



Universidade de Brasília

Instituto de Ciências Sociais - ICS
Departamento de Antropologia – DAN

**O (in)acesso ao Sistema Único de Saúde por populações
remanescentes de quilombos – o caso dos Kalunga do Engenho
II: repensando políticas públicas de saúde para a população
quilombola**

Jamila Odeh-Moreira

Orientador: Carlos Alexandre B. Plínio dos Santos

BRASÍLIA - 2017

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS – ICS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA – DAN

**O (IN)ACESSO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE POR POPULAÇÕES
REMANESCENTES DE QUILOMBOS – O CASO DOS KALUNGA DO ENGENHO II:
REPENSANDO POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO
QUILOMBOLA**

Jamila Odeh-Moreira

**Trabalho de conclusão de curso apresentado
como exigência parcial para a obtenção do
título de Bacharel em Ciências Sociais com
Habilitação em Antropologia da Universidade
de Brasília.**

Banca Examinadora:
Prof. Carlos Alexandre B. Plínio dos Santos (Orientador)
Prof. Silvia Guimarães

BRASÍLIA - 2017

DEDICATÓRIA

Dedico meu trabalho a toda a população negra e quilombola do Brasil, na esperança de que ele possa vir a contribuir na luta contra a opressão e discriminação e pelo acesso a todos os direitos aos quais temos direito pela lei brasileira, principalmente aos serviços de saúde.

Gostaria de dedicar o trabalho especialmente aos Kalunga membros do povoado do Engenho II, no município de Cavalcante, no Goiás. Sem o apoio e receptividade, nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Muna Muhammad Odeh e Edson dos Santos Moreira, que tanto me inspiraram e me apoiaram em minha jornada. Gostaria de agradecer também às minhas irmãs Fátima e Natália. Às minhas primas e primos, tias e tios e à minha vó, por me proporcionarem nada menos que carinho e amor. Sei que sem o apoio de vocês e de toda a minha família, Moreira no Brasil e Odeh na Palestina, nada disso seria possível.

Ao meu incrível namorado Arthur, que me acompanhou basicamente desde o início do curso de graduação e que nesses três anos e meio juntos tem sido meu apoio em todos os momentos.

Ao meu orientador Carlos Alexandre Plínio dos Santos por quase dois anos de trabalho e construção. Obrigada por acreditar e motivar minha pesquisa.

Ao professor Pedro Sadi pela orientação no meu projeto de Iniciação Científica, que me ajudou enormemente na elaboração desse trabalho, e também pelo esforço em me assistir durante minhas idas à campo.

A todos os membros do povoado Kalunga do Engenho II que, de uma maneira ou outra, me ajudaram na realização dessa pesquisa. Rogério, Rahyanne, Seu Sirilo, Dona Getúlia, Seu Jorge, Paulo Henrique, Junior e todos os demais. Obrigada por me receberem em suas casas e me mostrarem sua comunidade. Foi um privilégio.

Agradeço à comunidade Kalunga e ao povoado do Engenho II.

RESUMO

Este trabalho tem como tema principal o acesso aos serviços básicos de saúde vinculados ao SUS por comunidades quilombolas, nesse caso especificamente a comunidade denominada Kalunga, e localizada no estado do Goiás. Como outras populações historicamente marginalizadas na sociedade brasileira, quilombolas têm sofrido em diversos – se não todos – os setores de sua organização. O acesso à educação, lazer, alimentação, trabalho, saúde, e outros, apesar de garantido como direito enquanto cidadãos, não acontece na realidade.

A partir dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), pode-se compreender como a saúde e seu acesso são influenciados pela história, passado, sociabilização, condição econômica e participação na sociedade (inclusão/exclusão). No caso de populações marginalizadas, o processo de exclusão histórico e longo que sofreram influenciou seu acesso a direitos básicos, hoje assegurados pela Constituição, como a saúde. Os números são dados informativos e mostram uma enorme discrepância em relação ao acesso aos mesmos direitos pela população nacional. No caso de populações negras, o processo histórico da escravidão e consequentes sequelas fizeram com que seja necessário um atendimento exclusivo para esses grupos. As políticas públicas específicas, equitativas, são um meio de se procurar alcançar a igualdade na saúde. Sabendo da configuração histórica e atual de quilombos e da existência de leis e políticas públicas que garantem direitos básicos, pode-se comparar com o que é a realidade enfrentada por essas populações quando se trata de saúde.

Este estudo propõe, a partir de trabalho de campo realizado na comunidade quilombola Kalunga do Engenho II, focando no acesso ao SUS pela comunidade e considerando o novo significado atribuído ao conceito quilombo atualmente - que possibilita políticas públicas específicas para essa população - repensar e problematizar o (in)acesso dessa comunidade aos serviços de saúde oferecidos pelo Estado brasileiro, partindo do princípio de equidade em saúde.

Palavras chave: Quilombolas, saúde, racismo institucional, políticas públicas

ABSTRACT

Like other historically marginalized populations in Brazilian society, quilombolas have suffered in several - if not all - sectors of their organization. Access to education, leisure, food, work, health, and others, although guaranteed as a right as citizens, does not happen in reality.

Parting from the Social Determinants of Health (SDH), one can understand how health and its access are influenced by history, past, socialization, economic condition and participation in society (inclusion / exclusion). In the case of marginalized populations, the process of historical and long exclusion they have suffered has influenced their access to basic rights, now guaranteed by the Constitution, such as health. The numbers are alarming and show a huge discrepancy regarding access to the same rights by the national population. In the case of black populations, the historical process of enslavement and consequent sequels made it necessary to attend exclusively to these groups. Specific, equitable public policies are a means of achieving equity in health. Knowing the historical and current configuration of quilombos and the existence of laws and public policies that guarantee basic rights, one can compare with what is the reality faced by these populations when it comes to health.

This study proposes, based on field work carried out in the quilombola Kalunga community of Engenho II, focusing on the access to the SUS by the community and considering the new meaning attributed to the quilombo concept currently - that allows specific public policies for this population -, to rethink and problematize the (in) access of these communities to the health services offered by the Brazilian State, based on the principle of equity in health.

Keywords: Quilombolas, health, institutional racism, public policies

Sumário

Lista de Figuras	8
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 – QUILOMBOS	20
1.1 - Sobre o conceito de quilombo	21
1.2 - Leis e projetos governamentais	29
1.3 - Acesso a direitos básicos	34
1.4 - Saúde em comunidades quilombolas	38
1.5 - Desafios e Conquistas	40
CAPÍTULO 2 – TRABALHO DE CAMPO NO POVOADO ENGENHO II	46
2.1 - A comunidade do Engenho II	47
2.2 - História da comunidade Kalunga	51
2.3 - Saúde nos Kalunga	55
2.4 - Medicina e profissionais da saúde: oficiais e tradicionais	63
2.5 - Estrutura e atendimento: o posto de saúde do SUS no Engenho II	68
2.6 - O que é saúde? Falas e visões de membros da comunidade	73
CAPÍTULO 3 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, POLÍTICAS PÚBLICAS E INEQUIDADES EM SAÚDE	76
3.1 - SUS enquanto um direito universal	77
3.2 - Um pouco da história da saúde do negro no Brasil	79
3.2 - (In)equidades em Saúde	82
3.3 - Políticas Públicas para comunidades negras e quilombolas	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
Caderno de Fotografias	94

Lista de Figuras

Figura 1: Jorge Moreira, atual tesoureiro da Associação Quilombo Kalunga.....	33
Figura 2: Sirilo Rosa, liderança da comunidade Kalunga há mais de 35 anos.....	42
Figura 3: Getúlia Moreira, parteira e liderança da comunidade Kalunga.....	61
Figura 4: Posto de Saúde – PSF da comunidade Kalunga.....	67
Figura 5: Imagens da situação atual do posto de saúde em janeiro de 2018.....	68
Figura 6: Modelo Ilustrativo DSS.....	83
Figura 7: Paulo Henrique Silva, quilombola da comunidade Kalunga, do Engenho II.....	94
Figura 8: Igreja Assembleia de Deus no Engenho II.....	94
Figura 9 : Entrada da comunidade.....	95
Figura 10: Área Cultural com mural pintado das lideranças da comunidade.....	95
Figura 11: Centro de Artes com mural pintado por kalungas.....	96
Figura 12: Estabelecimento kalunga – lanchonete e restaurante.....	96
Figura 13: Lanchonete e Café kalunga.....	97
Figura 14 : Restaurante S&G – Sirilo e Getúlia.....	97
Figura 15: Escola Joselina Francisco Maia.....	98
Figura 16: Prédio da Escola Joselina Francisco Maia.....	98
Figura 17: Igreja Católica da comunidade.....	99
Figura 18: Paulo Henrique, quilombola, em meio as plantações da comunidade.....	99
Figura 19: José Maia, quilombola Kalunga do povoado do Engenho II.....	100
Figura 20: Casa na roça.....	100
Figura 21: Plantações de milho na roça.....	101
Figura 22: Colheita de milho.....	101
Figura 23: Área de limpeza da “casa” na roça e utensílios.....	102
Figura 24: Sabugos de milho.....	102
Figura 25: Folia de Santo Antônio, realizada em Julho.....	103
Figura 26: Estrutura destinada a atividades culturais da comunidade.....	103
Figura 27: Estrada de terra que leva até a comunidade.....	104
Figura 28: Fundos de uma casa Kalunga.....	104
Figura 29: Cachoeira Candaru, localizada após as plantações da roça.....	105

Figura 30: Plantações na roça.....	105
Figura 31: Interior de casa da roça Kalunga.....	106
Figura 32: Casa da roça Kalunga vista por fora.....	106
Figura 33: Área de limpeza da casa da roça Kalunga.....	107
Figura 34: Jovens Kalunga andando entre as plantações.....	107

Lista de Siglas

AQK – Associação Quilombo Kalunga
UNB – Universidade de Brasília
SUS – Sistema Único de Saúde
HUB – Hospital Universitário de Brasília
DSS – Determinantes Sociais de Saúde
POF – Pesquisa de Orçamento Familiar
ASCOM – Associação de Comunicação da UFG
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PRONAF – Programa Nacional de Fortalecimento de Agricultura Familiar
PBQ – Programa Brasil Quilombola
SEPPIR – Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial
INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
FCP – Fundação Cultural Palmares
RTID – Relatório Técnico de Identificação e Delimitação
PAA – Programa Aquisição de Alimentos
PNLD – Programa Nacional do Livro Didático
PNAE – Programa Nacional de Alimentação Escolar
PRONATEC – Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PBF – Programa Bolsa Família
PSF – Programa Saúde Bucal
CadÚnico – Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal
PDDE – Programa Dinheiro Direto na Escola
ATER – Assistência Técnica e Extensão Rural Quilombola
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OMS – Organização Mundial da Saúde
CNDSS – Comissão nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
PAC – Programa de Aceleração do Crescimento
FUBRA – Fundação Universitária de Brasília
CAT – Centro de Atendimento ao Turista
LEdoC – Licenciatura em Educação do Campo
UFT – Universidade Federal do Tocantins
ONG – Organização Não-Governamental

INTRODUÇÃO

Como aluna da antropologia, não havia tido contato algum com a saúde e seus subtemas. Em meu segundo ano de curso, incentivada por amigos indígenas, participei de um curso de extensão da UnB, oferecido na Maloca, centro de convivência indígena da universidade, sobre saúde indígena. Foi o meu primeiro contato com o tema de saúde e também um conhecimento mais aprofundado sobre o Sistema Único de Saúde. No curso, tivemos diversas discussões e conversas sobre o funcionamento do SUS, seus problemas, sua especificidade no tratamento de saúde dos povos indígenas, o impacto do branco e da colonização na saúde do indígena, dentre outros. A partir desse curso de extensão, me interessei muito pela saúde indígena e, assim, decidi fazer o meu projeto de pesquisa em métodos antropológicos com esse tema. Para meu projeto de pesquisa, realizei meu trabalho de campo no ambulatório indígena do HUB, acompanhando consultas, atendimentos e outros serviços com pacientes indígenas do país todo, uma vez que o HUB é um hospital base de referência e diversos tratamentos são encaminhados para lá.

Desse meu contato, pude ver a realidade vivenciada por populações indígenas com a questão de saúde e também ter acesso às especificidades do sistema – existe um setor específico do SUS para a saúde indígena, sendo que as leis, direitos e acessos são diferenciados.

A importância do ambulatório vem do fato de que promove uma atenção específica e direcionada a esses grupos. As populações indígenas são até hoje das mais vulneráveis, principalmente na questão de saúde, e, portanto, necessitam de cuidados especiais. Doenças como a tuberculose, que praticamente não existe na sociedade nacional, muitas vezes surgem e se mantêm presentes em certas comunidades indígenas, necessitando de ações de tratamentos emergenciais e preventivos também. O diabetes também está muito presente em certas etnias, como a Xavante, habitante nos estados do Goiás e Mato Grosso, causado pelo contato com “brancos” e consequente vício em doces e refrigerantes, resultando em uma epidemia na atualidade (28,2% da população xavante possui a doença, enquanto na população geral o índice é de 7,6%)¹.

¹FREITAS, Glênio Alves de; SOUZA, Maria Cristina Corrêa de; LIMA, Rosângela da Costa. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados em mulheres indígenas do Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00023915, 2016.

Além disso, é uma população que não tem acesso à saneamento básico e muitas vezes nem à água potável, estando mais propícios a terem problemas relacionados à saúde.

A partir dessa pesquisa e do projeto, me veio uma indagação: *e as outras comunidades tradicionais brasileiras, como acessam o sistema de saúde?* Existe, como na saúde indígena, um subsistema descentralizado integrado ao SUS? Existem políticas públicas específicas? Quais? Como é a saúde dessas populações? Então, pensando numa lógica de procurar compreender aquilo que me cerca, comecei a estruturar a minha pesquisa relacionada à saúde e comunidades quilombolas no Brasil.

No começo, o meu trabalho foi muito mais teórico e de pesquisa bibliográfica, uma vez que procurei primeiro estruturar a pesquisa, junto a meu orientador, para então poder entrar no campo. Assim, durante um semestre, li e pesquisei sobre a comunidade Kalunga, os quilombos pelo Brasil, saúde da população negra e funcionamento do Sistema Único de Saúde. Isso foi fundamental para mim, e me deu uma base que se mostrou, obviamente, necessária em uma pesquisa etnográfica. Definido e decidido o tema, com uma revisão bibliográfica de apoio, dei início a meu projeto de pesquisa envolvendo a comunidade Kalunga do Engenho II e o acesso aos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde.

Assim como outras populações historicamente marginalizadas na sociedade brasileira, quilombolas e comunidades negras camponesas em geral têm sofrido em diversos – se não todos – os setores de sua organização. O acesso à educação, lazer, alimentação, trabalho, saúde, entre outros, apesar de garantido como direito enquanto cidadãos brasileiros, não acontece na realidade dos mesmos. (HENRIQUES, 2001)

É importante salientar que a saúde, além de ser de extrema importância para compreender qualquer população, tem a vantagem de nos indicar, junto a ela, diversos outros problemas de cunho social presentes na mesma. A partir dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), pode-se compreender como a saúde e seu acesso são influenciados pela história, passado, sociabilização, condição econômica e participação na sociedade nacional (inclusão/exclusão). No caso de populações historicamente marginalizadas como povos indígenas, negros e também povos quilombolas, é notório que o processo de exclusão histórico e longo que sofreram influenciou seu acesso a direitos básicos, hoje assegurados pela Constituição Brasileira de 1988, como educação e a saúde (HENRIQUES, 2001)

Doenças como a hipertensão e diabetes são duas das doenças mais comuns que afetam quilombolas, podendo ter consequências piores, enquanto que na sociedade, de uma forma geral, o acesso ao sistema de saúde geralmente é mais fácil para o diagnóstico e tratamento dos pacientes nas mesmas condições. (Política Nacional de Saúde Integral da População

Negra, 2007)

Um bom exemplo dessa disparidade na saúde é o da comunidade quilombola Mola, localizada no Pará, que apresenta índices elevados de doenças crônicas. Em estudo acadêmico de TAVARES E PEREIRA (2015), constatou-se que “87,08% dos adultos apresenta problemas crônicos relacionados ao sistema digestivo, 50,9% apresentaram doenças de pele, 48,08% apresentaram algum nível de pré-hipertensão ou hipertensão arterial e 43,63% tem afecções oftalmológicas”². Já em Colônia Sutil, pequena comunidade quilombola na região de Ponta Grossa, no Paraná, “dentre os 396 moradores da Colônia Sutil, 24 sofrem de hipertensão e 15 são diabéticos”³, representando, respectivamente, 6% e 3.78% da população total. Dentre as comunidades quilombolas em Vitória da Conquista, na Bahia, que participaram de uma pesquisa em 2011 para produção de artigo de BARRETO E SOARES (2014), a partir de uma amostra aleatória feita em dois estágios, englobando 739 adultos (mais de 20 anos), revelou-se que “A prevalência de sobrepeso (IMC \geq 25,0kg/m) foi maior entre as mulheres quilombolas no presente trabalho (52,5%) em comparação à descrita para mulheres no país (48%) e no Nordeste (43,5%) pela POF de 2008-2009; resultados mostram ainda que, nesta pesquisa, a prevalência de baixo peso entre os homens (4,1%) é superior à descrita na POF (1,8%)”⁴. Esses indicadores são demasiadamente elevados e revelam uma grande discrepância em relação aos indicadores da população brasileira no geral, indicados pela POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares.

A disparidade na saúde é fato presente na população negra (preta e parda) em geral, no Brasil. A página da Política de Saúde Para População Negra informa que, entre certas minorias raciais do país, sendo elas a população negra, parda e indígena, foi registrado um aumento por causa morte pelo diabetes, sendo o número oficial em 2012 de 34,1 (por 100 mil hab.) e 29,1 (por 100 mil hab) em contraste com a diminuição da mortalidade registrada nas cores amarela e branca, que foi de 22,7 (por 100 mil hab.). Similarmente, a taxa de mortalidade por hipertensão arterial nas populações preta, parda e indígena também aumentaram, enquanto se observou uma diminuição na população branca e amarela. Dados de 2012 publicados na Política Nacional da Saúde da População Negra indicam: taxa de mortalidade por hipertensão na população preta foi de 32,3 (por 100 mil hab.) e da população

²TAVARES DE MELO, Maíra Fernanda; PEREIRA DA SILVA, Hilton. *Doenças Crônicas e os Determinantes Sociais da Saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil*. Revista da ABPN v. 7, n. 16. 2015.

³ PORTAL COMUNITÁRIO PONTA GROSSA. Hipertensão e diabetes são as doenças mais comuns entre os quilombola. Publicada em: 5 de dezembro de 2012

⁴ SOARES, Daniela Arruda; BARRETO, Sandhi Maria. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. v. 30,n. 2,p. 341-354, Feb. 2014

parda 25 (por 100 mil hab), em contraste a 17 (por 100 mil hab.) observado na população 4branca. O padrão da taxa de mortalidade se repete em registros da doença falciforme (população geral: 0,23; população preta 0,73; população parda: 0,28 e população branca 0,08).

Para além da questão da disparidade percebida entre as diferentes etnias no país, no caso de populações quilombolas, é importantíssimo analisar também a questão da população rural. A distância acaba por causar um inaccessível mais agravado ainda. Segundo dados divulgados pela PNAD de 1998, mais de 8,5% dos adultos (40 a 60 anos) do meio rural avaliaram seu estado de saúde como ruim e muito ruim, contra 6,3% na área urbana. Além disso, indicou também que uma proporção bem maior de pessoas utiliza o sistema público de saúde na área rural, em comparação com a população no meio urbano. Destaca-se, também, que enquanto na área urbana a procura por atendimento à saúde é para serviços de exame de rotina e/ou de prevenção, no meio rural, o principal motivo da busca por atendimento é doenças.

Assim, o estudo do acesso de populações quilombolas aos serviços de saúde torna-se de extrema importância. Não apenas é necessário que se garanta o acesso ao Sistema Único de Saúde, como previsto pela lei, mas também que os problemas de saúde causados pela exclusão histórica desses povos sejam combatidos. Os indicadores de doenças e anomalias devem ser reduzidos e combatidos, assim como as vulnerabilidades desses povos devem ser trabalhadas de forma a almejar uma melhor condição de vida as populações em referência.

Pensando nessa situação exposta, esse trabalho tem o objetivo de diagnosticar como se dá o acesso à saúde pela comunidade quilombola Kalunga, especificamente na comunidade do Engenho II, localizada no norte da Chapada dos Veadeiros, em Goiás.

Eu entrei no campo propriamente dito, ou seja, no local onde se encontra a minha problemática/questão norteadora, que no caso eram os povoados da comunidade Kalunga, sem saber exatamente o que esperar. Eu sabia o que gostaria de pesquisar e compreender, porém não sabia como ou se eu conseguiria fazê-lo. O trabalho de campo é um estágio da pesquisa que requer muito foco e atenção, e, sobretudo, força de vontade e motivação.

Eu já havia estado em quilombos. Nasci e fui criada em São Carlos, no interior de São Paulo, até os 8 anos quando me mudei para a Jordânia, no Oriente Médio. Nessa cidade do interior paulista há uma comunidade negra a qual minha mãe já havia me levado, enquanto criança. Foi uma das cidades que mais duradouramente usufruiu do trabalho forçado de escravizados, e que eu frequentemente a via ser mencionada em textos históricos e artigos lidos para a disciplina de tópicos especiais em comunidades quilombolas, como em “A Hidra e os Pântanos – Mocambos, Quilombos e Comunidades de fugitivos no Brasil (Séculos XVII-

XIX)” de Flávio dos Santos Gomes (2005), que traz a cidade como uma das que tinham ocorrências registradas de quilombos em 1811. O próprio site da cidade⁵ cita “Durante o período escravocrata, São Carlos atingiu o segundo lugar no tráfico de escravos para o interior paulista, perdendo somente para a região de Campinas”. Também com a minha mãe fui ao Quilombo Mesquita, aqui em Brasília, na Cidade Ocidental. Com o meu pai, visitei pela primeira vez o quilombo Kalunga do Engenho II, em 2016, junto também do meu namorado. Eu já tinha em mente fazer o meu trabalho de campo naquela comunidade, inclusive já estava escrevendo o projeto de pesquisa e sendo orientada. No entanto, aquela primeira visita não tinha como objetivo o trabalho de campo, mas sim um primeiro contato, um conhecimento prévio sobre a comunidade, ser estar vinculado à minha pesquisa.

Essa primeira visita que fiz ao quilombo Kalunga teve grande impacto em mim, por me colocar de frente com a realidade daquela população. Eu havia lido muito sobre a comunidade Kalunga, havia escrito sobre sua história e lido os projetos governamentais criados para atendê-las, havia visto milhares de vezes as incríveis fotos da maravilhosa cachoeira de Santa Bárbara, localizada dentro do território Kalunga, no Engenho II, mas estar lá mudou tudo. Felizmente, tivemos a companhia de uma guia muito gente boa e que logo tornou-se amiga. O nome dela é Rahyanne e, nos guiando pelas cachoeiras da comunidade, conversamos muito. Ela, sobre querer fazer o ENEM no ano seguinte e eu, sobre o projeto que sonhava poder colocar em ação. A Rahyanne é sobrinha do Seu Sirilo, que é líder da comunidade, e ela logo me assegurou que me ajudaria e seria bem-vinda quando fosse fazer meu trabalho de campo. Me contou sobre as condições da comunidade, os problemas e necessidade de melhorias e avanços. E destacou a importância e urgência no estudo da saúde da comunidade, uma vez que afeta diretamente todos os outros setores. Isso me deu segurança no sentido de realmente pesquisar esse aspecto da comunidade, por ver que era algo que se destacava nos problemas enfrentados pelos membros da comunidade.

O posto de saúde da comunidade Kalunga, anteriormente nomeado Joana Cezário de Torres, que é municipal e localizado no povoado Engenho II, é o único posto de saúde em todo o território Kalunga e atende a toda a população de todos os povoados pertencentes ao quilombo. Apenas no povoado do Engenho II há cerca de 130 famílias, no entanto, o número de famílias que tem direito a acessar os serviços oferecidos pelo posto de saúde é muito maior, causando uma sobrecarga pela qual a equipe de saúde passa. Até o ano de 2013 o posto funcionava com horário e regularidade, com a presença de uma enfermeira todos os dias e visitas semanais de um médico e um dentista. Com esse atendimento regular e constante, era,

⁵ www.saocarlosocial.com.br

obviamente, mais fácil acessar os serviços de saúde oferecidos pelo Estado, seja em forma de consultas, exames ou receitas/entrega de remédios. No entanto, ainda nessa época a saúde era um grande problema para os membros da comunidade por problemas de acesso e locomoção. Se, naquela época, com um atendimento regular e investimento visível na saúde, o serviço e acesso não era satisfatório, atualmente, com a falta de enfermeira e médico e serviços inconstantes, a situação parece ter piorado.

Mais de um ano depois de minha primeira visita, entre várias outras visitas e campo realizados durante esse tempo na comunidade ao longo do ano, voltei ao Engenho II em agosto de 2017, dessa vez acompanhando uma equipe da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília. A equipe foi liderada pelo professor Pedro Sadi, do departamento de enfermagem da UnB, que foi meu orientador em um projeto PIBIC sobre a saúde da população negra brasileira e é referência na questão de saúde em comunidades quilombolas e que trabalha na comunidade Kalunga desde 2004. O resto da equipe consistia em: uma professora da saúde coletiva com experiência em saúde do homem e saúde em populações vulneráveis; uma professora da farmácia da UnB, que tem experiência com manipulação de medicamentos naturais/alternativos; três enfermeiras alunas da UnB e um professor médico.

O objetivo da visita era fazer um diagnóstico da situação encontrada na saúde nas populações Kalunga do Goiás para que, a partir desse diagnóstico, seja possível elaborar um projeto de extensão na UnB que possa contribuir para melhorar o acesso aos serviços de saúde. Essa visita, na qual estiveram presentes médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais da saúde, foi de grande importância para a minha pesquisa por mostrar uma outra visão, a partir da ótica da saúde, da situação dos Kalunga. Além disso, tive contato com vários líderes e representantes da comunidade que falaram sobre a situação em que a comunidade se encontra.

Minha pesquisa teve como objetivo realizar, a partir de visitas e trabalho de campo, um diagnóstico da situação atual da comunidade Kalunga em Goiás, focando na questão da saúde e o acesso e garantia desse direito. A ideia era conciliar algumas leituras de bibliografia com um intenso trabalho prático de observação e inserção no meio da comunidade, sendo que o trabalho de campo foi realizado, apesar de não exclusivamente, porém majoritariamente, no povoado do Engenho II, por ser o local onde se encontra o posto de saúde da comunidade Kalunga. Para isso, foram planejadas visitas a esta comunidade, visando “viver” por alguns dias, observando a vida e realidade dos membros desse grupo. A partir das leituras e do trabalho de campo e observações, procurei relacionar os dados e informações para que se

possa compreender a totalidade da situação e também utilizá-los para chegar a conclusões coerentes e confiáveis sobre a situação atual da comunidade.

Devido ao tipo de pesquisa e também ao tema pesquisado, que é a saúde, utilizei a técnica da observação participante. A partir da mesma, pude acompanhar o dia a dia de membros da comunidade, observando não apenas como os mesmos conseguem acessar a saúde, mas como se leva a vida no geral. Apesar de ter sido uma de minhas intenções acompanhar consultas médicas e observar qual o processo de atendimento pela equipe de profissionais da saúde, isso não foi possível, pois os dias de atendimento nunca eram fixos e assim, apesar de estar no povoado diversas vezes em épocas diferentes, o posto não estava em atendimento nenhuma dessas vezes. Eu não queria apenas observar o atendimento médico em si, mas também como a população lida com o mesmo. Apesar de não poder observar o atendimento, pude escutar relatos de Kalunga sobre o que é extremamente valioso. “Oficialmente”, no povoado do Engenho II, por exemplo, que é o maior e mais conhecido, além de possuir mais recursos e o mais fácil acesso (única comunidade Kalunga que possui ensino médio), o atendimento no posto de saúde da comunidade atualmente ocorre apenas uma vez por semana, nas quartas – o que não se concretiza na realidade. Ou seja, nos outros dias ou horários sem atendimento, é necessário buscar outros meios, como transferir o paciente para um posto ou hospital em Cavalcante, que se encontra há 27 km do Engenho II. Os outros e menores povoados com certeza enfrentam o mesmo problema, até de maneira mais bruta, por estarem mais distantes e possuírem menos recursos. Assim, tive como objetivo durante a pesquisa poder acompanhar a realidade do dia a dia dessas populações.

O foco da pesquisa está na saúde e no acesso à mesma pelos membros de comunidades Kalunga. No entanto, não se descartou a possibilidade e inevitável necessidade de trabalhar com outros aspectos vivenciados e/ou reivindicados. Consciente do papel externo de pesquisadora, o objetivo foi conseguir ter acesso aos povoados e seus membros, observando a partir de um olhar de fora e sem em algum momento retirar o protagonismo ou voz de fala dos quilombolas. A ideia é retratar a realidade vivida, os avanços alcançados e os problemas que ainda persistem. Além disso, espera-se que, através deste trabalho e sua futura publicação enquanto trabalho acadêmico em forma de dissertação, se dê uma contribuição forte e sólida à difusão do conhecimento acerca de comunidades remanescentes de quilombos, reafirmando a sua existência e identidade.

O desenvolvimento dessa pesquisa se fez partindo dos instrumentos característicos à metodologia etnográfica e da antropologia. Assim, eu, enquanto pesquisadora, utilizei métodos como a observação participante e elaboração de caderno de campo, esses aliados a

falas livres e entrevistas tanto estruturadas quanto semi-estruturadas, para que as informações fluíssem e as conversas e coleta de dados fossem feitas de maneira mais informal possível. Aqui cito Evans-Pritchard, uma vez que “*Entrevistas fechadas e formais (...) são indesejáveis, pois não dão conta do contexto das atividades sociais*” (Evans-Pritchard, 1978: 3). O trabalho de campo foi dividido em diversas idas à comunidade, entre 2016 e 2018. No total foram 4 idas a campo para coleta de dados: julho de 2016, abril/julho/agosto de 2017 e fevereiro de 2018.

Para dar base à pesquisa, tanto escrita quanto o trabalho de campo, fez-se uma compilação de artigos e autores a serem utilizados. Apesar de ser um tema que não é amplamente estudado e não possuir tanta produção acadêmica, encontra-se diversos artigos que tratam da questão de territórios remanescentes de quilombos. Primeiramente, textos que abordam o tema quilombola como um todo serão utilizados (assim como foram na elaboração do projeto) para dar uma visão geral da questão. Esses textos e artigos lidam desde a criação até a situação atual de quilombos pelo Brasil, falando sobre a história, a regulamentação, e quilombos em geral. Em seguida, literaturas que tratam de temas específicos sobre a questão quilombola foram escolhidas. Estes incluem artigos e trabalhos que abordam políticas públicas para quilombos, a saúde em comunidades quilombolas específicas, o processo de regulamentação e titulação fundiária, etc.

Foram utilizados autores de diversas áreas, pois acredito que a interdisciplinaridade é sempre um fator positivo e nos permite analisar muito além, através de perspectivas e teorias diferentes. Entre os autores utilizados estão Carlos Alexandre Barboza Plínio dos Santos (Antropologia), Alfredo Wagner Almeida (Antropologia), Luis Palacin (História) Pedro Sadi Monteiro (Enfermagem), Maria de Nasaré Baiocchi (Antropologia), Eliane O’Dwyer (Antropologia), Ana Cláudia Gomes Rodrigues Neiva (Ciência Animal), Priscila Chianco (Desenvolvimento Sustentável) que contribuem, de maneiras diferentes e complementares, para o debate sobre quilombos na atualidade. Estes autores, além de falarem sobre quilombos em geral, apontam para o problema de falta de infraestrutura e carência nos setores essenciais como saúde e educação em comunidades quilombolas, alguns inclusive falando especificamente sobre as Kalunga.

No primeiro capítulo – Quilombos – procuro introduzir o tema, a partir de uma análise e crítica do conceito de quilombo, desde sua primeira definição, em 1722, até a definição atualmente utilizada, e como as mudanças ocorridas entre essa ressemantização impactaram o entendimento e significado do conceito. Em seguida, apresento e discuto sobre as leis e projetos governamentais que têm como público alvo a população quilombola do país,

trazendo também dados e informações sobre como se dá o acesso aos direitos básicos que são garantidos por essas leis. Por fim, apresento a questão de saúde em comunidades quilombolas no geral.

O segundo capítulo, intitulado Trabalho de Campo no Povoado do Engenho II, traz dados, informações e discussões resultantes do trabalho de campo, observação participativa e diários de campo, incluindo entrevistas com Kalunga, que são a voz dessa pesquisa. Apresento, primeiramente, o povoado do Engenho II, fazendo uma caracterização da sociedade e do espaço, seguido por uma breve análise da história da comunidade Kalunga e também sobre a saúde nos Kalunga, os desafios e conquistas obtidos. Procuro trazer ao debate, também, a(s) medicina(s) e os profissionais de saúde que atuam no quilombo, tanto os oficiais da biomedicina quanto os que utilizam os conhecimentos tradicionais. Em seguida, apresento e analiso a estrutura e atendimento do posto de saúde do SUS no povoado. Para finalizar, trago falas e reflexões de Kalunga membros do povoado acerca do que é saúde.

No último capítulo – O Sistema Único de Saúde, Políticas Públicas e Inequidades em Saúde – trago ao debate o fato do SUS ser um direito universal e as implicações que isso traz, seguido por um tópico dedicado a um pouco sobre a história da saúde do negro no Brasil. A partir disso, procuro discutir sobre as (in)equidades em saúde, partindo do conceito e buscando o aplicar na realidade quilombola analisada. Finalizo com breves comentários sobre as políticas públicas voltadas para comunidades quilombolas.

Em minha conclusão, faço uma análise, buscando aliar o trabalho de campo com a teoria de referência, de como a situação atual do povoado da comunidade Kalunga do Engenho II se mostra não ir de acordo com o que é divulgado e garantido nas leis e políticas públicas, e como esse fato está atrelado a questões sociais e raciais de discriminação e exclusão histórica.

CAPÍTULO 1 – QUILOMBOS

1.1 - Sobre o conceito de quilombo

Para falar sobre quilombos e seus membros, denominados quilombolas, é necessário, anteriormente, entender os significados desses conceitos e o que eles representam. Existem diversas definições e significados para a palavra *quilombo*, devido a sua presença em várias línguas africanas. Em quimbundo, quilombo pode ser definido como “*sociedade formada por jovens guerreiros que pertenciam a grupos étnicos desenraizados de suas comunidades*” (MOURA, 2006, pg. 328). Outra definição encontrada é a de acampamentos de repouso de caravanas de comércio e nômades, também utilizada em contextos africanos no passado. No entanto, foi só após o seu uso ser incorporado na língua portuguesa no Brasil que passou a designar local de refúgio de comunidades de escravizados fugitivos. O tema é amplamente discutido e analisado na antropologia, especialmente a questão de ressemantização, processos de identidade e também os laudos antropológicos que são exigidos e utilizados na determinação de quilombos na atualidade.

Em “A política de reconhecimento” (2001), a autora Míriam Chagas procura, partindo do direito constitucional que assegura, por lei, a regularização das terras dos chamados “remanescentes de quilombos”, discutir os limites e as possíveis maneiras de se realizar o reconhecimento dos elementos específicos culturais e sócio-históricos destes grupos. A autora faz sua reflexão partindo de laudos antropológicos, analisando qual seu objetivo e papel no processo de reconhecimento. O texto procura trazer uma problematização acerca da constituição de membros das comunidades como sujeitos políticos, do modo como se implementam projetos nessas comunidades e, principalmente, de um estereótipo ultrapassado do conceito de *quilombo*. O texto também traz, de forma muito interessante, uma discussão sobre os paradoxos que existem nas reivindicações dessas comunidades remanescentes de quilombo, fazendo uma análise sobre direitos iguais e direito à diferença.

Já Alfredo Almeida, em “Os quilombos e as novas etnias: é necessário que nos libertemos da definição arqueológica” (1999), traz uma discussão sobre o termo *quilombo* e a necessidade de repensar a utilização da definição clássica original – datada de 1740 – para criar um novo significado para o conceito, um que acompanhe a realidade atual e represente de fato essas comunidades. O autor discute, ao longo do texto o por que não fazer mais sentido utilizar a definição clássica de quilombo, e também aponta erros que são repassados junto com o termo, criando um estereótipo das comunidades que não retrata em nada suas realidades. Analisa, também, as diversas e plurais manifestações de formação de quilombos,

mostrando que o termo abrange muito mais que simplesmente um grupo isolado de escravizados fugidos. ALMEIDA (1999) desenvolve ao longo do texto a ideia de que, junto com a alteração dos conceitos e definições, mudam também a visão e percepção de quem é conceituado e definido – nesse caso, os membros das comunidades quilombolas – revelando um movimento mobilizatório quilombola crescente, desde 1995, que vem consolidando-se a nível nacional e constitucional, enquanto importante interlocutor nesses processos relativos às comunidades. A partir desses dois textos é possível analisar, de maneira crítica, o conceito de quilombo utilizado na legislação, quais os problemas advindos dessa classificação e também o que se pode fazer para que o processo de reconhecimento dessas comunidades seja feito para a comunidade e visando as necessidades e demandas das mesmas.

Objetivando apresentar questões que relacionam o acesso a direitos constitucionais pelas populações de comunidades remanescentes de quilombos, CHAGAS (2001) traz a política de reconhecimento dessas comunidades, presente na Constituição Brasileira de 1988. Essas questões foram surgindo ao longo da produção de laudos antropológicos, sendo discutidas nesse meio e trazendo importantes questionamentos e contribuindo para a necessária problematização de um estereótipo de quilombo, que não condiz com a atualidade dos remanescentes das comunidades. Partindo do fato de a categoria jurídica “remanescentes de quilombos” ser genérica e apresentar uma visão ultrapassada e estereotipada de quilombo, CHAGAS (2001) aponta para uma discussão necessária sobre quais são os limites e as possibilidades de comunicação e interlocução entre dois grupos: o de antropólogos, que produzem os laudos que oficializam o reconhecimento do território e descendência e entre os jurídicos, que representam a lei e agem em nome dela.

Referenciando SALUSTIANO (1996), que traz como direitos dos “remanescentes de quilombos” tanto direitos culturais (enquanto patrimônio cultural brasileiro), direitos econômicos-sociais de democratização fundiária e direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, a discussão gira em torno de como o Estado trata as diferenças étnicas presentes no país. Pelo artigo 68 da Constituição, é possível afirmar que, realmente, reconhece o Brasil enquanto Estado pluriétnico. No entanto, não é o bastante. No caso de remanescentes de quilombos, aliada aos artigos 215 e 216 da Constituição, devemos indagar se realmente essas políticas resultaram numa conquista dos membros dessas comunidades em reconhecimento não apenas étnico, mas que garantisse um espaço político de diferença no cenário nacional. A questão a se pensar é se esse tipo de artigo estaria rompendo com a antiga visão integracionista e assimilacionista de Constituições anteriores ou se apenas se camufla atrás de um discurso de direitos para, na realidade, não garantir direitos étnicos, como apontado pelos

antropólogos Siglia Zambrotti Doria e Adolfo Neves de Oliveira Júnior.

A importância dessa discussão que a autora CHAGAS (2001) traz se dá pela evidência de que está faltando um diálogo maior entre não somente os saberes jurídicos e antropológicos, mas entre todos os tipos de saberes, evidenciado pela dificuldade de interpretação de redação nesses tipos de artigos. Ao surgirem questões na efetiva aplicação do artigo 68, notou-se que o saber jurídico passou a necessitar e requerer o saber antropológico, como no caso de entender quem seriam os titulares dos direitos, de qual seria o conceito de quilombo e qual seria sua abrangência. Um dos primeiros problemas se dá pela interpretação literal e imediata, sem contextualização, da categoria de “remanescentes de quilombos”, querendo a aplicar a qualquer pleito que originasse das “comunidades negras”. Essa é uma questão importante no estudo de comunidades remanescentes de quilombos e deve ser discutida com maior profundidade.

Por muito tempo, o caráter redutor desse conceito foi um grande problema em se tratando de comunidades negras no geral. A partir do conceito de territorialidade negra (LEITE, 1996), que problematiza essa imagem do senso comum de ver essas comunidades como representantes de uma africanidade intocada e de um povo que se considera ainda em diáspora, é possível repensar o conceito e também a representação dessas comunidades. No estudo antropológico do conceito, percebe-se que existe uma imagem construída e esperada dessas comunidades, que não necessariamente condiz com a realidade das mesmas. Demandas de caracterização dessas comunidades são feitas baseadas em estereótipos e enquadramentos, não levando em conta a representação própria que parte da comunidade em si. Nesse cenário, os laudos antropológicos vêm tomando um espaço importante na discussão. A diversidade e o grande leque de possibilidades de construção de identidades e de processos históricos pelos quais cada comunidade, dentro de sua realidade e história própria, criou e representa na atualidade deve ser levado em consideração dentro dessas políticas de reconhecimento.

Alguns alertas metodológicos já têm sido levantados para os antropólogos que confeccionam os chamados relatórios técnicos. Este é o caso do documento de trabalho produzido na oficina sobre laudos antropológicos, que indicou que os mesmos não têm caráter de “atestado” e, em sendo elaborados, devem ser como diagnoses das situações sociais investigadas, que orientem e balizem as intervenções governamentais na aplicação dos direitos constitucionais. (ABA, 2001, p. 12)

CHAGAS (2001) aponta para a necessidade de se entender o conceito de quilombo através de suas mudanças e evoluções históricas e isso pode ser discutido melhor a partir do texto de ALMEIDA (1999), que gira em torno do conceito de quilombo ao longo de sua história. O conceito clássico de quilombo tem origem nas normas instituídas pelo Conselho Ultramarino em 1740. Esse conceito engloba 5 elementos básicos que sintetizam o conceito: fuga, quantidade mínima, localização marcada pela distância e isolamento, “rancho” e a questão de autoconsumo e capacidade de reprodução. Essa definição é de grande importância por ser a definição formal utilizada quando em comunicação com a Coroa. No entanto, devemos analisá-la com cuidado e de forma crítica, uma vez que é uma interpretação de representantes jurídicos e que distorce a realidade que eram e são os quilombos, como apontado por ELIANE CANTARINO (2002).

No entanto, não basta a definição original e nem apenas a releitura e interpretação crítica da mesma, é necessário que ser quilombola seja mais que uma mera “identidade histórica” que pode ser assumida para ser acionada na lei. Dialogando com outros autores que trazem essa discussão, podemos aprofundar na questão. Tanto os sujeitos históricos quando o local geográfico devem existir no presente, sendo condição básica a ocupação da terra por esses sujeitos, ou seja, o passado que está sendo invocado precisa corresponder a uma forma de existência que seja atual. É preciso que se localize o passado no presente e é nesse ponto que o antropólogo pode entrar em ação. Segundo BARTH (1969, 2000), os limites entre os grupos deixam de ser estabelecidos por meio de conteúdos culturais que definem as suas diferenças, passando a não depender de um observador externo mas apenas de diferenças que os próprios membros considerem significativas, os chamados sinais diacríticos. Portanto, as diferenças consideradas podem mudar ao longo do tempo, desde o passado até o presente, porém a dicotomia feita entre “eles” e “nós”, permanece. Isso refuta o pensamento de que, por serem diferentes dos quilombos considerados “originais” ou por não terem certas características, não seriam quilombos. Precisamos nos libertar das definições consideradas congeladas e que funcionam como imobilizadoras, ou seja, essa do período colonial e imperial e da histórica *stricto sensu*. Como aponta Cantarino, faz-se imprescindível que

[...] nos libertemos da definição arqueológica, da definição histórica *stricto sensu* e das outras definições que estão frigidificadas e funcionam como uma camisa-de-força, ou seja, da definição jurídica dos períodos colonial e imperial e até daquela que a legislação republicana não produziu, por achar que tinha encerrado o problema com a abolição da escravatura, e que ficou no desvão das entrelinhas dos textos jurídicos. (CANTARINO, 2002, pg. 63)

Assim, foi necessária uma ressemantização do conceito de quilombo, que considera a *autodefinição dos agentes sociais* que estão em jogo e no qual se torna um “fenômeno sociológico em que identidade e território seriam indissociáveis” (CANTARINO, 2002, Pg. 58), apontada também por ALMEIDA (1999). A questão de identidade e autodefinição se torna fator de grande importância. A partir do reconhecimento de que a definição e sentimento de pertencimento deve vir dos próprios membros da comunidade, as categorias utilizadas para a definição mudam.

Um bom exemplo é o pensamento do senso comum de que quilombos em geral não apenas descendem de escravos como trazem traços culturais e tradições africanas, que seriam incorporadas dentro da sociedade formada pelos quilombolas. Como apontado por Carlos Alexandre Plínio dos Santos em sua dissertação de mestrado intitulada “Quilombo Tapuio (PI)” (2006), esse pensamento mostra-se uma falácia, uma vez que diversas comunidades de populações negras pelo Brasil, mesmo sem revelar em seu modo de vida essa tradição africana, são considerados como quilombos. Assim sendo, podemos falar em quilombos, no plural, sendo que existiram diversos e variados tipos de quilombo, tanto aquele que existe no imaginário senso comum da população brasileira quanto outras formas organizacionais quilombolas que não se limitavam à tais características “típicas”.

Daí a importância de relativizá-los, realizando uma leitura crítica da representação jurídica que sempre se mostrou inclinada a interpretar o quilombo como algo que estava fora, isolado, para além da civilização e da cultura, confinado numa suposta auto-suficiência e negando a disciplina do trabalho. (CANTARINO, 2002, pg.49)

Após realizar pesquisa com uma comunidade negra rural no estado de Goiás, BAIOCCHI (1983) afirma que “a não ser pela cor, não se pode perceber de forma clara, no estilo de vida do grupo, aspectos culturais que lhe sejam específicos e que não façam parte do universo culturais de largas camadas da população rural brasileira”. (1983:143). Isso, é claro, não exclui o fato de existirem, tanto no passado quanto no presente, traços específicos que definem a etnicidade desses grupos étnicos.

O fato é que nem todos os quilombos formados tinham ou têm tradições africanas, assim como a ideia de que os mesmos se encontravam isolados da sociedade não se comprova, uma vez que se sabe da existência de relações entre os quilombolas e parte da sociedade nacional. Como apontado por PLÍNIO DOS SANTOS (2010) em “Fiéis Descendentes”, formas de protocampesinato quilombola, onde se tinha certa autonomia e produção do próprio

sustento, existiam já no sistema escravocrata e se vinculavam a atividades mercantis. Existiam relações, como a relatada em Diamantino, no norte de Mato Grosso, de troca entre os senhores, que deixavam suas terras e esperavam receber certa quantia pelo que fosse encontrado durante a atividade do garimpo, e os escravizados, que ficavam tomando conta das terras e entregavam parte do encontrado ao seu senhor. Esse sistema permitia ao escravizado conseguir juntar para comprar a sua alforria e também a de sua família. Além disso, os próprios Kalunga são um exemplo de como existiam relações entre os quilombolas e a cidade, onde os mesmos vendiam ou trocavam mantimentos que eles produziam, como arroz, rapadura e inhame, como relatado para mim pelo Seu Sirilo Rosa, líder do povoado do Engenho II. Isso é afirmado, também, por ALMEIDA (1999), ao analisar a história de Chico Rei.

Portanto, apesar de todo o contexto e a história sobre a escravidão e fuga dos escravizados, se organizando nos chamados quilombos, que seriam locais de fuga com tradições africanas e de grande isolamento com o resto da população, precisamos entender o conceito de quilombo através do que ele representa na atualidade e como ele é entendido nos dias de hoje. Lembrando que o passado a qual os membros dos grupos se referem não é o passado enquanto ciência histórica e sim aquele no qual se representa a memória coletiva. Como apontado por Almeida

Se deveria trabalhar com o conceito de quilombo considerando o que ele é no presente. Em outras palavras, tem que haver um deslocamento. Não é discutir o que foi, e sim discutir o que é e como essa autonomia foi sendo construída historicamente. (ALMEIDA, 2002, pg. 53)

Para exemplificar esses problemas e a imposição e distorção da realidade dos quilombos que é feita pelas autoridades e forças dominadoras, CHAGAS (2001) traz o exemplo do Vale da Ribeira. A autora, que acompanhou o processo de reconhecimento dessa comunidade, aponta para como o processo é algo muito complexo, que envolve diversos agentes e, portanto, interesses que fogem aos dos requisitados pelos membros das comunidades. Houve uma clara insistência das lógicas administrativo-legais de colocá-los na ilegalidade, observada em várias comunidades, por Chagas e Almeida, e apontam para a pressão, já antiga, de liberação de territórios pela comunidade. Desde a década de 50, mudanças impostas na comunidade revelam esses diversos interesses externos, como por exemplo a construção de uma estrada que corre paralelamente ao território, assim como tentativas de implementação de projetos de barragens e também uma política de criação de Unidades de Conservação na região, incluindo a construção de APAs e Parques estaduais

dentro das oito comunidades pesquisadas, sem mencionar que a prática do plantio das roças de coivara fora tornada ilegal. Moradores apontaram para o sofrimento causado pelas ameaças e também punições impostas pelas políticas de restrição ambiental, que afetam diretamente as comunidades. Isso nos leva a pensar em como o universo legal se mostra longe e não convidativo para o diálogo e participação ativa de membros da comunidade, não só por aplicar leis que os desfavorecem, mas também por confrontar as práticas únicas sociais e culturais de seu povo.

No caso específico estudado pela autora, a partir dos anos 80 foi possível observar, na comunidade, uma organização política da comunidade em torno do que se chamou de trabalho do quilombo. A partir do trabalho de pesquisa iniciado no quilombo por um representante da Igreja Católica, a Associação do Quilombo de Ivaporunduva se organizou para representar os direitos e demandas dos quilombolas no meio legal, a incluir acesso à água, luz e ponte. Além disso, houve um primeiro contato com outras comunidades, levando a troca de informações sobre problemas e desafios enfrentados que se mostravam semelhantes.

Este quadro apresentado nos leva a refletir sobre os diferentes modos de construção de identidades e sujeitos políticos sob a presença dessas novas fórmulas jurídico-institucionais que aparecem nos textos constitucionais. (CHAGAS, 2001. pg. 224)

As comunidades negras, portanto, se viram no meio da discussão recente em torno na constituição de sujeitos políticos, assim como é o caso dos indígenas, que se vêem nessa posição há muito tempo. Ambos autores, Chagas e Almeida, discutem esse tema. A situação de emergências étnicas, que muda a visão de um desaparecimento de grupos de minorias, para a de um novo reconhecimento de comunidades, a partir de um resgate de elementos e referências étnicas que surgiram dentro do processo de descoberta de direitos e fronteiras, do sincretismo e da mistura. ALMEIDA (1999) ressalta que:

O fator étnico ganha relevância a partir da mobilização política. A representatividade diferenciada, instituída segundo particularidades locais, que configuram cada situação designada como comunidade negra rural, parece autorizar, ademais, a formação de entidades representativas mais amplas e de alcance nacional, mas com raízes locais profundas. A identidade étnica e a identidade nacional, consubstanciadas numa entidade de articulação, não se opõem e antes se fortalecem mutuamente (...). (1999:128)

Nas comunidades negras foi possível observar uma transformação no modo como se relacionam com suas tradições, dentro do processo de construção de sujeitos políticos e visando a construção de líderes que representariam as necessidades e demandas das

comunidades, buscando encontrar uma redefinição favorável dentro do universo legal. Dialogando com Arruti, pode-se afirmar que

Por sua vez a definição mais favorável daquilo que devam ser, não depende apenas deles, ou de seus opositores, mas também do estado de relações de forças em que aquelas comunidades e seus mediadores e concorrentes a mediadores estão inseridos e na qual o papel interpretativo do antropólogo e do historiador parece ter destaque. Reconhecer a sua construtividade, ligada à plasticidade identitária que marca boa parte destas comunidades, antes de vir a deslegitimar o lugar dos pretendentes, serve como um sinal de alerta para aqueles que operam na correlação de forças que definirá qual é este lugar e quais as formas de acesso a ele. (1997, p. 30).

Analisando esses estudos antropológicos e reflexões, devemos discutir a efetividade da aplicação dessa legislação, dando ênfase à necessidade de pensar e conhecer as bases do pleito, no sentido de reconhecer e compreender a realidade própria e específica de cada comunidade a ser analisada, levando em conta seu processo histórico e cultural, sem reduzi-los à um conceito pré-estabelecido e que não reconhece suas particularidades, assim como apontado tanto por Chagas quanto por Almeida.

O princípio classificatório que fundamenta a existência do grupo emana da construção de um repertório de ações coletivas e de representações em face de outros grupos. Trata-se de investigar etnograficamente as circunstâncias em que um grupo social determinado acatou uma categoria, acionando-a ao interagir com outros. Para tanto há que atentar para os deslocamentos conceituais. (Almeida, 2002. Pg.75)

Faz-se necessário uma prática antropológica que se empenhe em produzir uma interpretação desses diferentes modos de vida e comunidade, criando um diálogo da legislação com as práticas culturais dos grupos envolvidos. Destaca-se o recente uso dos laudos antropológicos pelas próprias comunidades, visando que as políticas de reconhecimento, ironicamente, reconheçam o mínimo de seus modos de vida. Além disso, aponta para o paradoxo de igualdade e diferença, no qual muitas vezes o reconhecimento de diferenças, sejam de cor, sexo ou outros grupos sociais, podem ser armadilhas de um multiculturalismo conservador, onde os mesmos teriam direito a diferença quando a mesma os inferioriza e direito a serem diferentes no caso em que a igualdade os descaracteriza (DUMONT, 1985). Portanto, segundo Chagas,

A abrangência do fenômeno das Terras de Quilombo e sua anunciada potencialidade, enquanto signo de inclusão social (Leite, 1999), dificilmente será levada a cabo sem que a compreensão das distintividades socioculturais e históricas desses grupos sejam explicitados, qualificando seus pleitos à terra de tal modo que se possa conhecer de outro modo, ou seja, reconhecer as

diferenças culturais sem substancializá-las ou autenticá-las, mas na sua alteridade crítica que nos fazer pensar quem somos. (CHAGAS, 2001. Pg. 232)

Segundo o Decreto nº 4.887, de 2003, que regulamenta o procedimento de identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos, remanescentes de quilombo são definidos como *“grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”*.

Os quilombos e remanescentes se encontram em todas as regiões do Brasil, sendo que registros divulgados pela Fundação Joaquim Nabuco indicam a presença nos seguintes estados: Amazonas, Alagoas, Amapá, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Paraná, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e Tocantins, totalizando mais de 3000 quilombos certificados em 24 estados. (Fundação Cultural Palmares)

1.2 - Leis e projetos governamentais

Como anteriormente mencionado, existe uma política pública de demarcação de terras quilombolas. Foi-se necessários 18 anos – entre 1988 e 2003 - para que se institucionalizasse a relação do Estado para com as populações quilombola. Isso se deu através da criação da Fundação Cultural Palmares, em 1988, vinculada ao Ministério da Cultura; do surgimento, em 2003, da Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR, e do Decreto nº 4.883 que delegou ao Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA, a competência para regularização de terras de remanescentes de quilombo. Embora reconhecido enquanto direito desde a Constituição de 1988, foi apenas com o Decreto nº 4887, de 2003, que passou a ser possível a titulação pelo Governo Federal das terras ocupadas por quilombolas. Apesar disso, alguns Estados tomaram iniciativa anteriormente e conseguiram garantir esse direito antes, como o Estado do Pará, que o faz desde 1999, a partir do Decreto Estadual nº 3.572, referente a legitimação de posse de Terras dos Remanescentes das Comunidades dos Quilombos.

O primeiro passo do processo para a garantia do direito à terra é conseguir a certificação de comunidade quilombola, sob responsabilidade da Fundação Cultural Palmares-

FCP, do Ministério da Cultura. *“Apesar do Decreto nº4.887/03 considerar a autor-atribuição como critério de identidade quilombola, as comunidades ainda necessitam pleitear este reconhecimento por parte do Estado”*. (Plínio dos Santos. 2006. pg.13). Após emitido o certificado, para que se adquira o documento definitivo de posse da terra, ou seja, a titulação, que garante propriedade do território e autonomia da comunidade, é preciso levar o processo ao Incra, porém sempre com o suporte e auxílio disponibilizado pela FCP.

Segundo o passo a passo da titulação de território quilombola disponibilizado pelo INCRA em seu site oficial, as etapas são:

- Autodefinição quilombola: a comunidade quilombola, assim como qualquer outro grupo social, tem direito à autodefinição. Para regularizar seu território, o grupo deve apresentar ao Incra a Certidão de Autorreconhecimento, emitida pela Fundação Cultural Palmares;
- Elaboração do RTID: a primeira etapa da regularização fundiária quilombola consiste na elaboração do Relatório Técnico de Identificação e Delimitação (RTID), visando o levantamento de informações cartográficas, fundiárias, agronômicas, ecológicas, geográficas, socioeconômicas, históricas, etnográficas e antropológicas, obtidas em campo e junto a instituições públicas e privadas. O RTID tem como objetivo identificar os limites das terras das comunidades remanescentes de quilombos.
- Publicação do RTID: Os interessados terão o prazo de 90 dias, após a publicação e as notificações, para contestarem o RTID junto à Superintendência Regional do Incra, juntando as provas pertinentes. Do julgamento das contestações caberá recurso único ao Conselho Diretor do Incra Sede, no prazo de 30 dias a contar da notificação.
- Portaria de Reconhecimento: a fase de identificação do território encerra-se com a publicação de portaria do Presidente do Incra que reconhece os limites do território quilombola no Diário Oficial da União e dos estados.
- Decreto de Desapropriação: nos casos em que há imóveis privados (títulos ou posses) incidentes no território, é necessária a publicação de Decreto Presidencial de Desapropriação por Interesse Social (Presidência da República). Os imóveis desapropriados serão vistoriados e avaliados conforme os preços de mercado, pagando-se sempre previamente e em dinheiro a terra nua, no caso dos títulos válidos, e as benfeitorias.
- Titulação: o Presidente do Incra realizará a titulação mediante a outorga de título coletivo, imprescindível e pró-indiviso à comunidade, em nome de sua associação legalmente constituída, sem nenhum ônus financeiro. É proibida a venda e penhora do território.

Dados lançados pela Fundação Cultural Palmares indicam que, apesar de terem sido reconhecidas e certificadas pela fundação mais de 2500 comunidades até o ano de 2017 (portanto não a totalidade de territórios quilombolas registrados no país), apenas 170 desses conseguiram a titulação de suas terras pelo Incra. Isso significa que desde a titulação pioneira da Terra Quilombola Boa Vista, no Pará, em 20 de novembro de 1995, aproximadamente 92,5% das famílias quilombolas no Brasil ainda esperam que o governo garanta a efetividade do direito assegurado na Constituição Federal (Comissão Pró-Índio, 2006). Atualmente, há 1536 processos de titulação abertos no Incra – incluindo processos abertos ainda no ano de 2003, ou seja, apesar de abertos no ano em que o Incra passou a ser o órgão responsável pela titulação, ainda não foram analisados e deliberados.

Isso indica como o processo de reconhecimento e titulação de terras quilombolas pode ser de grande morosidade. Apesar de a titulação não ser exigida, a certidão emitida pela FCP é obrigatória para a garantia de direitos como Minha Casa, Minha Vida, Programa Brasil Quilombola, acesso projetos de sustentabilidade e estar habilitado a participar de programas governamentais como o Pronaf – Programa Nacional de Fortalecimento de Agricultura Familiar.

No entanto, não é apenas a regularização de terras que existe enquanto projeto governamental exclusivo e voltado aos quilombos. No que diz respeito a políticas públicas específicas para comunidades quilombolas, existe um guia que enumera todas. O Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas (SEPPPIR, 2013), publicado dentro do Programa Brasil Quilombola, pela SEPPPIR traz as diversas políticas que atendem à eixos de direitos quilombolas, sendo eles acesso à terra, infraestrutura e qualidade de vida, desenvolvimento local e inclusão produtiva e direitos e cidadania. Todos os projetos são detalhados e são disponibilizadas informações sobre como funciona, quem pode participar, o que pode ser exigido, etc.

O eixo 1, destinado ao acesso à terra, foca no já citado processo de certificação e regularização fundiária de áreas quilombolas e inclui políticas como a Certificação Regularização Fundiária.

Já o eixo 2, denominado *Infraestrutura e Qualidade de vida*, busca viabilizar mecanismos para obras de infraestrutura como saneamento, encanamentos e eletrificação, além da consolidação de projetos e programas focados em saúde, educação e assistência social. Os principais são PAC – Funasa (abastecimento de água potável e esgotamento sanitário), Programa Água para Todos, Habitação Rural (incluindo a implementação do programa Minha Casa Minha Vida), Programa Luz para Todos e Tarifa Social.

O eixo 3, denominado *Inclusão Produtiva e Desenvolvimento Local* é destinado ao apoio e incentivo ao desenvolvimento local e autonomia econômica, procurando fazer viável a sustentabilidade da comunidade em diversos setores como ambiental e cultural. Os programas oferecidos por esse eixo são Declaração de Aptidão ao Pronaf – Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar – DAP, Programa Cisternas, Projetos voltados para Segurança Alimentar e Nutricional, Programa Aquisição de Alimentos – PAA, Assistência Técnica e Extensão Rural Quilombola (ATER), Selo Quilombos do Brasil e o Programa Brasil Local – Economia Solidária.

O quarto e último eixo se dedica aos direitos e cidadania, sendo seu principal objetivo o financiamento e viabilização de *“iniciativas de garantia de direitos promovidas por diferentes órgãos públicos e organizações da sociedade civil, junto a comunidades quilombolas considerando critérios de situação de difícil acesso, impacto por grandes obras, em conflitos agrários, sem acesso à água e/ou energia elétrica e sem escola”* (SEPPPIR, 2013, pg. 10). Nesse eixo, oferece-se os programas Construção de escola quilombola – Escolas do Campo, Programa Nacional do Livro Didático PNLD – Campo, Programa Dinheiro Direto na Escola – PDDE Campo, Procampo – Saberes da Terra, Educação Quilombola, Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE, Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego – Pronatec, Programa Bolsa Família – PBF, Busca Ativa – PSF, Programa Saúde Bucal – PSB/Brasil Sorridente, Telecentros.BR, Rádios Comunitárias e Documentação Básica Registro civil – Mobilização Nacional e – CadÚnico, Programa Saúde da Família. Ressalta-se a importância do CadÚnico – Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, que é um instrumento utilizado para poder identificar e caracterizar as famílias brasileiras de baixa renda, assim permitindo que o governo e programas sociais governamentais tenham um conhecimento sobre a realidade socioeconômica da população. No CadÚnico ficam registradas informações como identificação de cada membro da família, escolaridade, situação de trabalho, característica da residência da família e renda, dentre outras. É através do CadÚnico que o governo, desde 2003, faz a seleção e inclusão de famílias de baixa renda nos programas sociais federais, sendo usado obrigatoriamente para a concessão dos benefícios do Programa Bolsa Família, por exemplo – além de poder ser utilizado para a seleção de beneficiários de outros programas, podendo ser considerado, então, uma porta de entrada para as famílias acessarem diversas políticas públicas.



Figura 1 - Jorge Moreira

Jorge Moreira, atual tesoureiro da Associação Quilombo Kalunga e um dos líderes do povoado do Engenho II, mostra sua visão acerca dos programas sociais:

Tem acesso a programas sociais. Mas assim, tem coisa que a gente nem entende. O bolsa família agora a gente mesmo acha que ta bagunçado, porque você cadastra ai passa um mês e tão pedindo frequência dos menino na escola e não sei o que. É burocracia demais, parece é que eles não querem mesmo liberar o programa. Fica empurrando com a barriga e pedindo coisa sem necessidade. E a gente tem acesso aos programas sociais no geral, não é programa que é pra quilombola mesmo, é o geral. A única coisa pra quilombola mesmo que a gente recebe é uma cesta da CONAB (Companhia Nacional de Abastecimento - uma empresa pública, vinculada ao Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento), que vem específica pra comunidades quilombolas.

Percebe-se, portanto, que existem diversos programas e projetos governamentais que visam garantir e providenciar o acesso a direitos básicos às comunidades remanescentes de quilombos. Aliás, como apontado por Monteiro (2013, pg. 613), *“essas comunidades fazem parte das prioridades dos programas para a implantação, ampliação ou melhoria nos sistemas de abastecimento de água, escoamento sanitário e coleta do lixo; acesso à energia elétrica e melhorias domiciliares ou coletivas de pequeno porte”*, sendo esses dados disponibilizados em diversas publicações do Governo, como Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial e Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2004 e 2013). No entanto, é necessário entender também como ocorre esse processo na realidade dessas comunidades. A fala de Jorge Moreira mostra que o acesso à esses programas

e projetos parece não funcionar, uma vez que a própria comunidade não reconhece essa prioridade nos programas sociais gerais ou mesmo programas específicos para a comunidade.

1.3 - Acesso a direitos básicos

O antropólogo José Maurício Arruti, em “Políticas Pública para Quilombos: Terra, Saúde e Educação” (2009) faz reflexões sobre a criação de programas e projetos governamentais que atendem as comunidades quilombolas. Segundo o autor, a presença e elaboração desses programas revela e aponta para atitudes do governo que se mostra ser mais socialmente engajado e disposto a fazer mudanças e procurar reparar erros e desigualdades do passado

é relativa à mudança de postura do Estado brasileiro diante da questão quilombola: ela deixa de ser vista como tema exclusivamente cultural, para ser incorporada na larga variedade de políticas de responsabilidade pública (ARRUTI. 2009, pg 79)

Sua análise se aprofunda ainda mais, ao apontar que os quilombos, ao serem reconhecidos enquanto um segmento diferenciado da sociedade nacional – assim como os grupos indígenas – tendem a serem limitados enquanto, ainda que entre os pobres e miseráveis, uma camada ainda mais desprivilegiada, pois é até mesmo excluída das políticas públicas que visam atenuar a pobreza, isolamento e segregação. As políticas para quilombolas podem ser divididas em duas classes, sendo a primeira a de políticas específicas para essa população e, por outro lado, políticas que se revelam serem extensões ou “cota especial” para a população quilombola dentro de uma política universal focada em pobreza, auxílios, etc. (ARRUTI, 2009)

Devemos analisar a existência dessas políticas através de seus dois lados: por um lado, são de extrema importância por serem o reconhecimento oficial do desrespeito histórico resultante da escravidão e exclusão sistemática de serviços e recursos do Estado, sendo assim uma razão para que os recursos e serviços sejam destinados à essas populações, no intuito de reparar essa desigualdade histórica. Devido ao seu conteúdo, essa abordagem aproxima as políticas específicas para populações quilombolas daquelas destinadas à população negra em geral. No entanto, por outro lado, esse reconhecimento pode ser não apenas da exclusão histórica e sistemática da população negra e de outras populações marginalizadas pela camada politicamente dominante do país, mas reconhecer, especificamente, as “formas próprias e distintas de organização social e cultural destas outras parcelas da sociedade nacional, que hoje tendem a ser designados também de forma particular” (ARRUTI, 2009, pg. 85). Nesse

caso, não há como o reconhecimento ser reduzido à uma redistribuição (ainda que ela esteja inclusa), ele implica em ultrapassar e superar a visão do *outro* como reduzido ao pobre, dominado ou oprimido e passar a o enxergar enquanto diferente – sendo assim necessário uma política específica para essa população, que veja e reconheça suas diferenças e especificidades.

Como explicitado no tópico anterior, são várias e diversas as políticas e projetos específicos às comunidades quilombolas, o que configura um grande avanço e deve ser visto positivamente e como conquistas para essas populações. No entanto, há de se questionar qual a real aplicabilidade e efetividade no dia a dia e nas necessidades dessas populações. Apesar dos vários programas e projetos governamentais, não há como negar que o acesso ainda se mostra precário.

O “reconhecimento” dos quilombolas como segmento diferenciado se limita ao reconhecimento de que entre os pobres e miseráveis do país há uma camada que ficou sistematicamente de fora das poucas políticas públicas destinadas à redistribuição de riqueza. A política de reconhecimento, portanto, neste caso, corresponde a transformar tal população em objeto de uma atenção sistemática de inclusão. (ARRUTI, 2009, pg. 86)

A seguinte tabela exemplifica, através de porcentagens, a falta de recursos básicos como água canalizada, banheiros ou saneamento. Notar que a maioria da comunidade não possui esses recursos.

SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO QUILOMBOLA⁶

Jul 2012	Jan 2013
63% possui piso de terra batida	48,7% possui piso de terra batida
62% não possui água canalizada	55,21% não possui água canalizada
36% não possui banheiro ou sanitário	33,06% não possui banheiro ou sanitário
76% não possui saneamento adequado	54,7% não possui saneamento adequado
28% possui esgoto a céu aberto e 48% fossa rudimentar	15,07% possui esgoto a céu aberto e 39% fossa rudimentar
58% queima ou enterra o lixo no território (apenas 20% possui coleta adequada)	57,98% queima ou enterra o lixo no território (apenas 21,19% possui coleta adequada)
78,4% possui energia elétrica	79,29% possui energia elétrica.

Os números geram preocupação por mostrarem uma enorme discrepância em relação ao acesso aos mesmos direitos pela população nacional. Dados da OSCIP (Organização da Sociedade Civil de Interesse Público) TrataBrasil revelam que 83,3% dos brasileiros possuem acesso a abastecimento de água tratada e 50,3% têm acesso à coleta de esgoto. O programa

⁶ Dados das famílias quilombolas inseridas no CadUnico. Disponível em *O Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas*. 2013.

Luz para Todos, por exemplo, foi iniciado nos povoados da comunidade quilombola Kalunga a partir de 2004.

O maior programa de infraestrutura realizado em uma localidade Kalunga foi a instalação de energia elétrica no Engenho II a partir de 2004 sendo à época da pesquisa um total de 117 casas e que está ligado à existência da casa de inclusão digital, do posto de saúde, da casa de costura e de uma pequena agroindústria. O programa que levou energia para essa localidade foi o Luz para Todos como parte da meta de universalizar o acesso e uso da energia em comunidades rurais. (ECHEVERRY, 2012, pg. 75)

Ou seja, até muito recentemente o acesso à eletricidade era em si algo distante e não fazia parte da realidade da maioria dos moradores da comunidade, apesar de muitas vezes requisitado e, mais importante, necessário para o funcionamento do quilombo e suas atividades. Isso fica explícito pois beneficia outros setores, como a saúde e educação, ao levar a energia também para hospitais e escolas na comunidade.

O representante do Ministério de Minas e Energia, Marcelo Zonta, e o coordenador estadual, Paulo Cerqueira, enfatizaram os benefícios que a energia poderá trazer para a comunidade, para o desenvolvimento econômico e social e para as áreas de saúde e educação. ‘A energia elétrica tem o papel de vetor do desenvolvimento porque o programa Luz para Todos mantém relacionamentos com diferentes ministérios, na busca de ações integradas que visem o desenvolvimento destas comunidades’, explicou Paulo Cerqueira. (LINHA DIRETA. Revista Online. N°308. Maio de 2004)

No caso específico do Engenho II, deve-se dar uma atenção especial ao caso da falta de acesso à água canalizada, a banheiros/sanitários e a saneamento, além da presença de esgoto à céu aberto e fossas rudimentares, uma vez que, além de serem elementos básicos para se ter uma vida digna e minimamente básica, estão diretamente relacionadas à saúde das comunidades afetadas. Assim, não apenas as populações não garantem os seus direitos (acesso à água encanada, por exemplo) como também são amplamente afetadas, inclusive na saúde (problemas relacionados a contaminações), como consequência.

Dra. Marta preocupa-se com o fato de os Kalunga beberem a água dos rios e riachos sem tratamento. Segundo ela, mesmo no Engenho, onde a água vem encanada da serra, a qualidade é com prometida com a contaminação pela terra, pois as mangueiras, por não estarem bem enterradas, quebram/furam ao serem pisoteadas por pessoas, gado, cavalos e carros. Assim, fezes de animais fazem solução de continuidade com a água. Como a água não é tratada para beber ou cozinhar, os Kalunga em geral sofrem com verminoses e diarreias. (ALVES, 2015. Pg 161)

Na comunidade Kalunga, a principal fonte e forma de abastecimento de água para a população é pelas nascentes. A canalização da água é um problema, uma vez que ocorre em poucos casos e, quando há uma ligação à uma rede de água, a mesma ocorre em apenas um ponto, geralmente fora do espaço da casa. Durante minhas estadias, esse fato foi comentado e lamentado por moradores, que se veem prejudicados com a falta de saneamento básico. As casas em geral não possuem banheiros com chuveiros e privadas, sendo comum a presença de domicílios com um banheiro externo, ao lado da casa. Assim, o escoamento e descarte do esgoto ocorre por meio de um buraco – fossa seca ou então por uma vala à céu aberto, sendo as duas opções pouco recomendadas. Há também problemas relacionados à construção das casas e o uso de palha e a falta de reboco, como relatado por Jorge Moreira, uma das lideranças do povoado do Engenho II:

Eu tenho uma preocupação agora com a população da comunidade que é com o barbeiro, o foco foi detectado desde 2015 mas ano passado (2016) foi mais forte. O foco detectado mais forte foi no Vão de Almas, mas eu fico com medo de ele se espalhar e vir a atingir ainda mais outras comunidades (povoados Kalunga) por todo o território. Até porque, na questão dos costumes de moradia, as casas são padrão, ne? Então ainda existem muitas casas de palha, casas sem reboco, então nos preocupada. A associação chegou a acionar o Ministério da Saúde e fizeram uma visita e vai acontecer uma ação nos próximos meses, mas a gente se preocupa muito. No ano passado (2016) faleceu uma jovem de 17 anos lá no Vão do Moleque de doença de Chagas. Além da leishmaniose, que está infelizmente presente na comunidade. Pouco tempo atrás, há alguns dias, faleceu uma criança de um ano e dois meses, que estava em Goiânia se tratando, e é a segunda criança dessa mesma família a contrair a doença e vir à óbito. Segundo caso em menos de um ano. A outra preocupação é saber se, onde teve esse foco, será que tem alguém contaminado? O que podemos fazer pra poder se cuidar aqui dentro e poder saber quem tá infectado e cuidar dessas pessoas. A gente tem tido também muitos casos de câncer e que nos leva a pensar qual a causa disso. Será que é algo de produtos utilizados, é algo da alimentação, é genético, etc. Teve caso de criança de 7 anos vindo a falecer, então é complicado porque tá afetando muito os nossos jovens, nossas crianças e bebês. A gente não usa agrotóxico, aqui é tudo orgânico, então a gente precisa pensar o motivo que isso fica acontecendo aqui na comunidade. A gente já perdeu muita gente, e de vários tipos de câncer, de fígado, útero, estômago, garganta, com gente de 9 anos, de 30 anos, de 52 anos.. ta atingindo todo mundo por aqui. Todo mundo sabe que quando a gente fala em saúde, é um assunto sério ne? Então se a gente pode prevenir, ou cuidar antes, é sempre melhor.

Expresso isso, é necessário destacar que grupos populacionais considerados menos favorecidos economicamente e, como no caso dos Kalunga, especialmente os que residem nas áreas rurais do país, estes são afetados duplamente por questões que concernem a falta de saneamento, tornando-os ainda mais vulneráveis. Para além da desigualdade sofrida quanto ao acesso de bens e serviços de infraestrutura básica no geral, há mais intensidade de efeito nos

riscos que decorrem da insalubridade do meio social. Os benefícios do desenvolvimento são a eles negados, criando ainda mais uma exclusão social da população pobre – negra – rural, sendo que o problema de saneamento se mostra algo persistente, a despeito dos avanços.

De maneira geral, os Kalunga vivem em uma condição de iniquidade social bastante comum em praticamente todas as comunidades quilombolas no Brasil. As condições de moradia, os poucos recursos de acesso a bens e serviços, os problemas relacionados à falta de serviços básicos e de infraestrutura, imprimem uma condição de exposição a um danoso quadro de vulnerabilidades, inclusive em se tratando de saúde, haja vista que esta tem forte gradiente social que tende a ser desfavorável aos indivíduos pertencentes aos grupos menos favorecidos, como é o caso da comunidade quilombola Kalunga. (OLIVEIRA RANGEL. 2004. Pg.61)

Jorge Moreira: Se acontece algo aqui, um acidente, tem que imobilizar a pessoa, dependendo da gravidade porque as vezes, ninguém aqui tem o conhecimento de como fazer. Ai se não tiver, tem que ligar lá pra Cavalcante e pedir pra vir, aí vem ambulância, mas demora. E isso quando tá aqui na cidade, porque tem vez que nem lá em Cavalcante tem ambulância. É sempre assim.

Assim, refletindo sobre as possibilidades de políticas de reconhecimento apresentadas por ARRUTI (2009), podemos concluir que a mera inclusão de populações quilombolas nos projetos anteriores de combate à pobreza e desigualdade, por agora, já seria extremamente positiva, enfatizando a oferta de políticas públicas a uma população historicamente marginalizada e excluída. Assim, através de uma expansão efetiva aliada com a atenção especial na aplicação dessas políticas públicas universais para os quilombos, resultados relevantes, diante do quadro de desigualdade de acesso atual (ARRUTI, 2009).

1.4 - Saúde em comunidades quilombolas

As DSS, Determinantes Sociais de Saúde, expressam, em diferentes níveis de detalhe, o conceito de que condições sociais de vida e trabalho em grupos e indivíduos relacionam-se com a situação de saúde dos mesmos. Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), “*os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população*” (2007). Já a Organização Mundial da Saúde define, desde 2008, DSS como as condições em que as pessoas vivem e trabalham. Tendo essas definições como base, podemos utilizá-las para refletir sobre a saúde da população quilombola e entender o porquê da situação.

Apesar de haver uma certa dificuldade na utilização dos determinantes sociais, devido às diferentes hierarquias que podem ser estabelecidas entre os fatores determinantes que incidem sobre a saúde de uma população, eles são de grande importância e ajudam muito na análise. Essa importância vem da necessidade de o setor da saúde ser somado aos demais setores da sociedade em combates e análises sobre desigualdades. Precisamos pensar as políticas que asseguram a redução de desigualdades sociais como um todo, pois melhorias nas condições de mobilidade, trabalho e lazer, enfim, qualidade de vida, estão vinculadas à questão de saúde do indivíduo. Assim, torna-se inegável o fato que grupos historicamente excluídos da sociedade, como é o caso dos quilombolas, mas também de toda a população negra, sempre enfrentaram dificuldades em acessar os direitos básicos garantidos à população, como é o caso da saúde.

Foi apenas em 1988 que se deu o reconhecimento oficial por parte da Constituição do país em relação às populações quilombolas. No mesmo ano é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que se deu, infelizmente, num contexto desfavorável à expansão de políticas sociais como essa, de caráter equitativo e universal. Isso devido ao momento em que o país se encontrava, passando por um processo de mudança do regime de ditadura militar desde 1964 para se tornar novamente uma democracia, a partir das eleições populares, quando foi possibilitado retomar as políticas que garantiam direitos como educação e saúde. Como resultado, a política nacional de saúde se marcou por ter um planejamento integrado frágil e por estratégias de curto prazo, sem haver um diagnóstico situacional da saúde dos diversos grupos que constituem o país e nem mesmo diretrizes e planejamento de recursos. Portanto, mesmo o SUS representando uma nova realidade no país, esse direito constitucional de acesso aos serviços de saúde não foi efetivado com essas populações.

O governo tem implementado políticas específicas para quilombos, sendo elas o Programa Brasil Quilombola, criado em 2004 e a Agenda Social Quilombola, que foi uma organização das iniciativas governamentais para os anos de 2008-2011. As duas grandes políticas se definem como um conjunto de ações e propostas de assuntos diversos e dispersos em vários ministérios. O PBQ tinha entre suas propostas e ações o Plano de Aceleração do Crescimento Quilombola, PAC Quilombola, que tinha como centro ações de obras de saneamento e infraestrutura e foi executado pelo Ministério da Saúde.

Buscando melhorias nos problemas voltados à saúde das populações, suas ações têm como norte a ideia de incentivo à equidade, atingida através da realização de oficinas de mobilização social e também educação em saúde, além disso, a partir da extensão da cobertura de ações já existentes, como por exemplo, a Estratégia de Saúde da Família (ESF),

as ações de segurança alimentar e nutricional, além do Programa de Habitação e Saneamento. Esses são exemplos dos diferentes tipos de políticas de reconhecimento apresentadas por ARRUTI (2009) anteriormente. A execução orçamentária do PBQ foi muito menor que aquilo previsto e prometido, chegando a apenas 32% de seu orçamento. Quase 20 anos depois da criação do SUS, em 2004, deu-se início à política de inclusão população quilombola através da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.434, de 14/7/2004, na qual criou-se equipes de estratégia da saúde para atuarem em comunidades quilombolas. No entanto, tendo em mente a premissa básica do SUS, que é a de acesso integral e universal, é possível concluir que o acesso pleno, universal e equitativo aos serviços públicos de saúde não ocorre na prática.

Mas também podemos concluir, através dessas políticas públicas voltadas às populações quilombolas, que houve uma mudança da postura do Estado brasileiro a respeito da questão quilombola, já que a mesma deixa de ser vista como algo simplesmente cultural e passa a fazer parte e ser incorporada dentro do leque de políticas de responsabilidade pública. Diante da falta de estudos e publicações que tenham como tema a saúde da população quilombola brasileira, é difícil fazer um diagnóstico da situação atual. Por um lado, houve melhorias, como a redução das taxas de mortalidade e aumento da expectativa de vida. Mas a população negra ainda apresenta altas taxas de mortalidade, péssima saúde bucal, alcoolismo, anemia falciforme e diabetes e o quadro se mostra grave - detecta-se nas populações quilombolas o perfil da chamada transição epidemiológica, que é a persistência dos velhos problemas relacionados à pobreza e subdesenvolvimento e alta prevalência das doenças da “modernidade”, como hipertensão e diabetes (VOLOCHKO, 2009). Essa realidade não pode ser analisada de maneira isolada, pois está diretamente ligada às condições sociais e financeiras de suas famílias, que, por sua vez, refletem as condições gerais vividas pela comunidade como um todo. Portanto, o problema não é individual ou isolado, mas sim um diagnóstico de conflitos e desigualdades estruturais.

1.5 - Desafios e Conquistas

É inegável que a vida nas comunidades quilombolas teve uma melhoria quando comparado à situação enfrentada no passado, principalmente em relação à questão de demarcação e regulamentação do território, que tem avançado, além de conseguirem se impor e reivindicar de forma mais incisiva as suas demandas

A despeito de certas inadequações das políticas públicas para quilombolas, dos embates políticos, e das inúmeras dificuldades encontradas para a titulação dos territórios étnicos, são inegáveis as conquistas do movimento social quilombola, pautando sua atuação na inserção e implementação das questões e demandas quilombolas na agenda política dos órgãos governamentais. (CHIANCA, 2010, pg. 48)

O turismo tem se mostrado um grande aliado para a visibilidade e possibilidade de reivindicação (apesar de ter seus aspectos negativos, também), mais notavelmente na comunidade Kalunga do Engenho II, que possui a famosa cachoeira de Santa Bárbara, visitada diariamente por vários turistas. Isso influencia na visibilidade e centralidade da comunidade, que é a única a ter uma escola que atende o Ensino Médio. O líder Seu Sirilo destaca em suas falas também o papel do turismo na comunidade, que possibilitou que os mais jovens, que antes sempre saíam das comunidades para as cidades, vissem um futuro dentro dos quilombos. Apesar do despreparo turístico, o turismo no local é forte e mantém os jovens nas comunidades.

Em 15 anos de exploração das cachoeiras da comunidade, o turismo possibilitou melhorias e conquistas para a comunidade. Outro fato importante relatado é o crescimento das comunidades a partir da eleição do ex-presidente do país Luíz Inácio “Lula” da Silva, em 2003, que trouxe direitos como o acesso à luz e água, cotas raciais, moradia (40 casas entregues pelo governo) e acesso ao PRONAF – Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar, também para o fato de que desde a saída da ex-presidente Dilma Rousseff, sentiram um peso negativo e até o turismo piorou, além dos preços em geral aumentarem. Sirilo Rosa, principal líder da comunidade há mais de 35 anos e dono do S&R Restaurante relata a situação:

A gente teve muitas melhorias no governo do (presidente) Lula. Foi no governo dele, em 12 de Março de 2004, que foi inaugurada a energia elétrica aqui na nossa comunidade. A gente teve também mais acesso à água (canalizada) e também teve moradia. A gente sabe do esforço pra incluir a gente e trazer coisas boas, até com isso de cotas e curso voltado pras comunidades em universidade, sei que tem na Unb e em Tocantins também, que são as universidades que os meninos costumam cursar.

Um estudo da caracterização socioeconômica e cultural da comunidade Kalunga relatava, em 2007, a situação em relação a saúde na comunidade:

A comunidade não dispõe de posto de saúde, o atendimento é feito por agentes de saúde e, em situações mais graves as pessoas se deslocam até o município de Cavalcante que fica a aproximadamente 120 km da Reserva Kalunga – [como no caso do povoado Vão das Almas]. Nestes casos, os

doentes são carregados em “leiteiras” (redes de dormir) por parentes até o local de transporte. A falta de assistência à saúde foi citada como o principal problema enfrentado pela comunidade por 50% dos entrevistados”. (NEIVA, 2008, pg 4)

No entanto, atualmente os povoados da comunidade Kalunga sofrem os reflexos da falta de infraestrutura em diversos setores como serviços médicos, falta de estradas, ausência de serviços de educação e saúde qualificados, falta de energia elétrica em alguns locais – apenas o povoado do Engenho II tem acesso, além de problemas com saneamento básico. Portanto, o diagnóstico da falta de acesso a direitos ou até mesmo a falta de programas que atendam a esses direitos também são preocupantes, por revelarem uma profunda desigualdade e exclusão. Assim, muitos avanços ainda devem ser atingidos e todos os direitos garantidos para essas populações. Seu Sirilo comenta sobre as melhorias e a luta pelos direitos:

Melhoria a gente não pode negar que teve, né. Hoje em dia é muito melhor que antes. Mas o quanto mais tá melhor, mais tem pra melhorar, entendeu? Uma conquista puxa a outra e a gente não para de lutar nunca. A gente sabe que ainda falta muito, dos direitos assim que a gente tinha que ter, a gente tem pouco e numa situação não tão boa, que nem educação e saúde.



Figura 2: Sirilo Rosa, liderança da comunidade Kalunga há mais de 35 anos

Além disso, deve-se destacar o recente envolvimento de quilombolas Kalunga inseridos no poder público, em especial na prefeitura dos municípios que a comunidade ocupa (funcionários na prefeitura de Cavalcante). Esse fato se mostra como de grande importância, uma vez que, no poder, os membros representantes têm maiores chances de pressionarem e fazerem acontecer as reivindicações da comunidade, que ganham peso através da voz de lideranças quilombolas. Isso se dá especialmente com as demandas de educação, saúde, cultura e territorialidade, que são, aliás, prioridades para esse povo. Espera-se, portanto, que a presença desses representantes, junto com a recente maior divulgação e visibilidade sobre as comunidades quilombolas pelo país, se mostre como um fator positivo e de avanço na luta pelas reivindicações e implementação de projetos. Inclusive, a população tem destaque na luta por direitos quilombolas, como apontado pelo Movimento Regional Por La Tierra:

Os Kalunga foram pioneiros em todo o país na luta pelo reconhecimento legal do território quilombola. Para fortalecer o processo de luta dentro do sítio histórico foi criada a associação Quilombo Kalunga, constituída na forma de sociedade civil, sem fins lucrativos e sem finalidade econômica. Foi criada em 10 de outubro de 1999 com o fim de representar os direitos do povo Kalunga no sítio histórico e patrimônio cultural defendendo-o de quaisquer ameaças que visem deteriorar a sua condição. Atualmente, a AQK é responsável pela gestão do território e empreende iniciativas visando o benefício do povo da região.” (MOVIMENTO REGIONAL POR LA TIERRA, 2015, pg. 13)

No mesmo dia da inauguração e entrega do novo prédio da Escola Joselina Francisco Maia, no povoado do Engenho II, 12 de março de 2004, com a presença do então Presidente Luís Inácio Lula da Silva, foi o momento que também comemorava a chegada do *Programa Luz Para Todos* na Comunidade Kalunga Engenho II, até o dia de hoje um dos únicos povoados da comunidade do território que tem energia elétrica instalada em todas as casas, como anteriormente abordado. Era comum ver a propaganda do Ministério de Minas e Energia, Programa Luz Para Todos em TV e Banners pela comunidade. O projeto pioneiro de eletrificação das comunidades do governo tinha por objetivo beneficiar 12 milhões de brasileiros, entre eles 10 milhões sendo de zonas rurais, sendo os primeiros cinco anos de instalação, energia de graça. No entanto, quando da efetivação do projeto, nem todos os moradores da comunidade tradicional do Sítio Histórico Kalunga receberam este benefício em suas residências. Moradores relataram, na época, que apesar do projeto, começaram a receber, em menos de três meses, as contas de eletricidade e já estavam pagando os talões cobrados pelas Centrais Elétricas de Goiás – CELG. (MAIA, 2014. Pg. 57).

Sobre as condições gerais vividas pelos moradores da comunidade, não há como negar as melhorias, mesmo que mínimas, em comparação às gerações anteriores. Um Kalunga, identificado como F.E.T, de 76 anos, em entrevista falou sobre a situação de melhora e compara com antigamente no quilombo:

No momento agora melhorou muito, porque uns 30 anos atrás com a entrada do prefeito Zé Bandeira as coisas melhorou para nós tudo era feito no lombo do burro, com aberturas de estradas e a continuidade dos outros prefeitos que chegou depois dele aqui no Engenho II ficou bem melhor. E o restante foi nos mesmos com a nossa luta, a grande conquista para nós aqui foi a chegada do posto de Saúde, aconteceu algumas travessias com as nossas famílias mas temos que conformar porque deus quis assim. Hoje índia (em dia) as coisas melhorou muito, temos mais direito de falar, não temos que viver escondido, temos direito alguns recursos como bolsa famílias e as aposentadorias ficou mais fácil pra nós que mora na rosa (roça). Peso (peço) a Deus que não deixa nossos jovens passar o que nós passamos, que prepara uma melhora para todos que aqui vivem com suas famílias. (SOUZA COSTA, 2013. pg. 25)

No ano de 2009 o governo federal assinou 30 decretos de regularização de territórios quilombolas, quilombos presentes em 14 estados brasileiros. Entre esses territórios que receberam decretos de regularização estava o do território dos Kalunga. Este ato busca reparar uma dívida histórica e social da sociedade brasileira em relação a este grupo étnico, se caracterizando em marco histórico no reconhecimento legal da regularização fundiária de comunidades quilombolas no País.

Nosso continente, construído no século XIX pelas elites crioulas, se encontra, em nossos dias, em um franco processo de desconstrução. Há evidências de um movimento de reparação ou de religação com os elos cortados e de retorno a enredos históricos abandonados. A emergência étnica é um despertar que implica um esforço de releitura das “memórias compactas ou fraturadas, de histórias contadas desde um só lado que suprimiram outras memórias, e histórias que se contaram e contam desde a dupla consciência que gera a diferença colonial. (SEGATO, 2007: 21-22).

Em relação ao processo de regularização do território Kalunga, apesar de ter sido reconhecido, ainda está em processo dos trâmites legais de papeis e certificados:

Segundo o Incra, desde 2010 o órgão tem trabalhado na legalização desse território. Até agora, 17 imóveis foram ajuizados com ações desapropriatórias, correspondendo a 56 mil hectares. Com ele, as comunidades requerem o pedido de titulação para o Incra. Depois, tem início a fase de regularização fundiária, com retirada dos não quilombolas por desapropriação e indenização. Em 30 de Junho de 2014 a Associação Quilombo Kalunga recebeu do INCRA (Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária) o contrato de concessão de Direito Real de Uso (CCDRU), referente a 31 mil hectares do território tradicional onde vivem cerca de 600 famílias quilombolas Kalunga. (MOVIMENTO REGIONAL POR LA TIERRA, 2015, pg. 13)

Na relação oficial de andamento dos processos de comunidades quilombolas pelo país, divulgada pelo Incra, enquanto, por um lado, o quilombo Kalunga do Mimoso – TO aparece na condição “Decreto no Diário Oficial da União”, sinalizando que o processo ainda não está finalizado, o quilombo Kalunga do estado do Goiás aparece na como “Titulação Parcial”, indicando que houve a titulação completa de parte do quilombo, enquanto uma outra fração aguarda o término do processo. De acordo com as lideranças Jorge Moreira e Seu Sirilo Rosa:

Jorge Moreira: Hoje em dia ainda não tá certo isso ai de regularização. Ainda falta. Claro que a gente já tem o reconhecimento e tem papel que diz que é nosso, mas é muita burocracia. Isso tem anos já. O processo ainda tá lá parado. Ainda falta parte das terras serem reconhecidas e registradas. E além disso ainda tem também muita fazenda aqui dentro do nosso território. Eu não entendo porque não resolve isso, o INCRA tinha que registrar essas terras particulares e dar o dinheiro pra pagar as terras deles e passar pra gente. As terras públicas também, que são do Estado, tinha que passar tudo pro nosso nome. Mas é burocracia e demora esse processo, a gente espera há anos.

Sirilo: a parte de delimitação da terra começou desde os anos 80, e ainda falta uma parte ali pra fechar o perímetro. Mas ainda não tá completo, ainda tem fazenda aqui. Nossa preocupação é porque que o Estado não passa essas terras públicas que tão no nome dele pro INCRA, pro INCRA repassar pra Associação e a gente colocar as terras pra população usar. E as terras particulares é muito bagunçado, tem terra aqui que tem cinco documentos e é muita burocracia. Agora a gente deu um passo pra frente né, com esse decreto que foi aprovado por agora. É um reconhecimento né, é uma prova de que o nosso território existe.

Temos que problematizar e questionar esse processo de titulação. Em outubro do ano de 2017 movimentos sociais denunciaram a morosidade do processo de titulação de terras quilombolas à Comissão Interamericana de Direitos Humanos, apresentando fundamentos que revelaram que essa política ainda está muito aquém da expectativa dessa política pública e execução de direito constitucional assegurado às comunidades. Estima-se que, do modo que o processo é realizado atualmente – com processos que foram abertos em 2003 ainda sem titulação completa - sejam necessários 600 anos para concluir a titulação de territórios quilombolas no país. (TERRA DE DIREITOS. 2018)

CAPÍTULO 2 –
TRABALHO DE CAMPO NO POVOADO
ENGENHO II

2.1 - A comunidade do Engenho II

A comunidade do Engenho II, localizada no município de Cavalcante, em Goiás, é formada por remanescentes de negros escravizados que se refugiaram e se instalaram na região há mais de dois séculos. Encontra-se a 27 km da sede municipal, Cavalcante – GO.

Segundo levantamento censitário realizado pela FUBRA – Fundação Universitária de Brasília em 2004, intitulado “Levantamento Sócio, Econômico e Cultural Quilombo Kalunga”, à época, a população Kalunga contava com 3.531 moradores, distribuídos em 958 famílias. Hoje, moradores indicam uma população estimada em 6 mil habitantes. Destes, cerca de 800 vivem na comunidade do Engenho II, distribuídos em 160 domicílios, com uma média de 8 pessoas por habitação.

Ainda segundo o levantamento censitário (FUBRA, 2004), na comunidade Kalunga, percebe-se uma discreta predominância da população masculina, que, em geral, são os responsáveis pelo domicílio. Em relação à grupos etários, conforme divisão caracterizada pela própria comunidade - crianças e adolescentes (0 a 15 anos incompletos), idade de trabalhar (15 a 65 anos incompletos) e idosos (mais de 65 anos) – prevalecem em número os Kalunga jovens em idade de trabalhar, seguidos por adolescentes e idosos por último. Sobre a escolaridade da população, o nível de escolaridade é muito baixo, refletindo a situação e realidade comum no meio rural do Brasil, causado pela ausência de escolas e inaccessibilidade, tendo afetado, principalmente os idosos de hoje, grupo no qual se encontra o maior número de analfabetos. Assim, enquanto a maioria das crianças e adolescentes sabe ler e escrever, devido principalmente à presença recente de uma escola na comunidade, a maioria dos idosos da comunidade são analfabetos.

O quilombo tem suas particularidades e características próprias, sendo uma delas a relação que possuem com a natureza e como preservam o meio ambiente que os cerca. Isso inclui a relação com o plantio e a colheita em suas roças, nas quais há uma continuidade do respeito e valores históricos e culturais dessa população. Assim, tanto as estações do ano quanto as rezas, festas tradicionais, folias e outras manifestações artísticas e culturais se relacionam à essa prática agrícola de subsistência que é praticada na comunidade.

UNGARELLI (2009) aponta para essa relação através da observação de condições da natureza e sua influência no plantio e colheita. O período das águas e das secas, as condições da lua e estações são aspectos agroecológicos de extrema importância para determinar o momento certo de plantar e colher. Em uma de minhas visitas a campo tive a oportunidade de

conhecer a “roça” e ver de perto como se dá o plantio e a colheita. No caminho para uma das cachoeiras da comunidade, acompanhada de um guia e também de duas crianças da comunidade, me deparei com um cenário surpreendente, que são as roças da comunidade, e, ao fundo, em uma montanha, a cachoeira do Candaru. Nessas roças são plantados arroz, banana, mandioca, mamão, milho, feijão e outros alimentos diversos.

As roças são distantes do centro da comunidade e apesar de relativamente próximas e acessíveis, a volta é cansativa e envolve o transporte das colheitas nos burros ou cavalos. Assim, os Kalunga costumam ir para as roças e não voltam no mesmo dia, permanecem nelas trabalhando até que tenham o suficiente para que se valha a pena voltar para a comunidade e não esgotar os animais. Por esse motivo, os trabalhadores costumam ficar trabalhando nos dias da semana na roça e retornam para casa nos finais de semana. Na roça, ficam alojados em estruturas simples e básicas com fogão feito em cima de pedras ou a lenha, com uma cama improvisada, local para descanso e também de armazenamento da colheita. Como relatado por Seu Sirilo:

A gente vai lá pra roça pra trabalhar. Aqui, tudo que tem aqui é nosso, é tudo da gente. O arroz, a mandioca, o feijão, tudo nois planta. Aqui tem muito mamão, você viu nas plantações? Esse aí a gente nem precisa plantar, brota sozinho. Depois da colheita, nois queima a terra, e depois de queimada, a terra aqui começa a dar esses mamão. E é mamão bom, mamão grande, vermelho e docinho. Tudo natural, da terra.

Enquanto em campo, tive a oportunidade de ser convidada para conhecer a cachoeira Candaru e, conseqüentemente, passar pelas roças, podendo experienciar esse outro lado da comunidade, pouco visto pelos de fora. Sempre muito receptivos e gentis, ao pararmos para descansar, perto das roças, a caminho da cachoeira, os dois Kalunga que estavam lá a trabalhar, sendo que cada um tinha uma “casa” diferente, nos chamaram para conhecer as roças. Estavam colhendo milho, e nos mostraram a estrutura da casa, as colheitas e falaram das plantações. Era abril, início da época de plantio *“A gente planta de tudo aqui! Aqui não falta nada, olha lá: mamão, banana, arroz, feijão... é tudo a gente que planta, colhe, cuida, come. Olha lá, meu neto tá ali plantando feijão pra mim”*, disse Manuel, kalunga que trabalha nas roças, enquanto apontava pra seu neto. Na volta da cachoeira, passamos lá mais uma vez e os senhores nos ofereceram água e um lugar para descansar antes da volta, que é bem íngreme e a trilha não é tão fácil. Assim que entramos na casa, um deles anuncia que o almoço está pronto e que vão comer, e que eu deveria comer também, e assim fiz. O almoço foi arroz, feijão, carne de sol e quiabo assado: tudo natural de lá.

A religiosidade e sua expressividade também estão muito presentes na comunidade. Cada povoado da comunidade Kalunga tem suas folias específicas e seus santos. Isso mostra uma forte tradição oral e manutenção e preservação de manifestações culturais próprias dessa comunidade. São várias folias durante o ano, sendo que cada um representa alguma época do ano e homenageia algum santo. Jorge Moreira conta sobre as celebrações do Engenho II:

Aqui no Engenho, a gente tem três folias no ano. Primeiro começa com a Folia dos Reis, que acontece do dia 1º ao dia 6 de Janeiro. Aí depois tem a Folia do Santo Antônio, que é em julho, do dia 8 a 13. E depois, em Setembro, tem a Folia da Nossa Senhora das Neves, do dia 1º até o dia 5 de setembro. Uma história curiosa é que a Folia do Santo Antônio não é daqui não. Muitos anos atrás, tinha uma professora na escola aqui, professora Kalunga, que viajando viu essa folia e resolveu trazer pra cá e fazer a folia dentro da comunidade. E depois dessa primeira vez passou a acontecer todo ano, virou tradição forte aqui da gente. Essa folia existe desde que me conheço por gente, mas não passa da minha idade, porque eu cheguei a conhecer essa professora quando era menino ainda.

Pude estar presente na folia de Santo Antônio, em julho de 2017. Apesar de serem cultos à santos e de haverem muitos devotos, não representam a comunidade como um todo. Durante a folia de Santo Antônio, ao cumprimentar uma senhora que conheci durante minhas visitas a campo, a dona Maria, a perguntei sobre o agente comunitário do povoado, o Elias, pois queria saber se o mesmo estaria na folia pela noite. Ela logo respondeu que ele é evangélico, e por isso não frequenta as folias da comunidade. Não são poucos os evangélicos na comunidade, existindo, inclusive, uma Igreja Evangélica Assembleia de Deus no território, localizada na segunda rua na entrada do povoado do Engenho II, ainda em fase final de construção, porém já frequentada.

A comunidade possui uma escola, a “Escola Municipal Joselina Francisco Maia”, que atende todos os jovens alunos da comunidade, uma vez que oferece tanto ensino fundamental como médio. Destaca-se o fato de que é a única escola no território Kalunga a oferecer ensino médio, sendo então a comunidade do Engenho II mais uma vez uma referência para outras, tendo os Kalunga de outros povoados de se deslocar e/ou permanecer no Engenho II para realizarem seus estudos.

A escola oferece educação a crianças, adolescentes e também aos adultos, pois durante os finais de semanas, há alguns anos, oferece também um telecurso aos moradores adultos. Deve-se destacar a importância do curso LEdoC e a mudança que ocorreu após a sua implementação. O LEdoC, curso de Licenciatura em Educação do Campo é regularmente oferecido na Universidade de Brasília e nele é realizado o sistema de alternância, dividindo o tempo do curso entre Tempo Escola (TE), no qual devem estar no campus e frequentar aulas e

outras atividades, e Tempo Comunidade (TC), quando permanecem na comunidade realizando trabalho de campo. O objetivo do curso, como descrito na apresentação do curso no site da UnB, é formar professores e educadores para atuarem em escolas de campo, conhecendo sua realidade e adaptando a educação para melhor se adequar.

O currículo do curso desenvolve uma estratégia multidisciplinar de trabalho docente. Conheci dois moradores que realizam o curso, na UnB, em Planaltina. Um deles, o Rogério, conheci durante o III Encontro de Pesquisadores da comunidade Kalunga, realizado na Pontifícia Universidade Católica - PUC de Goiânia, onde o mesmo deu uma palestra sobre o curso de Licenciatura no Campo e a importância da educação para as comunidades. *“O curso é muito bom porque tem os tempos diferentes, né? Tem o tempo de estudo lá em Brasília, mas a gente volta também pra fazer campo aqui, e quem faz o curso é a gente daqui mesmo, que é pra ter professor Kalunga nas escolas”*, relata Jeová Moreira, jovem Kalunga da comunidade que conheci em uma de minhas visitas ao campo, que estava lá durante o seu Tempo Comunidade e em breve voltaria à Brasília para concluir o curso.

Antes da presença do curso, moradores relatam que professores e educadores percebiam a necessidade de associar os diferentes saberes para assim poderem buscar o melhor interesse dos educandos, porém, devido à falta de preparo e de formação continuada, os professores se encontravam impossibilitados e se limitavam ao conteúdo dos livros didáticos. Hoje em dia, através do curso, moradores próprios do local estão em constante processo de formação, aplicando-se a dinâmica entre as disciplinas e a realidade vivida no cotidiano das crianças. Além disso, associa-se a educação escolar aos saberes tradicionais da terra como conteúdo curricular, podendo, assim, valorizar também a cultura e conhecimento da comunidade (Universidade de Brasília).

Por último, destaco que o Brasil tem avançado no quesito de inclusão de temáticas na base curricular com a inclusão do artigo 26 na Lei de Diretrizes e Bases da Educação, que trata da obrigatoriedade do ensino da história e cultura afro-brasileira tanto no ensino fundamental quanto no ensino médio. Porém, são avanços que fazem parte de um processo amplo e de longa duração na história da luta pela inclusão social da população negra no Brasil.

Como já mencionado, a comunidade conta também com um posto de saúde. É o único povoado que possui esse serviço, que foi inaugurado em 2009. Atualmente, o posto não está em suas melhores condições: faltam médico e outros profissionais de saúde, que atendem em dias não contínuos e sem previsão, além da precariedade de material médico e estrutura. Isso torna o acesso à serviços de saúde precário e aponta as falhas do Sistema de Saúde Único brasileiro.

A comunidade ainda conta com uma quadra de futebol, uma área cultural e um centro de atendimento ao turista (CAT) – onde se realiza o cadastro e pagamento da entrada das cachoeiras e onde se encontram os guias, moradores da comunidade. Há também uma estrutura ao lado do CAT que funciona como uma loja de produtos da comunidade, onde podemos encontrar doces típicos, comidas diversas, além de artesanatos e lembranças feitas pelos moradores, sendo uma fonte de renda alternativa para os Kalunga. *“Ajuda muito, hoje em dia a gente voltou a fazer as coisas que a gente sempre foi ensinada tipo esses artesanatos e a gente pode ganhar um dinheiro com isso. É muito bom.”*, relatou uma das meninas que estava me atendendo na loja.

2.2 - História da comunidade Kalunga

A comunidade quilombola Kalunga se encontra em destaque tanto a nível regional como nacional, por sua extensão, numerosa população e pelo fato de ser reconhecido como Patrimônio Cultural Kalunga. Ocupando uma área de aproximadamente 262 mil hectares e com uma população estimada em oito mil pessoas⁷, o território se configura como o maior território quilombola do país.

A comunidade Kalunga se encontra na região da Chapada dos Veadeiros, no nordeste do Estado do Goiás, e também no sul do Estado do Tocantins, estando localizadas nos municípios de Cavalcante, Monte Alegre e Teresina de Goiás, Arraias e Paranã. Totalizam mais de 60 povoados, os seis principais são os núcleos Contenda, Kalunga, Vão das Almas, Vão do Moleque, Ribeirão dos Bois e Engenho II. Estes são internamente subdivididos em quase cem agrupamentos: Contenda, Barra, Riachão, Sucuriú, Curral de Taboca, Saco Grande, Tinguizal, Boa Sorte, Bom Jardim, Areia, entre outros. O território foi reconhecido enquanto Sítio Histórico e Patrimônio Cultural Kalunga oficialmente pelo Estado de Goiás em 1991.

Deve-se notar que a parte do Território Kalunga que está localizada no Estado do Tocantins ficou fora deste primeiro processo de identificação e regularização territorial enquanto Sítio Histórico em 1991. Foi apenas dez anos depois, em 2001, que, a partir da iniciativa da professora e pesquisadora da Universidade Federal do Tocantins – UFT, Rosy de Oliveira, iniciou-se o trabalho de identificação e regularização do Território Kalunga do Tocantins, autodenominados como Kalunga do Mimoso.

⁷ Estudo de Caso: Comunidade Quilombola Kalunga. Movimento Regional Por La Tierra, 2015.

O território quilombola no Goiás, com 261.999,6987 há, foi titulado ainda em 2001, quando o órgão responsável pelo processo ainda era apenas a Fundação Cultural Palmares – o Incra passou a ter essa responsabilidade em 2003 - e a competência para regularização dessa área foi transferida para o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). Em 20 de novembro de 2009, Dia da Consciência Negra, o território Kalunga do Goiás foi reconhecido por um decreto presidencial. Em 12 de setembro de 2005 a Fundação Cultural Palmares certifica a comunidade Kalunga do Mimoso (TO) como comunidade quilombola e no dia 16 de dezembro de 2010 o Governo Federal decreta a criação do Território do Kalunga do Mimoso com 57.465 ha. A divisão territorial do Quilombo Kalunga como um todo foi fruto de ações externas e que, apesar de influenciar as comunidades, as mesmas não foram consultadas. Assim, a divisão do estado do Goiás e a criação do estado do Tocantins veio com muito custo para a comunidade, principalmente pelas diferenças causadas pela mesma. Os territórios localizados no Goiás fazem parte do Sítio Histórico do Patrimônio Cultural Kalunga e estão, teoricamente, protegidos por esta razão. *“Esta região também abriga o Parque Nacional da Chapada dos Veadeiros, considerado patrimônio natural mundial protegido por lei (Área de Proteção Ambiental de Pouso Alto)”*(MOVIMENTO REGIONAL POR LA TIERRA, 2015, pg.11)

A palavra que dá nome à comunidade, “Kalunga/Calunga”, possui diversos significados. Por ser encontrada em várias línguas africanas, a sua exata definição é quase que impossível. Um estudo feito pela antropóloga Mari de Nasaré Baiocchi (1991) revela que a origem da palavra é do dialeto bantu, no qual a mesma possui cunho mágico e faz parte da história e cultura de um povo. Diz também que, para os quilombolas Kalunga, tal palavra possui significado de ser um *“lugar sagrado, terra de todos, planta forte que sobrevive às agruras da terra”* (BAIOCCHI, 1991, p.41). De acordo com RAMOS (1942), a palavra possui vários significados:

Essa palavra, por parte dos antigos quilombos, sugere a existência de um grande rio que os separa da morte, da escravidão e protege o quilombo do mundo habitado pelos brancos. Ao assumir diversos significados, essa palavra é utilizada nos ritos de macumbas brasileiras, e citada em muitos autores relacionando-se ao mar e a um motivo mítico no sentido de temor, grandeza e destruição. Alguns etnógrafos associam o termo Kalunga ou calunga como sendo a morte, um título dado a um chefe indicando respeito, ou dado a um rei de um lugar inferior. Além disso, pode significar lugar onde se some ou sumidouro justificando a associação com o mar e os perigos que representa.

No entanto, alguns moradores me disseram que o nome se dá por causa da planta Kalunga, muito utilizada antigamente no tratamento de diversas doenças e presente na região que os quilombos ocupam, como relata Seu Sirilo:

O nome da comunidade vem de uma planta, aqui da região. Essa planta tinha o nome de Kalunga e é uma planta muito forte e poderosa. Ela era usada no tratamento de malária e era muito importante aqui pra população. Ai usava o chá da raiz dela pra combater, junto com comprimido de aralén. Eu mesmo já tive malária, quando era menino, e é uma doença muito difícil. É daí que vem o nome Kalunga que é nosso.

A história da comunidade quilombola está vinculada à história do estado do Goiás. A partir de 1722 deu-se início à conquista e povoamento do território goiano. As chamadas bandeiras, que na verdade, como explicado por PALACIN (2001) eram expedições organizadas militarmente nas quais cada participante entrava com uma parcela de capital, representada por certo número de escravos para explorar a riqueza de minas recém-descobertas, chegavam ao Goiás. No caso, a primeira bandeira era de Anhanguera, que, após êxito, inspirou diversas outras às Minas dos Goyases, estando presentes tanto no sul quanto no norte da capitania, chegando ao complexo cristalino da Chapada dos Veadeiros. Essas entradas traziam consigo números consideráveis de escravizados africanos com a função de abrir as rotas e também trabalhar tanto em minas quanto lavouras, além do transporte de cargas.

Após localizadas as minas de ouro, as entradas foram diminuindo e iniciou-se o processo de povoamento centrado na extração mineral, atividade que dependia dos escravizados. No entanto, o período aurífero desta região foi breve, e em 1779 a atividade já se encontrava em decadência. Vilas desapareceram e grande parte da população migrou para roças e fazendas, que, anos depois, com o desenvolvimento da pecuária, conseguiram se consolidar e realocar o trabalho escravo para a atividade pastoril, como apontado por BRANDÃO (1977).

O esgotamento de certas minas importantes como a de São Félix fez com que começasse uma busca por novas regiões auríferas, sendo fundados os arraiais de Cavalcante e Santo Antônio do Morro do Chapéu (atualmente Monte Alegre), em 1740 e 1769, respectivamente. Portanto, foi através do trabalho forçado em minas que se origina, em parte, a formação do povo Kalunga. Fugindo do trabalho escravo, se deslocavam para os vãos das serras, como Mendes, Contenda e Muleque. Além dos escravizados, iam para lá também negros alforriados que adquiriam terras, formando comunidades negras em relativo isolamento, desenvolvendo uma economia própria e se adaptando ao local. Deve-se destacar

que haviam encontros com povos indígenas - principalmente dos troncos Tupi e Gê – (BRANDÃO, 1977) que habitavam a região, influenciando não apenas a delimitação da área a ser ocupada, mas também formando relações tanto de troca de conhecimentos quanto de produtos.

Além da atividade mineradora, a criação de gado também contribuiu para a formação do povo Kalunga. Trabalho escravo era também utilizado nas fazendas pastoris, inclusive no vale do Paranã, dentro do município de Cavalcante e que pertence ao território Kalunga. Era prática relativamente comum que proprietários de terras, por causa de falecimento, deixassem as terras, de maneira formal, aos seus escravizados, sendo que a prática se tornou mais comum ainda com a Abolição da Escravidão, quando fazendas se desestruturaram e foram deixadas abandonadas, diversas vezes aos seus escravizados.

Sabe-se que a formação dessas comunidades negras ocorreu juntamente com a história da ocupação da região norte da província de Goiás em decorrência das atividades de mineração e, posteriormente, do pastoril. Essa última, no fim do século XVII, tornou-se relevante na região do Vale do Paranã, atualmente território Kalunga, sendo disseminada por fazendeiros criadores de gado. O trabalho escravo em atividades de pastoril tornou-se comum nesse período e significativo para a constituição do povo Kalunga. Existem muitos casos de terras doadas formalmente por senhores aos escravos em razão de falecimento ou desestruturação das mesmas, quando abandonavam as propriedades e as deixavam aos seus ex-escravos”. (OLIVEIRA, 2001, pg.34)

Assim, pode-se dizer que o processo histórico de formação e povoamento do Goiás colaboraram para a constituição de comunidades negras e quilombos, como a dos Kalunga. Podemos apontar tanto as relações de trabalho servil quanto o processo de apropriação de terras como fatores que contribuíram para a formação dos quilombos.

O quilombo era um espaço em que os ex-escravos reafirmavam sua cultura, seu modo de vida comunal e coletivo, e sua religiosidade. As relações próximas, propiciadas pela vida no quilombo reafirmavam suas identidades pelo compartilhamento de símbolos, valores e costumes comuns. A possibilidade de assumir sua identidade permitia ao indivíduo colocar-se de forma diferente perante a sociedade, em uma posição ativa de resistência, luta e discordância com o tratamento de submissão e exclusão empregado aos escravos. (FURTADO, 2014, pg 7)

A territorialidade baseada na dinâmica única da circulação pelas terras que era estabelecida pelo parentesco e que possibilitou a esses negros camponeses traçarem historicamente suas fronteiras étnicas foi a mesma que determinou a formação econômica e social das fronteiras do território, reafirmando essa identidade intrinsecamente ligada ao espaço território. Mais que apenas a ocupação física do local, a posse do território

representava uma autonomia por muito tempo sonhada, a possibilidade de sair do modelo hierarquizado de relações sociais. Sair do cativeiro não era alcançado apenas com a extinção da escravidão, mas com a conquista de direitos como o direito à terra e propriedade, ter o controle sobre os meios de produção e o processo de trabalho e venda, com o objetivo de concretizar o seu “projeto camponês”. (PLÍNIO DOS SANTOS, 2015)

2.3 - Saúde nos Kalunga

Focando especificamente na questão de saúde entre as populações Kalunga, nota-se que a mesma não pode ser tratada isoladamente, pois faz parte e é resultado de um conjunto de fatores. Estudos e moradores apontam para um número de fragilidades e grande falta de infraestrutura, como

[...] pobreza extrema; perda de espaço territorial devido à invasão de posseiros; índice muito baixo de renda per capita; emprego informal e trabalho infante-juvenil; precariedade de abastecimento de água, energia, saneamento básico e condições de moradia; dificuldades de acesso à saúde, educação e aos bens materiais e de consumo; analfabetismo e pouca adesão das crianças à frequência escolar”. (MONTEIRO. 2013)

Essas condições contribuem e influenciam na questão de saúde, principalmente fatores como a pobreza extrema, problemas relacionados à água limpa, inexistência de saneamento básico e condições precárias de moradia. Além disso, na área de saúde, os problemas também chamam a atenção, devido a complicações causadas por condições precárias de vida e também à desigualdade social a qual os povoados da comunidade Kalunga se encontram, como apontado por MONTEIRO (2013). Se, devido às condições precárias, falta de nutrição, dentre outros, o quilombola apresenta vulnerabilidades e doenças, o mesmo não consegue acessar o sistema de saúde com facilidade para se tratar, o que agrava o problema.

A assistência à saúde é realizada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), porém há precariedade dos serviços de saúde, número reduzido de unidades, equipes e profissionais, especialmente médicos, dentistas e enfermeiros. Observou-se que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é quem se mantém responsável pelo acompanhamento do estado de saúde das famílias quilombolas. Embora a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) assegure a ampliação do acesso e a qualidade do atendimento básico, na comunidade Kalunga, verificou-se uma fragilidade entre o que é preconizado e as ações executadas. (NEIVA E MONTEIRO, 2013, pg. 616).

Entre os problemas da área de saúde em comunidades quilombolas enfrentados estão “*latente insuficiência na estrutura dos serviços destinados à prestação da assistência básica, somada à baixa disponibilidade de insumos e equipamentos, ao reduzido número de profissionais, barreiras geográficas e da desvalorização dos conhecimentos medicinais tradicionais da cultura Kalunga*” (NEIVA E MONTEIRO, 2013, pg.613). Ou seja, os problemas são graves e medidas devem ser tomadas para reverter esse quadro. Como anteriormente mencionado, existem, atualmente, diversos projetos e políticas públicas voltadas às limitações da área da saúde, com destaque ao Programa Brasil Quilombola – PBQ, do Governo Federal, cujo objetivo é exatamente alcançar essas melhorias.

Desde a minha primeira visita, moradores destacaram a importância e necessidade de melhorias na saúde da comunidade. E destacam, também, a importância e urgência no estudo da saúde da comunidade, uma vez que afeta diretamente todos os outros setores. Seu Cezário, 56 anos, dono de um restaurante e uma das lideranças da comunidade fala sobre a questão da saúde mental entre os Kalunga:

Todos os problemas de saúde, o ideal seria abraçar todos e tratar todos. Eu entendo que como não é fácil pra gente daqui sair, também não é fácil pras pessoas de lá trazer, né? A questão mental, é um problema muito grande que tem em toda a população quilombola, principalmente aqui e no Vão do Moleque. Tem gente que toma remédio controlado direto, então o que a gente, eu, pelo menos acho importante é um ponto de apoio aqui na comunidade pras pessoas que tem problema mental. Porque é muito difícil levar alguém daqui pra clínica lá fora, sozinho e as famílias não têm condição de ir pra visitar. Acaba ficando a desejar essa questão. Eu já pedi e fui atrás várias vezes, que tenha um ponto de apoio, seja aqui na comunidade ou em Cavalcante mesmo, mas que seja próximo de acesso pra gente. Talvez possa não resolver o problema, mas pelo menos 50% eu sei que vai melhorar. A questão da psicologia é muito importante, a minha, eu que não tenho filho família, não me preocupo comigo, mas com os outros. Eu como liderança, o que sobrar pros outros vai sobrar pra mim. Sempre atuei na comunidade, há 35 anos. Passamos por momentos muito difíceis. A gente vê essas coisas acontecerem (levarem internado) e não podemos fazer nada. Tô colocando isso como questão e como prioridade. Aqui já é bem ruim, no Vão do Moleque é pior ainda, tem família inteira com problema mental lá.. há poucos dias um cometeu suicídio lá. É um baque muito grande pra nós e a gente sabe que tem como melhorar essa situação. Nem toda família tem condição de ir pra Brasília, ir pra São Paulo. Mas se for aqui na comunidade ou em Cavalcante, ajuda demais. E a gente tá disposto a fazer nossa parte, a comunidade faz e não é pra vocês, é pra gente mesmo porque precisamos disso. Eu sei que é difícil e é uma luta longa mas a gente não desiste. Olha o direito de cidadão, a gente luta há anos e ainda não conseguimos nossa cidadania, mas a gente não para de lutar pelos nossos direitos. A esperança de quem luta, é vencer e não cair. O primeiro passo é reivindicar, depois vem os outros. Tem uma parede? A gente vai derrubar.

Isso me deu segurança no sentido de realmente pesquisar esse aspecto da comunidade, por ver que realmente era algo que se destacava nos problemas enfrentados pelos membros da comunidade. Segundo Damião Maia, 34 anos, um dos líderes do povoado do Engenho II e atual presidente da Associação Quilombo Kalunga:

Outra coisa é que, uma coisa puxa a outra, né? Ta tudo conectado uma na outra. As vezes tem algum problema mas que depois vira uma doença muito mais forte e mais grave. O problema de drogas na comunidade. Muitos jovens estão envolvidos e isso afeta a comunidade. Tem o problema de saúde bucal também, principalmente em crianças, mas é algo que afeta a comunidade como um todo. Tem criança que tá com os dentes nascendo, e já nasce com dente ruim, com cárie.

Lendo uma monografia que tratava da produção audiovisual de filmes em comunidades Kalunga, chamado “Documentários no território Kalunga: análise dos filmes Entre vãos e Império e suas raízes” (2014), de Sideni Cesário de Torres, um Kalunga, Seu Florentino 68 anos, da Comunidade Vão do Moleque, e que foi presidente da Associação Kalunga de Cavalcante (AKC) por dois mandatos, em sua entrevista, também destaca essa importância:

Florentino: Sim, e como tem que dar continuidade, ainda tem muita coisa ainda, que vocês precisam buscar. Primeiro eu acho que vocês, deviam buscar sobre a saúde, sobre a forma das pessoas viverem, como era antes, inclusive eu dou um exemplo para você que inclusive, você não sabe; uma senhora que a pouco tempo não tem mais de 20 a 30 anos, que ela morreu por falta de cuidado, por causa que engoliu um caroço de coco macaúba, e enganchou na goela que naquele tempo, não tinha nem médico aqui, não tinha hospital não tinha nada e se tivesse também, pouco adiantava trazer porque ela era bem negra pura, pobre demais, era difícil até de conduzir. Mas, ai era uma boa pessoa, era ser humano, era uma boa senhora, ela ensinou a gente, trabalhava para gente, era boa para cuidar de serviço de casa. Então, eu acho que você deveria focar mais nessa parte da 80 saúde, de ver como que o povo vivia assim só com benzimentos , que até hoje ainda tem gente que usa. (TORRES, 2014. Pg. 79)

Como já relatado, a comunidade do Engenho II, é o povoado mais próximo da cidade de Cavalcante, a única com energia elétrica e que possui um posto de saúde. Ainda nessa comunidade, as condições são precárias, evidenciadas pela falta de saneamento básico e esgoto a céu aberto, e a situação de saúde é bem difícil, no entanto, as outros povoados da comunidade Kalunga, mais afastadas, como o Vão das Almas enfrentam obstáculos maiores ainda para acessar o sistema de saúde, uma vez que são localizadas distantes e o acesso (estrada) não se encontra em boas condições. Nesses povoados mais distantes é muito comum encontrar medicinas e terapias “alternativas” e naturais, utilizando-se de conhecimentos

tradicionais para o tratamento e prevenção de males – esse tema será melhor discutido no tópico sobre o uso de medicina tradicional. Elias Maia, agente comunitário em saúde do povoado fala um pouco sobre a conciliação da medicina ocidental com a tradição Kalunga:

Tem caso de gente aqui na população que é doente e fala que não aguenta tomar remédio, tomar medicamento todo dia. Fica com dores, enjoos e outras coisas. Ai tem muita gente que muda e por si só começa a alternar, ai toma comprimido um dia, chá de ervas no outro, comprimido no outro e assim vai. Eu sei e acompanho um caso de um quilombola que parou de tomar os comprimidos, remédio pra hipertensão e passou a tomar só o chá com as plantas daqui mesmo e hoje em dia é controlado a situação dele, mesmo sem tomar comprimidos que são os indicados para controlar a doença. E tem diabéticos que usam o medicamento mas combinam com os chás com as plantas daqui. Porque só tomar o comprimido as vezes tem efeito mal (colateral) no quilombola porque o corpo estranha. Ai a gente vê que quem toma os chás juntos, as ervas medicinais Kalunga, sempre tão mais saudáveis. A gente tem uma horta aqui de ervas medicinais e as mulheres principalmente elas que cuidam e fazem remédios, pomadas, um monte de coisa com essas plantas e saberes tradicionais daqui dos Kalunga. Acho que o mais ativo é lá na comunidade do Vão de Almas, que lá tem muita produção mas todas as comunidades aqui a gente tem os saberes e a gente usa isso na nossa saúde. Problemas mentais são recorrentes, tem muita gente que sabemos que possuem problemas porém nunca vão assumir e partir disso fica impossível tratar. São vários casos, depressão, problemas com drogas, problemas causados por batidas e etc. Alguns têm acompanhamento mas fica difícil sem diagnóstico e também capacitação e apoio para além do indivíduo mas também para a família.

Segundo Seu Sirilo Rosa, o posto de saúde foi inaugurado em 2009 a partir de um projeto com um grupo da Inglaterra, que financiou também a construção da escola da comunidade. Foi feito um mutirão com membros da comunidade para erguerem a construção, e o banco Itaú foi o responsável por equipar o local. O atendimento, atualmente, ocorre apenas nas quintas, revelando um grande problema da comunidade, que é ter acesso a atendimentos médicos em dias que não sejam estes. Jorge Moreira relata a dura verdade sobre a situação enfrentada atualmente:

Na verdade, hoje em dia o atendimento é assim: um dia sim, um mês não. Não tem atendimento aqui. O médico que atende, ele também atende em Cavalcante, então ele fica nesse revezamento e nisso, lá a população é maior e então a demanda é maior, aí acaba que ele fica lá mesmo. Infelizmente é assim, consulta aqui no posto do quilombo, é uma vez por mês e olha lá.

Antigamente, o atendimento era feito em vários dias durante a semana e contínuo, porém o novo prefeito do município retirou esse serviço – seu Sirilo foi enfático em apontar a importância e necessidade de um atendimento contínuo.

Teve uma época, foi no governo da (presidente) Dilma, eu acho, uns anos atrás, que quem cuidava e trabalhava aqui era médico cubano. Era bom demais, ele era gente boa e cuidava mesmo. Morava em Cavalcante mas sempre tava aqui, sempre queria ajudar. Ai depois ele foi embora e a comunidade sentiu falta, porque o de hoje ele não se dedica só aqui na comunidade, ai acaba não vindo mesmo.

Anos atrás, com a presença de um médico cubano, que veio através do programa Mais Médicos e atendia durante a semana, moradores relatam que o atendimento era bom e que sentiam grande proximidade com ele, o considerando um amigo. *“A gente gostava muito dele, ele nos tratava muito bem e tinha consideração. O médico que tá aí agora nunca vem, ninguém gosta dele”*, relatou um morador Kalunga que não quis ser identificado. Apesar de eu ter ido várias vezes na comunidade e ter realizado várias visitas, não cheguei a encontrar esse médico, que, segundo a população *“fica em Cavalcante, não liga pra gente”*. Seu Sirilo explica melhor a situação:

O problema é que, como o médico atual atende não apenas a comunidade Kalunga aqui, mas também a população de Cavalcante, ele fica mais pra lá mesmo. Tem mais gente lá, né? Então acaba que a demanda maior é lá, e ele vem poucas vezes atender aqui. E quando atende aqui é meio período, vem ou de manhã ou pela tarde.

Membros relataram sobre o SUS e o acesso a remédios, que é bom, porém limitado, devido principalmente à falta de atendimento contínuo no posto de saúde. Há uma farmácia popular na cidade e os recursos da comunidade são repassados pelo município. Também tem um agente de saúde, membro da comunidade, que atua no posto, o Elias Maia. Segundo Jorge Moreira, o acesso a remédios não é fácil:

É difícil isso de remédio na farmácia, porque sem receita não consegue remédio né? Mas pra ter receita, precisa ter tido a consulta. E a consulta é impossível quase, porque aqui não tem consulta e em Cavalcante a gente tem que agendar pra ir lá consultar. Ou vai pra Campos Belos né mas lá em bem longe.

A maior preocupação da comunidade, em relação à saúde, é para com as gestantes e os idosos, que necessitam de cuidados maiores e imprevistos, sendo a falta de atendimento contínuo um verdadeiro desafio. Além do clínico geral que atende a população, apontam ser desejado um médico e um dentista para realizar atendimentos, porém para que isso seja possível, é preciso de equipamentos. Relatam que, apesar de o atendimento em Cavalcante ser muito bom, aonde existem dois postos de saúde e um hospital para atendimento, há o problema de deslocamento. São 27 km da comunidade até a cidade, e o fato de a estrada ser

bem ruim e perigosa, faz com que a viagem dure, em média, uma hora. Isso, obviamente, no caso de necessidade de atendimento médico, se mostra um grande problema. As lideranças Jorge Moreira e Seu Sirilo falam sobre a questão de direito a saúde pelos Kalunga:

Jorge Moreira: A gente precisa disso né, de mais atenção do poder público. Na questão de crianças, a questão dentária é importante, é muito doce e refrigerante que altera. E também os idosos, principalmente os idosos, em todo o território Kalunga, porque eles ficam muito distantes da cidade e aqui (Engenho II), que é um lugar que é ainda de fácil acesso, a gente tem médico dia sim, mês não, imagina os nossos idosos no Vão de Almas, Vão do Moleque, que é bem mais longe. Então, assim, a gente pensa numa política pública que possa dar atenção especial à esses idosos. Também as grávidas, a questão de pré-natal e do parto, é preocupante e complicado. Tem que ir pra Cavalcante e o desgaste é muito grande. Quando passa dos cinco meses e depois, é muito difícil pra mulher subir em cima do caminhão e ir lá do Vão do Moleque até Cavalcante.

Sirilo Rosa: o SUS lá em Cavalcante, assim, a gente vai lá pra cidade e consegue usar né, consegue consultar. Mas é aquele negócio, demora, tem muita demanda, tem que ficar indo lá. Mas a gente consegue usar o posto e o hospital lá

Existe um acompanhamento interno de agentes de saúde para fiscalizar a população, com uma equipe de médico e enfermeira visitando a casa de idosos, realizando exames de rotina como medição de pressão. Seu Sirilo relembra lembra que o médico cubano, através de iniciativa do líder da comunidade, realizava suas refeições no restaurante de Sirilo, uma vez que o governo não custeava alimentação dos médicos. *“A gente não pode não querer contribuir, estamos hoje em um mundo melhor”*, relatou Sirilo. Uma grande vontade do líder é que os jovens estudem medicina para voltarem e buscarem o desenvolvimento da comunidade, pois hoje em dia existem vários advogados e contadores Kalunga, que, no entanto, moram fora da comunidade e não prestam serviços à mesma, obrigando o seu Sirilo a precisar contratar alguém de fora para realizar esse trabalho. Segundo ele, a luta continua:

Na questão de direitos, sempre tem o que melhorar. Toda vez que melhora faz querer que fique melhor ainda. Ai nisso de saúde, a gente depende de mais gente capacitada e profissionalizada pra trabalhar aqui na comunidade, e tem que ser gente da própria comunidade. Tem que se formar e prestar serviço aqui na comunidade. É isso aí..a saúde é tudo, é a questão principal é essa aí.

Seu Sirilo também relatou sobre medicina e tratamentos tradicionais. Existe uma planta Kalunga encontrada dentro do sítio histórico – e também na África – que foi durante muito tempo utilizada para combater a malária, a mesma planta que dá nome à comunidade. Dona

Getúlia Moreira, mãe de Damião Moreira dos Santos, atual presidente da Associação quilombo Kalunga e liderança do povoado do Engenho II, é parteira e também falou sobre a chamada medicina tradicional. Parteira há décadas, dona Getúlia trouxe um outro lado, de uma visão mais tradicional acerca da medicina na comunidade. Ela relata que até hoje alguns partos na comunidade são feitos em casa, por parteiras, apesar de ocorrer com frequência bem menor que antigamente.



Figura 3: Getúlia Moreira, parteira e liderança da comunidade Kalunga

Não é mais que nem antes, hoje tem pouca parteira e a maioria vai lá pro hospital mesmo, que aí é mais seguro e também tem mulher que prefere, acha que é mais fácil.

Hoje em dia, a maioria das famílias opta por se deslocar até o hospital em Cavalcante para realizar o parto. Aliás, gestantes fazem parte de diversas discussões sobre acesso à saúde pela comunidade, principalmente referente ao pré-natal, ao qual muitas gestantes não têm acesso na comunidade.

Durante minha visita com a equipe médica, em agosto de 2017, procuramos fazer um diagnóstico da situação atual relativa à saúde dos Kalunga. Em várias reuniões e encontros com líderes, personalidades, profissionais da saúde e moradores em geral, os mesmos relataram serem as principais causas de mortes a malária, tuberculose, doença de chagas, complicações durante o parto e câncer, de vários tipos. Além dessas causas de morte, relataram como principais problemas as DSTs – doenças sexualmente transmissíveis, depressão e distúrbios mentais, problemas dentários e relacionados ao uso de drogas, em

especial o álcool – alcoolismo. Atualmente a doença de chagas tem sido um grande problema na comunidade, que recentemente perdeu mais um membro devido à doença, sendo, inclusive, uma das demandas da população um estudo e análise sobre a presença de insetos transmissores nas casas da comunidade. O agente comunitário de saúde, Elias, fala sobre a questão:

A questão do barbeiro, está previsto uma visita de uma equipe médica do Ministério da Saúde, que vai fazer um levantamento da presença do barbeiro e dos focos na comunidade. Nessa ação vão estar presentes os agentes comunitários em saúde dos povoados para que a gente faça parte do estudo e consiga atuar na comunidade também.

Conhecimentos da medicina tradicional por meio de ervas e plantas são preservados até os dias de hoje e são utilizados pela população, em especial as mais afastadas da área urbana, como Vão do Moleque e Vão das Almas. No caso de doenças e dores mais simples, as ervas costumam ser utilizadas como alternativa, principalmente naquelas doenças que são comuns e contínuas. A utilização dessas ervas faz com que não seja necessário se deslocar da comunidade para ser tratado ou ter acesso à remédios industrializados. Podemos então pensar em tipos diferentes de “saúde”, sendo definida a partir da relação do indivíduo ou comunidade com o corpo e com a medicina. Isso é discutido por Andrade e Costa (2010):

[...] dois distintos conceitos são centrais nas apropriações antropológicas do processo saúde/doença/cura. O primeiro deles é *disease* (doença), entendido como categoria biomédica relativa a manifestações clínicas de anormalidade física ou de desordens nos sistemas orgânicos. Já *illness* (enfermidade) refere-se às percepções individuais e à vivência de se estar doente, nas quais ganham força fatores sociais e elementos simbólicos e culturais. Essa distinção conceitual, ainda que tenha sido objeto de críticas posteriores (Brown, 1998; Comelles e Hernández, 1993), tem o mérito de realçar a dialética entre natureza e cultura, incluindo nas dimensões do fato biofísico as manifestações culturais e as necessárias interfaces sociopsicológicas. (ANDRADE E COSTA. 2010. Pg. 503)

A precariedade nas condições de saúde encontradas na região do quilombo Kalunga, junto ao difícil acesso e falta de informação para a população levou a ASCOM – Acessoria de Comunicação da UFG a promover, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, o projeto Saúde do Povo Kalunga para contribuir com ferramentas de trabalho aos agentes de saúde das comunidades. Durante esse projeto foram promovidas oficinas educativas abordando temas como alimentação e nutrição alternativa, técnicas educativas em saúde, relações interpessoais e dinâmicas de grupo que contemplassem e levassem em conta a cultura das comunidades. Além dessas atividades, houve também a capacitação de parteiras e de agentes comunitários

de saúde, visando que os mesmos atuassem como multiplicadores dessas atividades educativas de promoção à saúde. Esse projeto ocorreu, simultaneamente, nos três municípios onde há povoados da comunidade Kalunga (Cavalcante, Teresina de Goiás e Monte Alegre) no ano de 2014.

Apesar de ações e projetos como o citado, promovido pela ASCOM, os agentes comunitários citam muitas dificuldades em colocar em ação essas atividades educativas. Dona Maria, agente de saúde da comunidade Kalunga das Emas relatou que, alguns anos atrás, promoveram uma atividade educadora sobre saúde bucal nas escolas da comunidade:

Teve uma iniciativa que trouxeram kits de higiene bucal e ensinaram as crianças a usarem.. pasta, escova, essas coisas. Foi muito bom, mas o problema é depois: a pasta acaba, a escova fica velha e eles não têm como comprar nova, aí fica sem e a ação para.

Segundo ela, a iniciativa foi muito boa, principalmente por introduzir as crianças à hábitos de higiene bucal e por contar com kits de higiene bucal, que foram distribuídos. Porém, Dona Maria relata que, poucos dias após essa ação, as pastas de dente haviam acabado e algumas crianças haviam perdido suas escovas, o que fez que com o projeto fosse algo passageiro e deixado de lado.

2.4 - Medicina e profissionais da saúde: oficiais e tradicionais

Numa comunidade onde há uma grande conexão com a natureza e o meio natural, devido à relação de subsistência que se tem dela, uma vez que a comunidade vive em ambientes rurais com presença de roças, plantações e se influenciam pelo ciclo natural da natureza, é certo que existe uma mistura e um intercâmbio entre os saberes ditos oficiais, que representam a medicina ocidental. e os saberes tradicionais dessa população. Jorge Moreira relata como a vida Kalunga se difere da cidade:

A diferença é muita. A gente que mora aqui no mato, na área rural, tem outra relação com a natureza. A gente tem tudo que tem por causa dela. Eu sinto uma diferença muito grande principalmente na alimentação. Aqui, tudo é a gente que planta e é tudo natural. Inclusive é tudo orgânico, a gente não usa essas coisa de agrotóxico. Então é bem diferente, pra mim.

No caso da saúde dos Kalunga, notamos que o conhecimento e saberes tradicionais estão muito presentes. ANDRADE E COSTA (2010) discutem sobre o reconhecimento de medicinas tradicionais

Reconhecidas pela OMS, as chamadas Medicinas tradicionais – MT e Medicinas complementares e alternativas – MCA possuem um enraizamento cultural de longa data, na maioria dos casos assentado em práticas indígenas e/ou em sistemas refinados como o ayurveda indiano e a Medicina clássica chinesa. Tal reconhecimento, que ganha legitimidade oficial de um importante organismo como a OMS e de diversos governos nacionais, incorpora o pluralismo médico, os saberes e crenças locais sobre vida e morte, os distintos modos de enfrentamento da doença. (Andrade e Costa. 2010. Pg. 501)

A medicina tradicional é utilizada no dia a dia dos Kalunga. Guias e membros da comunidade em geral mostram ter grande conhecimento sobre a flora local e sua utilização na medicina tradicional. E o uso não é anulado pela presença de remédios e tratamentos da medicina biológica. Seu Sirilo relata alguns usos de medicina tradicional entre os Kalunga:

O conhecimento nem é só o medicinal, da floresta e hortaliça assim mas também tem benzimento. A gente usa muito as plantas e as ervas, faz pomada, remédio e de tudo. Mas também tem o conhecimento do benzimento. As vezes tem coisa que o médico assim, a medicina não resolve. Ai tem um paciente que tá doente e com dor, ai ele vai no médico que passa remédio pra gastrite. Só que não passa e o remédio não ajuda. Ai um simples benzimento que a gente faz aqui resolve.

Nas duas vezes em que estive no Engenho acompanhada de guias para visitar as cachoeiras da comunidade, ambos guias, durante o caminho, iam relatando sobre a fauna e flora local e, no caso da flora, relatavam também sobre as possibilidades de seu uso. São milhares as plantas, com tipos e variações diferentes, amplamente conhecidas pelos moradores, que em seguida relatam como e para o que utilizar cada planta. Perguntei, uma vez, sobre esses conhecimentos e como são repassados. O guia que me acompanhava, chamado Junior, logo respondeu que esses conhecimentos acerca de ervas medicinais são antigos e foram preservados até hoje em dia, sendo ensinados e conseqüentemente repassados para as gerações mais novas *“Aqui a gente usa muito essas ervas pra curar doença, todo mundo aqui da comunidade sabe como e pra que usar essas plantas”*, relatou Junior Maia. Mas os mais velhos apontam que há uma perda de conhecimento nas gerações mais novas, como percebe-se na fala de Jorge Moreira:

Os jovens conhecem menos, tem menos conhecimento assim de ervas medicinais e das plantas, mas no geral assim todos da comunidade sabem bastante sobre o uso.

Em tempos nos quais a medicalização e hospitalização têm se tornado cada vez mais comuns no dia a dia, sendo vistas como soluções para problemas que as vezes não as

requerem, torna-se necessário destacar a importância dos conhecimentos tradicionais dentro da medicina. É certo que a medicina científica ocidental interfere na cultura, valores e práticas de povos tradicionais, desde grupos indígenas até comunidades rurais das mais diversas. Infelizmente, essa interferência ocorre quase sempre de maneira negativa, pois junto à sua inserção, pratica-se também a exclusão dos conhecimentos tradicionais. Inclusive, se fala em um *epistemicídio* do conhecimento medicinal tradicional, indígena ou quilombola ou de qualquer outro grupo de populações tradicionais. Ou seja, estes conhecimentos tradicionais foram dizimados, devido à desvalorização, repressão e principalmente à opressão de suas práticas, como aponta CANTARINO (2010)

Remanescentes de quilombo como depositários locais desses saberes tradicionais, ao permitir que os conhecimentos terapêuticos deles próprios e seus antepassados possam ser utilizados pelos demais brasileiros. No entanto, a colaboração entre estudiosos de farmacologia e populações tradicionais remanescentes de quilombos que utilizam plantas medicinais da Amazônia brasileira, mediante práticas de cura, não deve ser compreendida como uma equivalência entre saberes, nem uma oposição entre especificidades culturais irreduzíveis. (pg. 75)

Assim, hoje em dia, muitos saberes e conhecimentos das várias medecinas tradicionais foram perdidos, “mortos” pela imposição da medicina ocidental que predomina. Sobre dessa questão, há um livro muito interessante: “Semear outras soluções – os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos virais” de Boaventura de Souza Santos, no qual há um capítulo, intitulado Prática médica marginalizada: a marginalização e transformação das medecinas indígenas na África do Sul, do autor Thokozani Xaba que discute também, embora em outro contexto, o sul africano, o epistemicídio de saberes tradicionais. Vemos, portanto, que é um problema mundial e geral de repressão de conhecimentos de povos tradicionais, pisados pela ‘ciência ocidental’. No caso específico dos quilombolas da comunidade Kalunga, os mesmos experenciam, desde a década de 1960, intervenções em saúde. Jorge Moreira e Seu Sirilo falam sobre as mudanças na atualidade:

Jorge Moreira: Agora, as mulheres dão a luz mais no hospital mesmo. E não é nem porque prefere, mas tem o negócio de responsabilidade, ne? Ai as parteiras não querem mais fazer os partos dentro de casa. Deus proíba mas se acontecer alguma fatalidade no parto com a mulher em casa, aquela parteira vai responder um processo. Então a parteira, se é pega assim de surpresa e precisa mesmo, ela faz mas senão, manda lá pra cidade. E Cavalcante só faz parto também se for de última hora, que não dá tempo mais. Porque senão, eles mandam pra Brasília, manda pra Campos Belos..

Sirilo: Acontece que assim, hoje em dia, aquelas parteiras que tinham grande conhecimento, ne? Já não tem mais o conhecimento e as que tem, elas já têm

uma recomendação pra não aceitar por causa disso da responsabilidade do parto em casa. Mas tem um detalhe também que é, as vezes, a gestante, ela tem que fazer a parte dela né? Então as vezes a gravidade do parto, de ser vida ou morte, vai disso, de cumprir a ciência que as parteiras mais velhas tinham e passavam né? A mulher que é gestante ela não pode ir até o portão virar e voltar pra dentro. Se ela vai na porta, ela precisa passar e sair. Não pode tá indo no caminho e voltar a estrada. Até no sentar, tudo tem experiência, a gestante tem regra e proibição que tem que seguir. Se tiver uma rede armada, ela não pode passar por baixo. Tudo faz mal no nascer da criança, é muita coisa que faz mal e que hoje em dia elas não sabe. As parteiras mais velhas não tão mais aqui pra passar o conhecimento e as que passam, as vezes não são ouvidas.

Uma pesquisa etnobotânica realizada no quilombo Sangrador, no estado do Maranhão, revela que, lá, também, o conhecimento tradicional de ervas medicinais é perpetuado, sendo, inclusive, nesse caso, preferido absoluto da população (dentro da amostra utilizada na pesquisa). A pesquisa, realizada por MONTELES E PINHEIRO (2007), revelou que:

A maioria dos informantes (66,7%) tem preferência pelos chamados “remédios do mato”, enquanto 25,7% dos entrevistados de ambos os sexos utilizam tanto plantas quanto fármacos industrializados na busca de resultados mais rápidos nos processos de cura, e apenas 7,6% dos informantes afirmam utilizar exclusivamente fármacos industrializados, sob a justificativa de estes possuírem maior eficácia curativa, o que pode trazer menos desconforto aos enfermos. (pg.41)

Durante uma de minhas idas ao campo, tive a oportunidade de conhecer e conversar com a Dona Maria, que é agente comunitária de saúde Kalunga, mas que atua na comunidade das Emas. Discutindo sobre a questão da saúde nos Kalunga, o acesso aos serviços de saúde e a sua atuação enquanto agente, Dona Maria destacou a importância e relevância da medicina tradicional para os Kalunga.

A gente sabe que existe remédio e a gente usa, só que nem sempre a gente (os próprios agentes comunitários) tem acesso a isso. Aí a gente recorre pras plantas, a nossa medicina. Foi sempre usada por nós, foi nossos ancestrais que ensinaram e a gente ensina pros mais novos. Eu aqui mesmo, tem vez que o paciente que eu visito tá com problema, tá doente e não tem remédio pra dar. Ou também as vezes acontece de um paciente tá com alguma dor e eu não conseguir saber o que é, aí na falta de médico, a gente vai tentando as plantas e ervas pra ver se ajuda. (Dona Maria, Kalunga da comunidade das Emas)

O Elias Maia, agente de saúde do Engenho II também falou sobre o uso de plantas e medicinas alternativas, citando que todos na comunidade têm o conhecimento sobre o uso de diversas plantas. Isso realmente ficou evidente nas conversas que tive com diversos Kalunga,

que, eu indagando sobre alguma planta ou árvore, sempre tinham informações sobre. Segundo o agente comunitário, a comunidade tem acesso a remédios em geral, mas continua utilizando de saberes tradicionais nos cuidados com a saúde.

Tem caso de gente aqui na população que é doente e fala que não aguenta tomar remédio, tomar medicamento todo dia. Fica com dores, enjoos e outras coisas. Ai tem muita gente que muda e por si só começa a alternar, ai toma comprimido um dia, chá de ervas no outro, comprimido no outro e assim vai. Eu sei e acompanho um caso de um quilombola que parou de tomar os comprimidos, remédio pra hipertensão e passou a tomar só o chá com as plantas daqui mesmo e hoje em dia é controlado a situação dele, mesmo sem tomar comprimidos que são os indicados para controlar a doença. E tem diabéticos que usam o medicamento mas combinam com os chás com as plantas daqui. Porque só tomar o comprimido as vezes tem efeito mal (colateral) no quilombola porque o corpo estranha. Ai a gente vê que quem toma os chás juntos, as ervas medicinais Kalunga, sempre tão mais saudáveis. A gente tem uma horta aqui de ervas medicinais e as mulheres principalmente elas que cuidam e fazem remédios, pomadas, um monte de coisa com essas plantas e saberes tradicionais daqui dos Kalunga. Acho que o mais ativo é lá na comunidade do Vão de Almas, que lá tem muita produção mas todas as comunidades aqui a gente tem os saberes e a gente usa isso na nossa saúde. Problemas mentais são recorrentes, tem muita gente que sabemos que possuem problemas porém nunca vão assumir e partir disso fica impossível tratar. São vários casos, depressão, problemas com drogas, problemas causados por batidas e etc. Alguns têm acompanhamento mas fica difícil sem diagnóstico e também capacitação e apoio para além do indivíduo mas também para a família.

Algo que deve-se destacar é que os Kalunga, cientes da importância e dos benefícios dos conhecimentos medicinais tradicionais do grupo, têm desejos de ampliar o uso para além da comunidade. Dona Maria contou que, em uma das diversas visitas de equipes de saúde na comunidade, um certo homem, vendo o potencial de cura das plantas utilizadas, logo pediu à agente de saúde a receita da pomada que ela havia feito. Na mesma hora, Dona Maria recusou e respondeu que faria um pote de pomada na sua casa e o daria ao homem.

Na hora eu percebi. A gente não é besta não. Eu sabia que ele queria era saber como que eu fazia aqui minha pomada pra fazer lá fora e ganhar dinheiro com isso. Mas aqui é assim: a gente compartilha tudo com todo mundo, até porque eu dei a pomada pra ele. Mas o que é nosso é nosso e a gente daqui tem direito. (Dona Maria, agente comunitária no povoado Ema)

Ainda segundo Dona Maria, os Kalunga já estão cientes da possibilidade de patenteamento das pomadas e outros óleos e derivados medicinais, mas o problema se mostra ser viabilizar esse projeto: buscar e conseguir recursos, estar à frente no processo judicial, etc. A agente de saúde relatou que já teve conversas com profissionais da saúde que atuam na

UnB e que disseram que ajudariam no processo, mas que o mesmo nunca se concretizou. Para Dona Maria, patentear a pomada que ela faz seria uma incrível oportunidade de difundir a medicina tradicional da comunidade, estaria repassando conhecimentos e, principalmente, seria uma boa e constante fonte de renda para a comunidade.

2.5 - Estrutura e atendimento: o posto de saúde do SUS no Engenho II

Assim como a escola, o posto de saúde da comunidade foi uma parceria entre uma organização não-governamental (ONG) e a mão de obra e esforço de um conjunto de moradores da comunidade. *“Isso aí, esses prédio da escola e do posto foi tudo nois quem construiu, com nossas mãos”*, expressa seu Sirilo, ao contar sobre a atuação de ONGs externas e a cooperação firmada entre essas organizações e a comunidade e seus moradores, que se mostram totalmente engajados.



Figura 4: Posto de Saúde – PSF da comunidade Kalunga

O posto de saúde, identificado como PSF – Programa de Saúde Família, está localizado na entrada do povoado do Engenho II e é o único posto de saúde em todo o território da reserva Kalunga, atendendo a toda a população de todos povoados da comunidade pertencentes ao quilombo. Apenas no povoado do Engenho há cerca de 130 famílias, cadastradas pelo agente de saúde local, Elias, que realiza o acompanhamento e cadastro médico dessa totalidade. No entanto, o número de famílias que tem direito a acessar os serviços oferecidos pelo posto de saúde é muito maior, causando uma sobrecarga pela qual a equipe de saúde passa. Inicialmente nomeado Joana Cezário de Torres, hoje em dia não possui mais um nome específico, como relata Jorge Moreira:

O posto de saúde não tem mais nome. Antes tinha, era homenagem à Joana Cezário de Torres, que era uma mulher aqui da comunidade. Quando fizeram

a reforma no posto, tiraram o nome, aí hoje tá como PSF só – posto de saúde, é Programa Saúde Família né, a sigla. Não sei porque.

A estrutura do local é simples: há uma sala de espera, um corredor bem pequeno, que divide as salas de vacinação, sala de curativo, a cantina, a sala médica onde ocorrem as consultas e três banheiros, além de uma área bilateral, que é coberta. As condições do prédio são muito precárias, o prédio parece abandonado e é difícil acreditar que o mesmo está funcionando. A obra está inacabada, e a reforma, que teve início em janeiro de 2016 e que já deveria ter sido concluída há muito tempo, está estagnada e não há previsão de volta às atividades de reforma. As paredes não estão completamente construídas e o prédio, que possui partes abertas e externas, está infestado por gramas e outros tipos de plantas, dando realmente um aspecto de abandono e descaso.



Figura 5: Imagens da situação atual do posto de saúde em janeiro de 2018

Em relação ao atendimento e serviços oferecidos no posto de saúde aos pacientes e moradores, o mesmo oscila bastante, dependendo de cada administração municipal, repasse de recursos e materiais, estabelecimento de horários, etc. Algumas administrações passadas, como mencionado algumas vezes, o posto funcionava com uma boa frequência e regularidade,

com atendimento constante de segunda a sexta. Porém nas gestões que seguiram, problemas relativos ao repasse de recursos e transporte se mostraram constantes. Ficaram-se muitas semanas sem atendimento algum, forçando aqueles que necessitavam de cuidados a se deslocarem até o hospital em Cavalcante para lá receberem atendimento. Apesar da gestão já ter mudado e o médico também, o problema persiste até os dias de hoje. Jorge Moreira fala sobre o projeto inicial proposto com a construção do posto:

A proposta era que houvesse uma enfermeira padrão, nem era pra ter médico mesmo, só no caso de coisa mais grave sabe, que ai chamava o médico. Mas original era pra ser só enfermeira. Ai tinha uma enfermeira, que fizeram até uma votação e ai era pra vir pra cá, só que ai o povo lá de Cavalcante barrou a vinda dela pra cá. Ela era muito boa né, a melhor enfermeira e aí eles não deixaram ela vir pra cá.

Moradores relatam que o atendimento é realmente aleatório, e que não contam com o posto de saúde, pois não sabem quando o mesmo irá funcionar ou não, como fica claro nas falas de Jorge Moreira e Seu Sirilo:

Jorge: o médico não tem envolvimento com a comunidade. Ele vem porque é contratado ne? E vem cheio de regra já, porque ele já chega com limite de consulta e de paciente e fica só meio período

Sirilo: A gente não pode depender do serviço de lá, porque o médico mal vem, aí fica difícil demais. É uma vez por mês e olhe lá. E tem muita gente aqui na comunidade que realmente precisa de tratamento.

Na última vez em que estive presente na comunidade, em fevereiro de 2018, o atendimento estava ocorrendo nas quintas, apenas. Isso na teoria, pois há semanas não havia atendimento no posto da comunidade. Atualmente há apenas um médico atuando, sendo um declínio em relação a presença, nas gestões passadas, de um médico acompanhado de uma enfermeira e também de um dentista. Mulheres quilombolas relatam o que faz mais falta e que é de extrema importância para os Kalunga:

Aurea Maria, 31 anos: Falta também pediatra. Quem atende adulto, criança, é o mesmo médico. E em Cavalcante agora tem pediatra mas lá é no particular, então fica bem difícil. Precisa ter essa atenção pras nossas crianças. Esse particular cobra por volta de 100 reais. Ele já ajudou, ele sabe da situação das comunidades, então já teve caso de criança muito doente do quilombo que ele trata sem cobrar, mas ai cada caso é caso. Pra gente é difícil essa questão de saúde e diálogo com a saúde pública. O deslocamento, o acesso e também falta apoio da secretaria de saúde. O problema é grave e não é só dessa gestão atual, vem de outras. Então é um problema recorrente pra gente e que atrapalha muito.

Maria Maia, 27 anos: É importante falar que a gente precisa de ginecologista. Tem o espaço no postinho, já teve vez que fizeram exames, mas nunca tem um retorno pra comunidade, não retornam os resultados dos exames. A gente, as mulheres da comunidade, sentimos muito a necessidade e falta disso. Inclusive teve uma equipe que veio aqui fazer exames de ginecologia de Cavalcante e teve muito caso de doenças sexualmente transmissíveis, como o HPV e a gente nem sabia. Dessa vez teve resultado porque quando vem essas equipes elas retornam. Mas se a gente vai atrás, no postinho ou no hospital, não tem retorno. O médico mesmo ele examina, vê na hora se tem algum problema e ele mesmo trata, porque sabe que o resultado de exame não tem garantia nem de chegar. Mas aí isso é um problema porque pode até amenizar mas não cura, não trata por inteiro a doença e aí a mulher continua doente, podendo ser um problema sério e ela nem sabe disso, porque acha que tá curada. Tem muita mulher com cistos, com sangramento e não tem como tratar. Isso desanima a gente de procurar o postinho (posto de saúde da comunidade) ou mesmo de ir em Cavalcante porque a gente já sabe a realidade de que não vai ter retorno dos exames, isso é constrangedor pra gente. Essas coisas a gente só fica sabendo quando tem essas caravanas de equipe de saúde fazendo os exames e dando os resultados, que tem assim duas vezes por ano só.

Sirilo: a gente precisa de todas as especialidades. Na área da saúde, a gente precisa tá sempre monitorando e isso em todas as áreas. Então é até uma questão de prevenção mesmo, de saber antes. Seria bom pelo menos uma vez por mês vir um médico que trabalha uma especialidade.

A melhoria nos meios de transporte e a maior facilidade de acesso causada por isso trouxe, junto com um contato maior com a população brasileira no geral, um maior acesso e facilidade de consumo de novos alimentos, tecnologias, referências culturais, etc, que influenciam essa população, como qualquer outra. No caso dos Kalunga do Engenho II, dentre as mudanças pelas quais a população passou está em sua alimentação e hábitos alimentares. No geral, a alimentação dessa população é muito natural e orgânica, sendo que a quase totalidade daquilo que consomem é produzido por eles mesmos, criando uma dieta equilibrada e autossuficiente. No entanto, desde que se intensificou esse contato com o meio urbano, não apenas das proximidades, mas também com, por exemplo, turistas de todas as regiões do Brasil, o açúcar foi incorporado nessa dieta e, hoje em dia, está presente no consumo da população como um todo.

Segundo o agente da saúde da comunidade, o Elias, essa incorporação do açúcar trouxe muitos problemas, principalmente dentários, como cáries, problemas com flúor e decadência na estrutura dentária.

A gente não come essas coisas. Açúcar, refrigerantes, balas, doces industrializados, isso tudo veio de fora. Não é da nossa natureza. As crianças de agora já tão acostumada, até demais. Elas são viciadas já desde pequenas no refrigerante e nas balas. Isso é muito ruim, trouxe muito problema pra

nossa comunidade.

Apesar de haver uma equipe de saúde bucal 1 cadastrada no posto de saúde da comunidade, atualmente a mesma não está ativa, por falta de recursos, equipamento e também dentista (Quinan, 2015). O Elias expressou grande preocupação quanto a isso, uma vez que, com os recentes problemas introduzidos, a demanda por acompanhamento e tratamento dentário vem sendo muito cobrados pela população.

Assim, na situação atual com a falta de um dentista atuando na comunidade, moradores me contaram que alguns anos atrás foi feito um estudo tratando da questão da saúde bucal da população. Esse trabalho, um estudo de caso em uma monografia, procura analisar amostras de Índice de Ataque de Cáries - CPOD e compreender o porquê da diferença nos índices de CPOD entre a população Kalunga e na população brasileira como um todo.

O índice CPOD foi formulado por Klein e Palmer em 1937 e é utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliar a prevalência da cárie dentária, tendo como objetivo a contabilização de dentes Cariados, Perdidos e Restaurados (Obturados). Esse estudo revelou que, devido à ausência de programas de prevenção e promoção de saúde bucal, há uma discrepância na comparação de índices de CPOD nas crianças Kalunga vs índices da população geral. Numa amostra de 30 crianças Kalunga entre 3 a 10 anos, se observou uma média do índice de CPOD de 4,61, enquanto, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - SB Brasil, a média do índice de CPOD em crianças de 5 anos é de 3,00 na região Centro-Oeste e 2,43 no Brasil. Isso é extremamente preocupante, principalmente pois o açúcar e derivados têm entrado na dieta da população há pouco tempo (QUINAN, 2015).

Assim, nota-se que o acesso é, de maneira geral, bem incompleto, com grandes lacunas a serem preenchidas. Fica clara a importância de programas de prevenção e promoção da saúde para que se possa diminuir o agravamento das complicações e para que a própria população consiga lidar, em primeiro momento, com as enfermidades, sem depender exclusivamente desses serviços. O investimento nesses programas, que são compostos por ações e procedimentos preventivos simples, geram, inclusive, um ônus menor ao Estado do que tratamentos reabilitadores, como aponta RODRIGUES (2011).

2.6 - O que é saúde? Falas e visões de membros da comunidade

É complicado falar sobre direitos e luta pelos mesmos dentro de comunidades desfavorecidas e/ou historicamente marginalizadas pela sociedade nacional. Digo isso, pois o assunto de direitos e políticas públicas acaba tendo todo um outro significado e importância para os membros dessa comunidade. Levando em conta um grupo social a qual lhe foi constantemente negado os mais diversos direitos e que se encontra em um nível de desigualdade grande em comparação com a sociedade nacional, nota-se que acaba se estabelecendo uma hierarquia de direitos e lutas. Isso ocorre, pois, determinadas reivindicações têm uma urgência maior e, por isso, são o foco e concentração de maior esforço e luta pelos grupos sociais. Sem exceção, a questão do território e o direito à terra são sempre a primeira e mais absoluta prioridade na luta em qualquer comunidade, pois sem assegurar a terra e o acesso a mesma, torna-se basicamente impossível lutar por outros direitos.

No caso dos Kalunga como um todo, a questão do território e direito a terra, na esfera legal, atualmente já se encontra quase resolvida. Como anteriormente citado, os povoados quilombolas Kalunga presentes no estado do Goiás e do Tocantins representam a comunidade de remanescentes de quilombolas com a maior extensão territorial no Brasil, sendo que a titulação à essa terra garante a demarcação de aproximadamente 320mil hectares - 262 mil hectares no Goiás e 57.5 mil no Tocantins - como área quilombola. Portanto, pode-se dizer que a terra e o acesso a ela, pelo menos dentro da lei e de processos de titulação de territórios, estão garantidos. É claro que isso não exclui o fato de existirem diversos problemas com o acesso a essa terra, além de conflitos pela posse dessa terra, etc.

Atualmente, com toda a terra já certificada e em fase de desapropriação pelo INCRA ainda é comum a existência de conflitos pelo uso da terra. Muitos fazendeiros se recusam a abandonar o local, que em muitos casos, são as terras férteis que servem para cultivar as roças de subsistência da comunidade. (MOVIMENTO REGIONAL POR LA TIERRA, 2015, pg. 4)

Assim, tendo resolvido em parte a questão de terra, estando agora a comunidade à espera da ação do Estado e do INCRA no evacuamento e repasse de terras privadas e estatais para o nome dos Kalunga, a comunidade pôde focar suas lutas e reivindicações em outros setores, como a saúde e educação, que costumam vir em segundo plano, após a luta pelo acesso à terra. O direito à saúde é visto, é claro, como de extrema importância e de urgência constante pela comunidade, uma vez que a mesma entende que há uma relação entre a saúde e bem-estar de seus membros com qualidade de vida e as condições sociais em que vivem.

Seu Sirilo, em minha primeira conversa com ele, fez um relato bem completo sobre a comunidade, direitos, turismo e perspectivas futuras. Achei interessante o modo dele construir a sua fala e como isso concorda com esse argumento expresso nos parágrafos anteriores. O primeiro tópico trazido pelo seu Sirilo foi a questão do território e como ocorreu o processo de titulação da comunidade.

A saúde é importante com a questão de movimento de pessoas aqui, agora também com o turismo e as cachoeiras é importante. Principalmente em alta temporada assim que tem muita gente aqui, tinha que ter pelo menos a enfermeira né, pra emergência. A juventude sempre crescendo, então precisa de saúde. É muito importante principalmente pra prevenção, porque a população só cresce e fica mais difícil de cuidar.

Com isso, ele confirmou que, apesar de existirem problemas ligados à terra, a questão legal foi resolvida e, principalmente por estarem situados dentro dos limites do Parque Nacional da Chapada dos Veadeiros, há uma certa segurança ambiental. Logo após, começou a relatar sobre saúde e educação, tópicos vistos como atuais e presentes na luta de hoje dos Kalunga. Segundo seu Sirilo, a saúde é vista como muito importante e necessária, algo pelo qual a comunidade necessita se mobilizar para lutar por esse direito, mesmo reconhecendo e denunciando a (ir)responsabilidade do Estado em não garantir esse setor para a comunidade. *“A saúde afeta todos nós, ninguém escapa. Por isso é importante lutar por ela”.*

No entanto, devo ressaltar que, apesar de destacar o lado político da saúde enquanto direito garantido pelo Estado, seu Sirilo enfatiza, também, a saúde “própria” Kalunga, a medicina tradicional e os meios alternativos de curas e tratamentos. Portanto, a saúde ultrapassa os limites da biomedicina e incorpora elementos locais e específicos ao grupo social. As plantas e seu uso medicinal são vistos como saúde, as rezas e folias para santos são interpretadas como parte intrínseca da integridade, e, portanto, bem-estar do Kalunga. Junior Maia, amigo e guia na comunidade, quando o perguntei o que era saúde para ele, me respondeu:

Saúde é ser saudável, sem saúde não temos alegria. Sorrimos, mas a tristeza é maior. O posto de saúde é bom só que necessita de alguns matérias e objetos... O atendimento que já não é muito bom por que uma semana vem médico e fica umas três semanas sem vim e quando vem é só quinta e olha lá...

Rahyanne Maia, Kalunga do povoado Engenho II, que possui um pequeno bebê que nasceu com problemas de crescimento e desenvolvimento, relatou que, para ela, a saúde está ligada com serviços hospitalares e tratamentos, uma vez que é o que ela necessita para o seu

filho. Sem ter as condições mínimas de atendimento básico no posto, Rahyanne sonha com o dia em que poderá contar com esse atendimento.

O que importa é ele, a saúde dele. É ele tá bem, isso é ter saúde. Quero que ele tenha tudo e vou lutar por isso. Agora o que ele precisa é de tratamento pra ele aprender a andar e falar, se desenvolver. Mas a gente tá fazendo o possível aqui também na comunidade, ele tem saúde sim.

Atualmente, seu filho realiza o tratamento médico e terapêutico em Brasília, precisando se deslocar com o bebê para que ele seja atendido. Para ela, a saúde tornou-se parte majoritária da sua vida, ao procurar e se locomover atrás de atendimento e tratamento para seu bebê. Apesar de esse caso envolver problemas de crescimento, essa família não é a única que passa por essa difícil situação de realizar exames e tratamentos em Brasília, tendo que transitar entre Estados para ter atendimento. Não há como não levantar questionamentos e debater sobre o *direito* ao acesso aos serviços e tratamentos de saúde, pensando a partir da garantia, por parte do governo, de acesso aos serviços de forma igualitária e equitativa.

CAPÍTULO 3 –
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, POLÍTICAS
PÚBLICAS E INEQUIDADES EM SAÚDE

3.1 - SUS enquanto um direito universal

Para poder analisar e discutir sobre a saúde e o sistema de saúde no Brasil, é necessário conhecer a forma com a qual o mesmo é definido e tratado. A saúde aparece na Declaração Universal dos Direitos Humanos, datada de 1948, onde, no artigo XXV, se define que todo ser humano tem direito a um padrão de vida que seja capaz de lhe assegurar, tanto ao indivíduo quanto a sua família, saúde e bem-estar, incluindo cuidados médicos, alimentação, vestuário, habitação e outros serviços de cunho social considerados indispensáveis. Assim, o direito à saúde não pode ser separado do direito à vida, que se inspira no princípio de igualdade entre as pessoas, são indissociáveis.

No Brasil, o direito à saúde foi uma conquista direto do movimento conhecido como Reforma Sanitária, que nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970 e refletiu-se na criação, pela Constituição Federal de 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS pode ser definido como uma rede que engloba postos de saúde, hospitais, laboratórios, ambulatórios e todos os outros estabelecimentos públicos de saúde responsáveis por garantir o direito dos cidadãos de acesso à saúde – incluindo exames, consultas, internações, cirurgias e tratamentos. Os serviços oferecidos e prestados pelo SUS são destinados a todos os cidadãos brasileiros e são financiados por dinheiro público, arrecadado a partir de impostos e contribuições pagos pela população. O artigo 196 da Constituição determina: *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”*.

Destaca-se, portanto, o caráter universal do princípio de direito à saúde e também do Sistema Único de Saúde (universalidade é um de seus princípios fundamentais). Segundo o mesmo, todo e qualquer cidadão brasileiro, sem qualquer tipo de discriminação ou preconceito, tem direito ao acesso aos serviços e ações de saúde. Junto com a Constituição Federal, que em si representou um marco de democracia, o princípio de universalidade do SUS representou uma importante conquista democrática, transformando a saúde em um direito de todos e também assegurando ser esse direito um dever do Estado.

A criação do SUS está diretamente relacionada a tomada de responsabilidade por parte do Estado. A ideia do SUS é maior do que simplesmente disponibilizar postos de saúde e hospitais para que as pessoas possam acessar quando precisem, a proposta é que seja possível atuar antes disso, através dos agentes de saúde que visitam frequentemente as famílias para se antecipar os problemas e conhecer a realidade de cada família, encaminhando as pessoas

para os equipamentos públicos de saúde quando necessário. (GUIA DE DIREITOS – MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Anterior a essa tomada de responsabilidade por parte do Estado brasileiro, ou seja, até o ano de 1988, o Estado oferecia apenas atendimento à saúde para trabalhadores com carteira assinada e suas respectivas famílias, ou pessoas vinculadas à previdência social, excluindo, portanto, grande parte da população brasileira (FIOCRUZ). Assim, as outras pessoas só conseguiam acessar esses serviços como “favor”, ou através de instituições de planos de saúde privados, não sendo, portanto, um direito a ser acessado e cobrado. Diferentemente dos planos de saúde privados e comerciais, que são pagos, no SUS, o direito é gratuito e acessível a qualquer cidadão de maneira integral, significando que não devam existir restrições ou carências. Independente de trabalho ou carteira assinada, situação econômica, questões de raça ou gênero, *todos* devem poder acessar o sistema de saúde.

Porém, o direito à saúde vai além e não se restringe a apenas ser atendido no hospital ou em outras unidades básicas de saúde. É claro que esse acesso à serviços é de enorme relevância e importância, mas, uma vez que o direito à saúde é um direito fundamental, implica também na garantia de uma boa qualidade de vida, associada a outros direitos básicos como saneamento, educação, segurança, etc. Portanto, mas que disponibilizar hospitais e postos de saúde para tratamentos, a ideia que rege o SUS parte do princípio de uma atuação preventiva, anterior à doença. Assim, a proposta é de que, através de agentes de saúde, famílias sejam visitadas e regularmente examinadas, com o objetivo de se antecipar problemas e males, conhecendo a realidade do indivíduo e de sua família, para que o encaminhamento para os serviços seja consciente e premeditado.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, ARTIGO 196.)

Sabemos, porém, que a realidade é, quase sempre, diferente das leis e projetos e no caso do Sistema Único de Saúde brasileiro, isso se confirma. Infelizmente, mesmo após mais de 25 anos de sua criação, o sistema ainda não se encontra completamente organizado e há diversas falhas. Problemas relacionados a questões financeiras, políticas e administrativas são entre os que afetam o sistema, impossibilitando o seu funcionamento pleno segundo o que está no papel. Por exemplo, a proposta de um acompanhamento contínuo e sistemático por um profissional de saúde de todas as famílias do país, é claro, não ocorre. Observamos que a

presença de agentes comunitários e visitas preventivas regulares é mais comum em áreas rurais e entre as populações tradicionais, como os quilombolas, porém isso não significa que ocorra de maneira correta e nem em boas condições – como foi relatado por agentes comunitários da comunidade Kalunga do Engenho II e Emas, que estavam a meses sem receber e trabalhando em condições desfavoráveis, sendo essa, também, uma falha do sistema. A falta de organização em diversos setores do sistema faz com que o acesso aos serviços seja, muitas vezes, um processo longo, enrolado e frustrante para os cidadãos/pacientes, que se veem em condições precárias e humilhantes ao procurar acessar o sistema.

Apesar das falhas e problemas, é necessário reconhecer a importância do SUS e as mudanças que o mesmo trouxe. Mesmo não atingindo 100% da população brasileira, através do sistema, o acesso aos serviços e ações de saúde teve uma grande expansão (MUNHEN DE PONTES, 2009). Políticas sociais e econômicas com o objetivo de reduzir o risco de doenças e problemas de saúde e também de garantir o acesso universal e igualitário derivam dos princípios que regem o SUS, e devem ser reconhecidos. A distribuição gratuita de medicamentos diversos para um leque de doenças crônicas, assim como a reconhecida Política Nacional de DST/AIDS são exemplo de como surgiram iniciativas que se baseiam e decorrem da perspectiva de se pensar a saúde enquanto um direito universal.

Sendo um direito fundamental do cidadão brasileiro, o direito a saúde tem aplicação imediata, significando que pode e deve ser cobrado pelos cidadãos ao Estado. Para que esse direito se torne uma realidade na população brasileira, é necessário que o Estado crie condições dignas e reais de atendimento em postos de saúde e hospitais, organizando-se a partir do objetivo de se proteger, promover e recuperar a saúde dos cidadãos brasileiros, contribuindo, assim, para melhores condições de vida da população.

3.2 - Um pouco da história da saúde do negro no Brasil

Para compor a análise do processo de formação de uma saúde do negro no Brasil, me baseei nas políticas públicas específicas voltadas para esse grupo, envolvendo tanto a Política Nacional de Saúde à População Negra como a Política de Saúde e Ambiente para as Populações do Campo, da Floresta e das Águas, que inclui as populações negras rurais e quilombos, além de artigos e textos científicos que contemplassem o assunto, em especial os de Ângela Porto e de Isabel Cristina Fonseca da Cruz.

Em *O Negro Brasileiro e a Saúde – ontem, hoje e amanhã* (1993), Cruz faz uma análise sobre o processo saúde-doença observado entre a população negra do país, buscando o seu início no sequestro de negros na África. Esse tema de estudo, relativo à saúde da população negra africana escravizada, é de extrema importância para se poder compreender como a saúde dessa população é específica e necessita de uma atenção particular voltada para ela. Devemos pensar em como o processo de escravidão influenciou e é responsável pela atual condição de miséria e desigualdade em que hoje se situa a maior parte da população negra do país e também pela falta de informação e escassez de material produzido com a temática da saúde negra, uma vez que percebemos a força e permanência, até hoje, da ideologia da escravidão, que apaga e ignora a história e condição do negro.

A autora analisa o conceito de saúde a partir de sua definição dentro das classes camponesas e operariado urbano, que é o de capacidade de trabalho, e o usa para discutir a relação entre saúde-doença com trabalho no caso de sua aplicação no sistema escravista. A citação de TOMAZI (1986) traz uma importante reflexão:

As causas determinantes da saúde e da doença coletiva são, em termos gerais, as maneiras como o homem entra em contato com a natureza, isto é, como se apropria dela e como, nesse processo a transforma. O processo saúde-doença é um fenômeno eminentemente social e mutável, cujas manifestações dependem direta ou indiretamente da estrutura social. As diferenças observadas entre as classes sociais na maneira de adoecer e morrer têm, em última instância, pouco a ver com os serviços médicos instalados e muita relação com a organização da sociedade e com o papel que cada classe desempenha nela. (TOMAZI, 1986. pg.32)

No sistema capitalista escravista, o negro africano era apenas um produto, um instrumento de trabalho que falava, mas não era humano. Retirado da sua terra e transportado para outro continente para ser usado com seu trabalho compulsório, a sua saúde também foi enormemente afetada por esse sistema, tanto os que foram escravizados quanto os que permaneceram na África, e é possível detectar isso em sua descendência. Ainda em seu artigo, CRUZ (1993) traz informações que comprovam o fato: desde a caça e o aprisionamento do escravizado até os anos de trabalho compulsório, o africano escravizado foi vítima de diversos males e doenças, não apenas físicas, mas também mentais e emocionais, que resultaram em uma série de déficits em seu organismo.

A “caça e aprisionamento” dos africanos escravizados afetava sua saúde mental grandemente ao perder sua liberdade, causando uma *angústia espiritual* (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 1989); o transporte, feito em navios

negreiros, causava problemas de saúde de todos os tipos, como de nutrição, padrão respiratório e grande potência para infecções, que eram facilmente passadas uns aos outros. Isso além de diversos outros problemas, como de comunicação, crescimento e nutrição, mobilidade física, distúrbio no padrão de sono, desenvolvimento mental e físico (CRUZ, 1993).

Não podemos esquecer e nem ignorar os castigos e a tortura institucionalizada pelo sistema escravista, onde trabalho e castigo não se contrapunham, pelo contrário, um complementava o outro. Nas senzalas e nos engenhos, as condições de vida e saúde dos negros continuava sendo deplorável e degradante, sendo que a vida média de um escravizado era estimada em sete anos. Diante disso, fica claro e inegável como o sistema escravista influenciou e causou inúmeras doenças e predisposições na população escravizada, como aponta CRUZ (1993).

Quatro séculos de escravidão afetaram a saúde da raça negra e de sua descendência. O racismo contra o negro teve naquelas estruturas suas raízes e permanece mesmo com a instituição do trabalho juridicamente livre. Assim sendo, cinco séculos de ideologia da escravidão ainda afetam a saúde do negro e o seu desenvolvimento social, em particular, e da sociedade brasileira como um todo.; Pode-se inferir que a discriminação racial (herança dos quatro séculos de uma estrutura escravocrata e dos cinco séculos de ideologia correspondente) é responsável na atualidade pela continuidade das agressões à saúde dos negros, tornando os seus problemas de saúde crônicos, complexos e, vale ressaltar, desconhecidos para os profissionais que pretendem tratá-los. (CRUZ, 1993. pg. 323 - 24)

Na atualidade, certas doenças e anomalias prevalecem entre a população negra, sendo importantes indicadores sobre a saúde desse grupo social. O diabetes é a doença de maior prevalência entre a população negra, sendo que a tendência da mortalidade por diabetes mellitus aumentou entre 2000 e 2012 (dados da página DA POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA). Aprofundando, constatou-se que entre certas minorias raciais do país, sendo elas a população negra, parda e indígena, foi registrado um aumento por essa causa morte – diabetes -, sendo o número oficial em 2012 de 34,1 (por 100 mil hab.) e 29,1 (por 100 mil hab) em contraste com a diminuição da mortalidade registrada nas cores amarela e branca, que foi de 22,7 (por 100 mil hab.). Similarmente, a taxa de mortalidade por hipertensão arterial nas populações preta, parda e indígena também aumentaram, enquanto se observou uma diminuição na população branca e amarela. Dados de 2012 publicados na Política Nacional da Saúde da População Negra indicam: taxa de mortalidade por hipertensão na população preta foi de 32,3 (por 100 mil hab.) e da população parda 25 (por 100 mil hab),

em contraste a 17 (por 100 mil hab.) observado na população branca. O padrão da taxa de mortalidade se repete em registros da doença falciforme (população geral: 0,23; população preta 0,73; população parda: 0,28 e população branca 0,08) e também em miomas, que são tumores benignos (não cancerosos) comuns do trato genital feminino e se desenvolvem na parede muscular do útero, podendo provocar problemas como sangramento ginecológico e dor em baixo do ventre (Política Nacional da Saúde da População Negra, 2012).

No entanto, a situação se mostra ainda mais grave por englobar não apenas doenças, mas questões relacionadas à saúde e à vida em geral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Destaca-se a situação da mulher negra grávida, que sofre de altos índices de mortalidade materna, mortalidade infantil e dificuldades diversas no pré-natal e durante o parto. Em 2011, a taxa de mortalidade materna por 100 mil habitantes era de 50,6 para mulheres brancas e de 68,8 para mulheres negras. Já a mortalidade infantil, considerando mortes na primeira semana de vida, foi de 47% por crianças negras e 38% de crianças brancas, sendo as principais causas da mortalidade infantil de crianças negras malformações congênitas, prematuridades e infecções pré-natais. O acesso e utilização de serviços de pré-natal são desiguais, com 74,5% das mulheres brancas declarando sete ou mais consultas médicas pré-natais (o mínimo recomendado são 6) e apenas 55,7% das mulheres pretas declararam o mesmo. Os dados para essas comparações foram obtidos na Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde (2012).

Além disso, em se tratando de causas externas de morte, o negro se encontra, mais uma vez em desvantagem. Dados do Ministério da Saúde (2012) apontam que, do total de mortes por causas externas, 36% ocorreram entre jovens de 15 a 29 anos, sendo 90% destes do sexo masculino e 59% negros. O homicídio aparece como segunda causa de morte mais frequente entre jovens da população negra, registrando 62% das mortes destes jovens – enquanto na juventude branca, agressões/homicídios aparecem como quinta causa de morte mais frequente.

3.2 - (In)equidades em Saúde

O racismo é um determinante social em saúde e tem grande peso quando se trata de saúde da população negra. A discriminação racial pode ser observada no acesso; aos serviços,

mas também no próprio atendimento e resultado/exames. Segundo artigo de VARGA e BATISTA (2016), racismo institucional é definido como

Fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação racista, que causa desvantagens às pessoas de minorias étnicas (Documento da Comissão for Racial Equality, 1999 *apud* Sampaio, 2003, p. 82).

A partir dessa definição, podemos pensar como o racismo e sua institucionalização e presença nos serviços de saúde afetam o mesmo. Os DSS abordam condições mais gerais experienciadas pelo grupo populacional, como condições socioeconômicas, culturais e ambientais. Essas condições se relacionam com as condições de vida e trabalhos de seus membros, como condições de moradia, saneamento, acesso a serviços públicos como saúde e educação e condições vividas no trabalho executado.

Dessa maneira, o sistema de atenção à saúde não está desacoplado de outros aspectos gerais da cultura, assim como um sistema social não está dissociado da organização social de um grupo. Consequentemente, a maneira através da qual um determinado grupo social pensa e se organiza, para manter a saúde e enfrentar episódios de doença, não está dissociado da visão de mundo e da experiência geral que esse tem a respeito dos demais aspectos e dimensões socioculturalmente informados. Será somente a partir da compreensão dessa totalidade que serão apreendidos os conhecimentos e práticas atrelados à saúde dos sujeitos formadores de uma sociedade portadora de um sistema, ou cabedal cultural, próprio. (LANGDON E WIJK, 2010, pg. 178)

São vários os modelos esquemáticos existentes que procuram dar representação às relações diversas entre os DSS, os seus níveis e como atingem a população. O modelo descrito por DAHLEGREN E WHITEHEAD (2006), reproduzido abaixo, apresenta esferas diferentes representando os DSS dispostos de forma sobreposta, em camadas, o que permite visualizar as suas relações de maneira hierárquica.



Figura 6 – Modelo Ilustrativo DSS (Fonte: Whitehead & Dahlgren *apud* Brasil, 2006)

Na saúde, existe um termo, o de equidade em saúde, que deve ser analisado para melhor compreensão. Apesar de ser um termo que é cada vez mais usado dentro do vocabulário referente à saúde e serviços, equidade em saúde é relativamente novo, e não aparece nem na Constituição de 1988, que assegura “acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde”, nem na lei 8.080/90, que trata especificamente da “*igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie*”, sendo um dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo a formuladora do termo, Margaret Whitehead, “Iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social” (WHITEHEAD, 1992).

Para compreender o termo e seu uso dentro dos processos de saúde, é necessário entender a relação que estabelece entre igualdade e justiça. Muito mais que apenas uma igualdade nos serviços e seu acesso, é imprescindível que haja uma justiça quanto à aplicação dos mesmos (WHITEHEAD, 1992). Por exemplo, os impostos cobrados aos cidadãos não são igualitários, mas são justos, uma vez que relaciona a tributação de acordo com a capacidade de pagamento do indivíduo. Enquanto igualdade/desigualdade é mensurável e podem ser medidos, equidade/iniquidade são conceitos dotados de significados políticos e levam em conta a moral com a justiça social. Considerando, portanto, o fato de as pessoas serem diversas e, principalmente olhando o caso de minorias em nossa sociedade, o termo de equidade surge para garantir, muito além de um tratamento homogêneo, um tratamento diferenciado, uma vez que as necessidades e condições dos indivíduos são diferentes.

Se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades. (Ministério da Saúde, 2000)

A equidade vai depender do referencial feito e comparado. Na saúde, a equidade em seus serviços é em relação à uma equidade horizontal, sendo ela uma igualdade entre iguais. Resumindo, é a igualdade na utilização dos serviços de saúde considerando grupos sociais para certas necessidades de saúde que todos têm. A equidade em saúde pode ser medida em duas instâncias: condições de saúde (risco de adoecer e morrer) e no acesso e utilização dos serviços de saúde (possibilidades de consumo de serviços nos diversos graus de complexidade) (SCOREL, 2009)

As condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existentes na sociedade. Já as desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde. A disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a sua distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde. Modificações nas características do sistema de saúde alteram diretamente as desigualdades sociais no acesso e no uso, mas não são capazes de mudar por si só as desigualdades sociais nas condições de saúde entre os grupos sociais (TRAVASSOS & CASTRO, 2008. Pg. 24).

Assim, as políticas públicas específicas, equitativas, são um meio de se procurar alcançar a igualdade na saúde. Seriam como se uma fase intermediária para se chegar ao ideal, que seria a equidade de oportunidades e condições entre os membros da população, no entanto sabemos que essa é uma visão utópica, não tirando a importância e necessidade absoluta dessas políticas. Mesmo atingindo-se essa igualdade utópica, as políticas ainda seriam necessárias, pelos critérios de justiça – as pessoas sempre serão únicas e terão necessidades diferentes. (ESCOREL, 2009)

3.3 - Políticas Públicas para comunidades negras e quilombolas

Em “Políticas de Promoção da Equidade em Saúde” (2013), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde do Brasil, o Estado reconhece e assume não apenas as desigualdades, mas também a presença do racismo institucional nos serviços de saúde no Brasil. Com o objetivo de reduzir as desigualdades sociais e raciais do país, tanto o Ministério quanto a própria gestão do SUS têm implementado as chamadas políticas de promoção da equidade, querendo diminuir as vulnerabilidades resultantes de determinantes sociais em específicos grupos populacionais.

Apesar de não serem as únicas, as de nosso interesse são: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, de 2009 e a Política Nacional de Saúdes Integral das Populações do Campo e da Floresta, instituída em 2011. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, PNSIPN – Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009 surgiu diante da constatação de que existe racismo no Brasil e de que atinge a população negra em diversos setores da sociedade, os colocando em desvantagem e inferior acesso aos benefícios concedidos como direitos, como por exemplo a saúde. Neste setor, observamos que, diante das desigualdades presentes na sociedade brasileira, as mesmas possuem reflexos que se manifestam em dados epidemiológicos que confirmam uma diminuição tanto na expectativa

quanto qualidade de vida da população negra brasileira. Assim, a PNSIPN tem como objetivo maior

Garantir a equidade na efetivação do direito humano à saúde da população negra em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não-transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional. (Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. 2009. pg.07)

Citando doenças que comprovam essa maior prevalência na população negra, como a doença falciforme, miomatose, diabetes – tipo 2, entre várias outras, a política visa poder contribuir para um melhor e mais justo e efetivo tratamento dessa população. Esse processo se dá por meio de várias estratégias adotadas pelo SUS e pelo Ministério da Saúde, como incluir o tema de racismo e saúde em seus programas de educação permanente dos trabalhadores e do controle social da saúde, além do desenvolvimento de processos de informação e comunicação que de fato desconstruam os preconceitos e diminuam as vulnerabilidades da população negra, além de permitir a maior participação do movimento social negro nos diversos setores que o dizem respeito. (Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. 2009).

A outra política de promoção de equidade em saúde que nos interessa aqui é a Política de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Essa política é importante e deve ser analisada nesse trabalho por contemplar comunidades remanescentes de quilombos assim como outras comunidades tradicionais, incluindo aqui a população camponesa negra. Instituída em 2011, a política tem como principais diretrizes a diminuição dos riscos à saúde causados por processos de trabalho e tecnologias agrícolas, além de melhorar o nível de saúde e de qualidade de vida dessas populações específicas por meio do acesso aos serviços de saúde públicos. Enfatiza-se a necessidade de a própria gestão do SUS considerar a grande diversidade e dinâmicas diferentes que se encontram nessas populações, como suas formas organizacionais de comunidade, aspectos culturais e ambientais, dentre outros, que influenciam e impactam a saúde dos membros dessas populações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A situação exposta ao longo da pesquisa e os dados trazidos, tanto dados epidemiológicos quanto dados observados durante o trabalho de campo, evidenciam que existe uma real pertinência em se produzir estudos e pesquisas que estejam voltados para uma caracterização das condições de saúde, incluindo condições epidemiológicas e sanitárias de populações, para melhor compreendê-las. É necessário que esse tipo de estudo, em especial de comunidades tradicionais, comumente ignoradas e isoladas das pesquisas com tema de saúde, seja incentivado e que a produção aumente até para que haja referências sólidas e pertinentes sobre o assunto.

Esse tipo de estudo contribui em trazer e produzir informações que permitem o melhor monitoramento de desigualdades sociais em saúde, como é a realidade de desigualdade vivida e como essa desigualdade afeta as populações. As informações e dados colhidos ao longo da pesquisa podem colaborar para a consolidação de avanços em leis da saúde pública e também nos serviços de saúde oferecidos. Isso acontece, pois, as mesmas fazem com que seja possível, dentro do contexto específico e particular de certa comunidade, compreender e avaliar a situação de saúde. A identificação de iniquidades, avaliação da saúde da população e das condições sanitárias colaboram para a associação junto a condicionantes e determinantes, que podem ser sociais, culturais, ambientais, econômicos, etc. (SILVA E FIGUEIREDO, 2005)

No caso de comunidades quilombolas como a Kalunga do Engenho II, cuja situação de acesso aos serviços públicos de saúde foi objeto dessa pesquisa, o monitoramento de desigualdades e aprofundamento de determinantes e sistematização que é possibilitado por estudos como esse, abrem portas para a identificação de pontos positivos e negativos das políticas públicas específicas para esses grupos (SILVA E FIGUEIREDO, 2005). Ou seja, é possível analisar o impacto dessas políticas e a realidade na qual as mesmas são aplicadas, compreender quais os pontos mais sensíveis a esse impacto das políticas.

Buscando melhorias e avanços, para que as políticas públicas voltadas à essas populações sejam mais efetivas e aplicáveis, torna-se necessário, claramente, que haja maiores conhecimentos acerca dos determinantes sociais em saúde, como afetam a população, quais as suas hierarquias e como funcionam e são mediadas. Ao mesmo tempo, é muito importante que haja uma facilitação da incorporação desses conhecimentos, dados e informações na definição e implementação das políticas.

As políticas de promoção da saúde são definidas como ações que consistem “*en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma*” (OMS, 1996, pg.367). Além de trazer essa importante perspectiva que parte da análise de determinantes da saúde, e, no geral, de sua perspectiva de qualidade de vida, têm também o papel de construir e serem o principal elemento que norteia os princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro (SILVA E FIGUEIREDO, 2005). Vale comentar que as promoções de saúde são ações valorizadas e incentivadas tanto nas propostas da Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto na Organização Pan-Americana de Saúde.

A Carta de Ottawa tem como objetivo ser uma carta de intenções que procura poder contribuir com as políticas de saúde e promoção de saúde em todos os países, de maneira igualitária, equânime e universal. A carta foi lançada em 1986 na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e destaca:

La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. (OMS, 1996, p.368)

Considerando a saúde da população negra como um todo, observa-se uma manutenção nos últimos anos das desigualdades em saúde existentes, além da notável ausência da existência/criação de mecanismos criados com o objetivo de superar as desigualdades e o racismo (BRASIL, 2005). Essa ausência ocorre em diversos setores, seja em políticas públicas específicas ou mesmo em ações de combate ao racismo sistêmico na esfera institucional da saúde. Assim, vê-se que as dificuldades de acesso às ações e políticas públicas permanecem (TRAVASSOS, 2000).

Deve-se pensar as políticas públicas não como soluções, mas como caminhos e alternativas possíveis e plausíveis. Portanto, é de extrema importância que as mesmas utilizem como dados e bases a realidade vivida e as desigualdades a serem combatidas. Considerando que, tanto na formação quanto qualificação dos profissionais de saúde, assim como o sistema como um todo não incorporam os aspectos pluriétnicos e multiculturais que formam a sociedade brasileira, torna-se difícil atingir essas metas (SILVA E FIGUEIREDO, 2005). Isso porque essa falta de conhecimento da diversidade na qualificação faz com que ideais e comportamentos racistas presentes no senso comum da sociedade sejam reproduzidos dentro da esfera da saúde pública.

Como destacado por Silva e Figueiredo (2005) em Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade, *“programas de saúde representam estratégias de intervenção formuladas a partir de diagnósticos e são ferramentas para aumentar a efetividade das políticas públicas de saúde”* (SILVA E FIGUEIREDO, 2005. Pg 402). Portanto, parte importante e indispensável dessas estratégias são esses diagnósticos, sendo estudos epidemiológicos e sociais da população necessários para que se comece a formular alguma política pública para determinado grupo social/população ou comunidade específica.

Na luta pela melhor elaboração e implementação efetiva das políticas públicas e ações de promoção em saúde é necessário que se repense o modelo vigente. Primeiramente, acredito ser necessário incluir e dar espaço para a sociedade civil participar e dialogar nessa criação e preparação das políticas. Deve-se, também, incentivar e subsidiar estudos que, como esse, procuram realizar um diagnóstico da situação de saúde e condições básicas de vida da população/comunidade/grupo social em questão. Não obstante, é importante reconhecer a relevância e contribuição de projetos e programas sociais da sociedade civil que procuram melhorar a condição de saúde da população negra/população quilombola/população rural brasileira, como as ONGs Geledés e CRIOLA, que promovem ações como projetos de treinamento de agentes de saúde e que com certeza têm muito a adicionar e colaborar na elaboração dessas políticas públicas.

Temos que pensar a saúde pública e o SUS dentro de um contexto histórico. Apesar de trazer com a sua efetiva implementação diversos avanços na questão de direito a saúde pública brasileira, não podemos ignorar o fato de que os avanços foram singulares, específicos e direcionados a certos grupos. Então, apesar do direito ser garantido pela Constituição de 1988, não atingiu diversos grupos da sociedade nacional, em especial a população negra. Os avanços que foram observados no geral não impactaram fortemente a população negra, fazendo com que as desigualdades e iniquidades em saúde entre negros e brancos fosse mantida (SILVA E FIGUEIREDO, 2005).

Ricardo Henriques (2001) apontou para essas desigualdades em um estudo feito a partir da análise das condições de vida da população brasileira em comparação à branca, durante a década dos anos 90 do século passado. Partindo de um recorte racial em seu estudo, realizou um mapeamento das desigualdades raciais existentes no Brasil, utilizando diversas categorias diferentes como renda, educação, trabalho, etc. Observou, a partir dessa análise, que *“existiram avanços positivos nas condições de vida da população brasileira, mas esses avanços não se traduziram em reduções na desigualdade racial”*. (HENRIQUES, 2001).

Segundo o autor, para que sejam combatidas as desigualdades, faz-se necessário que se criem, urgentemente políticas públicas que sejam voltadas exatamente para a superação dessas desigualdades.

Cito aqui trecho do jurista Joaquim Barbosa, que em sua análise do princípio da igualdade, no qual a universalidade se apoia - que por sua vez é princípio fundamental do SUS – diz:

Resumindo singelamente a questão, diríamos que as nações que historicamente se apegaram ao conceito de igualdade formal são aquelas onde se verificam os mais gritantes índices de injustiça social, eis que, em última análise, fundamentar toda e qualquer política governamental de combate à desigualdade social na garantia de que todos terão acesso aos mesmos ‘instrumentos’ de combate corresponde, na prática, assegurar a perpetuação da desigualdade. Isto porque essa ‘opção processual’ não leva em conta aspectos importantes que antecedem à entrada dos indivíduos no mercado competitivo. Já a chamada ‘igualdade de resultados’ tem como nota característica exatamente a preocupação com os fatores ‘externos’ à luta competitiva – como classe ou origem social, natureza da educação recebida –, que tem inegável impacto sobre o seu resultado. (BARBOSA, 2001).

Essa fala nos faz refletir sobre o SUS, o que propõe oferecer e o que ocorre na realidade. O problema da saúde da população negra – incluindo quilombolas – está na pressuposição de que a oferta de serviços e ações em saúde irão afetar e incidir de maneira equânime todos os grupos populacionais brasileiros que utilizam os serviços do SUS. Sabemos que, na realidade, isso não ocorre e, portanto, deve-se tratar a questão de maneira distinta. É preciso que o SUS supere esse universalismo formal comentado por Barbosa, no qual opera atualmente, e procure alcançar um universalismo de *resultados*, que tenha por objetivo não apenas que todos possam utilizar os serviços, mas que pense e opere a partir das especificidades da população (SILVA E FIGUEIREDO, 2005).

Em Saúde da População Negra no Brasil: Contribuições para a Promoção da Equidade, Silva e Figueiredo (2005) trazem propostas para melhorar as desigualdades nos serviços de saúde do SUS, entre elas:

- Criar uma Câmara Técnica Intersetorial de Saúde da População Negra, com participação da sociedade civil negra organizada, para avaliar ações e propor medidas que retirem barreiras de acesso e visem melhorar os indicadores de morbimortalidade da população negra.
- Incorporar o quesito raça/cor nos sistemas de informação do SUS, de modo a produzir dados epidemiológicos sobre a população negra. *

* Reivindicação desde a década dos anos 90 do século passado, foi publicada no dia 2 de fevereiro de 2017, no Diário Oficial da União, a Portaria nº 344 do Ministério da Saúde (MS),

que dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. O documento é resultado de articulações entre o órgão e a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). Mais uma conquista para a população negra brasileira.

– Garantir a transversalidade do combate ao racismo e às desigualdades raciais na formulação das políticas do SUS, de modo a visibilizar o impacto que estas produzem na saúde da população negra.

– Adequar a oferta de serviços às necessidades da população negra em todos os graus de complexidade, de forma a garantir o acesso de populações excluídas do Sistema.

– Promover a intersetorialidade no planejamento de ações de modo a melhorar a eficiência e eficácia dos serviços oferecidos às populações vulnerabilizadas, sobretudo à população negra.

– Capacitar profissionais para melhoria da qualidade de informação, enfatizando a importância do preenchimento da variável cor, entre outras.

– Assegurar que os Pólos de Educação Permanente qualifiquem trabalhadores e gestores do SUS para atuarem no contexto pluriétnico e multicultural presente em nosso país, eliminando práticas discriminatórias que se reproduzem na rede de saúde.

– Produzir e disseminar materiais educativos que, em linguagem direta, informe a população negra sobre doenças de maior prevalência neste grupo, bem como, serviços e programas disponíveis para atendimentos e orientações.

*Aqui gostaria de destacar que, durante uma de minhas visitas em que estive no povoado Emas, no município de Monte Alegre, a agente de saúde, Maria, me mostrou um livro educativo, com o tema de prevenção e saúde, abordando temas como DSTs, drogas e sexo. O livro, intitulado Kalunga: Prevenção e Saúde (Coleção Caminho das Pedras. Vol 2), foi feito em colaboração com a comunidade – tanto Maria, profissional de saúde do povoado, professores e educadores, quanto a população no geral fizeram parte do livro. Nele, a linguagem e vocabulário são muito simples e acessíveis, havendo uma real preocupação em disseminar a informação e fazer com que a mesma seja entendida pelo grupo alvo. Além disso, o livro contém também produções artísticas da população, como desenhos e poesias que ilustram sobre os problemas e doenças tratados no livro. Achei incrível vê-lo pronto, impresso e distribuído, sendo que a iniciativa vai nessa linha de produção de material acessível que, infelizmente, muitas vezes não passa de uma ideia.

- Produzir e disseminar materiais educativos que informem profissionais e gestores sobre o perfil epidemiológico de saúde da população negra e os instrumentalize para a melhoria de suas ações.
- Implantar serviços de Disque-Saúde para disseminação de informações e acolhimento de queixas e denúncias de práticas discriminatórias no SUS.

Mesmo tendo sido escritas e divulgadas há mais de 12 anos, acredito que essas propostas listadas acima são ainda válidas e, mais que isso, necessárias, pois quase nenhuma foi adotada ou posta em prática – e as que foram, ocorreram de maneira mínima e ainda insuficiente. Na comunidade Kalunga do Engenho II, atualmente, diante do déficit de profissionais, equipamentos e infraestrutura para atendimento e uma demanda vindo de todos os povoados da comunidade, não há dúvidas que se faz imprescindível repensar e replanejar as políticas públicas voltadas à população quilombola para que elas efetivamente beneficiem essa comunidade e que o direito de acesso a saúde seja algo garantido na realidade dessa população.

Apesar do fato de políticas públicas serem elaboradas e, às vezes, conseguirem realmente serem postas em prática, existe a necessidade de que elas sejam levadas a amenizar as desigualdades de maneira concreta, e que a aplicabilidade das mesmas resulte em melhorias nas realidades da população-alvo. Além disso, é notório que os resultados não são alcançados imediatamente, há uma demora até que apresentem os efeitos desejados e, portanto, não podem ser vistas como a única alternativa possível, é necessário incorporar outras ações que ajudem no objetivo de reduzir as desigualdades na esfera da saúde.

O racismo no Brasil está tão intrinsecamente firmado no sistema que sempre será um problema de desigualdade em sua população, majoritariamente negra e parda. Assim, o racismo deve ser tratado com maior firmeza e seriedade. Políticas públicas amenizam, mas devem ser elaboradas em conjunto com a população alvo, a partir de estudos sobre a comunidade e aplicadas juntamente com outras ações, como as propostas listadas, para que apresentem efeitos concretos. Pela pesquisa feita nesse trabalho, é possível afirmar que populações negras em geral se encontram em estado de vulnerabilidade, não só na questão de saúde, mas também no acesso aos principais direitos civis. No caso de populações camponesas negras, e comunidades quilombolas em especial, a vulnerabilidade aumenta ainda mais, por serem considerados uma realidade que não é a brasileira, quando na verdade são o maior retrato da mesma.

As desigualdades relativas a negros no Brasil são históricas e, como vimos, são fruto de um longo processo de exclusão e inferiorização. Se, ao trazer africanos que foram escravizados ao país, o processo de escravidão, não apenas no transporte, mas também durante os três séculos que a mesma durou, debilitou esses escravizados em todos os níveis de saúde, após o término desse período, perpetuou-se essas desigualdades dentro da sociedade brasileira. Isso resultou em diversos problemas de saúde específicos à população negra e seus descendentes, mas também uma maior vulnerabilidade para certas doenças e problemas de saúde. Além disso, temos que considerar que o processo histórico da escravidão também condicionou a população negra às piores e mais baixas condições de vida, resultando, também, numa maior vulnerabilidade na questão de saúde.

Também influencia, atualmente, no acesso e utilização de serviços de saúde, causando um ciclo vicioso que prende negros e pobres – pobres e negros numa situação desfavorável em comparação ao resto da sociedade brasileira. Torna-se um objetivo imprescindível quebrar esse ciclo vicioso e oferecer outras oportunidades e condições, dignas e que respeitem a população negra e quilombola. Espero que esse trabalho possa contribuir nesse processo.

Caderno de Fotografias



Figura 7: Paulo Henrique Silva, quilombola da comunidade Kalunga. Povoado do Engenho II.



Figura 8: Igreja Assembleia de Deus no Engenho II



Figura 9: Entrada da comunidade. Agora é obrigatório passar pelo CAT para ser registrado e pagar a entrada nas cachoeiras e o guia local.



Figura 10: Área Cultural com mural pintado com as grandes lideranças da comunidade



Figura 11: Centro de Artes com mural pintado por kalungas



Figura 12: Estabelecimento kalunga – lanchonete e restaurante



Figura 13: Lanchonete e Café kalunga



Figura 14: Restaurante S&G – Sirilo e Getúlia



Figura 15: Escola Joselina Francisco Maia



Figura 16: Prédio da Escola Joselina Francisco Maia



Figura 17: Igreja Católica da comunidade



Figura 18: Paulo Henrique, quilombola, em meio as plantações da comunidade

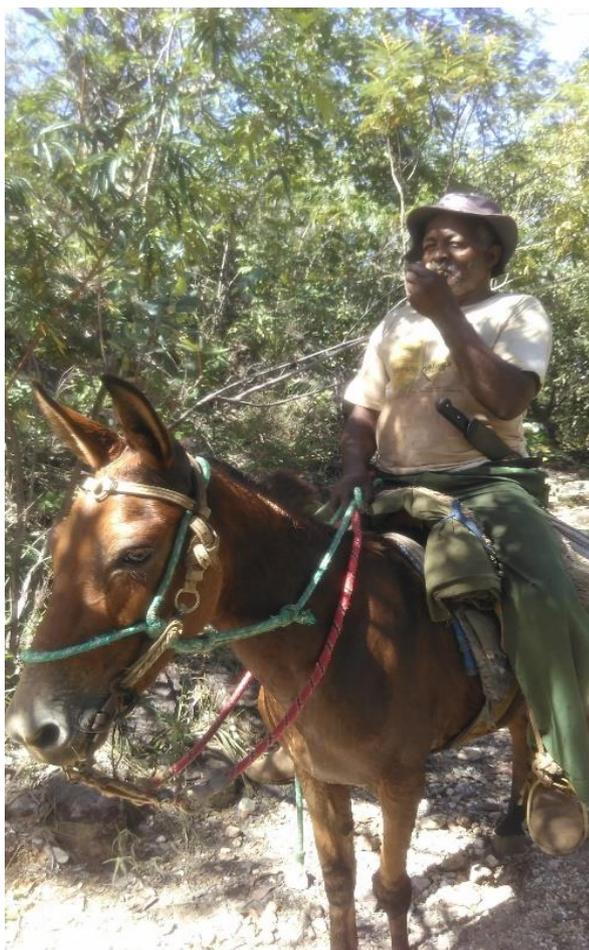


Figura 19: José Maia, quilombola Kalunga do povoado do Engenho II.



Figura 20: Casa na roça



Figura 21: Plantações de milho na roça



Figura 22: Colheita de milho



Figura 23: Área de limpeza da “casa” na roça, com utensílios para alimentação e uma pia improvisada a partir de uma mangueira que traz água da nascente.



Figura 24: Sabugos de milho



Figura 25: Folia de Santo Antônio, realizada em Julho (Foto 13/07/2017)



Figura 26: Estrutura destinada a atividades culturais da comunidade



Figura 27: Estrada de terra que leva até a comunidade



Figura 28: Fundos de uma casa Kalunga



Figura 29: Cachoeira Candaru, localizada após as plantações da roça



Figura 30: Plantações na roça



Figura 31: Interior de casa da roça Kalunga



Figura 32: Casa da roça Kalunga vista por fora



Figura 33: Área de limpeza da casa da roça Kalunga



Figura 34: Jovens Kalunga andando entre as plantações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E PROFESSORES KALUNGA. *Kalunga: prevenção e saúde*. Coordenação do IBrAP. Brasília; Ministério da Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS, 2007.

ALMEIDA, Alfredo Wagner B. *Os quilombos e as novas etnias*. In: O'DWYER, Eliane Cantarino (Org). *Quilombos: identidade étnica e territorialidade*. Editora FGV, Rio de Janeiro. 2002

_____. *Os quilombos e as novas etnias: é necessário que nos libertemos da definição arqueológica*. Texto apresentado no encontro da Associação Brasileira de Antropologia. 1999

ALVES, Iara. *Políticas públicas, territorialidade e liberdade dos remanescentes de quilombo Kalunga*. Dissertação de Mestrado – Geografia. Brasília, 2015. 262 pg. BRASIL. *O Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas*. 2013.

ANDRADE, João Tadeu de e COSTA, Liduina Farias Almeida da. *Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica*. Saúde e Sociedade. São Paulo. 2010.

ARRUTI, José Maurício. *Políticas Públicas para Quilombos: Terra, Saúde e Educação. Caminhos convergentes: estado e sociedade na superação das desigualdades raciais no brasil*. 2009

BAIOCCHI, Mari de Nazaré. *Negros de Cedro*. São Paulo. Ed. Ática. 1983.

BARBOSA, Joaquim. *Ação Afirmativa & Princípio Constitucional da Igualdade*, Rio de Janeiro, Editora Renovar, 2001

BARTH, Friedrik. Introduction. *Ethnic groups and boundaries: the social organization of cultural difference*. London, George Allen & Unwin, 1969

BATISTA, Luís Eduardo, Jurema Werneck e Fernanda Lopes, (orgs.). – *Saúde da População Negra* 2. ed. rev. e ampl., 1. reimpr. -- Brasília, DF : ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. -- (Coleção negras e negros : pesquisas e debates /coordenação Tânia Mara Pedroso Müller)

BATISTELLA, Carlos. *O Modelo conceitual dos determinantes sociais da saúde em Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde*. O Território e o processo. Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BRANDÃO, Ambrósio Fernandes. *Diálogos das grandezas do Brasil*. Rio de Janeiro: Melhoramentos, 1977

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. 2009.

_____. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas*. 2011.

_____. *Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade* (Projeto 914BRA3002) Convenio FUNASA/UNESCO. 2005.

_____. *Políticas de Promoção da Equidade em Saúde*

_____. *Saúde e Ambiente para as Populações do Campo, da Floresta e das Águas*

COSTA, Vilmar Souza. A Luta pelo território: histórias e memórias do povo Kalunga, Monografia apresentada ao Curso de Licenciatura em Educação do Campo – LedoC, da Universidade de Brasília. 2013

CHAGAS, Miriam de Fátima Chagas. A política do reconhecimento dos “remanescentes das comunidades dos quilombos”. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 7, n. 15, p. 209-235, jul. 2001.

CHIANCA, Priscila Pessoa. *Nas Vias do Reconhecimento: emergência étnica e territorialização Kalunga*. Dissertação de Mestrado. Centro de Desenvolvimento Sustentável. Universidade de Brasília. 2010.

CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da. *O negro brasileiro e a saúde – ontem, hoje e amanhã*. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 317-327, Dec. 1993.

CUNHA, Maria das Graças Campolina. *Campesinato Brasileiro: Origens e Ressignificações de um modo de vida tradicional*. Unimontes. 2012

DORIA, Siglia Zambrotti; OLIVEIRA JÚNIOR, Adolfo. *Laudos periciais antropológicos e a particularidade das terras ocupadas por comunidades remanescentes de quilombos*. 1996

ESCOREL, Sarah. *Equidade em Saúde*. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fiocruz. 2009

EVANS-PRITCHARD, E.E. Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande / E.E. Evans-Pritchard; edição resumida e introdução, Eva Gillies; tradução Eduardo Viveiros de Castro. — Rio de Janeiro: Zahar, 2005. (Coleção Antropologia social)

EVANS, T.; WHITEHEAD, M.; DIDERICHSEN, F.; BHUIVA, A.; WIRTH, M. (ed.) *Desafío a la falta de Equidad en la Salud: de la ética a la acción*. Fundación Rockefeller: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica n. 585, 2002

FREITAS, Glênio Alves de; SOUZA, Maria Cristina Corrêa de; LIMA, Rosangela da Costa. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados em mulheres indígenas do Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00023915, 2016.

FURTADO, Marcella Brasil; PEDROZA, Regina Lúcia Sucupira; ALVES, Cândida Beatriz. Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 106-115, Apr. 2014

HENRIQUES, Ricardo. Raça e gênero no sistema de ensino: os limites das políticas universalistas na educação – Brasília : UNESCO, 2001.

INCRA - Coordenação Geral de Regularização de Territórios Quilombola – Maio de 2009

LANGDON, Esther Jean e WIIK, Flavio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2010.

LEITE, Ilka Boaventura. *Negros no Sul do Brasil: invisibilidade e territorialidade*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1996.

_____. Quilombos e quilombolas: cidadania ou folclorização? *Horizontes Antropológicos*, n. 10, p. 123-150, 1999.

LOPES, Fernanda. *Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil*. In. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: FUNASA, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *11ª Conferência Nacional de Saúde. Legislação Básica do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

Monteles, R. & Pinheiro, C.U.B. Plantas medicinais em um quilombo maranhense: uma perspectiva etnobotânica. *Revista de Biologia e Ciências da Terra* 7: 38-48. 2007

MOURA, G. *Quilombos contemporâneos no Brasil in Brasil/África: como se o mar fosse mentira*. CHAVES, R., SECCO, C., MACEDO, T.. São Paulo: Ed. Unesp. Luanda/Angola: Chá de Caninde. 2006

MUNHEN DE PONTES, Ana Paula, Garcia Dantas Cesso, Rachel, de Oliveira, Denize Cristina, Tosoli Gomes, Antônio Marcos. *O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?*. Escola Anna Nery *Revista de Enfermagem* [en línea] 2009, 13 (Julio-Septiembre)

NABUCO, Joaquim. *Obras Completas*. São Paulo, Instituto Progresso Editorial, 1949.

NEIVA, Ana Cláudia Gomes Rodrigues. SERRENO, José Robson Bezerra. SANTOS, Sandra Aparecida. FIORAVANTI, Maria Clorinda Soares. *Caracterização Socioeconômica e Cultural da Comunidade Quilombola Kalunga de Cavalcante, Goiás, Brasil: Dados Preliminares*. IX Simpósio Nacional Cerrado. 2008. ParlaMundi, Brasília, DF.

O'DWYER, Eliane Cantarino. *Quilombos: identidade étnica e territorialidade*. — Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002. 296p. Co-edição : Associação Brasileira de Antropologia.

_____. O papel social do antropólogo: aplicação do fazer antropológico e do conhecimento disciplinar nos debates públicos do Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro. 2010.

OLIVEIRA, Rachel de. (2001). *Uma história do povo Kalunga*. Brasília: Secretaria de Educação Fundamental (MEC)

PARÁ, 1999. *Decreto Estadual N.º 3.572 de 22/07/1999*. Regulamentação da Lei nº 6.165 de 02/12/1998

PALACIN, Luis. *História de Goiás*. Goiânia. Ed da UCG. 2001

PLÍNIO DOS SANTOS, Carlos Alexandre Barboza. *Fiéis descendentes: redes-irmandades na pós-abolição entre as comunidades negras rurais sul-mato-grossenses*. 1. ed. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2014. v. 1. 480p

_____. *Quilombo Tapuio (PI) : Terra de memória e identidade*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Antropologia (DAN). Universidade de Brasília. 2006.

QUINAN, Daniel. *Estudo preliminar de saúde bucal na região quilombola Kalunga, Goiás, Brasil*. 2015. 38 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Odontologia)—Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

RAMOS, Arthur. *A aculturação negra no Brasil*. São Paulo: Nacional. 1942

RANGEL, Débora Luíza de Oliveira. *Aspectos Ambientas, sociais e a saúde em território Kalunga no Estado do Goiás, em 2012*. Tese (doutorado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem. 2014.

TORRES, Sideni Cesário de. *Documentários no território Kalunga: análise dos filmes entre vãos e império e suas raízes*. Monografia do curso de Licenciatura em Educação do Campo. 2014.

SAMPAIO, E. O. Racismo institucional: desenvolvimento social e políticas públicas de caráter afirmativo no Brasil. *Interações - Revista Internacional de Desenvolvimento Local*, Campo Grande, v. 4, n. 6, p. 77-83, mar. 2003.

SEGATO, Rita Laura. *La nación y sus otros: raza, etnicidad y diversidad religiosa em tiempos de políticas de la identidad*. Buenos Aires:Prometeo Libros, 2007.

SILVA, Dimas Salustiano. Frechal: cronologia da vitória de uma comunidade remanescente de quilombo; Constituição e diferença étnica: o problema jurídico das comunidades negras remanescentes de quilombos no Brasil. *Boletim Informativo NUER*, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 51-64; p. 92-99, 1996

SILVA, Marta de Oliveira da; FIGUEIREDO, Nataly Damasceno de. *Crítica sobre políticas, ações e programas de saúde implementados no Brasil*. Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. 2005

SOARES, Daniela Arruda; BARRETO, Sandhi Maria. *Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 341-354, Feb. 2014 .

TAVARES DE MELO, Maíra Fernanda; PEREIRA DA SILVA, Hilton. *Doenças Crônicas e os Determinantes Sociais da Saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil*. Revista da ABPN v. 7, n. 16. 2015

TOMAZI, Zelma Francisca Torres. *O que todo cidadão precisa saber sobre saúde e Estado brasileiro*. São Paulo: Global, 1986

TRAVASSOS, Cláudia et al . *Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000

_____ & CASTRO, M. S. M. *Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde*. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L. V.; CARVALHO, A. I.; NORONHA, J. C. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/CEBES. 2008

VARGA, István van Deursen; BATISTA, Luís Eduardo. *Saúde da população negra e da mulher como políticas públicas e campos intelectuais: subsídios para um estudo de caso sobre o racismo institucional sistêmico* . Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 521-523, sep. 2016

VÉLEZ ECHEVERRY, Sandra Milena. *Impactos da eletrificação no desenvolvimento rural em comunidades quilombolas: caso dos Kalunga em Cavalcante – GO*. 2014.

VIEIRA, Ana Beatriz Duarte; MONTEIRO, Pedro Sadi. *Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção*. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 37, n. 99, p. 610-618, Dec. 2013.

VOLOCHKO, Anna; Batista, Luís Eduardo. *Saúde nos quilombos*. São Paulo, Instituto de Saúde/GTAE-SES/SP, 2009.