

ACESSIBILIDADE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DA COMUNIDADE QUILOMBOLA AO SERVIÇO DE SAÚDE

Josemara Barbosa Carneiro¹
Neucilia Oliveira Silva²
Francisco Jardsom Moura Luzia³
Monaliza Ribeiro Mariano Grimaldi⁴

RESUMO

A comunidade quilombola é caracterizada como econômica e socialmente vulnerável. As pessoas com deficiência, residentes dessas comunidades, encontram-se duplamente limitadas e possivelmente com diversas barreiras de acessibilidade, o que pode prejudicar sua utilização do sistema de saúde. O objetivo deste estudo foi analisar a acessibilidade ao serviço de saúde das pessoas com deficiência de comunidades quilombolas no Ceará. Estudo exploratório, descritivo, transversal com abordagem quantitativa, realizado nos meses de maio a julho de 2021, em três comunidades quilombolas do Ceará. Para a coleta de dados foi utilizado o Instrumento de Identificação da Pessoa com Deficiência, contendo dados sociodemográficos, epidemiológico e de acesso ao sistema de saúde. Participaram do estudo 18 pessoas, na qual se teve a prevalência na faixa etária de quatro e 23 anos (61,1%), sexo masculino (94,4%) e cor de pele preta (66,7%). Quanto ao tipo de deficiência, participaram de forma igual tanto deficiente mental/intelectual quanto transtorno do espectro autista, ambos com 33,3%. As principais dificuldades de acesso aos serviços de saúde observadas foram falta de transporte (83,3%), locomoção e comunicação, ambas com 61,1%. A barreira física obteve menor porcentagem (27,8%). A maioria dos participantes não frequentam serviço de reabilitação específico para a deficiência (72,2%), mas grande parte procura atendimento em outros serviços de saúde (88,9%), sendo a UBS o primeiro serviço de escolha (77,8%). O acesso aos serviços por moradores de localidades rurais, tende a ser utilizado com menor frequência em virtude das longas distância que devem ser percorridas e escassez de meios de transporte. Essa situação de vulnerabilidade nas comunidades quilombolas ainda pode se intensificar diante da rotatividade de profissionais, baixa infraestrutura e preconceito por parte dos profissionais, constituindo barreiras que podem prejudicar o acesso à saúde por parte desses indivíduos. Portanto, foi observado que há dificuldade no acesso aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Grupos com Ancestrais do Continente Africano; Pessoas com Deficiência.

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Ciências da Saúde, Discente,
josemarabarbosa@aluno.unilab.edu.br¹

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Ciências da Saúde, Discente,
neucilia.s@aluno.unilab.edu.br²

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Ciências da Saúde, Discente,
jardsommouraenf@aluno.unilab.edu.br³

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Ciências da Saúde, Docente,
monalizamariano@unilab.edu.br⁴

INTRODUÇÃO

No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou uma ampliação do acesso aos cuidados de saúde para grande parte da população. No entanto, ainda são observadas desigualdades geográficas e sociais no acesso, o que reflete em uma limitação da utilização e qualidade dos serviços de saúde (GOMES et al, 2013).

A comunidade quilombola é caracterizada como econômica e socialmente vulnerável, apesar de, geralmente, favorecidas pelos potenciais naturais onde vivem. São formadas por negros, descendentes de escravos e que se organizaram em quilombos, espaços que possibilitam a expressão de seus valores e práticas tradicionais, com base na ancestralidade escrava e africana (SANTOS et al., 2016).

Essas comunidades, geralmente, tem um acesso dificultado ao sistema de saúde por suas localizações, geralmente, de difícil acesso. Estudos em uma comunidade quilombola de Salvador mostram que as pessoas que residem nesse local não desfrutam de forma integral do serviço de saúde, necessitando que gestores desenvolvam ações a fim de garantir o acesso integral aos serviços de saúde (SIQUEIRA, 2018).

Toda essa situação dos quilombolas, que é preocupante, se agrava quando se pensa que há indivíduos com deficiência nessas comunidades. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) as PcD constituem, aproximadamente, 8,4% da população de dois anos ou mais, ou seja, 17,3 milhões de pessoas (IBGE, 2019).

As pessoas com deficiência, residentes das comunidades quilombolas, encontram-se duplamente limitadas, e possivelmente com diversas barreiras de acessibilidade, o que pode prejudicar sua utilização do sistema de saúde, pois as mesmas já apresentam restrições específicas, conforme o tipo de deficiência que possui, e residentes nas comunidades quilombolas, essas restrições podem ser potencializadas.

A identificação do perfil desses indivíduos e seus principais entraves para o acesso ao sistema de saúde pode facilitar o planejamento, e conseqüente execução de estratégias que favorecem a promoção e o cuidado integral à saúde. Portanto, o objetivo desse estudo foi analisar a acessibilidade ao serviço de saúde das pessoas com deficiência de comunidades quilombolas no Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado nos meses de maio a julho de 2021, em três comunidades quilombolas do Ceará, localizadas nos municípios: Horizonte, Pacajus e Baturité.

Segundo a Fundação Cultural Palmares, no Ceará existem 70 comunidades quilombolas, destas 53 já foram certificadas (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2021). Os critérios para a escolha das comunidades que fizeram parte desse estudo se deram por já serem certificadas pela Fundação Cultural Palmares e por se localizarem em cidades próximas a cidade sede da universidade dos autores desse estudo, a Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

A amostra se deu por conveniência, composta por pessoas com deficiência, quilombola, moradoras de alguma das três comunidades dos municípios citados acima. Os critérios de inclusão: não possuir impedimento de comunicação, estar aptos a responder a entrevista e com constatação do laudo médico para confirmar a deficiência. Para os indivíduos surdos ou com deficiência múltipla, foi necessário a presença do responsável para mediar e auxiliar os pesquisadores. Os critérios de exclusão: não estar na comunidade durante o período da coleta de dados e recusa em receber os pesquisadores por causa da pandemia do COVID-19.

A identificação e contato com os líderes das comunidades quilombolas foi por meio de alunos e ex-alunos da UNILAB residentes dessas comunidades ou que já tiveram o contato com algum dos líderes para realização de outros estudos. Assim, esta pesquisa foi realizada após autorização dos líderes de cada comunidade e

identificação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para acompanhamento durante as coletas.

Os dados foram coletados por meio do questionário de Identificação da Pessoa com Deficiência elaborado por Grimaldi (2020), baseado no Inquérito Nacional de Saúde. Este é formado por 23 perguntas, dividido em sete tópicos: dados de identificação, tipo de deficiência, motivo da procura do serviço de saúde, perfil epidemiológico, itinerário terapêutico, fatores que interferem no acesso ao serviço de saúde e principais cuidados de saúde (domiciliar e institucional). Ele foi aplicado por meio de entrevista individual durante a visita domiciliar em um local silencioso escolhido pelo participante.

Os dados foram tabulados em planilhas do Programa Excel e foram calculadas a frequência absoluta e relativa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNILAB conforme parecer de nº 4.518.259, e foi seguida a Resolução 466/12. Esse estudo foi realizado em contexto de pandemia do COVID-19, portanto, foram seguidas as medidas de prevenção recomendadas pelo Ministério da Saúde do uso de máscara, álcool em gel à 70%, e foi mantido o distanciamento de no mínimo um metro (BRASIL, 2020),

Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, para os menores de idade, o responsável assinou o TCLE autorizando a participação do menor, que também assinou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 18 pessoas, sete da comunidade localizada no município de Baturité, quatro da comunidade localizada no município de Horizonte e sete da comunidade localizada no município Pacajus. Essas comunidades quilombolas se localizam em áreas rurais.

A faixa etária dos participantes variou de quatro a 83, com prevalência entre quatro e 23 anos (61,1%), a maioria foi do sexo masculino (94,4%) e com até cinco anos de estudo (77,8%). A maioria dos participantes se autodeclararam com a cor de pele preta (66,7%), com renda familiar variando entre um e dois salários mínimos (66,7%) e a maioria recebe o Benefício de Prestação Continuada (55,6%). Participaram de forma igual tanto deficiente mental/intelectual quanto transtorno do espectro autista, ambos com 33,3%.

Em estudo realizado com deficientes em contexto rural, foi observado achados semelhantes quanto a prevalência do sexo masculino, baixa escolaridade e a deficiência intelectual (FUSSINGER, 2019). Direcionando para o contexto de comunidades quilombolas, foi visto na literatura que a maioria dos participantes se declaram negros e possuem o ensino fundamental incompleto (GOMES et al, 2013; DE FREITAS et al, 2018).

No entanto, foi observado em outros estudos que a renda familiar é inferior ou igual a um salário mínimo (GOMES et al, 2013; DE FREITAS et al, 2018), divergindo dos resultados encontrados, que verificou a renda entre um e dois salários mínimos. Esse achado justifica-se pelo fato de que muitos dos participantes relataram receber o Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (BPC), além de que muitos moram com parentes idosos que já possuem aposentaria, aumentando a renda da família.

Foi observado com os resultados que a maioria dos participantes não frequentam serviço de reabilitação específico para a deficiência (72,2%), mas grande parte procura atendimento em outros serviços de saúde (88,9%), na qual a Unidade Básica de Saúde (UBS) é o primeiro serviço de escolha (77,8%). Foi prevalente os participantes que não possuem problema de saúde (72,2%). Quanto ao recurso para locomoção, 66,7% não necessitam.

A Política Nacional de Saúde Integral a População Negra, tem como objetivo geral promover a saúde integral

a essa população, dando prioridade na diminuição da desigualdade étnico-racial, combate ao racismo e discriminação nas instituições de saúde. Além disso, a política resgata a percepção integral do sujeito e apresenta fundamentos para as diversas fases da vida, bem como questões relacionadas a pessoas com deficiência temporária ou permanente (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva verifica-se que a política também apresenta que o acesso aos serviços de saúde deve ser ofertado para o público negro deficiente, aplicando-se para aqueles que são residentes de comunidades quilombolas. No entanto, a partir dos resultados obtidos nesse estudo, verificasse que muitos deles não frequentam serviço de reabilitação específico para a deficiência, sendo a UBS o primeiro serviço de escolha para atendimento.

Ao verificar a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, foi observado maior prevalência na falta de transporte (83,3%), seguida da locomoção e comunicação (ambas com 61,1%). Em relação a visita domiciliar, 72,2% dos participantes recebem visita, sendo o ACS o profissional responsável por realizá-las (69,2%), e as orientações gerais é a principal atividade realizada durante esse momento (100%).

Estudos apontam resultados semelhantes, pois o acesso a esses serviços por moradores de localidades rurais, tende a ser utilizado com menor frequência em virtude das longas distância que devem ser percorridas e escassez de meios de transporte (RAIMUNDI, 2019; GOMES et al, 2013). Para as comunidades quilombolas, essa situação de vulnerabilidade ainda pode se intensificar diante da rotatividade de profissionais, baixa infraestrutura e preconceito por parte dos profissionais (GOMES et al, 2013).

A visita domiciliar corresponde em uma importante estratégia para observar o contexto das famílias dentro da comunidade (NUNES et al, 2018). No contexto das comunidades quilombolas, observa-se que o ACS é o principal responsável por acompanhar as famílias e realizar orientações gerais sobre os serviços de saúde (BEZERRA et al, 2014; NUNES et al, 2018).

CONCLUSÕES

Foi possível verificar nesse estudo que há dificuldade no acesso aos serviços de saúde por quilombolas deficientes, sendo a UBS o principal serviço procurado por eles. Essas dificuldades são acarretadas por diversos fatores, sendo o principal deles a localização geográfica das comunidades e falta de transporte. Portanto, verifica-se que são necessários mais estudos que investiguem as condições de saúde de PcD quilombola, para serem divulgadas aos profissionais de saúde que atendem nessas comunidades a fim de corroborar na melhoria da saúde desse público.

Esse estudo teve limitações diante do cenário pandêmico da COVID-19 durante o período de sua realização, pois algumas pessoas recusaram receber visita domiciliar diante do risco de contágio.

AGRADECIMENTOS

A Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pela bolsa pesquisa. A UNILAB por incentivar a iniciação científica entre os discentes. Aos líderes das comunidades quilombolas por possibilitar a realização desse estudo.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, V. M. et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia,

Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 6, 2014.

BRASIL. Coronavírus: o que você precisa saber e como prevenir o contágio. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#como-se-proteger>. Acesso em: 09 dez. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

DE FREITAS, I. A. et al. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. *Revista Cuidarte*, v. 9, n. 2, 2018.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. Certificação Quilombola. Certidões Expedidas às Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs) Publicada no DOU de 15/06/2021.

FUSSINGER, L. Determinantes sociais de saúde de pessoas com deficiência que residem em contexto rural. 2019. 38 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Palmeiras das Missões, 2019.

GOMES, K. O. et al. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 9, 2013.

GRIMALDI, M. R. M. Acesso ao sistema de saúde das pessoas com deficiência da comunidade quilombola. Chamada CNPq Nº 22/2018- Bolsas Especiais no País e Exterior. Relatório final, 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Ciclos de vida [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2019.

NUNES, C. A. et al. Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 2, 2018.

RAIMUNDI, J. A pessoa com deficiência física que reside em contexto rural frente às condições de acesso e acessibilidade. 2019. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Palmeiras das Missões, 2019.

SANTOS, et al. condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas. *Texto contexto enferm*, v. 25, n. 2, 2016.



VIII SEMANA UNIVERSITÁRIA

A Universidade pós-isolamento social: desafios, expectativas e perspectivas

SIQUEIRA, et al. Percepções de urgência e emergência pediátrica entre quilombolas: uma abordagem à luz de Leininger. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, v. 26, e21492, 2018.