datas e horários para realização das entrevistas. A fim de evitar deslocamentos, assim como interferências, enquanto disponibilidade de tempo do cotidiano das entrevistadas, conforme combinação e consentimento das mesmas, os encontros para realização das entrevistas ocorreram em seus domicílios.

As entrevistas foram guiadas por roteiro semi-estruturado e registradas integralmente através de gravador de voz, formato mp3, sendo arquivadas em meio eletrônico somente em posse da pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas até o momento em que se atingiu o número de participantes indicadas pela amostragem em bola de neve, ao mesmo tempo em que foi identificado saturação das informações.

De acordo com a natureza do conteúdo das entrevistas, buscando-se uma compreensão dos significados no contexto das falas, dessa forma se atingindo uma interpretação mais profunda (MINAYO, 2014), optou-se pela técnica de análise qualitativa do material. Esse tipo de análise caracteriza-se pelo fato da inferência⁴, entendida como uma dedução lógica, estar fundamentada pela presença do tema em cada comunicação individual (BARDIN, 2016).

Em se tratando da abordagem de análise qualitativa, considerando-se a importância do contexto das mensagens, do contexto exterior a estas, de quem fala e a quem se fala, em que circunstâncias, acontecimentos anteriores ou paralelos (BARDIN, 2016), os quais revelam significado a mensagens e sua interpretação, entendeu-se que esta técnica permitiu validar a elaboração de deduções específicas sobre acontecimentos ou variáveis de inferência identificados no material estudado. Corroborando com o exposto, configurou-se, a partir da metodologia de análise qualitativa, o modelo operacional que permitiu, conforme refere Minayo (2014), uma leitura mais profunda das mensagens, ultrapassando os sentidos manifestos do material.

Tomando-se a análise qualitativa como foco deste trabalho, Minayo (2014) confere relevância à operacionalização analítica formulada por Bardin (2016), a qual vai ao encontro da análise em questão, ao referir que seus procedimentos relacionam estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Para a autora, a articulação dessas estruturas com fatores que determinam suas características, sejam variáveis psicossociais, contexto cultural e o processo de produção das mensagens, constituem um conjunto analítico que confere consistência interna às operações propostas.

Deste modo, o tratamento e análise do material produzido pelas entrevistas foi submetido ao método de Análise de Conteúdo, que se refere a:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, p. 48, 2016) .

⁴ Inferência: operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude de sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras Bardin (2016).

A operacionalização do processo em que consiste a análise de conteúdo, aqui destacada de acordo com o critério de categorização semântica, conduzindo a análise a partir da modalidade de categorias temáticas, seguiu as seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação.

As entrevistas, após integralmente transcritas, foram submetidas ao processo de organização do material a partir da pré-análise. Nessa fase, com vistas a sistematização das idéias e condução do esquema de desenvolvimento das demais etapas da análise, realizou-se a leitura “flutuante”. Essa atividade, que consiste no estabelecimento de contato com os documentos, propiciou o conhecimento, análise, impressões e orientações tornando a leitura cada vez mais precisa, permitindo uma maior apreensão das mensagens e de seus significados, muitos implícitos, mas desvelados pelas exaustivas releituras.

Após a aproximação com o conteúdo das mensagens, como prevê esta primeira fase, identificaram-se os documentos que foram submetidos à análise, os objetivos e indicadores que fundamentaram a interpretação final. Na constituição do *corpus*, conjunto de documentos identificados para análise, implicando escolhas e seleções, foram consideradas as regras de exaustividade, reforçada pela regra de não seletividade; de representatividade; de homogeneidade e de pertinência. Bardin (2016) inclui nesta primeira etapa da análise a formulação de hipóteses, contudo também reitera a não obrigatoriedade de um “*corpus*” de hipóteses para se proceder à análise, considerando adequadas uma ou várias técnicas para fazer “falar” o material.

Na fase de exploração procedeu-se à sistematização do material previamente organizado. A partir de operação classificatória, pertinente ao conteúdo das mensagens e objetivo da análise, identificaram-se as informações de base das entrevistas, as quais foram codificadas em unidades de registro, e seus respectivos “núcleos de sentido”, atribuindo significado às comunicações e à composição das categorias temáticas e sua análise.

De acordo com o conteúdo das entrevistas sistematizados, conforme explicitado, considerando a relevância das mesmas, encaminhou-se à fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Neste momento configurou-se a análise conforme a inferência referente ao tema acesso, embasado a partir de elementos norteadores, quais sejam: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade (NAÇÕES UNIDAS, 2000). Desse modo, a interpretação e análise dos resultados da pesquisa fundamentou-se na identificação de elementos pertinentes, gerando as categorias, inter-relacionadas: racismo, práticas de saúde e cultura, dando sentido à análise tanto a partir das comunicações verbais expressas pelas

interlocutoras, quanto pela relação e aproximação com o referencial teórico que sustenta as interpretações formuladas.

Nesta etapa, considerando o vasto material identificado como produtor de sentido ao conteúdo das mensagens, com intuito de otimizar e qualificar o processo de categorização e análise, optou-se pela utilização do software QRS NVivo 10. Somando-se ao envolvimento da pesquisadora, enquanto sistematização manual do material estudado a partir do registro de transcrição e tabulação das informações com vistas à conclusão das etapas da análise de conteúdo, o programa QRS NVivo 10 potencializou organização deste processo, possibilitando maior alcance e profundidade das análises, sendo considerado instrumento válido para contribuição da análise de dados qualitativos.

6 ASPECTOS ÉTICOS

Para que a pesquisa pudesse ser realizada com as moradoras da comunidade Quilombo dos Alpes, concomitante ao seu planejamento, foi solicitada a anuência da liderança comunitária desta comunidade permitindo a inserção da pesquisadora neste território, assim como o desenvolvimento da pesquisa. Tendo havido seu consentimento para realizar a pesquisa junto à comunidade, como um quesito pré-investigação, deu-se seguimento às etapas necessárias para desenvolvimento do estudo.

Ao iniciar a investigação foi apresentada a proposta do estudo, esclarecendo os objetivos, a justificativa, a metodologia a ser empregada e o que compreendia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os princípios éticos foram assegurados, garantindo-lhes o respeito à confidencialidade, ao anonimato, privacidade das informações coletadas, assim como possibilitando acesso e alterações das informações fornecidas pelas entrevistadas em qualquer etapa da pesquisa. A participação foi absolutamente livre, não implicando em nenhum tipo de constrangimento à mulher que se recusasse a participar. Foram fornecidos os esclarecimentos pertinentes e, além disso, reiterando às participantes que poderiam se retirar do estudo quando desejassem, em qualquer etapa da pesquisa, sem que isso lhes acarretasse qualquer tipo de prejuízo.

Partindo-se do pressuposto de que pesquisa com seres humanos podem causar danos, nesta pesquisa acreditou-se na possibilidade de risco com mínimos danos, como desconforto ou constrangimento gerado para responder as perguntas. Devido ao anonimato e à confidencialidade referente às entrevistadas e as informações fornecidas para a pesquisa, ressaltou-se que as respostas às perguntas feitas na entrevista, em hipótese alguma, causariam nenhum tipo de diferenciação, discriminação ou constrangimento no que se refere ao atendimento da entrevistada na Unidade de Saúde a que se referiram os questionamentos.

Quanto aos benefícios decorrentes da pesquisa para as participantes, previu-se a possibilidade de qualificação e/ou reorganização das ações de saúde promovidas pela Unidade de Saúde Estrada dos Alpes voltadas ao cuidado das mulheres moradoras da comunidade quilombola.

Ao final do estudo, seus resultados serão apresentados às participantes e equipe de saúde da unidade de saúde citada neste projeto. Todas as informações referentes às entrevista e produção final do estudo serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica.

Conforme orientações da Resolução N° 510 (BRASIL, 2016b), a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob registro CAAE: 68685516.0.0000.5347, sendo aprovada conforme Parecer: 2.211.226.

7 ANÁLISE DOS DADOS

7.1 Artigo 1 – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: entre desafios e possibilidades

RESUMO

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra representa a luta pela democratização da saúde, retratando no contexto de sua existência a busca de sua efetiva implementação. Este artigo pretende apresentar o exercício de atividades que representam a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no cotidiano de uma equipe de saúde da família, agregando conhecimento para qualificar as ações de saúde da população negra na direção da equidade. A efetivação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é apresentada a partir do embasamento teórico sobre o tema e de ações desenvolvidas no cotidiano de trabalho em conjunto com equipe e a comunidade quilombola do território de abrangência deste serviço. As ações se configuram partir de atividades de educação permanente, abordando o tema saúde da população negra, sua problematização e sensibilização diante das vivências no dia-a-dia da equipe. Junto à comunidade quilombola foram desenvolvidas atividades com o intuito de conhecer sua história, aproximando equipe e moradores através de ações de saúde voltadas a esta população. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, formulada a fim de superar as situações de vulnerabilidade em saúde que atingem a população negra, destaca o reconhecimento do racismo como determinante social da saúde e a necessidade de enfrentamento dessa condição. Apresenta-se como importante instrumento de trabalho, possibilitando a promoção do acesso universal e equânime, sugerindo que a interação entre usuários e profissionais torna-se essencial para a qualificação de ações cotidianas à saúde da população negra.

Palavras-chave: População Negra. Política Pública de Saúde. Equidade em Saúde. Sistema Único de Saúde. Atenção Básica.

NATIONAL POLICY OF INTEGRAL HEALTH OF THE BLACK POPULATION: BETWEEN CHALLENGES AND POSSIBILITIES

ABSTRACT

The National Policy of Integral Health of the Black Population represents one of the efforts towards the democratization of health and its effective implementation. This article presents activities of one family health team within this framework in order to add to the literature knowledge about the National Policy of Integral Health of the Black Population. The implementation of the National Policy of Integral Health of the Black Population is presented based on the actions developed in the daily work by a family health team and one quilombola community. With the active participation of the quilombola community, activities were developed to know their personal history, which bringing staff and local residents closer together through health actions aimed at this population. Actions are organized based on a permanent education approach, which addresses health issues faced by the black population that problematizes and create awareness of their daily experiences. The National Policy of Integral Health of the Black Population, formulated to overcome the situations of vulnerability in health of black population, highlights the recognition of racism as a social determinant of health and the need of efforts against this reality. The policy is an important mean to promote universal and equitable access to health services, suggesting that the interaction between users and professionals becomes essential for the qualification of daily actions for the healthcare of the black population.

Keywords: Black population. Public Health Policy. Equity in Health. SUS. Basic Attention.

POLÍTICA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE LA POBLACIÓN NEGRA: ENTRE DESAFÍOS Y POSIBILIDADES

RESUMEN

La Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra representa la lucha por la democratización de la salud, retratando en el contexto de su existencia la búsqueda de su

efectiva implementación. Este artículo pretende presentar el ejercicio de actividades que representan la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra en el cotidiano de un equipo de salud de la familia, agregando conocimiento para calificar las acciones de salud de la población negra en la dirección de la equidad. La efectividad de la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra se presenta a partir del basamento teórico sobre el tema y de acciones desarrolladas en el cotidiano de trabajo en conjunto con el equipo y la comunidad quilombola del territorio de alcance de este servicio. Las acciones se configuran a partir de actividades de educación permanente, abordando el tema salud de la población negra, su problematización y sensibilización ante las vivencias en el día a día del equipo. Junto a la comunidad quilombola se desarrollaron actividades con el fin de conocer su historia, acercando equipo y moradores a través de acciones de salud dirigidas a esta población. La Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra, formulada a fin de superar las situaciones de vulnerabilidad en salud que afectan a la población negra, destaca el reconocimiento del racismo como determinante social de la salud y la necesidad de enfrentarse a esa condición. La política presentase como un importante instrumento de trabajo, posibilitando la promoción del acceso universal y equitativo, sugiriendo que la interacción entre usuarios y profesionales se vuelve esencial para la calificación de acciones cotidianas a la salud de la población negra.

Descriptor: Población Negra. Política Pública de Salud. SUS. Equidad en Salud. Atención Básica.

INTRODUÇÃO

Saúde – direito garantido! Para quem?

Pensar nas diferentes formas através das quais são oferecidos serviços de saúde à população nos remete à questão do direito, formalizado a partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, e que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Consta no Art. 3º. da Lei 8.080 que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte,

o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, o que leva a entender saúde como um estado de equilíbrio decorrente da qualidade de vida. Desta forma, de acordo com a Constituição Federal e leis que regem a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), as mesmas deveriam garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.¹

Seguindo na lógica de organização do SUS apresenta-se, também como norteadora desta organização, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que determina a Atenção Básica (AB) como prioridade para entender questões relativas aos cuidados de saúde. A AB “orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”, destacando o modelo de atenção a partir da estratégia de saúde da família (ESF).² A ESF insere-se neste primeiro nível de atenção à saúde, com a função de se responsabilizar por uma determinada população, desenvolver ações de conhecimento das condições de saúde e planejar ações que visem dar conta das necessidades de saúde/doença deste território.

Contudo, a organização do processo de trabalho de uma equipe de saúde da família, orientada por modelos, protocolos, fluxos e definições dos diferentes níveis de gestão, assim como cumprimento de metas e dar conta das diferentes demandas que circulam diariamente num serviço de saúde, muitas vezes não permitem um olhar ideal às diferentes necessidades da população. O fato de existirem documentos e normas a serem seguidas para organização do sistema de saúde e seus serviços não garante que as ações que são por estes prestadas se associem às verdadeiras necessidades da população.

A produção de invisibilidade acerca de diferenças que não são expressivas ou majoritárias, como questões socioculturais as quais muitas vezes são vistas como “fora” da saúde, é exemplo de como a protocolização do trabalho e o impasse diante da diversidade de condições do território, assim como a heterogeneidade como estas condições são tratadas, interferem na produção de saúde das pessoas. A partir deste ponto de vista, podem existir impeditivos para que uma equipe de saúde seja resolutiva diante das diversas necessidades de saúde/doença, especialmente diante das diferenças existentes em seu território, e entre seus(suas) usuários(as). Por isso constitui-se como essencial ao(a) profissional de saúde o conhecimento das particularidades existentes entre a população para que a equidade no cuidado possa se tornar uma realidade.

Seguindo o raciocínio do entendimento das diferenças, daquilo que se discursa como equidade, iniquidades e suas implicações, volta-se novamente às questões pautadas pelo SUS e

suas políticas, no que tange a organização, planejamento e desenvolvimento das ações, especialmente aquelas que se dão no cotidiano dos(as) trabalhadores(as) e usuários(as) dentro do serviço de saúde. Quando se foca a atenção para uma análise criteriosa dos indicadores de saúde da população brasileira fica mais claro o entendimento da dimensão das diferenças existentes nas condições de vida de determinada parcela desta população e de como estas diferenças repercutem no seu modo de vida e de sua relação com as questões de saúde/doença. Diversos indicadores das condições de vida têm denunciado que a população negra ainda apresenta uma condição social de iniquidade. Dessa forma, compete especial atenção para o conhecimento e entendimento dos porquês da realidade que se apresenta, o que gera o encontro da Enfermagem com a questão da saúde da população negra, indo ao encontro de múltiplas possibilidades de mudanças.

Este texto pretende apresentar o processo de efetivação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no cotidiano de uma equipe de saúde da família, argumentando como pode agregar conhecimento para qualificar as ações de saúde da população na direção da equidade.

DESENVOLVIMENTO

O que nos foi contado? Estórias ou histórias?

Ao abordar o tema saúde da população negra considera-se essencial uma breve compreensão de como as questões sócio históricas e de racismo/discriminação determinam aspectos de saúde desta população.

As origens da escravidão nas Américas, entre os séculos XVI a XIX, marca a formação de sociedades coloniais, predominando a escravidão com indígenas e principalmente africanos(as). Através do tráfico atlântico, vindos de diferentes regiões, milhões de homens e mulheres, foram utilizados como mão de obra para um trabalho intenso para produção e exploração de riquezas.³

Embora tenha sido considerado como um marco a abolição da escravidão na data de 13 de maio de 1888, há que reforçar que as condições sociais para que a condição de vida da população negra se modificasse permaneceram insuficientes. No início do século XX, estigma e invisibilidade caracterizam negros(as) e quilombolas, que agora escravos(as) libertos(as)

passavam a ter sua vida forçada na área rural, como camponeses. O isolamento e falta de políticas públicas reforçavam o estigma da posição que era ocupada.³⁻⁴ De acordo com Fiabani muitos libertos continuavam vivendo como posseiros de seus quilombos, outros juntando-se a parcelas marginalizadas da população em busca de novas formas de sobrevivência, sendo que “o sistema capitalista serviu-se comumente da população afrodescendente marginalizada como exército urbano e rural de reserva étnico”.^{4:27}

No decorrer do século XX, com a existência de muitas comunidades remanescentes de quilombos no interior do Brasil, a militância negra tomou o quilombo como símbolo de representação política de luta contra a discriminação racial e valorização da cultura negra. “O discurso sobre a identidade da população negra foi em parte construído, tendo os quilombos como paradigma. Além da etnicidade, eram paradigma de cultura e raça”.^{3:128}

É sabido, conforme o modelo de Determinantes Sociais que situações históricas, sociais e culturais afetam positiva ou negativamente o desenrolar da vida das pessoas. Muitos são os enfoques que conceituam sobre os determinantes sociais da saúde (DSS) majoritariamente destacando a questão social e sua relação com as condições de vida de indivíduos e grupos populacionais como resultado das condições de saúde. Considerando-se a amplitude e interação dos muitos fatores que constituem a vida de indivíduos em determinada sociedade justifica-se ressaltar o conceito, citado por Buss e Pellegrini Filho, formulado pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) que se refere aos DSS como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”.^{5:78}

Entre os DSS, voltando-se a atenção aos fatores étnicos/raciais, pode-se incluir o racismo como um forte potencial para dificultar o acesso a condições dignas de vida, como educação, trabalho, saúde. Como afirma Barata, grupos étnicos ou raciais submetidos a atos discriminatórios são conseqüentemente expostos à segregação social, espacial, destituição de poder político, assim como desvalorização cultural.⁶ Dessa forma, levando à segregação, que significa restrição de possibilidades e oportunidades, “resultando em inserção social desvantajosa e ausência de mobilidade social”.^{6:66} O mito da democracia racial no país representa a falsa ideia da igualdade entre raças, estimulando a não percepção da existência da discriminação racial e a reprodução de relações desiguais. Em vista dessa constante de falta de reconhecimento, e de atos de discriminação serem representados de forma não explícita, Domingues et al destacam a dificuldade de identificação de manifestações discriminatórias, tanto por parte de vítimas, quanto daqueles que a praticam.⁷ Considerando-se os argumentos

expostos, o reconhecimento do racismo e suas implicações torna-se tarefa essencial e iminente aos(as) profissionais de saúde, visto a necessidade de garantia de acesso à população negra aos serviços de modo equânime. Diante das desvantagens sociais as quais esta população foi, e ainda é submetida, cabe um olhar especial ao que disserta Luiza Bairros, através do Artigo sobre os 10 anos da Conferência Mundial contra o Racismo, expressando a necessidade de alerta para as questões que mantém em pauta a visibilização do racismo e discriminação como determinantes das condições desiguais de vida da população negra. Da mesma forma, dedicando-se empenho para a superação das desigualdades raciais e enfrentamento dessas realidades, assegurando o direito, sem discriminação, de participação social e política na sociedade.⁸⁻⁹

A compreensão da história constituída por determinado povo, neste caso o povo negro, comprova sua necessidade, especialmente, diante da forma como se deram os acontecimentos que os levaram a não ter os mesmos direitos e “benefícios” que os demais, brancos. Foi a partir da identificação de diferenças, iniquidades, desproporções, de compreensões e lutas que muitos movimentos levaram ao caminho pela busca da justiça, assim como dispõe e deveria garantir a Constituição Brasileira quando afirma suas questões de direito.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – Um longo caminho em busca (re)construções

De acordo com Brasil e Trad, em fins do século XX e início do XXI, com a organização de uma agenda voltada à saúde da população negra, incorporaram-se categorias de identificação da população – raça/cor e etnia. Essas, conjugadas “aos dados censitários e epidemiológicos, confirmaram injustiças e iniquidades em saúde de uma parcela da população brasileira e forçaram o Estado a conceber uma política pública [...] com vistas à promoção da equidade racial em saúde”.^{10:63}

Um longo período de tempo se passou desde que a Constituição Cidadã e o SUS efetivamente garantissem as questões de direitos à saúde até o período da formulação da Política Nacional de Saúde Integral do População Negra (PNSIPN). Primeiramente instituída pela Portaria Nº 992, de 13 de maio de 2009, a PNSIPN passa a ter sua importância reforçada através da aprovação da Lei 12. 288, que institui o Estatuto da Igualdade Racial, no ano de 2010. Ela materializa parte da luta de movimentos na direção da democratização da saúde e inclusão das questões raciais na saúde, representando também compromissos entre o Ministério da Saúde

(MS) e a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). A PNSIPN é uma política transversal, pois abrange ações e programas de diversas secretarias e órgãos vinculados ao MS, com formulação, gestão e operação articulada entre as três esferas de governo, seja no campo restrito da saúde, ou em áreas correlatas.¹⁰⁻¹¹⁻¹²

A PNSIPN foi formulada com o propósito de superar as situações de vulnerabilidade em saúde que atingem a população negra e com isso melhorar as condições de saúde desta população e se apresenta como importante instrumento de trabalho para os diferentes níveis de atenção do SUS. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, entre outras estratégias. Tem como marca, “o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde”. Tem como objetivo geral a promoção da “saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições do SUS”.^{13:18-19}

Realidades podem ser modificadas a partir de olhares que percebam as diferenças e gerem movimento para a mudança: A PNSIPN em uma unidade de saúde da família no município de Porto Alegre

No município de Porto Alegre/RS, a fim de se trabalhar para a efetiva implementação da PNSIPN, foi criada em 2010 pela SMS a Área Técnica de Saúde da População Negra, atualmente Gerencia de Políticas Públicas de Equidade Étnico-racial, que vem atuando para dar visibilidade à questão da saúde da população negra junto aos serviços de saúde e sociedade em geral. Da mesma forma, desenvolvendo ações relacionadas a diversos assuntos que tratam do tema, destacando a importância e o significado que a PNSIPN pode representar para as equipes de saúde quando surge para fortalecer a ideia de desenvolvimento de ações relativas às especificidades da população negra.

Muitos dos indicadores de saúde podem ser modificados em decorrência de como as pessoas utilizam um determinado serviço de saúde, assim como pela forma como se desenvolve a relação profissional/usuário(a). A partir de então, apresenta-se a história da equipe de saúde da família Estrada dos Alpes com a PNSIPN e como ações nos micros espaços podem representar pequenas mudanças com possibilidades de grandes resultados.

A Unidade de Saúde, também envolvida nesta discussão, hoje uma Unidade de Saúde da Família, se consolida em um território geográfico caracterizado como Morro dos Alpes, no

município de Porto Alegre. Este espaço geográfico, conta com a particularidade da existência da comunidade quilombola Quilombo dos Alpes. No contexto histórico deste território, materializa-se o espaço de saúde, instituído em 1981, quando era designado como um Posto Avançado de Saúde. No ano de 2012, a Unidade de Saúde (US) iniciou o processo de conversão do modelo de atenção de Unidade Básica de Saúde (UBS) para USF. Atualmente conta com uma equipe composta por profissionais da Enfermagem, Odontologia, Medicina e Agentes Comunitárias de Saúde, além residentes da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva, Residência Integrada em Saúde Bucal ênfase Saúde da Família, e estudantes de cursos da graduação em saúde. Para a equipe de saúde da família a PNSIPN se apresenta com fundamental importância a fim de instituir ações para que se possam oferecer equidade e qualidade à saúde da população sob sua responsabilidade.

Como ação exitosa de implementação da PNSIPN, a partir da atuação da SMS, refere-se à formação de três profissionais da equipe, agentes comunitárias de saúde (ACS), como Promotoras de Saúde da População Negra por meio do Curso Promotores da Saúde da População Negra. As ACS atuam junto à equipe promovendo a discussão sobre o tema e planejando, também em conjunto com a equipe, ações a fim de aprimorar o trabalho. Esse curso possibilita que os(as) Promotores(as) disseminem e ampliem as discussões, desencadeando a reflexão de cada profissional e o envolvimento de toda a equipe para planejar e qualificar o acesso, além de minimizar os efeitos das iniquidades referentes a questões de saúde vivenciadas pela população negra em seus territórios de atuação.

Uma das atividades sobre Saúde da População Negra foi pautada a partir da apresentação de um vídeo através de narrativas de uma escritora Nigeriana sobre a reprodução de estereótipos e da distorção de identidades. A reunião teve como objetivo introduzir o assunto de forma que os(as) profissionais da equipe pudessem compartilhar suas percepções quanto a saúde da população negra no cotidiano do trabalho. A partir deste primeiro momento outros se seguiram: discussão sobre importância do entendimento do quesito raça/cor, tanto para os(as) profissionais quanto para os(as) usuários(as), e, então, qualificação dos registros nos documentos utilizados no serviço e abordagens nos atendimentos. A questão sobre a identificação adequada do quesito também vem sendo trabalhada no sentido de inserção do mesmo para avaliação das ações de vigilância e planejamento das ações de saúde pela equipe, em atividades que ocorrem através dos grupos de trabalho (GT's). Além das discussões em equipe, estão disponíveis cartazes e material informativo sobre o quesito raça/cor em diversos ambientes da Unidade, através dos quais os(as) usuários(as) passam a ter acesso às informações.

Diante da transição de diversos profissionais na equipe, novamente foi realizada atividade conduzida por dinâmica em grupo, apresentando dizeres populares que trazem questões preconceituosas sem que muitas vezes seja percebido o sentido que as mesmas carregam. Nesta data, a partir de dois filmes foram retomadas as discussões sobre questões como preconceito, discriminação e questão raça/cor, potencializando a visibilização da temática a partir de material produzido pela SMS. Também fazendo parte das ações para trazer o tema para o cotidiano do serviço, foi elaborado, pelas ACS, um painel com informações e indicadores de saúde referentes a população negra, a atividade foi realizada no mês da consciência negra e teve como objetivo apresentar através dos dados a situação de saúde da população negra, de forma que todos(as) os(as) usuários(as) e profissionais tivessem acesso às informações. Com a finalidade de fortalecer o reconhecimento da cultura afro brasileira entre a equipe e os(as) usuários (as), as ACS promoveram atividades lúdicas a partir da confecção de bonecas Abayomi. A fim de dar visibilidade à história das bonecas, também foram realizados folders para divulgação em sala de espera destacando a importância da auto declaração da cor, raça e etnia.

A PNSIPN é um documento que foi produzido amparado por questões muito relevantes em que pese às condições e o modo como se proporcionou a vida da população negra na sociedade. A realidade, que aponta através de diversos indicadores a forma como esta população vive e é vista, reforça a necessidade de compreensão de uma Política que possa amparar estas particularidades. Mas, tão importante quanto a compreensão da Política, é essencial fazê-la acontecer em ações práticas e reais, caso contrário, possivelmente muito mais dificilmente resultarão mudanças. Brasil e Trad afirmam que “são muitos os desafios para uma efetiva implementação da PNSIPN”, destacando que o “primeiro deles corresponde ao modo como deverá atingir o cotidiano das unidades de saúde, já que o enfrentamento ao racismo precisa ser realizado junto aos profissionais, gestores e sociedade civil de uma nação ‘racialmente democrática’”.^{10:89} As autoras apontam como desafio primordial a presença da política no cotidiano dos serviços o que corrobora e potencializa a materialização do que vem acontecendo no cotidiano de um micro espaço, em que uma equipe de saúde da família trabalha para que realmente os princípios, diretrizes, metas e objetivos da PNSIPN sejam atingidos, verdadeiramente, na prática diária de trabalho.

Nesse sentido, a USF Estrada dos Alpes segue no seu caminho de tentativas, que não se esgotam em datas comemorativas. Trabalhar questões que são permeadas por preconceitos,

como o próprio nome já diz, não é tarefa fácil. Nem sempre, num grupo de pessoas, tem-se a mesma sensibilidade e até mesmo aceitação de fatos que fazem parte das realidades discutidas.

Contudo, partindo-se do pressuposto de uma aprendizagem compartilhada, reconhecendo o outro e suas características, traduz-se em produção de alteridade que desenvolve e qualifica o olhar e o trabalho em saúde. Nesse sentido, o processo de educação permanente assume o desafio de “atravessar fronteiras”, caso contrário a vigência do racismo será mantida. Diante do contexto vivenciado neste território e espaço de produção de cuidados, acredita-se que determinadas conquistas aconteçam a longo prazo, com ações e atitudes que permitam que o tema seja de fato reconhecido e materializado através de transformações nas ações cotidianas. Assim, a saúde da população negra deve ser práxis dos(as) profissionais da equipe.

Nesse período, um conjunto de atividades foram desenvolvidas, assumindo importante função os espaços de educação permanente para fomento das discussões e sensibilização para aplicabilidade das reflexões, legitimando o que preconiza a PNSIPN em suas diretrizes. Cabe destacar a formação e educação permanente, produção de conhecimento científico, reconhecimento de saberes e práticas populares, informação, comunicação e educação que desconstruam estigmas e preconceitos.¹³ Diante dos preceitos da PNSIPN e da realidade vivenciada no território de trabalho da equipe, reforça-se a educação permanente quando a mesma “parte das necessidades detectadas no processo de trabalho e valoriza os saberes produzidos nas relações de trabalho e reconhece que esse é um dos aspectos centrais para efetiva mudança nas práticas em saúde”.^{12:157} As ações desenvolvidas tiveram o envolvimento mais próximo de alguns profissionais na organização das atividades - Agentes Comunitárias de Saúde, coordenação da Unidade e residentes, reforçando a importância da interação multi e interdisciplinar na equipe. Da mesma forma, cabe ressaltar o papel que assume a coordenação do serviço, neste momento representado através da enfermeira, como a profissional que assume a atribuição de articulação nos processos de trabalho, estimulando a apropriação do tema em conjunto com os demais profissionais da equipe.

Espera-se que uma equipe de saúde da família baseie seu trabalho a partir do conhecimento e de como desenvolve sua relação com o território no qual está inserida. Neste sentido, decorrente da existência de um quilombo urbano neste território e da necessidade uma maior aproximação e conhecimento da história desta comunidade, foram realizadas atividades envolvendo profissionais da equipe, residentes, graduandos e moradores/lideranças da comunidade. O primeiro encontro ocorreu na Associação dos moradores do Quilombo dos

Alpes, com participação de representantes do Quilombo, no qual foi apresentado o contexto histórico e cultural em que a comunidade foi constituída e as principais demandas de saúde daquela população. A segunda reunião, aconteceu junto a Festa Junina, também na Associação, onde foram desenvolvidas atividades de educação em saúde, como jogos e brincadeiras com temas sobre saúde bucal, tuberculose, meio ambiente e importância da higiene das mãos. Essa atividade teve grande participação da comunidade, demonstrando a importância e necessidade de integração para fortalecimento do vínculo entre equipe e usuários(as).

CONCLUSÕES

O desafio do encontro permanente

A PNSIPN revela o resultado de que a luta dos atores envolvidos em defesa dos direitos do povo negro não foi em vão e que esta população vem sendo desproporcionalmente prejudicada em função de como se deu sua história na sociedade em que vivemos. Como desafio de desenvolver o trabalho em saúde, que precisa produzir cuidado nos contextos de complexidade onde as pessoas vivem, esta política comprova a necessidade de atenção que deve ser atendida diante das demandas que são apresentadas por questões sociais, culturais e epidemiológicas que justificam sua existência. Contudo, esta atenção deve ser dada, não somente a sua expressão teórica, formalizada através do poder que lhe é instituído, mas a partir de sua implementação na prática, na vida real, nos espaços onde se dão os encontros entre a população negra e aqueles que devem estar os acolhendo.

Ao se falar sobre o entendimento das condições históricas e sociais as quais constituíram as condições de vida da população negra e na análise de indicadores, torna-se essencial pensar de que forma, enquanto serviço e profissional de saúde, se atua para modificar estas condições. Assim, considera-se imprescindível o conhecimento da PNSIPN, pois a mesma vem sendo implementada a fim de minimizar as discrepâncias e qualificar as condições de saúde desta população.

O encontro com a PNSIPN e a inserção do tema saúde da população negra junto à equipe de saúde da família Estrada dos Alpes vem ocorrendo de forma gradual e contínua, fazendo parte do cotidiano do serviço. Dessa forma, as ações desenvolvidas tem permitido, não somente aos(as) profissionais da equipe, mas a alunos(as) e residentes, o (re)conhecimento do tema, possibilitando ampliar a discussão relacionando-a à realidade in loco. Esse processo revela

muitos significados, especialmente por possibilitar a todos(as) os(as) envolvidos(as) histórias e realidades que muitas vezes são desconhecidas até mesmo na teoria. A educação permanente em saúde, enquanto instrumento potencial para desenvolvimento e efetivação do trabalho com foco na equidade em saúde, expressa a possibilidade de enfrentamento do racismo, do preconceito e da invisibilidade de questões sociopolíticas que interferem nas condições de vida e saúde da população negra. Espera-se que os aprendizados vivenciados proporcionem um olhar mais sensível ao outro, no reconhecimento e respeito de seus saberes, propiciando uma relação compartilhada na produção de cuidados à saúde através de ações cada vez mais qualificadas no que tange às especificidades e necessidades de saúde da população negra.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei 8080, de 19 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. 1990. [acesso 2016 Fev 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
2. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. Gomes FS. Mocambos e quilombos: uma história do campesinato negro no Brasil. São Paulo, Claro Enigma, 2015.
4. Fiabani A. Mato, palhoça e pilão: o quilombo, da escravidão às comunidades remanescentes. 2. Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012.
5. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* [Internet]. 2007 Abr [acesso 2017 Mar 20]; 17(1):77-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.
6. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
7. Domingues PML, Nascimento ER, Oliveira JF, Barral FE, Rodrigues QP, Santos CCC, et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2013 Jun [acesso 2017 Mar 22]; 22(2): 285-292. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200003>.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. Temático Saúde da População Negra. Brasília (DF): MS; 2016

9. Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. [Página na internet]. Brasília (DF): SEPPIR, 2011 [acesso 2017 Mar 02]. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/portal-antigo/destaques/Artigo%20da%20Ministra%20da%20Igualdade%20Racial%20Luiza%20Bairros%20-%20O%20Brasil%20%20tem%20o%20que%20dizer,%20dez%20anos%20depois.pdf/view>
10. Brasil AS, Trad LAB. O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o estado brasileiro. In Batista LE, Werneck J, Lopes F, organizadores. Saúde da População Negra. 2. Ed. Brasília, DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.
11. Brasil. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília. 2007. [acesso 2017 Mar 07] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf
12. Monteiro MCS. Desafios da inclusão da temática étnico-racial na Educação Permanente em Saúde. In Batista LE; Werneck J, Lopes F, organizadores. Saúde da População Negra. 2. Ed. Brasília, DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.
13. Brasil. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2013.

7.2 Artigo 2 - Acesso à saúde da população negra no contexto de um território quilombola urbano na cidade de Porto Alegre: conectando múltiplas vozes ao encontro da atenção integral

RESUMO

A discussão sobre acesso à saúde remete a análise e entendimento dos diversos conceitos que sustentam este direito constitucionalmente garantido. No que tange a efetivação do acesso à saúde da população negra, em especial às comunidades quilombolas, torna-se essencial considerar as diversidades sócio, histórico, econômicas e culturais que se revelam intrinsecamente determinantes nas condições de saúde desta população. Este artigo, resultado de uma pesquisa qualitativa, teve como objetivo central avaliar as percepções de mulheres de uma comunidade quilombola em relação ao acesso e qualidade da atenção prestada por uma Unidade de Saúde da Família. O objetivo específico foi identificar fatores que facilitam ou dificultam o acesso à Unidade de Saúde da Família. A pesquisa de campo ocorreu no período de julho a setembro de 2017 na Comunidade Quilombola Urbana Quilombo dos Alpes, localizada área de abrangência territorial sob responsabilidade sanitária da Unidade de Saúde da Família Estrada dos Alpes, no município de Porto Alegre/RS. Foram entrevistadas dez mulheres, de acordo com os critérios de inclusão definidos: ser moradora da Comunidade Quilombola com idade igual ou superior a 18 anos de idade. O tratamento e análise do material produzido pelas entrevistas foi submetido ao método de análise de conteúdo, fundamentado na identificação de elementos pertinentes, gerando as categorias, inter-relacionadas: racismo, práticas de saúde e cultura. O estudo permitiu identificar aspectos que conduzem a relação entre usuárias e serviço de saúde da família demonstrando que, apesar de transformações nos modelos de atenção à saúde, configura-se ainda um acesso ao serviço de saúde centrado no modelo biomédico centrado. O racismo institucional foi revelado como elemento determinante para a não efetivação do acesso à saúde demonstrando sua presença entranhada nas relações sociais, de trabalho e de cuidado produzindo condutas discriminatórias que interferem negativamente nos processos de vinculação e acesso efetivo ao serviço de saúde. A cultura negra e sua herança, que perpassa diferentes gerações, evidenciou práticas de cuidado à saúde inerentes a uma comunidade tradicional com forte vínculo com um ambiente que oferece terapias através de ervas medicinais. As experiências de cuidado vinculadas à natureza destacam a necessidade de uma nova conformação nas relações terapêuticas entre profissionais e comunidade, transpondo

um modelo de atenção protocolar e institucionalmente consolidado. A compreensão e reconhecimento das práticas populares de saúde vivenciadas pelas mulheres significa possibilidades de transformações potencializando o vínculo e o cuidado à saúde compartilhado de acordo com as especificidades locais. O desafio da consolidação do acesso à saúde de acordo com as especificidades da população quilombola remete a transformações e adaptações do modelo de atenção institucionalmente constituído aos costumes e demandas de uma população que traz consigo heranças históricas e singulares nos modos de cuidar à saúde. Desse modo, reconhecer e refletir sobre a história e modos de viver nesta comunidade destaca a necessidade, por parte da equipe de saúde, de ressignificar também seus modos de atuar e produzir ações a fim de contemplar as reais necessidades desta população.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Atenção Básica. População Negra. Acesso aos serviços de saúde. Equidade em Saúde.

**ACCESS TO HEALTHCARE BY BLACK POPULATION IN THE CONTEXT
OF AN URBAN QUILOMBOLA TERRITORY IN THE CITY OF PORTO ALEGRE:
connecting multiple voices to guarantee integral health attention**

ABSTRACT

The discussion regarding on healthcare access refers to the analysis and understanding of the various concepts that underpin this constitutionally guaranteed right. Regarding the effective access to healthcare of the black population, especially *quilombola* communities, it is essential to consider the socio-historical, economic and cultural diversity that are intrinsically determinant in the health conditions of this population. This qualitative study have had as its objective to evaluate the perceptions of women in a *quilombola* community in relation to the access and quality of healthcare provided by a Family Health Program team (a primary healthcare unit). The specific objective was to identify factors that facilitate or hinder access to the primary healthcare unit. The field research was carried out from July to September 2017 in the *quilombo* known as *Urban Quilombola Community of Alpes*, a territorial area under the sanitary responsibility of the *Family Health Program* team called as *Estrada dos Alpes*, located in the city of Porto Alegre. Ten women were interviewed, according to the following criteria: to be a resident of the *quilombola* community, aged 18 or older. The content analysis was the

data analysis method of the material produced during the interviews, resulting the generation of the following interrelated categories: racism, health practices and culture. The study allowed the identification of aspects of the relationship between users and the primary healthcare services, demonstrating that, despite the changes in the healthcare models, there is still an access to the health service based on the biomedical-centered model. Institutional racism was identified as a determinant element for the non-effectiveness of access to health services, demonstrating its intrinsic presence in social, healthcare, and labor relations, producing discriminatory behaviors that negatively interfere in the processes of creation of bonds with the *Family Health Program* and to the effective access to healthcare services. The black culture and inheritance identified during the analysis, which encompasses different generations, evidenced healthcare practices typical of a traditional community, having strong linkages with an environment that offers therapies through medicinal herbs. The nature-based care experiences highlights the need for a new conformation in the therapeutic relationships between professionals and the community, surpassing the institutionally consolidated healthcare model. The comprehension and recognition of popular health practices experienced by women means transformations possibilities to strengthening the users-healthcare team bonds according to local specificities. Recognizing and reflecting on the history and ways of living of this kind of community highlights the need for the primary healthcare teams to re-signify their own ways of producing actions in order to contemplate the real needs of this population.

Keywords: Unified Health System (SUS). Primary Care. Black Population. Access to Healthcare Services. Equity in Health.

A discussão sobre acesso à saúde remete a um vasto universo de conceituações e compreensões (TRAVASSOS E MARTINS, 2004; ARRIVILLAGA E BORRERO, 2016). Quando o tema é abordado a partir do recorte racial, aqui destacando o direito à saúde da população negra, inserem-se a este universo de compreensões múltiplas variáveis, sejam constituintes do ser humano, de contextos de vida ou organização da sociedade. O processo de inserção social vivido por negras e negros ao longo da história do Brasil, e as consequências decorrentes desse processo, marcadas por injustiças sociais, culturais e econômicas, evidenciam o quadro de desigualdade das condições de vida desta população, destacando a necessidade desta discussão (BRASIL, 2013).

Muitos são os elementos que se relacionam e definem direitos, modos de viver e de acessar bens e serviços, os quais exigem também a ampliação da capacidade de reflexão, (re)conhecimento e enfrentamento de desigualdades impostas. Desse modo, procurando entender estas relações a partir da lógica da complexidade (MORIN, 2015), que se revela como um caminho indutor de novos pensamentos e ações, destaca-se a possibilidade de transformações (re)conectando elementos sensíveis e com potencial de conformação de realidades mais justas.

Ao se entrar no campo de reflexão do sujeito como parte integrante de um sistema e como detentor de direitos, destaque primordial deve ser dado ao intrínseco direito garantido a partir da Declaração Universal do Direitos Humanos, que no parágrafo 1 de seu Artigo 25 assegura que “ Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, (...)” (NAÇÕES UNIDAS, 2004). Em consonância com essa premissa, a Observação Geral N° 14 (NAÇÕES UNIDAS, 2000), documento referente ao artigo 12 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, destaca que todo ser humano tem o direito ao desfrute do mais alto padrão de saúde possível que lhe permita viver dignamente, considerando-se a saúde como um direito fundamental e indispensável para o exercício dos demais direitos humanos. Assim, esse direito apresenta-se estreitamente vinculado e dependente do exercício dos direitos anunciados na Carta Internacional dos direitos Humanos, em particular a alimentação, a habitação, ao trabalho, a educação, a dignidade humana, a não discriminação, a igualdade, a não ser submetido a torturas, a vida privada, ao acesso a informação e a liberdade de associação, reunião e circulação, dessa forma, entre outros direitos e liberdades, abordando os componentes integrais do direito à saúde (NAÇÕES UNIDAS, 2000).

Corroborando com o exposto, e entendendo que as condições de saúde se configuram a partir da interligação entre diversos elementos, especificamente ao que compete os direitos étnicos individuais e coletivos da população negra e efetivação da igualdade de oportunidades, o Estatuto da Igualdade Racial (BRASIL, 2010) confere à saúde um de seus direitos fundamentais, que deve ser garantido através de um conjunto de ações amparado pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Como representação desta política, cabe destaque um de seus objetivos, que marca a possibilidade de transformação das condições de saúde da população negra através da promoção da saúde integral, priorizando a redução das

desigualdades étnicas e o combate à discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

Diante das considerações fundamentais sob o aspecto de garantia dos direitos humanos, destaca-se a atenção o acesso à saúde como direito garantido através da Constituição Brasileira de 1988. Também conhecida como Constituição Cidadã, a partir do artigo 196 destaca a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Neste contexto, o SUS foi resultado desse marco legal. Os princípios e diretrizes que alicerçam sua organização (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990) operam com a finalidade de efetivação dos direitos da população enquanto ampliação da atenção à saúde, para além do cuidado à doença. Desse modo, garantindo acesso universal, assistência integral e igualitária, percebendo o sujeito na sua integralidade e identificando os múltiplos determinantes que interferem nas condições de vida e saúde.

A organização do sistema de saúde, com vistas à efetivação do direito ao acesso à saúde, pressupõe-se a relação existente entre o usuário inserido neste sistema e o modo como se dá sua itinerância na rede de atenção à saúde. Tanahashi (1978), ao abordar o processo de acesso à saúde o relaciona à interação dos aspectos existentes entre a provisão/fornecimento de serviços e aspectos da população. De acordo com o autor, em países em desenvolvimento prioridade tem sido dada aos serviços de atenção básica, destacando as abordagens referentes ao desenvolvimento de novos recursos e tecnologias e ao uso efetivo das mesmas conforme sua disponibilidade. No tocante ao uso efetivo dos recursos disponíveis refere-se à gestão dos serviços, propondo questões fundamentais, quais sejam: como os recursos devem ser alocados e os serviços organizados para dar conta de tantas pessoas quanto possível; se o serviço atinge as pessoas as quais deveria atender e é efetivo no atendimento das necessidades das mesmas. Estas indagações podem ser consideradas como um ponto de partida para reflexões e planejamento, tanto do ponto da macrogestão, enquanto desenvolvimento e gestão de políticas, já existentes, mas nem sempre efetivas, quanto do ponto da microgestão, destacando-se os espaços de cuidado onde efetivamente se concretizam as ações de saúde. Especialmente nesses espaços, requer atenção especial para análise dos fatores que determinam o modo como estão organizados e como são ofertados os cuidados de saúde, o que pode ser determinante para a consolidação de acesso equânime e para superar o racismo institucional.

Muitos são os enfoques e definições de acesso à saúde. Estudos que discutem o tema, a partir de diferentes abordagens e conceituações, seja do ponto de vista de acesso, enquanto entrada ou uso dos serviços de saúde sistema, ou de acessibilidade, enquanto caráter ou qualidade do que é acessível, apresentam as relações existentes entre usuários e serviços e fatores que determinam ou influenciam o modo como estas relações são estabelecidas (ARRIVILAGA e BORRERO, 2016; TRAVASSOS e MARTINS, 2004; PENCHANSKY e THOMAS, 1981).

Starfield (2002), refere-se à acessibilidade como a possibilidade de chegada ao serviço, representando um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde necessário para se atingir atenção ao primeiro contato. Para a autora, acesso se manifesta pela forma como a pessoa experimenta a acessibilidade de seu serviço.

O termo acessibilidade, de acordo com Donabedian (2003), significa a facilidade com que as pessoas podem obter cuidados. Essa acessibilidade depende de fatores espaciais, como distancia da fonte de cuidado, assim como disponibilidade e custo de transporte, fatores organizacionais, como dias e horários disponíveis para atendimento, fatores econômicos, sociais e culturais, os quais definirão a facilidade ou dificuldade de acessibilidade. Travassos e Martins destacam o conceito de acessibilidade de Donabedian através da identificação “das características da oferta que intervêm na relação entre características dos indivíduos e o uso dos serviços” (2004, p. 191).

Penchansky e Thomas (1981) discutem acesso a partir de um conceito referente a um conjunto de dimensões específicas que descrevem o ajuste entre o usuário, que referem como cliente, e o sistema de saúde. A partir do resultado de uma pesquisa sobre satisfação do usuário a partir de características dos serviços, o acesso é caracterizado pelas dimensões: disponibilidade, acessibilidade, accommodation, aceitabilidade.

Diante dos diferentes contextos em que interagem pessoas e serviços de saúde, os quais deveriam prover seus cuidados, assim como as diversas conceituações acerca do acesso à saúde, cabe considerar a discussão do tema tomando-se como premissa a condição de “mais alto nível possível de saúde” (NAÇÕES UNIDAS, 2000). Levando-se em conta esta proposição, tanto a partir de condições biológicas e socioeconômicas essenciais da pessoa como os recursos com que conta o Estado, pressupõe-se acesso enquanto direito ao desfrute de uma gama de facilidades, bens, serviços e condições necessárias para se alcançar tal condição. Nesse sentido, acesso à saúde depende da compreensão e garantia, por parte dos(as) profissionais que fazem parte dos serviços de saúde, de elementos como acessibilidade enquanto oferta de atenção a

todos sem discriminação; aceitabilidade das condições culturais que envolvem a população atendida; disponibilidade de programas de saúde, infraestrutura e recursos humanos; e qualidade, técnica científica, tanto organização de equipe qualificada quanto insumos de trabalho (NAÇÕES UNIDAS, 2000).

Portanto, o processo de utilização de um serviço de saúde é resultante da interação entre a pessoa que procura atenção e o profissional que a conduz nessa busca (TRAVASSOS e MARTINS, 2004). Desse modo, normalmente o(a) usuário(a) é o responsável pelo primeiro contato, sendo o(a) profissional o(a) responsável pelos contatos subsequentes, condicionando o tipo e intensidade dos recursos utilizados.

Entendendo que o acesso não depende somente de dispositivos organizacionais ou ações assistenciais (FRANCO et al, 2009; UNGLERT, 1990), presume-se que a interação entre fatores sócio culturais com aspectos intersetoriais derivados da estrutura política de determinado local atuem como fatores determinantes de sua efetivação. Neste sentido, Unglert (1990) destaca a necessidade de atenção à heterogeneidade tanto de distribuição geográfica quanto de características de uma população como aspecto fundamental para planejamento embasado na análise de conceitos fundamentais como equidade e acessibilidade enquanto ações concretas à realidade que seja objeto de estudo ou trabalho.

Giovanela e Fleury (1996), também destacando as relações existentes entre usuário e serviço, enfatizam a necessidade de análise do acesso como categoria central para compreensão sobre como o direito à saúde se concretiza no cotidiano. Assim, discutir acesso à saúde não se limita apenas ao conhecimento de seu direito legalmente conquistado. Somando-se à compreensão da organização da rede de atenção e da relação existente entre os fatores que caracterizam os(as) usuários(as) e os serviços que os recebem, exige sensibilidade para ampliar conceitos, permitindo novos modos de olhar e de se relacionar com o(a) outro(a) e com o ambiente que conecta esta relação. Dessa forma, entender a percepção de acesso sob o ponto de vista dos(as) usuários(as) de um serviço de saúde torna-se elemento essencial para adequar respostas às necessidades de forma equilibrada.

A existência do SUS marca a possibilidade de garantia dos direitos à saúde. Mesmo diante de muitos avanços, e de processos em constantes transformações, ainda não representa plenamente igualdade de atenção. A atenção básica representa um dos pilares da rede atenção à saúde que sustentam sua organização. Orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012)

indica um caminho para consolidação real de seus pressupostos. De acordo com essa lógica, por considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, por localizar-se no território onde as pessoas vivem, a estratégia de saúde da família assume papel central na garantia de acesso com qualidade.

Neste sentido, entender como se efetiva o acesso a partir de uma unidade de saúde da família, enquanto estratégia prioritária também estruturante da organização do SUS (BRASIL, 2012), requer ultrapassar o simples conceito de acesso como entrada, ampliando sua compreensão a partir dos determinantes referentes às características tanto dos(as) usuários(as) quanto dos serviços, especialmente no tocante ao modo como se relacionam. É a partir da relação entre usuários-trabalhadores-estrutura organizacional vivenciadas nos processos e práticas cotidianas que se alicerça a possibilidade de acesso real.

Corroborando com a idéia das relações como fundamento na conceituação de acesso, Franco et al. (2009) conferem consistência à discussão identificando-o como primeiro dispositivo de produção do cuidado, pressupondo a operacionalização dos fluxos organizacionais, mas não apenas, vinculando-o ao processo de trabalho a à atitude do trabalhador em relação ao usuário. Considerando a potência desta abordagem, cabe destaque o entendimento dos autores quando sustentam que:

É no encontro do trabalhador com o usuário que o acesso acontece como dispositivo de cuidado ou não, e o que define isso é o olhar sensível, o gesto acolhedor, o vínculo que se estabelece entre ambos, associados à ação interessada, micropolítica, no cenário de produção de cuidado. (FRANCO et al., 2009, p.36)

O acesso real se efetiva a partir do momento em que tratados, políticas e a garantia de atenção equânime saiam do papel, justificando suas existências já alicerçadas na garantia de direitos que deveriam interagir com o mesmo objetivo. A efetivação destes pressupostos representa a possibilidade de transformações em práticas que se materializem no (re)conhecimento de necessidades e particularidades que compreendem um sistema complexo que se (retro)alimenta de conhecimento, escuta, empatia, vivências, trocas, transformações.

Aproximando o acesso à realidade das condições de vida e saúde da população negra

O quadro histórico que representa as precárias condições em que vive a população negra no Brasil expressa como se consolidou sua inserção nesta sociedade, que mesmo após a

abolição da escravatura, se manteve em uma posição de desvantagem em relação à população branca. Precocidade de óbitos, altas taxas de mortalidade materno infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência que incidem sobre a população negra são resultado da persistência das desigualdades (BRASIL, 2013), impostas, contudo sempre em tempo de enfrentamento.

O direito constitucional ao acesso igualitário no que tange a população negra se sustenta a partir do princípio da equidade na atenção enquanto direito humano. Marca objetivo constante de diferentes grupos sociais e políticos na luta pela determinação de igualdade de oportunidades para grupos de pessoas que historicamente sofreram, e ainda sofrem, racismo institucional, discriminação e marginalização social (BRASIL, 2013; BRAVEMAN E GRUSKIN, 2003).

Deste modo, discutir o acesso à saúde da população negra requer atenção às suas especificidades. Articula-se à necessidade de ampliação do cuidado para além da doença, assim como para os determinantes das condições de saúde, compreendendo os fatores de vida, históricos, culturais e sociais que fazem parte da constituição do ser no contexto em que vive (BRASIL, 2013). Modificar as condições que colocam a população negra em desvantagem social consiste em entender para adequadamente enfrentar os determinantes que imperam esta realidade. Ao se ampliar a atenção para o modo como vivem crianças negras, jovens negros(as), mulheres negras e homens negros identificam-se efeitos cumulativos que a falta ou privação de educação, por exemplo, contribuem para desigualdades nos resultados de saúde. Da mesma forma, a inter-relação entre acesso à saúde e desigualdades de gênero, status socioeconômico e de trabalho e localização geográfica, o que determina que populações marginalizadas tenham menos acesso aos cuidados de saúde (UNESCO, 2016), representam, ainda, a ineficiência de políticas e ações práticas para enfrentamento destas condições ao encontro da equidade de atenção.

Neste sentido, ao se defender igualdade de oportunidades para a saúde na lógica dos direitos humanos e equidade, requer atenção aos fatores determinantes das relações produtoras de comportamentos que potencializam processos discriminatórios nas relações de cuidado. A manifestação do racismo institucional, marcando uma das formas corriqueiras de negligenciamento do cuidado, afastando o sujeito e dificultando a efetivação do acesso pleno, traz à discussão da atenção equânime ponto crucial a ser debatido e enfrentado. Considerando-se a equidade como meta a ser contemplada no tange a integralidade da atenção, seu tratamento “toma como imperativo examinar as práticas humanas, sua determinação e intencionalidade no

que diz respeito especificamente a situações concretas de interação entre os sujeitos sociais” (VIEIRA-da-SILVA e ALMEIDA FILHO, p. 223, 2009).

Em vista das condições inferiores que se encontra a população negra diante de demais segmentos da população, ampliar e qualificar atenção a este grupo, superando as desigualdades em saúde, de acordo com Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009) requer a formulação de políticas públicas equânimes, o que parece já estar posto diante de políticas transversais que tratam do tema. Em suma, ao considerar o termo equânime pode-se destacar a necessidade de materialização destas políticas através do “reconhecimento da saúde como direito e à priorização das necessidades como categoria essencial para as formas de justiça” (VIEIRA-da-SILVA e ALMEIDA FILHO, p. 223, 2009).

Conforme Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009), equidade em saúde pode ser interpretada como resultado de políticas que tratam indivíduos que não são iguais de forma diferente. Desse modo, leva a entender que, instituições e profissionais, enquanto representação prática de políticas públicas, deveriam atuar não somente prestando cuidados para melhorar o estado de saúde de pessoas negras, mas, como parte de um universo que interage com diversos pontos de uma rede social, atuando para alterar as condições que criam, exacerbam e perpetuam pobreza e marginalização (BRAVEMAN; GRUSKIN, 2003).

Intenções

Este estudo, ao aproximar-se das mulheres da Comunidade Quilombo dos Alpes, escutando e conhecendo suas histórias e vivências relacionadas aos processos de saúde, teve como objetivo central avaliar a percepção das mulheres moradoras desta comunidade em relação ao acesso e qualidade da atenção prestada pela USF Estrada dos Alpes. O objetivo específico ancorou-se na identificação de fatores que facilitam ou dificultam o acesso das mulheres moradoras da comunidade Quilombo dos Alpes à USF Estrada dos Alpes.

Metodologia

A pesquisa caracterizou-se por um estudo exploratório, desenvolvida através de abordagem metodológica qualitativa, sendo a técnica para coleta das informações a realização de entrevistas semi-estruturadas. A escolha deste método, tendo como ponto de partida a percepção sobre acesso a um serviço de saúde, ancorou-se na possibilidade de aproximação dos

aspectos subjetivos e experiências práticas das pessoas envolvidas com o tema estudado. Fundamentou-se também por se aplicar ao estudo da história, das representações, relações, crenças, percepções e opiniões, que são produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2014).

A pesquisa de campo ocorreu no período de julho à setembro de 2017 na Comunidade Quilombola Urbana Quilombo dos Alpes, localizada área de abrangência territorial sob responsabilidade sanitária da Unidade de Saúde da Família Estrada dos Alpes/Gerência Glória Cruzeiro Cristal, no bairro Cascata no município de Porto Alegre/RS. No decorrer do estudo foram entrevistadas dez mulheres, de acordo com os critérios de inclusão definidos: ser moradora da Comunidade Quilombola com idade igual ou superior a 18 anos de idade. Para a coleta das informações as mulheres foram identificadas através do método snowball (bola de neve), possibilitando uma amostra entre pessoas que compartilham características de interesse da pesquisa (BIERNACKI, WALDORF, 1981).

O estudo foi desenvolvido seguindo todos os procedimentos éticos referentes à pesquisa com seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Parecer:2.211.226). Todas as mulheres entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram informadas sobre o anonimato, confidencialidade e uso das informações somente para fins científicos, sendo-lhes garantido o direito de desistir da pesquisa em qualquer momento, sem que lhes acarretasse qualquer tipo de prejuízo.

No intuito de compreensão dos significados das narrativas produzidas, o conteúdo das entrevistas, após integralmente transcritos, foram submetidos à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2016). Esta abordagem, que consiste na utilização de procedimentos sistemáticos para análise das comunicações e descrição do conteúdo das mensagens, teve por finalidade efetuar deduções lógicas e justificadas de acordo com o emissor, seu contexto ou efeito das mensagens.

A interpretação e análise dos resultados fundamentou-se na identificação de elementos pertinentes gerando categorias, inter-relacionadas: racismo, práticas de saúde e cultura, dando sentido à análise tanto a partir das comunicações verbais expressas pelas interlocutoras, quanto à luz dos teóricos que alicerçam a construção deste estudo.

Resultados e discussão

O perfil das participantes da pesquisa apresentou mulheres com idade entre 20 e 52 anos de idade. Os arranjos dos vínculos pessoais são decorrentes de ligação por consanguinidade e relações de agregação por interações afetivas. Das mulheres nascidas na comunidade, o tempo vivido neste local varia entre 20 e 48 anos, dentre aquelas com vínculo de agregação o tempo varia de um a 26 anos vivendo na comunidade.

Seguindo o princípio do anonimato das participantes, no decorrer do estudo as mesmas são identificadas através da letra I, que refere-se à Interlocutora das comunicações.

Quadro 1 – Perfil das participantes da pesquisa

Interlocutora	Idade	Raça/cor auto declarada	Nível Escolaridade	Tempo que vive na comunidade
I1	20 anos	Negra	Ensino técnico	20 anos
I2	52 anos	Preta	Fundamental incompleto	26 anos
I3	22 anos	Negra	Fundamental incompleto	22 anos
I4	24 anos	Negra	Médio completo	01 ano
I5	49 anos	Branca	Médio completo	25 anos
I6	39 anos	Branca	Médio incompleto	39 anos
I7	40 anos	Negra	Fundamental incompleto	40 anos
I8	41 anos	Branca	Fundamental incompleto	07 anos
I9	48 anos	Preta	Fundamental incompleto	48 anos
I10	69 anos	Negra	Fundamental incompleto	69 anos

As percepções das mulheres relacionadas aos processos de saúde e doença vivenciados são representadas a partir das (des)conexões constituídas com o serviço de saúde, que ao longo de sua existência conduz a diferentes modos de olhar, cuidar e vincular. Considerando a relevância dos significados produzidos a partir de vivências em determinado território, onde se desenvolvem relações comunitárias, marcadas por histórias, heranças culturais, e também como espaço de produção de cuidados, cabe um breve conhecimento sobre algumas características das mulheres envolvidas neste contexto.

Discutir acesso remete a análise e entendimento dos diversos conceitos que sustentam sua importância enquanto garantia do direito à saúde. Diante do sistema que rege as normas de atenção à saúde, dos complexos contextos que definem as diversidades sócio, histórico, econômicas e culturais de determinada população, os quais interagem e resultam em desiguais

condições de vida e saúde, cabe a necessidade de ampliar o entendimento de acesso, possibilitando um olhar para além da noção simplista de “entrada”.

O fato, por si só, de conhecer os argumentos que sustentam os diversos conceitos de acesso (TRAVASSOS e MARTINS, 2004) não são suficientes para garantia do mesmo caso não se direcione atenção às especificidades e iniquidades decorrentes destas. A análise das condições de vida e saúde da população brasileira representa não suficiência da garantia equânime aos cuidados de saúde. Destaca-se nesta análise as diferenças negativas referentes as formas de nascer, viver e morrer da população, confirmando que o direito constitucionalmente garantido não tem se efetivado na realidade em virtude do racismo institucional.

A identificação das desigualdades acaba por ser uma realidade confirmada pela Saúde Coletiva e resultante do modo como se desenvolve a relação de vida desta população com todos a sociedade. Portanto, tentar entender o acesso como um direito humano, especificamente no caso da população negra, diz respeito a olhar para traz e buscar a compreensão a partir da constituição histórica deste povo na sociedade brasileira (BRASIL,2013).

Como afirmam Travassos e Martins (2004), muitas vezes empregado de forma imprecisa, enquanto relação com o uso dos serviços, o conceito de acesso se altera na visão de diferentes autores(as), ao longo do tempo e dos contextos em que são discutidos. Desta forma, o termo acesso constitui-se em conceito complexo, que neste estudo, não se entende por ser de difícil entendimento, mas como um “caminho” que busca relação com as diversas dimensões e elementos que constituem um sistema em constante (des)construção e (re)criação.

No percurso deste estudo, as manifestações expostas pelas interlocutoras revelam sensibilidades expressas diante de experiências exitosas ou não. Por esses motivos, determinam-se também expectativas sobre seus cuidados e diferentes possibilidades de interação com equipe e profissionais. Assim, discutir acesso sob o ponto de vista das mulheres quilombolas, elemento central desta pesquisa, requer olhar para os elementos que se inter-relacionam no cotidiano do viver, interferindo ou não nas condições do direito humano ao acesso à saúde.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e acesso à saúde: um caminho para superar o racismo institucional

A inserção transversal da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na dinâmica do Sistema Único de Saúde justifica-se pelo seu propósito de garantia do “maior grau

de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde” (BRASIL, 2013, p. 7) e corrobora com os argumentos que sustentam esta discussão a partir da noção de acesso efetivo aos serviços de saúde na lógica do direito à saúde (BRAVEMAN e GRUSKIN, 2003). As principais características da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra emergem nas falas das entrevistadas, reafirmando a necessidade da garantia dos princípios de acesso universal, integralidade, descentralização político administrativa e combate ao racismo institucional, como percebe-se na fala de I5:

“Tu falando assim esta baita palavra, não entendi bulhufas, mas a saúde da população negra, já foi feito um trabalho, de livros, direito dos negros [...] ah peraí, é em função só dos negros, só a respeito pros negros, fora brancos, já ouvi falar meio por cima (I5).

Pensar acesso à saúde da população negra, visando a promoção da equidade na atenção, consiste em compreender os múltiplos determinantes que condicionam sua efetividade. Diante das desigualdades sociais, étnico-raciais, historicamente vivenciadas por esta população, o reconhecimento do racismo marca a necessidade de enfrentamento das condições determinantes e evitáveis que condicionam o estado digno de vida e saúde (BRASIL, 2013).

A dificuldade de efetivação dos direitos do povo negro, confirmada pelas diversas condições desiguais de vida e acesso a bens e serviços básicos, é resultado da falácia de uma antiga, mas ainda atual, democracia racial que pressupunha relações raciais harmônicas. O mito da democracia racial, representação simbólica concebida pelo pressuposto da ausência de conflito, no entanto, segue não encontrando representação na realidade. (SANTOS, G., 2009; SANTOS, J., 2015; SCHWARCZ, 2012). Ainda arraigada no imaginário de um racismo silencioso, mantém-se como consenso, através do mito que sustenta a ilusão coletiva de não aceitação do racismo como ato velado existente no cotidiano.

Para Schwarcz, “reconhecer a existência do racismo, porém, não leva a sua compreensão, tampouco à percepção de sua especificidade” (2012, p. 112). Ao se discutir acesso à saúde da população negra, para além de se reconhecer a existência do racismo, cabe compreender o conceito de raça para além de questões biológicas, mas como uma categoria produzida a partir de constructos local, histórico e cultural. Articulada num sistema de retroalimentação com categorias como gênero, classe, região e idade, “raça persiste como representação poderosa, como um marcador social de diferença” (SCHWARCZ, 2012, p. 33).

Nesse sentido, foi evidenciada nas falas as experiências que constituem viver em uma sociedade racista e conviver com o racismo em diferentes esferas do cotidiano, conforme menciona I8.

“[...] é porque as vezes o racismo já vem da própria pessoa que vai atender o negro né, porque tem pessoa que não encosta no negro né, já vi situação assim, ou de não querer sentar do lado do negro, tu não apertar a mão do negro, não abraçar, já vi muito isso” (I8).

As relações interpessoais que se estabelecem nos espaços de encontro, seja no âmbito dos serviços de saúde ou demais instituições sociais, usualmente revelam a negação do racismo. Contudo, por muitos, uma negação fantasiada pela identificação de sua existência sendo sempre praticada por “outros”. (SANTOS, G., 2009; SCHWARCZ, 2012).

Sendo o racismo e o racismo institucional determinantes das condições de saúde (BRASIL, 2013), como consequência constituem também determinações nas desiguais formas como se caracteriza o acesso aos serviços de saúde. Assim, definindo a existência de um racismo institucionalizado, majoritariamente, sem ser identificado como tal, seja por parte de quem sofre o preconceito, ou por aquele que atua preconceituosamente (SCHWARCZ, 2012). Tal situação confirma-se através da vivência da Interlocutora 6, quando refere:

Não lembro onde é que eu fui que eu comentei que morava no quilombo e a mulher pegou e disse pra mim, é, mas aqui tu não tem prioridade, não, eu não tenho prioridade, eu dou referência que eu moro no quilombo, mas não foi aqui, foi lá pelo centro, eu disse eu não quero prioridade, ela disse: vocês vem aqui e acham que tem prioridade no atendimento (...) mas também não pretendo entrar no assunto porque eu não quero tipo falar, sou do quilombo, porque depois a gente fica sabendo, ah sou do quilombo e aí tem prioridade (I6).

Os ecos do racismo silencioso reverberam em diferentes amplitudes e em seus diferentes modos de tradução:

Teve, teve diferença, porque o pessoal que tava ali me conheciam desde pequena, é diferente, bem diferente, mas aí as pessoas vão se acostumando né, tipo, elas me viam elas sabiam né, ah a I6 era chata, é, e o pessoal ali que eram novo, que chegaram novo, não viam como é que eu era, tipo, teve uma que comentou, ah, mas tu aqui de novo, [...] eu sou dessa opinião né, então, é bem diferente (I6).

Eu digo assim, oh, eu sempre disse, se me tratarem bem, eu trato bem [...] eu quero ser melhor atendida, porque eu acho assim oh, se tu não quer trabalhar com público, não trabalha, não estuda pra isso, faz outra coisa, agora se tu quer trabalhar com público, então trabalha, faz o melhor de si, [...] mas eu sinceramente, ultimamente, não tenho queixa (I6).

As análises das mensagens produzidas pelas mulheres expressam histórias que, ganham destaque por expressar vivências que vão ao encontro do racismo institucional enquanto produtor de atos sistemáticos de segregação étnico-racial:

O pessoal do quilombo tem uma prioridade, mas a gente não tem aquela prioridade, tu vai ter prioridade se tu for ali e comentar, oh bota a fulana na frente, aí tu tem

prioridade, pelo contrário não tem prioridade, é igual, e essa é a minha queixa; [...] porque dois ou três se alteram também, são estúpidas pra atender, pra te dar um remédio, pra falar contigo, isso ai é uma grosseria (I8).

Justamente na prática cotidiana que se inverte a lógica do acesso equânime, quando a partir de normas, práticas e comportamentos discriminatórios o racismo institucional ganha força através de atos de ignorância, falta de atenção, preconceitos ou estereótipos racistas (BRASIL, 2013). Confirma-se o mito da democracia racial: através de atos velados, silenciados nas práticas, nos encontros, mas, embora reprimidos, ganham voz:

Teve uma atendente [...] eu fui ali, ela foi beemm estúpida, eu fiz queixa na secretaria [...], foi no balcão [...] aí eu fui e falei pra ela, ela veio bem estúpida, a gente teve uma desavença, só que dali há uma semana mais ou menos eu fiquei mal e aí eu fui ali, bah, ela foi bem estúpida, não queria dar ficha (I6).

A garantia e a ampliação do acesso da população negra residente e em áreas urbanas, em particular as populações quilombolas é objetivo específico da PNSIPN (BRASIL, 2013). Corroborando com a noção de acesso, no histórico de experiências de I9, embora haja referência à facilidade, não exemplificada, o que pressupõe-se ampliação, destaque foi dado ao desencontro com este objetivo quando expressa sua relação com o serviço de saúde:

[...] mas fiquei constringida né, naquele momento ali acho que foi uma das coisas que eu me afastei mesmo [...] era raramente eu ir né, então nessa época aí já fazia uns doze anos que o posto tava ali e eu não tinha ido né, nunca precisei ir, e daí quando eu precisei eu fui atendida dessa forma, então me afastei, não fui mais (I9).

“Agora com o programa que tá ali facilitou um monte, mas antes dificultava, o grupo que tinha lá não fazia um atendimento adequado, de igual pra igual pra todos, então, era uma das que eu passava reto, ia no postão lá da cruzeiro, ou ia em outras emergências mas não ia ali” (I9).

A identificação e enfrentamento do racismo institucional constituem-se essência para o desenvolvimento de ações com o objetivo de combate às disparidades que determinam diferenças nas condições de saúde e doença das mulheres negras. Assim, a eliminação de barreiras, muitas constantes e invisíveis, geradas por atos, velados, de discriminação nos espaços de atenção à saúde, são necessárias e urgentes para sustentar novas metodologias de cuidado que permitam alterar o quadro das desigualdades raciais e de gênero que interferem no acesso real e equânime à saúde das mulheres negras (GOES e NASCIMENTO, 2012).

Diante da necessidade de acesso real, considerando-se os princípios e diretrizes que alicerçam o sistema de saúde e destacam importância à atenção básica (BRASIL, 2012), assim como o papel que representa a PNSIPN enquanto instrumento norteador da atenção integral e

equânime (BRASIL, 2013), desvelam-se desejos que muito bem representam a efetivação deste acesso. Dessa forma, a percepção de cuidado, também como expressão do entendimento de direito humano, é claramente exposta na fala de I5, destacando a dimensão do acesso em seu princípio universal:

Saúde é saúde, é global, é tudo, é branco, é preto, é índio, é tudo, eu acho uma frescura isso, tá doente tem que chegar no médico e ser atendida; não, não vou ser atendida porque eu sou negra, é diferente o atendimento, não, quero ser atendida porque eu to doente, eu quero ser atendida porque eu quero me curar, não porque eu sou negra ou porque eu sou branca, eu quero ser atendida, sou um ser humano [...] (I5).

Cabe destaque à necessidade de igualdade no tratamento, o que pressupõe que a diferença não seja impeditiva de cuidado. Aqui, o elemento acessibilidade, enquanto garantia de não discriminação (NAÇÕES UNIDAS, 2000), expõe a necessidade de estabelecimento de medidas práticas no cotidiano onde se dão os encontros. Nesse sentido, o enfrentamento e eliminação das disparidades raciais convoca à identificação de necessidades e singularidades de determinado grupo populacional, neste caso a saúde de mulheres negras, exigindo movimentos em diferentes níveis políticos e institucionais, que fundamentados em processos, protocolos, ações e políticas produzam respostas coerentes às especificidades desta população (WERNECK, 2016).

O reconhecimento do racismo como determinante das condições de vida e saúde é condição fundamental para se assegurar atenção integral e equânime aos cuidados de saúde. Contudo, além da dificuldade de aceitação da existência do racismo, o modo simplista como é encarado impede a compreensão de que sua não relação com outros fatores também determinantes de discriminação resultará em maior dificuldade para seu enfrentamento. Werneck (2016) destaca a necessidade de reconhecimento destes fatores, ou co-determinantes, os quais atuam concomitantemente, aprofundando ou reduzindo seu impacto sobre pessoas ou grupos.

Pautada na promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e ações para superá-las, a PNSIPN representa um marco na luta pelos direitos equânimes à saúde da população negra. Seu princípio transversal caracteriza-se pela complementaridade e apoio recíproco com diferentes políticas que resgatam uma visão integral do sujeito, em seus vários ciclos de vida, assim como reconhecimento de necessidades de gênero, orientação sexual, à vida com patologia ou aporte a deficiências (BRASIL, 2013).

Neste sentido, para a efetivação de ações de saúde coerentes com as necessidades de contextos diversos torna-se necessária atenção ao objetivo III da PNSIPN, que trata da inclusão

do tema de “Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social” (BRASIL, 2013, p. 19). É a partir do entendimento da relação intrínseca entre raça e gênero como determinante de desigualdade na atenção que deve amparar-se um modelo ampliado de transformação de práticas como um campo específico de atenção à saúde às mulheres negras (WERNECK, 2016).

A Política Nacional de Saúde Integral da população Negra: potencializando uma proposta de cuidado ampliado

Procurar entender como se dá o acesso à saúde das mulheres chama à necessidade de um olhar ao passado e sua interação com o presente. O contexto histórico de constituição de diferentes modos de atenção à saúde, especialmente à doença, amparados pela hegemonia do modelo biomédico (BATISTELLA, 2007), expressa suas marcas através das percepções sobre saúde:

“Primeiro de tudo é não ter nenhuma doença né” (I3); “não tendo dor pra mim, não tendo doença, pra mim é saúde” (I7).

“Ter saúde é tu não estar doente, tu ter dificuldade pra ficar doente [...] dai tu não precisa muito procurar um médico” (II).

Muitos embates precederam a atual estrutura e organização do sistema de saúde, e continuam acontecendo no cotidiano de trabalho a fim de qualificar a atenção. Apesar de mudanças e avanços na formulação de políticas e programas que objetivam um cuidado integral a partir do conceito ampliado de saúde, ainda assim, coexistem tais mudanças com fortes resquícios daquele modelo de “cuidado”, representado pela ênfase em aspectos biológicos, individuais, fragmentando o corpo, e estruturando um conhecimento cada vez mais especializado (BATISTELLA, 2007).

A partir do contexto do modelo de atenção de uma equipe de saúde da família, com processo de trabalho determinado por equipe multiprofissional e centrado no usuário (BRASIL, 2012), a realidade das ações cotidianas ainda revela processos permeados pela lógica ainda centrada no ato prescritivo do médico, consumo de tecnologias duras, conhecimento especializado e forte medicamentação (FRANCO, 2009), fato confirmado pelas mulheres a partir de suas vivências e modo como se relacionam com o serviço:

“[...] *medico sozinha, eu sempre tenho uma cartela sobrando [...] eu sempre tenho remédio, é remédio pra dor, agora eu to sem nada, por isso que ia visitar o posto*” (I8).

“[...] *eu cheguei alguém me atendeu, não fiquei olhando pras paredes, ou não fui mandada embora, só não é o médico, o que eu gostaria, então, eu fui bem atendida, a pessoa é bem educada, atende direito, mas não é o médico pra me atender [...]*” (I5)

A contradição do cuidado entre olhar para a pessoa em seu contexto de vida e olhar a doença ainda como foco do cuidado permanece presente no cotidiano dos serviços de saúde, fragilizando a possibilidade de inversão da lógica de cuidado centrado no sujeito. É diante também destas contradições que se estabelecem as vivências das mulheres, revelando, além do que consideram ter saúde, o contexto a partir do qual se estabelecem, ou não, práticas de cuidado, que também transitam em diferentes direções:

“ [...] *se cuidar mais, em relação como mulher, se prevenir, eu acho que isso é ter saúde, que daí tu não precisa procurar a unidade de saúde pra cuidar nenhuma doença*” (I1).

“ [...] *não ter dor nenhuma, não ter doença alguma, tá saudável, coisa que eu não sou, acho que é ter uma boa alimentação, fazer educação física, fazer uma atividade física, não estar doente, não estar com nada, se cuidar, se prevenir né, e ter uma boa saúde né*” (I5).

As narrativas das mulheres entrevistadas, com suas diferentes demandas de cuidados, expressam percepções que ora se aproximam, ora de afastam da possibilidade de acesso real, o que pode ser percebido pelo relato de I9 quando, implicitamente, confere significado a um acesso que não se concretiza enquanto processo de vinculação:

“*Num caso de emergência que eu vejo, eu não tô conseguindo mais, chegou num ponto que não adianta eu fazer um chá, um remédio, eu sou obrigada a botar os meus pé lá*” (I9).

Contudo, a aproximação pode ser identificada pela nova conformação do processo de trabalho da equipe organizado a partir do modelo de atenção Estratégia de saúde da família, sendo identificado como um facilitador do acesso:

O atendimento da saúde da família meu deus, olha quanta coisa trouxe, quanta estrutura trouxe que do antigo não tinha, mesmo que o pessoal lutasse pra ter a estrutura que tinha, eles não estavam conseguindo acessar, tinham dificuldade, agora não, facilitou, não conseguia acessar o serviço e os profissionais pra ta ali fazendo, atuando no serviço também, não tinha e agora tem mais facilidade, então, saúde da família acho que trouxe, além de trazer estrutura, trouxe profissionais, de diversas áreas, pra ta atuando ali dentro, uma benção (I9).

Ao se considerar os princípios que fundamentam a organização dos serviços de atenção básica e a função primordial que assume a equipe de saúde da família no atendimento às especificidades de determinada população, potencializa-se o papel desta estratégia como

terreno fértil para efetivação da PNSIPN enquanto garantia de atenção integral à população negra.

Analisando-se retrospectivamente a organização do serviço, instituído anteriormente como Unidade Básica de Saúde (UBS), e aproximadamente há quatro anos como estratégia de saúde da família, percebe-se uma aproximação enquanto adaptação das usuárias ao novo modelo de organização da equipe, assim como pelos motivos que determinam suas necessidades para procurar o serviço. Na fala de I2 é revelada a avaliação de suas necessidades e modo de gerenciá-las de acordo com a nova organização:

[...] até então, 5 anos atrás eu não sabia que tinha problema cardíaco né, então quase não procurava médico, procurava só quando era ginecologista né de ano em ano, pelo contrário não procurava muito, mas daí agora eu passei a procurar porque eu perdi as minhas consultas no Instituto do Coração, então eu passei direto para cá [...] então eu tenho procurado mais vezes agora, de 6 em 6 meses eu vou pra renovar a receita, passo pelo doutor, enfim, volto outras vezes no mesmo mês ou no outro mês pra levar os exames quando ele pede, tranquilo [...] perdi mesmo lá né, porque eu estava trabalhando fora, não dava tempo de ir lá marcar consulta, aí eu comecei a marcar aqui, tô fazendo tudo aqui, então eu vou mais seguido agora (I2).

Diante do exposto, objetivando-se que o caminho para o cuidado determine o acesso preferencial a partir da unidade de saúde da família, como referência para o acompanhamento e como coordenadora do cuidado na rede de atenção à saúde, a experiência de I2, relatada por sua periodicidade de utilização do serviço, aponta para uma possibilidade de mudança nas conformações das práticas de cuidado. Diante desse processo, enquanto premissa de um serviço de atenção básica à saúde, pressupõe-se através do relato um processo com vistas à consolidação de vínculo e longitudinalidade do cuidado. (PNAB, 2012). Contudo, embora a mensagem de I2 revele o significado de uma possível facilidade de acesso, em oposição, também emergem obstáculos a concretização do mesmo, como fica claro quando reclama:

Antigamente a gente pegava o telefone ligava, podia marcar consulta, hoje não pode, hoje tu tem que estar lá de corpo presente pra poder tirar uma ficha, isso dificulta muito, pra mim facilitava beem antes, eu sentava aqui ligava, dá pra marcar uma consulta? Já marcava. Hoje já não é assim, então é a parte que mais dificulta, daí tu tem que ir, as vezes eu tava trabalhando, tinha que botar um atestado pra vim marcar uma ficha, né, pra poder consultar [...] mas tem que ser a pessoa mesmo pra marcar, essa é maior dificuldade [...] antigamente também tinha ginecologista, hoje também não tem, uma coisa bem dificultosa, então era bom antes, agora tá mais dificultoso nesse sentido (...) (I2).

Embora a referência à equipe de saúde da família seja identificada por algumas mulheres como um facilitador do acesso, também se identificam dificuldades que permeiam o relacionamento com o serviço e equipe. Esta contradição entre facilidades e dificuldades aponta

para certa instabilidade em relação ao processo de organização do serviço e às necessidades e os resultados esperados.

Neste sentido, contudo, o acesso não se configura para todas as mulheres como um processo de vinculação ou continuidade de cuidado, demonstrando muitas vezes inadequação quanto à oferta e utilização dos recursos, como relata I5:

Antigamente, quando não tinha essa frescurada aí de coisa, quando era o posto normal, a única coisa que a gente queria era dentista né, porque era uma coisa que não tinha aqui [...] mas tinha uma boooa dum ginecologista, maravilhosa era [...] antes eu fazia, agora não vou mais, antes eu fazia o preventivo (I5).

Ao se considerar a promoção de atenção integral parece existir um desequilíbrio na relação usuária-serviço, evidenciando certa incapacidade de percepção por parte da equipe das necessidades identificadas pelas mulheres, assim como reestruturação de práticas garantindo efetivação do acesso. Especialmente no tocante ao cuidado à saúde da mulher ser relacionado a demandas ginecológicas e ainda vinculado à figura do(a) especialista ginecologista, como confirmam as entrevistadas quando se referem a esta questão, explicitam-se suas necessidades:

“[...] então o médico ele faz todo esse papel (referência ao médico de família), não é mais separado? Não vou mais querer ir no posto (risos), imagina, eu vou ter que consultar com o médico” (I1).

“[...] mas eu também acho que é bem difícil tu conseguir uma agenda com a ginecologista [...] (I7).

“[...] uma profissional ginecologista, porque é meio constrangedor de vez em quando ir lá com o douto (I6).

Percebe-se persistência nas falas a referência aos cuidados de saúde da mulher especificamente a questões ginecológicas, revelando uma compreensão do cuidado destacada pela presença de um modelo segmentado de atenção, o que vai de encontro à garantia da integralidade e do contexto de práticas cuidado em que se insere uma equipe de saúde da família. Para Franco (2009), o atual modelo tecnológico, ainda priorizando tecnologias duras, restringe o acesso, sendo causa de baixa resolutividade.

Tal realidade demonstra ainda certa imaturidade na consolidação no modelo de atenção pautado pela estratégia de saúde da família. Considerando-a como instrumento essencial para fortalecimento de processos mais relacionais na produção do cuidado (FRANCO, 2009), destaque deve ser dado à necessidade de articulação entre políticas, como a PNAB, a PNSIPN e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), as quais deveriam permear as práticas cotidianas. Desse modo, sendo capazes de sensibilizar equipe e

trabalhadores para identificação das lacunas na atenção à saúde das mulheres quilombolas, desencadeando, assim, transformações nas relações e nas práticas que vislumbrem a integralidade do cuidado.

Na tentativa de compreender as relações determinantes da efetivação, ou não, do acesso aos cuidados de saúde pelas mulheres quilombolas, cabe também um breve olhar para o processo histórico de constituição do serviço de saúde neste território. O resultado dessa história revela um processo de constantes transformações, determinando como as relações se construíram, desconstruíram e continuam a se reconstruir em função das modificações de modelo de atenção e o modo como a equipe de saúde interage com a comunidade. As inferências relativas à ficha para atendimento ou a demanda por ginecologista implicam ainda ao modelo de atenção de UBS, em que a atenção era segmentada pelas especificidades do saber médico, do clínico, do pediatra e do ginecologista.

Apesar do modelo de atenção de estratégia de saúde da família, também organizar-se através de agendas para consultas, define-se uma nova conformação no processo de trabalho, destacando-se o acolhimento como processo de escuta e encaminhamento de demandas, o processo de trabalho compartilhado por equipe multiprofissional, sendo o médico de família aquele profissional capacitado para demandas clínicas de modo integral, em seus diferentes ciclos de vida. Neste sentido, fica clara a falta de adaptação entre usuário(a)-serviço e serviço-usuário(a), indicando certa fragilidade de interlocução e compreensão de ambas as partes. A usuária desconhece o novo modelo de atenção lhe imposto, assim como o serviço também desconhece o modo como a usuária lhe entende, resultando em interferências nesta relação.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra e o reconhecimento da cultura negra: tecendo e respeitando um cuidado compartilhado

A PNSIPN, fazendo parte de um complexo sistema que objetiva novas configurações nas relações de cuidado, preconiza em suas diretrizes gerais a “promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas” (BRASIL, 2013, p. 26). Desse modo, destaca a amplitude de sua intencionalidade enquanto necessidade de apropriação dos significados que interagem e (re)constituem as relações de cuidado, e que são expressos pelas mulheres diante de seus olhares, também, ampliados sobre o cuidado:

Eu acredito muito sim, pra oxum proteger ele (o filho), me proteger, me guiar, me cuidar, abrir meus caminhos, me deixar bem, é só isso, acho que tem a questão da saúde, que agente cuida e procura os cuidados e tem a questão espiritual também, que tem uma relevância muito forte pra quem acredita, tem quem é ateu, eu não sou, eu acredito sim (I4).

A fala de I4 ganha destaque quando Vasconcelos discute a questão da espiritualidade no cuidado em saúde, afirmando que “as pessoas do meio popular repetidamente afirmam encontrar em sua religiosidade a fonte do ânimo para se manterem empenhados na busca de uma vida mais digna e feliz apesar das situações profundamente opressivas em que se encontram” (2006, p. 96). Concordando com o autor citado, pressupõe-se que a percepção das dimensões que constituem o ser humano, para além de aspectos biológicos, assim como suas interferências nos modos de viver e de cuidado, permite ao profissional de saúde dar sentido à garantia do acesso enquanto reconhecimento do outro(a) em sua integralidade.

No tocante à garantia de cuidado integral, a equipe de saúde da família assume posição estratégica por sua inserção em um território geográfico delimitado, o que potencializa sua atuação num campo de ações em que as apropriações das características deste meio deveriam aproximar o serviço e a comunidade, fortalecendo o vínculo e as práticas de cuidado compartilhadas (BRASIL, 2012). Nesse sentido, a articulação entre políticas como PNAB, PNSIPN, PNAISM, PNPCT, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC-SUS), Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), que transversalmente subsidiam objetivos, princípios e diretrizes em defesa de atenção integral, encontra caminho para conexões diversas em um ambiente que permite constantes configurações, potencializando o papel fundamental da estratégia de saúde da família como promotora de cuidado ampliado.

Enquanto espaço ideal para materialização destas políticas, a estratégia da saúde da família apresenta-se como potente instrumento para transformação de práticas, inclusive com ampliação de opções terapêuticas que garantam acesso a plantas medicinais, incorporando o conhecimento da história, saberes e práticas populares que também sustentam o cuidado à saúde (BRASIL, 2013; PNPMF, 2006).

Desta forma, na perspectiva de integralidade da atenção, um caminho que leve a consolidação de acesso real requer ultrapassar a barreira de ações biomédicas centradas, agregando-se o conhecimento de contextos de vida e sua consequente relação com as práticas cotidianas das mulheres, as quais revelam a necessidade de um olhar ampliado:

“Se gente fica assim com alguma gripe, alguma coisa, a gente toma os chás que são da comunidade” (I1)

“[...] *tipo assim, se tem o chá, porque tu viu que nós aqui é o quilombo né, a gente procura fazer em casa, se curar, a gente cura em casa, se não, daí a gente procura a unidade*” (I3)

“*Chá eu tomo quando eu sinto alguma dorzinha, que daí eu penso assim né, eu vou tomar um chá e não vou tomar um comprimido, então eu tomo chás, se eu to gripada, aí eu faço um chá com banana do mato, laranja, açúcar queimado*” (I6).

No contexto desta discussão, a cura, representada pelo tratamento através do uso de plantas medicinais é embasada por sua prática de origens muito antigas. Representando a diversidade étnica e cultural, detentora de valioso conhecimento tradicional, destaca sua fundamentação através do acúmulo de informações por sucessivas gerações (PNPMF, 2006).

Na comunidade Quilombo dos Alpes estas práticas são intensamente marcadas pela ancestralidade e sua relação com o uso de ervas, sendo sua importância destacada quando I9 remete o assunto à história familiar: “*esse conhecimento que ficamos dessa herança do tio V., bah, preciosa né*” [...] *então sempre que é possível eu passo pras crianças, vou passando pro pessoal*” (I9).

A intensidade da referência à “herança preciosa” deixa claro o significado da utilização de elementos naturais presentes naquele ambiente como premissa primordial ao cuidado, como revela I9:

[...] da parte da vó né, foi o irmão da mãe né, o tio V., que passou esses chá, isso tudo, ele lidava com as plantas, ele fazia xarope, conhecia as ervas, então esse conhecimento todo a gente tem dele né, [...] inclusive ele também passou pra mãe né, que tinha toda dominação das ervas e pra que que era a propriedade, e a quantia também né, tem que saber a quantia também né, porque as vezes tu larga em excesso ali em vez de te melhorar te faz mal, então acho que foi dele mesmo, foi tudo dele, então a gente ficava muito junto, muito junto com a vó, e ficava muito na volta dele também né, e ele passava pra mim, pro meu outro mano [...], meu mano passava pra mim também, óh barbosa, óh gervão, a marcela, o arnica, erva de bicho, arnica é cicatrizante, anti inflamatório [...]” (I9).

A medicina tradicional, processo caracterizado por práticas populares e tradicionais a partir da utilização de plantas como remédios caseiros e comunitários (PNPMF, 2006) revela-se através de experiências que demonstram relação com ampla variedade terapêutica natural e disponível no território:

[...] então coisas que era remédios que tinha plantado na área, e tem, próprio da área né, e vários outros chás, a gente catalogou, tem duzentas e poucas ervas né própria da área, pro estomago, pra ferida, pra náusea, pra várias coisas, pra pulmão, e que se tu vai comprar na farmácia né, é uma dinheirama né, e nem sempre a gente tem, as vezes nem é tão caro, mas naquela hora ali as vezes não tem (I9).

Eu uso bastante (...) pra bexiga, pra cólica, pra garganta; trançagem; hortelã com canela; quando to muito atacada da bexiga tem a trançagem, quebra pedra, as vezes eu faço de amoxicilina, que é o chá mesmo, faço deixo na geladeira e tomo por agua, funciona, pelo menos pra mim funciona né; pra gripe, to sempre tomando tudo quanto é tipo de cha, cha de alecrim pra gripe também, pra garganta (...) (I8).

Além dos relatos sobre a ampla possibilidade de uso, demonstra-se também o conhecimento a partir do uso consciente das variedades biológicas e suas propriedades:

[...] claro, tem algumas ervas que tem na área aí que eu nunca tomei, então eu não indico pra ninguém, mas as que eu já tomei, que eu as vezes né, o pessoal mesmo vem fazer das pesquisas, vem fazer catalogação com as ervas aqui, diz: óh I9 essa aqui é boa pra isso, aí eu já faço um teste primeiro, daí eu tomo vejo o resultado primeiro pra mim, é impossível que não vai dar pra outro, só tomar fraquinho, e as vezes eu mesmo chego aqui e ferve a leiterinha aqui e dou pro pessoal tomar, boto nas garrafinhas, então acho que é uma maneira de cuidar da saúde, não precisar ta toda hora descendo na farmácia, toda hora incomodando no posto né (I9).

A racionalidade vinculada às práticas populares também se expressa pelo uso oportuno das plantas medicinais quando remete a avaliação de necessidades e utilização de práticas que se complementam, como observa I9:

Ah, quando é uma gripezinha, uma coisa mínima, uma dor muscular que eu sei que me agito mesmo né, então acho que não tem necessidade né, de eu ir lá e tirar ainda, como é que eu vou te dizer, tirar ficha de outra pessoa que tem mais necessidade do que eu entendeu, né, e outra, que eu tenho conhecimento com as ervas e tudo, então faço meus chazinho, mas se eu ver que não resolveu, que nem eu fiz com o meu menino né, dei o chá pra ele e ainda falei pra ele: óh se não passar tua dor do estômago daí tu vai procurar o médico (I9).

Embora a forte presença do uso de plantas/ervas medicinais seja referida pelas mulheres entrevistadas, nenhuma delas faz menção do reconhecimento desta prática ou conexão com as práticas vivenciadas junto ao serviço de saúde. Nesse sentido, cabe ressaltar o objetivo específico VII da Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (BRASIL, 2007) que trata de garantir aos povos e comunidades tradicionais o acesso aos serviços de saúde de qualidade e adequados às suas características sócio-culturais, suas necessidades e demandas, com ênfase nas concepções e práticas da medicina tradicional.

Considerando-se o que se espera como cuidado integral, neste caso atribuindo especial significado às particularidades de um território quilombola, explicita-se uma lacuna entre serviço e comunidade, no sentido de integração de conhecimentos que permitam um cuidado também como utilização de práticas não “medicalizantes”. Diante dessa necessidade, destaca-se atenção devida às equipes e profissionais que atuam junto a comunidades tradicionais a uma reflexão das práticas tomando-se como referência as sensíveis palavras de Bosco Filho: “[...] pisar na farmácia da natureza parece ser uma prática de nossa sociedade ocidental que, balizada

pelos conhecimentos científicos, desconhece as outras formas de saberes como importantes e essenciais para que possamos empreender o cuidado com a saúde humana” (2015, p. 103).

Seguindo no caminho de compreensão e ampliação do acesso à saúde das mulheres quilombolas, destaque também deve ser dado ao papel da PNSIPN enquanto sensibilizadora para particularidades que remetem ao acesso ampliado. Desse modo, pressupõe-se atenção especial para aproximação do serviço de saúde diante do reconhecimento e incorporação de ações que dialoguem com as terapêuticas utilizadas na comunidade, possibilitando a composição de práticas de cuidado, realmente integrais e compartilhadas, garantindo as pessoas envolvidas o direito de decidir sobre os usos desses saberes e de também perceber os benefícios decorrentes de seu uso (PNPMF, 2006).

Em vias de conclusão, mas sempre diante do inacabado. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: um constante desafio

A PNSIPN embasada no propósito de ação transversal com demais políticas a fim de dar conta da integralidade com garantia dos direitos da população negra, ainda enfrenta desafios a serem superados no que tange a compreensão do tema e alternativas de cuidado que deem conta das necessidades de uma comunidade tradicional. Ainda é jovem comparando-a à cronologia dos direitos à saúde amparados primordialmente a partir da Constituição Federal de 1988, assim como por demais políticas, leis e protocolos que a sucedem e que deveriam garantir acesso universal, igualitário, integral e sem distinções. A essencialidade de sua existência sustenta-se pela persistência de real garantia destes direitos até então não conquistados plenamente.

Contudo, apesar de ainda invisível perante grande parcela da sociedade e para o campo das práticas em saúde, a presença de sua amplitude é explicitada claramente em seu reconhecimento:

[...] já, já, já tinha ouvido falar, e continuo até ouvindo falar, mas ela não é aplicada né, ela existe, ela existe, a gente sabe que tem todo um diferencial, tem recurso pra isso, mas não é aplicado, então é difícil acesso, sei que existe, então quando a gente vai no seminário aí, agora mesmo teve do, dos conselheiros e tudo aí, a gente sempre leva as demandas sabe, pra poder ta revendo né as políticas que ficam lá guardadas nas gavetas lá e não são [...] (I9).

Esta mensagem, além da identificação de sua existência, porém, destaca seu “difícil acesso”, o que claramente denota a incapacidade de interlocução e relação entre sistemas macro

e micro políticos para ajustes e respostas às demandas existentes, garantindo a efetivação de seus pressupostos. Macro político enquanto fatores sociais, econômicos e políticos que definem a estrutura e organização dos serviços, e micro político a partir de configurações tecnológicas do trabalho, representada pelos dos espaços inseridos no cotidiano de vida desta população, e onde deveriam se efetivar os cuidados de saúde (FRANCO e MERHY, 2003).

Deste modo, considera-se o desafio da PNSIPN. Embora jovem, já apresenta parcialmente resultados de sua existência, talvez discretamente, mas não completamente invisíveis. O que caracteriza sua existência constitui-se realmente na necessidade de mudanças, e embora venha por um caminho longo, muitas vezes tortuoso, vai chegando a lugares inesperados. Conquistas e dificuldades são esperadas em contextos que se revelam sempre em constantes transformações, e são suas interconexões que permitem a possibilidade rumo ao encontro do mais alto nível de condições dignas de se viver.

Sempre em tempos de luta, para não encerrar a temática: desafios da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

A questão dos direitos imputados ao ser humano, amparando a possibilidade de garantia de viver em condições de cidadania plena, datam de longa data, assim como leis e políticas públicas que sustentam estes direitos em seus diversos segmentos, como saúde, educação, trabalho, entre outros. No Brasil, a realidade expressa pela condição de vida da população negra revela um quadro que denota a não efetivação plena dos direitos destes cidadãos. Isso vem interferindo negativamente no contexto social em que vivem, e, no que tange às condições de saúde, revelam-se indicadores sempre negativos em relação à parcela branca da população, o que deixa claro que o acesso à saúde universal, integral e não discriminatório parece não se configurar como um direito que se destine à população negra.

Ao se destacar atenção às comunicações produzidas pelas mulheres moradoras da comunidade Quilombo dos Alpes percebe-se a presença da PNSIP enquanto justificadora e promotora de condições que devam garantir mudanças nas práticas de saúde à população negra. Seu papel fundamental justifica-se exatamente pelo fato de amparar transformações nos modos de olhar, compreender e atuar conforme as necessidades e particularidades do povo negro.

Neste sentido, ao se considerar seu objetivo principal que contempla a promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução de desigualdades étnico/raciais, o

combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços de saúde já se pode compreender a necessidade e amplitude de suas intenções.

O racismo se apresenta como um elemento determinante para efetivação do acesso à saúde. As consequências para quem o vivencia podem ser danosas, tanto psíquica quanto fisicamente falando, pois, atos discriminatórios podem afastar a pessoa do espaço onde deveria ser acolhido e cuidado. A análise dos relatos expressos neste estudo traz à reflexão sobre a presença real do mito da democracia racial, que se justifica para muitas pessoas que negam a existência do racismo e discriminação. A existência entranhada nas relações sociais, de trabalho ou de cuidado de condutas discriminatórias, de um racismo silencioso, amparados pela idéia de no Brasil não existe discriminação racial, culpabilizando-se sempre o outro, chama à necessidade de discussão profunda do tema nos espaços de produção de cuidado. Como determinante das condições de saúde, o racismo institucional precisa ser encarado, admitido e enfrentado, pois somente desse modo, poderão se conformar novas possibilidades de efetivação do acesso e das relações vivenciadas pela população negra nos espaços de cuidado de saúde.

O conceito de acesso recebe inúmeras variações de interpretações. A análise dos estudos que se empenham nesta discussão, frequentemente, remetem à relação usuário(a) e serviço. Ao que se pôde perceber pelas comunicações das mulheres a questão do acesso ainda parece bastante vinculada ao papel do médico, sugerindo, apesar da mudança do modelo de atenção instaurada naquele território, uma atenção médica centrada.

Procurar entender a integralidade, além da integração do cuidado em redes de atenção, mas aqui olhando para a pessoa em todo seu contexto de vida, o sujeito em seu todo, não em partes, leva também a refletir sobre as referências das mulheres quanto as suas necessidades, especialmente quando desejam a presença do(a) profissional ginecologista. As mulheres expressaram uma necessidade e o modo como percebem o resultado aos cuidados “à saúde da mulher”. Nesse sentido, entende-se que um caminho a se configurar seja a aproximação da equipe com estas mulheres, permitindo através deste (re)conhecimento, fortalecer laços, discutir e planejar, em conjunto, sobre o significado da saúde da mulher, em seu todo, possibilitando uma ampliação do entendimento de saúde, de cuidado e de ações que contemplem, com qualidade, as necessidades percebidas.

A articulação entre as diversas fontes que alimentam a produção de um cuidado ampliado e integral, com o reconhecimento dos saberes e subjetividades que sustentam o modo de viver do outro(a), chama à necessidade de compreensão de um complexo sistema que retroalimenta as relações vivenciadas entre usuário(a) e profissional de saúde. Esta

compreensão exige derrubar barreiras histórica e culturalmente levantadas tendo como foco de atenção das práticas de saúde o cuidado ao corpo biológico. Representando uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no que se refere a promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde também ficou evidente a partir da análise das comunicações expressas por algumas mulheres a necessidade de um relacionamento entre profissionais e mulheres que comporte a compreensão das práticas de saúde vivenciadas pelas mesmas. A compreensão e aceitação de diferentes modos de cuidado à saúde torna-se objetivo essencial para uma equipe que sustenta seu trabalho a partir de uma lógica de atenção integral, especialmente quando precisa se adaptar aos costumes e demandas de uma população que traz consigo heranças históricas e singulares nos modos de cuidar à saúde. Assim, (re)conhecer e refletir sobre a história e modos de viver nesta comunidade destaca a necessidade, por parte da equipe de saúde, de (re)significar também novas formas de atuar e produzir ações a fim de contemplar as reais necessidades desta população.

A responsabilidade pela atenção à saúde não se basta pela pretensão de que a organização de um serviço seja o suficiente para dar conta de suas obrigações institucionais sem que as pessoas envolvidos(as) neste processo conheçam as particularidades nas quais estão imersos(as). Além do conhecimento das necessidades do processo saúde e doença, olhar para além destes conceitos, permite a compreensão dos diferentes modos de viver, de adoecer e como cada pessoa se relaciona com suas questões de cuidado.

As muitas possibilidades de compreensão e desejo de mudança não devem ser vistas como utopia diante das realidades em que se vive e se desenvolvem os cuidados à saúde. Nesse sentido, alguns questionamentos tornam-se necessários para análise, reflexão e planejamentos adequados às diferentes realidades, assim como indução de produção de cuidados coerentes. As possibilidades de mudança nos olhares e fazeres cotidianos, contudo, apresentam-se como instrumentos potenciais para a ampliação dos modos de cuidado com vistas a efetivação ao acesso à saúde, com garantia de atenção com equidade.

Referências

ARRIVILLAGA, Marcela; BORRERO, Yadira Eugenia. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, e00111415, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2016000500401&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Oct. 2017. Epub May 17, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00111415>

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2016.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 51-86.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/DOUconstituicao88.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2016.

_____. Decreto 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 fev. 2007. Disponível em : <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm>. Acesso em: 15 mar. 2016.

_____. Lei 8080, de 19 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 União, Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 fev. 2016.

_____. Lei 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, DF, 21 jul. 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm> Acesso em: 10 jul. 2016

_____. *Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos*. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BIERNACKI, Patrick; WALDORF, Dan. Snowball Sampling Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods Research*, United States, p.141-163, 2 nov. 1981. Disponível em: <http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic536746.files/Biernacki_Waldorf_Snowball_Sampling.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BOSCO FILHO, João. *As lições do vivo: ciências da vida e complexidade* . 2. ed. Natal, RN: EDUFRN, 2015.

BRAVEMAN, Paula; GRUSKIN, Sofia. Poverty, equity, human rights and health. Bull World Health Organ, Genebra , v. 81, n. 7, p. 539-545, jan 2003 Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862003000700013&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 16 oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862003000700013>

DONABEDIAN, Avedis. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press, 2003. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=fDSriunx6UEC&pg=PR3&lpg=PR3&dq=Edited+by+Rashid+Bashshur&source=bl&ots=v5vpKIJvor&sig=nThbUH0aPIMu9M7zZdtj03UGRiY&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjPgMi_9_PWAhUFC5AKHUIldrYQ6AEIMjAB#v=onepage&q=Edited%20by%20Rashid%20Bashshur&f=false> Acesso em: 10 mai 2016.

FRANCO et al. A produção subjetiva da estratégia saúde da família In: A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia saúde da família. FRANCO, Tulio Batista; ANDRADE, Cristina Setenta; FERREIRA, Vitória Solange Coelho. Org. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 11-44.

FRANCO, Tulio Batista. Transição Tecnológica e inclusão social na saúde. In: A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia saúde da família. FRANCO, Tulio Batista; ANDRADE, Cristina Setenta; FERREIRA, Vitória Solange Coelho. Org. São Paulo: Hucitec, 2009. p.147-162

FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.

GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sonia. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. In: Política de Saúde: O público e o privado. EIBENSCHUTZ, Catalina, org. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 312 p. Disponível em: SciELO Livros

GOES, Emanuelle F; NASCIMENTO, Enilda R. Mulheres negras e brancas, as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Estado da Bahia, PNAD – 2008 In: BATISTA, Luis Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. Org. Saúde da População Negra. 2. Ed. Brasília, DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 274-286

PENCHANSKY, Roy; THOMAS, J. William. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care 1981; 19:127-40.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORIN, Edgar. Introdução ao pensamento complexo. 5.ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.

NAÇÕES UNIDAS. Ficha Informativa Sobre Direitos Humanos n.º 2. A Carta Internacional dos Direitos Humanos. A Década das Nações Unidas para a Educação

em matéria de Direitos Humanos. 1995-2004. Disponível em: <http://direitoshumanos.gddc.pt/pdf/Ficha_Informativa_2.pdf> Acesso em: 20 ago 2017.

NACIONES UNIDAS. Observación general No 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), 2000. Disponível em: <http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/789/Inf_NU_ObservacionDerechoSalud_2000.pdf?sequence=1> Acesso em: 05 mar 2017.

SANTOS, Joel Rufino dos. Saber do negro. 1. Ed. Rio de Janeiro: Pallas, 2015.

SANTOS. Gevanilda. Relações raciais e desigualdades no Brasil. São Paulo: Selo Negro, 2009.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. Nem preto nem branco, muito pelo contrário: cor e raça na sociabilidade brasileira. 1ªed. São Paulo: Claro Enigma, 2012.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília:UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TANAHASHI T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ 1978; 56:295-303. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/pdf/bullwho00439-0136.pdf> Acesso em:

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma Revisão Sobre os Conceitos e Acesso e utilização de Serviços de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mai. 2016.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 24, n. 6, p. 445-452, Dec. 1990 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101990000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101990000600002>.

UNESCO. Relatório Mundial de Ciências Sociais. O desafio das desigualdades: caminhos para um mundo justo. 2016

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 25, supl. 2, p. s217-s226, 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400004>.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. Saude soc., São Paulo , v. 25, n. 3, p. 535-549, Sept. 2016 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: on 17 Oct. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162610>.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concretização deste estudo foi resultado do desejo de ampliar a compreensão sobre o modo como se configura o acesso dos moradores do Quilombo dos Alpes ao serviço de saúde responsável pela atenção à saúde desta comunidade. O desafio do projeto proposto levou a percorrer por diversos caminhos que desvelaram muitos significados. A inquietação inicial referente ao acesso desencadeou inúmeras outros questionamentos: compreender a realidade em que vive a população negra, suas condições de saúde, os determinantes que fomentam sua posição desigual na sociedade, os modos como são vivenciadas as relações de cuidado nos serviços de saúde.

O contexto em que se configuraram as ideias, questionamentos e perspectivas foi estimulado pelo papel assumido pelas agentes comunitárias de saúde e promotoras da saúde da população negra, colegas de trabalho. Ao assumir a representação dos objetivos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, estas profissionais permitiram um *insight* essencial para reformulação do entendimento sobre o tema saúde da população negra, possibilitando novas perspectivas, seja enquanto cidadã ciente da realidade, seja como um novo ensejo de atuação profissional.

O desenvolvimento do estudo permitiu esclarecimento sobre aspectos importantes que conduzem a relação entre usuárias e serviço de saúde da família. A identificação da forte presença do modelo biomédico, centrado, enquanto produtor de cuidados mostrou-se como fator crucial a ser enfrentado devido a necessidade de reverter uma atenção ainda voltada para o cuidado segmentado. Os objetivos que compreendem a garantia de acesso universal, sem discriminação, com vistas a uma atenção integral e equânime, em se tratando de ações voltadas a uma comunidade tradicional, demonstram a necessidade de reflexão e (re)conhecimento do conceito ampliado de saúde, seus determinantes e formas de enfrentamento diante de ações que contemplem as especificidades da população referida.

Neste sentido, seguindo os preceitos embaixadores da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, cabe atenção, por parte da equipe de saúde responsável pelo território quilombola, à história constituinte desse espaço, assim como à cultura que designa as práticas de saúde desta população, e que deveria estar inter-relacionada às práticas de cuidado desenvolvidas pela equipe, propiciando equilíbrio nesta relação. Ainda enquanto (re)conhecimento da história e da forma como se constituiu a inserção do povo negro na sociedade brasileira, gerando desiguais e inferiores condições de vida, urge a necessidade de aceitação da existência do racismo como determinante do modo como esta população

vivencia seus cuidados à saúde ou à doença. A conscientização desta realidade confere potência ao objetivo de seu enfrentamento com vistas a mudanças, também urgentes e necessárias.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, apesar de sua jovialidade, representa a possibilidade de alteração do quadro que de longa data marca as indiferenças que resultaram nas condições vivenciadas pela população negra, impossibilitando acesso a bens e serviços básicos para uma sobrevivência digna. No tocante ao papel de gestores e profissionais cabe o esforço para manter presente nos espaços de planejamento e produção de cuidado a discussão sobre o tema a fim de preencher as lacunas que impossibilitam a efetivação desta política. Essas lacunas são representadas, ainda, pela dificuldade de discussão do assunto, também devido a não aceitação, velada, da existência do racismo. Nesse sentido, acredita-se que a discussão constante, chamando a ações práticas no cotidiano de vida e trabalho sejam essenciais para produção de mudanças relevantes ao trabalho desenvolvido, especialmente se articulado à aproximação, ao diálogo e a ações compartilhadas com a comunidade envolvida neste processo.

REFERÊNCIAS

Andersen RM, Newman JF. **Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States**. *Milbank Mem Fund Q* 1973; 51: 95-124.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARCELLOS, Jorge Alberto Soares; RIELLA, Carlos; PACHECO, Ricardo de Aguiar (Coord.) **A grande Glória**. Porto Alegre, EU/Porto Alegre, 1995.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 51 – 86.

BIERNACKI, Patrick; WALDORF, Dan. Snowball Sampling Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. **Sociological Methods Research**, United States, p.141-163, 2 nov. 1981. Disponível em:
<http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic536746.files/Biernacki_Waldorf_Snowball_Sampling.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRASIL. Portaria Nº 173, de 19 de abril de 2016a. Reconhece e declara como terras da Comunidade Remanescente de Quilombo Alpes. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 20 abr. 2016. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/113619662/dou-secao-1-20-04-2016-pg-63>> Acesso em: 26 mai. 2016

_____. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016b. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 24 de mai. 2016. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em: 12 mar 2017.

_____. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2013.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

_____. Decreto 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 fev. 2007. Disponível em :
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm>. Acesso em: 15 mar. 2016.

_____. Portaria Nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 15 mar. 2016

_____. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília. 2007.

_____. Decreto Nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 21 de nov. 2003. < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm> Acesso em: 15 mar. 2016.

_____. Lei 8080, de 19 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 União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 fev. 2016

_____. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/DOUconstituicao88.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2016.

CUNHA, Estela Maria Garcia de Pinto. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. In: BATISTA, Luis Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. Org. **Saúde da População Negra**. 2. Ed. Brasília, DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 22-33

Donabedian A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

GEHLEN, Ivaldo; RAMOS, Ieda Cristina Alves (Coord.). **Estudo quanti-qualitativo da População Quilombola do Município de Porto Alegre/RS**. Porto Alegre: Laboratório de Observação Social, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, dez, 2008.

Gil, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002 .

GOMES, Flávio dos Santos. **Mocambos e quilombos: uma história do campesinato negro no Brasil**. São Paulo, Claro Enigma, 2015.

História dos bairros de Porto Alegre. [1989]. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/historia_dos_bairros_d_e_porto_alegre.pdf> Acesso em: 12/03/16

IPEA. **Situação social da população negra por estado**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Brasília: IPEA, 2014.

INCRA. Disponível em: < <http://www.incra.gov.br/noticias/portaria-reconhece-mais-um-quilombo-urbano-em-porto-alegre-rs>> Acesso em: 10 mai.2016.

IBGE. Disponível:

<em:<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431490&search=rio-grande-do-sul|porto-alegre>> Acesso em: 05 abr. 2016.

LAITANO, Gisele Santos. **Os jovens do Quilombo dos Alpes no duelo ético-estético: identidades, territórios e o lugar.** 2012. 243 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Geociências. Programa de pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, porto Alegre, 2012.

LORENZATTO, Antonio Domingos. **História do Bairro Cascata.** Porto Alegre: EST Edições, 2008.

LIAMPUTTONG, Pranee; EZZY, Douglas. **Qualitative Research Methods.** 2. ed. Reiuono Unido: Oxford University Press, 2005. 424 p.

MINAYO, Maria Cecílio de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo.** 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.

_____, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** 9. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2004.

NACIONES UNIDAS. Observación general N^o14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), 2000. Disponível em: <http://repositoriodpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/789/Inf_NU_ObservacionDerechoSalud_2000.pdf?sequence=1> Acesso em: 17 fev 2017.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim epidemiológico. Edição Especial – População Negra.** Ano XII. Número 44. 2010.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** 2013

SOARES FILHO, Adauto Martins. O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em Saúde do Brasil: potencialidades para a tomada de decisão. In: BATISTA, Luis Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. Org. **Saúde da População Negra.** 2. Ed. Brasília, DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 34-61.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília:UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. **Uma Revisão Sobre os Conceitos e Acesso e utilização de Serviços de Saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mai. 2016.

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA A PESQUISA DE CAMPO

Entrevista semi-estruturada

Entrevista individual com as mulheres moradoras da Comunidade Quilombola Quilombo dos Alpes

Prezada mulher moradora da Comunidade Quilombola Quilombo dos Alpes:

- Você identifica fatores que facilitam ou dificultam seu acesso à Unidade de Saúde Estrada dos Alpes?

- Caso não acesse ou acesse pouco o serviço gostaria de relatar os motivos?

- Já vivenciou alguma situação neste serviço, que tenha te deixado chateada, deixasse de ir à Unidade ou atrapalhasse seus cuidados de saúde?

- O que você faz para cuidar da sua saúde?

- Qual seu entendimento sobre o acolhimento na Unidade de Saúde Estrada dos Alpes?

- Como você avalia o acolhimento na Unidade de Saúde Estrada dos Alpes no que se refere ao atendimento, escuta e resolução de suas demandas?

- Qual seu conhecimento sobre a forma de organização e ações oferecidas pela equipe de Saúde da Família Estrada dos Alpes?

- Conhece todos os profissionais da equipe ou sabe identifica-los pelo nome?

- Sente-se mais à vontade quando é atendido por alguém em especial?

- Você considera que a organização da equipe resolve seus problemas ou suas necessidades quando procura a Unidade de Saúde Estrada dos Alpes ou percebe alguma dificuldade?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E TERMO DE CESSÃO DE USO DE ÁUDIO - (Entrevista semi-estruturada)

O Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) está realizando uma pesquisa com mulheres moradoras da Comunidade Quilombo dos Alpes. A pesquisa é intitulada Acesso, acolhimento e práticas de saúde: uma pesquisa sob a ótica do pensamento complexo em um quilombo urbano na cidade de Porto Alegre. Este estudo tem por objetivo conhecer como as mulheres moradoras da comunidade Quilombo dos Alpes percebem o acesso à Unidade de Saúde da Família Estrada dos Alpes.

Gostaríamos de convidar você para participar do estudo. Serão realizadas, individualmente, entrevistas semi-estruturadas com mulheres residentes na comunidade quilombola. Durante a entrevista, serão abordados assuntos referentes ao acesso, acolhimento, práticas e cuidados à saúde. O registro da entrevista será feito através da gravação da conversa, utilizando-se gravador de áudio (gravação de voz). Este registro também será transformado em material escrito (texto das falas) através da transcrição das entrevistas e poderão ser acessados e alterados pela entrevistada em qualquer fase da pesquisa, assim como será garantido as participantes acesso aos resultados da pesquisa. As informações (gravação em áudio, transcrições das entrevistas, diários de campo) serão armazenadas durante 5 (cinco) anos, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e estarão em posse somente do pesquisador principal, Daniel Canavese de Oliveira.

Todos as informações obtidas a partir da pesquisa serão utilizados para fins de estudo e as participantes não serão identificadas. A participação é absolutamente livre, não implicando em nenhum tipo de constrangimento para a pessoa que se recusar a participar. Em qualquer momento da pesquisa serão fornecidos esclarecimentos e, além disso, a participante pode se retirar do estudo quando desejar, em qualquer etapa da pesquisa, sem que isto acarrete qualquer tipo de prejuízo.

Partindo-se do pressuposto de que pesquisa com seres humanos podem causar danos, nesta pesquisa acredita-se na possibilidade de risco de mínimos danos, como desconforto ou constrangimento gerado para responder as perguntas. Devido ao anonimato e à confidencialidade referente às entrevistadas e as informações fornecidas para a pesquisa, ressalta-se que as respostas às perguntas feitas na entrevista, em hipótese alguma, causarão

nenhum tipo de diferenciação, discriminação ou constrangimento no que se refere ao atendimento da entrevistada na Unidade de Saúde a que se referem as perguntas. Caso a entrevistada sinta-se desconfortável em responder as perguntas, a pesquisa será interrompida imediatamente, sendo direito da entrevistada desistir de participar da pesquisa, assim como receber a assistência necessária prestada pelos pesquisadores.

Quanto aos benefícios decorrentes da pesquisa para as participantes, pode-se prever a possibilidade de qualificação e/ou reorganização das ações de saúde promovidas pela Unidade de Saúde Estrada dos Alpes voltadas ao cuidado das mulheres moradoras da comunidade quilombola.

Os(as) autores(as) da presente pesquisa se comprometem com a confidencialidade e anonimato dos dados obtidos e afirmam que todas as informações prestadas serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica.

Se você tiver alguma dúvida sobre o estudo, poderá contatar os pesquisadores responsáveis, Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira, Profa. Dra. Fernanda Souza de Bairros, através do endereço: R. São Manoel, 963 - Porto Alegre – RS, através do telefone: (51) 3308-5226 ou contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, através do telefone: 51 3308 3738.

Eu, _____
pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar da pesquisa.

Data: ___/___/___

Assinatura da Participante

Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira

Coordenador de Pesquisa

APÊNDICE C - CARTA DE ANUÊNCIA

Porto Alegre, de de 2017.

Prezado (a)

Sr(a). _____

Representante da Comunidade Quilombola Quilombo dos Alpes

Solicito vossa autorização para desenvolver a pesquisa intitulada Acesso, acolhimento e práticas de saúde: uma pesquisa sob a ótica do pensamento complexo em um quilombo urbano na cidade de Porto Alegre.

Trata-se de uma pesquisa realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e tem por objetivo conhecer como as mulheres moradoras da comunidade Quilombo dos Alpes percebem o acesso à Unidade de Saúde da Família Estrada dos Alpes.

A participação das mulheres é voluntária e as mesmas terão toda a liberdade para aceitar ou recusar este convite, não implicando em nenhum tipo de constrangimento para quem se recusar a participar.

Para o desenvolvimento do estudo serão realizadas entrevistas semi-estruturadas, individualmente, com as mulheres residentes da comunidade quilombola. Nas entrevistas serão abordados assuntos referentes ao acesso, acolhimento, práticas e cuidados à saúde. O registro das entrevistas será feito através da gravação da conversa, utilizando-se gravador de áudio (gravação de voz). Este registro também será transformado em material escrito (texto das falas) através da transcrição das entrevistas e poderão ser acessados e alterados pela entrevistada em qualquer fase da pesquisa, assim como será garantido as participantes acesso aos resultados do estudo.

Partindo-se do pressuposto de que pesquisa com seres humanos podem causar danos, nesta pesquisa acredita-se na possibilidade de risco de mínimos danos, como desconforto ou

constrangimento gerado para responder as perguntas. Devido ao anonimato e à confidencialidade referente às entrevistadas e as informações fornecidas para a pesquisa, ressalta-se que as respostas às perguntas feitas na entrevista, em hipótese alguma, causarão nenhum tipo de diferenciação, discriminação ou constrangimento no que se refere ao atendimento da entrevistada na Unidade de Saúde a que se referem as perguntas. Caso a entrevistada sinta-se desconfortável em responder as perguntas, a pesquisa será interrompida imediatamente, sendo direito da entrevistada desistir de participar da pesquisa, assim como receber a assistência necessária prestada pelos pesquisadores.

Os(as) autores(as) da presente pesquisa se comprometem com a confidencialidade e anonimato dos dados obtidos e afirmam que todas as informações prestadas serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica. Colocamo-nos à disposição para esclarecimentos em qualquer momento da pesquisa.

Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira (Coordenador do estudo)

Eu, _____ (Representante da Comunidade Quilombola _____), autorizo a realização da pesquisa “Acesso, acolhimento e práticas de saúde: uma pesquisa sob a ótica do pensamento complexo em um quilombo urbano na cidade de Porto Alegre”.	

Assinatura Representante	Data: ____/____/____

Telefone de contato Prof. Daniel Canavese de Oliveira: (51) 3308-5226