



Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia  
Saúde Coletiva  
Trabalho de Conclusão de Curso

Maria Eduarda Santiago Belo

**As condições de saúde da Comunidade Kalunga e a garantia do direito à  
saúde: uma revisão narrativa**

Brasília

2022

Maria Eduarda Santiago Belo

**As condições de saúde da Comunidade Kalunga e a garantia do direito à  
saúde: uma revisão narrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso em Saúde Coletiva apresentado a  
Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília para obtenção  
do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Silvia Badim

Brasília

2022

Maria Eduarda Santiago Belo

**As condições de saúde da Comunidade Kalunga e a garantia do direito à  
saúde: uma revisão narrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso em Saúde Coletiva apresentado a  
Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília para obtenção  
do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Silvia Badim

Data de defesa: 26 de setembro de 2022

**Comissão Examinadora**

---

Prof<sup>a</sup> Silvia Badim Marques  
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia

---

Prof<sup>a</sup> Patricia de Souza Rezende  
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia

---

Prof<sup>a</sup> Marianna Assunção F. Holanda  
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia

## **Dedicatória**

*Dedico este trabalho às populações em situação de vulnerabilidade social, que lutam todos os dias pela sua sobrevivência e merecem um serviço de saúde digno que contemple todas as suas necessidades.*

*Dedico ao meu falecido avô Manoel, que não pôde acompanhar essa conquista, mas estará sempre no meu coração. Obrigada por ter cuidado de mim, e eu sei que sou sua neta favorita.*

*Dedico também aos meus pais, que são a força que existe em mim.*

## **Agradecimentos**

Agradeço aos meus pais, Francisco e Marinalva, que sempre confiaram em mim e acreditaram na minha capacidade, não somente para a realização deste trabalho, mas desde o dia em que fiz minha matrícula na Universidade de Brasília. Obrigada por me darem forças, obrigada pelo apoio e pela alegria que vocês me proporcionam, eu amo vocês com todo o meu coração. Agradeço às minhas tias, Almice e Francisca, pelos conselhos, palavras de força e por estarem sempre ao meu lado me ajudando com o que fosse preciso.

Agradeço aos meus amores do coração, Cecília, Cláudia, Larissa e tia Maria, vocês são a família mais incrível de todas.

Agradeço aos meus amigos, Anna, Bruna, Caroline, Fernanda, Gabriel, Keyza, Maria Eduarda, Mariana, Pedro e Vitor, que fazem questão de trazer diversão para minha vida, vocês me deram motivos para sorrir em momentos que achei que não conseguiria e me ajudaram a esquecer a ansiedade durante a escrita deste trabalho.

Agradeço à professora Silvia Badim, que aceitou ser a minha orientadora e me inspirou com os seus trabalhos tão sensíveis e importantes para a Saúde Coletiva, mesmo com todos os empecilhos.

## **Epígrafe**

*“A liberdade é como o sol. É o bem maior do mundo.”*

*— Jorge Amado, Capitães da Areia*

## **Lista de quadros**

**Quadro 1** - Distribuição do trabalho escravo por região no Brasil

**Quadro 2** - Síntese dos estudos para análise dos resultados

**Quadro 3** - Agravos de saúde da Comunidade Kalunga presente nos estudos analisados:

## **Lista de figuras**

**Figura 1** - Localização do Sítio Histórico Kalunga

**Figura 2** - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)

**Figura 3** - Modelo dos Determinantes Sociais de Saúde proposto por Solar e Irwin (2010)

## **Lista de Siglas/Abreviações**

ACS - Agente Comunitário de Saúde

BDM - Biblioteca Digital da Produção Intelectual Discente da Universidade de Brasília

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CDSS - Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

ONU - Organização das Nações Unidas

PES - Plano Estadual de Saúde

PNSIPCF - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

SUS - Sistema Único de Saúde

## Sumário

INTRODUÇÃO	10
JUSTIFICATIVA	13
OBJETIVO	15
METODOLOGIA	16
REFERENCIAL TEÓRICO	17
5.1 História dos Quilombos no Brasil	18
5.2 A História da Comunidade Kalunga	20
5.3 O direito à saúde e as comunidades remanescentes de quilombos	22
5.3.1 Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta	24
5.3.2 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	27
5.3.3 Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais	28
5.4 Determinantes sociais da saúde	29
RESULTADOS E DISCUSSÕES	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	54
ANEXO A - Distribuição do trabalho escravo por região no Brasil	54
ANEXO B - Localização do Sítio Histórico Kalunga - SHK.	55
ANEXO C - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)	56
ANEXO D - Modelo dos Determinantes Sociais de Saúde proposto por Solar e Irwin (2010)	57

## Resumo

**Introdução:** Em que pese o direito constitucional à saúde, à população quilombola Kalunga continua vivendo à mercê da sociedade, sem que nenhum governo ou instituição política se preocupe com suas condições de vida? **Justificativa:** Sendo assim, é de extrema importância estudos que tenham a oportunidade de explicar a realidade de milhares de brasileiros de comunidades tradicionais que sofrem diariamente com a exclusão que o próprio estado promove de diversas formas, seja na falta de assistência em saúde, de políticas, e até mesmo na invisibilidade social, pois é através disso que essa realidade pode ser reconhecida e alterada, através da garantia de direitos essenciais. **Objetivos:** A partir da análise da literatura sobre o tema, avaliar a situação de saúde da Comunidade do Quilombo Kalunga, levando em consideração os determinantes sociais de saúde, e a partir disso, evidenciar a necessidade de políticas públicas e ações e serviços de saúde específicos como garantia do direito à saúde desta comunidade. **Método:** O método se trata de uma revisão narrativa com uma abordagem qualitativa. **Resultados e Discussão:** A partir da análise dos artigos pode-se perceber que o direito à saúde garantido em Constituição mediante políticas públicas não está sendo efetivado na Comunidade do quilombo Kalunga, mesmo com o reconhecimento dos remanescentes de quilombos, com a Lei 8.080 e as políticas de saúde formuladas especificamente para essa comunidade, as quais são: Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. **Conclusão:** Em conclusão, observa-se a falta de acesso em saúde por parte da comunidade Kalunga, a invisibilidade que essas populações sofrem perante as autoridades municipais e estaduais, além da falta de execução das políticas públicas já existentes.

**Palavras chave:** saúde kalunga, direito à saúde, quilombolas.

## **Abstract**

**Introduction:** Despite the constitutional right to health, does the Kalunga quilombola population continue to live at the mercy of society, with no government or political institution concerned with their living conditions? **Justification:** Thus, studies that have the opportunity to explain the reality of thousands of Brazilians from traditional communities that suffer daily with the exclusion that the state itself promotes in various ways, whether in the lack of health care, policies, or even in social invisibility, are extremely important, because it is through this that this reality can be recognized and changed through the guarantee of essential rights. **Objectives:** Based on an analysis of the literature on the subject, to evaluate the health situation of the Kalunga Quilombo Community, taking into consideration the social determinants of health, and from this, to highlight the need for public policies and specific health actions and services to guarantee the right to health of this community. **Method:** The method is a narrative review with a qualitative approach. **Results and Discussion:** From the analysis of the articles it can be seen that the right to health guaranteed in the Constitution through public policies is not being implemented in the Kalunga Quilombo Community, even with the recognition of the remnants of quilombos, with Law 8.080 and the health policies formulated specifically for this community, which are: Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. **Conclusion:** In conclusion, it is observed the lack of access to health care by the Kalunga community, the invisibility that these populations suffer before municipal and state authorities, and the lack of enforcement of existing public policies.

**Key words:** Kalunga's health, right to health, quilombolas.

## 1. INTRODUÇÃO

Quilombo, termo que antes fora utilizado para denominar comunidades de escravizados fugitivos, atualmente ressignificado para representar grupos étnicos que compartilham uma história e cultura tradicional (VIEIRA, 2018). A comunidade quilombo Kalunga, considerado sítio histórico e patrimônio cultural pela Organização das Nações Unidas (ONU), se localiza no Estado de Goiás, ocupando três municípios: Cavalcante, Teresina e Monte Alegre.

As comunidades remanescentes de quilombos entram na categoria denominada de comunidades tradicionais definidas pelo Decreto nº 6.040 de 7 de fevereiro de 2007, no qual Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. O conceito de comunidades tradicionais de acordo com o decreto, é:

Povos e Comunidades Tradicionais: grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição (Decreto 6.040, art. 3º, § 1º).

Além de instituir a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, o Decreto nº 6.040 estabelece os seus princípios, alguns deles sendo: segurança alimentar e nutricional, consolidação dos direitos dos povos tradicionais e tendo como um dos objetivos específicos a garantia do acesso aos serviços de saúde que se adequem com suas características sócio-culturais e necessidades.

Acrescenta-se que, de acordo com o Art. 2º § 1º da Lei 8.080 garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos. No que tange à criação de políticas para a comunidade quilombola, é necessário levar em consideração um princípio muito importante do SUS, a equidade. Mas afinal, qual é o conceito de equidade? É importante citar que existem várias definições para esse termo, sendo uma delas o reconhecimento de que todos precisam de atenção, mas não necessariamente dos mesmos atendimentos, sendo essencial para a criação de políticas públicas em saúde, pois é a partir da equidade que se reconhece as necessidades específicas de cada população (UNA-SUS).

Em relação aos povos e comunidades tradicionais, a Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011 que institui a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, representa outro marco político importante que abrange os remanescentes de quilombos. Neste documento a equidade está definida como “promoção do direito à igualdade como princípio da justiça redistributiva e implica reconhecer necessidades especiais e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo”. (BRASIL, 2013, p. 21)

Porém, apesar de ser reconhecida nacional e internacionalmente como um território de riquezas culturais e das políticas públicas já instituídas, a população Kalunga sofre diariamente com a falta de assistência em saúde e o descaso por parte das secretarias do Estado e dos municípios. Como foi destacado por CARNEIRO (2011) :

Entre os vários problemas, destacam-se a discriminação racial, a pobreza extrema, as tensões territoriais, a migração para grandes centros urbanos, a interferência na paisagem e no equilíbrio ambiental dos territórios quilombolas, o baixo índice de renda domiciliar, as precárias condições das habitações, o desemprego ou emprego informal, a dificuldade de acesso aos bens e serviços —à saúde e educação, aos bens duráveis e de consumo e à informação—, a vulnerabilidade alimentar, os conflitos institucionais e a invisibilidade da população.  
(CARNEIRO, 2011, apud VIEIRA, 2018, p. 218)

Outro exemplo claro da exclusão que a comunidade sofre é a falta de criação de metas para o enfrentamento das dificuldades, se mostrando claro no Plano Estadual de Saúde (PES). O PES é o documento que irá orientar a Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) em um determinado período, utilizando seus princípios como diretrizes como norteadores do projeto, os quais são: equidade, integralidade, garantia do acesso e regionalização (GOIÁS, 2020). Em vista disso, o último PES do Estado de Goiás estabelece metas de 2020 para 2023 onde foi incluído um tópico de poucos parágrafos para a População Quilombola reconhecendo todas as dificuldades da Comunidade Kalunga, porém sem nenhuma meta específica que vise a diminuição dos obstáculos para ser cumprida. Dentre os problemas identificados, estão: inacessibilidade dos povos tradicionais nas políticas de atenção à saúde, baixa participação das populações das comunidades tradicionais no controle social, ausência de indicadores de saúde da fase diagnóstica e falta proposição de propostas que atendam as necessidades de saúde e ausência de políticas (GOIÁS, 2020). Dito isso, cumpre-nos indagar de que forma o

direito à saúde da população quilombola, especificamente a população kalunga vem sendo garantido.

Em que pese o direito constitucional à saúde, à população quilombola Kalunga continua vivendo à mercê da sociedade, sem que nenhum governo ou instituição política se preocupe com suas condições de vida? Essa pergunta fundamenta a motivação para o estudo, pois como foi dito por Takahashi (2015), a negação da oferta de saúde pública diminui a perspectiva de preservação à vida. Além disso, a outra motivação que inspirou a escrita deste trabalho foi a participação em um projeto da Universidade de Brasília com a Comunidade Kalunga, chamado “Direito à saúde das mulheres Kalunga e o diálogo interculturais: construindo bases para uma política de saúde integral a partir da comunidade Vão do Moleque”, e através do projeto pude entrar em contato com o depoimento de diversas mulheres quilombolas acerca das suas vivências de saúde, e a importância que as práticas tradicionais têm para a comunidade.

Considerando as Diretrizes Curriculares da Graduação de Saúde Coletiva que institui a atuação profissional, articulada com as políticas públicas e o desenvolvimento científico e tecnológico, para atender às necessidades sociais, é de extrema importância que existam estudos e pesquisas que proporcionem material embasador para a criação de ações que venham a servir para o propósito de auxiliar as populações que enfrentam os determinantes sociais de saúde.

Dito isso, o método utilizado para essa pesquisa foi uma revisão narrativa com abordagem qualitativa, que de acordo com Mattos (2015) é um método que não pretende esgotar as fontes de informação e não aplica estratégias sofisticadas de busca e seleção, é um método que pode estar sujeito à subjetividade dos autores.

## 2. JUSTIFICATIVA

Em 19 de setembro de 1990 foi promulgada a Lei 8.080 que regula em território nacional as ações e serviços de saúde. De acordo com o Art. 2 “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” Além de elucidar a saúde como um direito de todos e dever do estado, a Lei 8.080 explana os princípios do Sistema Único de saúde, os quais são: universalidade, integralidade e equidade.

A integralidade é definida como: integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990, Art. 7º). Perante isso, é importante ressaltar o trecho que especifica a integralidade para cada caso de nível de complexidade, pois pode ser um dos princípios mais importantes no que tange à comunidades tradicionais que têm suas próprias diferenças culturais e históricas, e que devem ser levadas em consideração no momento de criação de ações e políticas de assistência em saúde.

A necessidade de ter um olhar ampliado para essa população se dá pelo fato da comunidade quilombola ser historicamente injustiçada, pois os quilombos foram criados por negros que fugiram do sistema escravocrata afim de viver sua própria história e comunidade em liberdade, e garantir condições de vida melhores. Por ter um longo histórico de vulnerabilidade social, violência e preconceito, a comunidade Kalunga sofre com uma grande quantidade de determinantes sociais, o que acabam favorecendo a morbimortalidade (VIEIRA, 2018). De acordo com o Plano Estadual de Saúde - Goiás (2020) as causas de morbimortalidade mais frequentes entre a comunidade quilombola destacam-se a hipertensão arterial, diabetes mellitus, leishmanioses, hanseníase, tuberculose, neoplasias de fígado e próstata, anemia falciforme, anemia ferropriva uso abusivo de álcool e outras drogas. Como foi exposto:

Tratar das questões dos quilombolas no país é emergir os problemas que vão das vulnerabilidades à resistência étnica, social, histórica e cultural de um povo marcado pela sociedade colonial e pelo processo de objetificação dos negros escravizados ao longo da história brasileira. (VIEIRA , 2018, p. 214)

Sendo assim, é de extrema importância estudos que tenham a oportunidade de explanar a realidade de milhares de brasileiros de comunidades tradicionais que sofrem diariamente com a exclusão que o próprio estado promove de diversas formas, seja na falta de assistência em saúde, de políticas, e até mesmo na invisibilidade social, pois é através disso que essa realidade pode ser reconhecida e alterada, através da garantia de direitos essenciais. Citando uma pesquisa sobre a criação de políticas públicas: Apontar políticas públicas em educação e em saúde dentro de uma diversidade de cosmovisões é, de certa maneira, promover a dignidade dessa população esquecida pelo Estado e que, muitas vezes, esquece também a sua realidade multicultural e não atende às diferentes necessidades da comunidade. (TAKAHASHI, ALVES, 2015, p. 568)

### **3. OBJETIVO**

#### **Objetivo geral**

Avaliar a situação de saúde da Comunidade do Quilombo Kalunga, tendo em vista a necessidade de se garantir o direito à saúde desta população.

#### **Objetivos específicos**

- Identificar na literatura estudada e detalhar informações sobre a situação de saúde da Comunidade Kalunga, bem como suas condições de vida;
- Discutir as questões de saúde da Comunidade do Quilombo Kalunga sob a luz das políticas públicas que abrangem os remanescentes de quilombo, bem como os determinantes de saúde;
- Refletir sobre a importância do direito à saúde integral garantido na Constituição Federal de 1988 ser aplicado de forma específica a Comunidade do Quilombo Kalunga.

#### **4. METODOLOGIA**

O método se trata de uma revisão narrativa com uma abordagem qualitativa, de acordo com Mattos (2015) é um método que não pretende esgotar as fontes de informação e não aplica estratégias sofisticadas de busca e seleção, além disso pode estar sujeito à subjetividade dos autores. De acordo com Rother (2007) os estudos de revisão narrativa são apropriados para desenvolver o “estado da arte” de um determinado assunto, com uma análise crítica e percepção do autor. Considerando isso, acredito que a realização do meu Trabalho de Conclusão de Curso por meio de uma revisão narrativa do tema escolhido foi essencial para a minha formação como profissional sanitária.

Dito isso, o presente estudo teve como objetivo responder a pergunta de pesquisa “Em que pese o direito constitucional à saúde, à população quilombola Kalunga continua vivendo à mercê da sociedade, sem que nenhum governo ou instituição política se preocupe com suas condições de vida?” ao analisar a situação de saúde da Comunidade Kalunga e a efetivação do direito à saúde disponíveis em artigos e teses, e após isso evidenciar as necessidades de saúde da população, considerando os aspectos sociais que afetam as condições de saúde. A pesquisa de bibliografia foi feita a partir de fontes secundárias nas seguintes bases de dados: Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e Biblioteca Digital da Produção Intelectual Discente da Universidade de Brasília (BDM), além da procura nas plataformas onde são disponibilizadas legislações, leis e políticas. O descritor utilizado para a busca foi: saúde kalunga, com um recorte de tempo de 2008 a 2022, a partir disso, as pesquisas mais recentes encontradas serviram como uma fonte fidedigna da situação de saúde e de como a comunidade vive atualmente.

## 5. REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 História dos Quilombos no Brasil

Para começar a contar a história dos quilombos, é preciso regressar ao período colonial brasileiro, no qual povos africanos de diferentes nações, territórios e culturas eram trazidos ao país para serem vendidos e escravizados por colonizadores em plantações de cana-de-açúcar, engenho, fazendas e entre outras. De acordo com Moura (1993, p. 19), “o Brasil foi o país que recebeu a maior porcentagem de escravizados desembarcados, onde eram distribuídos por todo o território brasileiro”.

A grande quantidade de exportação conseguiu manter um sistema de substituição de escravos rapidamente, sem que sua morte ou inutilização prejudicasse a produção e o lucro, sistema esse que estabeleceu uma sociedade escravista no Brasil que durou quase quatrocentos anos. (MOURA, 1993).

Como foi dito, os escravizados estavam distribuídos por toda a extensão do país, divididos por região de acordo com a necessidade do sistema local, segundo Moura (1993, p. 20) “foi exatamente essa uniformidade da presença do escravo nas diversas regiões do Brasil que proporcionou a continuidade da escravidão, sua duração e a formação, em decorrência, de um modo de produção escravista entre nós. ” A partir disso, foi possível mensurar o tipo de trabalho escravo de acordo com a região escolhida, como cita Ramos (1942 apud MOURA 1993, p. 21)

- 1) Bahia (com irradiação para Sergipe), de onde os negros escravos foram distribuídos para os campos e plantações de cana-de-açúcar, de fumo e de cacau, para os serviços domésticos urbanos e, posteriormente, para os serviços de mineração na zona diamantina;
- 2) Rio de Janeiro e São Paulo, onde os negros foram encaminhados para os trabalhos das fazendas açucareiras e cafeiras da baixada fluminense e para os serviços urbanos;
- 3) Pernambuco, Alagoas e Paraíba, focos de onde irradiou uma enorme atividade nas plantações de cana-de-açúcar e de algodão do nordeste;
- 4) Maranhão (com irradiação para o Pará), foco onde predominou a cultura de algodão;
- 5) Minas Gerais (com irradiação para Mato Grosso e Goiás), com o trabalho escravo voltado para mineração, durante o século XVIII.

**Quadro 1** - Distribuição do trabalho escravo por região no Brasil

<b>Região</b>	<b>Tipo de trabalho escravo</b>
Bahia/Sergipe	Campos e plantações de cana-de-açúcar, de fumo e de cacau, para os serviços domésticos urbanos e, posteriormente, para os serviços de mineração na zona diamantina.
Rio de Janeiro e São Paulo	Trabalhos das fazendas açucareiras e cafeeiras da baixada fluminense e para os serviços urbanos.
Pernambuco, Alagoas e Paraíba	Plantações de cana-de-açúcar e de algodão do nordeste.
Maranhão/Pará	Cultura do algodão.
Minas Gerais/ Mato Grosso/ Goiás	Mineração (durante o século XVIII).

Fonte: RAMOS (1942) apud MOURA (1993)

É a partir da força dos escravizados que começam a surgir as diferentes formas de resistência, como uma maneira de se opor a um sistema totalmente deturpado que os colonizadores criaram, no qual se denominavam como seres superiores, e aqueles que eram diferentes por sua cor de pele eram inferiores, e mereciam ser escravizados. É assim que surgem os quilombos, uma organização destinada aos fugitivos da época, como cita Munanga (1996, p. 63) “escravizados, revoltados, organizaram-se para fugir das senzalas e das plantações e ocuparam partes de territórios brasileiros não-povoados, geralmente de acesso difícil.”

Entretanto, é importante citar que o quilombo não foi só um local para refúgio de escravizados fugitivos e outros que estavam à mercê da sociedade, o quilombo era também uma forma de luta e resistência, citando Moura (1993, p. 26):

Onde quer que o trabalho escravo se estratificasse surgia o quilombo ou mocambo de negros fugidos, oferecendo resistência, lutando, desgastando em diversos níveis as forças produtivas escravistas, quer pela sua ação militar, quer pelo rapto de escravos das fazendas.

Em seu livro, Moura (1993) expõe a importância do quilombo na luta contra o sistema repressivo da época, um povo sofria de grandes torturas e mortes, assim, a única saída que encontraram era rebater essa violência que recebiam na tentativa de acabar com a dominação.

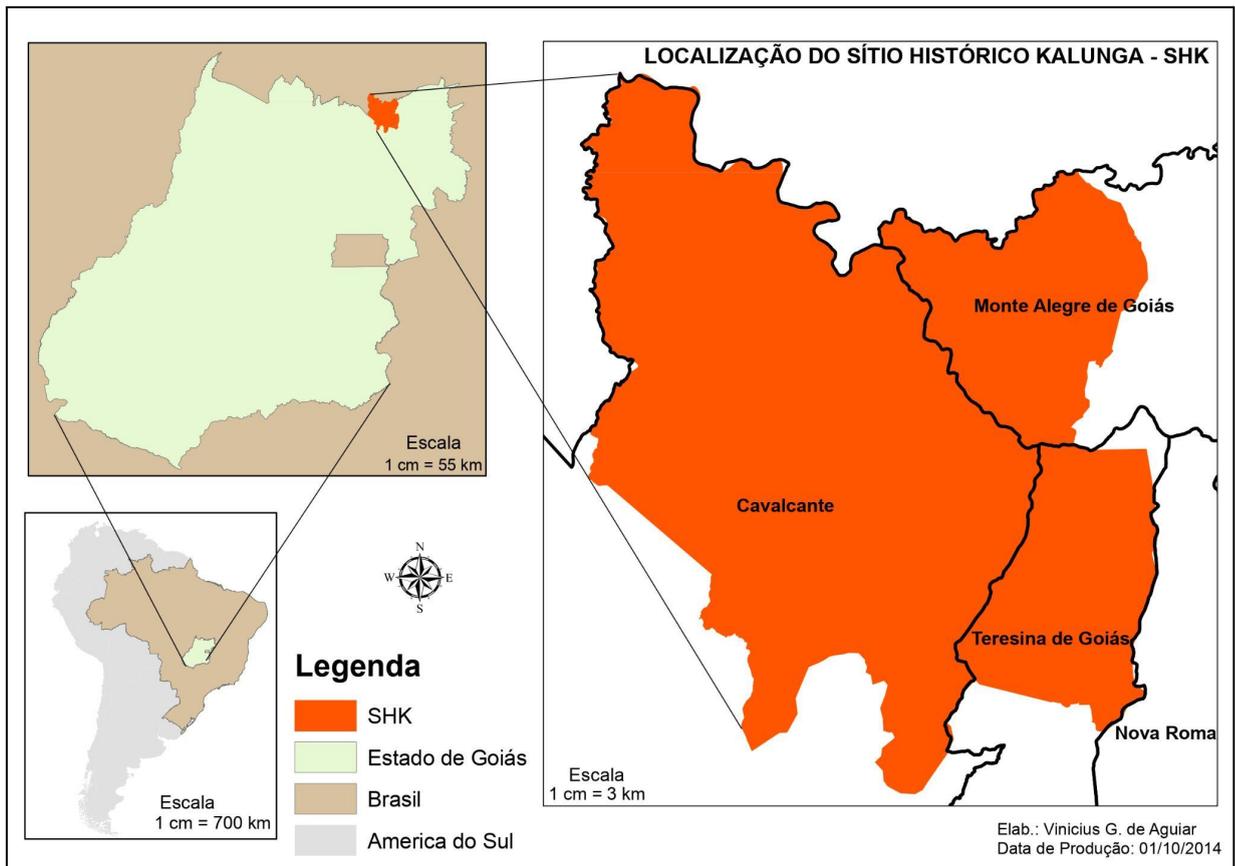
Ferrado como animal, torturado até a morte, combatido de todas as formas, em todos os níveis de tentativas de readquirir a liberdade, o escravo tinha de rebelar-se e de usar a violência contra o aparelho de dominação militar, ideológico e político que o desumanizava como ser. (MOURA, 1993, p. 36)

E assim surgem os grupos denominados quilombos no Brasil, que permanecem até hoje como associações. Porém, é importante ressaltar que não se fincaram somente como uma forma de resistência e luta, foram sobretudo uma organização onde existia política, família e forma de organização da vida em coletividade.

Converteram-se em importante opção de organização social da população negra e espaço de resgate de sua humanidade, cultura e fortalecimento da solidariedade e da democracia, onde negros se constituíam e se constituem até hoje como sujeitos de sua própria história (BRASIL, 2013, p. 9)

## **5.2 A História da Comunidade Kalunga**

O território da Comunidade Kalunga, reconhecido pela Lei nº 11.409 de 1991 como Patrimônio Cultural e Sítio Histórico, está situado nos vãos da Serra do Moleque, Serra das Almas, Contenda-Calunga e Córrego Ribeirão dos Bois, nos municípios de Cavalcante, Monte Alegre e Teresina de Goiás, do estado de Goiás.



**Figura 1 - Localização do Sítio Histórico Kalunga - SHK. Fonte: Vinicius Aguiar, 2014.**

A origem do povo Kalunga começa a partir do século XVIII, com histórias contadas sobre os escravizados que estavam nas minas de ouro localizadas ali naquele território e fugiram para regiões de difícil acesso em Goiás. Porém, não foi fácil identificar exatamente o início de tudo, pois não existiam documentos ou comprovação de que existia uma comunidade de remanescentes de quilombolas até a década de 1980, na qual a antropóloga Mari de Nasaré Baiocchi começa o seu projeto denominado “Kalunga - Povo da Terra”, com o intuito de estruturar a história Kalunga através de depoimentos dos moradores e dados primários. De acordo com Baiocchi (1996), existia um silêncio relacionado à história das lutas dos escravizados, suas fugas e a formação dos quilombos, e essa foi a motivação para que a pesquisa fosse feita.

Conforme escrito em sua pesquisa, Baiocchi (1996) cita que na década de 1930 existia uma mineradora chamada Boa Vista e é a partir daí que surgem os primeiros registros de história dessa comunidade. Em um depoimento retirado do artigo, é relatado a ordem de ocupação dos territórios da comunidade: “O primeiro povo morador é o do Kalunga [...] a

Contenda passou por 3 mulheres, é terra doada de madrinha [...] O vão do Moleque, Vão das Almas veio depois. O Ribeirão foi o último. Os compadre (índio) morava aqui.” (BAIOCCHI, 2016, p. 140)

Em seu estudo, Baiocchi (1996) relata que ao chegar ao território junto de sua equipe, foram confundidos pelo povo que lá vivia com militares disfarçados que trariam a escravidão de volta, pois existia um medo de que ela poderia se repetir, porém, após se conhecerem melhor, foi criado um vínculo. A comunidade conta que eles foram os primeiros a chegarem naquele local, e que “nenhuma pessoa de fora” teria percorrido aquela região, ou seja, não se sabia de quase nada dali. “Não havia antes do nosso trabalho, referência histórica ou geográficas.” Baiocchi (1996, p. 141)

Citando Baiocchi (1995, p. 111): “O africano, mesmo na condição de escravo, lutou tenazmente para a sobrevivência construindo uma forma de vida na qual pudessem realizar o exercício da liberdade e da solidariedade com normas éticas.”

Dessa forma, surge a comunidade Kalunga na região de Goiás, contudo, mesmo situados em um local remoto, enfrentavam as dificuldades de ter que lutar por sua terra. De 1798 a 1991 a população que ocupava os territórios do Vão do Moleque e Ribeirão dos Bois sofriam com grilagem, domínio de terras, remanejamento do gado, invasões e até mesmo mortes. Então, através de solicitações do Projeto Kalunga - Povo da Terra, o Governo do Estado de Goiás sanciona a Lei nº 11.409 de 1991 que demarca o território Kalunga como Sítio Histórico, a partir disso a situação muda, porém, ainda com dificuldades. (BAIOCCHI, 1995, p. 118)

### **5.3 O direito à saúde e as comunidades remanescentes de quilombos**

Como foi explanado anteriormente, no período colonial os quilombos eram locais de resistência contra o sistema da época, sendo considerados contrários à ordem gerada naquele tempo. Porém, logo após a abolição da escravatura em 1888, foram invisibilizados até a criação da Constituição Federal em 1988, na qual tiveram alguns direitos reconhecidos (GOMES, 2013). As comunidades dos quilombos são citadas nos Art. 68, 215 e 216 da Constituição (1988) como “remanescentes de quilombos”, tendo como reconhecimento a posse de seus territórios ocupados, e intituladas como um patrimônio cultural brasileiro.

O reconhecimento do direito quilombola ao território foi um dos passos centrais dados na Constituição Federal de 1988 no sentido de aprofundamento democrático no Brasil por pelo menos dois aspectos. O primeiro é que o reconhecimento da existência de quilombos hoje – pois o direito está voltado para a atualidade dessas experiências e não para um passado histórico remoto – é um modo de justiça reparativa, visto que o Estado brasileiro reconhece o papel que os negros desempenharam na construção do País e que a efetivação de seus territórios é um modo de reparação das iniquidades e do racismo sofridos por esses grupos. Em segundo lugar, porque contribui para a preservação do patrimônio histórico e cultural brasileiro de que essas comunidades são portadoras; é a preservação de um patrimônio histórico e cultural de todo o povo brasileiro. (GOMES, 2013, p. 317)

Sendo assim, somente com o reconhecimento dos direitos dos quilombolas na Constituição de 1988 é que a comunidade sai desse local de invisibilidade e negligência perante a política pública brasileira, ou seja, espera-se que através do reconhecimento legal dessas populações o serviço de saúde possa ser oferecido de uma forma que contemple suas necessidades.

Através do Art. 196 da Constituição Federal, a saúde é considerada um direito de todos e dever do Estado, garantida através de políticas sociais e econômicas que visem a redução de agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. Deste artigo depreende-se os princípios do SUS: universalidade e equidade, sendo entendido cada qual como:

A universalidade, portanto, é um princípio finalístico, ou seja, é um ideal a ser alcançado, indicando, portanto, uma das características do sistema que se pretende construir e um caminho para sua construção. Para que o SUS venha a ser universal é preciso se desencadear um processo de universalização, isto é, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venham, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população. Para isso, é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços.

A noção de equidade diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. O ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas. (TEIXEIRA, 2011, p. 5)

Considerando os arcabouços legais citados acima, a saúde está garantida para toda a população, porém, existem as populações que estão sobre um prisma de vulnerabilidade

social, que necessitam não somente da garantia da saúde, mas um serviço que contemple as suas necessidades de acordo com o seu contexto dentro da sociedade, podendo ser amparado pelo princípio da integralidade do SUS.

Dito isso, há o Art. 198 da Constituição, que dispõe as diretrizes do Sistema Único de Saúde, as quais são: descentralização, integralidade e participação da comunidade. De acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 na qual regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional, a integralidade é entendida como: conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. A integralidade também é definida como “um modelo de atenção integral de saúde”, como é caracterizada no trecho abaixo:

Um modelo “integral”, portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários, à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação (TEIXEIRA, 2011, p. 6).

Dentro do conjunto de ações que visam a redução dos agravos em saúde estão as políticas públicas de saúde, programas que são instituídos para garantir que o direito voltado para uma comunidade específica seja efetivado. Atualmente, as políticas públicas que abrangem os remanescentes de quilombo são: Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta e Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

### **5.3.1 Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**

Para dar início ao tópico, é importante citar o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que veio para regulamentar a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, além de outras providências. No Decreto entra em destaque alguns termos que são importantes para a efetivação da garantia do acesso em saúde de populações vulneráveis, são esses:

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

(Decreto 7.508/11 Artº 2)

Além disso, no Capítulo III, o qual dispõe sobre a obrigatoriedade do Planejamento em Saúde para os entes públicos, é estabelecido que o planejamento será integrado entre os entes federativos e deverá conter as metas de saúde, ademais, o Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes para os planos, de acordo com as características epidemiológicas dos entes federativos e regiões de saúde. Também é importante citar a importância dos mapas de saúde para a identificação das necessidades e o planejamento de acordo com os artigos citados abaixo:

Art. 17. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde. (Decreto 7.508/11 Artº 15)

O Decreto nº 7.508/2011 recebe uma citação de destaque na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta por ser importante para o preenchimento de algumas lacunas no arcabouço jurídico do SUS, considerando especialmente o Art. 13:

Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;

II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;

III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e

IV - ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde. (Decreto 7.508/11 Artº 15)

De acordo com a PNSIPCF (2013), os Mapas de Saúde vem a contribuir na identificação das necessidades e o estabelecimento de metas considerando os processos determinantes sociais de saúde no campo e na floresta, além disso, também entra em destaque o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde para a definição das responsabilidades de saúde de cada ente federativo. Dito isso, a Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011 institui a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, sendo um marco histórico na saúde, pois de acordo com o documento norteador, é um reconhecimento das condições de saúde e determinantes sociais do campo e da floresta, sendo assim, a PNSIPCF tem como objetivos:

Melhorar o nível de saúde das populações do campo e da floresta, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual, objetivando o acesso aos serviços de saúde; a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas; e a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida (Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, 2013, p. 7)

A partir disso, em 2013 a PNSIPCF recebe uma cartilha na qual estão inseridos alguns textos norteadores da política, como uma introdução, a situação de saúde da população assistida e o seu Plano Operativo. A introdução traz uma caracterização da população rural brasileira, sua situação de saúde, e também a definição das populações do campo e da floresta, sendo:

Povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. Neste contexto estão os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo. Estão ainda as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e ainda as populações atingidas por barragens, entre outras (Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, 2013, p. 8).

A PNSIPCF foi construída através das evidências das desigualdades e necessidades de saúde da população assistida, como também através de diálogo participativo entre o governo e líderes de movimentos sociais (PNSIPCF, 2013). Através disso, o documento norteador da Portaria 2.866/11 traz os aspectos de saúde da População dos Campos e Floresta, tais como as

condições de saneamento básico, que estão associadas a o surgimento de doenças de veiculação hídrica, de parasitoses intestinais e de diarreias e que são responsáveis pelo aumento da mortalidade infantil. Outros aspectos que são fatores de adoecimento dessa população são: o local que estão inseridos, por muitas vezes sendo distantes, dificuldades socioeconômicas, acidentes de trabalho e agravos pelo uso de agrotóxicos. Além dessas questões existem também outros fatores norteadores de saúde, como a violência gerada por conflitos de posse de terras e a violência sexual e doméstica de mulheres que se identificam como sendo do campo e da floresta (PNSIPCF, 2013).

Esse quadro evidencia a complexidade e a gravidade das condições de saúde dessas populações, o que requer um esforço do SUS no seu enfrentamento. Há a necessidade premente de melhorar o acesso às ações e aos serviços de saúde, com qualidade, visando atender as especificidades dessas populações. Neste sentido, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta reafirma o princípio de universalidade do SUS, por meio de ações de saúde integral, como a garantia constitucional a tais populações ((Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, 2013, p. 16)

Considerando isso, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta vem para tratar as iniquidades e determinantes sociais de saúde que as populações identificadas sofrem, considerando os princípios de equidade, integralidade e transversalidade do SUS. Além disso, também foi criado um Plano Operacional no qual as estratégias estão em conformidade com o Plano Plurianual (PPA) de 2012-2015. O plano foi elaborado em quatro eixos estratégicos, sendo eles: acesso das populações do campo e da floresta na atenção à saúde, ações de promoção e vigilância em saúde, educação permanente e educação popular em saúde e monitoramento e avaliação do acesso às ações e serviços de saúde.

### **5.3.2 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi criada com o objetivo de diminuir as iniquidades em saúde levando em consideração a disparidade das condições sociais e econômicas que os negros vivem desde o período de escravidão no Brasil. O histórico de vida da população negra é repleto de lutas para garantir uma melhor qualidade de vida, um exemplo disso são os quilombos, e desde então a comunidade vem tentando

assegurar junto aos movimentos sociais um sistema de saúde que tenha um olhar voltado para as questões raciais em seu planejamento (PNSIPN, 2013).

No ano de 2006 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), reconhecendo assim o racismo institucional nas instâncias do SUS (PNSIPN, 2013).

O racismo institucional constitui-se na produção sistemática da segregação étnico-racial, nos processos institucionais. Manifesta-se por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes de ignorância, falta de atenção, preconceitos ou estereótipos racistas. Em qualquer caso, sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios produzidos pela ação das instituições (PNSIPN, 2013, p. 16).

A marca da PNSIPN é o reconhecimento do racismo, das desigualdades causadas pelos fatores de etnia/raça e o racismo institucional como determinantes sociais de saúde, e o seu objetivo é a promoção integral da saúde da população negra visando diminuir as desigualdades. Além disso, é importante citar que um dos objetivos gerais é voltado para a população quilombola: “Garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde (PNSIPN, 2013, p. 27).”

### **5.3.3 Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais**

Em 7 de fevereiro de 2007 foi publicado o Decreto nº 6.040 que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. De acordo com o Art. 3º Povos e Comunidades Tradicionais são:

Grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição. (Decreto 6.040, art. 3º, § 1º)

A partir da compreensão de Comunidades Tradicionais, o Decreto também cita os Territórios Tradicionais quilombolas o qual dispõe o Art. 68 das Disposições Constitucionais

Transitórias, e por fim, o Desenvolvimento Sustentável, sendo “o uso equilibrado dos recursos naturais, voltado para a melhoria da qualidade de vida da presente geração, garantindo as mesmas possibilidades para as gerações futuras.”

Os objetivos específicos da Política estão estabelecidos no Decreto, alguns deles sendo essenciais para promover a saúde das comunidades quilombolas, como:

VII - garantir aos povos e comunidades tradicionais o acesso aos serviços de saúde de qualidade e adequados às suas características sócio-culturais, suas necessidades e demandas, com ênfase nas concepções e práticas da medicina tradicional;

IX - criar e implementar, urgentemente, uma política pública de saúde voltada aos povos e comunidades tradicionais;

XV - reconhecer, proteger e promover os direitos dos povos e comunidades tradicionais sobre os seus conhecimentos, práticas e usos tradicionais;

#### **5.4 Determinantes sociais da saúde**

Atualmente, a saúde não é mais vista como a ausência de alguma doença, as características sociais, econômicas, políticas e ambientais influenciam o processo de adoecimento, e essas características são definidas como determinantes sociais de saúde (PNSIPCF, 2013). Dito isso, os determinantes sociais de saúde são essenciais para a análise da situação de saúde de certas populações através das características do modo de vida em que estão inseridos, de acordo com a OMS, os determinantes sociais de saúde são:

As condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo aquelas relacionadas ao sistema de saúde, essas circunstâncias são influenciadas pela distribuição de dinheiro, poder e recursos nos níveis global, nacional e local, que, por sua vez, é moldada pelas políticas vigentes. As iniquidades em saúde são causadas, em sua maioria, pelos determinantes sociais da saúde, o termo é utilizado para resumir as forças sociais, políticas, econômicas, ambientais e culturais mais amplas que influenciam as condições de vida das pessoas.  
(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011, p. 44)

Porém, nem sempre os processos de saúde e doença foram analisados levando em consideração as questões sociais do indivíduo. No século XIX, por exemplo, o paradigma de saúde da época era baseado na teoria miasmática, que consistia no adoecimento pelo ar, água ou alimentos contaminados. (BUSS; FILHO, 2007)

Contudo, em 2005, foi criada a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) pela OMS, com o objetivo de promover internacionalmente uma consciência acerca

da importância dos determinantes sociais de saúde na vida da população, e em 2006 através de um Decreto Presidencial foi criada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde com um mandato de dois anos. (CNDSS, 2008). Os objetivos da CNDSS eram “gerar informações e conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde no Brasil, contribuir para a formulação de políticas que promovam a equidade em saúde e mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre este tema”. (CNDSS, 2008, p. 10)

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) utilizou o modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) como base da articulação das atividades propostas, no qual os determinantes estão separados em camadas de acordo com o nível de abrangência.

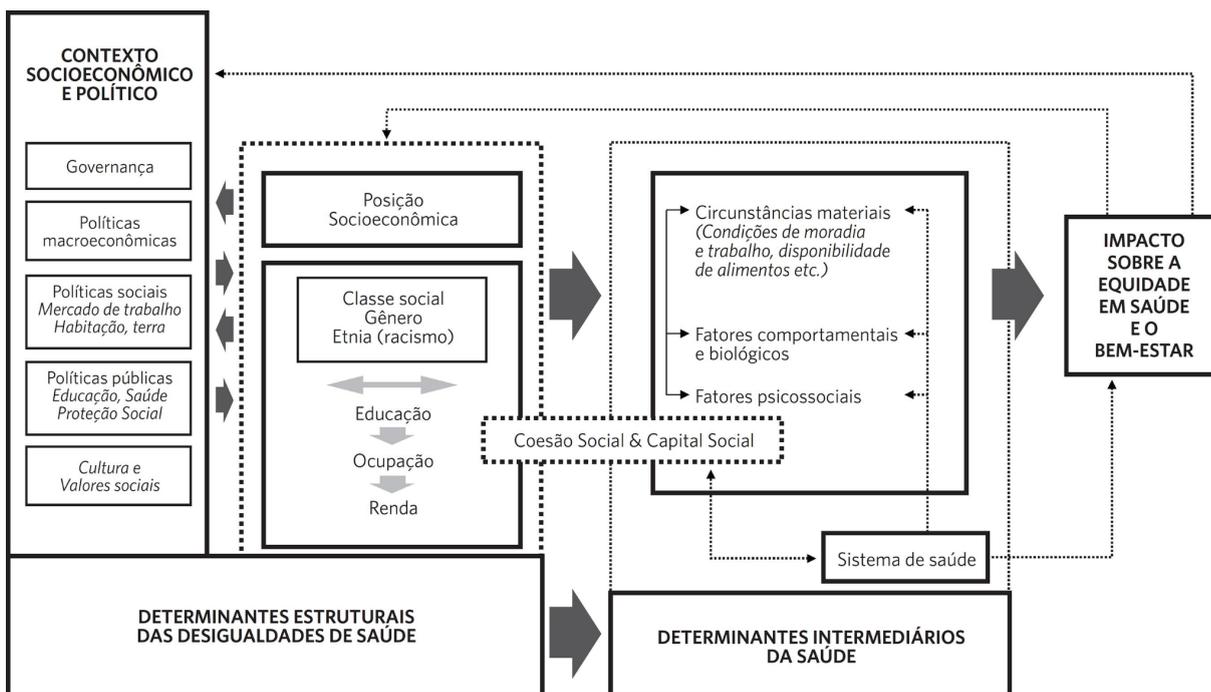
Na camada imediatamente externa, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos dependem não apenas de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas [...] A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que é de nível, estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Finalmente, no último nível, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. No próximo sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização. (CNDSS, 2008, p. 14)



**Figura 2 - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)**

Entretanto, Sodré; Dalbello-Araujo (2017) menciona em seu trabalho um novo marco conceitual de determinantes sociais, proposto pela OMS em 2010, estabelecido através do modelo proposto por Solar e Irwin (2010), adotado em 2011 na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, nesse modelo existem determinantes estruturais e intermediários das desigualdades de saúde.

Nesse modelo, “a ‘estrutura’ expressa como os mecanismos sociais, econômicos e políticos dão origem a um conjunto de posições socioeconômicas, em que as populações são estratificadas de acordo com a renda, a educação, a ocupação, o gênero, a raça/etnia e outros fatores.” Essas posições socioeconômicas, por sua vez, determinam vulnerabilidades e exposições diferenciadas nas condições de saúde” (SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017). E os determinantes intermediários são considerados os fatores como moradia, trabalho, alimentação, fatores comportamentais e psicossociais.



**Figura 3 - Modelo dos Determinantes Sociais de Saúde proposto por Solar e Irwin (2010)**

Portanto, considerando o modelo proposto de Solar e Irwin (2010), é importante ressaltar que as condições de vida, como classe social, etnia e entre outros são fatores que prejudicam a equidade em saúde, um princípio do SUS que pode ser definido como a oferta de serviço de saúde de acordo com a necessidade da população alvo. A partir disso, é preciso pensar nas populações e comunidades que são mais suscetíveis ao adoecimento através dos determinantes sociais de saúde, então formular estratégias de saúde que contemplem os remanescentes de quilombos com um olhar voltado para a integralidade em saúde. A integralidade é definida por Machado (2007, p. 336) como: “o cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere.”

Como foi elucidado por Gomes (2022) “os quilombolas carregam uma história de privação, injustiça e invisibilidade perante a sociedade e o poder público, convivendo com processos que são determinantes à sua saúde, estando estes relacionados com a história do seu povo, suas histórias de vida e seu território”.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Inicialmente, foram coletadas no total 23 trabalhos nas bases de dados utilizadas (BDM, Google Acadêmico e BVS) para a realização desta pesquisa, porém 12 dessas foram descartadas por não se encaixar no tema proposto, não responder à pergunta norteadora da pesquisa ou pelo estudo não se tratar especificamente da comunidade do quilombo Kalunga. Dito isso, foram utilizados 11 estudos, entre eles: artigos, trabalho de conclusão de curso e tese de doutorado, e através disso, espera-se descobrir a atual situação de saúde da comunidade do Quilombo Kalunga, e se os direitos de saúde garantidos na Constituição e em Políticas Públicas citadas anteriormente, estão de fato alcançando o grupo populacional estudado.

**Quadro 2** - Síntese dos estudos para análise dos resultados

Numeração dos estudos	Tipo	Título	Ano	Autor	Objetivos	Método	Resultados
1	Artigo	Caracterização socioeconômica e cultural da comunidade Quilombola Kalunga de Cavalcante, Goiás, Brasil	2008	NEIVA, A. C. G. R. et al.	Não se aplica.	Dados utilizados a partir de fontes primárias, mediante entrevista direta com os moradores da Comunidade Kalunga em 2007.	Os principais problemas sociais identificados são a ausência de assistência médica, falta de escolas e vias de acesso.
2	Artigo	Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção	2013	VIEIRA, Ana Beatriz Duarte; MONTEIRO, Pedro Sadi	Não se aplica.	Os dados sócio epidemiológicos foram coletados por meio de questionário semiestruturado com 36 questões distribuídas em eixos relacionados aos dados do entrevistado: sexo, idade, estado civil,	Os resultados apontam para a persistência de fragilidades relacionadas às questões sociais e de saúde, bem como para a dificuldade de promoção dos processos inclusivos de universalidade e equidade em

						escolaridade, ocupação, informações epidemiológicas e socioeconômicas e sobre a tradição étnica e cultural.	saúde para aquela comunidade.
3	Tese de doutorado	Aspectos Ambientais, Sociais E A Saúde Em Território Kalunga No Estado De Goiás, Em 2012	2014	RANGEL, Débora Luiza de Oliveira.	Avaliar as condições sanitárias da população dos municípios de Cavalcante, Teresina de Goiás e Monte Alegre, Estado de Goiás, em 2012.	O estudo delineado é do tipo quantitativo com abordagem epidemiológica do tipo transversal-analítica.	Não obstante, a conquista dos direitos serem recentes, ainda carece de efetivação quanto ao atendimento dos anseios da população Kalunga em ter seus pleitos atendidos em prol da melhoria nas condições de vida, pois as iniquidades são mais intensas quando comparadas com os demais membros da sociedade.
4	Artigo	Prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes da Comunidade Kalunga	2014	CARVALHO, Karla Cristina Naves.	Avaliar a existência e estimar a prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes que vivem em uma comunidade rural isolada do grupo quilombola Kalunga (descendentes de escravos africanos fugitivos), localizada na parte nordeste do estado de Goiás,	Neste estudo transversal, descritivo e quantitativo, uma amostra de 204 crianças e adolescentes Kalungas foi avaliada com base nas respostas dos pais/responsáveis e professores aos instrumentos de rastreamento de problemas de saúde mental e comportamentos denominados	A prevalência de problemas de saúde mental encontrada na presente pesquisa foi elevada em comparação com estudos semelhantes em todo o mundo.

					Brasil.	Child Behavior Checklist for ages 6–18 (CBCL/6–18) e Teacher's Report Form for ages 6–18 (TRF/6–18), respectivamente.	
5	Artigo	Uma breve análise sobre a saúde na Chapada dos Veadeiros: O caso das comunidades tradicionais	2015	FONTEN ELE, Stéfany et al	Não se aplica.	Para tanto foram utilizados dados secundários obtidos por sistemas de informação de diversas instituições, permitindo a análise em diferentes setores com o propósito de definir e investigar os principais problemas sanitários que regem a Chapada dos Veadeiros.	É possível afirmar que a porção sul do território da Chapada dos Veadeiros é melhor assistida. Ao centro, foram obtidos os piores resultados na saúde, apontando que há um déficit na assistência médica responsável por esse perímetro. Ao norte, Campos Belos, sede da Regional de Saúde, é o único município da região que tem projeto de licitação para o recebimento de uma UPA, mas não há previsão para o começo das obras
6	Artigo	Imagens representacionais das políticas públicas à educação e à saúde, no imaginário de um grupo de idosos da comunidade Quilombola-Kalunga, de Monte Alegre de Goiás	2015	TAKAHA SHI, Fátima Gonçalves Messias; ALVES, Vicente Paulo.	Não se aplica.	A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas não estruturadas sobre o imaginário de um grupo de idosos da comunidade Quilombola-Kalunga, em Monte Alegre de Goiás	A investigação trouxe à tona a realidade vivenciada pelos idosos da comunidade Quilombola-Kalunga: a não concretização e a ausência das políticas públicas.

						(Brasil).	
7	Trabalho de Conclusão de Curso	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	2017	ODEH-M OREIRA, Jamila.	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.	Observação participante e elaboração de caderno de campo.	Não se aplica
8	Artigo	O uso de álcool e outras drogas na comunidade rural quilombola Kalunga em Goiás	2017	NOVAIS, Tatiana Oliveira et al	Conhecer o uso de Álcool e outras Drogas na comunidade de Kalunga de Cavalcante.	Foi realizada uma pesquisa de natureza aplicada e empírica. Para a realização deste trabalho foi fundamental a parceria com os órgãos governamentais estaduais e municipais e da Universidade Federal de Goiás, bem como as lideranças, constituindo uma rede. Foi realizado um processo de imersão e aproximação do território e da comunidade.	Os dados sugerem que o hábito de beber está associado ao sexo masculino. As bebidas alcoólicas estão presentes nos principais momentos da vida do Kalunga, do seu nascimento até a morte. As festas que marcam a passagem do tempo, nas práticas tradicionais do cuidado como as raizadas (garrafadas) e na geração de renda. O hábito de fumar teve relação positiva com a velhice e baixa escolaridade. Preservam o hábito de fumar cachimbo e do uso de rapé, que é denominado de simonte.

9	Artigo	As políticas públicas em saúde no Território Quilombola Kalunga Goiás-Brasil	2020	TAKAHA SHI, Fatima Gonçalves Messias	Não se aplica.	A metodologia usada nesta pesquisa é a etnográfica/qualitativa, através de entrevistas pessoais realizadas com cidadãos dessas comunidades, selecionados aleatoriamente, líderes políticos e funcionários públicos, para cobrir uma diversidade considerável de opiniões sobre o assunto. Foram efetivadas mais de 100 entrevistas.	Os resultados sugerem que, dentro dessas comunidades as políticas sociais e econômicas relacionadas à saúde seriam insuficientes: embora tenha havido melhorias nas políticas públicas, ainda estão muito longe de garantir e encontrar condições ideais na área da saúde.
10	Artigo	A saúde coletiva na articulação da educação e empoderamento de mulheres Kalunga: uma revisão sistemática	2021	DE FÁTIMA SILVA, Sonilda Aparecida et al	Sistematizar, mapear e reconhecer as produções por meio de aspectos metodológicos e evidências identificando temáticas e abordagens dominantes e emergentes	Realizou-se uma busca no Portal de Periódicos da Capes, com os descritores “quilombos e Kalunga, educação, saúde e empoderamento”, com recorte temporal de 2001 a 2019, elegendo no total 41 artigos para leitura	Houve um avanço significativo na autonomia das mulheres Kalunga, porém ainda é necessário que o sistema político intervenha com maior atenção a essa população, pois as discussões acerca do processo de empoderamento das mulheres Kalunga ainda são incipientes.
11	Artigo	Condições e acesso aos serviços de saúde de mulheres e crianças quilombolas: uma revisão integrativa	2022	DE SOUZA, Karoline et al.	Identificar evidências científicas sobre as condições de saúde e do acesso aos serviços de saúde de mulheres	Revisão integrativa da literatura realizada nas bases: PUBMED, SciELO,	Os achados evidenciaram condições de saúde precárias e dificuldades de acesso aos

					e crianças quilombolas.	LILACS e CINAHL.	serviços de saúde, sendo fator limitante a localização das comunidades quilombolas, que acarreta inúmeros desafios, como o difícil acesso aos serviços de saúde e precarização dos mesmos.
--	--	--	--	--	-------------------------	------------------	--

Fonte: Criado pela autora.

A partir da análise de leitura das pesquisas utilizadas no estudo foi constatado que em todas elas os autores consideram que os serviços de atenção em saúde não alcançam a Comunidade Kalunga, e principalmente se destaca o fato de existir uma grande ausência na execução de políticas públicas em saúde. Para dar início ao tópico, optou-se por realizar a análise dos estudos por ordem cronológica, ou seja, do mais antigo ao mais recente, pois espera-se que a melhora da oferta de saúde para a comunidade Kalunga possa ter sido gradual, de acordo com a notoriedade e visibilidade que populações vulneráveis vêm adquirindo ao decorrer do tempo pelas autoridades de saúde.

Em 2007, foi realizada uma caracterização socioeconômica e cultural no Quilombo Kalunga (NEIVA, et al) que traz dados importantes sobre a situação de saúde da comunidade, como por exemplo, a falta de energia elétrica e de saneamento, além do uso de água ser proveniente de rios da região, os entrevistados relataram as dificuldades da falta de água no verão, pois precisam andar grandes distâncias para obtê-la. Considerando que o saneamento básico é um fator determinante da saúde, além de ser citado na Lei Orgânica de Saúde diversas vezes como uma atribuição dos entes federativos, cabe o questionamento de porque essas ações não foram executadas na comunidade? Além disso, foi citado pelos autores que o atendimento é feito pelos agentes de saúde e que não há postos de saúde na comunidade, sendo necessário o deslocamento até Cavalcante, localizada 120km da Reserva Kalunga.

No ano de 2013, através da pesquisa de Vieira, pode-se perceber que o problema de saneamento básico (distribuição de água, energia, esgoto e manejo de resíduos) ainda persiste na comunidade como um ponto crítico. Ademais, a assistência em saúde é realizada através das Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), porém há falta de unidades, equipes e

profissionais, sendo o Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável pelo acompanhamento das famílias da comunidade (VIEIRA, 2013).

Além disso, através dos resultados gerados pela pesquisa de Rangel (2014) pode-se observar com clareza as características da comunidade Kalunga, pois a autora realiza uma caracterização completa com dados socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos, condições ambientais e sanitárias. Uma questão apresentada neste trabalho é sobre o analfabetismo e fragilidades escolares presentes entre a comunidade e no município, como as escolas distantes, falta de recursos e materiais e grau de escolaridade oferecidos de forma incompleta, o que corrobora com os dados apresentados, como por exemplo: a grande maioria dos idosos não sabem ler ou escrever. Também foi elencado a situação econômica da comunidade, como os benefícios do governo, que são utilizados para complementar sua renda. Considerando isso, é importante reiterar que condições de escolaridade são fatores determinantes de saúde, como dito por Buss e Filho (2007, p. 82) “as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infra-estrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc).

Acrescenta-se que no estudo (RANGEL, 2014) foi relatado a inexistência de um serviço público de abastecimento de água, o que entra em desacordo com as políticas públicas que preveem ações de saneamento básico, como está garantido nos objetivos da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. “Contribuir para a melhoria da qualidade de vida das populações do campo e da floresta, incluindo articulações intersetoriais para promover a saúde, envolvendo ações de saneamento e meio ambiente, especialmente para a redução de riscos sobre a saúde humana (PNSIPCF, 2013, p. 24). Às descrições sanitárias, ambientais e de saúde feitas pela autora mostram que os dejetos humanos são descartados inadequadamente, a maioria sendo feita no meio ambiente, o descarte de lixo também é feito de forma incorreta, sendo jogado no meio ambiente ou descartado através da queimada periódica.

O lixo disposto de qualquer maneira e sem atender normas de controle sanitário pode contribuir com a ocorrência de inúmeros problemas ambientais e de saúde pública, podendo causar tanto a contaminação das águas subterrâneas e do solo, quanto a proliferação de ratos, baratas e outros insetos transmissores de doenças e agravos em saúde (RANGEL, 2014, p.142).

Entretanto, apesar das dificuldades encontradas, foi constatado que grande parte da comunidade se classifica como saudável, além disso, a maioria relatou não realizar o uso contínuo de medicamentos sistêmicos. Porém, todos os entrevistados alegaram que já utilizaram medicamentos alternativos, como garrafadas e chás, o que é uma prática muito comum entre os quilombolas (RANGEL, 2014).

A população da comunidade Kalunga depende exclusivamente dos serviços de saúde ofertados pelo SUS, porém, ao adoecer, as primeiras medidas utilizadas são as práticas tradicionais com os chás e ervas. Nota-se também que o ACS é o principal profissional responsável pelo acompanhamento de saúde da comunidade (RANGEL, 2014). A presença do ACS dentro dos quilombos também foi relatada em outros estudos presentes nesta pesquisa. “Na comunidade, de modo geral, a assistência à saúde é realizada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), contudo se evidencia certa precariedade nos serviços e um reduzido número de unidades, equipes e profissionais, especialmente médicos, dentistas e enfermeiros.” (RANGEL, 2014, p. 170). Por fim, na visão de Rangel (2014) a comunidade carece da efetivação dos direitos já garantidos em Constituição, além da precariedade da situação de vida no qual se encontram, o que é percebido no analfabetismo, baixo índice de renda, limitações no uso dos serviços de saúde e educação, e falta de saneamento básico.

Ainda em 2014, é possível observar a situação de saúde mental de crianças e adolescentes da comunidade Kalunga através de um estudo transversal. Dito isso, o resultado obtido nesta pesquisa mostrou que a prevalência de transtornos mentais é maior em meninas do que em meninos, além de ser mais comum em pessoas mais jovens do que em mais velhos (CARVALHO, 2015). Na visão da autora, o fato da comunidade ser tradicional pode estar relacionado com a incidência desses transtornos, portanto, devem ser avaliadas de uma forma que considere a situação de vida dessas populações.

No ano seguinte, foi disponibilizada uma pesquisa que explana a situação da oferta de assistência em saúde na Chapada dos Veadeiros, com foco em comunidades tradicionais, através dos dados disponíveis nos sistemas de informação das instituições, dito isso, foi descoberto um desequilíbrio e má distribuição dos médicos na região, o que está em desacordo com as recomendações do Ministério da Saúde (FONTENELE et al., 2015). Na visão dos autores, a má distribuição está relacionada ao poder aquisitivo das populações, ou seja, a concentração dos investimentos do setor privado está em locais onde há uma maior demanda. A preocupação está na oferta médico hospitalar, no que diz respeito à distribuição

concentrada em pontos específicos da região, distanciando-se da zona de equidade (FONTENELE et al., 2015, p. 329). No estudo, foi disponibilizado um mapa no qual é disponibilizado a localização das comunidades tradicionais na Chapada dos Veadeiros, juntamente com a localização dos estabelecimentos de saúde, através do mapa pode-se reparar que grande maioria das comunidades estão completamente distantes desses estabelecimentos, o que é um grande empecilho para que a assistência em saúde seja realizada de forma adequada.

Já na pesquisa feita por Takahashi (2015) acerca do imaginário de um grupo de idosos da comunidade Kalunga nota-se que a invisibilidade sofrida por eles tem um grande impacto. “Quando faltam ações para realizar políticas públicas, eles não se veem com perspectivas e se apegam à família, à natureza, à fé e à religiosidade” (TAKAHASHI, 2015, p. 579). É importante destacar que os princípios de religiosidade e o apego à natureza vêm de tradições nessa comunidade, como por exemplo, o uso de plantas como tratamento de doenças, porém, também há uma grande demanda para receber um serviço de saúde digno, como foi citado por um dos entrevistados deste estudo. *“Eu queria mesmo era um posto de saúde prá quando adoecer um, ter remédio pra salvar um doente. Eu mesmo fui mordido de cobra duas vezes. Fiquei aqui no kalunga e tomei o contra veneno. O contra veneno é um negócio que coloca no copo um pó... mas se quiser mais forte pode também colocar pinga”* (TAKAHASHI, 2015, p. 582). Outra questão em destaque neste estudo é a falta de esperança perante a imagem dos governantes *“Todo mundo vem cá e promete e depois vai embora [...] Mas, prefeitura não adianta confiar...”*(TAKAHASHI, 2015, p. 583). Na visão de Takahashi, os idosos da comunidade sentem receio ao exigir o direito que lhes é devido, seja por medo ou pela falta de interesse por parte dos gestores.

A investigação trouxe à tona a realidade vivenciada pelos idosos da comunidade Quilombola-Kalunga: a não concretização e a ausência das políticas públicas, além da constatação de subalternidade internalizada no silêncio, na baixa-autoestima constatada na realidade, o que não condiz com as necessidades básicas de sobrevivência de um ser humano. Eles se sentem desprovidos da oferta de saúde e de uma educação sistemática no contexto dos direitos democráticos e culturais (TAKAHASHI, 2015, p. 587).

Além dos problemas elencados pelas pesquisas citadas anteriormente, como falta de saneamento básico, acesso à eletricidade e falta de recursos, o trabalho de Odeh-Moreira (2017) traz uma nova adição para entender perspectiva de vida da comunidade Kalunga, os

relatos disponibilizados a partir de entrevistas com os moradores. No trecho abaixo entra em destaque a dificuldade que a comunidade tem de receber amparo em saúde quando necessário.

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 (ODEH-MOREIRA, 2017, p. 38).

Outra questão que entra em destaque no estudo de Odeh-Moreira (2017) é a recente participação de quilombolas Kalunga em espaços de poder público e prefeituras dos municípios, o que é um importante passo para dar voz a comunidade e evidenciar as necessidades de saúde, educação e saneamento. É importante citar também que a comunidade dispõe de um posto de saúde, inaugurado em 2009, localizado no Engenho II no município de Cavalcante, sendo essa a única unidade de saúde da região, porém carece de profissionais e de recursos, além de realizar atendimentos somente na quinta-feira (ODEH-MOURA, 2017).

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 (ODEH-MOREIRA, 2017, p. 58).

Um dos pontos que mais chamaram a atenção dentro deste estudo é acerca da saúde mental das pessoas da comunidade, tópico muito importante quando se trata de promoção à saúde, como foi citado no trecho abaixo por um dos entrevistados e líder da comunidade:

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 (ODEH-MOREIRA, 2017, p. 56).

Além do quesito saúde mental, também foram citadas as complicações decorrentes do uso de drogas e saúde bucal presentes entre os Kalungas:

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 (ODEH-MOREIRA, 2017, p. 57).

Por fim, de acordo com a autora, a maior preocupação da comunidade é em relação aos idosos, crianças e gestantes, que necessitam de maiores cuidados em saúde, o que é dificultado com a distância entre os municípios e os postos de saúde, além da carência de atendimento médico. (ODEH-MOREIRA, 2017)

Outro estudo realizado no mesmo ano traz um olhar voltado para o uso de álcool e outras drogas pela comunidade Kalunga, no qual foi destacado que pela visão dos ACS o uso de bebidas alcoólicas e tabagismo dentre os quilombolas começa na idade acima de 12 anos, mais predominante no sexo masculino e em católicos, porém, no estudo o uso de álcool não tem nenhuma relação com a escolaridade Já o tabagismo está relacionado com a faixa etária, sendo utilizado entre os mais velhos, com 60 anos ou mais (NOVAIS, 2017).

Dentro dos tópicos de discussão expostos neste estudo, há a necessidade de inclusão de estudos que tenham como foco a mulher Kalunga, considerando isso o estudo de Fatima Silva (2021) teve como objetivo buscar na literatura as questões relacionadas ao empoderamento de mulheres Kalunga. Porém, neste artigo em específico, acredita-se que os objetivos não tenham sido alcançados, pela falta de enfoque nos estudos sobre as mulheres da comunidade Kalunga, entretanto, a comunidade como um todo têm avançado na luta pelo direito à saúde, cidadania, escolaridade, igualdade e posse de terras, mas as dificuldades superam esses avanços. Compreende-se que se faz necessário aprofundar os estudos nessa população, pois as discussões acerca de um processo de empoderamento das mulheres Kalunga, remanescentes dos quilombolas, muitas vezes reverberam como utópicas (FÁTIMA SILVA, 2021, p. 5827)

Uma das pesquisas mais recentes incluída neste estudo é de 2020, trazendo uma nova perspectiva sobre o direito à saúde da comunidade Kalunga, o fato da invisibilidade perante autoridades partidárias. Takahashi (2020) mostra as queixas dos entrevistados ao relatarem que em época de eleição os candidatos prometem diversas coisas, mas ao serem eleitos a comunidade volta a ser silenciada por eles, e há também aqueles que excluem a comunidade Kalunga após não receberem apoio no período eleitoral.

Além disso, em algumas falas dos cidadãos Quilombola Kalunga alegam que passaram a ser ignorados pelo político eleito da cidade porque este ganhador não era o seu candidato: esta é uma forma de excluí-los mais ainda, negligenciando a saúde e desarticulando a democracia e o direito, sendo impedidos de exercer sua cidadania plena e não apenas sobreviver à margem deste direito (TAKAHASHI, 2020, p. 19).

Também foi elencada a questão do sumiço de informações da Comunidade a cada troca de mudança administrativa, que ocorre de 4 em 4 anos. "São desviados e se perdem das secretarias de saúde dos Municípios, que ocorrem durante as mudanças administrativas, principalmente quando se trata da oposição que está assumindo o pleito..." (TAKAHASHI, 2020, p. 17). Aqui nesse relato pode-se perceber a irrelevância que a Comunidade Kalunga tem perante as autoridades do Município, pois dados sociodemográficos são essenciais para a formulação de planos, metas e objetivos no que tange a formulação de um serviço de saúde, ou de uma política pública, além de ser importante para o acompanhamento da ESF dessas famílias, ou seja, essas atitudes reforçam a invisibilidade que a comunidade Quilombola vem sofrendo há anos. Assim, a marginalização social, econômica, política e cultural, impondo barreiras de acesso a direitos ou negligenciando as necessidades dos cidadãos (TAKAHASHI, 2020, p. 19).

Na concepção de Takahashi (2020) a comunidade Quilombola sofre de uma grave falta do acesso à saúde, restando a alternativa de utilizar somente os recursos oferecidos pela natureza. A não efetivação das ações de saúde nas comunidades afrodescendentes pode ser evidenciada na fala de um do gestor: *"As Políticas Públicas no território Quilombola, nos municípios de Cavalcante, Teresina e Monte Alegre, vem se engatinhando com muita lentidão"* É notório que as políticas públicas em saúde não são desenvolvidas pelo Estado e Município porque, muitas vezes, desconhecem ou não querem ver as questões sociais e étnicas como valores, aspectos culturais e o território que é inóspito e de difícil acesso (TAKAHASHI, 2020, p. 19).

Considerando a importância de incluir estudos atuais nesta pesquisa foi adicionado um artigo de 2022 que teve como objetivo identificar evidências científicas sobre as condições de saúde e do acesso aos serviços de saúde de mulheres e crianças quilombolas (SOUZA, 2022). Dito isso, foram obtidos estudos que mostram uma prevalência de sobrepeso, hipertensão arterial ou diabetes mellitus entre mulheres quilombolas, foi verificado também que as mulheres não fazem o uso de anticoncepcionais, e as que realizam, dispensam o uso de

camisinha, o que pode estar relacionado ao alto índice de mães jovens, além da preocupação com o risco de infecções sexualmente transmissíveis (SOUZA, 2022).

Um outro estudo analisado no artigo de Souza (2022) destacou-se a gravidez indesejada e o aborto em seguro, uma preocupação de saúde pública, considerando que o aborto inseguro está associado à morte materna, além disso, foi relatado que as mulheres quilombolas realizaram pré-natal, porém tardio, e a incidência de violência obstétrica é maior entre as mulheres dessa comunidade. Outro estudo apontou que a tomada de decisão acerca da saúde sexual e reprodutiva de mulheres quilombolas está imersa nas relações de poder, de forma que terceiros induzem à escolha de métodos irreversíveis de controle de natalidade, desconsiderando a autonomia e direitos dessas mulheres (SOUZA, 2022, p. 10)

Já entre as crianças, foi evidenciado baixo peso ao nascer, o que é considerado um risco de mortalidade, podendo estar associado com número de consultas de pré-natal, primigestação e prematuridade (SOUZA, 2022). Outro fator importante é a presença de doenças crônicas em crianças quilombolas, as quais, asma, bronquite, anemia falciforme e problemas ortopédicos e doenças agudas, como infecções do sistema respiratório, além da diarreia e desnutrição, o que também é um grave problema, principalmente entre as crianças (SOUZA, 2022).

Apesar de possuírem uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em seu território, a população quilombola, na maioria das vezes, buscou tais serviços após a utilização de automedicação e de práticas religiosas, visto que a UBS apresentava baixa resolutividade e uma atenção curativista (SOUZA, 2022, p. 12). Outros fatores citados no estudo de revisão e que também já foram destacados anteriormente são o fato da distância ser um empecilho na busca de serviços de saúde e a dependência da comunidade para com o SUS, de acordo com a visão dos autores, a situação de saúde dos quilombolas é precária, como é visto no trecho abaixo:

Os achados evidenciaram condições de saúde precárias relacionadas à saúde das mulheres e crianças quilombolas, com predominância de doenças crônicas e evitáveis, além das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, sendo fator limitante a localização das comunidades quilombolas, distantes das unidades de saúde disponíveis, o que acarreta inúmeros desafios (DE SOUZA, 2022, p. 12)

A partir da análise dos artigos pode-se perceber que o direito à saúde garantido em Constituição mediante políticas públicas não está sendo efetivado na Comunidade do

quilombo Kalunga, mesmo com o reconhecimento dos remanescentes de quilombos, com a Lei 8.080 e as políticas de saúde formuladas especificamente para essa comunidade, as quais são: Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. O Estado, por meio de políticos e gestores, sabe como deveria ser o tratamento ideal e real, perante as leis vigentes do país, direcionadas a essas três comunidades, entretanto, nenhuma intervenção foi constatada nas falas dos cidadãos aqui entrevistados (TAKAHASHI, 2020, p. 17).

Dito isso, foi realizada uma sistematização com todos os agravos de saúde presentes no artigo para facilitar a visualização, disponível abaixo:

**Quadro 3** - Agravos de saúde da Comunidade Kalunga presente nos estudos analisados:

<b>Condições de saúde da Comunidade Kalunga presente nos estudos analisados:</b>	
Baixa renda e situação econômica;	Falta de dados sociodemográficos;
Distância entre os serviços e a comunidade;	Incidência de violência obstétrica;
Falta de equipes e profissionais de saúde;	Sensação de abandono;
Falta de unidades básicas e hospitais;	Saúde bucal;
Saneamento básico e descarte do lixo;	Transtornos mentais entre crianças e adolescentes;
Transtornos mentais;	Analfabetismo;
Uso de drogas e álcool;	Falta de assistência para urgências e emergências;

Fonte: Criado pela autora

De acordo com os trabalhos pesquisados, revela-se que os principais problemas de saúde presentes na comunidade kalunga são: falta de saneamento básico, falta de acesso aos serviços primários e secundários de saúde, por exemplo, a falta de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde disponíveis e de profissionais, além da carência dessas unidades no município, além das grandes distâncias que a população precisa percorrer. Acrescenta-se também que a saúde das comunidades quilombolas no geral são fortemente influenciadas pelos determinantes sociais de saúde, e isso ficou claro ao estudar a comunidade Kalunga. Pode-se perceber que houveram algumas melhoras ao longo do tempo, como a criação de

políticas públicas voltadas para a comunidade e o seu reconhecimento em Constituição, a construção de algumas unidades de saúde, o acompanhamento feito pelos ACS e a participação da comunidade em alguns locais de decisão no município, porém, a grande maioria dos problemas ainda persiste.

Diante desses problemas, o sanitarista se encontra em uma posição pertinente para auxiliar nos processos de garantia dos direitos essenciais da Comunidade Kalunga, considerando as competências do Bacharel em Saúde Coletiva presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva, ao realizar o monitoramento e avaliação da situação de saúde das comunidades, formulação de políticas, planejamento, programação e avaliação de sistemas e serviços de saúde, fornecer ações que promovam a saúde, educação e desenvolvimento comunitário, na execução de ações de vigilância e controle de riscos e agravos à saúde e no desenvolvimento científico e tecnológico.

Dito isso, cabe ao Sistema Único de Saúde realizar ações de saúde na Comunidade Kalunga como forma de eliminar os agravos em saúde enfrentados, porém, respeitando os processos de cura da população, como a importância das práticas curativas tradicionais, considerando que através desta pesquisa foi evidenciado que a Comunidade depende exclusivamente do SUS, e obedecendo aos princípios presentes na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, como a universalidade do acesso aos serviços, a integralidade da assistência em saúde, ou seja, um conjunto contínuo de ações que tem como objetivo a prevenção e cura, realizados de acordo com a necessidade e a complexidade dos sistemas, além da igualdade da assistência e a participação da comunidade, pois é essencial que as comunidades tradicionais tenham voz no que tange a articulação de ações em saúde voltadas para o seu povo.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, observa-se a falta de acesso em saúde por parte da comunidade Kalunga, a invisibilidade que essas populações sofrem perante as autoridades municipais e estaduais, além da falta de execução das políticas públicas já existentes. A falta de infraestrutura nas comunidades como: abastecimento de água, saneamento/tratamento, energia elétrica, posto de saúde, estrada, e a deficiência em se fazer cumprir o que está afirmado na Constituição Federativa do Brasil de 88, faz com que os cidadãos Quilombola-Kalunga continuem a viver sem as ações básicas em saúde pública (TAKAHASHI, 2020, p. 19).

Espera-se que este estudo possa reacender a visibilidade das comunidades quilombolas, principalmente a Comunidade Kalunga, na qual foi objeto de estudo, perante as autoridades municipais e estaduais, e também na academia. É imprescindível que as populações em vulnerabilidade social tenham o reconhecimento que merecem, e esse foi um dos motivos para a elaboração deste trabalho, a necessidade de dar voz e contribuir, mesmo que minimamente, para uma melhoria em suas vidas. Acredita-se que, para acontecerem políticas públicas em educação e saúde é indispensável ter informação e conscientização da realidade desses cidadãos em sua comunidade, para que haja um resgate social de direitos humanos para a equidade em cidadania (TAKAHASHI, 2015, p. 586).

Além disso, é importante citar as dificuldades encontradas na elaboração deste estudo, como a falta de pesquisas atuais e de campo que estudem a saúde da Comunidade Kalunga. Entende-se que os empecilhos de distância até o Sítio Histórico e Patrimônio Cultural Kalunga possam ser um dos motivos da escassez de trabalhos, porém, é de extrema importância mais estudos que possam realizar este tipo de trabalho, não somente com essa comunidade específica, mas todas as comunidades que vivem em situações semelhantes.

Portanto, para garantir o direito à saúde dessa população, é preciso primeiro que os entes federativos voltem seus olhares para a comunidade, criando pontes que diminuam a distância entre os Kalungas e os serviços básicos, e a partir disso, as suas necessidades devem ser ouvidas, pois a participação comunitária é um passo essencial para a formulação de ações em saúde, e enfim as políticas públicas já criadas são um ótimo ponto de partida, pois são formuladas com base nos determinantes sociais e princípios muito importantes, como a equidade, integralidade e universalidade, logo, devem ser colocadas em prática.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAIOCCHI, Mari de Nasaré. Kalunga-A sagrada terra. 1995.

BAIOCCHI, Mari de Nasaré. Kalunga e Barreirinho. 1996.

BRASIL, Conselho Nacional de Educação. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva. 2017. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/setembro-2017-pdf/72431-pces242-17-pdf/file>. Acesso em 17 de abril de 2022.

BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. **Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais**. Diário Oficial da União, Brasília, 08 fev. 2007. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm). Acesso em 10 de abril de 2022.

BRASIL, Lei, Nº. 8080, de 19 de setembro de 1990 (BR). **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, v. 19, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 28 de março de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 48 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacoes\\_campo.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf). Acesso em 03 de junho de 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS/Ministério da Saúde**, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 36 p Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3d.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf). Acesso em: 03 de junho de 2022.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CARVALHO, Karla Cristina Naves. Prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes da Comunidade Kalunga. **II PRÊMIO SBPC/GO DE POPULARIZAÇÃO DA CIÊNCIA**.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FÁTIMA SILVA, Sonilda Aparecida et al. A saúde coletiva na articulação da educação e empoderamento de mulheres Kalunga: uma revisão sistemática. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 11, n. 64, p. 5822-5833, 2021.

FERNANDES, Elionara Teixeira Boa Sorte et al. Autonomia na saúde reprodutiva de mulheres quilombolas e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

FONTENELE, Stéfany et al. Uma breve análise sobre a saúde na Chapada dos Veadeiros: o caso das comunidades tradicionais. 2015.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em debate**, v. 41, p. 63-76, 2017.

GOIÁS. Lei nº 11.049, de 21 de janeiro de 1991. Dispõe sobre o sítio histórico e patrimônio cultural que especifica. Disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/133/o/lei\\_11.409-91.pdf](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/133/o/lei_11.409-91.pdf). Acesso em: 21 abr. 2022.

GOIÁS, Secretaria de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Disponível em: <<https://www.saude.go.gov.br/files/instrumentos-de-planejamento/PES2020-2023.pdf>> Acesso em: 28 de março de 2022.

GOMES, Wanessa da Silva; GURGEL, Idê Gomes Dantas; FERNANDES, Saulo Luders. Determinação social da saúde numa comunidade quilombola: análise com a matriz de processos críticos. **Serviço Social & Sociedade**, p. 140-161, 2022.

GOMES, LiLian Cristina Bernardo. O direito quilombola e a democracia no Brasil. **Revista de informação legislativa**, v. 50, n. 199, p. 303-320, 2013.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, p. 335-342, 2007.

MATTOS, C. P. Tipos de revisão de literatura. Faculdade de Ciências Agrônômicas, Botucatu, 2015.

MOURA, Clóvis. Quilombos – Resistência ao Escravismo. 5. ed. Teresina, 2021. *E-book*.

MUNANGA, Kabengele. Origem e histórico do quilombo na África. **Revista usp**, n. 28, p. 56-63, 1996.

NEIVA, A. C. G. R. et al. Caracterização socioeconômica e cultural da comunidade quilombola Kalunga de Cavalcante, Goiás, Brasil: dados preliminares. **Simpósio Nacional Cerrado**, v. 9, p. 12-17, 2008.

NOVAIS, Tatiana Oliveira et al. O uso de álcool e outras drogas na comunidade rural quilombola Kalunga em Goiás. 2017

ODEH-MOREIRA, Jamila. 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. 2018.

RANGEL, Débora Luiza de Oliveira. Aspectos ambientais, sociais e a saúde em território Kalunga no Estado de Goiás, em 2012. 2014.

ROCHA, Gabriela. **Você sabe o que é equidade?**. Ministério da Saúde, 26 ago. 2015. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/voce-sabe-o-que-e-equidade#:~:text=Em%20resumo%2C%20significa%20reconhecer%20que,reduzir%20o%20impacto%20das%20diferen%C3%A7as>. Acesso em: 10 set. 2022.

ROTHER, ET. Revisão Sistemática x Revisão Narrativa. *Acta Paul Enferm.*; 20(2):5-6. 2007.

SOLAR, O.; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health. Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: WHO, 2010.

SOUZA, Karoline et al. Condições e acesso aos serviços de saúde de mulheres e crianças quilombolas: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, p. e31011730065-e31011730065, 2022.

TAKAHASHI, Fatima Gonçalves Messias. As Políticas Públicas Em Saúde No Território Quilombola-Kalunga/Goiás-Brasil. vol. 14. n. 18, p. 1-25, 2020.

TAKAHASHI, Fátima Gonçalves Messias; ALVES, Vicente Paulo. Imagens representacionais das políticas públicas à educação e à saúde, no imaginário de um grupo de idosos da comunidade Quilombola– Kalunga, de Monte Alegre de Goiás. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, v. 23, n. 88, p. 567-591, 2015.

TEIXEIRA, Carmen. Os princípios do sistema único de saúde. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, 2011.**

VIEIRA, Ana Beatriz Duarte. Acesso à saúde de populações vulneráveis: uma visão sob o enfoque da bioética. **RBD. Revista de Bioética y Derecho**, p. 211-223, 2018.

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 em Debate**, v. 37, p. 610-618, 2013

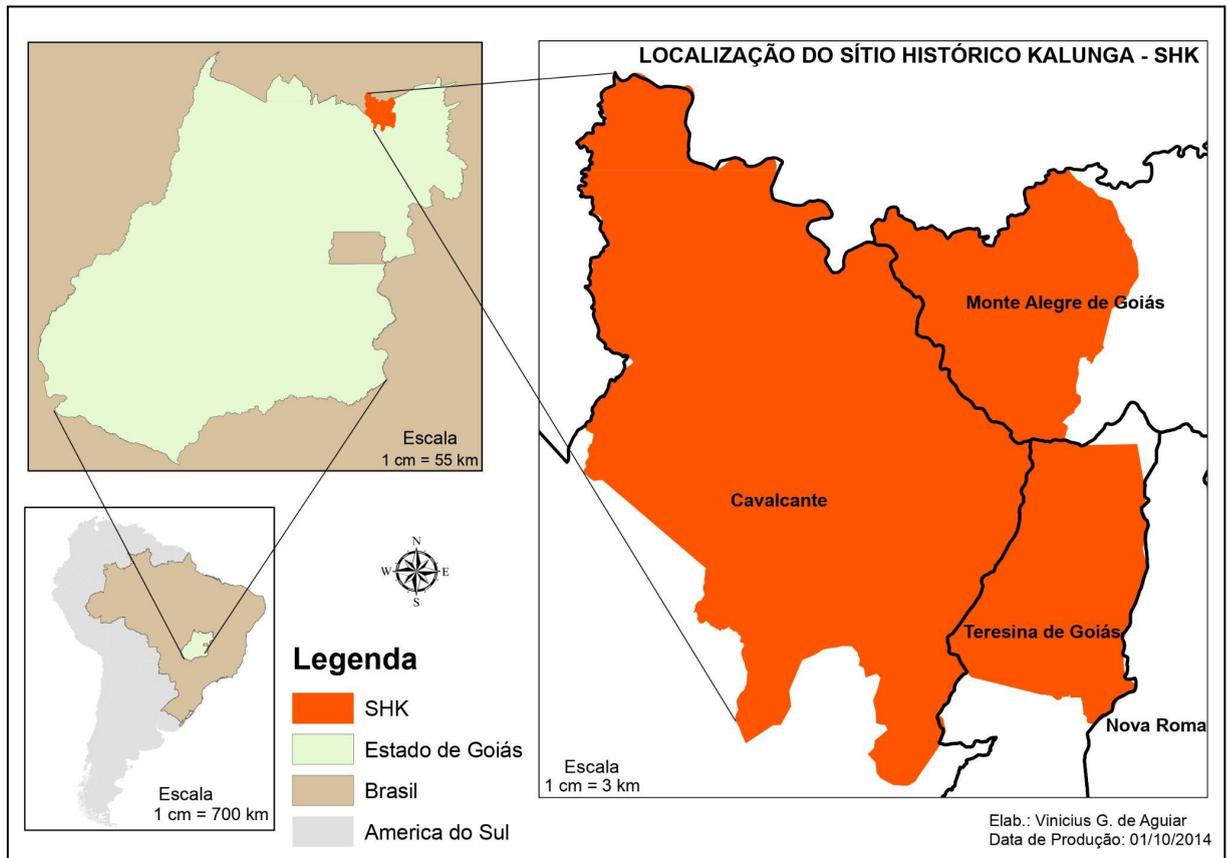
## ANEXOS

### ANEXO A - Distribuição do trabalho escravo por região no Brasil

<b>Região</b>	<b>Tipo de trabalho escravo</b>
Bahia/Sergipe	Campos e plantações de cana-de-açúcar, de fumo e de cacau, para os serviços domésticos urbanos e, posteriormente, para os serviços de mineração na zona diamantina.
Rio de Janeiro e São Paulo	Trabalhos das fazendas açucareiras e cafeeiras da baixada fluminense e para os serviços urbanos.
Pernambuco, Alagoas e Paraíba	Plantações de cana-de-açúcar e de algodão do nordeste.
Maranhão/Pará	Cultura do algodão.
Minas Gerais/ Mato Grosso/ Goiás	Mineração (durante o século XVIII).

Fonte: RAMOS (1942) apud MOURA (1993)

## ANEXO B - Localização do Sítio Histórico Kalunga - SHK.



Fonte: Vinicius Aguiar, 2014.

**ANEXO C - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)**



**ANEXO D - Modelo dos Determinantes Sociais de Saúde proposto por Solar e Irwin (2010)**

