

UNIVERSIDADE TIRADENTES

**ALLECYA VIEIRA DE SOUZA
ANNY KATHELEEN BASILIO DOS S. RAMOS
EDNA MARIA MARTINS**

**POPULAÇÃO QUILOMBOLA DE AMPARO DO SÃO
FRANCISCO: (IN) VISIBILIDADE DAS
NECESSIDADES EM SAÚDE**

**PRÓPRIÁ/SE
2012**

**ALLECYA VIEIRA DE SOUZA
ANNY KATHELEEN BASILIO DOS S. RAMOS
EDNA MARIA MARTINS**

**POPULAÇÃO QUILOMBOLA DE AMPARO DO SÃO
FRANCISCO: (IN) VISIBILIDADE DAS
NECESSIDADES EM SAÚDE**

Monografia apresentada ao curso de Serviço Social da Universidade Tiradentes – UNIT, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharelado em Serviço Social.

ORIENTADORA: Msc. Adelina Amélia V.Lubambo de Britto

**PRÓPRIÁ/SE
2012**

**ALLECYA VIEIRA DE SOUZA
ANNY KATHELEEN BASILIO DOS S. RAMOS
EDNA MARIA MARTINS**

**POPULAÇÃO QUILOMBOLA DE AMPARO DO SÃO
FRANCISCO: (IN) VISIBILIDADE DAS NECESSIDADES EM SAÚDE**

Monografia apresentada ao curso de Serviço Social da Universidade Tiradentes – UNIT, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharelado em Serviço Social.

Aprovada em _____/_____/_____.
Banca Examinadora

**Orientadora Professora Msc. Adelina Amélia V. Lubambo de Britto
Universidade Tiradentes**

**1ª Examinadora Profª. Msc. Nelmiros Ferreira da Silva
Universidade Tiradentes**

**2ª Examinadora Profª. Msc. Patricia Santos Silva
Universidade Tiradentes**

Dedicamos este trabalho de coração as nossas famílias em especial, as nossa mães, pais, irmãos, amigos, e aos mestres pelo apoio Absoluto e Integral.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, o pai todo poderoso criador do céu e da terra, por toda sapiência e paciência em todos os momentos da construção do TCC, por me conduzir sempre pelo caminho certo, por está sempre me fazendo superar todas as dificuldades existentes neste percurso tão árduo, e sempre me dando força e coragem em todos os momentos.

À minha amada e admirável mãe Luciana para quem olho sempre e encontro forças para continuar e enfrentar as dificuldades e que me faz sorrir depois de um dia tão difícil, compartilhando dia-a-dia cada momento. VALEU! TE AMO!

Ao meu pai e ao meu padrasto que contribuíram cada dia, cada hora de forma indireta, mais contribuíram. VALEU!

À minhas avós Marielze e Zezé (in memoriam), que me ajudaram acreditando sempre em mim, e contribuíram fortemente nesta longa jornada acreditando sempre e torcendo pelo meu sucesso. AMO DEMAIS.

Aos meus irmãos Alessandro e Larissa que me incentivaram a cada minuto, suportando meus estresses, sempre transmitindo carinho e compreensão. Amo vocês!

Aos meus tios e tias em especial tia Neide e Tia Simone, Tia Mônica por sua atenção em momentos tão difíceis de minha vida, me transmitindo carinho e paciência de forma tão especial. ADORO VOCÊS TODOS.

Aos primos e primas que contribuíram de forma direta ou indireta valeu pelo apoio e por acreditarem no meu sucesso. OBRIGADA!

Ao meu namorado e eterno companheiro Nicolas que permaneceu ao meu lado com paciência e compreensão me apoiando e incentivando a percorrer este caminho ate o

final, suportando minha ausência, meus estress e ansiedades, consolando-me nos momentos certos e incertos da minha vida, muito obrigada por nunca me fazer sentir só. TE AMO MUITO.

Aos meus verdadeiros amigos que encontrei na universidade, amigos de todo dia toda hora: Karla, Glasy, Taíse, Monize, Antonio, Anny, Edna, Robertanny, Grasiela, Patriciane, Maíra, por fazerem parte da minha vida acadêmica, por compartilharem comigo os bons e ruins momentos da minha história, por estarem sempre me apoiando, aconselhando e acreditando em mim sempre. AMO TODOS VOCÊS DEMAIS. VALEU!

À minha valiosa orientadora Adelina Britto por está todos os momentos disponível para mim, sempre contribuindo com seus profundos conhecimentos e sempre preocupada em dar o melhor delas, pelos maravilhosos ensinamentos, pelos conselhos, e incentivos neste percurso difícil. ADORO VOCÊS.

As examinadoras Nelmires Ferreira e Patrícia Santos Silva, por ter contribuindo muito nas correções, e por esta disponível todos os momentos que precisamos de vocês, pelos incentivos e dedicação neste percurso da construção do trabalho. MEU MUITO OBRIGADO.

A comunidade, os profissionais de saúde, a Assistente Social da comunidade, que dedicaram seu tempo para a construção deste trabalho, pelo apoio, contribuição, dedicação e incentivo. VALEU.

Aos meus amigos que me incentivaram muito a percorre essa longa jornada Mayara, Jeff, Suzi, Mariana, Monize, André, Silmara, Danilo, Viviane, Clélio, Inês, Beliene, Demir, Andreza, enfim a todos pela colaboração, força, e incentivo, que contribuiu muito para minha formação através de seus conhecimentos dedicando-se dia -a -dia a mim de forma compreensível. OBRIGADA! E VALEU!

Aos meus pequeninos que transformaram dias de tristeza grandes dias de alegrias me passando sua energia positiva agradeço de coração a Brayan, Sarah, Sabrina, Marcela, Maria Luiza, Daniel, Bianca e Heytor.

Em especial mesmo a Edna e Anny por me acompanharam e ter visto de perto minha peleja em buscar de um ideal comum: uma sociedade justa e igualitária, por suportar meus estresses na construção do TCC, tirar minhas dúvidas, enfim obrigada por tudo mesmo. VALEU.

Aos meus familiares em geral que contribuíram indiretamente. Valeu!

Aos parceiros do transporte pela diversão diária; por nos momentos difíceis me fazerem rir. VALEU!

A todos MEUS MUITO OBRIGADOS!!!!!!

Allecyra Vieira de Souza

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus pela vida, e pelas tantas oportunidades de ter obstáculos e de sempre poder superá-lo.

Ao meu pai Euvaldo Norberto dos Santos e minha mãe Naédja Bazílio dos Santos pela confiança depositada e pelo infinito amor que sentem por mim.

Agradeço ao meu irmão Wesley Bazilio, que sem ele eu não teria chegado até aqui, obrigada pelo o apoio moral e financeiro que me destes quando eu mais necessite, e por sua cumplicidade diante dos obstáculos que vivi com você durante 19 anos, obrigada meu querido irmão pela minha primeira palavra pronunciada, por me dar confiança na hora do meu primeiro passo, obrigada por tudo. E que daí do céu, você sempre possa estar me acompanhando na minha jornada. Te amo!

Agradeço a você também meu irmão Wendel Bazílio, obrigada pela colaboração em meus trabalhos, e me desculpes pelas vezes que me excedi com você, mas quero que saiba, era tudo estresse, na verdade eu sou louca por você!

Agradeço aos meus avós Alvaci e Norberto, obrigada por tudo.

Agradeço aos meus tios, e em principal minha Tia Magna que sempre esteve na torcida por mim, e que me transmitiu carinho de forma tão especial.

Agradeço ao meu marido Deyvid por sempre está presente e ser tão dedicado a atender as minhas necessidades. Que suportou e compreendeu minhas faltas, quando essas foram necessárias. E pelo maior presente que ele poderia me dar, a realização de termo nossa primeira filha. Amo-te!

As minhas amigas de longa jornada, agradeço a vocês por tudo, pela confiança, pela descontração que me proporcionaram quando percebia meu cansaço, enfim, por tudo.

Agradeço a Silvania Teodoro dos Santos, saiba que foi através de seus esforços e de sua paixão pela profissão que me incentivou a amar o curso de forma incondicional. Você foi meu anjo de luz.

As minhas colegas de sala de aula, a todas vocês minha muito obrigada e em especial ao tria parada dura Edna, Allecy e Grasiela.

Agradeço também a todos os mestres que me ensinou e me fez enxergar a vida com outro olhar, em especial a orientadora Adelina Britto, e as examinadoras Nelmires Ferreira e Patrícia Santos. Obrigada por tudo!

A comunidade Lagoa dos Campinhos Quilombo Pontal dos Crioulos pela disponibilidade em responder todos os questionamentos, sua participação foi fundamental para a realização desse sonho.

A Mércia e a Niltinho pelo apoio e por tudo que fizeram por mim, serei eternamente grata.

Agradeço enfim, a papai do céu que nesse final de curso me deu a maior alegria que se poderia dar a uma mulher, a chegada da maior benção recebida em minha vida, minha filha Anny Gabriela, obrigada senhor.

Enfim, agradeço a todos que de forma direta ou indiretamente contribuíram na concretização deste sonho.

Anny Katheleen Basílio dos Santos Ramos.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, por ter passado uma energia positiva de confiança e por me proporcionar persistência, no qual me auxiliou a não desistir diante das dificuldades apresentada no cotidiano.

A toda a minha família em especial os meus pais, Maria rosa e Manoel messias e as meus irmãos, Edson, Fábio, Wellington, José Marcio, Diqueson, Cleonarcio e Rosimar por todo apoio confiança e dedicação.

Agradeço aos meus tios, primos e primas em especial Rozilene, Aline, Flávia, Priscila, Maria Jose, Rozivaldo (Dado) Marcelo, Gislan e em fim aquele que contribuiu de alguma forma para a minha formação.

Dedico também à família Alves a qual considero como minha segunda família, Claudinete, Pedro, Rita de Cássia, Agda Rebeca, Ana Cristina, Roberta Najara, José Valdison, Herisson e a pequenina Tânia Cristina. Adoro muito, todos vocês e agradeço por toda compreensão e afeto, sem vocês não seria possível à concretização desse sonho, obrigado por toda paciência e carinho.

Obrigado ao trio que tem me suportado todo esse tempo o meu humor de altos e baixos, Grasiela, Anny e Allecy principalmente as duas últimas por fazer parte da construção do alicerce final desse sonho.

A todos os meus amigos, os de sempre, como Patrícia Quele, Silvânia, Ana Carla, Maria Aparecida e aqueles que os conquistei na universidade em especial a Roseane Ferreira, Neyvani Marília, Mayra, Patriciane, Karla Marcelina, Gleyse, Monize, Taize, Adriana e Antônio.

A todos os professores, aqueles que passaram o seu conhecimento, desde os do primeiro período ao do último a qual foram à base do meu aprendizado, sem eles não seria possível chegar até a esse trabalho de conclusão de curso.

Em especial a orientadora do Trabalho de Conclusão de curso-TCC Adelina Amélia no qual me auxiliou, esclarecendo as dúvidas proporcionando conhecimento e aperfeiçoando a visão crítica das questões sociais.

Meus sinceros agradecimentos as examinadoras do Trabalho de conclusão de curso Nelmiere Ferreira e Patrícia Santos por toda disponibilidade e compreensão em aceitar contribuir com seus conhecimentos acadêmicos críticos e coerentes, no qual veio acrescentar a qualidade do trabalho.

Agradeço a minha amiga de trabalho Maria de Lourdes Santana que sempre que preciso me ausentar do trabalho me auxiliar dando continuidade ao mesmo, obrigado por não me deixar na mão nas horas que eu, mas precisei.

E por fim a toda a comunidade quilombola Pontal dos Crioulos a qual foi à base de nossa pesquisa, por toda disponibilidade em nos receber e passam as suas experiências vividas no cotidiano, a assistente social Tereza Cristina por todo apoio e compreensão e a Edilson líder quilombola por ceder um pouco de seu tempo e por nos receber de braços abertos, bem como por todo o material cedido para o desenvolvimento do trabalho.

Meus muitos obrigados a todos e a todas que contribuiu direta ou indiretamente pela construção desse sonho.

Edna Maria Martins

“Ninguém nasce odiando outra pessoa pela cor de sua pele, por sua origem ou ainda por sua religião. Para odiar, as pessoas precisam aprender, e se podem aprender a odiar, podem ser ensinados a amar.”

(Nelson Mandela)

RESUMO

A pesquisa intitulada “População Quilombola de Amparo do São Francisco/SE: (in) visibilidade das necessidades em Saúde” teve como objetivo analisar as expressões da questão social a partir da insuficiência de Políticas de Saúde direcionadas à população negra e a posição do profissional de Serviço Social frente as dificuldades encontradas na comunidade Lagoa dos Campinhos Quilombo Pontal dos Crioulos no município de Amparo do São Francisco/SE. Tornou-se imprescindível entender todo um contexto desde a formação afro no Brasil, passando pelo racismo e o processo de exclusão social do país; as questões e desafios vividos na contemporaneidade pelas comunidades Quilombolas; a política de Saúde da População Negra na garantia dos direitos sociais e os desafios enfrentados por esta população pela efetivação da saúde integral nas comunidades quilombolas. Para melhor embasamento da pesquisa foi utilizado como procedimentos metodológicos a pesquisa participante, por ser uma das autoras desta pesquisa morada da comunidade quilombola em foco, bibliográfica, documental e de campo além da observação; a abordagem foi qualitativa. Para melhor entendimento e uma construção bem sedimentada da pesquisa buscaram-se acervos da universidade e da localidade por autores e estudiosos da temática como: Sarita Amaro (1997), Maria Inês S. Bravo (2007), Tatiana Baptista (2005), Ilma Boaventura (2000), Marilda V. Yamamoto (2003), Tereza Cristina Martins (2012), Brito Lopes (2003), Ana Elizabeth Mota (2009), além de sites do Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Lei Orgânica da Saúde, Constituição Federal de 1988 entre outros. Tivemos como pretensão, sensibilizar gestores e políticos em geral pertencentes à localidade e/ou Estado como também a sociedade local sobre a realidade do SUS mostrando as dificuldades enfrentadas pelo profissional de Serviço Social ao lidar com poucos recursos e alternativas para melhorar a condição deste quilombo. Almeja-se que a união de forças nas instâncias Municipal, Estadual junto à participação popular “alce vô” e alcance a esfera Federal, pois é dever do Estado zelar pela integração física e psíquica de todos os cidadãos, sem nenhuma forma de manifestação de preconceito a discriminação. Como resultados da pesquisa realizada, sinalizamos a insuficiência de comprometimento do setor público com essa população, inexistência de investimentos nos programas

da saúde focados na qualidade de vida dessa população e falta de acesso dessa comunidade à compreensão de seus direitos.

PALAVRAS-CHAVE: População Quilombola; Política de Saúde; Serviço Social; SUS.

ABSTRACT

The research entitled "Population Quilombola Amparo's San Francisco / SE (in) visibility of the needs in Health" aimed to analyze the expressions of the social question from the absence of health policies aimed at black people and the position of Professional Services Social facing difficulties in the Creole community of Pontefract in the city of San Francisco Amaro / SE. It has become imperative to understand the entire context from an african training in Brazil, through racism and social exclusion process in the country, the issues and challenges faced in contemporary Quilombo communities, the policy of Black Population Health in ensuring social rights and the challenges faced by this population for the realization of full health in maroon communities. To better basis of the research was used as instruments to research participants, as one of the authors of this research address the quilombo in focus, bibliographic, documental and field beyond the observation, the qualitative approach. To better understand and build a research and sedimented sought in personal collections, the university and the city by authors and scholars of the subject as: Sarita Amaro, Maria Ines S. Bravo, Tatiana Baptista, Ilma Bonaventure, Marilda V. Iamamoto, Tereza Cristina Martins, Britto Lopes, Ana Elizabeth Mota, and websites of the Ministry of Health, National Health Foundation, the Organic Health Law, the Federal Constitution of 1988 among others. We intend this research to sensitize managers and politicians in general belonging to the locality and / or state as well as the local community about the reality of SUS showing the difficulties faced by professional social work in dealing with scarce resources and alternatives to improve the condition of the maroons. One hopes that by joining forces in instances municipal, state involvement with the popular elk flight and reach the ball as it is the duty of the Federal State ensure the physical and psychological integration of all citizens, without any manifestation of

prejudice to discrimination. The results of the survey signaled the absence of public sector commitment to this population, lack of investment in health programs focused on quality of life of population and lack of access to that community understanding of their rights.

KEYWORDS: Population Quilombola, Health Policy, Social Services, SUS.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ABA-Associação Brasileira de Antropologia

BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CODEVASF - Companhia de Desenvolvimento do Vale do Rio São Francisco e do Parnaíba.

ESF - Equipe de Saúde da Família

IDH-Índice de Desenvolvimento Humano

MDA-Ministério do Desenvolvimento Agrário

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

MPF - Ministério Público Federal

MPA – Ministério da Pesca e Agricultura

MS - Ministério da Saúde

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCRA-Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

IPEA- Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada

IBAMA - Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis.

SUS - Sistema Único de Saúde.

IAPS-Instituto de Aposentadoria e Pensões

CAP's- Caixa de Aposentadoria e Pensões

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

NOB - Norma Operacional Básica

FUNABEM-Fundação do Bem Estar do Menor

NOAS - Norma Operacional da Assistência a Saúde

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde

GTI - Grupo de Trabalho Interministerial

SEPPIR - Secretaria Especial de Política de Promoção da Igualdade Racial

SUCAM-Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

PAB-Programa da Atenção Básica

FUNASA-Fundação Nacional de Saúde

SAS-Secretaria de Assistência a Saúde

SPS-Secretária de Política da Saúde

SES-Secretaria do Estado da Saúde

SMS-Secretaria Municipal de Saúde

PNSIPN-Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PSF-Programa Saúde da Família

PBQ – Política Brasil Quilombola

PNAD-Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilio

CNS-Conselho Nacional de Saúde

LISTA DE ABREVIACÕES

Art. - Artigo

C.F- Constituição Federal

P - Página

N - Número

SE - Sergipe

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	21
2- UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO NA FORMAÇÃO AFRO NO BRASIL.....	30
2.1- Racismo e o Processo de Exclusão Social no Brasil.....	33
2.2- Questões e desafios vividos na contemporaneidade pelas comunidades Quilombolas.....	36
3- A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UMA LUTA QUE NÃO VEM DE HOJE.....	40
3.1- A Política de Saúde após 1988.....	44
3.2 - A Política de Saúde da População Negra, na garantia dos Direitos Sociais.....	51
4- A COMUNIDADE LAGOA DOS CAMPINHOS QUILOMBO PONTAL DOS CRIoulos.....	56
4.1- O Serviço Social na Comunidade Lagoa dos Campinhos Quilombo Pontal dos Crioulos.....	61
4.2- Os Desafios da População Negra na Luta pela Efetivação da Saúde Integral na Comunidade Lagoa dos Campinhos Quilombo Pontal dos Crioulos.....	66
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS.....	79
ANEXOS.....	85

APÊNDICES.....	86
-----------------------	-----------

1- INTRODUÇÃO

A presente pesquisa buscou analisar e compreender a (in) visibilidade das necessidades em saúde, com destaque á Comunidade Lagoa dos Campinhos Quilombo Pontal dos Crioulos no Município de Amparo do São Francisco /SE. Pontal dos Crioulos foi reconhecido oficialmente em 2004 como comunidade remanescente de escravos, pela Fundação Cultural Palmares embasada em consonância com o Art. nº68 da Constituição Federal de 1988, que trata; aos remanescentes das comunidades de quilombo que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhe os títulos respectivos.

Tem como objetivo também analisar as expressões das questões sociais a partir da insuficiência de Políticas de Saúde direcionada a população negra no município supracitado, bem como, compreender o processo de exclusão vividos pela comunidade Lagoa dos Campinhos Quilombo Pontal dos Crioulos e ainda promover ações que viabilizem a Política Pública de saúde com relação à população quilombola.

O desenvolvimento desta pesquisa teve sua gênese diante das questões abordada durante o Seminário Temático Estadual da Política de Saúde Integral da População Negra no ano de 2010, onde uma das acadêmicas pesquisadoras participou dos debates e das indagações referente aos problemas de saúde da população negra e que antes deste seminário desconhecia-se a existência uma política de saúde específica para a população negra. Através da vivência na comunidade quilombola despertou-nos a necessidade de pesquisar e estudar mais profundamente para melhor compreendela, buscando uma reflexão acerca dos princípios da mesma com relação à atuação da Atenção Básica.

O tema escolhido para a pesquisa foca a saúde da população quilombola de Amparo do São Francisco /SE: (in) visibilidade das necessidades em saúde, sendo adotado como procedimento metodológico a pesquisa exploratória, porque permite e possibilita um estudo de caso através das observações e das análises da saúde da população negra, como também a pesquisa de campo, onde foram utilizadas técnicas para a obtenção dos dados como semi-estruturadas, pois permitiu um diálogo entre o entrevistado e os pesquisadores, sendo utilizado câmeras fotográfica e gravações em celulares, buscando preservar a fala do entrevistado, bem como comprovação da realização da pesquisa.

Foram indicado roteiro de entrevistas para os entrevistados, das 115 famílias que existem na comunidade priorizamos dez, por apresentar mais necessidade de atenção por parte da assistência da equipe do PSF, bem como ao assistente social da comunidade e aos profissionais de saúde para melhor confrontar as informações colhidas.

Utilizou-se da pesquisa bibliográfica, pois esta nos possibilitou estudar mais a questão da saúde da população negra de modo abrangente, bem como o processo de formação de exclusão dos direitos sociais no Brasil desde a formação da sociedade até a atualidade; foram também utilizados documentos de acervo para compreender melhor os dados originais e relacionar com os dos autores estudados, como ainda a observação participante, pois, as experiências vividas cotidianamente têm contribuição fundamental para o desempenho da pesquisa.

Objetivando desvendar as questões implícitas da saúde da população negra, utilizamos à abordagem qualitativa, pois nos possibilitou uma compreensão ampliada do material coletado e analisado, bem como abordamos o método dialético, porque permitiu trabalhar a dinâmica das contradições com base na totalidade, partindo da aparência para a essência dos fatos, permitindo aos pesquisadores enxergar além do que esta aparente, possibilitando o desenvolvimento por meio do esclarecimento dos entrevistados. Os dados

colhidos e analisados foram por meio do conteúdo e da fala dos entrevistados, estabelecendo uma reflexão com a questão da saúde da população negra na comunidade.

Já se passaram mais de 23 anos de promulgação da Constituição Federal de 1988, que trouxe algumas garantias de direitos para o povo brasileiro como: uma nova política de saúde universal, equânime; igualitária e participação da sociedade civil através do Sistema Único de Saúde–SUS , bem como o reconhecimento de comunidades quilombola , criou-se também nestes anos a Secretaria Especial de Política de Promoção da Igualdade da População Negra e que através desta culminou com a aprovação da Política de Saúde Integral da População Negra em 2006.

A questão da saúde da população negra é um tema contemporâneo e pouco conhecido pela academia, pois, na área do Serviço Social obtivemos visibilidade na gestão do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, uma vez, que desde a organização do movimento negro na década de 1970, os problemas da saúde do povo negro vêm sendo debatidos, que somente foi ouvido pelos governantes no final da década de 1980 através das reivindicações da Macha Zumbi (BRASIL¹, 2010 p. 10).

A Constituição Federal de 1988 em seu art.196 tornou o direito a saúde universal e dever do Estado prover para todos os brasileiros e estrangeiros residentes no país (BAPTISTA 2005), bem como o Sistema Único de Saúde–SUS que foi uma conquista da população usuária e dos profissionais de saúde, amparado e reconhecido pelas Leis Orgânica 8.080/1990 e 8.142/1990; a primeira lei regulamentou o SUS e a segunda garantiu a participação da sociedade civil na implementação e fiscalização das políticas públicas e que através destas legislações foram criadas novas portarias e programas como a NOAS/NOB e os programas de Atenção Básica como o PSF e as UBS (BRAVO , 2007,2010)

¹ Ministério da Saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa. Departamento de apoio à gestão participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma Política do SUS/Ministério da Saúde, secretaria de gestão estratégica e participativa, departamento de apoio a gestão participativa _Brasília: Ed.: do Ministério da Saúde, 2010.

Com a intenção de desvendar a questão da saúde da população negra na Comunidade Lagoa dos Campinhos Quilombo Pontal dos Crioulos, o conteúdo apresentado foi dividido em três capítulos: Na Introdução destacamos a apresentação do nosso objeto de pesquisa, as técnicas empregadas, a coleta e análise dos dados bem como os resultados alcançados.

No segundo capítulo _ Buscou-se resgatar o processo histórico de exclusão e violência a que os negros foram submetidos, vivendo por séculos no sistema escravocrata, pois está na história que o ingresso dos negros no Brasil não foi aleatório, esses povos vieram focados a trabalhar até 15 horas diárias sem descanso na produção da agricultura ,bem como no cultivo da cana de açúcar sem nenhuma condição de segurança e higiene,esse processo de exclusão e opressão revelou a diversas faces das questões sociais da população negra.

Através desse processo de opressão sofrida, além das diversas formas de violência acometidas aos negros, culminou com a fuga deles para locais ainda não habitados pelos colonizadores a fim de viverem de acordo com suas crenças, costumes e religiosidade. Assim se constituíram as comunidades quilombolas como espaços de luta, de organização em defesa da liberdade e principalmente em desenvolver suas atividades trabalhistas sem violência e opressão dos donos da produção:

Os quilombos a princípio comunidade autônoma de escravos fugitivos, converteram - se em importante opção de organização social da população negra e espaço de resgate de sua condição humana e cultural. O fortalecimento da solidariedade e da democracia permite que os negros se constituam como sujeito de sua própria história. (BRASIL, 2010. p 09)

Mesmo com a abolição oficial da escravidão em 1888, os direitos sociais, políticos e econômicos não foram destinados a população negra, surgindo daí o racismo na sociedade brasileira e mesmo depois da promulgação da Constituição Federal de 1988 na qual

repudia as formas de racismo, esse fundamento só ficou no papel, pois desde o período colonial até a atual sociedade o povo negro tem sofrido com esses estereótipos . As formas de preconceitos e discriminações mudaram de nomenclatura, mas não deixou de acontecer, pois tentaram mascarar o racismo através da desigualdade de oportunidade de direitos, sendo oferecido serviços precários insuficientes para os afros descendentes.

Mesmo com a conquista dos direitos sociais pela Carta Magna de 1988, que representou a vitória de anos de manifestações tanto dos usuários como dos ativistas dos movimentos sociais, na atual conjuntura a comunidade quilombola apresenta dificuldade ao acesso as políticas públicas de qualidade, pois ao mesmo tempo em que foram conquistados árduo direitos, houve o desmonte do mesmo em nome da reforma do Estado, no qual o governo privatizou os direitos antes conseguidos com muita luta e se retira da responsabilidade, cabendo a ele oferecer aos mais carente os mínimos sociais como serviços básicos e preventivos, desrespeitando o princípio da universalidade e incorporando o da seletividade.

Ainda neste capítulo evidenciamos o processo de exclusão social sofrida pelos negros no Brasil, bem como as questões e os desafios que permanecem na atualidade às comunidades. No terceiro capítulo fazemos um mapeamento da Saúde no Brasil, buscando mostrar que as questões envolvendo a saúde não são recentes, como sinaliza Baptista (2005), a saúde pública no Brasil desde o período colonial, quando a escassez de profissionais nessa área já era visível , já não despertava interesses por parte dos governantes em estendê-la á população, fazendo com que esta buscasse a cura através da filantropia e do curandeirismo.

Dando continuidade a este capítulo na década 1970, o país passou por uma crise na economia, que afetou diversos setores das políticas sociais e que culminou com um processo de desigualdade social muito grande, a população se viu em péssimas condições de vida, pois as condições de saúde eram precárias insalubres e deficientes, com a precarização

nas questões de saúde desencadeou um movimento social em saúde por todo o Brasil, no qual a população usuária contou com o apoio de diversos, profissionais tanto da área da saúde, como da educação.

Esse movimento popular de educação em saúde foi inspirado nas teorias de Paulo Freire, esse movimento contribuiu com o rompimento das formas autoritárias dos executores das políticas sociais com a população usuária, bem como promoveu melhorias nas condições de saúde.

No Brasil república, o modelo de saúde vigente era voltado às práticas curativas, mesmo só para aqueles que tinham condições de pagar pelo serviço de saúde, ou seja, os trabalhadores assalariados, sendo que aqueles que não tinham condições de pagar ficavam dependendo da boa vontade das ações da filantropia e a estes era rotulados como miseráveis e indigentes. A realidade da saúde pública no Brasil começou a mudar um pouco depois da Constituição Federal de 1988, que versa em seus artigos. 196; 197; 198:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo medidas políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso Universal e Igualitário as ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação; definir as ações e serviços de saúde como de relevância política ; constitui o Sistema Único de Saúde –SUS, através de rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde segundo a diretrizes : a descentralização , atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais , participação da comunidade.

Diferentemente do modelo de saúde anterior, o Sistema Único de Saúde legitimado e consagrado desde a década de 1990, se fundamenta em prestar assistência a saúde de toda a população sem distinção, olhar o indivíduo com um todo não só a doença, mas os fatores que leva adoecer e morrer , bem como tratar os desiguais segundo suas especificidades.

Essas ações ficam sob responsabilidade dos gestores nas três esferas de governo e principalmente pela administração municipal, pois a partir da descentralização das ações cabe ao gestor local a responsabilidade de potencializá-las através da Atenção Básica, esta porta de entrada do usuário; o Estado fica com as demandas de média complexidade e a União com as ações de alta complexidade.

Com essa municipalização surgiram normas específicas para atender e operacionalizar os recursos da saúde, para que não houvesse a distribuição desigual entre os municípios. Embasada na Constituição Federal de 1988 em 22 de fevereiro de 2006 foi incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) a Política de Saúde da População Negra, implantada e implementada pelo Pacto de Saúde, por meio da Portaria nº. 399. (Brasil,2010.p.18).

Essa Política de Saúde representa uma conquista para a população negra, pois não é de hoje que a Macha Zumbi e a SEPPIR, vem denunciando ao poder público as várias formas de preconceito e discriminação em diversos segmentos da sociedade e na área da saúde não foi diferente, pois as condições de vida são resultantes de processos de injustiças sociais, culturais e econômicos e que podem ser analisados nas altas taxas de mortalidade materna, infantil nos altos índices de doenças crônicas infecciosas e nos índices de violência tão presente no cotidiano dessa população.

No quarto capítulo abordamos sobre o nosso objeto de estudo, a Comunidade Lagoa dos Campinhos Quilombo Pontal dos Crioulos; os desafios da população negra na luta pela efetivação da saúde integral, ao tempo em que analisamos a inserção e a importância do profissional do serviço social na comunidade.

Sendo assim, buscando entender as questões da comunidade, contamos um pouco da história do município de Amparo do São Francisco /SE, que teve como fundador João da Cruz Freire. Seguindo, inserimos a Comunidade Lagoa dos Campinhos Quilombo Pontal dos

Crioulos bem como os primeiros moradores, Carlota; Luiz Antonio (Luiz Preto) e seus quatro filhos: Ifigênia; Catarina; Braz e Zefina deram origem à comunidade que atualmente é onde vivem os seus descendentes ao qual através do INCRA em 2004, foi reconhecida como comunidade quilombola e por meio deste órgão reivindicar as posses das terras já conquistados em 56% das propriedades que eram dos seus ancestrais, por direito essas terras foram demarcadas e registradas antropologicamente.

Destacamos os desafios constantes da população negra na comunidade via Atenção Básica, para ter acesso à saúde, pois o direito a saúde desse povo sempre foi marcado por exclusão e desigualdade, mesmo com a Constituição Federal de 1988, tendo priorizado a saúde como um direito social, na comunidade, crianças morrem com doenças de fácil tratamento.

Dados estatísticos da Pesquisa Nacional por amostra de Domicílio (PNAD) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1999, mostram que no Brasil, negro morre antes do tempo em todas as faixas etárias. Em 1980, crianças negras apresentam índice de mortalidade 21% maior do que dos brancos (para todos os nascidos vivos morriam 76% brancos e 96% negros). Entre 1977 a 1993, a mortalidade de menores de um ano, no país foi reduzida em 51% à mortalidade de brancos foi reduzida em 43% a do negro em apenas 25%.

Esse retrato foi somente na década de 1980, mas até hoje na comunidade, pessoas adoecem e morrem por falta de diagnóstico preciso e eficiente, pois mesmo o PSF prestando assistência na comunidade, muitas vezes os profissionais não descobrem os problemas de saúde que afetam os quilombolas porque a Atenção Básica no município de Amparo do São Francisco não priorizou o princípio da equidade e tão pouco da integralidade, os profissionais só conseguem enxergar aquilo que está aparente, sendo reproduzido o modelo curativo.

Mediante tal exigência a comunidade sempre que precisa resolver problemas referentes a conquistas de seus direitos por meio das políticas públicas recorre a assistente

social, por possuir uma visão crítica e principalmente atuar na perspectiva de ampliar e consolidar direitos, este profissional acaba intervindo na realidade juntamente com a comunidade, através da organização/mobilização, bem como por meio da capacitação das lideranças quilombolas, pois o serviço social fundamenta-se em mostrar os caminhos aos indivíduos para que possam alcançar os objetivos almejados e que trazemos nesta pesquisa, é um olhar ampliado sobre a comunidade e que afeta principalmente os idosos e as crianças, pois estes necessitam de maiores cuidados e atenção.

A não priorização dos princípios da Constituição Federal de 1988 afeta o Sistema Único de Saúde e o projeto de construção da Política de Saúde Integral da População Negra, não temos aqui a pretensão da imediaticidade da pesquisa, nossa maior satisfação é que embora iniciantes neste campo, possamos contribuir e incentivar novos acadêmicos que desejam conhecer como se desenvolve a Política de Saúde da População Negra nos dias atuais, mesmo com todo o aparato legal que a envolve.

2- UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO NA FORMAÇÃO AFRO NO BRASIL

O negro é um dos elementos formadores do povo brasileiro, foi trazido ao país para atender a necessidade da mão – de – obra do capital em seu processo de acumulação no período do Brasil - Colônia. Os portos do Brasil serviram de desembarque aos escravos, principalmente os portos do Rio de Janeiro, da Bahia, de Pernambuco e do Maranhão e eram trazidos em porões de navios sem o mínimo de respeito, sendo obrigados a terem uma vida sofrida e trabalhos precários, sofrendo vários tipos de violência física e psíquica.

Seu ingresso no país teve início no século XVII, por serem considerada pessoa de porte físico ideal para o trabalho na agricultura e no cultivo de cana de açúcar. Não bastando os serviços precários, os negros eram frequentemente açoitados onde a prática era considerada comum, pois servia de exemplo para se colocarem em seu lugar e ainda servia de exemplo para os outros negros. Com o conseqüente aumento da produção econômica surgiu a necessidade de ampliar o mercado consumidor. Como afirma Freitas (1985, p. 12), "Nenhuma outra região do Novo Mundo foi tão completamente modelada e condicionada pela escravidão quanto o Brasil. Simplesmente, a escravidão fez o Brasil".

O que veio a contribuir para a discriminação racial dos negros foi a colonização imperial na região sul do país, onde com a chegada dos imigrantes, os negros foram excluídos sem o mínimo de respeito, e sem terem direito a nada, sem acesso a educação, a cultura e principalmente ao cultivo da terra.

De acordo com Paim (2003) os negros passaram a serem vistos como pessoas sem cidadania, onde não tinham os direitos básicos, poderiam ser espancados e não tinham liberdade própria, pois eles eram considerados propriedades dos senhores de engenho e

faziam com eles, o que quisessem. Os escravos não tinham o direito à educação, pois para os senhores de engenho a educação significava um valioso instrumento e que poderia prejudicar seus negócios.

Mesmo com o final da fase do Brasil Colonial, os negros não tinham cidadania a única alternativa que restou foi a fuga e a concentração destes em lugares distantes, em todo território brasileiro, o que não impediu que os quilombos fossem invadidos por tropas do governo.

Cabe destacar que a intensa resistência ao sistema de escravidão pode ser considerada como o Primeiro Movimento Social no Brasil, uma vez que os escravos uniam-se para defenderem-se das garras de pessoas que só os maltratavam. Nos Quilombos eles eram livres e desenvolviam atividades agrícolas, pescavam e confeccionavam artesanatos como redes e cestas e comercializavam com os brancos.

Os negros puderam ter sua liberdade disfarçada com a compra de suas Cartas de Alforrias; mesmo assim, ainda viviam em estado de escravidão, devido a falta de apoio do estado para com eles. Outro fator que lhes davam liberdade era a Lei do Sexagenário, onde tornava livres os escravos com mais de 60 anos de idade, o que não foi muito diferente dos que compraram suas Cartas de Alforrias, pois além dos serviços básicos precários a estimativa de vida dos negros era de apenas 40 anos.

Somente em 13 de Maio de 1888, com a Lei Áurea, todos os negros foram libertados, porém tiveram que enfrentar anos de luta para terem direito a democracia racial que segundo Freitas, (1985) não os livrou da exclusão e da discriminação, pois a ideologia racista permaneceu, (...) a ideologia segundo a qual o negro, homem inferior, pode e deve ser discriminado”.

Após a Lei Áurea somente com Constituição Federal de 1988, é que vamos encontrar em seu Art. 3º inciso IV-tem como objetivo promover o bem de todos, sem

preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. Contudo, mesmo pessoa livre, os negros ainda são tratados sem o mínimo de respeito, tendo seus direitos como educação, lazer e outros serviços básicos precários e inferiores em relação aos dos brancos.

Mesmo o escravismo ter sido extinto oficialmente há 124 anos atrás, no panorama atual ainda é possível encontrar pessoas negras trabalhando no sistema de escravidão, que de acordo com os dados da Campanha de Combate ao Trabalho Escravo do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), em 2007, foram resgatados 5.974 trabalhadores da escravidão no campo brasileiro, desses 3.060, ou seja, 51% estavam desenvolvendo atividades trabalhistas na lavoura da cana de açúcar.

No ano seguinte esse número caiu para 5.266 de resgatado e desses 2.553, 48% de trabalhadores eram mantidos como escravos, no entanto em Janeiro de 2009 esse número foi reduzido para 951 trabalhadores, de acordo com os dados do Ministério do Trabalho neste mesmo ano foram registrados 1.911 trabalhadores nas usinas de cana de açúcar em vários Estados brasileiros.

Sendo assim, as formas de trabalho do período colonial foram reproduzidas, bem como as péssimas condições de moradia, de higiene a qual os trabalhadores negros foram submetidos. O que chamar mais atenção é que grande parte dessas usinas de cana de açúcar foram financiadas pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e mesmo essas empresas ter sido denunciadas pelo Ministério do Trabalho ainda continuam a receber apoio deste Banco.

Embora esteja disposta na referida Constituição brasileira, que todos são iguais em direitos e deveres, nos dias atuais a população negra continua lutando por condições dignas e igualitárias para sua inserção social com base em uma sociedade efetivamente

democrática. O que entendemos ser prioritário o desmonte deste preconceito principalmente para com a raça negra que a humanidade rotulou de racismo.

2.1- Racismo e o Processo de Exclusão da População Negra

Desde a formação da sociedade brasileira os africanos e seus descendentes vem sendo alvo de racismo, preconceito e discriminação, no qual esses estereótipos foram reproduzidos de geração a geração e que dura até a atualidade, sendo que esse processo de desigualdades e exclusão social revelou as várias faces das expressões da questão sociais da raça negra, no qual pode ser percebido na distribuição desigual de oportunidade, tanto na área da educação, saúde e trabalho, que acaba levando a população negra a ter uma vida inferior a classe branca, como também aumentando o ciclo de pobreza dessa raça. Como destaca Lopes e Brito (2003):

Atualmente é possível perceber os resquícios dessa conjuntura histórica, pois os negros ainda continuam, em sua maioria, destacando-se nos indicadores sociais. Ainda nesse contexto, é válido ressaltar a existência de um racismo escamoteado em nosso país onde a maioria da população não admiti ser racista, mas é possível perceber atividades preconceituosas e discriminatórias em nosso dia a dia. (LOPES e BRITO. 2003 p2).

Nos últimos dez anos a problemática do racismo, da discriminação e do preconceito vem sendo debatido nos seminários, tanto no âmbito Nacional e Estadual, como também pelos estudiosos e cientistas sociais da academia científica, mesmo assim essas questões estão cada vez mais presentes na sociedade, desqualificando e segregando os direitos da raça negra.

As questões sobre o racismo e que são debatidos por vários segmentos tanto quanto a criação de leis, na nossa visão apareceu como uma estratégica política para esconder o preconceito existente que persiste em excluir mais o negro da sociedade.

Desde a pós-abolição até os dias atuais, pouca coisa se fez de concreto para a efetivação da igualdade racial, uma vez que já se passaram mais de cem anos de libertos, não veio como previsto a emancipação social e nem tão pouco a abolição do sofrimento moral e as condições desiguais, que foram obrigados a viver por dois séculos.

Fala-se que o trabalho escravo teve seu fim em 1888, sendo que as condições de vida da raça negra não mudaram muito, pois na atual sociedade os negros encontram-se ocupando os estabelecimentos mais desqualificado da sociedade fazendo-os receber salários mais baixos, e conseqüentemente levando essa população a residirem em locais de péssimas condições e a oferecer aos filhos educação inferior a dos brancos.

Segundo dados da Fundação Nacional de Saúde-FUNASA (2004), se houvesse o fim da discriminação racial as mulheres negras ganhariam em média cerca de 60% a mais que as brancas e os homens negros entre 10% e 25% mais que os homens brancos a depender do lugar ocupado na distribuição de renda, por que no mundo do trabalho paga-se um preço muito alto por ser negro e um preço muito mais alto por ser mulher e ter a pele negra.

Sabemos que para se adquirir uma ocupação no mercado de trabalho digna e de qualidade é preciso uma educação sólida e a maioria da população negra está inserida nos escalões mais baixos e pobres da sociedade, pois desde a formação da sociedade brasileira foi destinada a população negra a desigualdade de oportunidade em diversos seguimentos das políticas sociais, bem como foram reproduzido tanto pelo Estado como pela sociedade as mesmas funções, desqualificadas antes desempenhadas pelos negros.

[...] a sociedade local não proporcionou muitas oportunidades de ascensão social aos negros que continuam a desempenhar como antes, os serviços para os quais eles eram naturalmente aptos: o trabalho braçal econômico e socialmente desqualificado,

numa situação social como essa, existem obviamente, muitos estímulos para a preservação da antiga ideologia racial dos brancos. (CARDOSO, 2000, p.200)

Neste contexto, as chances de ascensão de um negro chegar ocupar um cargo de prestígio e qualificado são remotas devido a distribuição desigual de oportunidades e direitos, pois os negros em sua maioria encontram-se com nível de escolaridade inferior a da raça branca, bem como desenvolvendo funções com pouca qualificação intelectual.

Esses fatores de desigualdade se apresentam em todos os segmentos da vida social do negro, que segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2007, enquanto 19,7% da população branca se encontravam residindo em domicílio cuja renda per capita estava abaixo do salário mínimo, na população negra esse número subia para 41,7%,bem como é a classe mais beneficiada com o programa do Bolsa Família, como também não só essa política, mas outros programas sociais estão mais presente na população negra por apresentar condições desfavorável e vulnerável em relação a classe branca.

No final do século XX e no século atual surgiram algumas leis, em prol da defesa da vida dos negros, devido aos vários casos de violência e humilhação, tanto no âmbito nacional quanto internacional, a Convenção Internacional em 1960; a carta de Paris em 1990, destaca em 1993 o Pacto de San José e Costa Rica, essas legislações são internacionais, no território brasileiro podemos citar o código penal e a Constituição Federal de 1988, no qual versa o seu artigo 5º parágrafo XLII - a prática de racismo constitui crime inafiançável e imprescindível, sujeito á pena de reclusão, nos termos da lei.

Essas legislações intimidam o ser humano em não declarar o racismo, mas não impedir que a sociedade haja camufladamente através da exclusão de oportunidades como o acesso às políticas públicas de qualidade.

A superação da desigualdade racial exige transpor obstáculos tanto no âmbito dos poderes legislativo, executivo como no judiciário, pois só serão vencidos esses problemas no dia que for levado a sério a efetivação das políticas públicas.

Neste processo de superação do racismo, do preconceito e da discriminação existe um elo importante para a diminuição destes estereótipos, a família e a escola, responsáveis pela formação da imagem que a criança vai ter do mundo, sendo que muitos pais não incentivam os filhos a frequentar a escola, principalmente a classe pobre, fazendo com que estas crianças acabem reproduzindo a pobreza e a miséria de forma natural:

A educação, direito de todos e dever do Estado e da família será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando o pleno desenvolvimento das pessoas, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o mercado de trabalho. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL de 1988 art. 205, p.134)

Quando a família valorizar a auto-estima da criança negra e passar mensagens positivas, essa criança futuramente será um jovem/adulto consciente com sua etnia, seguro com os seus objetivos e principalmente vai saber buscar enfrentar o racismo, preconceito e a discriminação de igual por igual, lutando por seus direitos como qualquer cidadão brasileiro.

2.2 - Questões e Desafios Vividos na Contemporaneidade pelas Comunidades

Quilombolas

As comunidades quilombolas na contemporaneidade encontram-se em quase todo território, mas estas populações ficam mais localizadas nas zonas rurais devido caracterizaram-se como uma comunidade que possui traços marcados por tradições, cultura e

resistência nas lutas, do mesmo modo pode se encontrar a inserção de quilombolas residindo na zona urbana.

Concordamos com Anjos (2006), quando diz que o conceito de comunidade quilombolas, tem origem no campesinato negro, povo de matriz africana que conseguiram ocupar uma terra e obter autonomia política e econômica. Ao quilombo contemporâneo está associado uma interpretação mais ampla, mas que perpetua a idéia de resistência do território étnico, capaz de se organizar e reproduzir no espaço geográfico de condições adversas e ao longo do tempo, sua forma particular de viver .

Não é de hoje que as comunidades quilombolas vêm lutando em busca de seus direitos sociais. Essas lutas vêm perdurando ao longo dos anos, desde que surgiram as primeiras comunidades quilombolas no Brasil. Um dos grandes desafios ainda é o fato de existir um alto índice de discriminação e exclusão dos seus próprios direitos.

A Constituição Federal de 1988 declara tombados todos os documentos e sítios detentores de reminiscências de quilombos. As necessidades dessas comunidades ressaltam a imprescindível política de identificação, titulação e proteção das terras quilombolas; o fomento ao desenvolvimento econômico; a melhoria do acesso aos programas de saúde; a urgência por ações nas áreas de educação; capacitação profissional; e a implantação de políticas de preservação do patrimônio cultural.

Anjos (2006) escreveu que mesmo tendo passados mais de um século da sanção da Lei Áurea pelo regime imperial, a historiografia e o sistema brasileiro ainda continuam associando a população afro-brasileira à imagem de escravidão, referindo-se aos quilombos como se fizessem parte do passado, como se não constituíssem um fato da historicidade e territorialidade contemporâneas.

As comunidades quilombolas vêm passando por grandes desafios para ter acesso as propriedades das suas terras, que foram usurpadas dos seus antepassados, devido as

políticas públicas agrárias, voltada para esta população não estarem sendo de fato efetivadas, ocasionado enormes conflitos na vida desses cidadãos.

Até os dias de hoje, muitas comunidades aguardam o reconhecimento antropológico para tornarem-se de fato, remanescentes de quilombolas, pois só assim os grupos sociais poderão explicitar sua identidade étnica, expondo sua cultura e fazendo com que a mesma seja respeitada. A identidade étnica é fator escolhido através da ancestralidade, onde os quilombolas expõem sua forma de cultivar a terra e que para isso é preciso que a sua etnicidade, seja considerada, além da questão fundiária, a posse da terra é crucial para que a Comunidade Quilombola possa dar continuidade ao modelo agrícola desenvolvida por ela.

Tanto o território quanto a identidade estão relacionados, pois tratará de um legado da minoria coletiva que se tornará um patrimônio simbólico, enquanto o estilo de vida e a forma de sentir o mundo. As dimensões sociopolítica, econômica e cultural são importantes para que os quilombolas tenham sua identidade preservada, onde os mesmos possam buscar a equidade na questão da analogia.

No que se diz respeito as áreas remanescentes de quilombolas, existe ainda um enorme conflito devido aos grandes latifundiários buscarem apropriar-se das terras dessa população, para construções de usinas hidrelétricas e canaviais o que acabam ocasionado ameaças da perda do seu próprio território.

O reconhecimento das áreas remanescentes de quilombo em qualquer lugar no Brasil, atualmente cabe ao Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA) e ao Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) a incumbência de regularizar e titular estas terras.

Segundo dados oficiais do Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA) e do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), transcritos por Paim “(2003,

p.11)”. “[...] existem mais de 2.200 comunidades remanescentes de quilombos localizadas, destas, apenas 130 já foram atendidas”.

A falta dos espaços territoriais dificultavam as vivências dessa população, devido à realização de algumas atividades culturais que são práticas tradicionais como à religiosidade, danças afro, capoeiras entre outros, fazem parte da vida desses grupos étnicos. Sabe-se que essas práticas são tradicionais e dá todo suporte a sua trajetória e história de vida que resultam em características a essa categoria.

As políticas públicas têm sido muito frágeis em relação a esta população, escassas de recursos sociais, onde o Estado é mínimo e esta categoria não tem o direito de usufruírem dos direitos conquistados. Segundo Anjos 2006:

O Quilombo contemporâneo contribui para a ampliação e a comunidade das discussões, de maneira que o continente africano, as manifestações afro-brasileiras, a territorialidade das comunidades quilombolas e a questão racial no Brasil sejam tratadas com seriedade e respeito, com o desafio ainda maior de revitalizar o patrimônio cultural das comunidades e a manutenção da sua riqueza. (ANJOS, 2006. p11).

Um dos maiores desafios posto na contemporaneidade da população quilombola está relacionado à saúde que parece invisível para os governantes; essa invisibilidade das necessidades sociais em relação à saúde da população quilombola acaba ocasionado um processo de injustiças, violência, desigualdade social moral e econômica.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Instituto de Pesquisa de Economia Aplicada (IPEA) de 2002, registram que 32 milhões de negros vivem com renda aproximadamente de 1/2 do salário mínimo, bem como os que mais procuram o serviço de assistência, nos quais essas populações em sua maioria vivem em locais e em condições insalubres e desumanas, que conseqüentemente favorecem a adquirir doenças

crônicas, infecciosas, degenerativas e por sinal a morrer mais rápido que as populações brancas.

Sabe-se que existe uma política de saúde para a população negra e todos devem respeitar enquanto cidadão de direito como buscar e exigir que o poder público siga as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, onde é dever de todas as esferas Federal, Estadual e Municipal, fiscalizar, promover e gerenciar os serviços do Sistema Único de Saúde-SUS, para que todos os usuários desta política sejam respeitados sem nenhuma forma de distinção.

3 - A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UMA LUTA QUE NÃO VEM DE HOJE

Em toda a trajetória da saúde pública no Brasil é possível perceber um desinteresse por parte dos governantes em priorizá-la a sociedade. Sabe-se que até o período do primeiro reinado o país não possuía nenhum modelo de saúde, o tratamento era centrado nas plantas medicinais e aos curandeiros.

Só depois de um século de ocupação portuguesa é que se iniciou uma organização mínima de condição sanitária, mesmo porque a família real estava no Brasil especificamente na cidade de Rio de Janeiro, e esta ocasião merecia exigência de cuidado.

Segundo Batista (2005), a escassez de profissionais na área da saúde principalmente de médicos, era grande, tanto que nos anos de 1789 só existiam quatro médicos, isso era no Rio de Janeiro, onde residia a família real. [...]

Em 1808 surgem as primeiras instituições de saúde no país, como a Fundação do colégio de Medicina Cirúrgico Real Hospital Militar em Salvador-BA, por D. João VI e no

mesmo ano a Escola de Cirurgia no Rio de Janeiro, esses dois estados foram os pioneiros a receber o modelo de organização de saúde no Brasil.

Em 1889 o país vivia o período de transição do modelo Imperial e passa a ser República, neste período o país busca equilibrar a economia com as exportações do café e utilizam estratégias para controlar as doenças que assusta o país, como a peste, a cólera e a varíola, medidas tomadas para não prejudicar as exportações, pois os países compradores caso tomassem conhecimento dessas doenças cancelariam as exportações.

No século XX a sociedade brasileira vivia aterrorizada com o quadro alarmante de doenças como a varíola, a malária e a febre amarela, especificamente no Rio de Janeiro e, que conseqüentemente trouxe vários prejuízos para a população como também para a relação com o comércio exterior. Neste período o governador era Rodrigues Alves, que buscando estratégia para solucionar o problema da saúde nomeia o médico Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se comprometeu eliminar a febre amarela.

Para combater o transmissor da febre amarela e também imunizar as pessoas contra a varíola, o médico organiza uma equipe com 1.500 profissionais batizados como "guarda - sanitário", sendo que a falta de conhecimento destes e o modo de abordagem autoritária faz com que a população se revolte desencadeando o Movimento da Vacina, tudo isso porque a sociedade não tinha conhecimento dos benefícios que esta traria como também o país vivia sobre pressão militar e que muitas vezes as autoridades usavam da repressão e dos abusos para conseguir êxito em proposta de saúde.

Neste período, a saúde pública no Brasil era centrada em ações coletivas, não existia um modelo de saúde individual e as pessoas que necessitavam de médicos, realizar exames ou internação hospitalar, tinham que pagar, sendo que aqueles que não tinham condições eram rotulados como indigentes vindo a ser acolhidos por entidades de caráter voluntário como as Santas Casas de Misericórdia.

A assistência hospitalar pública para os usuários de transtorno mental, hanseníase e tuberculose eram realizadas trancando e isolando nos porões dos hospitais segregando-os dos direitos sociais, políticos e econômico essas pessoas.

As caixas de aposentadoria e pensões – CAP's vão surgir justamente com a criação da Previdência Social através da Lei Eloy Chaves de 1923, que dava direitos aos trabalhadores em sua maioria imigrantes italianos e portugueses a consultas médicas e medicamentos e também assegurava o empregado ao benefício de aposentadoria e pensões aos dependentes. Mesmo com a criação da Previdência Social muitas empresas não eram afiliadas e os seus trabalhadores ficavam dependendo dos serviços de organização filantrópicas.

Na década de 1930 o Presidente Getúlio Vargas cria o Ministério da Educação integrado com a Saúde e na área do trabalho estabelece a obrigatoriedade da carteira assinada, jornada de 8 horas, férias e também o salário mínimo.

Neste período a CAPs foi substituída pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões-IAPS, modelo que não era oferecido por empresas, mas por área de atuação. Não favoreceu o anterior, pois o trabalhador que não contribuísse, ou seja, os profissionais autônomos, do campo, estavam excluídos dos serviços de saúde e o Estado não o considerava como gente.

Entre as décadas de 1940 e 1960, o país passou pelo processo de urbanização, no qual uma parcela da população passa exercer uma atividade remunerada, necessitava cumprir exigências com a saúde, que levou à criação do Ministério da Saúde em 1953, sendo este desintegrado do Ministério da Educação, o modelo de saúde permaneceu centrado na cura de doença e não na prevenção e promoção da saúde.

No regime da ditadura militar houve várias mudanças significativas no sistema sanitário, como na área de assistência médica, ampliação da seguridade social e a valorização enquanto categorias sociais dos trabalhadores rurais, as empregadas domésticas e os

trabalhadores autônomos, como também em 1960 o IAPS é vinculado ao Instituto Nacional de Previdência Social-INPS, quatro anos depois se cria em 1970 a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM) que tinha como objetivo erradicar as endemias no país.

Em 1974 buscando contornar os problemas sociais, cria-se o Ministério da Previdência e Assistência Social e a Fundação do Bem Estar do Menor (FUNABEM), esse modelo de saúde permaneceu por anos, não priorizando as necessidades da população.

Causou insatisfação em vários segmentos que levou para o debate a busca de uma reforma nas políticas de saúde, motivaram várias indagações e questionamentos, como também levaram para a plenária um projeto de transformação do modelo de saúde, casos de negligência, descaso com os usuários esse episódio ficou conhecido como movimento sanitário, tinha precursores líderes políticos, sindicalistas, ativistas dos direitos sociais, profissionais de saúde, professores universitários, intelectuais e a sociedade usuária.

De acordo com Baptista (2005 pág. 60), o Movimento apresenta quatro propostas para mudar o modelo da assistência em saúde:

- A saúde é um direito de todos independente de contribuição ou outra forma de discriminação.
- Integralidade das ações preventivas e curativas.
- Descentralização da gestão administrativa e financeira das ações de saúde para estados e municípios.
- O estado deve promover a participação popular.

Partindo desta percepção é possível afirmar que o ponto chave do êxito desse movimento foi à participação de pessoas críticas e coerentes com os objetivos que desejavam alcançar, talvez sem o conhecimento técnico a população usuária não teria sido ouvida.

No final da década de 1980 e início dos anos 1990, o regime ditatorial perde as forças e inicia-se o processo de democratização do país, como também foi marcado pelo processo de mobilização social desencadeada na crise econômica, neste período houve a 8ª Conferência de Saúde em 1986 tendo como representantes 5.000 pessoas de diferentes movimentos sociais, esta conferência representou um dos mais importantes avanços da trajetória da política de saúde.

3.1 - A Política de Saúde no Brasil após 1988

A conquista da saúde como um direito social se deu através de vários processos, vindo às discussões de implantação do Sistema Único de Saúde a ser ouvida na década de 1980 através dos questionamentos levantados na 8ª Conferência de 1986 na qual, foram firmadas propostas e diretrizes, entre elas é que o estado de saúde não é somente a ausência de doença, mas um conjunto de fatores como as condições de moradia, a falta de saneamento básico, as condições de alimentação, educação e também foram incorporadas a participação social e a inclusão das classes pobres sendo consagrada na Constituição Federal promulgada em 5 de Outubro de 1988, versando em seus artigos 196,197e 198, que:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo medidas políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação; definir ações e serviços de saúde como de relevância pública; constitui o Sistema Único de Saúde - SUS, através de rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde segundo as diretrizes: a descentralização, atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistências, participação da comunidade.

Vale lembrar, que a aprovação do novo modelo de saúde foi firmado por vários questionamentos e disputas, no qual esse processo de interesse atrapalhou a regulamentação absoluta da saúde pública no Brasil, onde só depois de dois anos o Sistema Único de Saúde veio a ser regulamentado. Debates e pressões dos ativistas sanitaristas com os neoliberais em 19 de Setembro de 1990 consagrado em seu artigo 4º da Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080 que definiu o SUS como “conjunto de ações e serviços de saúde prestada por órgãos e instituições públicas Federais, Municipais e Estaduais, na administração direta e indireta e das Fundações mantedoras pelo poder público e pela iniciativa privada”.

Esta lei não foi muito bem aceita pelo poder legislativo, principalmente no quesito participação popular, pois na votação recebeu 25 vetos, e as discussões foram divididas em dois blocos, um defendia os interesses do Estado e dos capitalistas que queriam a privatização e o outro por representantes dos ideais da Reforma Sanitária que priorizava a Universalidade.

Neste mesmo ano amparado pela lei, os usuários de saúde ganham um espaço de diálogo e participação cidadã, desta vez com as Conferências e os Conselhos de Saúde, apoiado pela lei nº8. 142/90 e no ano seguinte com objetivo de assegurar a participação da sociedade no planejamento das ações do SUS e buscando incentivar a sociedade a fiscalizar os recursos públicos do Sistema Único de Saúde é criada a Norma Operacional Básica do SUS (NOB/90).

Os Conselhos Municipais de Saúde em geral são compostos de forma paritária, são deliberativos, onde a sociedade civil tem o direito de participar; são espaços que elaboram, discutem e fiscalizam as políticas sociais, são baseados na democracia participativa, devem ser concebido com o lócus de fazer político. São espaços importantíssimos para a população fortalecer a pressão popular, reivindicações dos direitos garantidos na Constituição Federal, implantações de novos serviços de saúde que se adeque a cada comunidade.

Portanto, os conselhos são vias de legitimação das políticas públicas, onde buscam atender as necessidades básicas de saúde de toda a população fortalecendo e garantindo a ampliação dos direitos sociais.

O Estado e os gestores municipais têm o dever de garantir melhores condições de saúde, para toda população, principalmente aquelas que encontrarem-se a mercê das péssimas condições de vida, e de moradia que os levam a adquirir várias doenças e por conta da escassez das políticas sociais, colocando-os á margem de outros fatores determinante de saúde.

Após o processo de legitimação do SUS e afirmação das diretrizes preconizada, a saúde pública no Brasil passa a ser responsabilidade do Estado, como um sistema universal e igualitário para todos os brasileiros, tendo sido inspirado em países europeus como Itália e Inglaterra, que diferente do Brasil já possui este sistema de saúde consolidado.

A Constituição Federal de 1988 consagrou as Políticas Sociais para todos os povos brasileiros, esse novo modelo de saúde tinha como objetivo eliminar com velhas práticas de que só tinha direito a saúde quem contribuía, sendo que ao mesmo tempo em que foi consagrada a saúde pública no Brasil como direito social, Universal que atendesse a todos sem distinção, na mesma década o Ministro Administrativo Federal e Reforma do Estado Luiz Carlos Bresser lançou proposta para a privatização das políticas sociais com ênfase na saúde, no qual a proposta foi aceita cinco anos após ter regulamentado o Sistema Único de Saúde pela Lei Orgânica nº8. 080 de 1990.

Sendo assim ocorreu um retrocesso com as políticas de saúde, pois a conquista desse direito não aconteceu como previsto, no qual a população ficou desassistida mais uma vez porque os serviços de saúde foram privatizados, ou seja, o Estado transferiu suas responsabilidades para a população por meio do mercado, sendo a ele coube-lhe oferecer os mínimos sociais para a população carente. De acordo com Sader (2000) o Estado não será

demolido, mas transformado e tornando mais flexível e mais robusto de sorte que preserve a sua função principal, que é a de apoiar e ajudar os mais fracos.

Com a implantação do Neoliberalismo no Brasil em 1990 através do Presidente Fernando Collor de Mello sendo incorporado por Fernando Henrique Cardoso, ocorreu a perda de direitos como da Educação, da Saúde entre outros antes consagrados na referida Constituição brasileira de 1988, essa desfinanciarização, precarização das políticas sociais os administradores chamou de Reforma de Ajustes Fiscais em nome da dívida externa, só que na verdade ocorreu aqui uma contra reforma, pois a população ficou mais carente das políticas sociais.

Vale salientar quem mais saiu beneficiado com a privatização dos serviços de saúde foi o setor privado, pois desde esse período houve a precarização da saúde pública, bem como serviços insuficientes no qual o mercado do setor de saúde tem crescido como nunca.

As políticas sociais no contexto neoliberal foram focalizada e descentralizada em resposta a questão social dos pobres. A privatização da saúde foi utilizada estrategicamente, pois o governo só privatizou as políticas que trazem retorno de lucro de imediato tanto para o mercado capitalista como para o Estado.

Com a re-mercantilização dos serviços de saúde, foi transferidos em mercadorias via consumidor por meio dos planos de saúde, no entanto quando o setor público não atende as necessidades da população carente, bem como o privado por oferecer serviços de alto custo, ocorre um retrocesso porque a população pobre ficar a depender da re-filantropização, esse se fundamenta em responder as expressões da questão social através de ações de caráter voluntário, sendo o que deveria ser de responsabilidade do Estado passa a ser de competência da sociedade civil.

Sendo que, essas distribuições de responsabilidade com a saúde pública se configuram uma ideologia de qualidade distinta para o povo brasileiro a depender do serviço

de saúde que utilizam, no qual o privado/pago diretamente é visto como de qualidade; o serviço público precários/ruim, insuficiente e o filantrópico como pouca qualidade.

É inegável que o SUS foi uma importante conquista da sociedade brasileira e que nos últimos anos teve avanços significativos, sendo que sua proposta de construção, que era se consolidar pouco a pouco como um sistema sólido e seguro, não saiu do papel, no entanto já se passam 23 anos de sua criação e em vez de se firmar como um sistema prioritário e de qualidade, vem sendo alvo de denúncias e casos de negligências.

O Sistema Único de Saúde representa mesmo que parcialmente um processo político de reconstrução da democracia que ficou estagnado nas décadas de 1970 e 1980, norteado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, e tem como regimento organizativo a regionalização, hierarquização, a descentralização e a participação social.

A Constituição Federal de 1988 dispõe no artigo 198 da Seguridade Social, que:

[...] as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I-descentralização, com direção única em cada esfera de governo, II-atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, III-participação da comunidade.

Esse princípio de organização dá mais autonomia aos gestores municipais e estaduais desenvolverem projetos e programas específicos para sua população, como também de certa forma exige que os governantes conheçam melhor as demandas e necessidades dos usuários de sua localidade ou estado.

A Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/90 coloca como regulamentação a descentralização política administrativa dos serviços de saúde aos municípios, e que depois desta lei, o que antes era centrado na federação passou a ser municipalizado e o serviço de saúde ganhou mais organização e os municípios responsabilidade, tendo como base

organizativa a Norma Operacional Básica que desde sua criação em 1991, passou por várias implementações nos anos 1993 e em 1996.

A década de 1990 foi marcada por um processo de mudanças tanto organizacional como na operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde em direção da sua legitimidade, nesse processo transfere a responsabilidade da atenção primária de suas ações para os municípios:

É inegável que o processo de redistribuição de atribuições e competências ocorridas nos anos de 1990 modificou radicalmente o padrão centralizado de produção de políticas, especialmente nas áreas sociais. (BRAVO 2007 apud, SENNA, SOUZA e MONNERAT, 2003. p. 99).

Neste contexto entendem-se como avanços na saúde a municipalização, pois fortaleceu a autonomia dos gestores nas resoluções das demandas dos seus usuários, no entanto houve uma desigualdade na distribuição dos repasses das verbas aos municípios que acabou gerando as desigualdades regionais nas questões de saúde.

Neste início de século XXI, o SUS teve outras conquistas através dos dispositivos de organização como a Norma Operacional da Assistência a Saúde-NOAS em 2001, pela portaria nº5 do Ministério da Saúde e no ano seguinte esta lei foi revogada e o Pacto pela Saúde consagrado na portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006, constando de três princípios: o Pacto pela vida; o Pacto de gestão e o Pacto em defesa do SUS, tiveram como objetivo a regionalização, a descentralização das ações de saúde e principalmente o respeito às especificidades de cada município ou região.

Vale salientar que as Normas Operacionais Básica do SUS (NOB/SUS) representa uma ferramenta para a descentralização da saúde, pois tanto define a distribuição dos incentivos, como também estabelece as regras das ações.

É perceptivo que o SUS não se efetivou como política pública e nem tão pouco cumpriu com a finalidade da reforma sanitária nestes anos de existência; mesmo com todo esse percalço ele é o melhor sistema de saúde pública dos países da América Latina; muitos especialistas afirmam que nos últimos anos é a reforma setorial de saúde mais importante do mundo, todo esse imaginário deve-se ao fato, de um sistema com caráter universal, democrático onde todos têm vez e voz e principalmente integra um conjunto de redes, como também está inserida na política dos direitos sociais.

Mesmo sendo um sistema fragmentado o SUS representa a reforma de um sistema perverso e desigual e que a sociedade caminha na luta pelo reconhecimento de seus direitos sociais, políticos e econômicos, direitos esses que já se passaram duas décadas de efetivação, no qual está bem visível os avanços da saúde pública, que pode ser percebido na vasta rede de serviços ambulatorial e hospitalar, sem contar com os setores de prevenção de doenças transmissível, como também as áreas de erradicação das doenças endêmicas e epidemiológica.

Vale ressaltar que o Programa Saúde da Família (PSF) surgiu na emergência do processo da reforma setorial no ano de 1994, só se tornou amplamente conhecido a nível nacional no ano posterior. Foi inspirada em outros modelos de saúde, como no Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) desenvolvida no Estado do Ceará em 1987, como também no programa médico de Família de Niterói/RJ, sendo este consagrado em 1992.

O Programa Saúde Família-PSF se fundamenta no âmbito nacional através da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) foi implantado através das convenções entre os três níveis de Administração do Ministério da Saúde, Estados e Municípios, no qual exige responsabilidade e compromisso sendo necessário critério para o seu funcionamento que é através dos Conselhos de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde que ocorre os repasses de verba.

Esse programa passou por várias transferências administrativas no qual em 1995 foi para a Secretaria de Assistência a Saúde (SAS), do Ministério da Saúde em 1999 ficou sob a responsabilidade da coordenação de Atenção Básica da Secretaria de Política de Saúde (SPS).

Em 1996 a Norma Operacional Básica (NOB), foi reformulada na qual estabeleceu ao Programa de Atenção Básica (PAB) a transferência de recursos de acordo com o número de profissionais trabalhando no Programa Saúde da Família (PSF), como também de acordo com o número habitacional. “O PAB promoveu uma ampliação significativa dos recursos para a Assistência básica nos municípios em especial aqueles sem oferta de serviços ou rede de saúde estruturada. (BRAVO, 2010 apud, COSTA 2001, pág.104)”.

Toda essa mudança trouxe resultados positivos a Atenção Básica, pois antes havia uma distribuição desigual entre os municípios, no qual os municípios mais desenvolvidos recebiam mais recursos não sendo priorizado a equidade que conseqüentemente acarreta ainda mais a desigualdade social.

Esse modelo de saúde ultrapassa o conceito de saúde doença, atua nos seus diversos fatores que condiciona o ser humano a adoecer sejam fatores biológicos, social e econômica, atua na intervenção, não espera que o indivíduo chegue até ao serviço, o serviço vai até ele.

Vale salientar que o modelo de saúde vigente engloba um conjunto de ações e procedimentos, desde a prevenção, promoção e a recuperação em seus vários níveis como a Atenção Básica responsabilidade dos Municípios, média complexidade essa de competência do Estado, e Alta Complexidade de nível Federal, como também a vigilância em saúde.

Em processo de desenvolvimento nos utilizando deste referencial, é possível encontrarmos nas comunidades quilombolas precariedade desta política de saúde, por entender-se que por esta política também perpassa o preconceito e a discriminação.

3.2- A Política de Saúde da População Negra, na garantia dos Direitos Sociais

Em toda a trajetória e conquista da saúde pública, a saúde da população negra foi construída a base do preconceito e da discriminação em relação à questão racial, no qual o racismo foi repassado de geração a geração desde o período colonial até a atual sociedade. Mesmo passando mais de 500 anos de emancipação, ainda persiste o racismo não declarado, causando desigualdade e injustiças sociais, onde as condições de saúde são vista de forma desigual, e reduzindo a equidade dessa população. Este reconhecimento se apresenta distante, principalmente, devido aos profissionais da área da saúde possuir certo preconceito com determinado grupos racial-étnicos.

A população encontra-se a mercê de várias doenças, pois em sua maioria vivem em locais e condições insalubres e desumanas, favorecendo a prevalência em adquirir doenças crônicas, infecciosas, degenerativas e por sinal a morrer mais rápido que as populações brancas.

A história da saúde da população negra foi construída ao longo dos anos por desigualdade e racismo, no qual as suas condições de vida são resultados de processos de injustiças sociais, culturais e econômicas, que pode ser percebido nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, nos altos índices de doenças crônicas e infecciosas, bem como os altos índices de violência tão presente nessa população.

Mesmo o Sistema Único de Saúde - SUS ter completado os seus 23 anos de existência, após a reformulação da Constituição Federal de 1988, como política social, a população negra se encontra em situações de vulnerabilidade social e moral, onde o direito à saúde de qualidade é um desafio constante dessa população quilombola.

Neste contexto é possível afirmar, que mesmo a saúde da população negra sendo um marco legal, não está de fato preconizada pelos gestores, onde o Sistema Único de Saúde – SUS aparece como um direito conquistado pela população carente, pelos ativistas dos direitos sociais, e prestadores de serviço de saúde. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi uma conquista das populações por meio de reivindicações.

Desde a década de 1970, surgiu organizadamente o movimento social negro com o intuito de reduzir as desigualdades e potenciar o acesso aos direitos sociais, políticos e econômicos. Além disso, a Constituição Federal brasileira, em seu artigo 196, apresenta a Saúde como um "direito de todos e dever do Estado", tendo de 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".

Somente em 1980 se inseriu o tema da Saúde da População Negra em órgão governamentais, nas esferas estaduais e municipais, que mais tarde nos anos 1990, o governo federal se ocupou do tema devido a várias reivindicações da Marcha Zumbi dos Palmares, que foi realizada em 1995, um ano após a marcha o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) teve algumas conquistas, como cita a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra-PNSIPN/2007:

- Introdução do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos;
- A elaboração da Resolução 196/96 que introduziu, dentre outros o recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos;
- A recomendação de implantação de uma política nacional de atenção as pessoas com anemia falciforme.

Entre 2000 e 2003 nas 11ª e 12ª Conferência Nacional de Saúde, com a atuação do Movimento Social Negro efetivou-se a participação social no SUS, sendo em 2003 aprovadas a Lei nº. 10.678 de 23 de Março que cria a Secretaria Especial de Política de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), contendo no seu bojo a seguinte atribuição sustentável:

O princípio da igualdade, associado ao objeto fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos onde a diversidade seja valor, deve desdobrar-se no princípio ético da equidade, que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las. Em saúde, estas ações devem priorizar situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de populações em situações de iniquidade. (BRASIL, 2010, p.17 e18)

A política voltada para a população negra, foi criada para diminuir as imensas desigualdades existentes na saúde, as doenças de agravos transmissíveis e não - transmissíveis existentes na população, como: a anêmia falciforme; a diabetes melito (tipo II); miomas uterinos; depressão por conta do estresse vivido com as tensões da desigualdade social e dos conflitos tão presente na vida dessa população; hipertensão arterial; transtorno mental derivados do uso de substâncias psicoativas; doenças do coração como a coronariopatias e a deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase em adultos, bem como buscando aumentar a expectativa de vida com qualidade para esta população negra.

Ao analisarmos a questão da saúde da população negra no Brasil verificamos que as desigualdades étnicas raciais, bem como, as várias formas de racismos em seus diversos setores das políticas sociais, condicionam e determinam a vida do povo negro, que de acordo com o Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada (IPEA) de 2010 a população negra apresenta 56% maior de risco de vir a óbitos por causas externas, 70% de adquirir tuberculose e 60% maior de uma criança negra morrer antes dos cinco anos de idade por doenças infectos contagiosas, com relação as mulheres negras ao acesso das consultas de pré-

natais, o percentual de mães que realizam sete ou mais consultas, de acordo com o Ministério da Saúde (MS) foi 1,7% de vezes maior entre os partos de crianças brancas com relação aos nascidos negros.

Esse retrato mostra que as políticas públicas não chegam até a população negra e quando chegam são precárias e insuficientes para atender as necessidades como um todo, pois nos últimos anos a SEPPIR tem mostrado essa invisibilidade das políticas sociais com o povo negro.

Nos anos seguintes depois da efetivação da SEPPIR, ocorreram diversos seminários e conferências através dos movimentos negros, no qual após um ano do Dia Nacional da Consciência Negra, o Conselho Nacional de Saúde-CNS, aprovou em 10 de novembro de 2006 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra-PNSIPN, que tem como finalidade combater a discriminação étnico-racial, nos serviços fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, a conquista dessa política veio após várias lutas pela democratização, guiada pelos movimentos sociais, principalmente o Movimento Negro. Não foi apenas conquista dos movimentos sociais, mas também um forte empenho do Ministério da Saúde em conjunto à Secretaria Especial de Política de Promoção da Igualdade Racial-SEPPIR com o objetivo de superar as situações de vulnerabilidade na área de Saúde, que atinge principalmente a população negra.

Com a criação da SEPPIR, a população quilombola acreditou em dias melhores. Mas em se tratando especificamente da população de Pontal dos Crioulos estamos em 2012 e pouca coisa ou nada foi realizada em relação à questão da saúde e daí buscamos a comunidade para verificarmos quais os desafios que enfrentam em busca de uma política integral de saúde.

A comunidade referida situa-se no Estado de Sergipe e está localizado no município de Amparo do São Francisco, como veremos adiante.

4- A COMUNIDADE LAGOA DOS CAMPINHOS-QUILOMBO PONTAL DOS CRIoulos

O município de Amparo do São Francisco é o menor em número populacional do Estado de Sergipe, faz parte da micro região de Propriá conhecido como o Baixo São Francisco, situa-se a 12m de altitude e está a 116 km da capital Aracaju. A via de acesso se dá pela BR-101 e pela SE-200; sua área total é de 39,8 km², está localizado na região nordeste e ao leste do Estado, faz divisa com outras cidades: como Telha, Canhoba e com o Estado de Alagoas separado pelo Rio São Francisco. De acordo com o censo demográfico do IBGE de 2010 sua população chega aproximadamente 2.903 habitantes, o seu Índice de Desenvolvimento Humano-IDH é de 0,602, possui quatro povoados, Crioulo, Lagoa Seca, Serraria e Pontal nos quais todos formam a Comunidade Quilombola.

Conta-se que o município surgiu em 1855 depois de João da Cruz ter desentendido com a mãe, recebeu sua herança, com a qual comprou parte do território hoje Amparo, que pertencia ao município de Propriá, onde construiu sua residência, que logo veio a casar e foi justamente no dia de seu casamento que João da Cruz deu nome a sua propriedade chamando-a Amparo.

Com a escassez de mão-de-obra, bem como a procura de terras para trabalhar foram chegando pessoas de outras localidades, no qual o proprietário daquele território doou

terras para a construção de casa dos primeiros moradores que chegaram depois dele, como também para a construção da igreja.

Em 1937 o município foi invadido pelo bando de lampião, neste período pertencia ao município de Canhoba, e em 25 de novembro de 1953 Amparo emancipa-se do município de Propriá, teve como percurso frente às lutas desse processo Epaminondas Freire, neto do fundador.

A comunidade quilombola é constituída por quatro povoados, Crioulo; Serraria; Lagoa Seca e Pontal, sua distância para o município de Propriá é de 8 km e para Amparo é 6 km situado às margens do Rio São Francisco. Seu acesso se dá pela rodovia SE-200 e por três estradas de terra, tanto pode ir pelo povoado Serraria, como pelo monjolo ou por Amparo. A comunidade possui cerca de 120 famílias e aproximadamente 375 pessoas, no entanto nem todos estão cadastrados como quilombola.

Neste contexto, a comunidade é originada de um conjunto de características próprias dos afros descendentes com uma visível permanência dos costumes, crenças e valores conservados através das lembranças, passado de geração a geração. O desenvolvimento do quilombo Pontal dos Crioulos é semelhante como de várias comunidades quilombolas espalhadas pelo Brasil, no qual os seus fundadores vieram para essas terras fugidas da opressão e da violência sofrida dos donos da mão-de-obra no período do Brasil Colônia:

O desenvolvimento da sociedade colonial e o processo de escravização dos milhões de negros, trazidos do continente africano nos porões dos navios negreiros, marcaram um período longo da história brasileira”. “A despeito das péssimas condições de vida e trabalho e das diversas formas de violência às quais foram submetidos, o desejo da liberdade alimentou episódio de resistência e luta que foram as bases para a formação de quilombos. (BRASIL, 2010, pág. 9)

Aproximadamente entre os séculos XVIII e XIX, a escrava Carlota não suportando mais a opressão e os maus tratos do fazendeiro seu proprietário, fugiu da fazenda Araticum no município de Porto da Folha-SE, juntamente com Luiz Antônio (Luiz Preto) e

seus quatro filhos: Ifigênia; Catarina; Zefina e Braz, e procuraram terras não habitadas pelos colonizadores.

Buscando melhores condições de vida para toda a família e principalmente um local seguro e tranquilo, se refugiaram nas terras às margens do Rio São Francisco, como também próximo a Lagoa dos Campinhos, pois naquele período essas terras eram de difícil acesso, e a mata era fechada. Ali firmaram moradia construindo suas residências e deram continuidade a criação dos filhos, netos e bisnetos.

Em resistência a opressão sofrida e as diversas formas de violência os primeiros negros desta comunidade fugiram para esta localidade que deram continuidade as suas atividades trabalhistas de acordo com os seus costumes da sua terra natal, bem como construiu sua própria história dotada de preceitos e crenças que até hoje é preservado pelos seus descendentes:

Consideram-se remanescentes das comunidades de quilombos grupos étnicos raciais, segundo critérios de auto – definição, com trajetória histórica própria dotadas de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência a opressão histórica sofrida. (INSTRUÇÃO NORMATIVA nº. 56 art.3 do INCRA 2009)

Neste viés o processo de formação das comunidades quilombolas se deu através das inquietações advinda da necessidade de liberdade e da autonomia em viver sua cultura, sua religiosidade e principalmente em decidir por você mesma as formas de trabalho.

Com a chegada dos primeiros fazendeiros, as terras foram divididas, no qual a população ficou com poucas áreas para trabalhar, como também com os locais menos produtivos. Retrato disso é que ao longo desses anos os descendentes dos africanos se encontravam ocupando uma pequena parte do território, onde os povoados Crioulos e Lagoa Seca ficam situados às margens do Rio São Francisco, Serraria e Pontal foram empurrados para os espaços mais altos, como também esses dois povoados ficaram arrodado pelas

fazendas tornando a vida da população mais difícil, há uns anos atrás os fazendeiros proibiram a passagem da população pela estrada que os seus ancestrais construíram com os próprios pés, pois esse caminho era por dentro das propriedades.

De acordo com relatos dos mais velhos da comunidade, o quilombo pontal dos crioulos foi formado pelos descendentes direto de Ifigênia e Catarina com Luiz Antonio, que casou com as duas irmãs.

Dessa maneira é importante frisar que houve uma reprodução das formas culturais, costumes e crenças dos ancestrais, pois as maiorias dos casais são formados por pessoas da mesma família, bem como houve a continuação das formas de exploração, pois essa comunidade ficou submetida ao modo de produção dos donos das terras, no qual a plantação da agricultura e da pesca era dividida entre o trabalhador e o fazendeiro, sendo que o mesmo ficava com a maior parte produzida.

Em 2002 o fazendeiro Pedro de Medeiro Neto, com o objetivo de usufruir sozinho, com a plantação do arroz secou totalmente a Lagoa Natural dos Campinhos, sendo esta a principal fonte de subsistência da comunidade, que conseqüentemente provocou a fome de toda a população, como também causou um impacto ambiental muito grande onde milhares de espécies de peixe vieram a morrer.

Desta forma a população se revolta contra a opressão do fazendeiro, no início de 2003, busca forma de denunciar juntando provas contundentes de precariedade e fome, esses processos de luta se deu através de uma assistente social no qual entreviu nesta realidade por meio do Ministério Público Federal/Procuradoria da República do Estado de Sergipe, do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA), da Pastoral da Terra e dos meios de comunicação, esses órgão iniciaram processo para que a Lagoa voltasse a ser cheia.

Em principio a luta era pelo direito de pescar normalmente, só que depois do relato do padre Isaias, que sempre afirmou que a comunidade era descendente de escravo e que até então a comunidade tinha vergonha de assumir sua identidade, passou a ser esclarecido que ser descendentes de escravo não é nenhum defeito, a partir daquele momento foi organizado um grupo de jovens buscando resgatar o processo histórico com os anciãos da comunidade.

Esse processo resgatou as formas de vida, de trabalho, cultura e a identidade étnica dos ancestrais, que pareciam ter sido esquecidos na memória dos seus descendentes, sendo resgatada à dança – afro, a capoeira entre outros. Desde então, foi enviado ao Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrário (INCRA) documentos histórico da comunidade reivindicando o seu reconhecimento:

Com base na legislação da Constituição Federal de 1988, no seu artigo 68 diz: aos remanescentes as comunidades dos quilombos que estejam ocupadas suas terras pública é reconhecida à população definida, devendo o Federal, Estado emitir-lhe os títulos respectivos.

Seguindo a legislação vigente em Abril de 2004, a comunidade foi reconhecida como comunidade quilombola, nesta data era o segundo quilombo a receber o certificado de Auto-Reconhecimento, sendo que o primeiro a receber esse título no Estado de Sergipe foi Mocambo do Município de Porto da Folha/SE.

Desde o seu reconhecimento à comunidade vem reivindicando a posse das terras a qual foi usurpada pelos fazendeiros, proverem o seu meio de subsistência, e que de acordo com a coordenação a comunidade já foi beneficiada com 56% das propriedades das terras e que atualmente a população vive um dilema que mesmo tendo a terra para trabalhar faltam recursos para desenvolver as atividades agrícolas e para cuidar da mesma.

A partir dessa descrição, que envolve terra, cultura, costumes e saúde, diferimos que a saúde séria prioridade de todos nós dentro da comunidade e buscamos através de entrevistas saber como está à luta pelo direito a saúde integral dessa gente.

4.1- O Serviço Social na Comunidade Lagoa dos Campinhos Quilombo Pontal dos Crioulos

A questão étnica racial no Brasil sempre foi tratada de forma desigual se comparada com outras etnias, na qual a partir da década de 80 é que essa questão ganhou visibilidade pela academia científica, especificamente em 1989, que os pesquisadores do campo do Serviço Social começaram a pesquisar e estudar a inserção do Assistente Social nas questões étnicas raciais.

Neste mesmo ano supracitado ocorreu o 6º congresso de brasileiro de Assistente Social, no qual empoderou os profissionais a divulgar e elaborar trabalhos referentes as expressões da questão sociais do negro, sendo que depois desse episódio nos anos seguintes foram desencadeados vários eventos do mesmo patamar, qual contribuiu através das referências publicadas, de que os problemas decorrentes da desigualdade social e do racismo deveria ser analisada e implementada pelas políticas sociais, uma vez que é nesse contexto que o Serviço Social se insere nas questões sociais da raça negra, bem como no processo de construção da efetivação dos direitos desse povo:

[...] uma vez que o racismo e o preconceito fazem parte das relações de dominação e exploração, é o assistente social – que tem como principal função trabalhar as relações sociais através de uma ação educativa, visando à consciência e a participação – um profissional indispensável para a eliminação das situações de

discriminação que vivemos. Não só essa categoria profissional, mas todos os intelectuais e trabalhadores sociais devem intervir nesta questão, informando e conscientizando negros e brancos por meio de ações educativas e no caso da população negra, especificamente estimulando e propiciando, sua organização e participação política”. (RIBEIRO 1999, apud PINTO, 2003.p. 15)

É nesse processo que o Assistente Social atua no contexto das expressões sociais da população negra que busca a efetivação dos direitos desse povo, no qual tem desenvolvido um trabalho eminentemente pedagógico em direção da autonomia dos indivíduos para que possa desarticular a questão racial que tanto atrapalha o desenvolvimento da vida do povo negro.

A inserção do Serviço Social na Comunidade Lagoa dos Campinhos Quilombo Pontal dos Crioulos, se deu em meio ao processo de desarticulação do poder dominante vigente naquela localidade, em 2002 o Fazendeiro secou a Lagoa dos Campinhos, sendo que a Lagoa pertencia ao fazendeiro e a alguns moradores. Em visita a comunidade a assistente social percebe que a Lagoa natural dos Campinhos estava totalmente seca e drenada, sendo esta a principal fonte de recursos de subsistência da comunidade, (diz a assistente social) tirar a lagoa dos moradores na verdade era matar aos poucos a vida dos moradores .

Sendo assim, foi articulada a mobilização da comunidade contra o ato do fazendeiro, bem como foi organizado grupos de pessoas para denunciar o sistema de exploração que o fazendeiro submeteu a população a viver na miséria, bem como humilhando e usurpando os seus direitos.

Valem salientar que as práticas desenvolvidas pelo profissional de Serviço Social são permeadas por várias dimensões sociais, políticas e econômicas e que o seu modo de pensar e de agir é amoldado de acordo com as necessidades da sociedade, bem como da sua matéria prima “a classe pobres” tem como foco a busca da concretização do princípio da justiça social:

O Serviço Social enquanto campo profissional é área de construção de conhecimento, está permeado por um fazer e pensar complexos. As reflexões se estruturam a partir da análise sobre as sociedades, tendo como foco as desigualdades e as dinâmicas das relações humanas, e como meta a construção da justiça social. (RIBEIRO. 2004, p.149)

É neste contexto que o Serviço Social trabalha com a organização das pessoas, o qual mobilizou a comunidade na luta pela abertura da Lagoa, sendo assim foram realizadas várias reuniões, que culminaram com a denúncia do sistema de exploração, através do Ministério Público Federal, como também o impacto ambiental causado com a matança de várias espécies de peixes ao IBAMA.

Neste processo, com a intervenção do Ministério Público Federal a população conseguiu ter a Lagoa cheia, bem como a volta dos peixes através da Codevasf, em respostas afirmativas desses órgãos a população começou a perceber que a coletividade faz a força e que poderia através da luta ter suas vidas de volta , reivindicando os seus direitos, pela melhoria das políticas públicas.

Sendo assim é nessa perspectiva de organização e mobilização que o Serviço Social atua, intervindo nas questões dos mais necessitados, rompendo com a ideologia dominante por meio de ações educativas, que leva o despertar da consciência do sujeito envolvido em relação à submissão do sistema de opressão:

Essa intervenção supõe a construção de estratégias de mobilização capacitação e organização das classes subalternas no movimento contraditório da sociedade visando a recuperação da unidade entre o pensar e o agir, na constituição de um novo homem, base e expressão de novas subjetividades e normas de condutas, isto é de uma cultura contraposta a cultura dominante. (ABREU, 2002, p.134)

O Assistente Social, atuar nas contradições das questões sociais, bem como, as decisões tomadas, são em conjunto com os membros da comunidade, pois ele atua no fortalecimento da coletividade através da organização, o movimento fragmentado não consegue alcançar os objetivos proposto, esse profissional trabalha com a capacitação dos

moradores , informando , conscientizando a comunidade do seu papel como cidadão, bem como esclarecendo os seus direitos e deveres mostrando por meio de palestras educativas e através das discursões dos direitos constitucionais os caminhos a serem trilhados na busca da conquista dos seus direitos.

Vale salientar que as políticas públicas só chegam até a comunidade por meio das lutas sociais através da reivindicação dos direitos, o êxito da luta da comunidade se deu através da organização dos moradores, bem como da formação crítica que o profissional de Serviço Social tem, pois se coloca no sentido de ampliar e consolidar direitos.

É nesse sentido que o Serviço Social trabalha na comunidade quilombola, no fortalecimento das lideranças do movimento social, o qual nos últimos anos através da organização, a Comunidade Lagoa dos Campinhos Quilombo Pontal dos Crioulos tem inspirado outras comunidades no Estado, no aspecto de mobilização/organização em prol da luta pela efetivação dos direitos políticos, sociais, econômicos e culturais.

O processo de desenvolvimento da mobilização e organização se fundamenta na construção da autonomia do individuo por meio das práticas educativas realizadas pelo Assistente Social, tendo como eixo a construção da emancipação desse sujeito frente às questões sociais:

A mobilização social e a organização, como elementos constitutivos são condições indispensáveis na concretização das práticas educativas desenvolvidas pelo assistente social, tendo como horizonte a conquista da emancipação humana, passando pelas lutas democráticas e pelo fortalecimento de processos emancipatórios das classes subalternas e de toda a sociedade. (CFESS/ABEPSS, 2009. p.600)

Esse processo de mobilização em defesa da luta dos direitos trouxe à tona conquistas impensadas há uma década, pois através da organização a comunidade em 2003 teve a Lagoa cheia de volta e a garantia de pescar livremente sem precisar dividir com o Fazendeiro, pois antes desse processo de luta, os pescadores pescavam com suas próprias

redes e barcos e mesmo assim o Fazendeiro ficava com a maior parte e com os melhores peixes, sendo assim reproduzida a opressão e a humilhação sofrida pelos seus descendentes.

No entanto os moradores aceitavam de forma natural, no qual não reivindicavam a opressão sofrida, sendo que homens e mulheres pescavam na Lagoa , seja para vender ou para o próprio consumo, pois eles não tinham nenhuma garantia quanto a sua profissão , sendo assim, foi através da Assistente Social que os moradores reconheceram a função da pesca como uma profissão, e começaram a tirar a carteira de pescador artesanal², sendo uma forma de garantia de direitos por meio da seguridade social.

Nesse processo de luta a comunidade conseguiu orelhão para se comunicar com outras localidades e com os órgãos competentes , bem como a erradicação das casas de taipas³ , sendo este um direito de todos os cidadãos, terem uma moradia segura e digna, recentemente a comunidade conseguiu 56% das terras reivindicadas, com a conquista da terra a população tem onde plantar sem precisar dividir com o Fazendeiro, bem como criar os animais sem medo.

Em entrevista, a Assistente Social da comunidade, afirma que o desenvolvimento da comunidade se deu em defesa de uma melhor qualidade de vida, bem como em garantir a permanência da população na mesma, pois se não fosse à luta a comunidade viria a ser extinta porque os fazendeiros estavam tornando a vida dos moradores inacessível através das cercas, bem como de difícil sobrevivência com a seca da lagoa, sendo esta a principal fonte de sobrevivência.

² O pescador (a) artesanal é o profissional que, devidamente licenciado pelo Ministério da Pesca e Aquicultura, exerce a pesca com forma comerciais, ou de forma autônoma ou em regime de economia familiar. Ver mais em <http://www.mpa.gov.br/pescampa/artesanal.html>. Acessado 30/05/2012.

³ Existem polêmicas a respeito do programa casa de taipas, onde defensores consideram ser a casa de taipa ecologicamente mais sustentável; já o Programa visualiza que a casa de alvenaria além de mas resistente e com possibilidades de instalações elétricas e hidráulicas ainda traz benefícios de salvar e guardar seus moradores de animais venenosos como o escorpião e o barbeiro um dos maiores causadores da morte das pessoas que moram em casa de taipas. [grifo nosso].

Sendo assim através da luta os moradores passaram a ter autonomia de decisão, pois mudou no aspecto econômico porque conquistou o direito de plantar livremente, e a pescar para o próprio consumo e para comercializar, as pessoas passaram a se mobilizar e organiza-se em busca de seus direitos, e um fato importante é que a comunidade tem encarado as garantias das políticas públicas como um direito e não como um favor.

Segundo relatos de uma jovem líder quilombola, a comunidade passou a assumir a identidade quilombola e com a presença do profissional de Serviço Social só fortaleceu ainda mais o processo de luta, o qual tem empoderado às pessoas a participar cada vez mais no processo de efetivação das políticas pública, pois não existe gestor bom, existe população organizada, porque os governantes administram em função da oposição e da pressão do povo.

4.2- Os Desafios da População Negra na Luta pela Efetivação da Saúde Integral, na Comunidade Lagoa dos Campinhos Quilombo Pontal dos Crioulos

O espaço territorial que situa-se a comunidade Lagoa dos Campinhos Quilombo Pontal dos Crioulos, está localizado no município de Amparo do São Francisco/SE. A comunidade quilombola foi construída pelos escravos fugidos da opressão, da humilhação sofrida pelos donos da produção, e que ao longo desses anos foi reproduzida aos seus descendentes a exclusão ao acesso de oportunidade, a desigualdade social, a discriminação e o preconceito em diversos setores das políticas sociais, o qual não foi diferente na questão da saúde pública.

Desde o início da formação da sociedade brasileira e até o final dos anos 1980 do século XX, o desenvolvimento da saúde da população negra na Comunidade Lagoa dos

Campinhos Quilombo Pontal dos Crioulos foi centrada nos procedimentos de ervas medicinais e das benzedadeiras, só em 1975 que foi implantado um posto de saúde na sede do município direcionado ao modelo curativo, mesmo assim o serviço era escasso, pois os moradores da comunidade tinham que ir até o município de Amparo ou Propriá a pé.

Conforme relatos de quatro moradores mais velhos, chegamos à conclusão de que com a deficiência no sistema de saúde, a comunidade possuía um índice elevado de gestante, aproximadamente há uns trintas e cinco anos atrás, as mulheres chegavam a ter em média de 8 a 10 filhos por família, tem casos de mulheres que tiveram 14 filhos e ainda teve delas que teve 21 filhos e que desses só dois chegaram a fase adulta.

Retrato disso, é que as famílias que foram compostas aos uns trintas anos atrás são extensas, como também os partos eram realizados por parteiras em casa, que por consequência dessa precariedade de políticas sociais ocorreu um índice muito grande de mortalidade materna e infantil, pois muitos dos recém-nascidos morriam antes de completar os cinco anos de idade. (Relato da Agente Comunitária de Saúde do Quilombo, 2012)

Sendo assim, de acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1999, em 1980, crianças negras apresentam índice de mortalidade 21% maior do que o dos brancos (para cada mil nascidos vivos morriam 76 brancos e 96 negros). Entre 1977 a 1993, a mortalidade de menores de 1 ano no país foi de 51% , a mortalidade de brancos foi reduzida em 43% a de negros em apenas 25% .(MANDARINO, 2009 apud ,CARVALHO, 2002, p.9).

É notável que os governantes ao longo desses anos, fizeram pouca coisa para diminuir os fatores que causa mais doenças e que levam a morte dos negros, pois esse povo até hoje se encontra vivendo em péssimas condições de higiene, de habitação, de saneamento básico e sem o acesso a bens e serviços públicos.

Retrato disso que nessa época, na comunidade de Pontal dos Crioulos, os familiares não tinham, nem condições de oferecer um sepultamento digno para as crianças que faleciam, pois as crianças que chegavam a óbito eram sepultadas em cemitério clandestino, especificamente aos arredores de uma capela no Povoado Crioulo, o corpo da criança era posto em uma tampa de mala ou em uma caixa de sapato, fato interessante é que o corpo da criança ou recém nascido era carregado por outras crianças mais crescidas até o cemitério. (Relatos de moradores da comunidade, 2012):

[...] as vias pelas quais o social e o econômico, o político e o cultural influem sobre a saúde de uma população são múltiplas e diferenciadas, segundo a natureza das condições sócio econômicas, o tipo de população, as noções de saúde doença e agravos enfrentados. No caso da população negra o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento, determina condições especiais de vulnerabilidade. (MANDARINO 2009, apud, LOPES 2005. p. 9)

Ao analisarmos as questões da saúde da mulher na comunidade e dos recém nascidos, chegamos à conclusão que, as causas das mortes maternas e infantis se davam pela falta de condições de higiene, por falta de informações no cuidado com o recém nascido, como também a alimentação deficientes de nutrientes, bem como por não ter acesso a nenhum tipo de assistência médica na gestação e no puerpério:

No Brasil as causas mais freqüentes de mortes maternas são a hipertensão, as hemorragias, as doenças do aparelho circulatório que se complicam durante a gravidez, o parto e o puerpério, infecção puerperal e o aborto. Isso ocorre principalmente entre jovens com baixa escolaridade, pobres, negras e vítimas da escassez/falta de condições de acesso/qualidade em relação aos serviços de saúde. (LUCENA, 2010. p. 103)

A saúde antigamente era assim Eva do mato que agente pegava , cideira , marcela, calipto, pitanga ninguém ia pro hospital, que não tinha , criança ganhava em casa ,eu tive cinco em casa (relata a mulher) quando o parto era ruim juntava aquelas recadeira para rezar , no inbigio colocava pipiri de esteira , cuspi do cachimbo, dava aquela tragada no

cachimbo cuspiam no pipiri e colocava no inbigo, não tinha vacina, a vacina foi dos tempos pra cá (M.S. 58 anos).

Por não ter acesso à assistência à saúde, os moradores da comunidade, se curavam e tratavam os seus membros através das rezas dos curandeiros, bem como por meio das plantas medicinais, pois os tipos de ervas e seus efeitos eram passados de geração a geração pelos mais velhos, era uma forma de continuação de uns cuidar dos outros, sendo que os partos eram realizados por parteiras, muitas delas rezadeiras, no qual na hora do parto a parteira pedia ajudar aos seus santos protetores para ajudar a criança a nascer, essa atividade desenvolvida por essas mulheres sábias, era um ato de solidariedade sendo assim, não recebia nada em troca só o respeito dos pais da criança que o passaria a chamar de comadre e do recém nascido que passaria a chamar a de madrinha ou mãe de umbigo.

A forma de cuidados do umbigo da criança era como um ritual preparado com várias misturas usava-se a cinza dos resíduos do fumo queimado no cachimbo, junto com o material da esteira queimado, que misturava com a saliva depois de ter tragado o cachimbo e depois por no umbigo. O acesso à vacinação surgiu na década de 80, sendo que esse serviço era de difícil acesso, pois as mães tinham que ir até a sede do município a pé com a criança nos braços, que por consequência muitas crianças tomavam a vacinação depois de alguns anos.

O direito a saúde da população quilombola sempre foi um processo permeado por desigualdade de oportunidade, por preconceito e sua efetivação foi lenta, até hoje, que mesmo depois da promulgação da Constituição Federal de 1988, ter priorizado o Sistema Único de Saúde, como um Serviço Universal, equânime e que atendesse o usuário de forma inteira, essa prática não se efetivou para todos os povos brasileiros.

Vale ressaltar que só depois da implantação do Programa Agente Comunitário de Saúde-PACS no município em 1996 é que a questão da saúde da população negra passou a

mudar e posteriormente com o surgimento da Atenção Básica em 2000 na sede do município, o qual passou a prestar assistência à comunidade, bem como foi reduzido o número de oito filhos por família para quatro em média, através do planejamento familiar, como também entre o início dessa primeira data supracitada caiu o número de óbitos de crianças e recém-nascidos, pois com esse serviço aumentou o controle da imunização, bem como, foi priorizado os programas de assistência as gestantes.

O Município de Amparo do São Francisco possui uma equipe de atenção a saúde de nível primária, no qual foi implantado o programa Saúde da Família no ano de 2000, sendo composta por uma equipe de saúde bucal; seis Agentes Comunitários de Saúde ;uma enfermeira ; um médico ; uma auxiliar de enfermagem. Atualmente possui quatro postos de saúde dois na sede do município e dois na comunidade quilombola, um no Povoado Crioulo e outro no Povoado Pontal.

De acordo com os dados do Sistema de Informação em Saúde(SIAB), 2010, o município de Amparo do São Francisco apresenta cobertura total de 100% de ações e procedimentos desenvolvidos na sua população.

Esses dados mostram contradições, porque como pode prestar assistência à saúde de forma 100%, se a questão da saúde de acordo com a Lei Orgânica da Saúde 8.808 de 1990 diz que: a saúde é um conjunto composto de ações e serviços articulados com outras redes, se na comunidade não há coleta de lixo? Se os povoados Crioulos e Lagoa Seca não possuem abastecimento de água potável? Se o Povoado Pontal que pega água diretamente de uma caixa comunitária e nem ao menos é pavimentado, uma vez que quando chove a população sofre com a lama, principalmente os alunos do Povoado Pontal que tem que atravessar a Lagoa dos Campinhos a barco para o outro Povoada Serraria e em seguida pegar o transporte escolar e ir até o colégio na sede do município? Bem como nos períodos de chuva a equipe do

PSF não presta assistência aos moradores do Povoado Pontal devido as estradas não oferecer condições de tráfego, que de acordo com os direitos fundamentais diz-se que:

Os moradores de remanescentes de quilombos serão beneficiários de incentivos específicos para a garantia do direito a saúde, incluindo melhorias nas condições ambientais, no saneamento básico, na segurança alimentar e nutricional e na atenção a saúde. (BRASILIA, 2010. p.8)

É perceptivo que em todo processo de legitimação da Atenção Básica o princípio da equidade não foi priorizada pelo gestor local, bem como o modelo de atenção integral pela equipe não foi incorporada, pois os profissionais só cuidam do que está aparente, não faz a ligação do estado de saúde do indivíduo com os fatores que o condiciona a adoecer e morrer.

De acordo com a Agente Comunitária de Saúde da comunidade, em consequência disso, nos últimos anos a Comunidade Lagoa dos Campinhos Quilombo Pontal dos Crioulos tem sofrido com vários casos de doenças como: a hepatite A, sendo que em 2002 uma jovem veio a óbito através da hepatite B, bem como crianças e idosos tem sido alvo de diarreias. Há também um número elevado de idosos e adultos hipertensos e diabéticos, bem como um crescente número de jovens e idosos que faz uso de bebidas alcoólicas exageradamente, o que leva esses indivíduos ao transtorno mental ou a morte, pois em abril de 2012 um idoso veio a óbito devido ao uso abusivo dessa substância.

Segundo dados do relatório da Associação do Território remanescente de quilombo Pontal dos Crioulos novembro de 2010, entre 2008 a 2010 outra doença entra em cena, preocupando toda a população, desta vez a hanseníase, a qual houve um número elevado se comparado ao número populacional da comunidade, pois entre esses anos foram diagnosticados 13 casos, sendo que sua população corresponde aproximadamente 372 habitantes, neste período na sede do Município foram detectados apenas três casos:

No mundo a hanseníase, afeta a população de 91 países. Em 2006 segundo Organização Mundial de Saúde-OMS dos 47.612 casos registrados na América, 44.436 ocorreram no Brasil e só fica atrás da Índia, em 2008 esses números caiu para 39.992 casos com a redução de 23%, já no estado de Sergipe em 2006 foram notificados 651 casos, em 2008 esse número foi reduzido para 538, sendo que em 2009 esse número voltou a subir para 620 casos detectados. O controle da hanseníase é baseado no diagnóstico precoce, no tratamento e na cura visando eliminar fontes de infecções e evitar seqüelas. (IPEA, 2010.p.23e SINAN, 2010. p.16).

Neste viés, o que mais preocupava a comunidade não era só a doença, mas o diagnóstico tardio dos infectados, pois muitos dos casos não foram diagnosticados pelo médico local, mesmo tendo sido o consultado por várias vezes, bem como se outras pessoas estariam com a doença, que por ser uma comunidade todos se conhecem e compartilham laços de afinidade e companheirismo.

Sendo que a hanseníase é uma doença de fácil transmissão, pois ela é transmitida pelos líquidos salivais, portanto quanto mais próximo do infectado sem tratamento a pessoa estiver corre o risco de contrair a doença, como também o seu diagnóstico pode demorar anos para ser descoberto, muitas vezes os sintomas ficam encubados por muito tempo. Assim de acordo com o Coordenador do Núcleo de Doença Transmissíveis, Marco Aurélio Góes, a hanseníase é uma doença com longo período de incubação e manifestações clínicas iniciais discretas, indicando que os casos diagnosticados nestes anos provavelmente tiveram sua infecção em anos anteriores. (SERGIPE MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2010. p.16).

Sendo assim, a coordenação da comunidade quilombola procurou a Secretária Municipal de Saúde para tentar resolver esse problema e acalmar a população, essa comunicação não teve êxito, pois o gestor municipal e a mesma secretária referida afirmaram “o que tinha de fazer já havia sido feito”.

Diante dessa situação os coordenadores da comunidade procuraram a Secretária do Estado da Saúde, e entregou um ofício no dia 06 de outubro de 2010 relatando os problemas de saúde e o descaso da Atenção Básica com a saúde da população negra na comunidade:

A Secretária de Estado da Saúde no âmbito da Atenção Primária, tem como responsabilidade, dentre outras, a coordenação do processo de implementação da Atenção Básica no Estado, estabelecendo metas e prioridades para sua organização, prestar acessória técnica aos municípios no processo de qualidade da Atenção Básica e de ampliar e consolidação da Estratégia Saúde da Família e acompanhar, avaliar e monitorar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no território estadual. (Portaria 648/GM2006, Lei Estadual. 6.345,2008).

Sendo que, em resposta das inquietações e dos problemas de saúde supracitado, a representante da Secretaria do Estado de Saúde (Mônica Sampaio) foi categórica, a qual se omitiu de suas responsabilidades, afirmando que o seu papel é fiscalizar o município e que não poderia intervir nesta realidade, e se comprometeu em entrar em contatos com o gestor municipal.

Desde a formação da sociedade brasileira que, aqueles que possuem o poder protegem o outro aliado, com o sistema de saúde não é diferente, pois ao procurar o administrador estadual de saúde, o mesmo não se mostrou transparente frente as indagações requisitas pela comunidade.

No entanto com essas co-relações de forças diante dos problemas levantados, e contrariando os objetivos dos moradores, que pedia a realização do auto exame em todas as pessoas da comunidade para que pudesse detectar possíveis casos, como também a inauguração do posto de saúde que tinha seis meses de construído e mesmo assim a equipe médica prestava assistência à comunidade nas escolas.

Neste mesmo processo requisitava um auxiliar de enfermagem na comunidade, uma ambulância que ficasse a disposição da comunidade 24 horas, pois foram relatados casos de pessoas que chegaram a morrer por falta de assistência de imediato, sempre que precisava desse serviço à população tinha que se deslocar a pé ou de motocicleta até a sede do município.

Sendo assim por intermédio da Assistente Social que elaborou o ofício e foi enviado ao Ministério Público Federal no mesmo ano, os quais descreveram as doenças e o descaso com a saúde da população negra na comunidade pelos dois setores o Estado e a secretária municipal de Saúde.

Neste contexto em resposta das solicitações do Ministério Público Federal, por meio do ofício MPF/PRSE/LNT n°. 612/2010, ocorreram diversas reuniões, com os técnicos da Atenção Básica, com a diretoria Estadual de Vigilância Epidemiológica, com o representante do Núcleo de Doenças Transmissíveis, tendo também a Secretaria de Saúde Municipal e com a comunidade quilombola.

Neste processo depois de ouvir a comunidade, os técnicos responsáveis pela execução da política de saúde, chegaram à conclusão que não era necessário o auto-exame de toda população, mas de todos os contatos dos infectados, como também era necessária a capacitação da equipe da Saúde da Família e dos profissionais que atuam na realização dos exames laboratorial (Biomédico e auxiliar de laboratório) para que pudesse diagnosticar e tratar os usuários, bem como para que a população não precise mais se deslocar para outros municípios ou a Capital para ter acesso ao diagnóstico seguro.

Sendo assim, em dezembro de 2010, o Ministério da saúde enviou uma Assistente Social para acompanhar de perto a excursão da solicitação do Ministério Público Federal, a qual participou da capacitação dos profissionais e dos exames dos contatos dos doentes, sendo diagnosticados neste dia três novos casos.

Segundo relatos de dois membros da coordenação da Comunidade Lagoa dos Campinhos Quilombo Pontal dos Crioulos o êxito dessa solicitação se deu principalmente, porque contou com a intervenção de órgão competente, como também com profissionais críticos coerente com o princípio da justiça social, se a comunidade não tivesse o apoio desses técnicos não teria sido ouvida.

O direito a saúde sempre foi um processo difícil para a comunidade, pois os gestores não priorizaram o modelo de saúde vigente estabelecido na Constituição Federal de 1988, a promoção, prevenção sendo reproduzido o modelo curativo.

No contexto atual a comunidade possui dois postos de saúde com pequenas instalações, um no povoado Crioulo e outro no Povoado Pontal, que funciona para a realização de curativos, para a distribuição de medicamentos, quando tem, pois de acordo com a Agente Comunitária de Saúde da comunidade, de novembro de 2011 a abril de 2012 estava faltando medicamentos de todos os tipos e principalmente os de hipertensão arterial, diabéticos e do coração.

A assistência à saúde na comunidade é prestada pela equipe saúde da família, uma vez na semana e às vezes de quinze em quinze dias, sendo que os atendimentos são precários, e as consultas médicas são rápidas e deficientes, pois os serviços prestados são pela manhã, sendo que no mesmo período matutino a equipe do PSF presta atendimento na sede do município e na comunidade que acaba fragmentando o atendimento ao serviço prestado na comunidade, e que trás como consequência o diagnóstico incorreto das pessoas.

Mesmo o quilombo possuindo dois postos de saúde, as mulheres para ter acesso às consultas ginecológicas, os exames e os pré-natais, têm que se deslocarem até a sede do município, muitas vezes vão a pé, onde a distância do município para a comunidade é de 6 km, bem como para a realização de exames laboratoriais de baixa complexidade. No entanto os moradores da comunidade recentemente estão tendo acesso aos serviços de odontologia, uma vez na semana.

Mesmo com a construção dos postos de saúde na comunidade, a realidade da saúde no quilombo não muda, porque o PSF não funcionar totalmente, as pessoas que vi morrer foi por falta de tratamento adequado, diagnostico tardio. (T.C. M).

Esse relator mostra que, mesmo com a construção do posto de saúde, as questões da saúde da população negra na comunidade não mudaram, pois do que adianta construir estabelecimentos de saúde se no mesmo não possuir profissionais qualificados e permanentes para atender a comunidade? Sendo que as ações desenvolvidas pela equipe saúde da família na comunidade são centradas principalmente na recuperação da saúde, no qual não prioriza o princípio da equidade e tão pouco da integralidade, ou seja, olhar o indivíduo como um todo, não só os sintomas da doença, mas todos os fatores sociais, econômicos e culturais que o condiciona a adoecer e morrer, sendo assim, será necessário desenvolver educação permanente em saúde, pois as únicas ações de promoção e prevenção desenvolvidas na comunidade, são os exames laboratoriais, citológicos e a imunização.

Vale salientar, que se observou a necessidade muito grande de transporte para área da saúde, pois mesmo na comunidade apesar de ter uma ambulância sempre que os moradores precisam a mesma não se encontra, bem como na sede do município está com o mesmo problema, pois sempre que a auxiliar de enfermagem precisa do transporte para desenvolver a imunização na comunidade e nas fazendas a mesma não está à disposição dela, o que acaba atrasando a vacinação das crianças.

No município, bem como na comunidade verificamos que as mães reivindicam uma pediatra para atender as crianças, pois nem sempre o médico local resolve os problemas de saúde da criança, como consequência a mãe leva o filho para o hospital regional de Propriá, município que dispõe de melhores serviços e com equipe médica permanente.

Vale destacar que o hospital Regional é para casos de urgência e emergência e não para procedimento ambulatorial, uma vez que houve a descentralização das ações, cada gestor ficou responsável pela saúde de sua população local.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição Brasileira de 1988 legitimou o Sistema Único de Saúde – SUS através da lei nº 8.080 de 1990 para que todos os povos sem distinção tivessem o direito à saúde seguindo os princípios da integralidade e da equidade, mas foi observado que em se tratando da comunidade Lagoa dos Campinhos quilombo de Pontal dos Crioulos, esse direito não veio como previsto, por motivos diversos entre os quais damos destaque a habitarem em zona rural de difícil acesso passando por situações de vulnerabilidade moral e social.

Ficou percebido a existência de descaso por parte da administração local quando não prioriza esta comunidade, pois os repasses direcionados à atenção do quilombo são mínimos fazendo com que continuem utilizando-se da medicina natural e do curandeirismo como aprenderam desde os seus antepassados, com tudo há defensores do movimento popular em saúde, que defendem a medicina alternativa, sendo que esses procedimentos utilizados sejam devidamente qualificados e que não levem risco a mãe e ao recém nascido.

Desde a década de 1970 a questão da saúde da população negra é um tema que apesar de novo vem sendo debatido e questionado não só pelo movimento negro como pela população acadêmica tornando-se cada vez mais contundente, seja pela questão do racismo seja pelo descompromisso com o acesso às políticas públicas, sejam pelas precárias condições de acesso a estas comunidades o que vêm aumentar ainda mais, no caso do Pontal dos Crioulos, as doenças infecta contagiosas e degenerativas, comuns na população negra.

A pesquisa passou por um crescimento ao ficar constatado pelas pesquisadoras a (in) visibilidade das necessidades sociais em saúde via Atenção Básica, fazendo com que muitas vezes os moradores da comunidade busque tratamento com profissionais de outros

municípios ou até mesmo na capital, Aracaju, distante mais de 100 km da localidade pesquisada.

Nesse mesmo contexto pôde-se perceber a lentidão para diagnosticar ou a falta de diagnóstico quando moradores apresentavam sintomas de possuidores da hanseníase, o que levou ao prolongamento do tratamento ou como alternativa buscar a intervenção do profissional de Serviço Social que atua na perspectiva de ampliação e consolidação de direitos.

A (in) visibilidade da administração pública local ganha transparência quando o Ministério Público Federal – MPF e o profissional de Serviço Social uniram-se para fazer valer os direitos dos cidadãos quilombolas, ao que nos pareceu ser necessário não apenas a mobilização de órgãos competentes como ir além destes, contar com o apoio da população local e mostrar que havendo participação popular torna-se mais fácil modificar o quadro existente da caótica política de saúde de Pontal dos Crioulos.

Nossa pesquisa acreditamos, ter sido de muito valor para nós enquanto pesquisadoras, por nos ter dado um direcionamento para o campo da pesquisa de campo, bibliográfica e ter contribuído para o nosso melhoramento quanto a entendermos a importância do ensino e da pesquisa, pois só neste momento valorizamos quanto é gratificante podermos deixar documentado sobre uma problemática que se a vivenciamos de perto, deixamos também espaços para outros acadêmicos se aprofundarem nela.

Declaração

Eu Márcia Barboza Nascimento Ramos, portadora do
RG, 823440 - SSP-SE e CPF 370726335-53
formada em Licenciatura Plena em Letras
pela Faculdade de Formação de Professores de Renedo na
cidade de Renedo Estado de Piauí.

Declaro que li e corrigi o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado das
graduandas Allecyra Vieira de Souza, Anny Katheleen Basílio dos Santos Ramos e Edna
Maria Martins do Curso de Bacharelado em Serviço Social da Universidade Tiradentes
(UNIT), observando a ortografia, pontuação, concordância, coesão e coerência.

Amparo do São Francisco/SE

Márcia Barboza Nascimento Ramos
Assinatura

REFERÊNCIAS

ABREU, Marina Maciel. **Serviço Social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional**. São Paulo: Cortez, 2002.

ANJOS, R.S.A. **Dos quilombos: tradições e culturas da resistência**. São Paulo: Aori comunicação, 2006.

As Políticas Públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição/ Mario Thodoro (org). Luciana Jaccoud, Rafael Osório, Sergio Soares_Brasilia : IPEA , 2008. Disponível em www.ipea.gov.br. acessado em 28 de março de 2012.

ATUAÇÃO do Poder na área deixa a desejar. **Cinforme Municípios**, Aracaju, 19 de novembro de 2007.

AMARO, Sarita Terezinha Alves. **Negros: Identidade, exclusão e direitos no Brasil/** Sarita Amaro. _ Porto Alegre: Tchê Editora, 1997. p 11 a 57.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Freitas. **O Direito a Saúde no Brasil: sobre como chegar ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele**. Textos de apoio a Política de Saúde/Organização Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social: fundamentos e história/** Elaine Rossetti Behring, Ivanete Boschetti. -São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza/ **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais/** Maria Inês Souza Bravo-3. Ed. - São Paulo, Cortez, 2007.

_____. **As políticas brasileiras de seguridade social**. São Paulo: Cortez, 1991.

BRASIL SEM RACISMO. Disponível em www.palmares.gov.br> Acessado em: 01 Abril.2012.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade /** Fundação Nacional de Saúde. – Brasília: FUNASA, 2005.446 p. Disponível no site www.funasa.gov.br. Acessado em 20 de Marco. 2012.

_____. **Lei Orgânica da Saúde** nº. 8.080 de 19 de Setembro de 1990 e 8.142 de 1990.

_____. Portaria nº. 399 de 22 de Fevereiro de 2006

_____. **Constituição** Federal de 1998, artigo 205.

_____. Ministério da Cultura, Fundação Cultural Palmares. **Comunidade de Remanescente de Quilombo Titulares**. Disponível em www.palmares.gov.br. Acessado no dia 11.04.2012.

_____. **Ministério da Pesca e Aquicultura**. Disponível em <http://www.mpa.gov.br/pescampa/artesanal.html>. Acessado em 30 de Maio de 2012.

_____. **Ministério do Desenvolvimento Agrário**: Instituto de Colonização e Reforma Agrário-INCRA. Instrução Normativa nº. 56 07 de outubro de 2009. Disponível: <http://www.mda.gov.br>. Acessado em 18 de Abril de 2012.

_____. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Sistema de Informação em Atenção Básica-SIAB**, 2010 e 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa. Departamento de apoio à gestão participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma Política do SUS/Ministério da Saúde**, secretaria de gestão estratégica e participativa, departamento de apoio a gestão participativa _Brasília: Ed.: do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Instituto de Pesquisa de Economia Aplicada, IPEA. **Política Social: acompanhamento e análise**. 2010.18 edição.

_____. **Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial-SEPPIR**.

_____. **Ministério do Trabalho e Emprego**. Disponível em <http://www.mte.gov.br>. Acessado em 17 de Maio de 2012.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE**, censo 2010.

BRASILIA. **Estatuto da Igualdade Racial**, Lei nº. 12.288, de 20 de julho de 2010.

CARDOSO, Franci Gomes; ABREU, Marina Maciel. **Mobilização social e práticas educativas**. In: CONSELHO FEDERAL, DE SERVIÇO SOCIAL. O trabalho do assistente social e as práticas sociais. Capacitação em Serviço Social e política social. Mód. 4. Brasília:CFESS, ABEPSS, UnB/CEAD, 2000.

CARDOSO, F. H. **Negros em Florianópolis; relações sociais e econômicas**. Florianópolis: Insular, 2000.

CARVALHO, G. I_Santos; L. **SUS: Sistema Único de Saúde, comentários da Lei Orgânica de Saúde** nº. 8.080/1990 e nº. 142/1990. Campinas São Paulo: EDUNICAMP, 2006.

Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde, **Revista CONASEMS**, Janeiro, Fevereiro, 2010, ano VII nº. 33, p. 26 a 30.

COSTA, N. do R. **A descentralidade do Sistema público de Saúde no Brasil: balanço e perspectiva**. In: NEGRI, B. e DIGIOVANNI, G. (org). Brasil radiografia da saúde . São Paulo : UNICAMP , 2001 . P.307.

Direitos Humanos no Brasil 2010-Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos. Maria Luiza Mendonça. Disponível em http://www.br.boell.org/downloads/relatório_dh_2010.pdf. Acessado em 18 de Maio de 2012.

FREITAS, D. **Raízes históricas do racismo brasileiro**. *D.O. Leitura*, São Paulo, v. 4, n. 42, 1985, p. 12-13. [Links].

Ilma. Boaventura Leite. **Os Quilombos no Brasil: Questões Conceituais e Normativas**, Universidade Federal de Santa Catarina: vol. IV(2); 2000; pp. 333_354. Disponível em www.csielo.com.br. Acessado no dia 18 de outubro de 2011.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social na Contemporaneidade – Trabalho e Formação**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2003.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://ibge.gov.br> Acessado em 01 de Abril. 2012.

Leituras Afro_ brasileiras: Territórios Religiosidade e Saúde/ Ana Cristina de Souza Mandarino, Estelio (org) _São Cristóvão: Editora UFS, EDUFBA, 2009. Disponível www.repositório.ufba.br/ri/bitream/ufba. Acessado o dia 08 de abril de 2012.

LOPES, Brito. **Desigualdade racial no Brasil e suas repercussões no processo de Formação das crianças negras:** Uma reflexão sobre o papel da instituição escolar e sobre o papel do Assistente Social no enfrentamento da questão racial. NEAB/UNIMDNTES_SÃO Paulo, 2003.

LOPES, F. **Para além da barreira dos números:** desigualdade racial e Saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n°. 21.v.5.2005.p.595.

MARTINS, Tereza Cristina. **Serviço Social na comunidade quilombola Pontal dos Crioulos.** Amparo do São Francisco/SE. 21 de abril de 2012. Entrevista concedida a Edna Maria Martins e Allecyra Vieira de Souza.

MONTANO, Carlos (1999) **“Das lógicas do Estado”** as lógicas da sociedade civil, Estado e terceiro setor em questão, Serviço Social e sociedade n°59. São Paulo, Cortez. Disponível em <http://www.pucsp.br/nelis/downloads/v8-ca>. Acessado em 18 de Maio de 2012.

Políticas públicas e mediação na comunidade remanescente de quilombos de Casca _Mostardas, RS/ Paulo Sergio da Silva. Porto Alegre, 2007. p.105[4]f: ip. Disponível www.ufrgs.br/pgds/dissertações_teses. Php...:4.Acessado em 11 de Abril de 2012.

PORTARIA. 648/GM 2006. Lei Estadual n°. 6.345.2008

Revista Desenvolvimento Social, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, ano II, n°2, 2010_ Brasília: MDS, p. 03 A 15.

Revista Divulgação em Saúde para debate, Rio de Janeiro: n°44, p.42 a 105 maio de 2009.

Revista Brasileira Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde: Ano X, n°21, Janeiro /Março 2009.

RIBEIRO, Matilde. **As abordagens étnico-raciais no serviço social.** In: Revista Serviço Social e Sociedade, n°79. São Paulo: Cortez, 2004.p 140 a 159.

_____. **Gênero e raça no processo do orçamento participativo:** Santo André, 1997, 1998. São Paulo, PUC, 1999. Dissertação de Mestrado.

SADER, Débora. **Acontra reforma do Estado e o financiamento da seguridade social**:1990/2002.UFES,2006.Disponível:<http://www.web3ufes.br/ppgps/sites.ufes.br/ppgps/files/Débora%20Sader.pdf>.Acessado em 15 de Maio de 2012.

BRAVO, M^a, I, S. **Saúde e Serviço Social**/ Maria Inês Souza Bravo... [al et]. (org). -3 ed-São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.p.40 a 105.

LUCENA, M^a de F Gomes de: **Saúde, gênero e violência**: um estudo comparativo Brasil /França sobre a saúde da mulher negra /Maria de Fátima Gomes de Lucena. _Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010. p.246.

Serviço Social: **direitos sociais e competências profissionais**. _Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. 760 p.

MOTA, Ana Elizabete: **Serviço Social e Saúde** / Ana Elizabete Mota... [etal], (orgs). _4, ed_são Paulo: Cortez, Brasília DF: OPA, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

SENNÁ, M.C. M; SOUZA, R.GMONNERAT, G.L. **A descentralização no Campo da Saúde: avanços e empasses na implementação de uma política**. Em pauta, 18.2003/no preto.

SERGIPE. Ministério Público Federal/Procuradoria da República. **Associação do Território Remanescente de quilombo Pontal dos Crioulos**. Inquérito Civil Público1. 3500.001875/2010. Ofício nº709/2010. Aracaju 03 de Novembro de 2010.

SERGIPE. **Relatório Técnico de Identificação e delimitação dos Remanescentes da Comunidade de Quilombos de Lagoa dos Campinhos**. (org) Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA. Maio de 2007.

SERGIPE. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN**, Outubro de 2010.

SEVERO, Denise Osório; CUNHA, Alexandre Pareto da; ROS, Marcos, Aurélio. **Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde no Estado de Santa Catarina**: Fortaleza e Fragilidades. Abril-junho de 2007.p.240. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/ao5v16>. Acessado em 18 de Maio de 2012.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. _3 ed.rev.e atual. _São Paulo: Cortez, 2009, p.287 a 328.

PAIM, Paulo. **Estatuto da Igualdade racial**. Brasília - DF: Senado Federal, 2003.

PINTO, Elizabete Aparecida. **O Serviço e a questão étnico__racial (um estudo de sua relação com usuário negro)**. São Paulo, Terceira Margem, 2003.

Universidade Tiradentes (Unit) **Sergipe Panorâmico** / Universidade Tiradentes
Organização [de] Jouberto Uchoâ de Mendonça e Maria Lúcia Marques Cruz e Silva.
2.ed.Aracaju: Unit, 2009.

ANEXOS



MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO
 INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA - INCRA
 SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SERGIPE - SR-23/SE
 GABINETE



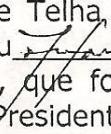
ATA DE REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO COMITÊ DE DECISÃO REGIONAL
INCRA/SERGIPE

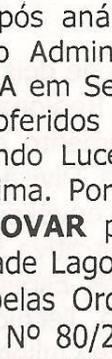
Aos oito dias do mês de maio de dois mil e oito (08/05/2008), reuniram-se no Gabinete da SR-23/SE, o Superintendente Regional Substituto em Sergipe, Jorge Tadeu Jatobá Correia; Chefe da Divisão de Ordenamento da Estrutura Fundiária –SR-23/F; Carlos Antônio de Siqueira Fontenele, Chefe da Divisão Obtenção SR-23/T, Leonardo Góes Silva, Chefe Substituto da Divisão de Desenvolvimento SR-23/D Domingos Sávio de Oliveira, Chefe Substituto da Divisão Administrativa SR-23/A, Wesley Teixeira Rodrigues de Menezes e o Chefe da Procuradoria Federal Especializada – SR-23/PFE/R, Roberto Vilas-Boas Monte, para apreciação do Relatório Técnico de Identificação e Delimitação do Território da Comunidade Remanescente de Quilombo Lagoa dos Campinhos, localizada nos municípios de Telha e Amparo de São Francisco/SE, elaborado pela Comissão Multidisciplinar instituída pelas Ordens de Serviços INCRA/SR-23/SE/Nº 112/2006, de 24 de outubro de 2006 e, Nº 80/2007, de 12 de setembro de 2007; com base no Decreto 4.887/03 e IN/INCRA/Nº 20/95; b) O que ocorrer. A reunião teve início, às 16 horas, com a leitura das principais peças técnicas que compõem o Relatório, contidas nos autos do Processo Administrativo **INCRA/SR-23/SE Nº 54370.000520/2004-75**, com destaque para os Relatórios: I - Antropológico caracterizando os aspectos históricos, econômicos e sócio-culturais do território quilombola identificando: a) as terras e as edificações que englobem os espaços de moradia; b) as terras utilizadas para a garantia da reprodução física, social, econômica e cultural do grupo humano a ser beneficiado; c) as fontes terrestres, fluviais de subsistência da população; d) as terras detentoras de recursos ambientais necessários à preservação dos costumes, tradições, cultura e lazer da comunidade; c) as terras e as edificações destinadas aos cultos religiosos; e) os sítios que contenham reminiscências históricas dos antigos quilombos. II – Relatório Agrônômico; III - Planta e memorial descritivo do perímetro do território, bem como mapeamento e indicação das áreas e ocupações lindeiras de todo o entorno da área; IV - Cadastramento das famílias remanescentes de comunidades de quilombos, utilizando-se formulários específicos do SIPRA; V - Cadastramento dos demais ocupantes e presumíveis detentores de títulos de domínio relativos ao território pleiteado; VI - Levantamento dos títulos domínio e de outros documentos similares inseridos no perímetro do território pleiteado; VII - Levantamento e especificação detalhada de situações em que as áreas pleiteadas estejam sobrepostas em faixa do LMEO sob o domínio da GRPU; VIII - Parecer conclusivo da Comissão Multidisciplinar sobre a legitimidade da proposta de território e a adequação dos estudos e os documentos apresentados pelos interessados por ocasião do pedido de abertura do processo. No segundo momento, foram apreciadas as contestações dos interessados **João Lucas do Nascimento, Inefâneo Dias, José João do Nascimento Lima e Franklin Delano Sampaio Siqueira**, sendo que este último apresentou o recurso fora do prazo estabelecido. Das contestações tempestivas, duas são de pequenos proprietários de imóveis inseridos no território, **Inefâneo Dias e João Lucas Nascimento**, os quais requereram o seu cadastramento como remanescentes de quilombos tendo o Incra acatado os pedidos de reconhecimento como remanescente das

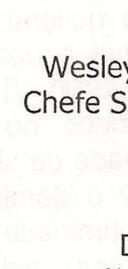
João Lucas

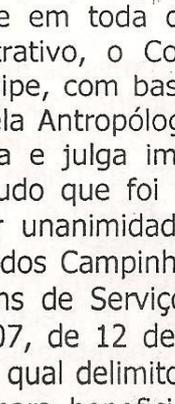
e

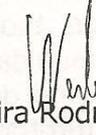
João Lucas

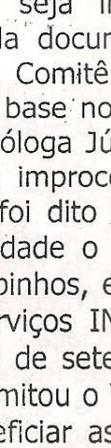
Comunidades dos Quilombos e efetuado o cadastro dos mesmos. A outra contestação trata-se de um proprietário rural, **José João do Nascimento Lima**, também com imóvel dentro do território, arguindo basicamente a Inconstitucionalidade do Decreto 4.887/03 e nulidade do Relatório Antropológico. Tendo a mesma sido **INDEFERIDA** em sua totalidade, conforme defesa do INCRA/Brasília em parecer técnico da antropóloga Júlia Otero dos Santos e parecer jurídico da PFE/INCRA/SE proferido pelo Procurador Federal Carlos Fernando Lucena. A contestação apresentada intempestivamente, embora sua não apreciação não configure em cerceamento de defesa, foi apreciada, no mérito, tendo o Comitê de Decisão Regional decidido pelo não acolhimento do pleito, depois de ter sido afirmado pelo Chefe da SR-23/PFE/R que nenhuma impugnação, seja inícial ou administrativa, pode ser tratada genericamente. Após análise em toda documentação supramencionada acostada nos autos do Processo Administrativo, o Comitê Decisão regional – CDR, da Superintendência Regional INCRA em Sergipe, com base no § 1º do Art. 13 da IN/INCRA/20/05, acolhe os pareceres proferidos pela Antropóloga Júlia Otero dos Santos e do Procurador Federal Carlos Fernando Lucena e julga improcedente o pedido do Proprietário José João do Nascimento Lima. Por tudo que foi dito o CDR e fundamentado no Art. 15 da dita IN, decide **APROVAR** por unanimidade o Relatório Técnico de Identificação e Delimitação da Comunidade Lagoa dos Campinhos, elaborado realizado pela Comissão Multidisciplinar instituída pelas Ordens de Serviços INCRA/SR-23/SE/Nº 112/2006, de 24 de outubro de 2006 e, Nº 80/2007, de 12 de setembro de 2007; com base no Decreto 4.887/03 e IN/INCRA/Nº 20/95, o qual delimitou o Território Quilombola, composto por uma a área de **1.263,9493 ha** para beneficiar as famílias remanescentes de quilombo da Comunidade Lagoa dos Campinhos, localizada nos municípios de Telha e Amparo de São Francisco/SE. Nada mais a tratar, a reunião foi encerrada, eu, , na condição de secretário da reunião, lavrei a presente ata, que foi assinada por mim e os demais participantes, a qual deverá ser enviada ao Presidente do INCRA, junto com a minuta da Portaria de Reconhecimento Definitivo do Território da Comunidade para sua assinatura e publicação, conforme estabelece Art. 15, caput e Parágrafo Único.

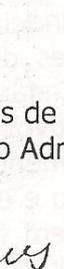

Jorge Tadeu Jatobá Correia
Superintendente Regional Substituto
INCRA/SE

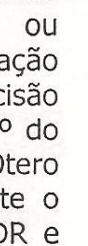

Carlos Antonio de Siqueira Fontenele
Chefe da Divisão de Ordenamento da
Estrutura Fundiária
INCRA/SE


Leonardo Goes Silva
Chefe da Divisão de Obtenção
INCRA/SE


Wesley Teixeira Rodrigues de Menezes
Chefe Substituto da Divisão Administrativa
INCRA/SE


Roberto Vilas-Boas Monte
Procurador Chefe da PFE/INCRA


Domingos Sávio de Oliveira
Chefe Substituto da Divisão de
Desenvolvimento
INCRA/SE


Secretário


Paulo de Oliveira Chagas
Assistente Gabinete

**ASSOCIAÇÃO DO TERRITÓRIO REMANESCENTE DE QUILOMBO
PONTAL DOS CRIoulos (COMUNIDADE LAGOA DOS
CAMPINHOS) CGC. 07.479.393/0001-07**

DECLARAÇÃO

Nós, integrantes da ASSOCIAÇÃO DO TERRITÓRIO REMANESCENTE DE QUILOMBO PONTAL DOS CRIoulos (COMUNIDADE LAGOA DOS CAMPINHOS) declaramos para os devidos fins, junto ao MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL/PROCURADORIA DA REPÚBLICA EM SERGIPE, que as informações contidas no documento intitulado "INDICAÇÃO DAS PROPRIEDADES QUE INTEGRAM O TERRITÓRIO PERTENCENTE À COMUNIDADE REMANESCENTE DE QUILOMBO PONTAL DOS CRIoulos" foram fornecidas por nós da Comunidade, em entrevistas individuais e grupais, em reuniões e em conversas informais. Portanto, tais informações foram resgatadas a partir da nossa tradição oral (a memória repassada de pai para filho), considerada, por nós, a verdadeira forma de comunicação e de transmissão dos nossos conhecimento e valores. Nesse sentido, solicitamos que o referido documento, contendo a indicação das propriedades que integram o nosso Território, seja encaminhado, pelo Ministério Público, ao INCRA/SE para que o mesmo inicie, imediatamente, a demarcação e titulação das nossas terras.

Luiz Ramião Martins do Anjo	RG: 3.499.660
Juliano dos Santos Pinheiro	RG: 2.099.542
Maria Saaty de Araújo	RG: 1.267.766
Ailson Martin de Araújo	RG: 309.208
Maria Jone dos Santos Anjo	RG: 1.371.776
LUIS JOSÉ CORREIA DOS SANTOS	RG: 1.327.475
MARINEZ DOS SANTOS	RG: 591.684
Gilvaneide Gonçalves dos Santos	RG: 2236969-4
Maria Jose Pinheiro de Araújo	RG: 1.499.204
Maria Rosa Martins	RG: 1.095.259
Valter dos Santos	RG: 3.11.049-1
Maria Sônia Martins Santana	RG: 571.209 2ª-Via
Maria Afrocida Santos	RG: 598.0950 2ª-Via
GINELDO SANTANA	RG: 569118
PATRICIO MARTINS	
ALUISIO PINHEIRO DE LEMOS	RG: 3499682
De Augusto dos Santos	RG: 199.701

MARIA JOSÉ RODRIGUES	RF- 984.013
Emcienne B. m de Oliveira	RF- 991.685
TEREZINHA RODRIGUES	RF- 991.626
VENANCIO FRANCISCO DOS SANTOS	RF- 755.520
Goldciana Feteira de Oliveira	RF- 875.250
Milson Correia	RF- 996.025
Miriam M. M. M.	RF- 3.273.485-9
MAURINA DE OLIVEIRA	RF- 850.812
Adriana M. M.	RF- 198.693
Ana Patricia Finkler de Oliveira	RF- 2249687-5
Roberto Vinícius de Sousa	RF- 1.499.693
Pedro Alves dos Santos	RF- 356.989
Ademir Gomes da Silva	RF- 397.156
Valdete Correia de Oliveira	RF- 909.180
JOSE CARLOS DOS SANTOS	RF- 889354
Maria dos Santos	RF- 1035791
Ericaci marinho da Silva	RF- 10912134
João Roberto Filho	RF- 461117
Adriana M. M. M.	RF- 1.371.788
Neto Cal dos Santos	RF- 936.881
LAERCIO LOPES DA SILVA	RF- 652 3409
Marcos Suel Santana	RF- 305 8669-0
Carlos Alberto dos Santos	RF- 2.236.967-8
CARLOS ALEXANDRE DOS SANTOS	RF- 111 909-5
Janete Vinícius dos Santos	RF- 132 6698
Elton Mercurio Silva	RF- 2.099.542
Juliana das Limbo Dias	RF- 3.230.525-7
Amaldo Mercurio Correia	RF- 1165.348 55P. SE
ADIMILSON SANTOS	RF- 1.499.242
Valdir de Souza da Silva	RF- 1.097.864-0
MARIA NEIDE PINHEIRO DOS SANTOS	RF- 702317
Maria Amélia de Oliveira	RF- 2.004.254-0
MARIA HELENA CORREIA DOS SANTOS	RF- 1.139.970
Gláucia de Souza Santos	RF- 421465
Charles Messias Correia	RF- 1575539
Theréziana Marinho de Oliveira	RF- 1315723
Adriana dos Santos	RF- 809408
Ailson Martins de Araújo	RF- 5980950
Luciana Esparecida Santos	RF- 1.326.742
Maria Izabel da Silva Correia	RF- 13718401
Antônio Sábulo de Sousa	RF- 1.499.197
Adriana Sábulo da Silva	RF- 1.371.781
Rose Ekami Martins	RF- 722019
José Soares de Souza Filho	RF- 1476598
Christiano Alves Rocha	RF- 1499195
Magna dos Santos	RF- 774070
Antônio de Almeida Rodrigues	

Maria Joa Santos Santos	RG: 132.6694
Flávio César dos Santos	RG: 1.499.912
Maria Rindiana Martins	RG: 1.371.836
Marcia Jurea Martins Santos	RG: 109.5865
Maria do Socorro Santana	RG: 1132262



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA EM SERGIPE
1º Ofício da Tutela Coletiva

Nº 25555
DATA: 03/11/10

OFÍCIO MPF/PRSE/LNT Nº 709/2010

Aracaju, 03 de novembro de 2010.

ASSOCIAÇÃO DO TERRITÓRIO REMANESCENTE DE QUILOMBO PONTAL
DOS CRIoulos
COORDENAÇÃO
AMPARO DE SÃO FRANCISCO - SE

Ref.: Inquérito Civil Público 1.35.000.001875/2010-38

Senhores Coordenadores,

a par de cumprimentá-los, o Ministério Público Federal, por intermédio da Procuradora da República signatária, no uso de suas atribuições legais e constitucionais, em especial com fulcro no artigo 8º, inciso II, da Lei Complementar nº 75/93, no interesse da instrução do inquérito civil público em epígrafe, encaminha, por cópia, documentos que instruem o procedimento supracitado, para ciência desta Associação sobre as medidas tomadas e as providências em andamento.

Atenciosamente,

LÍVIA NASCIMENTO TINÔCO
Procuradora da República



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO**

Ofício nº. 3119/2010
Ref.: ASSJUR/GS/SES
Aracaju, 13 de outubro de 2010.

MINISTERIO PUBLICO FEDERAL
14/10/2010 15:28:43
PROTOCOLO
PR-SE 00024231/2010



INQUÉRITO CIVIL Nº 1.35.000.001875/2010-38

Senhora Procuradora,

Em resposta ao ofício MPF/PRSE/LNT Nº 613/2010, referente a representação da Associação do Território Remanescente de Quilombo Pontal dos Crioulos, bem como sobre o funcionamento do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase do Ministério da Saúde no Estado de Sergipe, vimos através deste encaminhar a Vossa Senhoria C I nº 172/2010 da Coordenação de Vigilância Epidemiológica e 338 da Diretoria Estadual da Atenção Básica informando o andamento da solicitação deste Ministério Público Federal.

Atenciosamente,

MÔNICA SAMPAIO DE CARVALHO

Secretária de Estado da Saúde

Ilma. Sra.

LÍVIA NASCIMENTO TINÔCO

Procuradora da República

Ministério Público Federal

Procuradoria da República em Sergipe



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SAÚDE

e-DOC

020.000.17122/2010-2

11/10/10



COMUNICAÇÃO INTERNA	NUMERO 172	DATA 11/10/2010
	ASSUNTO INQUÉRITO CIVIL PÚBLICO	
DA:	Coordenação de Vigilância Epidemiológica	
PARA:	ASSESSORIA JURÍDICA	
TEXTO:		

Em resposta ao OFÍCIO MPF/PRSE/LNT Nº 613/2010 informamos que já é do conhecimento dessa diretoria a situação apresentado pela Associação do Território Remanescente de Quilombo Pontal dos Criolos que relataram aumento no número de casos e dificuldades no acesso ao diagnóstico da hanseníase naquela localidade. Em relação a esse fato já houve uma primeira reunião entre representantes da Secretaria Estadual com gestores do município e agendado reunião com equipe de saúde local, gestores e representantes da comunidade quilombola para uma melhor compreensão da situação local e criação de estratégias integradas para garantir o diagnóstico e o tratamento a todos daquela localidade.

O Programa Estadual de Controle da Hanseníase segue as diretrizes do Ministério da Saúde (Portaria nº 125/SVS/SVS-SAS, de 26 março de 2009) onde se considera que o controle dessa endemia “é baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno de todos os casos até a alta por cura, prevenção de incapacidades e na vigilância dos controles domiciliares”.

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória, portanto todos os casos atendidos na rede pública ou privada devem se notificados a Vigilância



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

MPF - PR/SC
Fls. 16
Rub. 1

Epidemiológica do município para que se possa ser repassado para o estado e união. As ações de controle da hanseníase no estado baseiam-se na descentralização das ações através de atividades de educação permanente com as equipes de saúde municipais, garantia de tratamento poliquimioterápico para todos os casos diagnosticados, exame dos contatos intradomiciliares e utilização da vacinação BCG conforme indicação do protocolo. Para casos com complicações a rede conta com o apoio do centro de referência localizado atualmente no CEMAR Augusto Franco (Aracaju).

Quanto à situação epidemiológica da hanseníase no estado apresenta-se estável com pequenas flutuações anuais, até o momento foram notificados 375 casos de hanseníase em 2010.

Tabela 1. Casos notificados e taxa de detecção de hanseníase em Sergipe, 2007 a 2009*

Ano de Notificação	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Número de casos	653	639	747	651	637	538	620
Taxa de detecção (/100000)	34,83	33,58	37,96	32,54	31,33	26,91	30,70
Classificação	Muito Alto						

FONTE: SINAN/DIVE/SES (números passíveis a atualização) * dados até 7 de outubro de 2010.

O município onde está localizado a comunidade quilombola apresenta um aumento significativo no número de casos diagnosticados neste ano em relação aos anos anteriores, apresentando uma classificação de HIPERENDÊMICO. Mas é importante lembrar que a hanseníase é uma doença com longo período de incubação e manifestações clínicas iniciais discretas, indicando que os casos diagnosticados neste ano provavelmente tiveram sua



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

MPX - PRISE
Fis. 19
Rub. C

infecção em anos anteriores. Por esse motivo acreditamos que naquela comunidade possa haver mais casos que ainda não foram descobertos, por esse motivo está sendo planejada ação integrada da Secretaria Estadual de Saúde (Vigilância Epidemiológica e Atenção Primária) e Secretaria Municipal, equipes de saúde e representantes da comunidade para que possa ser organizada uma melhor estratégia que consiga identificar e tratar todos os casos, para que possamos desta forma controlar a endemia naquela localidade.

Atenciosamente,

MARCO AURÉLIO DE OLIVEIRA GÓES
Núcleo de Doenças Transmissíveis

GISELDA MELO FONTES SILVA
Diretora Estadual de Vigilância Epidemiológica



Governo de Sergipe
 Secretaria de Estado da Saúde
 Diretoria Estadual da Atenção Básica

SAUDE

e-DOC

020.000.17071/2010-3

08/10/10



COMUNICAÇÃO INTERNA		NÚMERO	DATA
		338	20/10/2010
DO:	Diretoria Estadual da Atenção Básica	ASSUNTO	
PARA:	Assessoria Jurídica	SOLICITAÇÃO	
TEXTO			

Em resposta à solicitação do MPF/LNT nº 613/10 sobre a situação de atenção à saúde no Município de Amparo do São Francisco, especificamente na Comunidade Quilombola Pontal dos Crioulos esclarecemos que:

A Secretaria de Estado da Saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria 648/GM de 28 de março de 2006) e com a Lei Estadual 6.345, de 02 de janeiro de 2008, tem como responsabilidades, dentre outras, a coordenação do processo de implementação da Atenção Básica no Estado, estabelecendo metas e prioridades para sua organização, prestar assessoria técnica aos municípios no processo de qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família, e acompanhar, avaliar e monitorar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no território estadual;

Competem às Secretarias Municipais de Saúde, dentre outras responsabilidades, organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território;

O município de Amparo do São Francisco, que faz parte da Região de Própria, possui uma população atual estimada pelo IBGE de 2.261 habitantes. Sua estrutura de atenção à saúde é composta de 01 Unidade de Saúde da Família localizada na sede do município e 01 Posto de Saúde, localizado no Povoado São José. Possui 01 Equipe de Saúde da Família, 01 Equipe de Saúde Bucal e 06 Agentes Comunitários de Saúde (SIAB- agosto 2010), apresentando cobertura de 100% de sua população, dessa forma tendo a responsabilidade de prestar assistência à saúde de toda a sua população;

Quanto às questões apresentadas pela Associação do Território Remanescente de Quilombo Pontal dos Crioulos, através do Ofício 06/2010, informamos que:

a Diretoria de Atenção Básica/SES tomou conhecimento de parte dos problemas elencados em reunião no Gabinete da Secretária de Estado da Saúde, Dra Mônica Sampaio, no dia 09 de setembro de 2010, quando estavam presentes além da Secretária, representantes da comunidade e representantes desta Diretoria.

- Nesta reunião a representante da comunidade do quilombo entregou um documento descrevendo os problemas existentes e as reivindicações da população, o que diante do exposto a Secretária de Estado da Saúde se comprometeu em entrar em contato com a



gestão municipal, por meio da atenção básica e vigilância epidemiológica, para tratar estratégias de enfrentamento das questões apresentadas;

- Foi realizada no dia 29 de setembro do corrente ano, na Sede da Diretoria de Atenção Básica/SES, reunião entre a Equipe Técnica da Diretoria de Atenção Básica/SES da Região de Própria e a Secretária Municipal de Saúde de Amparo do São Francisco, Sra. Sandra Márcia dos Santos, com o objetivo de avaliação da situação de saúde da população quilombola, tendo em vista as denúncias apresentadas (relatório em anexo) onde ficou estabelecido uma reunião/visita

conjunta à comunidade de Pontal dos Crioulos pela Equipe da Diretoria de Atenção Básica/SES e Equipe da Vigilância Epidemiológica/SES tendo como participantes ativos a gestão municipal(secretária e esf) e as lideranças comunitárias para o dia 13 de outubro de 2010.

A partir do diagnóstico realizado nesse dia pela equipe da SES(AB e VE) é que, só então, iremos adotar as medidas cabíveis de forma que tenhamos uma garantia de melhor assistência e resolutividade aos problemas enfrentados pela comunidade do Quilombo Pontal dos Crioulos.

Atenciosamente,


Rosana Apolônio Reis Andrade

Coordenadora do Núcleo de Apoio
À Estratégia do Saúde da Família



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DE SERGIPE
COORDENADORIA JURÍDICA - COORJU
SEÇÃO DE ACOMPANHAMENTO EM TUTELA COLETIVA - SETC



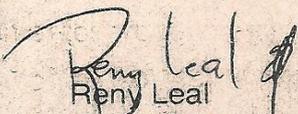
ICP nº 1.35.000.001875/2010-38

CERTIDÃO

Considerando os documentos recebidos e localizados nesta Seção, certifico que o prazo, ofertado no **Ofício MPF/PRSE/LNT Nº 592/2010**, transcorreu "in albis" em **16/10/2010**, conforme disposto às fls. 09/10 (e verso).

Dessa forma, faço os presentes autos conclusos ao(à) Exmo(a). Sr(a). Procurador(a) da República, Livia Nascimento Tinôco.

Aracaju, 20 de outubro de 2010


Remy Leal
Técnico de Apoio Especializado
Matrícula 3686-2

P.A. 1875/2010
Doc. 23183Estado de Sergipe
Prefeitura Municipal de Amparo do São Francisco
Poder ExecutivoMINISTERIO PUBLICO FEDERAL
21/10/2010 - 13:13:33
PROTOCOLO:
PR-SE-00024829/2010Ofício nº 273/2010
Amparo do São Francisco-SE, 18 de Outubro 2010Ao
Ministério Público Federal
Procuradoria da República em Sergipe
1º Ofício da Tutela Coletiva
Att.
Lívia Nascimento Tinoco
M.D. Procuradora da República em Sergipe
Referência: Inquérito Civil Público 1.35.000.001875/2010-38

Prezada Procuradora,

Cumprimentando-o cordialmente, o Prefeito de Amparo do São Francisco-SE, vem respeitosamente apresentar as informações requisitadas através do ofício MPF/PRSE/LNT nº 592/2010 de 29.10.2010:

Item 1: Houve apenas um óbito no ano de 2002 relacionado a hepatite que foi confirmado no fórum do município, conforme 2ª via do atestado de óbito em anexo.**Item 2:** O primeiro caso veio do município de Nossa Senhora de Lourdes-SE, no ano de 2008, foi citado anteriormente. A Secretaria do Estado da Saúde (Mônica Sampaio) mandou uma equipe da Atenção Básica para esclarecer melhor a situação e acalmar a comunidade mostrando que todos os pacientes que já estão em tratamento não contaminam outras pessoas e que não é possível realizar exame laboratorial para detectar essa doença e sim fazendo com a população educação em saúde.**Item 3:** Não foi confirmado o caso de esquistossomose e nossa região não é endêmica, por isso vamos através da Secretaria do Estado da Saúde, dar uma palestra para a população quilombola possa entender melhor como é realizado o trabalho da Secretaria da Saúde.**Item 4:** O Sr. Sergio por 03 (três) vezes foi atendido o chamado e quando a ambulância chegava na residência do paciente ele se negou a entrar no veículo e falou que não queria ser atendido por médico nenhum.**Item 5:** O Posto de Saúde está funcionando e uma ambulância fica de plantão 24 horas, com relação a demora do diagnostico a Secretaria Municipal de Saúde não pode ser responsabilizada, pois não depende só do município a liberação do exame e sim do sistema único de saúde (SUS), sobre o abuso da medicação "Diclofenaco" cabe ao Conselho de Medicina investigar pois só esse órgão pode esclarecer essa dúvida para a população. Informamos que foi gasto R\$ 64.602,50 (Sessenta e quatro mil seiscentos e dois reais e cinquenta centavos) com a construção do Posto de Saúde, conforme cópia do Contrato nº 62/2009 em anexo, e sobre os animais só conversando com os moradores para que possam prender seus animais que vivem soltos, pois o Posto de Saúde está localizado no povoado onde os animais são criados praticamente soltos, e quando se trata de cães, gatos, carneiros etc.. não podemos fazer muito, se não vamos comprar briga com a população. Sobre as solicitações e providências:

APÊNDICES

REFERÊNCIA DOCUMENTAL

APÊNDICE A

Figura 01-Comunidade Quilombola



Fonte: Acervo das pesquisadoras.

Figura 02-Usuário com problema de saúde, morador do Quilombo.



Fonte: Acervo das pesquisadoras.

Figura 03-Comunidade Quilombola



Fonte: Acervo das pesquisadoras.

Figura 04-Comunidade Quilombola



Fonte: Acervo das pesquisadoras.

Figura 05-Comunidade Quilombola



Fonte: Acervo das pesquisadoras.

Figura 06-Usuário com problema de saúde,moradora do Quilombo



Fonte: Acervo das pesquisadoras.

APÊNDICE B

Figura 07-Assistente Social e as pesquisadoras



Fonte: Acervo das pesquisadoras.

Figura 08-Agente de Saúde e as pesquisadoras



Fonte: Acervo das pesquisadoras.

ENTREVISTA COM A ASSISTENTE SOCIAL NA COMUNIDADE QUILOMBOLA PONTAL DOS CRIoulos

1-Como e quando se iniciou o trabalho do assistente social na comunidade quilombola Pontal dos Crioulos?

2-Quais as funções desempenhadas pelo profissional de Serviço Social?

3-Quais as ferramentas instrumentais utilizadas pelo assistente social nas questões quilombolas?

4-Na sua percepção a prática pedagógica desenvolvida pelo Serviço Social na comunidade quilombola Pontal dos Crioulos trouxe mudanças positivas para a vida dos membros da mesma?

5-Existem projetos desenvolvidos pelo assistente social voltada para a comunidade?

6-Exitem projetos ou programa desenvolvido pelos gestores estadual e municipal para a diminuir as desigualdades acometida a população negra na comunidade quilombola de Amparo do São Francisco?

7-Na sua concepção existem racismo ou preconceito direcionado a população quilombola Pontal dos Crioulos, que impedem a efetividade das Políticas Públicas?

8-Como você em quanto profissional de Serviço Social definir a comunidade quilombola como espaço de trabalho?

9-Desde a inserção do Serviço Social na comunidade. Quais os avanços que este quilombo conseguiu por meio da intervenção do assistente social?

10-Quais os maiores desafios a serem superados na atualidade pelos membros da comunidade?

11-Qual a importância da prática do assistente social nas questões étnico-raciais?

ENTREVISTA COM MEMBROS DA COMUNIDADE QUILOMBOLA PONTAL DOS CRIoulos

1-Como era a saúde na comunidade quilombola antes da consagração da Constituição Federal de 1988?

2-Quais os procedimentos utilizados antes da implantação do SUS para o tratamento da doença?

3-De que forma as gestantes tinha acesso à assistência de saúde antes da referida Constituição?

4-Como eram realizados a imunização das crianças e dos recém-nascidos neste período referenciado?

5-Neste período usavam das pratica da medicina fitroterapica?Como e quais os tipos de plantas utilizadas para acura da doença?

6-As práticas do curandeirismo eram muitas ou ainda é utilizado na comunidade?

7-Depois da legitimação do Sistema Único de Saúde em 1990, a saúde da comunidade mudou ou continua na mesma explique?

8-A equipe Básica de Saúde no município esta freqüentemente prestando assistência a saúde dos membros da comunidade? Com que freqüência?

9-Como é o acompanhamento da equipe da PSF na comunidade?

10-Quais os maiores dificuldades em relação aos serviços de saúde prestados pela Unidade Básica de Saúde na comunidade?

11-Como se dá a distribuição de medicamentos na farmácia básica para os membros da comunidade?

12-Sempre que você ou alguém da comunidade precisar tratar da saúde, os medicamentos na Atenção Básica são suficientes?

13-Como é o acesso as consultas e exames?São suficientes e precisos para a resolução dos problemas de saúde?

14-Quais os serviços que você mais procura na Unidade Básica de Saúde?

15-Tem conhecimento de que existe uma Política de Saúde especifica para a população negra?

16-Qual a sua relação com os profissionais da área de saúde no município?

17-Já sofreu algum tipo de preconceito ao procurar a Unidade Básica de Saúde no município?

18-Em sua opinião a Atenção Básica atende as necessidades requisitadas pelos usuários de saúde na comunidade?

19-Pra você o que é preciso para que a população quilombola de Pontal dos Crioulos tenha uma saúde de qualidade?

ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DE SAÚDE

1-Em que ano foi implantado a primeira Unidade Básica de Saúde no município de Amparo do São Francisco?

2-Que atividades já foram desenvolvidas nessa Unidade?

3-Quais os profissionais que trabalhavam nesta primeira Unidade de Saúde?

4-Atualmente como funciona a Unidade Básica de Saúde? E quais os programas oferecidos para a população quilombola?

5-Quais os profissionais que presta assistência a saúde na Atenção Básica no município?

6-Quantas Unidades Básicas de Saúde o município possuem? E como esta distribuída?

7-Quando teve inicio o Programa Saúde da Família no município de Amparo do São Francisco?

8-Como é composta a Equipe Básica de Família?

9-os serviços que a Secretária de Saúde municipal oferece atendem os problemas da comunidade quilombola de Pontal dos Crioulos?

10-Os serviços prestados na comunidade pela equipe do PSF, priorizam mais a promoção da saúde, a prevenção da doença, a cura ou a recuperação da saúde?

11-Você enquanto profissional tem conhecimento da Política de Saúde voltada para a população negra?