

COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM POPULAÇÕES REMANESCENTES DE QUILOMBOS: ORIGENS E CONSEQUÊNCIAS

A escravidão foi uma das ações mais desumanas da história mundial. No Brasil, a longa duração deste período deixou fortes resquícios, numa debilidade econômica, racial, e condições de vida e de saúde, sobretudo, para a população remanescente dos quilombos. Manifestados pelo preconceito racial, os vestígios de um passado recente insiste em fortalecer as desigualdades sociais nesta população. Assim, ao pensar-se nos descendentes dos escravos africanos escravizados pelos portugueses no Brasil, identificam-se ideias escravocratas, as quais persistem até a atualidade, implantadas pela sociedade colonial brasileira, a qual detinha o poder, e que continuam com rótulos que mascaram o racismo. Tal máscara cria condições desfavoráveis ao bem-estar da população negra, que continua sendo subjugada, discriminada racial e economicamente, além de ser vítima de violências diversas, em uma sociedade republicana, contraditoriamente, com bases democráticas constitucionais.

Diante disso, as populações remanescentes de quilombos apresentam características construídas ao longo desse processo histórico que interferem em sua saúde, tais como residirem predominantemente em áreas rurais, possuírem baixo nível de escolaridade, cor de pele negra e viverem em condições precárias¹. E, conseqüentemente, os negros ainda convivem com a vulnerabilidade à violência urbana, onde morrem em maior quantidade e de forma menos digna em relação à etnia branca². Dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística³ sobre as desigualdades de cor e raça no Brasil de maneira geral, evidenciam que a população de negros e pardos: ocupam menos cargos gerenciais (29,9%); apresentam maiores taxas de analfabetismo (9,1%); possuem menor representação política (24,4%); são maioria das pessoas abaixo da linha da pobreza (32,9%); residem em domicílios sem ao menos um serviço de saneamento (44,5%); e são as maiores vítimas de homicídios, sobretudo na faixa etária de 15 a 29 anos de idade (98,5%). Nada além do racismo impregnado nas estruturas da sociedade brasileira pode explicar tamanhas desigualdades aos descendentes dos negros escravizados no passado. As comunidades remanescentes de quilombos também são penalizadas por uma escassez de informações oficiais e científicas sobre a sua real situação.

Ao se discutir a cidadania neste país, priorizou-se a propriedade privada e a perpetuação da escravidão, e a liberdade e o exercício de direitos eram norteados por interesses segregadores⁴. O movimento de resistência desta população só veio a crescer ao longo do tempo, e apesar dos avanços nas diversas áreas, ainda não foram suficientes para superar as formas de racismo na sociedade. Tais desigualdades acabam contribuindo para que as populações remanescentes de quilombos apresentem alguns comportamentos de risco à saúde, como por exemplo: elevada prevalência de risco nutricional para doenças crônicas não transmissíveis, sendo a principal delas a obesidade central⁵; um consumo de bebidas alcoólicas em 41,5% dos participantes de uma pesquisa em comunidades baianas⁶; e elevação da pressão arterial em 36,49% em uma comunidade maranhense⁷.

Em uma comunidade baiana, encontrou-se que existe cerca de 80% de indisponibilidade de locais para comprar frutas e verduras na vizinhança, sendo que a maioria dos indivíduos consumia legumes, verduras e frutas pelo menos uma vez ao dia. E apresentaram, ainda, as seguintes prevalências: 19,6% tinham o hábito de fumar; e 13,1% consumiam álcool. Comportamentos que contribuem para um estilo de vida não saudável⁸. Outro estudo mostrou que a prevalência de síndrome metabólica em adultos quilombolas foi de 25,8%. As maiores prevalências desta síndrome, e dentre outros fatores, foi associada ao excesso de peso corporal e a má qualidade do sono⁹, variáveis que tem relação com o comportamento desta população.

Revista Saúde.Com

ISSN 1809-0761

<http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc>

Os comportamentos de risco que levam ao desenvolvimento de uma má saúde, muitas vezes são reforçados pelo próprio sistema de saúde brasileiro. Este sistema dificulta o acesso às comunidades vulneráveis, tornando-as frágeis nas questões sociais e de saúde, muitas vezes encoberto pelo racismo institucional, o qual contribui para o aumento das desigualdades nas instituições de saúde^{10,11}. Afirma-se que o acesso ao sistema de saúde pública brasileiro apresenta um gerenciamento inadequado, e pouca atuação no exercício do controle social, além de outras dificuldades e dos próprios avanços deste sistema¹².

Desta forma, o preconceito às populações remanescentes de quilombos adentrou o sistema de saúde como o racismo institucional¹¹, que abrange imensas possibilidades que dificultam desde as orientações e prevenção na atenção básica, até procedimentos cirúrgicos mais avançados na saúde pública. Ou até mesmo dificultando o acesso físico a unidade básica de saúde ou hospitais que ficam muitas vezes distantes das comunidades, que se encontram majoritariamente em zonas rurais, e sem transporte público constante.

No caso das populações quilombolas, considerando as condições em que vivem, a precariedade do acesso aos serviços de saúde, e as desigualdades sociais e raciais que vem sendo submetidas historicamente, percebe-se os problemas em decorrência de tal situação, reforçando os comportamentos de risco, e prejudicando a saúde¹².

Nota-se que a primeira medida que pode contribuir para uma redução dos comportamentos de risco nas populações remanescentes de quilombos é a redução do racismo impregnado na sociedade, sobretudo, do racismo institucional na saúde pública brasileira. Entretanto, o processo de educação e saúde deve acontecer em paralelo ao confronto do racismo institucional, para que o aprendizado se traduza em mudanças de comportamentos mais saudáveis, evitando fatores de risco, como por exemplo, o consumo de: bebidas alcoólicas; fumo; e alimentos com excesso de gordura, sal e açúcar, ou seja, ações de promoção de uma dieta saudável para a saúde⁵.

A melhoria da situação financeira também pode acarretar reduções nos comportamentos de risco, pois dará acesso a alimentos com melhor qualidade, e às vezes até em quantidade suficiente ao consumo familiar. Salienta-se que as condições precárias de saneamento, por exemplo, precisam ser revistas, tendo em vista que influenciam negativamente na saúde de toda a comunidade envolvida.

Assim, observa-se que os comportamentos de risco à saúde desta população não se restringe às vontades das pessoas ou comunidades, e sabe-se que doenças crônicas, condições de saúde desfavoráveis, ou saneamento básico e condições de vida insuficientes, acabam contribuindo para ampliar o risco destas populações. Percebe-se que a dificuldade de acesso à saúde pública, e a presença do racismo institucional como resquícios históricos aos afrodescendentes brasileiros impedem que esta população receba a devida atenção para que tenha condições de apresentar menos comportamentos de risco à saúde.

Cezar Augusto Casotti

Cirurgião-Dentista. Doutor em odontologia Preventiva e Social.

Docente no Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB. Jequié, Bahia, Brasil.

Claudio Bispo de Almeida

Profissional de Educação Física. Doutor em Ciências da Saúde.

Docente no Departamento de Educação da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Guanambi, Bahia, Brasil. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ensino, Linguagem e Sociedade da UNEB.

Revista Saúde.Com

ISSN 1809-0761

<http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc>

REFERÊNCIAS

1. Bezerra VM. et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(6):1835-1847.
2. Santos ABS, Coelho TCB, Araújo EM. Racial identity and the production of health information. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(45):341-3455.
3. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica. 2019; (41). Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca--catalogo?view=detalhes&id=2101681>
4. Dias JCN. Relações raciais no Brasil escravagista: algumas reflexões e um diálogo com o filme Besouro. *Kwanissa*. 2018; 1(1):78-90.
5. Soares DA, Barreto SM. Indicadores nutricionais combinados e fatores associados em população Quilombola no Sudoeste da Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20 (3):821-832.
6. Cardoso LGV, Melo APS, Cesar CC. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(3):809-820.
7. Belfort IKP, Fernandes MA, Nunes JDC, Monteiro SCM. High blood pressure levels in a quilombo community. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2017; 30(3): 1-8.
8. Bezerra VM, et al. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores Associados. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(9):1889-1902.
9. Mussi RFF, Petróski EL. Síndrome metabólica e fatores associados em quilombolas baianos, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24(7):2481-2490.
10. Silva MAB. Racismo institucional: pontos para reflexão. *Laplage em Revista (Sorocaba)*. 2017; 3(1):127-136.
11. Weineck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc*. 2016; 25(3): 535-549.
12. Almeida CB, et al. Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira. *Av Enferm*. 2019; 37(1):92-103.