

# ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA

*Lucélia Luiz Pereira*

O reconhecimento oficial das populações quilombolas pelo Estado brasileiro ocorreu na Constituição de 1988 por meio do artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), no qual se lê que “Aos remanescentes das comunidades de quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos”. Esse marco legal afirma o direito territorial das comunidades quilombolas, abrindo espaço para a discussão sobre o conceito jurídico e legal de quilombo na busca pela efetivação dos direitos desta população a partir do reconhecimento e da titulação da terra.

Data de 1740 a definição do Conselho Ultramarino Português que institui quilombo como “toda habitação de negros fugidos que passem de cinco, em parte desprovida, ainda que não tenham ranchos levantados nem se achem pilões neles” (MOURA, 1981). Este conceito foi formulado como resposta à consulta realizada pelo rei de Portugal e abarca elementos descritivos relacionados a um passado em que pessoas negras escravizadas fugiram e se rebelaram contra o sistema escravocrata. Os ajuntamentos se expandiram como forma de protesto às condições a que os negros foram submetidos no período da escravidão, representando uma forma alternativa de organização social, política e étnica.

O contexto histórico de formação social e política das populações quilombolas está relacionado ao tráfico e comércio de africanos que vieram forçadamente de diversas partes do continente africano. Apesar de não haver um consenso sobre a formação do primeiro quilombo no Brasil, há uma convergência de que ele se formou a partir do ingresso no território brasileiro dos primeiros africanos escravizados.

De acordo com José Honório Rodrigues, “a fuga e a formação dos quilombos começam em 1559 e vêm até a abolição” (RODRIGUES, 1970). É importante lembrar que o Brasil foi o país do continente americano que recebeu o maior fluxo de africanos vindos à força para serem escravizados e foi a última nação a abolir legalmente a escravidão. Há registros também de significativo quantitativo de indígenas na composição dos quilombos.

Os quilombos têm uma importância singular na histórica e dinâmica da sociedade brasileira, sendo assim definida pelo Decreto 4.887 de 20 de novembro de 2002: “Art. 2º – Consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, para os fins deste Decreto, os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida” (BRASIL, 2003). Vale destacar que Ilka Boaventura Leite (2000) critica a noção de remanescente por entender que é um termo que restringe o significado de quilombo e também pressupõe uma dimensão estática e análoga. Portanto, para a autora, a definição contemporânea de quilombos assume novas interpretações e envolve uma perspectiva relacional e dinâmica dos processos de constituição e re-existências deste grupo populacional.

De qualquer forma, a história aponta para uma diversidade de processos que constituíram as comunidades quilombolas. Esses processos incluem fugas com ocupação de terras livres e isoladas, sendo esse formato colonial o mais conhecido. Mas os

aquilombamentos foram originados também por heranças, doações, recebimento de terras como pagamento de serviços prestados ao Estado, e a permanência nas terras que ocupavam e cultivavam no interior das grandes propriedades (ALMEIDA, 1999; GUSMÃO, 1995).

Considerando os diferentes tipos, formas de constituição e história dos quilombamentos, estes grupos foram denominados também como terras de preto e territórios negros. Tais formações históricas são fruto, portanto, de características distintas em sua formação e organização. Para Almeida (1999), os quilombos englobam o compartilhamento de um território e de uma identidade.

A caracterização da identidade quilombola está atrelada à territorialidade. Ela dá base não só à reprodução material da vida, mas também à reprodução simbólica dessa população, ou seja, a reprodução econômica, social e cultural. A terra é entendida no seu sentido amplo, de territorializar-se, de construir um determinado modo de vida e identidade social e étnica compartilhada. Disso vem a importância da CF/88 reconhecer o direito das populações quilombolas à propriedade definitiva de suas terras.

As comunidades quilombolas são resultado, portanto, da diversidade dos desdobramentos históricos de uma população que emerge a partir da afirmação como sujeitos políticos que lutam pelo direito ao território coletivo e pelo reconhecimento de uma história de luta, resistência e contribuições na formação social, econômica e cultural brasileira. Nesse sentido, há uma luta por desfazer essa visão de população homogênea resultado de processos insurrecionais, havendo uma disputa política, jurídica e territorial das comunidades pelo respeito à identidade étnica quilombola.

A constituição das populações quilombolas como práticas de resistência à escravidão e pós-Abolição ocorreu em diversos lugares da América onde houve escravidão. De acordo com Gomes (2005), essas comunidades foram formadas com denominações distintas, por exemplo “palenques ou cumbés na América espanhola, maroons e grand marronage nas áreas de colonização inglesa e francesa, respectivamente”. Assim, as comunidades quilombolas construíram em toda a América uma territorialidade negra coletiva com formas específicas de reprodução material e social, com um modo de vida específico nos territórios composto por dimensões políticas, econômicas, de parentesco e religiosidade. Para Marques e Gomes:

[...] tais grupos podem apresentar todas ou algumas das seguintes características: definição de um etnônimo, rituais ou religiosidades compartilhadas, origem ou ancestrais em comum, vínculo territorial longo, relações de parentesco generalizado, laços de simpatia, relações com a escravidão, e principalmente uma ligação umbilical com seu território, etc. (MARQUES; GOMES, 2013, p.142).

Nesse sentido, as comunidades quilombolas são coletivos caracterizados por aspectos como uso comum dos recursos naturais, vínculos ampliados de parentesco nas comunidades, capacidade organizativa para luta pela demarcação e titulação coletiva dos territórios. Aspectos que constituem estratégias para assegurar memórias coletivas, tradições ancestrais, modo de vida dos grupos, respeito aos mais velhos, liderança feminina, conhecimento de plantas sendo que a maioria dos quilombolas tem sua ocupação vinculada à agricultura.

Apesar da grandiosa contribuição na formação socio-histórica, cultural e econômica do Brasil, as comunidades quilombolas se caracterizam como segmentos sociais vulneráveis

com desvantagem em várias esferas da vida e maior dificuldade de acesso a direitos sociais, inclusive à política de saúde (PEREIRA; SANTOS, 2018; VARGA *et al.*, 2020). Este segmento populacional reivindica os direitos de cidadania ao Estado brasileiro. Hoje, no Brasil, não existe um consenso sobre o número de comunidades existentes. De acordo com a Base de Informações sobre indígenas e quilombolas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que aproximadamente 1.674 municípios possuem população quilombola e foi identificado 5.972 comunidades quilombolas no país (IBGE, 2020). O desconhecimento do quantitativo de quilombolas é uma expressão do racismo, que cria obstáculos para a formulação de políticas públicas para este segmento populacional e o conhecimento de suas demandas.

De modo particular, ao discutirmos atenção à saúde, verificamos que diversos fatores influenciam nos processos de saúde e doença das populações, fazendo com que os problemas de saúde atinjam as pessoas de maneira diferenciada. As ocorrências de doenças e eventos de saúde são socialmente determinadas, refletindo diferenças biológicas, distinções sociais e iniquidades sociais, tendo como expressão as desigualdades em saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Nesse sentido, deve-se compreender saúde não somente como ausência de doenças, mas considerar as condições de alimentação, habitação, saneamento, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, acesso ao serviço de saúde, dentre outros.

Portanto, condições ambientais, socioeconômicas e a persistência do racismo, somadas ao acesso insuficiente aos serviços provoca situações de vulnerabilidade e inequidades em saúde das populações quilombolas. Apesar da existência de marcos normativos voltados para o enfrentamento de iniquidades, a população negra, e particularmente as populações quilombolas, vivenciam condições de vida e saúde desfavoráveis, tendo menor qualidade na atenção. Alguns estudos destacam que condições de vida e condições sanitárias precárias deste segmento populacional influenciam no perfil epidemiológico de adoecimento e mortalidade, evidenciando as iniquidades raciais em saúde (PEREIRA; SANTOS, 2018; AMORIM *et al.*, 2013; SILVA, 2007).

Um dos principais problemas vivenciados nas comunidades quilombolas se refere às questões higiênico-sanitárias e abarcam a qualidade da água, o acesso a energia elétrica, a rede de esgoto, coleta de lixo e ao manejo adequado de resíduos, sendo as enfermidades mais prevalentes as doenças crônicas e parasitárias.

Estudos apontam também o desconhecimento da população dos fatores de risco para a hipertensão como obesidade, sobrepeso, diabetes, baixa escolaridade, histórico familiar e outros (AMORIM *et al.*, 2013); outras investigações mostram que ocorre um grave problema de escassez de profissionais médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, uma alta rotatividade e dificuldade de recrutamento e fixação de profissionais de saúde em comunidades rurais quilombolas; apontam também dificuldades para agendamento de consultas e realização de exames, associados à falta de medicamentos (OLIVEIRA *et al.*, 2012; VOLOCHKO; BATISTA, 2009). Além disso, destaca-se as visitas pouco frequentes dos agentes comunitários de saúde (ACS) às famílias quilombolas, muitas vezes devido à distância entre os domicílios, à grande quantidade de famílias para realizar o acompanhamento, somados à indisponibilidade de transporte para percorrer longas distâncias (FREITAS *et al.*, 2011).

Neste sentido, diante do quadro de necessidades de atenção à saúde apresentados pelas comunidades quilombolas, e apesar da população quilombola depender quase

exclusivamente do SUS para atender as suas necessidades em saúde, ocorre uma intensificação das desigualdades de acesso em função de variadas barreiras, relacionadas a questões geográficas, econômicas, culturais e organizacionais, somadas à presença do racismo institucional. Ressalta-se que racismo é um dos determinantes sociais dos processos de saúde e doença, acarretando diferenças raciais tanto nos processos de viver, adoecer e morrer quanto no acesso e utilização dos serviços de promoção de saúde e prevenção e tratamento de enfermidades.

Assim, em sua maioria, as comunidades têm uma estrutura insuficiente para a prestação de serviços básicos, pouca disponibilidade de insumos e equipamentos e grandes barreiras geográficas devido ao isolamento físico, além de quadro insuficiente de profissionais. É importante destacar que a rede de serviços de saúde disponibilizados à população não garante atendimento integral, universal e com equidade.

É importante destacar ainda que uma alternativa tradicional e de cunho cultural adotada pelas comunidades quilombolas para responder as suas necessidades em saúde, bem como para sanar as dificuldades de acesso à rede de serviços de saúde, é a utilização da medicina alternativa a partir do preparo de chás, garrafadas, banhos, ervas e benzeção. Tal prática demonstra o uso de saberes ancestrais e tradicionais que contribuem para a proteção e promoção da saúde dos quilombolas (AMORIM *et al.*, 2013; FREITAS *et al.*, 2009).

Considerando as iniquidades presentes no acesso aos serviços de saúde pelas populações negra, quilombola e do campo, e em função da luta e reivindicações dos movimentos sociais organizados, algumas iniciativas governamentais têm sido criadas visando contribuir na garantia do direito à saúde e da efetivação dos princípios do SUS para as populações excluídas ou com acesso limitado ao SUS, buscando corrigir disparidades existentes no campo da saúde.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída em 2009, foi um marco legal importante para o reconhecimento do racismo institucional presente no Sistema Único de Saúde (SUS). A PNSIPN busca combater o racismo e a discriminação existentes nas instituições e serviços de saúde do SUS, promovendo saúde integral da população negra, de forma a reduzir iniquidades em saúde (BRASIL, 2010).

Outra política importante para avançar na equidade no SUS é a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Instituída em 2011, a PNSIPCF é resultado do debate com representantes da sociedade civil e reconhece as necessidades diferenciadas de saúde das populações do campo e da floresta, estando incluídas, neste contexto, “os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo. Incluem-se ainda as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e as populações atingidas por barragens, entre outras”. (BRASIL, 2013, p.8) A política busca melhorar a saúde destas populações, estabelecendo objetivos, diretrizes e estratégias, reforçando a importância da implementação transversal e com responsabilidade compartilhada entre as três esferas do governo.

Apesar dos avanços relacionados à existência destes marcos normativos e legais, tais políticas não têm sido executadas de forma efetiva. Não há metas estabelecidas, tampouco indicadores e dotação orçamentária. Assim, além do fortalecimento da PNSIPN e da PNSIPCF, para enfrentar o racismo institucional no SUS é importante haver uma formação

continuada dos profissionais de saúde e o preenchimento da variável raça/cor e identificação das comunidades quilombolas nos sistemas de informação e nos atendimentos em saúde, a fim de possibilitar a análise da dimensão racial do acesso e utilização dos serviços de saúde pela população quilombola.

Nesse sentido, sendo o Assistente Social um profissional de saúde, é importante que a atuação do Serviço Social nos espaços institucionais do SUS, em todos os seus níveis de atenção, seja atenção primária, secundária ou terciária, esteja comprometida com o enfrentamento do racismo e com a intervenção efetiva na garantia do acesso da população a seus direitos sociais, inclusive aos serviços de saúde. Destaca-se que o projeto ético político da profissão, bem como o Código de Ética do Assistente Social (BRASIL, 1993) e a Lei de Regulamentação do exercício da profissão de Assistente Social (Lei n. 8.662/1993) preconiza que os profissionais devem defender de forma intransigente os direitos humanos, empenhar na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivar o respeito à diversidade e denunciar casos de discriminação e violência. Além disso, estabelece que o exercício profissional deve ser exercido sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física.

Considerando esses marcos normativos da profissão, o enfrentamento do racismo compõe os princípios da profissão e faz parte da competência profissional que deve ser crítica e reflexiva frente ao racismo estrutural. Nesta direção, citamos a iniciativa do Conjunto CFESS-CRESS que realizou campanha na Gestão 2017-2020 intitulada “Assistentes Sociais no Combate ao Racismo”. Além disso, em 2018 foi lançado o documento “Subsídios para o debate da questão étnico-racial na formação do Serviço Social”. Destaca-se também que o tema do Dia do Assistente Social promovido pelo Conselho Federal de Serviço Social no ano de 2021 foi “Há mais de 500 anos, sempre na linha de frente”, refletindo sobre a importância dos assistentes sociais atuarem na defesa dos povos originários e tradicionais, dentre elas, comunidades indígenas, quilombolas, ciganas e outras.

A formação é uma área significativa na luta antirracista e na defesa dos direitos das populações quilombolas, por isso a relevância da criação de estratégias para inserir conteúdos nos currículos dos cursos de Serviço Social. É imprescindível a discussão acerca da questão étnico-racial na formação profissional, dado o processo de formação sócio-histórica brasileira e as repercussões do racismo na vida das populações negras e quilombolas.

A garantia de atenção à saúde de qualidade para as populações quilombolas com ações de promoção, prevenção, recuperação e tratamento exige, dentre outras estratégias, o fortalecimento do SUS; o reconhecimento do racismo como um determinante dos processos de saúde e doença e seus efeitos negativos na saúde das populações; a mudança nas práticas institucionais; a formação continuada dos profissionais de saúde, inclusive assistentes sociais; e a implementação de políticas específicas e programas para efetivar a equidade no acesso e utilização dos serviços, possibilitando a garantia universal do direito à saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, A. W. Os quilombos e as novas etnias. In: LEITÃO (Org.). Direitos Territoriais das Comunidades Negras Rurais. São Paulo: Instituto Socioambiental, 1999.
- AMORIM, M. M. *et al.* Avaliação das Condições Habitacionais e de Saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. *Biosci. J.* vol. 29, n.4, p. 1049-1057. 2013.
- BRASIL. Decreto Presidencial no 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 nov. de 2003.
- \_\_\_\_\_. Código de Ética profissional do/a Assistente Social. Lei 8662/93 de regulamentação da profissional. 4 ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 1993.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed.; 1. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, v. 17, n.1, p. 77-93, 2007.
- FREITAS, D. A. *et al.* Saúde e comunidades quilombolas: Uma revisão da literatura. *Revista CEFAC*. v. 13, n. 5, p. 937-943, 2011.
- GOMES, F. S. A hidra e os pântanos: mocambos, quilombos e comunidades de fugitivos no Brasil (Séculos XVII-XIX). São Paulo: Unesp; Polis, 2005.
- GUSMÃO, N. Os Direitos dos Remanescentes de Quilombos. *Cultura Vozes*, n 6. São Paulo: Vozes, nov/dez de 1995.
- IBGE. Dimensionamento Emergencial de População Residente em Áreas Indígenas e Quilombolas para Ações de Enfrentamento à Pandemia Provocada pelo Coronavírus 2020, Subsídios para o Ministério da Saúde visando ao Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.
- LEITE, I. B. Quilombos no Brasil: Questões conceituais e normativas. *Etnog.* V. 4, n. 2, p. 333-54, 2000.
- MARQUES, C.E.; GOMES, L. A Constituição de 1988 e A resignificação dos quilombos Contemporâneos: Limites e potencialidades. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 28, n. 81, 2013.
- MOURA, C. Os quilombos e a rebelião negra: Tudo é História. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- OLIVEIRA, S. K. M. *et al.* Saúde em comunidade rural quilombola: Relato de experiência sob o prisma dos atributos da atenção primária à saúde. *Motricidade*, v. 8, n. 2, p. 83-88, 2012.
- PEREIRA, L. L.; SANTOS, L. M. P. Programa Mais Médicos e Atenção à Saúde em uma comunidade quilombola no Pará. *Argumentum*, Vitória, v. 10, n. 2, p. 203-219, 2018.
- RODRIGUES, J. H. História e Historiografia. Rio de Janeiro: Vozes, 1970.
- SILVA, J. A. N. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade

- Quilombola do Estado da Paraíba. *Saúde e Sociedade*, São Paulo. Vol. 16, n.2, p. 111-124, 2007.
- VARGA, I. V. D. *et al.* Um retrato das desigualdades étnico-raciais na saúde. In: Stefano, D. e Mendonça, M. L. (Orgs.). *Direitos Humanos no Brasil 2020: Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos*. São Paulo: Outras Expressões, 2020.
- VOLOCHKO, A.; BATISTA, L. E. *Saúde nos quilombos*. São Paulo: Instituto de Saúde. São Paulo: GTAE – SESSP. 2009.