

ANA BEATRIZ DUARTE VIEIRA

**População Quilombola Kalunga: acesso ao sistema de saúde sob o  
enfoque da Bioética de Intervenção**

Brasília, DF

2014



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

ANA BEATRIZ DUARTE VIEIRA

**População Quilombola Kalunga: acesso ao sistema de saúde sob o  
enfoque da Bioética de Intervenção**

Tese apresentada como requisito parcial para  
obtenção do Título de Doutor em Bioética pelo  
Programa de Pós-Graduação em Bioética,  
Cátedra UNESCO, da Universidade de  
Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

Brasília

2014

ANA BEATRIZ DUARTE VIEIRA

**População Quilombola Kalunga: acesso ao sistema de saúde sob o enfoque da  
Bioética de Intervenção**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética, Cátedra UNESCO da Universidade de Brasília.

APROVADA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro – UnB(Presidente)

Prof. Dr. Volnei Garrafa - UnB

Prof. Dr. Antônio Carlos Rodrigues da Cunha - UnB

Prof. Dr. Gabriele Cornelli - UnB

Prof. Dr. Antônio Macena de Figueiredo - UFF

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima de Sousa - UnB (Suplente)

Brasília, 1º de setembro de 2014.

## Dedicatória

Dedico esta tese aos doutores de luz da minha vida,  
meus filhos, Matheus e Marcelo,  
com quem tenho aprendido a compartilhar, cotidianamente,  
a arte do bem viver, a justiça e a fé.

Dedico às pessoas importantes  
nessa trajetória da minha existência:  
minha mãe, Maria; minhas irmãs Anas;  
meu pai, Abeylard;  
e o pai dos meus filhos, Fábio.

Dedico à luz divina, meu ser interior,  
que me conduz e não me deixa esmorecer,  
durante a minha jornada terrena.

## Agradecimentos

Ao meu amigo, professor e orientador Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro, que admiro pelo profissionalismo, simplicidade e desprendimento em ajudar todos aqueles que a ele se dirigem. Agradeço pela confiança em mim depositada, pela censura equilibrada e pelos sábios incentivos com que me conduziu à conclusão desta tese.

Ao Prof. Dr. Volnei Garrafa, expoente da Bioética, pela honra em ter me acolhido no Programa de Pós-Graduação em Bioética da Cátedra Unesco, bem como pelo estímulo e inúmeras oportunidades a mim oferecidas, para o aprofundamento nas questões da Bioética que contribuíram para esta minha formação acadêmica, assim como para o meu crescimento profissional e pessoal. Tenha minha gratidão.

À Coordenação e aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Cátedra Unesco, pelos fundamentais ensinamentos que concorreram de forma imensurável para o desenvolvimento desta tese. Estendo meus agradecimentos às funcionárias da Secretaria e da Cátedra Unesco Camila Guedes, Cleide Santos, Dalvina Benício do Nascimento, Shirlene Vasconcelos Ribeiro e Vanessa Sertão.

A todos os integrantes da Comunidade Quilombola Kalunga, pela singeleza com que acolheram minha presença, enriquecendo-me com sua cultura viva, suas histórias, suas lutas e suas glórias.

Ao Presidente da Associação Quilombola Kalunga, que autorizou a realização da pesquisa na comunidade. Aos líderes comunitários quilombolas Ester Fernandes de Castro, Manoel Edeltrudes Moreira (Tico) e Sirilo dos Santos Rosa, que colaboraram com suas valiosas informações. Aos agentes comunitários do Engenho II e Riachão. À Dona Procópio dos Santos Rosa, uma história viva de luta, resistência e humildade, inserida na aspereza do ambiente do cerrado brasileiro.

Aos representantes do Conselho de Saúde de Cavalcante e Gestores das Secretarias Municipais de Saúde de Monte Alegre e Teresina de Goiás, que prontamente se dispuseram a participar da pesquisa.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem, que proporcionaram meu afastamento para dedicar-me aos estudos.

Aos colegas da Gerência de Práticas Integrativas da Secretaria de Estado de Saúde, que acolheram e compreenderam o meu momento de produção do conhecimento.

A todos os colegas que tive o prazer de conhecer no Programa de Pós-Graduação em Bioética e no XIII Curso de Especialização em Bioética, em especial a Albany Ossege, Cleide Bernardes, Edivaldo Batista, Eduardo Barbosa, Ivone Laurentino, Juliana Panisset, Lincoln Benito, Mercedes Salamano e Saulo Feitosa.

A minha amiga e irmã do coração Verônica Ferrer, pela parceria e coragem dedicada às longas horas do nosso transporte pelas difíceis estradas de acesso à comunidade, bem como pelo colo a mim oferecido durante os momentos específicos desta jornada; a Débora Rangel, por compartilhar comigo os nossos medos e angústias na elaboração das nossas teses; aos estudantes de enfermagem Bárbara Ellen, Paulo Frazão e Raíssa Costa, pelo apoio e companheirismo durante as atividades da coleta de dados; a Camila Ferrer, pelo brilhante suporte oferecido no acesso ao programa estatístico de análise dos dados; ao Danilo Ferreira, que gentilmente nos guiou dentro da comunidade; aos proprietários da Pousada Morro Encantado, Ronan Lopes da Luz e Mariângela da Luz, e aos seus funcionários Geni Ferreira, Leônidas da Cunha e Madaliça das Virgens, que gentilmente me acolheram durante o tempo em que lá convivi; ao Sr. Francisco Gomes, que nos emocionou por tamanha generosidade ao oferecer oportunidades para aquela comunidade.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, estiveram presente em minha vida durante a elaboração desta tese.

A todas as vozes dos africanos e afro-brasileiros, que estiveram e estão unidos pela bandeira da libertação de suas vidas colonizadas na história da construção de nosso país.

## Epígrafe

*Que o perdão seja sagrado,  
Que a fé seja infinita,  
Que o homem seja livre.  
Que a justiça sobreviva*

Devotos do Divino, Ivan Lins

## Resumo

Esta tese discorre acerca da comunidade quilombola Kalunga, grupo étnico afro-brasileiro que ocupa, secularmente, a região do cerrado localizada entre rios, serras e vãos no Estado de Goiás, ao redor da Chapada dos Veadeiros. Tem como objetivo conhecer as condições relativas ao acesso à saúde por esta comunidade, à luz da Bioética de Intervenção, um instrumento de inclusão social comprometido com o complexo processo da democracia e dos direitos de cidadania de indivíduos, grupos e/ou segmentos que persistem sob a história de exclusão e de relações assimétricas na sociedade. É um estudo quanti-qualitativo, que possibilita trazer dados observáveis ao mesmo tempo em que se aprofunda na complexidade dos processos sociais. A amostra pesquisada foi de conveniência e participaram, voluntariamente, da pesquisa os líderes comunitários, os integrantes da comunidade e os gestores municipais de saúde. Para a coleta de dados, utilizaram-se ferramentas como questionário semiestruturado, entrevista e grupo focal com desenvolvimento de oficinas para aprofundar as discussões. A opção pelo uso de diferentes estratégias contribuiu para a análise e garantiu qualidade à pesquisa. O questionário socioepidemiológico foi composto por quatro eixos: dados do participante, caracterização do domicílio, caracterização da comunidade e tradição étnico-cultural. Para a entrevista, buscou-se levantar as questões específicas do acesso à saúde em relação a facilidades e/ou dificuldades, igualdade de oportunidade e justiça como equidade. Para o tratamento dos dados quantitativos, foi utilizado o programa estatístico Epi-Info 6.04, e para os dados qualitativos, o programa textual NVivo 10. Realizou-se análise de conteúdo, segundo Bardin, com discussões argumentadas à luz da Bioética de Intervenção tendo como base o princípio da igualdade, justiça e equidade, descrito pela Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Os resultados dos dados socioepidemiológicos apontaram para uma coerência entre a visão dos líderes e dos integrantes da comunidade em relação aos determinantes de vida e as condições de vulnerabilidades persistentes na comunidade. Já nos discursos provenientes das entrevistas e oficinas emergiram eixos principais, como: equidade em saúde, inclusão social, justiça distributiva, responsabilidade pública e políticas públicas. Constataram-se os seguintes aspectos: a comunidade quilombola Kalunga vive, em sua maioria, em condições de vulnerabilidades persistentes; há constante ameaça da perda da autonomia, da identidade cultural e territorial; os



integrantes da comunidade apresentam dificuldades de acesso aos serviços de saúde, devido à precariedade ou à inexistência de serviços estruturados de saúde, bem como dos serviços essenciais para manutenção do bem viver; são reduzidas as possibilidades de oportunidades; há precária articulação intersetorial; e é incipiente a participação política e a representação dos quilombolas nas instâncias de tomada de decisão ou espaços de poder. A instrumentalização da Bioética de Intervenção como um processo micropolítico de fortalecimento da autonomia, empoderamento, compromisso e corresponsabilidade dos sujeitos possibilita uma consciência transformadora para que estes lutem pelos seus interesses em prol da sua realidade concreta. Considera-se que o tema do acesso à saúde traz o empenho da saúde pública brasileira na garantia de maior atuação e a responsabilidade governamental no que tange à promoção da equidade em saúde. Acredita-se, portanto, que as políticas públicas devem buscar meios que diminuam as iniquidades e promovam uma sociedade mais justa e igualitária na área da saúde.

**Palavras-chave:** Equidade em Saúde; Desigualdades em Saúde; Justiça; Bioética; Políticas Públicas.

## **Abstract**

This dissertation depicts the Kalunga quilombola community, an Afro-Brazilian ethnic group, which has been located at the Cerrado region (Savanna) for over a century - between rivers, hills and valleys in the state of Goiás close to the Veadeiros Plateau. The study is intended at understanding the conditions in which this community has access to healthcare services, based on the Intervention Bioethics, a social inclusion instrument. IB is committed to the complex process of democracy and individual citizens' rights or those of groups and/or segments that still have to undergo the history of exclusion and asymmetric relations within the society. This is a quanti-qualitative study, which allows bringing on observable data at the same time it will delve into the complexity of social processes. The sample analyzed was based on convenience and participants included community leaders, who took part on a voluntary basis, as well as community members and municipal healthcare managers. For data collection, tools such as semi-structured questionnaires, interviews, and workshop-developed focal groups in order to deepen discussions. The choice for different strategies has contributed with the analysis and keeping research quality. The social-epidemiological questionnaire was comprised of four main axes: participant data, description of their dwellings, description of the community and ethnic-cultural tradition. For the interview, one has raised the specific issues related to healthcare, given ease and/or difficulties in access, equality of opportunities and justice as equity. In order to treat quantitative data, Epi-Info 6.04 was used and NVivo 10 was used for qualitative data. Content review was performed, according to Bardin, with discussions under the Intervention Bioethics, based on the principle of equality, justice and equity, as described in the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Findings from the social-epidemiological data have pointed towards a consistency between the view of leaders and that of the community members when it came to livelihood determining factors and the persistent vulnerability conditions within the community. In the discourses stemmed from interviews and workshops, major themes have emerged, such as equity in healthcare, social inclusion, distributive justice, public accountability and policy-making. The following aspects were observed: the Kalunga quilombola community lives mostly under persistent vulnerable conditions; there is a constant threat of losing their autonomy, cultural and territorial identity; community members find it difficult to access healthcare services,

either because they are precarious or unstructured, as well as essential welfare services; and they are confronted with reduced opportunities; there is little intersectoral coordination; and political participation is incipient as well as quilombola representation in decision making or power-holding bodies. Uncoupling Intervention Bioethics as a micropolitical process for granting more autonomy, empowerment, commitment and responsibilities among the subjects will lead to a changing level of awareness so that they fight for their interests towards their concrete reality. One considers that the topic access to healthcare brings about the effort of the Brazilian public health in ensuring more government actions and responsibility with regard to the promotion of equity in healthcare. Therefore, it is believed that policy-making should be aimed at reducing inequities and promoting a more fair and egalitarian society in health care services.

**Key words:** Equity in healthcare; inequalities in healthcare; Justice; Bioethics; Policy-making.

## Lista de Figuras

Figura 1 - Distribuição aproximada dos sítios dos territórios quilombolas - Projeto Geoafro .....	33
Figura 2 - Panorama da distribuição espacial por número de comunidades quilombolas certificadas no território nacional .....	33
Figura 3 - Registro municipais dos territórios quilombolas por Unidade de Federação - Projeto Geoafro.....	34
Figura 4 - Sítio Histórico e Patrimônio Cultural Kalunga. Base de dados: Superintendência de Geologia e Mineração do Estado de Goiás .....	39
Figura 5 - Diagrama dos princípios da DUBDH e sua inter-relação com as dimensões dos direitos.....	59
Figura 6 - Diagrama da inter-relação do princípio da igualdade, justiça e equidade com outros princípios universais da DUBDH .....	60
Figura 7 - Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas - CID10 - Município de Cavalcante .....	71
Figura 8 - Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas - CID10 - Município de Monte Alegre.....	71
Figura 9 - Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas - CID10 - Município de Teresina de Goiás.....	72
Figura 10 - Nuvem de palavra do Nó 1- Ser Kalunga.....	100
Figura 11- Nuvem de palavra do Nó 2 - Saúde .....	103
Figura 12- Nuvem de palavras do Nó 3 - Problemas da comunidade.....	105
Figura 13- Nuvem de palavras – Nó4: Acesso à saúde – Sub-Nós: Direito e Igualdade ao acesso .....	109
Figura 14- Nuvem de palavras. Nó 5: Protagonismo – Sub-Nós: Papel da liderança, Papel da Comunidade, Papel do Governo e Políticas Públicas .....	112

## Lista de Quadros

Quadro 1 - Estabelecimentos de saúde pública municipal .....	68
Quadro 2 - Relação de profissionais de saúde municipal – município de Cavalcante .....	69
Quadro 3 - Relação de profissionais de saúde municipal – município de Monte Alegre.....	69
Quadro 4 - Relação de profissionais de saúde municipal – município de Teresina de Goiás.....	70
Quadro 5- Nó 1: Ser Kalunga - Sub-Nós: Descendência, Valor, Região, Situação Social .....	145
Quadro 6- Nó 2: Saúde – Sub-Nós: Garantia de Direito e Bem-estar.....	147
Quadro 7- Nó 3: Problemas da Comunidade – Sub-Nós: Água, Comunicação, Cultural, Educação, Identidade, Luz, Saúde, Social, Terra, Trabalho..	148
Quadro 8- Nó 4: Acesso à saúde – Sub-Nós: Direito ao Acesso e Igualdade de Acesso .....	152
Quadro 9- Nó 5: Protagonismo – Sub-Nós: Papel da liderança, Papel da Comunidade, Papel do Governo e Políticas de Saúde .....	154

## Lista de Tabelas

Tabela 1- Frequência de participantes dos municípios de Cavalcante, Monte Alegre e Teresina de Goiás. ....	81
Tabela 2- Relação entre faixa etária e sexo dos participantes das entrevistas realizadas nos municípios Cavalcante, Monte Alegre e Teresina de Goiás. ....	82
Tabela 3- Estado civil e sexo dos participantes.....	83
Tabela 4- Número de filhos por família de cada participante.....	84
Tabela 5- Atividades ocupacionais e posicionamento dos participantes na comunidade.....	85
Tabela 6- Frequência e grau de escolaridade dos participantes .....	86
Tabela 7- Relação de renda mensal .....	86
Tabela 8- Uso do tabaco e ingestão de álcool pelos participantes da pesquisa .....	87
Tabela 9- Frequência da relação abastecimento de água.....	88
Tabela 10- Frequência do escoamento de esgoto .....	89
Tabela 11- Frequência do tipo de instalação sanitária .....	89
Tabela 12- Frequência da destinação do lixo nas comunidades quilombolas .....	90
Tabela 13- Frequência do tipo de casas construídas .....	91
Tabela 14- Frequência do tipo de piso das casas .....	91
Tabela 15- Frequência do tipo de telhado das casas .....	91
Tabela 16- Frequência da produção e aquisição de alimento .....	93
Tabela 17- Frequência de demarcação e titulação de terra .....	95

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**AQK** – Associação Quilombo Kalunga

**BI** - Bioética de Intervenção

**CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa

**CIB** – Comissão Intergestores Bipartite

**CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

**CS** – Centro de Saúde

**CONAQ** – Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas

**DUBDH** -Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**FCP** – Fundação Cultural Palmares

**FUNASA** – Fundação Nacional de Saúde

**INCRA** – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

**MCidades** – Ministério das Cidades

**MDA** – Ministério do Desenvolvimento Agrário

**MDS** - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

**MEC** – Ministério da Educação

**MIN** – Ministério da Integração Nacional

**MINC** – Ministério da Cultura

**MME** – Ministério das Minas e Energia

**MS** - Ministério da Saúde

**MTE** - Ministério do Trabalho e Emprego

**OMS/WHO** – Organização Mundial da Saúde

**ONGs** – Organização Não Governamentais

**PNSIP** - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

**PBQ** - Programa Brasil Quilombola

**SENAR** - Serviço Nacional de Aprendizagem Rural

**SEPPIR** - Secretaria de Políticas de Promoção e Igualdade Racial

**SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica

**SIM** – Sistema de Informação Municipal

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UNESCO** – Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>19</b>
<b>2. A POPULAÇÃO QUILOMBOLA</b>	<b>28</b>
2.1. POVO MARCADO, POVO FELIZ	28
2.2. ENTRE RIOS, SERRAS E VÃOS	32
2.3. RAIZ E RAMOS	38
2.4. ACESSO À SAÚDE	41
2.5. A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL– PROGRAMA BRASIL QUILOMBOLA (PBQ)	43
2.6. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN)	45
<b>3. MAPEAMENTO CONCEITUAL</b>	<b>48</b>
3.1. BIOÉTICA: VISÃO GLOBAL COMPROMETIDA COM O FUTURO	48
3.2. SOB O OLHAR DA BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO	51
3.3. TEORIA DA JUSTIÇA	53
3.4. DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS: IGUALDADE, JUSTIÇA E EQUIDADE	57
3.5. SAÚDE: EQUIDADE E JUSTIÇA	60
<b>4. OBJETIVOS</b>	<b>65</b>
4.1. GERAL	65
4.2. ESPECÍFICOS	65
<b>5. DESENHO METODOLÓGICO</b>	<b>66</b>
5.1. MATERIAL E MÉTODO	66
5.1.1. Tipo de Estudo	66
5.1.2. Descrição da Área do Estudo	67
5.1.3. Operacionalização do Estudo	72
5.1.4. Implicações Bioéticas	73
5.1.5. Amostra	73
5.1.6. Critérios de Inclusão	75
5.1.7. Fonte e Coleta de Dados	75
5.1.7.1. Questionário Semiestruturado	75
5.1.7.2. As Entrevistas	76
5.1.7.3. Grupo Focal: As Oficinas	77
5.1.7.3.1. <i>Tecendo a Rede</i>	78
5.1.7.3.2. <i>Os “Nós” da Rede</i>	78

5.1.7.3.3. <i>Desatando os “Nós” da Rede</i> .....	78
5.1.7.3.4. <i>Desdobramentos da Rede e dos “Nós”</i> .....	79
5.1.8. Análise das Variáveis.....	79
5.1.9 Questões Éticas.....	80
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>81</b>
6.1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS .....	81
6.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS E OFICINAS EM GRUPO FOCAL .....	98
6.2.1. Nó 1: Ser Kalunga .....	99
6.2.2. Nó 2: Saúde.....	103
6.2.3. Nó 3: Problemas da Comunidade em Relação ao Acesso à Saúde..	105
6.2.4. Nó 4: Acesso à Saúde: Sub-Nós: Direito e Igualdade de Acesso .....	109
6.2.5. Nó 5: Protagonismo: Sub-Nós: Papel da Comunidade, Papel da Liderança, Papel do Governo e Políticas Públicas .....	112
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO</b> .....	<b>116</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>121</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>127</b>
Anexo 1 - Autorização da Associação dos Quilombolas Kalunga .....	127
Anexo 2 - Aprovação do CEP/FS/UnB.....	128
Anexo 3 - Questionário .....	129
Anexo 4 - Roteiro da entrevista.....	133
Anexo 5 – Convite à comunidade para participação nas oficinas.....	134
Anexo 6 - Metodologia da Oficina .....	136
Anexo 7 – Formulário para anotações de campo.....	140
Anexo 8 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	141
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>144</b>
Apêndice A .....	144
Apêndice B .....	145
Apêndice C .....	147
Apêndice D .....	148
Apêndice E .....	152
Apêndice F .....	154
<b>EPÍLOGO</b> .....	<b>157</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Os caminhos da formação histórica do Brasil apresentam uma lacuna em relação aos braços negros, que contribuíram e contribuem, como parte essencial, para a construção desse país, ainda nos dias atuais. O resgate dessa verdade abrange a importância econômica, social, cultural e política da raça negra na identidade nacional brasileira e aproxima o tempo presente de um passado de lutas e resistências pertinentes à compreensão da vida do povo brasileiro, no qual se inserem os negros quilombolas, que procuram, desde a busca pela liberdade, reafirmar o valor do homem negro para a dignidade humana e a igualdade na sociedade do País.

Transcorridos 126 anos da abolição da escravatura no Brasil, as comunidades remanescentes de quilombos, embora reconhecidas e amparadas pela Constituição Federal, promulgada em 1988, como grupos étnicos de direito e patrimônio histórico-cultural, ainda sofrem sérias iniquidades, sendo um tema de relevância nacional.<sup>1,2</sup>

O termo quilombo, aportuguesado, é originário de *Kilómbò*, dos povos de línguas bantu, e pode significar lugar cercado fortemente, acampamento, agrupamento ou aldeamento. Na contemporaneidade, o termo veio assumindo novos significados, não se referindo a resquícios, mas a grupos étnicos com um tipo de organização política e econômica com valores compartilhados, os quais conferem pertencimento histórico, cultural.<sup>2</sup>

As comunidades negras afro-brasileiras - urbanas e rurais - denominadas quilombolas ou quilombos contemporâneos fazem parte de uma das grandes questões emergenciais da sociedade brasileira. Ao longo do tempo, essas comunidades vêm resistindo a influências externas e lutando pela inclusão social por meio das ações de atenção integral.

A questão da formação dos quilombos é bastante discutida em relação ao caráter social, libertário e político dos negros que romperam com os ditames do sistema escravagista para se organizarem coletivamente numa sociedade pautada por princípios de liberdade, igualdade, dignidade e justiça. Nesse espaço de

movimento social ocupado por homens, mulheres e crianças negras, que resistiram à exploração, foi-se constituindo um território de vozes fortalecidas que ecoaram contra a ação do opressor.<sup>2, 3, 4, 5</sup>

Os quilombolas vivem em espaços comunitários étnicos organizados e ocupados, secularmente, em diversos estados do País. Nesses espaços de vivência coletiva, foi gerada a identidade desse povo, a qual talvez seja a marca de sua sobrevivência como um espelho de um país que ainda precisa reconhecê-lo para além da história de luta e resistência, preciosa e viva, da população negra.

Rememorando o fim do período colonial, os negros livres e seus descendentes eram o segmento da população que mais crescia no País, fato que implicou o desenvolvimento de uma população coletiva no meio rural. Estimativas apontam que, no território brasileiro, existem cerca de cinco mil comunidades quilombolas, embora estejam certificadas um pouco mais da metade. Tais comunidades também são encontradas em países como Colômbia, Equador, Suriname, Honduras e Nicarágua, expondo uma realidade latino-americana.<sup>2, 3, 4, 5</sup>

No Brasil, o local do antigo Quilombo dos Palmares, instalado na Serra da Barriga em Alagoas, decretado como patrimônio histórico do País (1984), foi o maior território de organização social e política dos negros. O movimento palmarino, iniciado no século XVII, liderado por Ganga Zumba (1670) e por Zumbi (1680), afirmou à consciência negra sua identidade existencial.<sup>2, 3, 4, 5</sup>

O processo de escravidão colocou os homens e mulheres negros em condição de mercadoria e subordinação. Essa exploração dos negros reflete-se até os dias atuais na vida de diversos grupos que veladamente se encontram segregados, sobretudo os negros que vivem em territórios rurais, pois muitos se encontram em situação de esquecimento social, isto é, não possuem acesso a bens e serviços, como a educação, saúde, cultura e o direito à terra, entre outros.<sup>2, 3, 4, 5</sup>

A defesa dessas comunidades vai-se constituindo a partir da demanda que surge por meio de movimentos e instituições - governamentais ou não - que vêm propondo a inclusão de debates, políticas e legislações para promoção da igualdade e da proteção dos direitos dos descendentes de matrizes africanas. Neste processo de luta por seus direitos, “homens e mulheres quilombolas vão superando a invisibilidade e evidenciando mais uma face da diversidade sociocultural do Brasil”.<sup>5</sup>

A criação da Fundação Cultural Palmares (1988), vinculada ao Ministério da Cultura, o órgão de assessoramento da Presidência da República à Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (2003), representa conquistas emblemáticas e serve de apoio para fortalecer a discussão em torno da ascensão social da população negra, além de articular políticas públicas com medidas de ações afirmativas que objetivam atingir uma igualdade para essa população historicamente marginalizada.<sup>6,7</sup>

O esforço de elaborar políticas públicas brasileiras numa perspectiva social pode ser observado baseado em concepções de igualdade. O princípio da igualdade está descrito nas constituições do País, desde a época imperial, e é entendido como tratar de forma igual os iguais e desuniforme os desiguais no sentido de promover a equidade para o alcance da justiça. Apesar disso, a situação social dos negros não melhorou com a república, pois as estatísticas revelam grandes desigualdades acerca da inclusão dos negros na sociedade brasileira.<sup>6,7</sup>

A população negra brasileira corresponde à segunda maior do mundo fora do continente africano, pois foram declarados pretos ou pardos mais de 50% da população nacional pelo último censo demográfico (2010). Em geral, essa população, do ponto de vista econômico e social, é mais pobre e menos instruída que o restante da população brasileira, recebe menos de dez salários, vive nas periferias dos centros urbanos com baixa cobertura de saneamento, sofre discriminação e é mais vulnerável à violência e a doenças.<sup>8</sup>

O Sistema Único de Saúde (SUS), na implementação do Pacto pela Saúde, *compromete-se com o combate às iniquidades de ordem sócio-econômico-cultural que atingem a população negra brasileira.*<sup>9</sup> A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIP), aprovada pela Comissão Tripartite em 2006 e publicada pela Portaria nº 992/2009<sup>10</sup>, encontra-se embasada nos princípios constitucionais da cidadania, dignidade da pessoa humana, igualdade de direitos, repúdio ao racismo e à discriminação; além disso, prioriza a redução das desigualdades étnico-raciais, tendo em vista que os princípios citados são determinantes sociais das condições de saúde.<sup>11</sup>

Dessa forma, a criação da PNSIPN veio consolidar ações e planos voltados para a atenção à saúde desta população, que ainda persiste sob um quadro de

desigualdades ao longo da história do Brasil. Assim, efetivar o direito humano à saúde da população negra é também um marco constituído pela luta para o estabelecimento de padrões de equidade étnico-racial e de gênero na política de saúde do País.<sup>11</sup>

No entanto, cabe refletir até que ponto a implantação de políticas e programas do sistema de saúde direcionados às comunidades negras - urbanas e rurais - está qualificada a traduzir as suas reivindicações e a ampliar a equidade ao acesso, tornando os membros dessa comunidade protagonistas para escolher suas prioridades frente às necessidades de produção de saúde, respeitando o caráter étnico-cultural e reafirmando o princípio da universalidade do SUS.<sup>9</sup>

Nessa perspectiva, a Bioética, traduzida como ética da vida, dá voz aos conflitos e dilemas relacionados aos valores que surgem nas relações com a vida humana, entrecruzando o diálogo das questões sociais, sanitárias e ambientais com os direitos humanos e a dignidade humana. O surgimento da Bioética - do conceito grego *bio* (vida) e *ethos* (ética) -, conforme descrito por Van Ressenlaer Potter, constituiu o ramo da ética por um *corpus* de conhecimento muti-inter-transdisciplinar, que, desde a década de 1970, preocupa-se com um conjunto de premissas e compromissos, tendo o enfoque na ética global, ou seja, no sentido de gerar uma sociedade sustentável para as gerações atuais e futuras, tendo em vista que o desenvolvimento humano encontra-se sob uma forte cultura com padrões dominantes de produção e consumo, de crescimento populacional sem precedentes, de devastação do ecossistema, de desenvolvimento biotecnológico e de iniquidades sociais.<sup>12, 13, 14</sup>

Embora tenha surgido nesse contexto, sua difusão e consolidação mundial, no meio acadêmico e científico, deu-se por uma visão mais normativa na linha principialista, ou seja, dos quatro princípios enunciados por Beauchamp & Childress no livro *Principles of Biomedical Ethics* (1979) e divulgados pelo Instituto Kennedy da Universidade de Georgetown (USA) - autonomia, beneficência, não maleficência e justiça - que passaram a ser utilizados pelos bioeticistas norte-americanos e europeus como o melhor modelo para resolução de conflitos morais. Mais tarde, devido à influência dos problemas emergidos da diversidade da vida cotidiana, em especial nos países do Hemisfério Sul, e com a incorporação de novas tecnologias e

reiterando as concepções de Potter, ocorreram mudanças fundamentais no contexto da Bioética, uma vez que a teoria principialista, por si só, tornou-se insuficiente para analisar os macroproblemas éticos que são estabelecidos pelas desigualdades verificadas no mundo, entre os países ricos e pobres.<sup>14, 15, 16</sup>

No IV Congresso Mundial, realizado em Tóquio (1998), e VI Congresso Mundial de Bioética, realizado em Brasília (2002), a temática da Bioética global, poder e injustiça trouxe à tona a necessidade de incorporar ao campo da reflexão e ação temas políticos, econômicos e sociais que se agudizam frente às flagrantes desigualdades entre as nações. A partir desse ponto, há um rompimento com a Bioética colonizada, e os bioeticistas latino-americanos dispuseram-se à elaboração do *Estatuto Epistemológico de Bioética* (2004), constituindo uma ferramenta compromissada com as questões advindas da realidade concreta na América Latina e Caribe.<sup>15, 16, 17</sup>

No ano de 2005, com a homologação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), são incorporadas na agenda Bioética matérias como a vulnerabilidade humana, preconceito e não discriminação, iniquidades sociais e sanitárias, diversidade e pluralismo, solidariedade e cooperação, responsabilidade social, proteção das gerações e do meio ambiente.<sup>18</sup>

Para os dilemas enfrentados na América Latina e Caribe, a Bioética volta o olhar para as contradições sociais, enfatizando uma abordagem relacionada à equidade e à justiça, incentivando o empoderamento dos cidadãos para o exercício da cidadania. Desta feita, fez-se necessária a inclusão dos diversos campos dos saberes para dar voz ao contexto histórico-cultural numa sociedade plural. Esta Bioética situa-se na argumentação da participação da sociedade civil para propor soluções que venham privilegiar o bem-estar de pessoas e comunidades. Para tal, exige um esforço da sociedade no discernimento entre o individual e o coletivo, entre a autonomia e a justiça, individualismo e solidariedade, entre as mudanças superficiais e concretas, entre neutralidade e a politização.<sup>19, 20</sup>

Sob essa ótica, origina-se a Bioética latino-americana e brasileira, que reafirma o dizer de Garrafa,<sup>13</sup>

... cresce de importância no que diz respeito à análise das responsabilidades sanitárias e à interpretação histórico-social mais precisa dos quadros epidemiológicos, como também é essencial na determinação das formas de interpretação a ser programadas, nas questões ambientais, na formação de pessoal sanitário e outros, na responsabilidade dos Estados frente aos cidadãos. (p14)

Considera-se que, atualmente, esta Bioética não universalizada e contextualizada procura um comportamento ético responsável por parte daqueles que têm o poder na tomada de decisões, respeitando o pluralismo moral, estruturando a sua interpretação na realidade concreta e tendo um discurso coerente e tolerante para a busca de consenso.<sup>12, 13</sup>

Assim, os bioeticistas brasileiros levaram os debates para além dos conflitos estabelecidos nas relações de assistência médico-paciente e ingressaram nos domínios das políticas públicas por considerar o Brasil um país onde profundas desigualdades produzem acessos diferenciados da população a bens e serviços sociais.<sup>19, 21, 22</sup>

Neste contexto, volta-se para o campo de atuação social, descrito como situações emergentes e situações persistentes, delineia-se o surgimento da Bioética de Intervenção proposta por Garrafa & Porto (2003), da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. A Bioética da Intervenção vem aprofundar as reflexões e gerar discussões democráticas sobre a temática, desde as inovações biotecnocientíficas até as questões seculares que repercutem na vida humana, ao longo de sua existência, relacionadas aos problemas que reduzem à população o acesso de melhores condições de vida e bem-estar. Na saúde, a parcela da população mais vulnerável, em piores condições de vida, é a que tem menor possibilidade ao acesso e, conseqüentemente, está mais suscetível ao adoecimento, à mortalidade e à menor qualidade de vida<sup>19, 22</sup>

E, exatamente, 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. Entre os vários problemas, destacam-se a discriminação racial, a pobreza extrema, as tensões nas



fronteiras de terras com as invasões, 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.<sup>23</sup>

As péssimas condições de vida em que vivem as comunidades afrodescendentes, em especial os quilombolas Kalunga, levam-nos à reflexão sobre o papel do Estado na proteção dessas populações, enfatizando que estas são consideradas vulneráveis e que, portanto, são formalmente tuteladas pelo Estado. Dessa forma, a União tem a obrigação de protegê-las de acordo com preceitos constitucionais, proporcionando-lhes o acesso aos bens e serviços comumente disponibilizados aos não quilombolas.

Existe uma gama de dificuldades que estão presentes no dia a dia dos quilombolas. As dificuldades perpassam as más condições de vida, insuficiência da cobertura da assistência e a distribuição de recursos, objetos desta tese. Entre as dificuldades apontadas, está a do acesso à saúde.

Falar do acesso à saúde é remeter à questão da justiça no próprio sistema de saúde brasileiro, pois a necessidade da atenção, a disponibilidade dos serviços de saúde, a garantia da qualidade do sistema e a alocação de recursos são desiguais no território nacional. Aliadas a isso estão as profundas desigualdades socioeconômicas e culturais, a proteção social segmentada e o modelo assistencial privatista sendo um dos principais desafios para afirmação da saúde como direito de cidadania nacional.

É nesse contexto que se aproxima a Bioética da Saúde Pública, quando se preocupa com a mais expressiva bandeira reivindicatória da Reforma Sanitária (1970) e evoca o princípio da equidade e justiça social para a construção de uma sociedade comprometida com a proteção e promoção das condições de vida e de saúde de seus membros dentro do Estado que garante a universalidade do acesso à saúde. A saúde passa a ser vista como uma questão de ordem pública e política, e o Estado há de ter como prioridade a proteção do direito à saúde de seus cidadãos

como um fato constitucionalmente prescrito, ou seja, uma questão de direito social fundamental.<sup>19, 21</sup>

Na perspectiva da universalização do acesso à saúde e das ideias fundamentais implícitas na cultura política pública da sociedade democrática, o aporte da concepção de justiça descrita por John Rawls, em sua obra *Teoria da Justiça* (1971) refere-se à estrutura básica da sociedade tendo como ideia principal um pacto original no qual as pessoas livres e iguais entram em cooperação social e escolhem juntas os direitos e deveres fundamentais e a forma da distribuição de benefícios, poder e oportunidade, abrindo mão de seus próprios interesses. Entretanto, há quem questione se isto é tipicamente marcado por um conflito de interesses, pois, para beneficiar alguns, cada qual deverá abrir mão de uma fatia maior por uma fatia menor de benefícios. Além disso, para que se engajem em uma prática de cooperação social, as pessoas devem ter um grau mínimo essencial de senso de justiça e de concepção de bem. Apoia-se que os princípios da justiça escolhidos sob o “véu da ignorância” - ninguém deverá conhecer o lugar que ocupa na sociedade, suas habilidades, sua sorte ou concepção de bem - garantem a simetria das relações para com todos, já que ninguém será mais favorecido que o outro, pois as partes serão mutuamente desinteressadas.<sup>24</sup>

Na publicação de sua obra *Justiça e Democracia* (1978), o autor evoluiu sua opinião e agregou outras observações, de tal forma que se justifica a concepção da justiça equânime como uma concepção política da justiça para uma sociedade que se caracteriza pelo pluralismo. Presume-se, então, a ideia de que a justiça como equidade é válida para uma sociedade democrática constitucional, pois se dá por meio de acordos ou arranjos sociais pactuados em uma sociedade encarada como um sistema de cooperação equitativa com vantagem mútua e com cidadãos considerados pessoas livres e iguais. Pode-se assim resumir que, para a teoria rawlsiana, uma sociedade que satisfaça os princípios da justiça como equidade terá seus cidadãos mais autônomos, protagonistas e reflexivos e mais capacitados a terem um senso de justiça social.<sup>25</sup> A teoria, todavia, limita-se, pois a ideia em que Rawls se baseia deixa de lado as questões relativas às pessoas, não considera questões de justiça em sociedades que ainda não atingiram o nível de organização, como também, não impede conflitos entre vários bens primários distribuídos.

Pensar em casos nos quais algumas sociedades encontram-se em absoluta escassez é também entrar no debate em torno da justiça social e sanitária no Brasil. É trazer à tona a complexidade do setor saúde e de suas políticas, considerando que a saúde sempre foi deixada na periferia do sistema do Estado brasileiro, tanto no que diz respeito à solução dos macroproblemas sanitários que afligem a população, quanto na destinação de recursos financeiros para este setor. A abrangência proposta para a implantação do SUS frente à existência de desequilíbrios socioeconômicos em todos os estados e municípios brasileiros faz necessária a elaboração de efetivas políticas de saúde as quais venham viabilizar o sistema, nas três esferas de poder, em benefício de toda a população.

Não podemos, portanto, perder a história. É preciso ampliar a discussão do direito à saúde, levando-se em conta a universalidade do acesso à saúde, que ainda não se efetivou, para toda a população brasileira. Essa discussão é necessária haja vista a luta da população quilombola pela igualdade de direitos, pela redefinição da identidade de seu povo, pelo reconhecimento da territorialidade, pelo convívio com respeito à diversidade e dignidade humana, pela equidade na saúde. Isto implica um diálogo bioético que seja a base para a tomada de decisão, ou seja, que privilegie o princípio da justiça como equidade.

É no cenário de terra firme entre rios, serras e vãos do nordeste goiano, onde o grande destaque são os quilombolas Kalunga, descritos como a comunidade mais persistente e de maior expressão cultural, que esta tese propõe demonstrar a abrangência da Bioética de Intervenção como um instrumento de inclusão social a ser disponibilizado para pautar as discussões e debates acerca da temática do acesso à saúde para esta comunidade negra nos diferentes espaços de poder. Tem-se a noção de que há muito da história diferente a ser contada, escrita e reescrita.

## 2. A POPULAÇÃO QUILOMBOLA

Para proporcionar a compreensão de algumas ideias relacionadas ao tema da tese, esquematizou-se uma subdivisão a partir de um breve resgate histórico do negro no Brasil, passando pela descrição do povo quilombola e da comunidade Kalunga até as políticas afirmativas de atenção à saúde dos negros no País.

### 2.1. POVO MARCADO, POVO FELIZ

A diversidade populacional e multicultural brasileira é uma característica conhecida e referenciada em todas as análises das ciências sociais e estudos antropológicos contemporâneos. Em um país onde mais da metade da população é caracterizada como afrodescendente, é incompreensível a ausência do reconhecimento e da valorização dessa identidade étnica e cultural, bem como a tendência de atribuir ao negro um papel secundário, de coadjuvante.<sup>26</sup>

Expoentes da historiografia brasileira - como Joaquim Nabuco, Capistrano de Abreu, Florestan Fernandes, Gilberto Freyre, Sérgio Buarque de Holanda, Edison Carneiro, Nina Rodrigues - e ativistas defensores da igualdade para as populações afrodescendentes no Brasil - a exemplo de Abdias Nascimento, Beatriz Nascimento, Clóvis Moura, Makota Valdina, Milton Santos, entre outros - romperam o véu que omitiu as informações sobre os saberes e fazeres da cultura africana e problematizaram a questão do negro no Brasil. Procuraram mostrar que a percepção social da cor não é mais do que uma construção sociopolítica, imposta pelo sistema escravagista no mundo, como definidora de um processo de racialização para segregar povos e perpetuar a condição de dominação e a submissão.<sup>26</sup>

A migração forçada do negro para o 'Novo Continente' não lhe permitiu assimilar outra cultura de forma livre, pois, separado de seu mundo, foi afastado de suas raízes, tribos, línguas e tradições, e usurpado de suas riquezas e conhecimentos próprios. Em razão dessa circunstância, o negro teve sua cultura perturbada e seus valores prejudicados em sua completa autenticidade, pois *a história nos revela a submissão, desvalorização, desumanização e desqualificação,*

*como também o não-reconhecimento simbólico das tradições, saberes e fazeres do povo afrodescendente.*<sup>27</sup>

A chegada dos negros ao Brasil, a partir de 1530, trazidos no tráfico atlântico e vendidos em escalas crescentes por mercadores, tornou-se um negócio lucrativo para especuladores e traficantes que perdurou por mais de três séculos. Mais de nove milhões de africanos desembarcaram no continente americano entre os séculos XVI e XIX na condição de escravos. Nesse período, chegaram à América Portuguesa aproximadamente quatro milhões de negros oriundos de diferentes nações da África Ocidental Atlântica para serem escravizados. A retirada dramática e violenta dos africanos de sua comunidade com deslocamento para terras distantes foi a solução europeia encontrada para o povoamento do Novo Mundo. Os migrantes forçados foram submetidos a toda sorte de barbáries, como maus tratos, precárias condições de vida, exposição a fatores de risco, alto índice de mortalidade e baixa expectativa de vida. Naquela ocasião, até os catequizadores pregavam que o negro retirado da “África Pagã” encontraria a salvação no “Brasil católico”, ao mesmo tempo em que acreditavam na ideia da cruzada contra a selvageria e barbáries de onde proviam e acresciam ao sermão o conceito de civilização. Até a proibição em 1850, com a promulgação da Lei Euzébio de Queiroz, o tráfico negreiro contribuiu com grandes fortunas no País.<sup>28</sup>

Não há dúvidas de que foram os escravos africanos, seus descendentes e os indígenas que desbravaram nossas matas e ergueram os vilarejos nos locais mais distantes do território brasileiro. No caminho da interiorização colonizadora, levados pela busca do ouro e outras preciosidades, pela criação de gado e exploração do sertão, os negros guerrearam com os nativos, mas se associaram a estes quando necessitaram enfrentar e combater todo o tipo de exploração e dominação organizadas pelas autoridades coloniais portuguesas. Nessa ocasião, houve a formação dos quilombos, que visavam garantir a sobrevivência da nação negra no País.<sup>28</sup>

Sem dúvida, a escravidão deixou muitas marcas, e um passado de esquecimento relegou ao negro um caminho velado e silenciado pelo preconceito, discriminação, injustiça, desigualdade e iniquidade e reforçou a atitude excludente às melhores oportunidades e condições de vida. *Se a raça negra nos deu um povo,*

como descrito por Nabuco, então ao negro brasileiro devemos garantir a promoção da igualdade com a finalidade de resgatar as injustiças pretéritas, que se estendem até os dias atuais. O caldeamento das raças na constituição de um tipo brasileiro e a imagem ilusória de um país onde inexistia o preconceito racial, com ilimitadas oportunidades a todos os imigrantes independentemente da 'linha de cor', remetem à herança fecunda da ideologia colonial manifestada por diversas vozes, ainda hoje, na realidade brasileira.<sup>28</sup>

A esse fato, soma-se também a ideia que se há instalada no imaginário social, quando se caracterizam as conformações sociais do negro no quilombo à escravidão, fuga, ocupação e resistência como definição clássica para as comunidades quilombolas. Dessa forma, foi necessária a revisão de conceitos sobre os grupos remanescentes de comunidades quilombolas que assinala uma visão ampliada mais recente em consonância com o conceito antropológico, que considera as diversas origens e histórias, enfatizando os elementos da identidade étnica e territorialidade à condição desses grupos. Um grupo étnico pode ser definido com base sua na identidade cultural e linguística, que compartilha uma origem comum ao longo das gerações e exibe uma continuidade histórica no tempo, em uma determinada contiguidade territorial, projetando-se como um povo.<sup>4, 5, 29</sup>

A comunidade quilombola tem um destaque histórico no País, pois o remete a um passado heroico de um povo que se rebelou contra o sistema escravocrata. O quilombo foi, essencialmente, um movimento coletivo de massa caracterizado por uma forma de organização político-social e por uma identidade étnica traduzida por elementos culturais e religiosos que os distinguem na sociedade. Segundo Carneiro, constituíram principais exemplos de processo contra-aculturativo e estratégia de reafirmação e preservação das culturas africanas sem a dominação senhorial.<sup>30</sup> Portanto, pode-se dizer que os quilombos foram um acontecimento singular na vida nacional. Um exemplo histórico é o Quilombo dos Palmares, localizado na serra da Barriga, entre os Estados de Alagoas e Pernambuco, tendo com maiores referências as figuras de Ganga-Zumbae Zumbi.

O Quilombo de Palmares foi um *Estado negro* formado por colunas de escravos fugitivos dos estados de Bahia, Sergipe, Alagoas e Pernambuco em busca da liberdade. Os escravos que conseguiam chegar até Palmares, cujo nome remete

a palmeiras, ocuparam uma vasta área de floresta de grandes dimensões. Habitavam em pequenos ajuntamentos de casas primitivas denominados mocambos e conviviam sob a liderança de um chefe de maior prestígio.<sup>30</sup>

Essa microssociedade formada a partir dos quilombos foi desprovida, por questões históricas, do acesso às políticas públicas e aos direitos constitucionais. A incorporação de uma identidade recontextualiza os processos que, ainda hoje, deflagram uma relação de diferença, principalmente relativa às questões de poder, pois *quem é obrigado a reivindicar uma identidade, encontra-se necessariamente em posição de carência e subordinação*.<sup>5</sup> Somente na segunda metade do século XX, com os movimentos negros que se revelaram, ocorreram iniciativas para a valorização da negritude e promoção da consciência negra no País. A partir de então, planos de ação contra o racismo, o preconceito e a discriminação social geraram propostas afirmativas para a difusão da história e da cultura negra e para a inclusão de políticas públicas voltadas para as reivindicações desta população no Brasil.<sup>6,7</sup>

O País debruçou-se a legislar sobre um conjunto de direitos que se ocupam da igualdade individual, coletiva, política, social, cultural, educacional e sanitária para a valorização e o desenvolvimento das comunidades fragilizadas pelas iniquidades. Após o ousado movimento deflagrado pelas mobilizações sociais favoráveis à promoção da igualdade/equidade racial e incorporados pela Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial, coube às três esferas de governo e à sociedade civil organizada envidarem esforços a fim de proporcionar a incorporação dos direitos garantidos pela Constituição Federal. A proposta do governo em resgatar as comunidades tradicionais - indígenas e negras - que resistem ao longo dos tempos em manter suas tradições é de importância capital ao debate mais complexo no contexto brasileiro, no sentido de comprometer-se por meio da justiça social ao alcance da equidade para esses herdeiros e sobreviventes como um real problema a ser equacionado, por toda a sociedade brasileira.<sup>7</sup>

As expectativas dos quilombolas tornaram-se, também, as do governo e as do povo brasileiro: reconstruir a história por meio de políticas imprescindíveis para a ressignificação da diversidade cultural brasileira a caminho de uma sociedade mais democrática, na qual os descendentes de matrizes africanas possam, de fato, ser

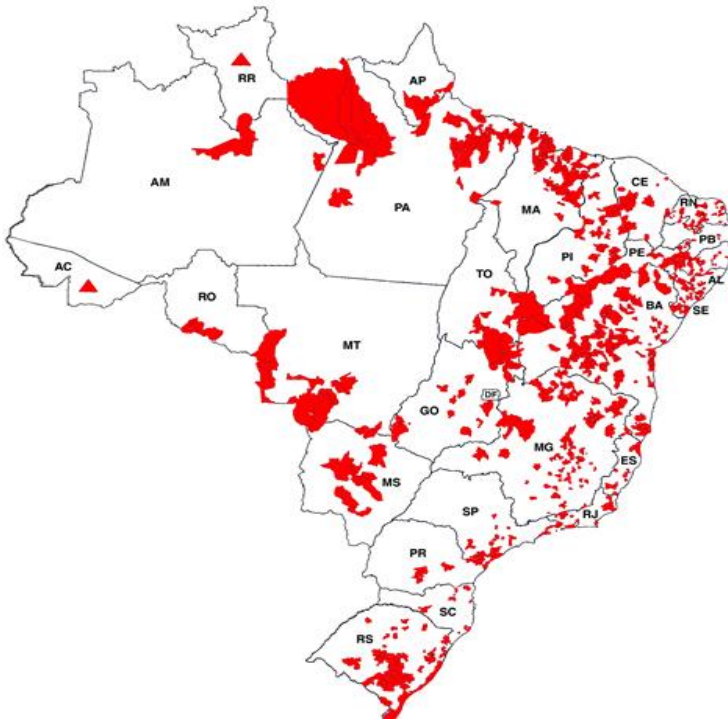
cidadãos brasileiros. A identificação de fatores que possam interferir positiva ou negativamente é de fundamental importância na busca da concretização do atendimento dos direitos dos quilombolas. Nesse sentido, estas comunidades passaram a fazer parte da agenda de discussões, as quais representam esses povos na sua efetiva inserção cidadã.<sup>7</sup>

## 2.2. ENTRE RIOS, SERRAS E VÃOS

Existem comunidades quilombolas em 24 estados - de norte a sul - no território brasileiro. Segundo dados da Fundação Palmares, existem aproximadamente mais de cinco mil quilombos - urbanos e rurais - sendo que em números há uma estimativa de 214 mil famílias com 1,17 milhão de quilombolas, sendo que 1.948 comunidades são reconhecidas oficialmente, 1.634 certificadas, 1.167 processos de titulação e 193 comunidades tituladas no País.<sup>31, 32</sup>

O recurso das imagens cartográficas a seguir, elaboradas pelo geógrafo Anjos<sup>33</sup>, possibilita um panorama geral da distribuição espacial dos quilombos que foram constituídos ao longo dos séculos, bem como a constatação de quanto este país é formado por negros quilombolas. Na Figura 1, observa-se uma distribuição mais concentrada nas áreas iniciada no norte do Estado do Pará, passando por todos os estados da região Nordeste, Minas Gerais e Goiás. Há concentrações mais dispersas nos estados de Mato Grosso e São Paulo indo até o Sul do País. Na Figura 2, é mostrada a relação da constituição dos sítios por número de quilombos, enquanto que na Figura 3 é mostrado o registro municipal dos quilombos nos estados brasileiros, sendo destacados 124 quilombos no Estado de Goiás.





Fonte: UnB Agência(2012) <sup>33</sup>

Figura 1 - Distribuição aproximada dos sítios dos territórios quilombolas - Projeto Geoafro

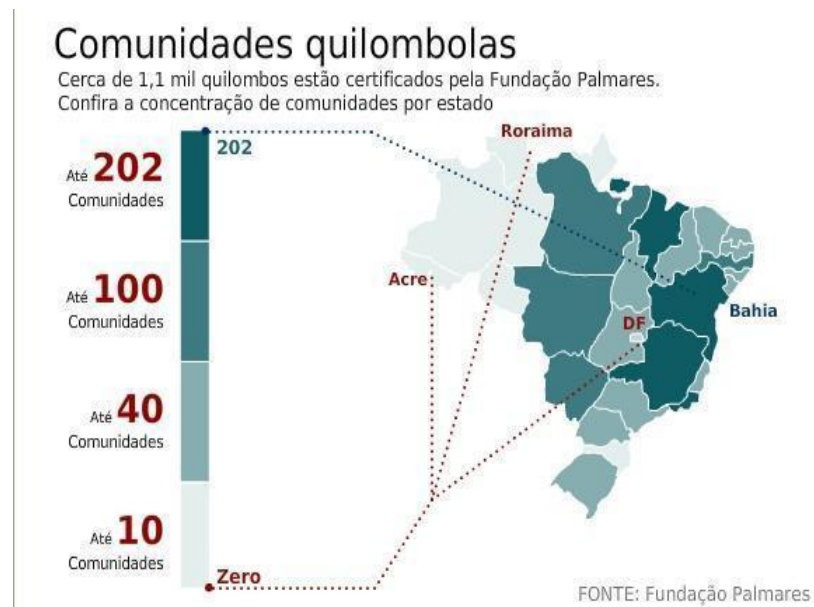
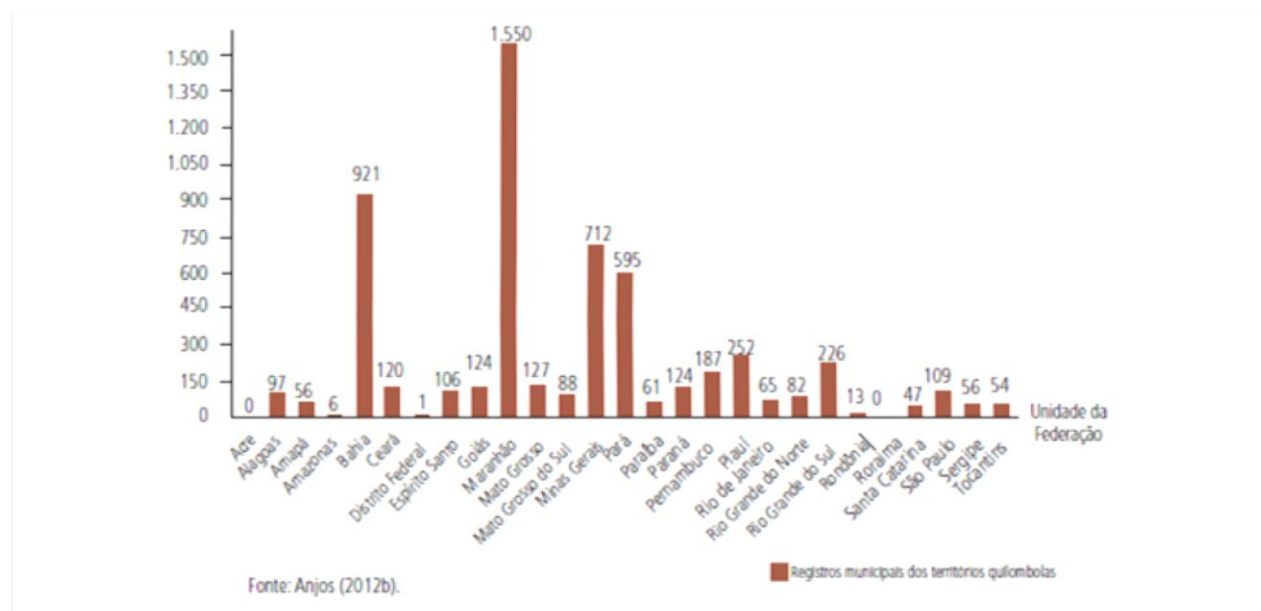


Figura 2 - Panorama da distribuição espacial por número de comunidades quilombolas certificadas no território nacional



Fonte: Anjos (2012)<sup>33</sup>

**Figura 3 - Registro municipais dos territórios quilombolas por Unidade de Federação - Projeto Geoafro**

O território dos quilombos foi uma condição essencial para os registros da história, da experiência pessoal e grupal das matrizes africanas no País, uma vez que nesse espaço os negros procuraram reconstituir suas crenças e seus valores no sentido de reforçarem a identidade cultural e o sentimento de pertencimento, mesmo diante das leis provinciais que ordenavam graves punições contra todo e qualquer agrupamento formado por mais de cinco escravos fugidos. A característica de resistência dos negros nos quilombos aos inúmeros ataques organizados pelo domínio colonial é marca profunda aberta nas veias da sociedade brasileira.

A partir da organização territorial dos quilombos dependiam as estratégias importantes à sobrevivência dos negros escravos que se rebelaram contra a escravidão e fugiram dos engenhos, das fazendas e das minas. As distâncias geográficas que ninguém podia alcançar, a topografia acidentada entre as serras para dificultar a localização e manter um sistema de vigilância próprio, a qualidade das terras nos vãos e a abundância da água dos rios - para o plantio de subsistência e a pesca - foram fatores determinantes na fixação dos negros e na formação dos quilombos.<sup>34</sup>

Elegemos como foco desta pesquisa as comunidades quilombolas instaladas em áreas rurais na região do cerrado, no nordeste do Estado de Goiás, onde residem cerca de oito mil afrodescendentes denominados Kalunga. A comunidade Kalunga encontra-se na região da Chapada dos Veadeiros, espalhada às margens do rio Paranã, entre os estados de Goiás e Tocantins. A extensa área territorial localizada entre serras, morros, vãos, minas e rios é considerada uma das mais preservadas em todo o bioma do cerrado. O território Kalunga é cercado pelas serras do Mendes, Mocambo, Mangabeira, Bom Jardim, Areia, São Pedro, Moleque, Boa Vista, Contenda, Bom Despacho, Maquiné e Ursa. As encostas íngremes, os paredões de pedras, os caminhos estreitos e tortuosos, a fauna e a flora com os buritis indicando a presença de água e as inúmeras cachoeiras tornam a paisagem deslumbrante, embora com acessos difíceis de ultrapassar.<sup>35</sup>

No Estado de Goiás, existiram 12 comunidades quilombolas – Acaba Vida, Ambrósio, Cedro, Forte, Kalunga, Mesquita, Mequém, Papuã, Pilar, São Gonçalo, Tesoura e Três Barras - sendo que o quilombo Kalunga sempre foi o maior representante desse grupo no Estado. Algumas dessas comunidades foram destruídas em lutas, já outras sobreviveram até os dias atuais.<sup>36</sup>

Na região do nordeste do Estado, encontram-se 62 comunidades quilombolas Kalunga identificadas nos municípios de Cavalcante, Monte Alegre e Teresina de Goiás, a aproximadamente 330 km de distância da capital do Distrito Federal, Brasília. No Estado do Tocantins, os agrupamentos registrados, denominados Kalunga de Mimoso, estão distribuídos entre os municípios de Arraias e Paranã. A divisão da identidade territorial com a criação do Estado de Tocantins (1989) interveio na qualidade de vida e nos laços de parentela da comunidade Kalunga.<sup>23,</sup>

29, 37

Os quilombos Kalunga foram formados, inicialmente, pelos escravos que escaparam da repressão e, mais tarde, por negros alforriados ou por aqueles que já eram livres e que foram viver naquela região. Os negros de predominância *bantu*, provenientes da África Subsaariana de diferentes subgrupos étnicos, quando chegaram à Chapada, encontraram-na habitada por índios de diversas nações, sendo que alguns povos indígenas recuaram para mais longe, enquanto outros adquiriram confiança nos negros para aproximação, fato que gerou relações inter-

raciais. A comunidade hoje existente formou-se entre quilombolas, índios, posseiros, proprietários de terras e outros que adentraram os sertões, levando ao aumento da população local.<sup>35</sup>

O período da mineração no Brasil Colonial - ciclo do ouro – impulsionou expedições de explorações na rota das minas de Goyases e atraiu as migrações para esta região do território brasileiro. Assim, determinou-se o desenvolvimento da lavoura e pecuária, com a conseqüente prosperidade das fazendas e com a formação dos arraiais. O desbravamento desse interior e a ocupação das terras ao redor do vale do Paranã contribuíram para o povoamento do Estado de Goiás, uma vez que se formaram vários municípios, entre os quais Monte Alegre, Cavalcante e Teresina de Goiás, que hoje incorporam o *Sítio Histórico e Patrimônio Cultural Kalunga*.<sup>29, 35</sup>

Nos confins da Chapada, a ocupação espacial do território foi-se constituindo pela divisão equitativa, sendo que cada família quilombola teve seu pedaço de terra - de uso comum - que garantia o seu sustento. A terra era considerada um espaço sagrado que não poderia pertencer a uma só pessoa para habitação e vida, portanto não havia preocupação com propriedade, titulação e exploração. Isso influenciou o modo coletivo de ser Kalunga.<sup>35</sup>

A forma de improvisar dessa comunidade quilombola foi um traço histórico marcante de um povo que realizou migrações para diferentes locais, devido aos conflitos de terras e à necessidade de resistência. As características dos quilombolas Kalunga indicam que valorizam as tradições culturais e religiosas de seus antepassados, mantêm produção agrícola e criação de animais para subsistência, movimentam a economia em torno do extrativismo animal, mineral, plantas silvestres e artesanato. Aprenderam a sobreviver na região conhecendo a natureza e utilizando essa sabedoria para produção de ferramentas, construção de moradias, garantia de alimentos e tratamento da saúde.<sup>7, 23, 32</sup>

Entretanto, a fragilidade das condições de vida dessas comunidades aponta que falta grande sensibilidade para os problemas das minorias. São fatores que alijam os quilombolas do processo de inclusão social: pobreza extrema; perda de espaço territorial pela invasão de terras por terceiros; índice muito baixo de renda per capita; emprego informal, trabalho infante-juvenil; precariedade de

abastecimento de água, de energia e de saneamento básico; precariedade das condições habitacionais; dificuldades de sobrevivência para as crianças e idosos; pouco acesso à utilização de serviços de saúde e educacional, analfabetismo e pouca adesão das crianças à frequência escolar.<sup>7, 23</sup>

Os painéis de monitoramento do Programa Brasil-Quilombola da Secretaria de Políticas para Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), com fonte no Cadastro Único para Programas Sociais do Ministério de Desenvolvimento Social, informam que no Estado de Goiás existem 26 comunidades certificadas com apenas cinco territórios titulados<sup>1</sup>, tendo cadastradas 3.504 famílias. As condições de infraestrutura e qualidade de vida apontam que 1.718 (50.2%) dessas famílias possuem abastecimento de água proveniente de poço ou nascente; 1.517 (61.5%) fazem escoamento de esgoto por fossa rudimentar; 1.492 (42.6%) têm coleta de lixo; 2.269 (64.8%) recebem fornecimento de energia elétrica. No desenvolvimento local e inclusão produtiva, destaca-se que 1.841 (54.2%) das famílias estão na faixa de renda de até 70 reais mensais, assim 2.082 (64.1%) recebem Bolsa Família. Quanto ao direito e cidadania, a fonte do Ministério da Educação informa que 136 mil entre jovens e adultos encontram-se no ensino fundamental, sendo quatro mil matriculados em 39 escolas distribuídas nos quilombos, sendo que apenas sete escolas (17.9%) possuem acesso à internet. Já o Ministério da Saúde/DATASUS informa a existência de 112 equipes da Estratégia Saúde da Família e a contratação de 10 profissionais do Programa Mais Médico para a atenção à saúde dos quilombolas de toda região do Centro-Oeste.<sup>38</sup>

Dentre o monitoramento apresentado, encontra-se a comunidade Kalunga. Embora este povo venha-se organizando para superar as iniquidades e sobreviver às condições adversas, nessas comunidades os inúmeros problemas estruturais são fatores que vêm, ao longo do tempo, persistindo e dificultando a participação dos quilombolas como agentes de transformação social, em que pesem os esforços governamentais e da sociedade em geral no emprego de estratégias que viabilizem

---

<sup>1</sup>A certificação de comunidades quilombolas é emitida pela Fundação Cultural Palmares (FCP) e é documento que comprova que a comunidade é remanescente de quilombos. A titulação é o processo que confere à comunidade a posse da terra, e é emitida pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) e pelos Institutos de Terra Estaduais.<sup>38</sup>

a elaboração de políticas públicas específicas para a inclusão dessas populações, historicamente excluídas.

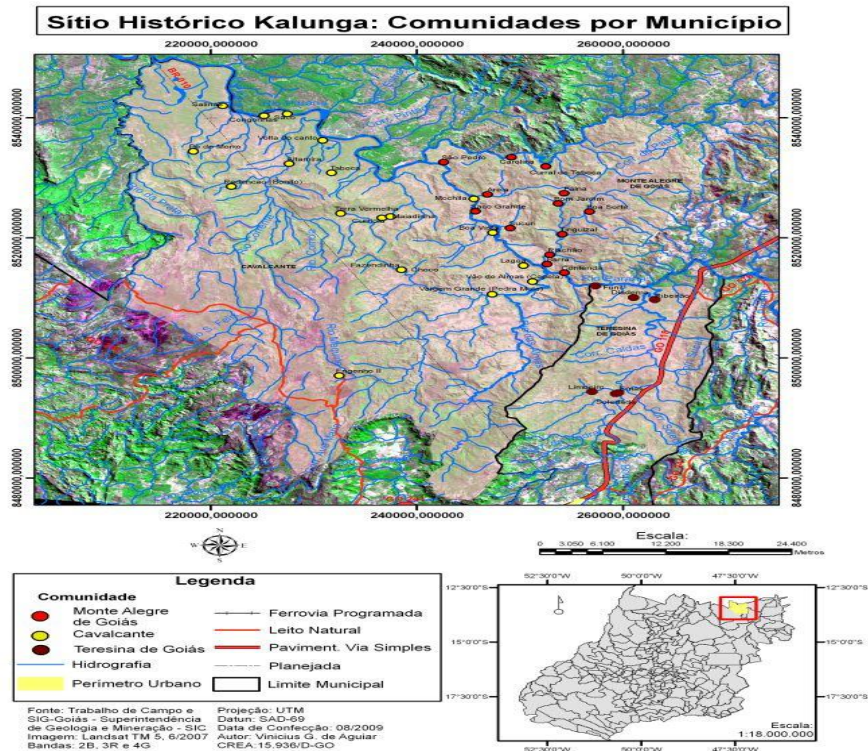
### 2.3. RAIZ E RAMOS

A etimologia da palavra Calunga ou Kalunga remete a diversos significados. O estudo de Baiocchi (1991) descreve a origem da palavra proveniente do dialeto *bantu* africano, palavra mágica que representa interpretações histórico-culturais de um povo. Apresenta significados como *tudo de bom, a grandeza, a imensidão, divindade, homem nobre, boneca de madeira*. Para os Kalunga, a palavra remete a um *lugar sagrado, terra de todos e uma planta*, mas o termo é mais que uma palavra, pode-se dizer que é uma expressão de identidade, pertencimento e fortalecimento do grupo, conforme descreve Baiocchi<sup>29</sup>

A identificação Kalunga, em nível regional e nacional, surge após a divulgação de sua existência pelo Projeto Kalunga – Povo da terra, nos meios de comunicação e eventos acadêmicos. E após a Lei, os “moradores” saem definitivamente da invisibilidade, porém paradoxalmente, a identificação como Kalunga se fortalece, levando a que, em geral, passem a identificar-se como tal. (p.41)

A comunidade Kalunga é um sítio quilombola instalado numa superfície de aproximadamente 253.191,72 hectares que compõe o “Sítio Histórico e Patrimônio Cultural Kalunga”, reconhecida pelo Estado de Goiás a partir de 1991. Abriga cinco núcleos principais: Vão da Contenda, Vão do Kalunga, Vão das Almas, Vão do Moleque e Ribeirão dos Bois. Estes núcleos que formam o território dos Kalunga subdividem-se em mais de meia centena de agrupamentos com denominações locais referenciadas aos aspectos do trabalho ou à ligação com a natureza – bichos, plantas, terras, rios – como: Engenho, Taboca, Capela, Fazendinha, Tinguizal, Ema, Sucuri, Porcos, Limoeiro, Riachão, Córrego Fundo, Lagoa, Terra Vermelha, entre outras dezenas de nomes. O sítio histórico inicia-se no Vão da Contenda, assim

denomina-se a área como a *raiz dos Kalunga* e as demais áreas nos Vãos das Almas e do Moleque como os *seus ramos*.<sup>29</sup>



**Figura 4 - Sítio Histórico e Patrimônio Cultural Kalunga. Base de dados: Superintendência de Geologia e Mineração do Estado de Goiás**

Na comunidade Kalunga, os principais enfrentamentos se referem à questão fundiária, à dificuldade de acesso à saúde, à educação e aos bens materiais. Na área de saúde, verifica-se precariedade na estrutura dos serviços destinados à prestação da assistência, somada à baixa disponibilidade de insumos e equipamentos, além do reduzido número de profissionais, da desvalorização dos conhecimentos medicinais herdados pela cultura Kalunga e das grandes barreiras geográficas.<sup>7, 23</sup>

Uma análise da situação demográfica – social, econômica, cultural e política – dessas comunidades justifica discussões que visam à implementação de políticas públicas para promover mudanças nos quadros das limitações, nas várias instâncias, de atenção aos quilombolas, em especial na atenção à saúde.<sup>7</sup>

Os dados apresentados pela SEPPIR/GO mostram que, na comunidade Kalunga: há predomínio da população feminina; a distribuição etária é em grandes grupos – crianças/ adolescentes, idade ativa e idosos; a maioria das crianças são alfabetizadas, em contraposição aos idosos, que são analfabetos. Revelam-se também outros dados como há situação de abandono escolar pelos adolescentes; a maioria das moradias apresenta construção típica - parede de reboco, telhado de palha, piso de terra batida; o abastecimento de água é feito por nascentes e em algumas localidades não há canalização, o que leva à utilização de água não tratada, proveniente do rio, para beber; o escoamento do esgoto é por vala a céu aberto ou fossa negra; a energia elétrica atende apenas a 7% daqueles povoados, sendo o rádio o bem durável presente na metade das casas de todos os povoados. Quanto às doenças mais citadas, destacam-se problemas de coluna, hipertensão arterial, gastrite, reumatismo e alcoolismo. Acrescente-se que a invasão de terras demarcadas e a ausência da titulação também são questões presentes nesta comunidade.<sup>23</sup>

Até há pouco tempo, a comunidade não conhecia muito sobre o modo de viver fora do seu espaço étnico, mas a privação de bens sociais e materiais faz com que o povo Kalunga continue sua história de luta para a conquista dos benefícios a que tem direito e que ainda não foram alcançados. Desta forma, estimula-se a necessidade de se estreitar contato com as instituições governamentais no sentido de pressioná-las ao desenvolvimento de ações efetivas que cheguem aos quilombos.

O papel importante das lideranças e da Associação da Comunidade Quilombola Kalunga vem garantindo a organização que permite à comunidade tanto se defender como inserir-se nos espaços de gestão. Atualmente, há quilombolas como representantes no poder público, ocupando espaços no legislativo, principalmente na Prefeitura e Câmara de Vereadores dos três municípios, além de outros que têm concorrido como candidatos a pleitos eleitorais.

Acredita-se, então, que as reivindicações das comunidades podem ser fortalecidas junto aos espaços do poder, em especial, aquelas voltadas às demandas da saúde, educação e contiguidade territorial.



## 2.4 ACESSO À SAÚDE

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986)<sup>39</sup> constituiu um marco na luta por condições dignas de saúde para a população brasileira, uma vez que fechou questão em torno da saúde como direito universal de cidadania e dever do Estado. A Assembleia Nacional Constituinte reforçou esta reivindicação com a inclusão na Carta Magna (1988) da saúde como direito universal, independentemente de cor, raça, religião, local de moradia e orientação sexual<sup>1</sup>. O Sistema Único de Saúde (SUS) concretiza este direito quando descreve em seus princípios básicos o *acesso à saúde equânime, integral e universal*<sup>9</sup>. Entende-se que a universalidade do SUS é o pleno acesso às ações e serviços públicos de saúde com assistência de qualidade para toda população brasileira sem que haja preconceitos ou privilégios.

O acesso à saúde é um conceito amplo e complexo que varia nas abordagens de diferentes autores e que se altera de acordo com o contexto, pois engloba inúmeros fatores e pode ter abordagens diversas. O acesso tem uma categoria multidimensional e engloba aspectos geográficos, culturais, econômicos, sociais e institucionais, entre outros. Considera-se como um requisito de fundamental importância para uma eficiente e efetiva atenção à saúde. O acesso à saúde é aqui entendido como o grau de ajuste entre necessidade de atendimento, disponibilidade de serviço, distribuição de recursos e qualidade no cuidado, isso pode ser traduzido como justiça sanitária ou equidade em saúde.<sup>40, 41, 42</sup>

Numerosos grupos populacionais brasileiros ainda sofrem com a questão da inacessibilidade à saúde, entre estes as comunidades quilombolas. Segundo Lacerda e Monteiro (2012), a inclusão da preocupação com as desigualdades na saúde possibilita reanalisar os compromissos em priorizar a formulação e implementação de mecanismos e estratégias de redução das disparidades e promoção da equidade em saúde<sup>43</sup>

A discussão e construção, da equidade em saúde, passa pela superação das desigualdades sociais, culturais e regionais, em sua relação com as condições de vida dos diferentes segmentos populacionais(...) e a absorção pelo poder público das crescentes demandas de grupos específicos (...)

isso inclui fortalecer políticas e práticas existentes, especialmente aquelas fundamentadas em ampla participação social, popular ou comunitária. (p.78).

Os autores referenciados consideram, ainda, que as graves desigualdades explicam por que as políticas de saúde devem incorporar componentes que beneficiam a atenção aos segmentos de extrema vulnerabilidade. Mesmo assim, ainda não é possível ao sistema de saúde brasileiro prover serviços universais e de qualidade para todos, principalmente considerando as particularidades desses segmentos populacionais e o nível de financiamento do referido sistema. Assim, o acesso ao sistema de saúde revela uma fraca interiorização dos direitos de cidadania garantidos pelo Estado, pois há problemas em relação à igualdade de oportunidade aos serviços frente às necessidades específicas à sua utilização.<sup>43</sup>

A saúde, sob o prisma da etnicidade, invisibiliza a população negra e oculta a diversidade de um grupo com particularidades aos olhos do poder público. Assim, as expectativas em se obter a equidade em saúde ainda estão reduzidas, uma vez que há uma forte “naturalização”, por parte dos quilombolas, quanto às questões relativas à responsabilidade pública frente à baixa prestação dos serviços e à ausência de recursos no campo da saúde.<sup>43</sup>

Diante disso, somente a partir de demandas oriundas dos movimentos sociais, é que as políticas de saúde vêm incorporando estratégias inclusivas para beneficiar as exigências das minorias nos diferentes espaços de atenção. Acredita-se que essa atitude explica como os grupos minoritários podem ativar os modos para obterem políticas e programas de governo que busquem atender a um serviço de saúde de maior abrangência e qualidade, afastar as deficiências do sistema e garantir um acesso facilitado.<sup>32</sup>

Entende-se que, na trajetória histórica, a universalidade do acesso como direito de grupos minoritários sempre foi uma questão de organização política e muita luta. Entretanto, com o início da visibilidade de algumas comunidades organizadas pelo País - em prol da valorização da cultura e desenvolvimento social -, ocorre um avanço nos projetos governamentais, tendo em vista auxiliar o

fortalecimento das inúmeras representações existentes ao longo das diferentes regiões do território brasileiro.

Nessa perspectiva, dentre as inúmeras ações governamentais que garantem o acesso das comunidades quilombolas às políticas e serviços públicos, destaca-se o Programa Brasil Quilombola (PBQ), tendo ações voltadas para várias áreas: acesso à terra, saúde, educação, saneamento básico, infraestrutura e qualidade de vida, inclusão produtiva local, direitos e cidadania. Destaca-se também a Polícia Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que vem corrigir as desigualdades em saúde que acometem esta população além de reconhecer as condições de vida precárias às quais foram submetidos os negros na história do País.<sup>37</sup>

#### 2.5A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL– PROGRAMA BRASIL QUILOMBOLA (PBQ)

A Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003<sup>44</sup>, que criou a Secretaria Especial de Promoção e Proteção da Igualdade Racial (SEPPIR), fez a ideologia transformar-se em oportunidade, em especial, para as comunidades quilombolas presentes em todo o País.<sup>7</sup>

A SEPPIR tornou explícito o enfrentamento do problema racial no Brasil e, por meio de ações afirmativas, favoreceu a criação de condições para beneficiar da igualdade de oportunidade os grupos discriminados pelas desigualdades raciais, garantindo a especial atenção ao acesso nas áreas da educação, saúde, mercado de trabalho, geração de renda e direitos humanos.<sup>7</sup>

A Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial pretende consolidar, para potencializar como ações de governo, os pilares essenciais na definição da cidadania negra: participação nas estruturas de poder e riqueza da sociedade, educação, saúde e segurança. Para tal, os marcos regulatórios de estatutos e leis ajudam a consolidar as ações de transformação social.<sup>7</sup>

O Governo Federal criou o Programa Brasil Quilombola (2004) como uma política de Estado para essas comunidades, abrangendo um conjunto de ações

integradas entre diversos órgãos governamentais. A coordenação geral é de responsabilidade da SEPPIR, e as ações são executadas pelos ministérios que compõem o Comitê Gestor: Casa Civil; Desenvolvimento Agrário (MDA) e Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA); Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS); Cultura (Minc) e Fundação Cultural Palmares (FCP); Cidades (MCidades); Educação (MEC); Saúde (MS) e Fundação Nacional de Saúde (Funasa); Trabalho e Emprego (MTE); Integração Nacional (MIN); Minas e Energia (MME). A partir de 2011, um representante quilombola passou a integrar esse Comitê. A SEPPIR tem estimulado a instituição de Comitês Gestores Estaduais, já sendo formalizados Comitês em alguns estados da federação.<sup>37</sup>

O Projeto articula-se por meio de quatro eixos principais com ações propostas que potencializam as ações como a garantia do acesso à terra, a infraestrutura e a melhoria qualidade de vida, o desenvolvimento econômico e social local e a inclusão produtiva e o estímulo ao desenvolvimento sustentável, os direitos e cidadania que fomentam a instalação de equipamentos sociais das comunidades, e o controle e a participação social dos representantes quilombolas em diferentes instâncias, além do apoio às suas associações representativas.<sup>7</sup>

Cabe salientar que, no período de 2011 a 2014, as comunidades quilombolas têm sido prioridade dentro dos programas governamentais, dos quais se destacam o Plano Brasil Sem Miséria, o Programa Luz e Água para Todos e o Programa Nacional de Banda Larga. Na saúde, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) iniciou ações de implantação, ampliação ou melhoria de sistemas de abastecimento de água, sistemas de esgotamento sanitário e melhorias sanitárias domiciliares e/ou coletivas de pequeno porte.<sup>32</sup>

Acredita-se que, apesar da institucionalização de diretrizes para a visibilidade e inserção social dessas comunidades, é importante lembrar que os danos provocados aos negros e conseqüentemente aos quilombolas, ao longo dos anos, demandam hoje grandes esforços da sociedade para o rompimento dos laços discriminatórios, tendo o respeito à valorização das especificidades culturais e possibilitando o fortalecimento e a melhoria da qualidade de vida das famílias de cada uma das comunidades quilombolas no País. Nesse sentido, existe uma necessidade emergente da organização eficaz dos quilombolas, como uma

identidade e patrimônio nacional, para que se garanta a superação das situações de vulnerabilidades e se diminua o enfrentamento de resistências à manutenção da sobrevivência destes povos, em todo o País.

Gerar possibilidades para que as comunidades quilombolas reflitam sobre o princípio da equidade em saúde pode ser traduzido em organizar estratégias para a redução das desigualdades sociais e sanitárias nestas comunidades. Discussões políticas nas agendas do governo passam a implementar as ações afirmativas, contribuindo com eixos estruturantes na interpretação destas realidades, aproximando-as das necessidades e aspirações da população vulnerada.

Assim, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2010), formulada sob a égide do princípio universal da igualdade, é apontada como dispositivo de ação reparadora pelos danos causados aos escravos africanos e seus descendentes.<sup>11</sup>

## 2.6 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN)

Estudos evidenciaram, ao longo da história brasileira, que sobre a população negra incidem a prevalência de doenças e agravos não transmissíveis e de doenças infecciosas com indicadores de morbimortalidade, apontando precocidade dos óbitos e altas taxas de mortalidade, além das doenças ligadas à pobreza como desnutrição, gastroenterites, verminoses, alcoolismo e dos índices elevados de violência urbana. Doenças e agravos prevalentes estão correlacionados com fatores genéticos, adquiridos em condições desfavoráveis e de evolução agravada ou tratamento difícil. Soma-se a estes a dificuldade do acesso a serviços de saúde, o que produz evolução e prognósticos piores para as doenças que afetam os negros. Outros estudos revelaram que os negros ocupam faixas da população que vão da pobreza à extrema pobreza, com taxas altas de analfabetismo e baixo grau de instrução e com baixo nível de renda, conferindo, então, visibilidade às iniquidades históricas. Nesse cenário, as condições sociais e da saúde do negro no Brasil refletem a questão do racismo, que influencia a vida das pessoas e instituições e

traz consigo ainda velados os temas do preconceito, da estigmatização, da discriminação, da intolerância e da exclusão, entre outros. Traduz-se, então, uma estrutura marcada pela persistência das desigualdades constituídas nos processos socioeconômicos e histórico-culturais para os povos de matrizes africanas em nosso país, mesmo passado mais de um século da abolição da escravatura.<sup>11</sup>

Os inúmeros movimentos sociais promovidos pela população negra para denunciar e reivindicar as questões relacionadas à classe social, à raça e à qualidade de vida ganharam projeção na esfera política mundial e brasileira. A partir da militância de lideranças do Movimento Social Negro e outros atores sociais, a saúde passou a ser um direito universal independente da cor e raça, entre outros fatores, conforme reza a Constituição Federal (1988). Nos anos 1990, as primeiras inserções do tema da saúde das populações negras e compromissos mais efetivos com a equidade étnico-racial passaram a ocupar as agendas do governo nos âmbitos federal, estadual e municipal. Entretanto, somente no início deste século se elaborou um plano de ação no qual os governos propuseram a redução das iniquidades em saúde, por meio do reconhecimento da raça/grupo-étnico/cor como variáveis determinantes para a prevenção, diagnóstico e tratamento da população afrodescendente.<sup>11</sup>

A PNSIPN vem reafirmar os princípios básicos do SUS, tendo com marca o reconhecimento das desigualdades étnico-raciais como determinantes sociais das condições de saúde e como objetivo garantir e ampliar o acesso da população negra - das áreas urbanas, do campo e das florestas, em particular as populações quilombolas - às ações e serviços de saúde como princípio ético da equidade. Destaca-se, ainda, o caráter da transversalidade que se alia a outras políticas já instituídas e diz respeito à possibilidade de conexão em rede, por meio de um conjunto de estratégias, tendo em vista a complementaridade, confluência e reforço de diferentes políticas de saúde.<sup>11</sup>

Espera-se que o exercício pela prática desta Política reafirme a noção da identidade étnica e das necessidades específicas e proporcione a efetivação do direito humano para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade, em especial a racial. Para as comunidades quilombolas deve ser entendida como aquela que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das

desigualdades, tendo como desdobramentos ações estratégicas e serviços prioritários que se detenham sobre as contradições cotidianas e se apliquem a superá-las. Assim, resume-se dizer sobre a importância da aplicação de recursos para a produção de saúde que venha atender as necessidades e demandas dessas comunidades.

### 3. MAPEAMENTO CONCEITUAL

Neste tópico, descreve-se uma breve revisão sobre a Bioética a partir de seu marco histórico até a constituição do seu *corpus* epistemológico elaborado pelas vozes latino-americanas expressada pelo referencial da Bioética de Intervenção proposto por Garrafa & Porto, da Cátedra Unesco de Bioética, da Universidade de Brasília (Brasil, 2003). Aborda-se, ainda, a Teoria da Justiça de John Rawls (1971) e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH,2005), estabelecido em seu artigo 10 pelo princípio - Igualdade, Justiça e Equidade. A Teoria da Justiça será o aporte teórico para que o tema da justiça como equidade em saúde dialogue com a Bioética de Intervenção e a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, nesta tese.

#### 3.1. BIOÉTICA: VISÃO GLOBAL COMPROMETIDA COM O FUTURO

A Bioética nasce na década de 1970, quando Van Ressenlaer Potter utilizou o neologismo e enfatizou no termo um componente de conhecimento biológico e outro ligado aos valores humanos, chamando a Bioética de *ciência da sobrevivência humana*, pois a conotação descrita por Potter no livro *Bioethics: bridge to the future*(1971) já trazia a preocupação com a qualidade da vida humana e respeito ao meio ambiente servindo como uma referência para as discussões acerca da preservação do planeta para as gerações atuais e futuras.<sup>45</sup>No entanto, pesquisas recentes trazem as raízes do termo usado pela primeira vez por Fritz Jahr, na Alemanha,na década de 1920.<sup>46</sup>

A Bioética toma como marco teórico de difusão internacional o referencial dos princípios éticos enunciados por Tom L. Beauchamp e James F. Childress, do Instituto Kennedy da Universidade de Georgetown, em Washington, nos Estados Unidos (1979).Conhecida como a corrente do principialismo, baseia-se em quatro princípios éticos, que podem ser aceitos por todas as épocas e culturas e aplicados universalmente a todos os agentes e ações, sendo eles: autonomia (respeitar a



vontade particular da pessoa), beneficência (fazer o bem), não-maleficência (não provocar dano) e justiça (promover a equidade. Os autores consideram que o ponto de partida para orientar qualquer discussão ética deve ser a análise dessas quatro condições ou deveres *prima-facie* - obrigações que devem ser cumpridas, salvo conflito, numa situação determinada, com outra obrigação igual ou mais forte -, que, aplicados alternada ou combinadamente, promovem a resolução de problemas específicos suscitados pela ciências biológicas e médicas.<sup>14</sup>

Dessa forma, a Bioética anglo-saxônica foi difundida pela Europa, na década de 80 e para as diversas partes do mundo. Porém, a partir dos anos 90, a metodologia normativa da Bioética principialista gerou críticas tornando-a insuficiente na análise dos casos concretos entre os diversos atores sociais e culturais, sobretudo quando obscurece debates acerca das temáticas dos direitos humanos, socioeconômicos, políticos e da coletividade contemporânea.<sup>16</sup>

Assim, a revolução moral, ética e cultural da atualidade passou a estimular os modos argumentativos e equilíbrios reflexivos à ética aplicada, na tomada de decisões frente às pluralidades. Nesse sentido, o trajeto percorrido na legitimação acerca da Bioética veio adquirindo um contorno necessário para trabalhar em consonância com uma comunidade global, conforme descrito por Garrafa<sup>12</sup>

Após as críticas constatadas com relação ao enfoque principialista da Bioética no início dos anos 90, começa-se a verificar uma ampliação do horizonte de atuação da disciplina, que passa incorporar, além dos temas biomédicos e biotecnológicos iniciais, as questões sociais, sanitárias e as ambientais.(p.855)

A Bioética passa a ser definida como um campo do saber com visão multi/inter/transdisciplinar que possibilita a ampliação do olhar sobre as questões conflituosas - cotidianas e contemporâneas - para tudo que diz respeito à vida em uma sociedade plural. Seu *corpus* é constituído por reflexões devido ao avanço da ciência nos campos em que a vida e a saúde estão englobadas, bem como por um saber simbólico das ações humanas no sentido de ampliar as discussões nas

diferentes situações concretas da sociedade frente aos inúmeros desafios, que pedem ações transformadoras em prol da coletividade.<sup>13</sup>

Nessa perspectiva, a Bioética cresce em importância na identidade pública no sentido de discutir e gerar instrumentos que auxiliem o emprego de estratégias que contribuam para a redução das desigualdades sócio-históricas, econômicas, culturais, sanitárias, coletivas e persistentes frente aos cidadãos, ainda excluídos e fragilizados, no mundo globalizado.<sup>13, 21</sup>

A epistemologia da Bioética analisa criticamente, dá consistência às ideias e contextualiza os problemas - respeitando a pluralidade - por meio do reenlace entre os vários núcleos dos saberes, o que permite a análise das questões conflitivas sob diferentes ângulos, no qual todos os elementos se interrelacionam e fazem parte da realidade concreta e palpável.<sup>13</sup>

No contexto que implica mudança, a Bioética latino-americana e brasileira vem contribuir com discussões nos cenários que fortalecem a consciência dos cidadãos sobre a importância do exercício da cidadania para o acesso aos direitos humanos e alcance da justiça equitativa. À medida que são fomentadas discussões sobre o assunto, espera-se que os sujeitos envolvidos se tornem protagonistas e, junto às esferas do poder público, possam contribuir na construção de políticas públicas que atendam à superação das iniquidades nos diferentes contextos de diversas comunidades.<sup>19, 21, 22</sup>

El desarrollo de la Bioética, la multiplicación de sus áreas de estudio y su complejización creciente son una respuesta a los problemas inéditos surgidos durante los últimos cincuenta años y una tentativa de afrontar los desafíos que se plantean a los individuos y a la sociedad en general.<sup>22</sup> (p. 22)

### 3.2. SOB O OLHAR DA BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO

A Bioética de Intervenção (BI), proposta por Garrafa e Porto (2002), surge da inquietação desses pesquisadores na busca de uma Bioética forte, crítica e socialmente comprometida com as discussões que permeiam o complexo processo da democracia e da cidadania nos países periféricos. Pode-se considerar como um movimento contra-hegemônico, a partir de novas correntes do pensamento bioético na América Latina, tendo como seu marco referencial de análise as desigualdades e iniquidades estabelecidas pelas assimetrias do mundo globalizado.<sup>19</sup>

É uma proposta conceitual e prática que avança na agenda Bioética internacional, pois incorpora os macroproblemas sociais, sanitários e ambientais no contexto das situações - emergentes e persistentes - dos países do Hemisfério Sul, contextualizando os conflitos que despontam nos grupos populacionais mais fragilizados. Assim, argumenta sobre o reconhecimento do direito coletivo - a igualdade e a equidade - dos indivíduos e grupos vulneráveis, assinalando a tarefa de oferecer o debate, o diálogo e o discurso coerente e comprometido a ser incorporado pelas instâncias da responsabilidade social, sanitária e ambiental como uma intervenção da ética aplicada. Segundo Garrafa(2005), esse debate bioético gera um processo com vistas a promover a participação social, de modo orgânico e crítico, dos “*esfarrapados do mundo*”, “*condenados da terra*” ou “*excluídos*,” conforme descrito por Paulo Freire, para a construção de propostas que visam ao alcance do bem viver de pessoas e comunidades.<sup>19</sup>

Esclarecem os autores que a Bioética brasileira tem um perfil influenciado pela Reforma Sanitária, tendo várias linhas identificadas nas vertentes excludentes dos sujeitos sociais- grupos, segmentos e populações - que vivem sob a história de opressão, de estigmatização-discriminação e de relações assimétricas. Tais frentes vêm compor as Bioéticas brasileiras que têm o foco de atuação em espaços onde os *direitos de cidadania são subsumidos*.<sup>47</sup> São dispostas como Bioética da Teologia da Libertação, Bioética de Proteção, Bioética Feminista e Antirracista e Bioética de Intervenção.<sup>47</sup>

A BI, embasada nos direitos humanos, serve como ferramenta na busca da conquista dos direitos dos excluídos, instrumentalizando indivíduos e coletivos a

estabelecer diálogos, amplificar a voz e ingressar nos espaços de poder. Desenvolve o conceito de corporeidade<sup>2</sup> considerando o corpo como a materialização da pessoa, por meio do qual a vida social se concretiza, possibilitando a intervenção da ética aplicada<sup>19</sup>. A BI sustenta-se na matriz dos direitos humanos, dignidade humana, justiça, igualdade e equidade e fundamenta-se por categorias descritas por Garrafa & Porto, que estão sendo incorporadas nas discussões dos bioeticistas, como <sup>13</sup>

“responsabilidade”, “cuidado”, “solidariedade”, “comprometimento”, “alteridade” e “tolerância” e os quatros “Ps” – prudência (diante dos avanços), prevenção (de possíveis danos e iatrogenias), precaução (frente ao desconhecido) e proteção (dos excluídos sociais, dos mais frágeis e desassistidos). (p.8)

A fundamentação filosófica utilitarista-consequencialista defende, no campo público e coletivo, a priorização de políticas públicas e decisões que atendam o maior número de pessoas, pelo maior espaço de tempo e que resultem em melhores consequências coletivas. No campo privado e individual, propõe uma aliança em busca de soluções viáveis para os conflitos identificados dentro do próprio contexto em que acontecem as contradições e, assim, promove a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos que ocupam o lugar central nesses acontecimentos. Considera-se, então, incluir o lado mais frágil da sociedade como protagonista e corresponsável no processo de transformação social.<sup>19, 22</sup>

Pode-se dizer que a BI é um instrumento social, pois, direcionada a estudar as desigualdades e as situações persistentes, desperta sujeitos, grupos e comunidades para uma ação com capacidade de transformar a práxis daqueles que

---

<sup>2</sup>Corporeidade, descrita por Garrafa & Porto no contexto da Bioética de Intervenção (2003), reconhece como o ponto de partida o corpo-pessoa-homem-sujeito, como concretude humana somática universal, integrado às inter-relações históricas, sociais, culturais e ambientais, que sustenta a vida social em qualquer sociedade. A experiência concreta dos sujeitos, em seu cotidiano, com as inter-relações podem ser indicadores para a intervenção à medida que refletem a satisfação ou não das necessidades básicas desses seres humanos, em um determinado contexto social.<sup>22</sup>

se dedicam e estão comprometidos em sua corporeidade coletiva<sup>3</sup>. A BI parte do princípio de que a consciência molda a vida e se constrói a partir dos próprios sujeitos envolvidos que geram processos de mobilização social e articulações, viabilizando o exercício do diálogo e a pactuação, com respeito pelas diferenças, para análise e tomada de decisão dentro das diversas instâncias e cenários de poder. Debruça-se a estudar e a denunciar as desigualdades sociais persistentes *sob uma perspectiva crítica à colonialidade do poder, do saber e da vida*.<sup>48</sup>(p294)

É no contexto dessas desigualdades e da corporeidade coletiva que esta pesquisa busca conhecer a realidade da comunidade quilombola Kalunga, que há séculos vive à margem do processo da conquista de seus direitos como cidadãos brasileiros. Ademais, lhe tem sido dificultado o acesso às necessidades básicas. Assim sendo, faz-se necessário que esta comunidade se pronuncie e ocupe espaços nas esferas institucionais, visando fortalecer o desenvolvimento e a participação social, e consolidar seus direitos essenciais para a vida digna na sociedade, como um princípio de justiça a ser alcançado.

### 3.3. TEORIA DA JUSTIÇA

Não há como se falar de justiça sem citar John Bordley Rawls, professor de filosofia política norte-americano, nascido em Baltimore (1921), que desenvolveu interesse pelas questões sociais por meio da constatação de que a população negra vivia em condições muito diferentes da população branca em sua cidade natal. Debruçou-se sobre um dos mais conflitantes dilemas de como conciliar direitos iguais em uma sociedade desigual, harmonizando a igualdade no sentido de melhorar as condições de vida dos menos favorecidos na sociedade. Sua formação passou por diversos campos de interesse até dedicar-se à filosofia na Universidade

---

<sup>3</sup>Para essa pesquisa, entende-se como corporeidade coletiva ou corpo-grupal a multiplicidade de vivências compartilhadas que compõem uma rede de conexão visando garantir as necessidades essenciais para a sustentação da vida e do pertencimento identitário. Dentro do espaço étnico-territorial, a comunidade quilombola Kalunga estabelece essa corporeidade como característica de sua existência humana e resistência histórico-cultural.

de Princeton (1943). É considerado um legítimo sucessor de linhagem ideológica que se origina em Locke, além de ter estudado com afincos filósofos como Rousseau, Kant, Stuart Mill, Wittgenstein. Entre décadas de 1940-1950, na Universidade de Oxford, começou a esboçar a sua ideia de justificar princípios morais. A partir dos anos 1960, tornou-se professor em Harvard e dedicou-se a escrever sua teoria da justiça. Os anos seguintes foram dedicados a concluir seu grande tratado, *Uma Teoria da Justiça*, em três versões preliminares (1964-65; 1967-68 e 1969-70). Em 1970, no Centro de Estudo Avançado da Universidade de Stanford, considerou concluída sua obra clássica, *A Theory of Justice* (publicada em 1971). Sua teoria tornou-se um referencial para a filosofia política contemporânea, embora seja alvo de muitas críticas de diversas correntes ideológicas.<sup>49</sup>

A concepção de justiça sistematizada por Rawls retomou a discussão desde a Grécia Antiga (séc. 5 a. C), a qual debatia os fundamentos de uma sociedade justa. Sua obra propõe que uma sociedade bem ordenada compartilha de instituições sociais justas e sustenta que o desafio fundamental de sua teoria é buscar o consenso do que é justo frente à pluralidade de comunidades, grupos de interesse e indivíduos dentro da sociedade. Diferente da tradição contratualista clássica, usa a figura do contrato social para selecionar os princípios da justiça para uma sociedade bem ordenada. Cumpre-se, dessa forma, a sua meta de justiça como equidade, quando maximiza o bem-estar em função dos menos favorecidos e mais vulneráveis, garantindo que a extensão dos direitos de cada um fosse ampliada, desde que compatível com a liberdade do outro. Pode-se dizer que as proposições de Rawls terminaram por lançar as bases dos fundamentos ético-jurídicos do moderno Estado de Bem-estar Social, muitos anos depois de este ter sido implementado.<sup>24, 50</sup>

Justiça e equidade são valores humanos essenciais. Respeitá-los é indispensável, já que sem eles podem ocorrer desestabilizações - sociais e econômicas - e grandes disparidades para grupos ou populações em suas condições ou oportunidades de vida. Preocupar-se com a equidade não é o mesmo que insistir na igualdade, mas requer ações deliberadas para minimizar flagrantes desigualdades. As injustiças sociais refletem a existência de uma sociedade na qual os indivíduos estão inseridos em relações sociais estratificadas com chances diferenciadas de realizar suas aspirações.

Na saúde, também se apresenta forte gradiente social, que tende a ser desfavorável aos indivíduos pertencentes aos grupos minoritários, menos favorecidos. As desigualdades em saúde refletem, predominantemente, as desigualdades nas ações de assistência, no uso de serviços e na distribuição de recursos. Portanto, para diminuir as desigualdades na saúde e atender às exigências entre os diversos grupos sociais, as teorias normativas sobre equidade apontam para algumas formas de organização dos sistemas de saúde. Assim, a formulação de políticas de saúde voltadas para equidade exige a definição do princípio da igualdade. No caso do sistema de saúde brasileiro, equidade foi tomada como igualdade de oportunidade ao acesso a serviços e à atenção à saúde, bem como aos mecanismos distributivos dos recursos financeiros disponíveis para este setor.<sup>51</sup>

O conceito de equidade, ainda bastante controverso, relaciona-se a duas dimensões, uma voltada às noções de justiça e igualdade e outra na qual as especificidades impõem a observância de contextos singulares, a qual, por sua vez, levaria em consideração que as pessoas são diferentes e, portanto, têm necessidades diversas. Nesse sentido, a equidade pode ser classificada como vertical e horizontal.<sup>51, 52, 53</sup>

A noção de equidade vertical é entendida como desigualdade entre desiguais, ou seja, uma regra de distribuição desigual para indivíduos que estão em situações diferenciadas; por sua vez, equidade horizontal corresponde à igualdade entre iguais, ou seja, uma regra de distribuição igualitária entre pessoas que estão em igualdade de condições<sup>51</sup>

Fazendo uma distribuição desigual para pessoas e grupos sociais desiguais (mais para quem tem menos), atingiríamos (hipoteticamente) uma situação de igualdade, em que todos teriam acesso às mesmas coisas, fossem elas bens e serviços ou oportunidades. No entanto, uma vez atingido esse patamar de igualdade de condições, as políticas equitativas ainda seriam necessárias, pois não se pode prescindir dos critérios de justiça. E, sobretudo no campo da saúde, em que as necessidades são sempre diferentes, em que cada caso é um caso, a igualdade de condições parece algo impossível de ser atingido e, portanto, políticas equitativas serão sempre imprescindíveis.<sup>41</sup>

Infere-se, então, que uma distribuição equitativa responde ao princípio da distribuição segundo as capacidades e as necessidades. Há, portanto, o pensar em equidade como um processo em transformação, que vai mudando à medida que certos resultados são alcançados. Assim, o fundamento ético da equidade em saúde pode ser pensado com a distribuição de serviços efetivos que atendam às necessidades individuais e coletivas, respeitadas as diferenças - geopolítica, epidemiológica, socioeconômica e cultural - e expressado como o dever do Estado de prestar atendimento e propiciar a universalidade do acesso às populações em geral, entre elas as minorias e aos excluídos sociais.<sup>41</sup>

De acordo com Rawls, uma sociedade não pode ser considerada justa a menos que certos valores sociais básicos sejam igualmente distribuídos entre todos - Princípio de Igualdade - e que, no caso de ser necessária uma distribuição desigual de algum ou de todos estes valores sociais, a desigualdade redunde em benefício para os mais necessitados - Princípio de Equidade. Rawls propõe ainda que a sociedade e as suas instituições sejam organizadas de sorte a propiciar a distribuição das vantagens socioeconômicas, calcada nos princípios, que seriam aqueles descritos com da *posição original*.<sup>4</sup> Rawls aborda a igualdade, conciliando-a com a liberdade.<sup>24, 50</sup>

Primeiro: cada pessoa deve ter um direito igual ao sistema mais extenso de iguais liberdades fundamentais que seja compatível com um sistema similar de liberdades para as outras pessoas;

Segundo: as desigualdades sociais e econômicas devem estar dispostas de tal modo que tanto (a) se possa razoavelmente esperar que se estabeleçam em benefício de todos como (b) estejam vinculadas a cargos e posições acessíveis a todos. (p.73)

Embora as concepções pluralistas da justiça não constituam uma solução para os problemas da exclusão, oferecem recursos mais amplos para a luta em prol

---

<sup>4</sup>A posição original de Rawls (*original position*) apresenta uma situação de imparcialidade, de forma que os cidadãos ou seus representantes decidam de maneira racional as questões da justiça, ou seja, assegurem a equidade dos consensos básicos.<sup>24</sup>



da inclusão e para o fortalecimento da cidadania. É importante salientar um contraponto que Amartya Sen traz à teoria descrita por Rawls, que ao princípio da diferença deve estar associado outro princípio, o da solidariedade, pois, quando as pessoas vivem em sistemas econômicos marcados pelas assimetrias, comportam-se como organismos interdependentes, que mobilizam forças para promoção de transformações estruturais que venham corrigir as desigualdades existente sem prol de benefícios para os mais vulneráveis.<sup>54</sup> Assim, os indivíduos de uma sociedade devem pensar em estratégias para que as políticas de Estado contribuam com o direito de acesso universal e integral para todos e em especial para os grupos menos favorecidos, desta forma a universalidade no acesso será condição fundamental para a promoção da equidade e alcance da igualdade.<sup>12</sup>

Dada a pluralidade do atual sistema de saúde brasileiro, destaca-se a fundamental importância local - intraestados ou municípios - para a redução das desigualdades que são observadas entre os grupos que vivem em áreas onde a disponibilidade de recursos é menor, dificultando o acesso à saúde, como é o caso da comunidade quilombola Kalunga.

Considerando o exposto, pressupõe-se que uma organização social forte, que inclua a participação efetiva de seus membros nos espaços de poder, poderá vir a reduzir as assimetrias na distribuição de recursos, na utilização de serviços e na atenção à saúde. A igualdade, portanto, no âmbito de uma justiça como equidade no acesso à saúde, deve ser buscada tomando como critério a capacidade de cada pessoa para converter e transformar esses recursos em liberdades. Numa sociedade comprometida, a justiça não seria a distribuição igualitária de bens sociais, mas a inclusão.<sup>54</sup>

#### 3.4.DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS: IGUALDADE,JUSTIÇA E EQUIDADE

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), aprovada pela Assembleia Geral Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) em outubro de 2005, na cidade de Paris (França),

marca um percurso histórico da Bioética e uma ação conjunta dos países do Hemisfério Sul em especial, da América Latina e Caribe, sob uma forte militância da representação brasileira.<sup>18</sup>

A DUBDH é um documento internacional, que, por sua natureza, não possui caráter vinculante, mas confirma a importância mundial da Bioética e se manifesta como um espaço para tratar os temas e os problemas relacionados a esta disciplina, como também relacionados aos direitos humanos. É composta por 28 artigos abertos que estabelecem interface com os direitos humanos e que se podem ajustar aos contextos sociais e culturais diversos. Estrutura-se por meio de 2 artigos de disposições gerais; 17 princípios que são relativos à pessoa humana, aos sociais e ambientais; 4 artigos de aplicação dos princípios; 4 artigos de promoção da declaração; e 3 sobre as considerações finais. Esses princípios não são concorrentes e/ou excludentes, mas compartilham, de forma inter-relacionada, os valores éticos para o desenvolvimento técnico-científico e a transformação social tendo como compromisso as gerações atuais e futuras.<sup>18</sup>

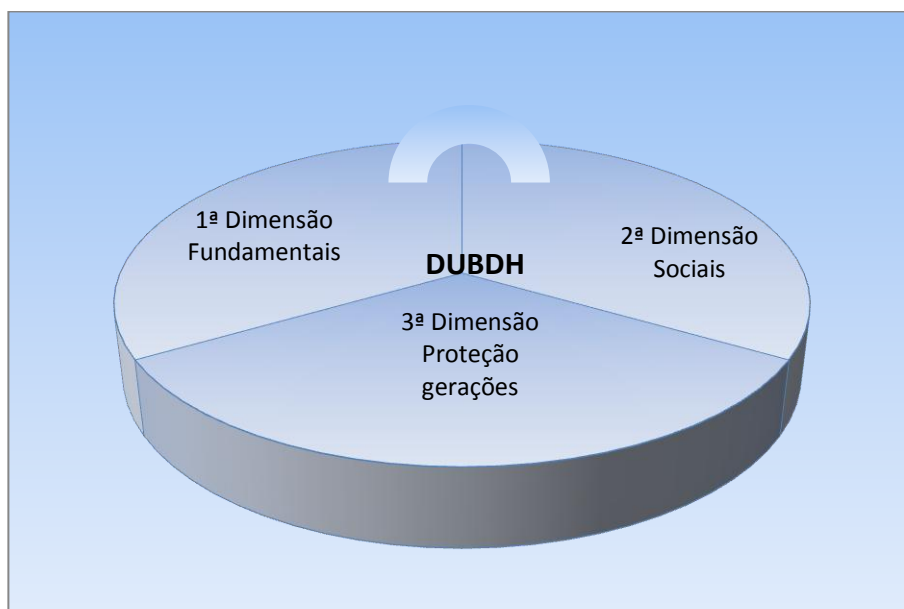
No contexto da aldeia global, esta Declaração muda a agenda da Bioética conforme avançamos no século XXI...*a questão ética adquiriu identidade pública no que diz respeito à análise e à interpretação histórico-social-sanitária(...) deixando de ser uma questão de foro individual e no espaço privado*<sup>13</sup> (p.13). Há moralidades e Bioéticas conflitantes que envolvem visões de mundo divergentes; dessa forma, a Declaração deve ser interpretada de modo consistente à luz da legislação interna vigente e em conformidade com as regras sobre direito internacional e direitos humanos fundamentais.<sup>18</sup>

O artigo 10 da DUBDH, que trata de igualdade, justiça e equidade, descreve que *a igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa*<sup>18</sup>(p.263). Esse artigo encontra-se relacionado a outros princípios elencados pela Declaração, que devem ser respeitados frente à tomada de decisões ou práticas desenvolvidas, em especial, os considerados de dimensão ou geração de primeira ordem relativos à pessoa como dignidade humana e direitos humanos, autonomia e responsabilidade individual, respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual; aos de segunda ordem, relativos aos aspectos sociais,

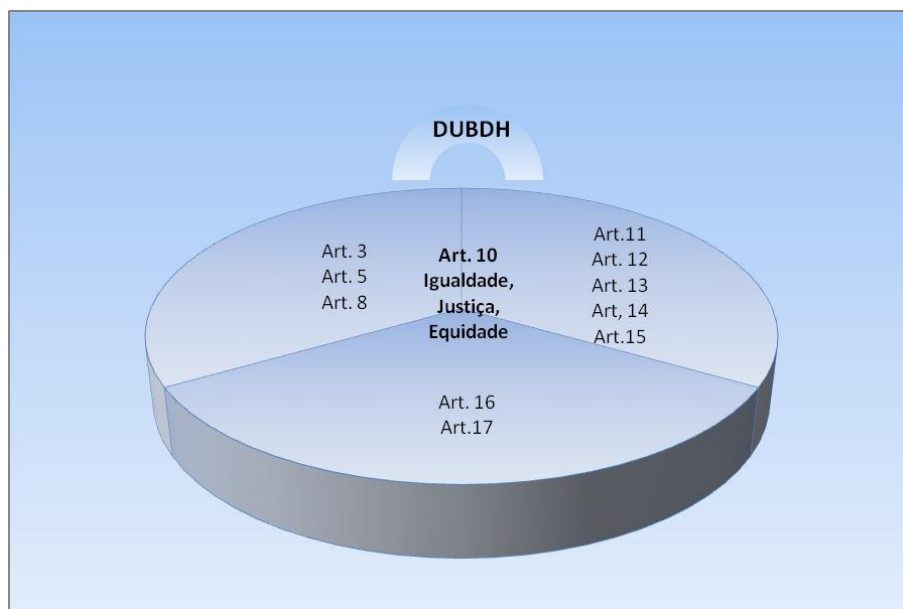
econômicos e culturais como não-discriminação e não-estigmatização, respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo, solidariedade e cooperação, responsabilidade social e saúde, compartilhamento de benefícios; e aos de terceira ordem, sobre proteção das gerações futuras e do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade.<sup>18</sup>

Os diagramas, de elaboração nossa, apontam a relação da DUBDH com as dimensões e a transversalidade dos princípios citados, conforme proclama a DUBDH, sem que haja uma ordem hierárquica pré-definida ou maximização de um sobre o outro, considerando a conceituação de Garrafa & Porto<sup>22</sup>,

A igualdade é a consequência desejada da equidade, sendo esta o ponto de partida para aquela; é por meio do reconhecimento das diferenças e necessidades diversas dos sujeitos sociais que ela pode ser alcançada...  
(p. 163)



**Figura 5 - Diagrama dos princípios da DUBDH e sua inter-relação com as dimensões dos direitos**



**Figura 6 - Diagrama da inter-relação do princípio da igualdade, justiça e equidade com outros princípios universais da DUBDH**

Pretendeu-se incorporar os princípios da DUBDH, homologados pela UNESCO, por considerá-los um instrumento coerente para desenvolver reflexões críticas pela diminuição das diferenças sociais em um mundo, assimetricamente, globalizado. Diante disso, correlacionou-se o artigo 10 a outros artigos da DUBDH<sup>5</sup>, em especial àqueles que consideram os aspectos do tema do acesso à saúde frente às necessidades diversas da coletividade Kalunga.

### 3.5. SAÚDE: EQUIDADE E JUSTIÇA

A definição de saúde mais difundida é encontrada no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO, 1946) como *um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e*

<sup>5</sup> Art.3-Dignidade humana e direitos humanos; Art.5-Autonomia e responsabilidade individual; Art.8-Respeito pela vulnerabilidade humana e integralidade individual; Art.11-Não-discriminação e não-estigmatização; Art.12- Respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo; Art.13-Solidariedade e cooperação; Art.14- Responsabilidade social e saúde;Art.15-Compartilhamento de benefícios; Art. 16-Proteção das gerações atuais; Art.17- Proteção do meio ambiente, da bioesfera e da biodiversidade.<sup>18</sup>

*enfermidades*.<sup>55</sup> A este conceito somam-se o reconhecimento do direito à saúde como fundamental de todo ser humano sem distinção e a obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde. Essa concepção de aspiração socialista e a amplitude desse conceito acarretaram críticas de natureza política, levando ao reducionismo da classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes excluindo desta os fatores que intervêm sobre a saúde, ou seja, modelo baseado no campo da saúde (*healthfield*), formulado por Lalonde em 1974<sup>56</sup>. A Conferência de Alma-Ata (1978) enfatizou as desigualdades na situação da saúde entre os países pobres e ricos e destacou a importância da responsabilidade do Estado e da participação popular nas decisões relativas à atuação do sistema nacional de saúde, que *deve estar integrados ao processo de desenvolvimento social e econômico do país*.<sup>57</sup> (p. 39)

No Brasil, a Constituição Federal (1988)<sup>1</sup> no seu artigo 196 prevê que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. (p.195)

Assim, o processo de redemocratização e reformulação da política de saúde no País culminou no Sistema Único de Saúde (SUS/1988), regulado pela Lei nº 8.080/1990, considerado um dos maiores sistemas de saúde públicos do mundo, com um modelo de assistência universal e igualitária para todos os cidadãos brasileiros. Dessa forma, o SUS, originado por meio de movimentos políticos e sanitários, rompeu com os laços assentados na concepção de cidadania que ligava os direitos sociais ao mercado de trabalho e resultou em um processo social amplo - cidadania ampla - que vem se recriando e introduzindo um sentido de gestão pública compartilhada para produção de resultados mais eficientes, nos últimos 25 anos de existência.<sup>9, 58</sup>

Cinco princípios básicos orientam o SUS, a saber: universalidade – o direito à saúde como um direito fundamental e garantia individual do cidadão brasileiro assegurado pelo Estado; integralidade - é dever do Estado garantir o atendimento

integral nos diversos níveis de complexidade em relação ao acesso a que todo e qualquer cidadão tem direito; equidade - todos os cidadãos, de maneira igual, devem ter seus direitos à saúde garantidos pelo Estado, entretanto, frente às desigualdades sociais e regionais, o Estado deve tratar "desigualmente os desiguais", concentrando seus esforços e investimentos em locais de maiores carências do serviço público; descentralização - as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado com direção única em cada esfera de governo; e controle social – os usuários participam da gestão do sistema, estimulando-se a participação popular na discussão das políticas públicas da saúde, o que confere maior legitimidade ao sistema e às ações implantadas.<sup>9,39,58</sup>

O tema do acesso à saúde permeia o próprio conceito de equidade, que ainda é controverso. O fato primordial requer pensar nesse tema perpassando questões que, historicamente, negligenciaram ou subjugaram indivíduos, grupos e comunidades tornando-os mais vulneráveis e necessitados.

Inicialmente, o conceito de equidade na saúde foi formulado por Margaret Whitehead e discutido sob os conceitos dos determinantes sociais.<sup>53</sup> Posteriormente, foi associado ao espaço da cidadania, o que implica produção de melhores condições de saúde, diminuição das diferenças na atenção, serviços que garantam a assistência em razão das necessidades e acesso sem discriminação a todos. No período contemporâneo, a equidade estabelece um parâmetro de distribuição heterogênea, por meio de estratégias focais aos direitos coletivos que estão sustentados no pertencimento a grupos de natureza e identidades diversas. Assim, os conceitos de equidade e igualdade se aproximam a partir do princípio de que a humanidade é plural em suas identidades e necessidades, constituindo, portanto, cidadanias diferenciadas. Assim sendo, não se comporta mais um padrão homogêneo, universal, mas equânime.<sup>52</sup>

Daí o princípio da equidade - da diferença - recupera regras de distribuição justas, sendo que as distribuições serão desiguais, quando houver tentativa de recuperar distribuições injustas, isto é, iniquidades anteriormente praticadas à realidade concreta.<sup>52, 59</sup>

Para Travassos et al <sup>51</sup>, as desigualdades em saúde refletem as desigualdades sociais, considerando que os indivíduos pertencentes aos grupos menos favorecidos serão os mais vulneráveis dentro do processo saúde-doença, uma vez que apresentam piores condições de saúde com maiores chances de adoecimento e têm grandes dificuldades de acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, menores chances de tratamento. Por si só, isso é uma importante evidência de necessidades em saúde. Assim, as políticas de saúde adotadas devem vincular-se aos determinantes sociais e econômicos da saúde que afetam os indivíduos ao longo da vida, em especial àqueles que fortemente atingem as minorias marginalizadas, na tentativa de proporcionar equidade ao gradiente social, o qual terá impacto sobre as condições, qualidade e duração de vida desses indivíduos.

Silva e Almeida Filho<sup>60</sup>destacam a abordagem da equidade na formulação de políticas públicas voltadas a indivíduos que não são iguais, portanto, tratando-os de forma diferente. *Neste sentido, equidade e iniquidade correspondem a conceitos relacionados com a prática da justiça e à intencionalidade das políticas sociais e dos sistemas sociais.* (p.221)

No contexto brasileiro, verifica-se em que medida as políticas de saúde e seus desdobramentos em programas e ações trazem o princípio da equidade como preponderante. No âmbito das conferências mundiais e políticas de promoção à saúde, determina-se que a equidade seja prioridade à saúde para criação de ambientes favoráveis e responsabilidade social, que venham atender às necessidades humanas básicas desde o acesso à saúde e educação, condições mínimas de moradia até a promoção de lazer. Entende-se que o exercício da equidade pode materializar-se na formulação das políticas públicas e de saúde com a participação efetiva do governo na concretização de respostas eficazes aos principais problemas que afetam a população nas especificidades regionais e locais geradas pelas diferenças.

Equidade e justiça em saúde ou justiça como equidade pode aqui ser entendida como as políticas de saúde - ações e serviços - adotadas tendo por

objetivo principal obter a igualdade dos cidadãos no acesso a atenção à saúde<sup>6</sup>, seja qual for a sua condição socioeconômica e onde quer que vivam, bem como garantir a eficiência na distribuição de recursos e a efetividade na utilização de serviços. Na dimensão ético-política, possibilita a interação e o protagonismo dos envolvidos na produção e condução das ações em saúde, usuários, trabalhadores e gestores.<sup>62</sup>

Para Rawls, o que é justo ou injusto é a maneira como as instituições tratam homens - **grupos ou segmentos** (destaque meu) - que nascem em condições diferenciadas dentro da sociedade. Assim, na saúde, justiça sanitária é levar em consideração a redução dos diferentes níveis de vulnerabilidade tendo como fundamento eticamente aceitável o compromisso constitucional do Estado em oferecer saúde para todos.

Na comunidade pesquisada, os esforços para eliminar as disparidades em saúde traduzem-se em *responsabilidade em implantar os princípios de justiça que transformem a saúde em uma prática eficiente, equânime e justa.*<sup>62</sup>(p. 80)

O propósito da presente pesquisa surgiu do interesse da pesquisadora em conhecer a forma de organização e o modo de vida da comunidade quilombola Kalunga, e também de sua motivação e inquietação em ter ciência de como ocorre a relação do acesso à saúde, considerando as vulnerabilidades persistentes face às históricas desigualdades e iniquidades vividas por essa comunidade, sendo esta a questão que norteou a realização desta tese. Ademais, destaca-se que é frequente deparar-se com informações dispersas ou pouco sistematizadas sobre as formas de vida e de saúde, em decorrência da pouca produção de estudos que possibilitem uma compreensão aprofundada a respeito das comunidades quilombolas brasileiras.

---

<sup>6</sup>Entende-se o termo atenção à saúde como devem ser as ações e serviços, assim como a quem se dirige, sobre o que incidem e como se organizam para atingir seus objetivos.<sup>61</sup>



## 4. OBJETIVOS

### 4.1. GERAL

Conhecer as condições relativas ao acesso à saúde, pela comunidade quilombola Kalunga, à luz da Bioética de Intervenção nos municípios de Cavalcante, Monte Alegre e Teresina de Goiás, Estado de Goiás.

### 4.2. ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil socioepidemiológico, a organização da comunidade quilombola Kalunga e sua forma de participação na aplicabilidade de ações que promovam a inclusão social;
- Contextualizar, à luz da Bioética de Intervenção, as situações persistentes enfrentadas no acesso à saúde, como instrumento de inclusão social.

## 5. DESENHO METODOLÓGICO

Nesta fase, descreve-se o caminho seguido com o objetivo de coletar os dados e também empregar estratégias como subsídio para desvelar o conhecimento da realidade pesquisada, a partir de reflexões dos participantes, como também apontar as variáveis analisadas com vistas a proporcionar a geração de indicadores sócio-epidemiológicos específicos, a serem utilizados pelas autoridades públicas na formulação de políticas de inclusão social, levando-se em consideração a diversidade étnico-cultural das comunidades Kalunga.

### 5.1. MATERIAL E MÉTODO

#### 5.1.1. Tipo de Estudo

Estudo descritivo com abordagem do tipo quanti-qualitativo. Uma combinação dessas duas estratégias pode fornecer um quadro mais amplo da questão em estudo, considerando que a primeira metodologia objetivou trazer à luz os dados observáveis, enquanto a segunda aprofundou-se na complexidade de fenômenos ou processos sociais e enfatizou os pontos de vista dos sujeitos envolvidos. No entanto, descreve Minayo<sup>63</sup>

... se a relação entre quantitativo e qualitativo, entre objetividade e subjetividade não se reduz a um *continuum*, ela não pode ser pensada como oposição contraditória. Pelo contrário, é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais “ecológicos” e “concretos” e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa (p.245).

Optou-se por essa combinação considerando a obtenção de um conhecimento mais abrangente sobre o tema, conduzindo a um quadro mais completo sobre a situação e o contexto pesquisado e tendo como consequência a complementaridade dos resultados entre si.

### **5.1.2. Descrição da Área do Estudo**

Foram delimitados, para a realização da pesquisa, quilombos dos três municípios - Cavalcante, Monte Alegre e Teresina de Goiás - compreendendo um quilombo para cada município. Em Cavalcante, o quilombo eleito foi o Engenho II; em Monte Alegre, o Riachão; e, em Teresina de Goiás, o quilombo da Fazenda Ema. Os três foram indicados por líderes comunitários.

Os três municípios são ricos em diversidade cultural, pois há um verdadeiro reencontro do passado com o presente, cores que se misturam às canções, ritmos, fé e amor às coisas da terra. Todos esses fatores fazem que se reviva a cultura viva e as diferenças que se fazem presentes pelas expressões afro-brasileiras da comunidade quilombola Kalunga.

A primeira formação do município de Cavalcante data de 1736, quando, em busca das minas de ouro, o garimpeiro Julião Cavalcante deu início ao povoado, que mais tarde foi fundado oficialmente, mantendo o nome em sua homenagem. O último censo demográfico informa uma população de 9.392 hab., sendo composta por uma população urbana de 4.742 e rural de 4.650 pessoas.<sup>64</sup>

A origem da colonização de Monte Alegre, anteriormente chamado Arraial do Morro do Chapéu, emergiu pela atração das pessoas na busca pelo ouro e cresceu com os esforços do trabalho escravo na mineração. Apresenta uma população de 7.730 pessoas, destas 3.164 residentes em área urbana e 4.566 em área rural.<sup>65</sup>

Teresina de Goiás foi criada como um loteamento no entorno de Cavalcante a partir da iniciativa de três homens: Delfino Szeerquins, José da Costa e Joaquim de Souza Fagundes. A vila formada foi elevada a distrito de Cavalcante em 1968 e à

categoria de município somente 20 anos depois, em 1988. A população residente é de 3.016 pessoas, sendo 2.134 residentes em área urbana e 882 em área rural.<sup>66</sup>

No que se refere ao acesso à saúde, eixo desta tese, a rede de atenção nos três municípios é composta por estabelecimentos de saúde pública de âmbito municipal, sendo que não há estabelecimentos de saúde privados, conforme quadro abaixo.

**Quadro 1 - Estabelecimentos de saúde pública municipal**

<b>Município</b>	<b>CS/UBS*</b>	<b>Hospital Geral</b>	<b>Secretaria de Saúde</b>	<b>Total</b>
Cavalcante	4	1	1	6
Monte Alegre	2	1	–	3
Teresina de Goiás	3	–	1	4

**Fonte:** CNES/MS. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

\* CS - Centro de Saúde e UBS - Unidade Básica de Saúde

O modelo de assistência nos três municípios tem o foco na Atenção Básica e se fundamenta na Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa favorecer a aproximação da unidade de saúde das famílias, promover o acesso aos serviços, possibilitar o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários, garantir a continuidade do cuidado e aumentar, por meio da corresponsabilização da atenção, a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, produzindo maior impacto na situação de saúde local. A ESF para comunidades quilombolas é de Modalidade 1 com Saúde Bucal, ou seja, composta por dois médicos da ESF ou generalistas, um enfermeiro da ESF, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal, um técnico ou auxiliar de enfermagem, 12 agentes comunitários de saúde. Fazem jus ao recebimento de 50% de acréscimo em seus incentivos por atenderem populações remanescentes de quilombos de acordo com a Portaria nº 90 (MS/2008).<sup>67</sup>

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/MS/2010), a cobertura da população pela Estratégia Saúde da Família (ESF) é de 6.165 (59,3%) habitantes em Cavalcante, 3.711 (49,7%) em Monte Alegre e

2.751 (94,2%) em Teresina de Goiás. Não foram encontrados no sistema de informação das fontes consultadas dados sobre a cobertura específica da população quilombola Kalunga.

Em relação aos profissionais de saúde, a base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS/2010) apresenta informações conforme os quadros a seguir

**Quadro 2 - Relação de profissionais de saúde municipal – município de Cavalcante**

<b>Município de Cavalcante</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Atende ao SUS</b>	<b>Prof.SUS/1.000 hab</b>
Médicos	15	1,4
Enfermeiros	7	0,7
Cirurgião Dentista	4	0,4
Fisioterapeuta	1	0,1
Farmacêutico	1	0,1
Técnico de Enfermagem	18	1,7
Auxiliar de Enfermagem	2	0,2

**Fonte:** CNES/MS. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010

**Quadro 3 - Relação de profissionais de saúde municipal – município de Monte Alegre**

<b>Município de Monte Alegre</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Atende ao SUS</b>	<b>Prof.SUS/1.000 hab</b>
Médicos	05	0,7
Enfermeiros	3	0,4
Cirurgião Dentista	2	0,3
Fisioterapeuta	1	0,1
Farmacêutico	1	0,1
Técnico de Enfermagem	12	1,6
Auxiliar de Enfermagem	4	0,5

**Fonte:** CNES/MS. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010

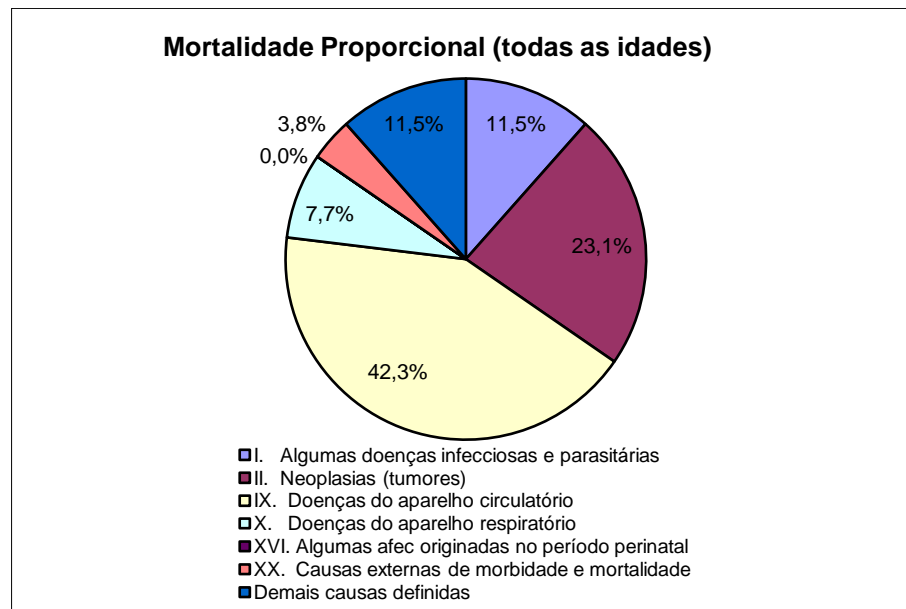
**Quadro 4 - Relação de profissionais de saúde municipal – município de Teresina de Goiás**

<b>Município de Teresina de Goiás</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Atende ao SUS</b>	<b>Prof.SUS/1.000 hab</b>
Médicos	02	0,7
Enfermeiros	2	0,7
Cirurgião Dentista	1	0,3
Fisioterapeuta	1	0,3
Farmacêutico	1	0,3
Técnico de Enfermagem	15	5,1

**Fonte:** CNES/MS. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010

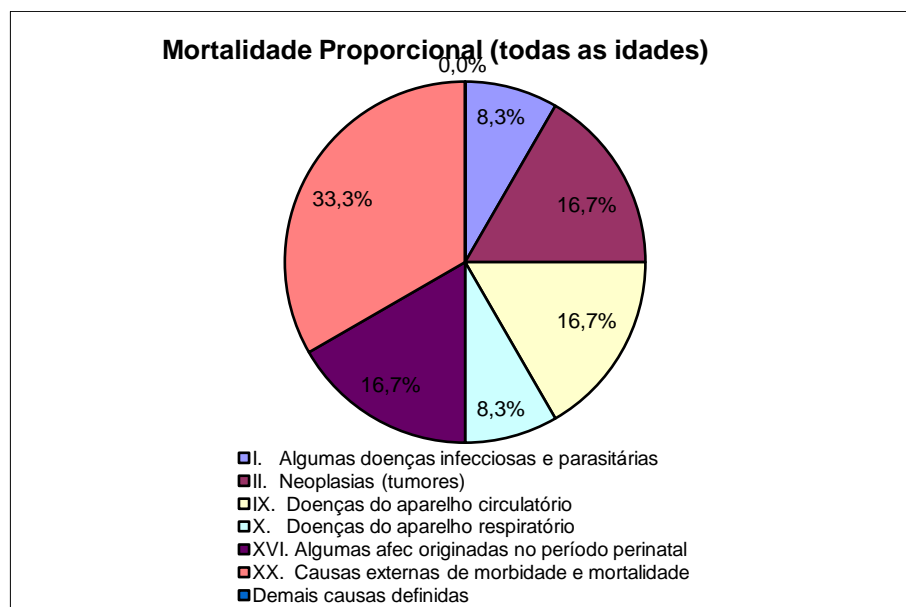
As especialidades médicas se distribuem entre clínico geral, médico de família, obstetra, pediatra e radiologista em Cavalcante. Já em Monte Alegre, encontra-se clínico geral e médico de família. Em Teresina de Goiás, há apenas médico de família.

No que se refere à causa de mortalidade, nos municípios de Cavalcante e Teresina de Goiás, há maior predomínio das doenças do aparelho circulatório, e, no município de Monte Alegre, causas externas. As Figuras 7,8,9 a seguir apresentam os grupos de causas de mortalidades nos três municípios. Não foram encontrados os agravos de saúde relacionados à população quilombola Kalunga.



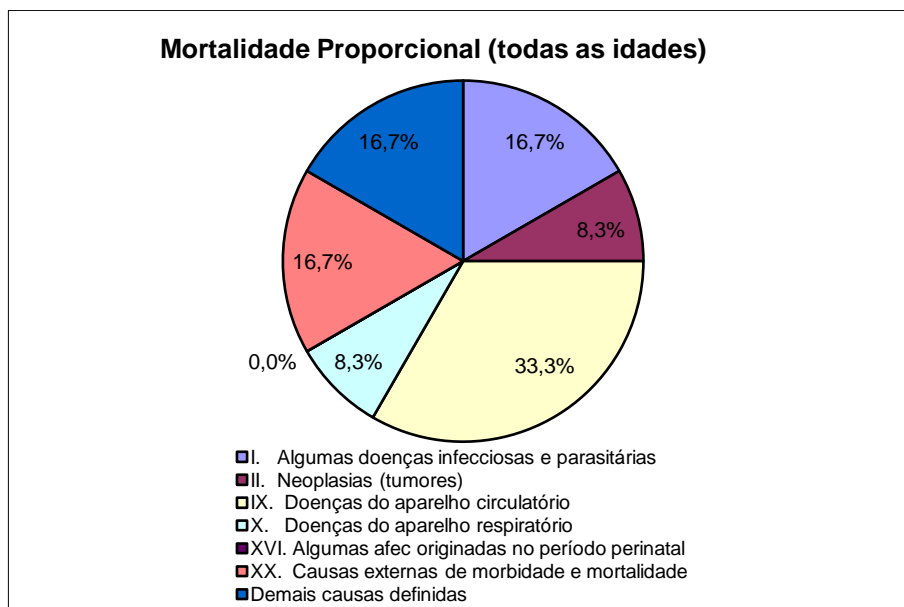
**Figura 7 - Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas - CID10 - Município de Cavalcante**

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 22/02/2010



**Figura 8 - Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas - CID10 - Município de Monte Alegre**

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 22/02/2010



**Figura 9 - Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas - CID10 - Município de Teresina de Goiás**

Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional em 22/02/2010

### 5.1.3. Operacionalização do Estudo

Nos dias 6 e 7 de maio de 2011, foi realizada, pela pesquisadora e pelo professor orientador, visita à comunidade Kalunga, cujo objetivo foi consultar as lideranças da comunidade sobre o interesse na realização do estudo e apresentar os objetivos da pesquisa. Na oportunidade, foi concedida autorização pelo Presidente da Associação Kalunga, que representa as comunidades dos três municípios.

Para a coleta de dados, a pesquisadora permaneceu na comunidade por um período de até quatro dias - entre fins de semana e dias úteis - durante os meses de setembro e outubro de 2012; abril, maio, setembro e outubro 2013; janeiro e março de 2014.



#### **5.1.4. Implicações Bioéticas**

Nesta pesquisa, foram utilizados os referenciais da Bioética de Intervenção (BI), descritos por Garrafa & Porto (2003), e da DUBDH (2005), tendo como eixo temático a questão da justiça como equidade. A BI revela a necessidade da responsabilidade individual, coletiva e pública para uma abordagem ética com aplicação social e inclusiva, considerando as diversidades existentes e a capacidade de superar as desigualdades sociais, neste caso, em relação ao acesso à atenção à saúde, para o alcance da equidade. O princípio da igualdade, equidade e justiça da DUBDH é o aporte teórico que sustenta o aprofundamento bioético, considerando-se que o recorte da comunidade estudada tem sido historicamente negligenciado pelo Estado, independentemente de viverem em meio a situações persistentes e em estado de completa vulnerabilidade, o que por si só justifica a realização de estudos que contribuam para a busca do fortalecimento da autonomia, do protagonismo e da participação cidadã dos quilombolas na formulação de projetos e planos, definição de prioridades e avaliação das ações a serem implantadas ou implementadas para os Kalunga.

Dessa forma, as discussões foram argumentadas à luz da Bioética de Intervenção, tendo como cenário a comunidade Kalunga, e os referenciais norteadores foram estruturados com base nos princípios da justiça como equidade, descritos na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos – DUBDH<sup>18, 19, 22</sup>

#### **5.1.5. Amostra**

A estratégia de amostragem deve ser determinada pelo desenho da pesquisa e normalmente, na pesquisa qualitativa, a representatividade estatística não é buscada.<sup>68</sup> Nesta pesquisa, a estratégia de recrutamento ocorreu pelo contato com o presidente da Associação dos Quilombolas e com as lideranças quilombolas de

cada município, que estenderam o convite de participação aos integrantes da comunidade. Para os gestores municipais, o convite foi por meio do contato pessoal.

Amostra ideal, segundo Minayo, é aquela que reflete relevância para o contexto da investigação. Justifica-se, então, a amostra por conveniência, considerando que os membros mais acessíveis da população foram selecionados de maneira a obter, rapidamente, os resultados. Nesse caso, para a coleta de dados, trabalhou-se com elementos da população que se tornaram 'mais disponíveis' e demonstraram riqueza em informações relevantes. Além disso, a amostra por conveniência foi empregada quando se desejou obter informações de maneira rápida e de baixo custo<sup>69</sup>.

Cumpram-se destacar alguns critérios para chegar à escolha dos integrantes da amostra, como: a definição do grupo social; o fato de o participante possuir características e conjunto de experiências que se queria captar; a possibilidade da inclusão de novos participantes ou grupos a partir da descoberta no campo; a noção de pluralidade; e a ferramenta da saturação. Entendeu-se que tais fatores proporcionaram a escolha dos integrantes e o tamanho da amostra, além da opção escolhida para a amostragem ser frequentemente utilizada para geração de ideias em pesquisas qualitativas.<sup>70, 71</sup>

Participaram os líderes comunitários Kalunga e os integrantes da comunidade de cada um dos três municípios participantes, os gestores municipais representantes das Secretarias de Saúde dos municípios de Monte Alegre e Teresina de Goiás, e os membros do Conselho de Saúde do município de Cavalcante. Assim, procurou-se incluir todos os sujeitos que, *a priori*, poderiam contribuir no processo de análise e tomada de decisão no contexto pesquisado.

Procurou-se nessa amostra a representatividade, não no sentido estatístico, mas no sentido da relevância, experiência e envolvimento dos participantes acerca dos fenômenos que esta pesquisa buscou apreender. *Muitas vezes, buscamos pessoas com longa experiência com a questão da pesquisa ou as que estão realmente em posição de revelar o que estamos interessados à investigar*<sup>70</sup>(p 47).

### **5.1.6. Critérios de Inclusão**

Todos os participantes eram maiores de 18 anos de idade e se dispuseram a participar, voluntariamente. Portanto, foram excluídos aqueles que não atenderam aos critérios da idade e/ou não se dispuseram a colaborar com a pesquisa.

### **5.1.7. Fonte e Coleta de Dados**

Os dados foram coletados com a utilização de ferramentas como questionário semiestruturado, entrevistas, grupo focal com desenvolvimento de oficinas e anotação de campo. A opção pelo uso de diferentes estratégias na produção dos dados visou promover a profundidade da análise e a qualidade da pesquisa.<sup>70, 71, 72, 73</sup>

A coleta dos dados se deu mediante autorização da Associação dos Quilombos Kalunga (Anexo 1) e da aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, ocorrida em julho de 2012, sob o Nº 16/2012 (Anexo 2).

#### **5.1.7.1. Questionário Semiestruturado**

Foi realizada a aplicação de questionário semiestruturado com os líderes comunitários e integrantes da comunidade quilombola a fim de caracterizar o perfil da comunidade e poder desvelar, por meio do levantamento socioepidemiológico, a percepção dos participantes em relação aos aspectos sanitário, social, ambiental, cultural e étnico, nos quais se encontram inseridos. O questionário foi composto por quatro eixos, a saber: perfil do participante, característica do domicílio, perfil da comunidade e tradição étnico-cultural. (Anexo 3).

### 5.1.7.2. As Entrevistas

A entrevista é um dos métodos predominantes nas pesquisas qualitativas, normalmente segue uma forma clássica baseada em um roteiro e se limita a um encontro pessoal com o participante, mas é também uma ferramenta flexível que pode revelar formas mais especializadas. Pode ser realizada em grupo com algumas pessoas ao mesmo tempo, sendo diferente de um grupo focal. Atualmente são usados recursos de comunicação e mídia e, na maioria dos casos, as entrevistas são gravadas e transcritas para análise. A entrevista semiestruturada tem atraído o interesse pelo fato de os entrevistados expressarem seus pontos de vista subjetivos em diferentes grupos sociais.<sup>70</sup>

Foram realizadas com três líderes comunitários, sendo um de cada município, além de seis integrantes da comunidade que possuem uma expressão e valor simbólico entre todos os quilombolas Kalunga, optando-se, portanto, pela entrevista com os integrantes considerados patriarcas, matriarcas ou agentes de saúde. Realizaram-se também entrevistas com os gestores dos três municípios, sendo dois Secretários de Saúde - um em afastamento para pleito eleitoral - e três membros do Conselho de Saúde - um representante do gestor, um representante do trabalhador e outro representante do usuário. Isso perfaz um total de 12 entrevistas, pois, uma vez que a entrevista com os integrantes do Conselho foi realizada de forma coletiva, esta foi considerada como apenas uma para efeito de cômputo, nesta tese.

As entrevistas foram realizadas, conforme a conveniência do entrevistado, em diversos ambientes, como: as salas das residências; as áreas externas (varandas, quintais ou terreiros); o espaço comunitário; as salas de reuniões das prefeituras; e o hospital. Tiveram duração média de 50 minutos, foram registradas por meio de gravação em áudio e seguiram um roteiro com questões abertas que possibilitaram levantar os temas acerca da identidade étnica, dos problemas que afetam a comunidade, dos relativos ao acesso à saúde, das ações de políticas públicas e do protagonismo da comunidade (Anexo 4).

### 5.1.7.3. Grupo Focal: As Oficinas

O grupo focal é uma técnica - um tipo de entrevista em grupo - que tem por finalidade gerar dados a partir da comunicação entre os participantes. Utiliza-se a interação do grupo para coletar os dados, simultaneamente. Pode estimular os participantes a redefinirem seus problemas de forma mais politizada e levar a mudanças significativas, além de facultar ao pesquisador combinar abordagens e ser livre para adaptar. Assim, engendram relações mais igualitárias entre pesquisador e pesquisados.<sup>73</sup>

A escolha pelo grupo focal com estratégia de desenvolver oficinas em grupo possibilita aprofundar a discussão sobre os temas sob a perspectiva dialética, exercitando os conteúdos, a crítica, a reflexão. Como técnica, esta situa a realidade humana dentro do contexto que será observado, realçando um espaço enriquecido, compartilhado e socializado sobre a vivência do cotidiano da comunidade pesquisada.<sup>73, 74, 75, 76</sup>

No grupo focal, abordaram-se as mesmas questões propostas na entrevista. Estas possibilitaram a discussão de temas que na percepção da comunidade são considerados problemas persistentes. Os grupos focais foram constituídos por 30 integrantes da comunidade quilombola, sendo assim constituídos por 13 pessoas do Quilombo Riachão de Monte Alegre, 8 do Quilombo Ema de Teresina de Goiás e 9 do Quilombo Engenho II de Cavalcante. Observa-se que o quantitativo necessário para cumprir os objetivos seguiu a ocorrência da saturação dos dados coletados.<sup>68,</sup>

<sup>71</sup> Houve o convite para os participantes com agendamento prévio, realizado por intermédio dos líderes comunitários (Anexo 5).

A estratégia metodológica utilizada no grupo focal possibilitou a construção de um espaço lúdico, por meio de oficinas<sup>76</sup>. Foi elaborado um espaço criativo que possibilitou a construção de um tecido simbólico assemelhando-se a uma rede, que intencionou a integração do grupo, conforme descrito em roteiro específico (Anexo 6). Além disso, essa construção remeteu os participante à arte da tecelagem, uma atividade do artesanato local que vem sendo resgatada em projetos institucionais para que os jovens da comunidade despertem o interesse pela manutenção da cultura viva do quilombo Kalunga.

#### 5.1.7.3.1. *Tecendo a Rede*

Os participantes foram informados pela pesquisadora sobre como ocorreria a dinâmica da oficina. A proposta simbólica da construção de uma rede teve como objetivo remeter à interação entre as pessoas em torno do tema sobre os quais discutiram e trocaram as experiências. O espaço lúdico facilitou o resgate dos aspectos artesanais da tecelagem, uma atividade econômica que está sendo resgatada na comunidade tendo em vista não perder as características histórico-culturais. Nessa perspectiva, sugeriu-se a realização da atividade simbólica no sentido de manter vivas as conversações no contexto da coletividade, união, vínculo e compartilhamento.

#### 5.1.7.3.2. *Os “Nós” da Rede*

Durante a atividade, construiu-se uma rede com o uso de barbante e, após o relato dos participantes, foi realizado um *nó* simbólico, ao redor do dedo, de forma que possibilitasse a fixação do barbante para arremessá-lo a outro participante. Os *nós* significaram os principais problemas que são vivenciados na comunidade, bem como a comunicação e a participação - de maior ou menor intensidade - em função das inquietações e das limitações.

#### 5.1.7.3.3. *Desatando os “Nós” da Rede*

Considerou-se como *desatar os nós* a possibilidade das devolutivas expressadas pelos próprios participantes. A rede foi sendo desfeita e o barbante enovelado novamente. Neste momento, os discursos levaram em conta quais eram as possibilidades geradas a partir do protagonismo da própria comunidade. Expressões como equidade e justiça social apareceram no discurso dos participantes. O novelo do barbante foi entregue a um integrante da comunidade para que fosse guardado como expressão simbólica e produto da oficina.

#### 5.1.7.3.4. *Desdobramentos da Rede e dos “Nós”*

Considerando os desdobramentos apontados pelos discursos dos participantes nas oficinas e pelas anotações de campo (Anexo 7), percebeu-se a necessidade de entrevistar os gestores dos três municípios. Com anuência e concordância do professor orientador, realizaram-se, no dia 19 de outubro de 2012, as entrevistas com os Secretários de Saúde de Monte Alegre e Teresina de Goiás e com os Conselheiros de Saúde de Cavalcante.

#### 5.1.8. **Análise das Variáveis**

O referencial analítico procedeu de duas formas. Os dados quantitativos foram analisados por um pacote estatístico - Software Epi Info versão 6.04 -, e os dados qualitativos, referentes às questões abertas e aos discursos provenientes das entrevistas e dos grupos focais, foram analisados obedecendo à técnica da análise de conteúdo descrita por Laurence Bardin, uma vez que toda tradição de análise textual é um exercício que permite avançar sobre o discurso. A análise de conteúdo procura extrair sentido dos textos, pois o texto vai além de uma soma de frases, ele é uma totalidade. Portanto, a análise de discurso não estaciona na interpretação, pressupõe o legado do materialismo histórico, ou seja, o que há de real na história, nas condições concretas de vida com os seus confrontos entre diferentes.<sup>77,</sup>

78

Cabe lembrar que, para a compreensão das práticas discursivas dos participantes desta pesquisa, foi necessário incluir um dispositivo de anotação de campo para observar os sentidos que se manifestaram para além do pensamento expresso pelos textos, pois estes também enfocaram a posição discursiva legitimada dos participantes e possibilitaram as inferências e a argumentação na tese.<sup>79, 80, 81</sup>

Para auxílio operacional, utilizou-se o recurso disponibilizado pelo software de análise textual – *Qualitative Solutions Research NVivo 10 (QSR International)* -, que tem por base o princípio da codificação que permite classificar, ordenar e organizar

os dados trabalhando com níveis profundos de análise de informações baseada em textos. O programa é bastante útil para pesquisas com dados oriundos de transcrições de entrevistas, grupos focais, anotações de campo, reportagens, entre outros. Um dos aspectos relevantes do programa é agregar à pesquisa qualitativa um caráter metódico em que se coloca para a pesquisa científica de um modo geral. A busca informatizada não substitui as etapas da leitura flutuante exaustiva, dos recortes do conteúdo do texto, da codificação e das reflexões, mas *pode ajudar para que o exame dos textos e análise sejam mais completos e confiáveis.*<sup>79, 81</sup>

Para tratamento dos dados qualitativos, seguiram-se as etapas, desde a transcrição, recortes, codificação/categorização e, assim, procurou-se manter ênfase na validade e confiabilidade dos resultados, entendendo que fazer análise qualitativa consiste em extrair dos dados, na medida do possível, o que de fato estes significam.<sup>78</sup>

### **5.1.9 Questões Éticas**

A pesquisa seguiu as normas estabelecidas pela Resolução nº 196/96 CNS/MS e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil, em abril de 2012. A pesquisadora informou os objetivos da pesquisa junto às lideranças e moradores visando obter autorização e, após aprovação do CEP/FS/UnB, sob o Nº 16/2012, iniciou-se o procedimento para a coleta de dados a partir de setembro de 2012. Aos participantes foram explicados os objetivos da pesquisa e aqueles que concordaram foram informados, esclarecidos e convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE - (Anexo 8). Buscou-se respeitar a proteção dos participantes, a responsabilidade primordial do pesquisador e a informação pertinente sobre a pesquisa. Foi reforçado o princípio da participação autônoma, da privacidade, da confidencialidade e sigilo dos dados.



## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nestas etapas, são mostrados os produtos das análises realizadas, inicialmente dos dados quantitativos e, posteriormente, dos qualitativos. A consolidação dos resultados teve como base a utilização de questionário, entrevista e grupo focal.

### 6.1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS

Foram aplicados 12 instrumentos envolvendo apenas os líderes comunitários e os integrantes da comunidade. Os dados socioepidemiológicos dos questionários apresentados têm como base a epidemiologia descritiva, ou seja, tempo, pessoa e lugar. Utilizou-se um processo de ordenamento, estrutura e significado dos dados. A partir dos tópicos estabelecidos, processaram-se os dados procurando tendências, diferenças e variações na informação obtida. Os dados analisados geraram informações quantificáveis sobre os tipos de problemas vivenciados pelas comunidades.

Nas Tabelas de 1 a 8, são mostrados resultados relacionados ao perfil dos participantes da pesquisa. Na Tabela 1, é mostrada a frequência dos participantes de acordo com cada município.

**Tabela 1- Frequência de participantes dos municípios de Cavalcante, Monte Alegre e Teresina de Goiás.**

<b>Municípios\Participantes</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Cavalcante	5	42
Monte Alegre	3	25
Teresina de Goiás	4	33
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Verificou-se que a maior participação de quilombolas ocorreu no município de Cavalcante, 5(42%), seguidos por Teresina de Goiás, 4(33%) e Monte Alegre, 3(25%), embora o quantitativo se aproxime. Atribuíram-se ao fato tanto a disponibilidade de participação dos quilombolas, quanto a distância geográfica dos dois últimos municípios citados. Alguns desses integrantes participaram também das entrevistas e oficinas que promoveram discussões acerca do tema do acesso à saúde.

Na Tabela 2, são mostradas as diferentes faixas etárias e sexo em relação aos participantes dos três municípios.

**Tabela 2- Relação entre faixa etária e sexo dos participantes realizadas nos municípios Cavalcante, Monte Alegre e Teresina de Goiás.**

Faixa Etária	Sexo		Total	
	Masculino	Feminino	n	%
18-20	0	0	0	0
21-30	0	1	1	8
31-40	0	0	0	0
41-50	1	3	4	33
51-60	4	0	4	33
61-70	1	0	1	8
71-80	1	1	2	18
Acima de 81 anos	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Observou-se maior predomínio dos participantes do sexo masculino 7(58,3%) destacando os de idade entre 51 a 60 anos (4), enquanto que no feminino o predomínio está na faixa etária entre 41 a 50 anos (3), sendo que os demais se distribuíram de forma praticamente igualitária.

Segundo o estudo etnográfico da antropóloga Baiocchi (1999), o “espaço do homem” na ordem Kalunga, enquanto gênero, está presente como tradição cultural,

isto é, há uma valorização do sexo masculino, assim como dos quilombolas de mais idade, que são considerados os responsáveis por transmitirem as informações e preservarem a memória viva de geração a geração. Esse fato pode ser observado em relação à idade/-sexo dos participantes.<sup>29</sup>

Em relação ao estado civil, verificou-se uma diversidade de condições afetas ao estado conjugal e sexo, conforme mostrado na Tabela 3.

**Tabela 3- Estado civil e sexo de participantes**

Estado civil	Sexo		Total	
	Masculino	Feminino	n	%
Solteiro	5	4	9	76
Casado	1	0	1	8
Viúvo	0	0	0	0
Divorciado	1	0	1	8
Outro	0	1	1	8
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Observou-se maior quantitativo de entrevistados 9(76%) no estado civil de solteiros para ambos os sexos. Os participantes relataram que não há casamento civil entre eles, em especial entre os membros mais idosos, pois até pouco tempo não havia registro civil entre os quilombolas, fato que pode explicar tal constatação. Ainda o estudo de Baiocchi (1999) aponta uma raiz comum entre as primeiras famílias e é por isso que, até os dias atuais, observam-se nos integrantes da comunidade os mesmos sobrenomes combinados uns com os outros, além da consanguinidade. Os laços de parentesco constituem uma sociedade endogâmica, na qual se realizam alianças entre primos de 2º ou 3º graus moradores do mesmo povoado ou de núcleos diferentes da comunidade.<sup>29</sup>

Na Tabela 4, mostra-se a distribuição do número de filhos por família de cada entrevistado.

Tabela 4- Número de filhos por família de cada participante

Número de Filhos	Frequência	%
Nenhum	1	8
1-2filhos	4	33
3-4 filhos	0	0
5-6 filhos	3	25
7-8 filhos	0	0
9-10 filhos	2	17
10 ou mais filhos	2	17
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Verificou-se que em 4(33%) das famílias havia até 2 filhos, seguido de 3(25%) com até 6 filhos e outras 2 famílias com 10 ou mais filhos (17%). Destacam-se assim os dados do diagnóstico da SEPPIR, que apontam de 5,5 pessoas por família<sup>32</sup>. A concepção de família para eles funciona por um sistema comunal de apoio doméstico em rede estabelecido pelo parentesco, reciprocidade e solidariedade, assim podendo justificar as famílias quilombolas que são, tradicionalmente, extensas com os familiares convivendo no mesmo domicílio – pais, avós, filhos, tios, primos.<sup>35</sup> Há relatos dos próprios quilombolas de que, no passado, não se praticava o planejamento familiar ou qualquer outra forma de se restringir o tamanho da família. Pode-se inferir ainda que a prole numerosa, provavelmente, é devido à atividade sexual precoce, a qual tem como consequência a gravidez na adolescência, que, de certa forma, é aceita como um fenômeno natural influenciado pelo próprio costume entre os quilombolas.

Na Tabela 5, são mostradas as ocupações dos líderes comunitários e integrantes da comunidade.

Tabela 5- Atividades ocupacionais e posicionamento dos participantes na comunidade

Ocupação	Posição na Comunidade		Total	
	Líder comunitário	Integrante da Comunidade	n	%
Lavrador	2	5	7	60
Dona de Casa	0	1	1	8
Doméstica	0	1	1	8
Turismo	1	0	1	8
Professor	1	0	1	8
Sem informação	0	1	1	8
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

A forma tradicional de organização do trabalho desde o início dessa comunidade continua sendo realizada por meio da agricultura. Verificou-se que a atividade ocupacional de lavrador 7(60%) tem maior predomínio em relação às demais, tanto para os líderes comunitários quanto para os integrantes da comunidade; pode-se então constatar uma forte ligação da comunidade com a terra, de cujo cultivo a maioria sobrevive. Além disso, o direito essencial à terra assegura o direito de todos à reprodução da vida eminentemente agrícola, além de possibilitar abundância no plantio para todos os quilombolas.<sup>35</sup> Dados do diagnóstico das ações do PBQ confirmam o perfil agrícola e demonstram uma predominância da produção de agricultura familiar voltada para subsistência e outra pequena parte para comercialização<sup>32</sup>.

Observou-se que alguns integrantes da Comunidade do Engenho II vêm realizando cursos e recebendo treinamentos pela Associação Quilombo Kalunga (AQK), em parceria com Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (SENAR), em especial os ligados ao ecoturismo e monitoramento ambiental, considerando as características das riquezas naturais locais e o fluxo de visitantes no território e tendo como objetivo melhorar a capacidade profissional e gerar oportunidades e renda.

Na Tabela 6, é apresentado o nível de alfabetização dos participantes.

**Tabela 6- Frequência e grau de escolaridade dos participantes**

<b>Escolaridade</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Não alfabetizado	3	25
Ensino Fundamental	7	58
Ensino Médio	2	17
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Os participantes da pesquisa apresentam um grau de escolaridade de ensino fundamental 7(58%), seguido do analfabetismo 3(25%) e ensino médio 2(17%). Podem-se inferir dados sobre as dificuldades de acesso à escola, bem como sobre as perspectivas que os participantes mantêm em relação à escolaridade. Há relato de que os quilombolas mais velhos não estudaram por motivos diversos, mas hoje a escola é vista como integrante do processo de oportunidade e de ascensão social para os jovens quilombolas. Uma das estratégias que vêm sendo despertadas na comunidade é a importância da formação dos jovens, em relação ao ensino de nível superior, na área de educação, visto que é uma forma de atender às demandas imediatas, de produzir avanços sociais, econômicos e políticos para a comunidade e de manter as tradições culturais.<sup>23, 36, 38</sup>

Na Tabela 7, apresenta-se a relação da distribuição de renda mensal familiar.

**Tabela 7- Relação de renda mensal**

<b>Renda Mensal</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Menos de 1 salário mínimo	2	17
1-4 salários mínimos	6	50
5-10 salários mínimos	0	0
Acima de 10 salários mínimos	0	0
Outro – Programa Social <sup>7</sup>	4	33
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

<sup>7</sup> A média do valor do benefício é de R\$ 97,00 (2014) e atende famílias com renda de até R\$140 por pessoa.

Segundo dados do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), pelo menos 58 mil famílias quilombolas situam-se abaixo da linha da extrema pobreza, assim a população quilombola é alvo do *Programa Brasil sem Miséria*<sup>32</sup>.

Cabe ressaltar que dentro desse Programa inclui-se o *Bolsa Família*, que objetiva o alívio imediato da pobreza, gera acesso aos direitos sociais e o desenvolvimento das famílias de modo a superarem a situação de vulnerabilidade. A gestão do programa é descentralizada e a seleção das famílias ocorre por meio de cadastro único para programas sociais do governo.<sup>82</sup>

A maioria dos participantes apresentam uma renda salarial de um a quatro salários 6(50%), sendo que outra parcela 4(33%) relatou participar do programa social de governo de transferência direta de renda monitorado pelo MDS. Os quilombolas participantes da pesquisa informaram a inclusão no benefício do *Bolsa Família* quando apresentaram um quantitativo de respondente como outra forma de renda. Pode-se inferir que a fonte de agricultura familiar, advinda da principal atividade ocupacional conforme já apresentada, não tem gerado renda suficiente para atender às expectativas das famílias e às demandas da comunidade quilombola Kalunga, fato que os faz incluídos nos benefícios sociais de renda.

Na Tabela 8, é mostrada a distribuição dos participantes em relação ao uso do tabaco e álcool pelos participantes.

**Tabela 8- Uso do tabaco e ingestão de álcool pelos participantes da pesquisa**

<b>Ingestão/Us</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Tabaco	3	25
Álcool	9	75
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Segundo relatos dos entrevistados, verificou-se um uso frequente de álcool entre os participantes 9(75%). Essa constatação pode indicar uma tendência dos quilombolas de se expor ao uso do álcool em tenra idade devido, provavelmente, ao fato de que, além deterem pouca informação ou falta de conhecimento sobre os potenciais riscos do produto, consideram-no uma das formas alternativas de

diversão em função da naturalização do uso. Aspectos históricos e culturais das comunidades quilombolas informam a presença do álcool no cotidiano mediando o trabalho, desde a época do plantio da cana de açúcar até as celebrações e o lazer dos finais de semana, dos dias atuais.<sup>5</sup>

Observa-se ainda que 3(25%) relataram fazer uso do tabaco, o que se arrisca a deduzir como uma proporção elevada, se fizermos uma estimativa de uso entre os integrantes desta comunidade quilombola. Há de se considerar que a dinâmica da comunidade e o modo como o uso de tabaco, álcool e outras drogas tem significados tornam importante pensar em estratégias para informação e conscientização dos quilombolas sobre os fatores de risco e agravos à saúde advindos do uso dessas substâncias. Acredita-se que é nos espaços de educação e de saúde que podem ocorrer investimentos que abordem a temática e gerem transformações desse hábito entre os integrantes da comunidade quilombola Kalunga.

Nas Tabelas de 9 a 15, são apresentados os aspectos relacionados com as características da comunidade em relação aos indicadores de determinação social.

Os determinantes de vida foram investigados por meio de questões que relacionam as características dos domicílios, o saneamento básico, os fatores geográficos e econômicos, e a disponibilidade de atenção à saúde e educação.

**Tabela 9- Frequência da relação abastecimento de água**

<b>Água encanada</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Sim	10	83
Não	2	17
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Embora os participantes destaquem a presença da água encanada nas residências 10(83%), observou-se nas comunidades pesquisadas que o sistema de abastecimento é rudimentar, isto é, a água é captada diretamente do rio sem que haja o tratamento básico. Para efeitos do sistema de abastecimento e ligações domiciliares do Estado de Goiás, esta água é considerada como não encanada e



não tratada. Há também a evidência de dificuldades de acesso ao leito do rio, sendo então o abastecimento para as residências quilombolas realizado por meio de transporte da água do rio em vasilhames. Há outros poucos quilombos que recorrem a poços ou cisternas particulares. Conforme relatório da SEPPIR (2012), a Funasa vem intensificando suas ações de ampliação, melhoria e implantação de sistemas de abastecimento de água dentro do *Programa Água Para Todos*. A Funasa/GO (2013) vem implantando os primeiros sistemas de tratamento de água nas comunidades quilombolas Diadema/Ribeirão e Ema/Limoeiro no município de Teresina de Goiás.<sup>32, 83</sup>

Nas Tabelas 10 e 11, apresenta-se a relação do sistema de esgotamento sanitário e os diferentes tipos de instalações sanitárias.

**Tabela 10- Frequência do Escoamento de esgoto**

<b>Rede de esgoto</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Sim	4	27
Não	8	73
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

**Tabela 11- Frequência do tipo de instalação sanitária**

<b>Tipo de instalação</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Banheiro	2	17
Fossa	9	75
Outro	1	8
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Identificou-se que há predomínio da fossa, 9(75%) para as eliminações dos dejetos, seguida por uso de banheiro, 2(17,%) e a céu aberto 1(8%). Na comunidade quilombola, a precariedade do saneamento básico, como também a construção da *fossa séptica*, não atende a normas básicas de construção e pode

gerar agravos à saúde da população local, por meio da contaminação da água ou do solo. Gurgel & Monteiro (2012), em dados preliminares de sua pesquisa, mostra que 16,79% dos exames parasitológicos realizados pelos quilombolas dessas comunidades estavam infestados com algum tipo de parasito do trato intestinal, mais frequentemente *Entamoeba coli* e cistos de *Iodamoebabutshilii*.

O Plano Plurianual da Funasa (PPA/2012-2015) prevê ampliar as ações e serviços de saneamento básico nas comunidades tradicionais e rurais dispersas. *Uma das metas será implantar obras de saneamento em 375 comunidades remanescentes de quilombos* (p.15).<sup>84</sup>

Outra constatação é sobre a destinação do resíduo sólido, lixo doméstico, que é mostrada na Tabela 12 como uma preocupação que representa risco para os quilombolas, bem como aponta para uma necessidade de educação e plano de gestão ambiental dentro da comunidade.

**Tabela 12- Frequência da destinação do lixo nas comunidades quilombolas**

<b>Destinação do lixo</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Enterra	2	17
Queima	7	58
Joga a céu aberto	2	17
Utiliza como adubo	0	0
Outro	1	8
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Constatou-se que 7(58%) do lixo é queimado pela inexistência de sistema de coleta periódica de resíduos sólidos nos quilombos. Observou-se, ainda, que nos povoados pesquisados não são disponibilizados coletores, portanto o lixo, antes de ser queimado, permanece a céu aberto ao redor das residências, comprometendo assim a saúde da comunidade local e poluindo o ambiente. Há de se discutir a questão de incentivo à criação e desenvolvimento de cooperativas de reciclagem e reutilização do lixo, conforme preconizado pela Política Nacional de Resíduos Sólidos.<sup>85</sup>

A questão da moradia é outro fator de observação na comunidade. O Programa Brasil Quilombola tem investido em programas de habitação tendo em vista a melhoria das condições de moradias. Embora haja construção de casas de alvenaria nos quilombos pelo PBQ, a comunidade ainda mantém e prefere as construções tradicionais de adobe, conforme apresentado nas Tabelas de 13 a 15

**Tabela 13- Frequência do tipo de casas construídas**

<b>Tipo de construção</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Casa de Adobe	8	67
Alvenaria	4	33
Madeira	0	0
Outro	0	0
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

**Tabela 14- Frequência do tipo de piso das casas**

<b>Tipo de Piso</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Cimento	8	67
Terra batida	3	25
Cerâmica	1	8
Outro	0	0
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

**Tabela 15- Frequência do tipo de telhado das casas**

<b>Tipo de Telhado</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Telha de barro	7	59
Telha metálica	1	8
Palha	4	33
Outro	0	0
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

O principal programa de moradia é o da habitação rural no âmbito do programa *Minha Casa Minha Vida*, realizado por meio de acordos da SEPPIR como Sistema Financeiro de Habitação, que possibilitam a construção de projetos habitacionais priorizando as comunidades quilombolas. O Programa permite, dessa forma, levar moradia digna ao morador/agricultor rural com construção, reformas ou ampliação do imóvel já existente<sup>84</sup>.

Há de se considerar que o espaço habitacional para os Kalunga vai muito além de sua própria residência, pois eles definem um espaço coletivo onde suas casas ou ranchos se distribuem em uma posição arquitetônica específica - em forma de mocambos<sup>8</sup> - ainda influenciada pela formação dos primeiros quilombos. Essa estrutura possibilita uma convivência próxima e sem barreiras entre os membros de uma mesma família e/ou vizinhos mais próximos. Observa-se também que há preocupação, por parte das famílias, em não ocupar grandes extensões do terreiro ou pátio, pois consideram que, a partir dessa atitude, evita-se o uso predatório em todo o seu território.<sup>35,84</sup>

Considerando todos os aspectos individuais, socioambientais e estruturais acima mencionados que se relacionam aos determinantes de saúde, à qualidade de vida e ao direito à saúde da população quilombola, percebe-se que a atenção à saúde é feita ou deveria ser feita, nessas comunidades, pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Modalidade I, composta pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), Técnico de Enfermagem, Enfermeiro, Médico, Dentista e Auxiliar ou Técnico de Saúde Bucal, conforme a necessidade específica da área de abrangência.<sup>67</sup>

Observou-se, porém, que há uma Unidade Básica de Saúde (UBS) apenas na comunidade do Engenho II, pertencente ao município de Cavalcante, composta por Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Técnico de Enfermagem que são moradores da comunidade, sendo que os demais profissionais - enfermeiro, médico, cirurgião dentista - têm sua presença na unidade para atendimento semanal à comunidade ou inexistem no quadro de assistência. Há informação de que nesta comunidade a UBS permaneceu por um período de um ano sem atendimento devido à ausência

---

<sup>8</sup> Agrupamento de moradias habitadas por pessoas aparentadas. Tipo de moradia construída artesanalmente.

dos profissionais de nível superior. Já nas comunidades do Riachão e da Ema, o acesso ao atendimento de saúde é dificultado pela inexistência de UBS ou dos profissionais, desta forma conta-se apenas com o ACS para o atendimento das famílias. Para as demais necessidades em saúde, os quilombolas se deslocam para os municípios de Monte Alegre e Teresina de Goiás, a fim de ter acesso a atendimento qualificado.

A precariedade na oferta dos serviços de saúde, aliada ao número reduzido de unidades e ao baixo quantitativo de profissionais, não garante o atendimento às necessidades de saúde demonstradas nestas comunidades, que se mantêm desprovidas da universalidade do acesso, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde.<sup>9</sup> O quantitativo de profissionais encontra-se aquém das necessidades e, por si só, não proporciona melhor atenção à saúde para esta população. Cabe analisar que as políticas de gestão em saúde devem preocupar-se em promover a formação e capacitação de profissionais de saúde destinados a atender as populações tradicionais e especiais, desta forma valorizar a formação dos próprios integrantes da comunidade, a exemplo do que vem ocorrendo na área da educação nos últimos anos. Além de incentivar a presença dos profissionais de saúde nas regiões de maiores carências, deve-se prover as necessidades de recursos para assegurar a assistência qualificada e promover a extensão da cobertura de ações de saúde e social visando à ideia de 'incentivo à equidade'.

Ainda se tratando de saúde, foram feitas observações acerca do perfil alimentar dos quilombolas. Este revelou uma alimentação baseada na agricultura familiar de subsistência, com alimentos cultivados em suas próprias terras, entre os quais se destacam arroz, feijão, farinha, milho e leguminosas. A origem dos alimentos - produção/ aquisição - é mostrada na Tabela 16.

**Tabela 16- Frequência da produção e aquisição de alimento**

<b>Produção/Aquisição</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Cultivado	10	84
Industrializado	-	-
Cultivado e Industrializado	2	16
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Não obstante os alimentos cultivados em pequenos roçados serem a principal fonte destinada à alimentação dos quilombolas, gradativamente suas terras vêm sendo reduzidas, principalmente por invasão de fazendeiros, diminuindo a capacidade de plantio, a produção artesanal de alimentos, o desenvolvimento da pecuária e a pesca. Essa realidade aumentou a escassez de alimentos, o que leva à dedução de que uma transição nutricional poderá acarretar agravos à saúde, em especial das crianças e dos idosos dessa comunidade. Considera-se ainda que a aquisição de alimentos não produzidos na comunidade estará intimamente ligada à questão da geração de trabalho e renda. Outro aspecto importante que deve ser fonte de preocupação é a implementação das políticas públicas que garantam melhoria na segurança e qualidade alimentar dessa população. Ações de fomento do PBQ têm incentivado a produção de alimentos, fornecido orientação sobre a preservação do meio ambiente e sustentabilidade, e fortalecido o desenvolvimento a partir da lógica de produção já instituída na comunidade, pelos próprios quilombolas.<sup>32, 37</sup>

A economia gira em torno da agricultura e pecuária 7(58%) nos três quilombos, e na comunidade do Engenho II há um forte crescimento do turismo 5(42%). O emprego formal 6(50%) e o informal 6(50%) são equivalentes, sendo que a maioria se desenvolve no próprio povoado 7(58%), fato justificado pelo turismo. Nesse sentido, a aquisição de bens duráveis gira em torno dos principais aparelhos eletrodomésticos, como geladeira, fogão, seguidos de televisão e rádio, representados como 11(92%), e de automóvel 9(76%), fato este que se justifica em razão da necessidade de deslocamento dos integrantes da comunidade. De fato, a distância entre as comunidades e os municípios, as péssimas condições das estradas de acesso e a ineficiência do transporte público estimulam a aquisição do automóvel, que, na maioria das vezes, é de uso coletivo, ou seja, caminhão ou caminhonete e preferencialmente com tração. Observa-se ainda o aumento do número de aquisição de motocicletas pelos jovens dada a necessidade dos deslocamentos destes, em especial, para estudarem nos municípios. Cita-se que, muitas vezes, esses meios de transporte se apresentam em condições precárias devido aos anos de uso ou à ausência de manutenção. Na comunidade do Engenho II e Ema devido à inclusão digital que vem sendo instituída por meio da Associação Quilombo Kalunga, nos últimos anos, já há aquisição de computadores.

As questões relacionadas às características da comunidade e sua tradição étnico-cultural viva são manifestadas e resguardadas por meio da territorialidade, religiosidade, celebrações/festividades, culinária, artesanato e espaço coletivo. Há preocupação da comunidade em relação ao Sítio Histórico e Patrimônio Cultural, uma vez que o sítio é demarcado e titulado (2000), porém sem registro em Comarca, fato que gera disputas dessas terras pelos fazendeiros. Observou-se que, para alguns quilombolas, a ausência do registro em cartório é considerada ausência de titulação da terra, conforme Tabela 17.

**Tabela 17- Frequência de demarcação e titulação de terra**

<b>Terra</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Demarcada sem título	7	59
Demarcada com título	4	33
Não demarcada	0	0
Cedida	0	0
Doadada	0	0
Invadida por terceiros	0	0
Outro	1	8
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

O Instituto Nacional Colonização e Reforma Agrária (INCRA) é o órgão competente na esfera federal para regularização dos territórios quilombolas no País pelo Decreto 4.887 de 2003.<sup>86</sup> A Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ), no *VIII Encontro e Feira dos Povos do Cerrado*, promovido pela Rede Cerrado e realizado em Brasília, no período de 05 a 08 de maio de 2014, em seu pronunciamento junto ao Ministério Público Federal (MPF), apontou que no *“país há violação na regularização das áreas quilombolas, primeiramente porque são emperradas pelas instâncias da máquina burocrática e posteriormente, pelo envolvimento de parlamentares que compõem a bancada ruralista no Congresso Nacional”*.

Observa-se que a questão da territorialidade é imprescindível para o exercício da cidadania desses povos, que devem ter os direitos de propriedade e de posse sobre as terras que ocupam, seja para a moradia, para o desenvolvimento socioeconômico ou para atividades atreladas ao seu patrimônio cultural. Há que se observarem os instrumentos jurídicos que garantam o direito à terra e as políticas que assegurem esse direito às comunidades quilombolas no País, não sendo diferente esta condição à comunidade Kalunga.

Sobre os aspectos culturais, a comunidade pronunciou não ter um dialeto próprio 10(82%), porém constatou-se que o grau de escolaridade, a formação cultural, a influência regional e fatores contextuais lhes propiciam o uso corriqueiro da língua portuguesa, apresentando equívocos na linguagem falada concernentes a expressões verbais e nominais e suas concordâncias. Esse fato, todavia, não tem impedido os integrantes da comunidade de se pronunciarem e se fazerem ouvir nos espaços das diferentes instituições sociais.

Ressaltaram que, por meio da religião e das celebrações religiosas/festividades, conseguem manter características próprias da sua tradição. Dos participantes, 12(100%) relataram ser religiosos, com a predominância do catolicismo, embora se tenha constatado que o catolicismo dentro do quilombo não é o mesmo tradicional que foi compelido aos escravos, mas, sim, um catolicismo sincrético, simbólico e reinventado. Informaram sobre a presença de celebrações ligadas à tradição religiosa 12(100%), em especial àquelas que fazem referência aos ciclos das plantações, ou seja, aos períodos de colheita e sua abundância. As festividades são marcadas pelas procissões, folias, congadas, romarias que apresentam rituais típicos do catolicismo popular misturado com as religiões afro-brasileiras. Nestas festividades, destacam-se as danças e cantigas como a sussa, forró, boilé, rondas, ladainhas, benditos.<sup>35</sup> Infere-se que é nesse contexto que se desenvolvem complexas relações interculturais, estabelecendo uma rede simbólica entre a tradicionalidade e o modo de ser e de viver Kalunga.

Sobre a tradição culinária, relataram a existência de comidas típicas 11(92%), em especial aquelas oferecidas durante as festividades, como arroz com galinha caipira, pequi, pirão, munguzá, canja, sopa de peixe, baru, entre outros. Hoje o projeto Kalunga Sustentável, patrocinado pela Petrobrás em parceria com o Serviço



Nacional de Aprendizagem Rural (SENAR), vem promovendo cursos de orientação de uso dos alimentos da região e segurança alimentar no restaurante da comunidade do Engenho II <sup>9</sup>, tendo como objetivo atender a um dos eixos do PBQ sobre desenvolvimento econômico e social. <sup>32, 37, 87</sup>

Já a produção do artesanato tradicional vem sendo resgatada por meio de projetos com instituições federais, considerando ser um meio de geração de renda para a comunidade. A maioria dos respondentes 12(100%) disseram que usam a palha e o tear para confecção dos trabalhos artesanais como o tapiti, peneira, quibano, entre outros.

A maioria dos entrevistados 11(92%) relatou existir um espaço comunitário e alguma forma de distração na comunidade. Quando questionados sobre práticas de lazer, apontaram o futebol, as danças em períodos festivos e as cachoeiras. Entretanto, o futebol representa a prática de maior adesão entre crianças e jovens do sexo masculino, conforme citado. Percebeu-se que esses espaços são considerados estruturas de compartilhamento para trocas de informações, diversão e manutenção do bem viver, porém constata-se restrita a associação do lazer à prática de determinadas atividades, havendo certo distanciamento das práticas tradicionais da própria cultura. Percebe-se também alguma fragilidade no que se refere à implantação de práticas que visam à promoção da saúde.

As variantes acima apontadas por essa comunidade como condicionantes de vida remetem-nos à questão da elaboração do próprio Estado brasileiro, que não atende de maneira efetiva às populações vulneráveis, dentre elas, a população negra, especialmente os quilombolas. As últimas gestões governamentais são um hiato na história do País, pois os quilombos permaneceram invisibilizados durante todo o período republicano e, devido aos militantes das lutas sociais, vem-se forçando a construção de espaços e as diversas articulações para alterar o curso dessa história. Evidentemente existem lacunas nas políticas públicas formuladas que visam a ações de inclusão das comunidades quilombolas.

---

<sup>9</sup> No período da coleta de dados desta pesquisa, houve a construção de um espaço destinado a ser um restaurante na comunidade Kalunga do Engenho II. Esta iniciativa foi disparada pelo orientador destatese, em acordo com a Associação Quilombola Kalunga (AQK) e por meio do apoio financeiro do Sr. Francisco Antônio Gomes, a quem aquela comunidade presta homenagem.

Reconhecendo que o acesso à saúde é um dos principais pontos nevrálgicos do sistema, as reflexões éticas devem debruçar-se sobre questões que emergem dessa realidade concreta retratada. Há de se indagar se são os quilombolas tratados de forma justa e equitativa, considerando a igualdade entre todos os seres humanos e a não violação da dignidade, direitos humanos e liberdades fundamentais.

Nessa perspectiva, a Bioética de Intervenção (BI) pode responder tais reflexões quando se observa que a manutenção da qualidade de vida e de saúde dos quilombolas Kalunga não é uma tarefa individual e não depende apenas da comunidade, mas insere-se no respeito pela diversidade, na responsabilidade social e na equidade em saúde, conforme preconizado pelos art. 10, 12 e 14 da DUBDH<sup>10</sup>, as quais envolvem autoridades competentes no sentido de implementar políticas públicas que atendam às necessidades básicas da comunidade e promovam os direitos e a dignidade dos cidadãos quilombolas Kalunga.

## 6.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS E OFICINAS EM GRUPO FOCAL

A fim de possibilitar a operacionalização da análise e validade dos dados, recorreu-se à sistematização dos dados pelo programa estatístico *NVivo*, que possibilitou o agrupamento de textos provenientes dos discursos produzidos nas entrevistas e oficinas grupais. Tais agrupamentos geraram temas e o estabelecimento de códigos ou categorias, que no *software* são chamados de *Nodes* ou *Nós*, em português. Houve necessidade de considerar fragmentos dos discursos, nos quais cada palavra ou frase representa uma unidade de texto ou registro, assim alcançando o núcleo da compreensão dos discursos pelos termos expressados ou por termos de aproximação, colocando em relevo as informações obtidas pelo contexto.<sup>32</sup>

---

<sup>10</sup>Artigo 10 – Igualdade, Justiça e Equidade; Artigo 12 – Respeito pela Diversidade Cultural e pelo Pluralismo; Artigo 14 – Responsabilidade Social e Saúde. <sup>18</sup>

A partir da realização das entrevistas e oficinas, atingiram-se no processo de codificação cinco *Nós* (categorias) e vinte e cinco *Sub-Nós*(sub-categorias), emergidos dos discursos, que permitiram esboçar as ideias que apoiaram as inferências na discussão a partir dos três grandes eixos da pesquisa, quais sejam, acesso à saúde, justiça como equidade e Bioética de Intervenção.

Para recolher um primeiro volume dos dados, outra possibilidade foi a busca automática por palavras - ou busca léxica - pelo programa *NVivo*, tendo em vista a velocidade que permite a visualização dos dados por meio da elaboração de nuvem de termos ou nuvem de palavras, *Word Cloud* . Foram desconsideradas as palavras com menos de três letras- artigos e preposições - e palavras que compõem a frase, mas não se enquadram no contexto. Ainda pôde-se utilizar a busca por frequência de palavras, que foi apresentada na matriz de ocorrências (Apêndice A).

### 6.2.1. Nó 1: Ser Kalunga

Este *Nó* visou conhecer a relação da identidade étnica Kalunga. Segundo os inúmeros estudos relacionados a grupos humanos, a etnia pode ser definida com diferentes combinações de características que vão desde o sentimento de pertencimento a contiguidade territorial, a linguística, até uma forma de organização social dinâmica, que expressa uma identidade relacional com outros grupos e com a sociedade mais ampla.<sup>88</sup>

Dentro deste *Nó*, apresentam-se quatro *Sub-Nós* como unidades de registro mais frequentes, a saber: **descendência, valor/reconhecimento, região/território e situação social**. A nuvem de palavras gerada demonstrou de uma maneira mais visível a unidade de registro, conforme Figura 10. Já no segmento das mensagens, observou-se a aproximação de expressões às ideias extraídas do contexto, conforme os fragmentos de alguns dos discursos demonstrados abaixo e no Quadro 5 (Apêndice B)



desintegrou a cultura negra nas Américas, uma vez que o negro não foi convidado a adentrar este país, pois foi trazido forçadamente, separado de seu próprio mundo e afastado de suas raízes, portanto não lhe foi permitido assimilar a nova cultura de forma livre. Embora os quilombos tenham também sido símbolo do movimento contra-aculturativo criando estratégias para a preservação da cultura negra longe do domínio senhorial, a perda da identidade negra teve relação direta com a perda da liberdade.<sup>3,4,5,6</sup>

*É uma coisa que veio a existir assim que é **essa comunidade através dos povos que fugiram do sofrimento**(...) eles diziam que nós éramos pequenos e que nós se **tornávamos escravos deles** e querendo ou não você no seu próprio lugar tinha que ser o que eles queriam e não o que você queria. Mudar sua tradição, a forma de você orar, a forma de você ser, tudo eles mudaram. (...) **nós vivemos um período na nossa vida sem o nosso próprio lugar***

(Entrevistas\Membros - Engenho II - Cavalcante - Entrevista N°2)

Para os elementos essenciais da justiça como equidade, as condições desfavoráveis - por circunstâncias históricas, sociais e econômicas - tornaram difícil ou quase impossível aos cidadãos dessa microssociedade dos quilombos crescerem sob um sistema razoável e justo, que os capacitasse à concretização de suas necessidades básicas fundamentais.<sup>50,84</sup> O fato de existirem muitas injustiças em relação à sua cultura os fez fortes para instalarem-se nas agruras do cerrado, vencendo, até os dias atuais, todas as formas de resistência, da geográfica à especulação territorial e cultural.<sup>50, 89</sup>

Acrescidos ao modo de *Ser Kalunga*, estão os discursos que envolvem a identificação com o espaço territorial e com as dificuldades inerentes ao isolamento social em virtude da região onde se instalaram. Para eles, a terra sempre se traduziu como a raiz e um sentimento de independência, pois sempre foi compartilhada e explorada para subsistência do grupo de forma equilibrada para a manutenção vida da corporeidade coletiva. Assim também ocorre como modo isolado de viver, que permitiu a eles, durante muitos anos, conservarem as suas tradições e costumes, seu modo de vida tradicional e sua identidade própria, embora este isolamento tenha tornado tão difícil sua vida.<sup>4,5</sup> Pode-se, assim, considerar que foi a sociedade

brasileira que se afastou do povo Kalunga, deixando-o viver desprotegido e despreparado longe dos benefícios em relação a outros cidadãos que têm direito e ainda não alcançaram.

*Kalunga, é que a gente nasceu na região (...) mas eu nasci na área Kalunga, então eu sou Kalunga.*

(Entrevistas\Membros - Ema - Teresina de Goiás - Entrevista N°1)

*... são pessoas que vivem mais dificuldade, em áreas isoladas e locais mais difíceis ...*

Interna \ Ofcina Engenho

Outra ideia que se sobressai nos discursos é a da valorização que resgata a forma de organização dos quilombolas em superar as dificuldades e sobreviver às mais adversas condições. O povo que começou a se transformar em comunidade e que foi espalhando-se pelo território às margens do Paranã começou a ser visibilizado, atraindo as especulações de fazendeiros, agentes governamentais, políticos, turistas, estrangeiros, entre outros, as quais causam tensões e inquietações e promovem modificação na maneira e no modo de viver da comunidade. Também o contato com a população das cidades e a necessidade de deslocamento para estas, a fim de- por exemplo - ter acesso aos benefícios, acabam por dividir a história construída ao longo das gerações.

*... é muito bom o povo sempre procura os Kalunga (...) dá valor nos Kalunga*

Interna \ Ofcina Ema

Olhando sob a perspectiva da Bioética de Intervenção e da DUBDH- art. 10 e art. 12<sup>11</sup> -pode-se inferir que esses atores sociais que mesclam a sua cultura à vida e que são historicamente desvalidos pela sociedade, quando problematizam esses discursos, estão organizando-se consciente e concretamente, ganhando força nos

<sup>11</sup> Art. 9 - Igualdade, justiça e equidade e Art. 12 – Respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo.<sup>18</sup>

processos de tomada de decisão e impulsionando possíveis transformações para redução das injustiças em sua comunidade. Isso se inicia pelo processo da importância do reconhecimento, da aprendizagem da valorização, pelo respeito à diversidade étnico-cultural, e se estende para os enfrentamentos em relação à perpetuação da história do modo de ser, transmitindo às gerações futuras o orgulho de *Ser Kalunga*.

### 6.2.2. Nó 2: Saúde

Tendo em vista que a saúde é um direito e garantia fundamental, esse *Nó* apresentou a concepção dos quilombolas, participantes da pesquisa, acerca do tema. Observou-se nos discursos a forte relação da saúde com o **bem-estar** e a **garantia de saúde** como um direito, construindo assim os dois *Sub-Nós*, que são visualizados na Figura 11 nos discursos do Quadro 6 (Apêndice C)



Figura 11- Nuvem de palavra do Nó 2 - Saúde

Na concepção da comunidade Kalunga, a saúde é um bem fundamental, conforme descrito pelos conceitos de organismos internacionais e pela constituição do País, a qual reconhece a saúde como um direito de cidadania. Entendem ainda que, para a manutenção da saúde, há um conjunto amplo de determinantes que se associam com o modo de viver e sua complexa teia da produção social, conforme os fragmentos dos discursos apontam.

*... ter felicidade (...) também ter o jeito da gente de ser feliz, ter bom médico na comunidade (...) sem precisar tá passando dificuldade (...) ter atendimento (...) **garantia porque é o nosso direito** (...) nós vota pra isso (...) ter saúde para trabalhar pra nós pode fazer aquilo que nós precisa ...*

Interna \\\ Oficina Engenho II

*é um **bem estar físico, mental e social** (...) mas hoje é **um monte de coisa** (...) construir casa, ter uma boa moradia, uma boa educação, alimentação, amizade e mais um monte de coisa*

Internas\\ Oficina Riachão

O tema pode trazer o debate sobre ações de promoção e proteção à saúde, considerando as condições sociais e ambientais. Assim, a bioética, comprometida com o campo social, volta o olhar para os conflitos sanitários emergidos e provoca discussões sobre a equidade em saúde frente às desigualdades no acesso aos bens e serviços que caracterizam a qualidade de vida dessas populações margeadas. Nesse sentido, a bioética brasileira, que tem como base os movimentos sociais de libertação, preocupa-se com os injustiçados da sociedade capitalista, que, expostos à vulnerabilidade e exclusão, adoecem e morrem sem serem inseridos no processo dinâmico da sociedade, no qual as suas necessidades e os seus direitos fundamentais deveriam ser satisfeitos para atender a elementos que caracterizem qualidade de vida dessas populações.<sup>12,13,15,19, 21</sup>

A BI e a DUBDH reconhecem que os direitos humanos são parâmetros para a intervenção. Por sua vez, quando o sistema de saúde assistir a todos de forma universal, igualitária e hierarquizada e as políticas visarem à diminuição das



desigualdades, a intervenção irá fomentar o ciclo da equidade - aumentando o insuficiente e diminuindo o excedente - e proporcionará a justiça social.<sup>12,13,19</sup>

Concorda-se com a contribuição de Senna afirmação de que a distribuição dos benefícios depende não só das políticas internas, mas de arranjos sociais e de iniciativas sobre a saúde global que irão proporcionar um debate aberto e fortalecer o processo participativo sobre a vida das pessoas.<sup>54</sup>

Conclui-se, portanto, que essas pessoas empoderadas terão mais garantia em serem integralmente mais saudáveis e felizes.

### 6.2.3. Nó 3: Problemas da Comunidade em Relação ao Acesso à Saúde

Este item apresentou a relação das barreiras de acesso à saúde, sob a ótica da comunidade quilombola Kalunga, conforme Figura 12. Foram encontrados 13 *Sub-Nós*, relacionados aos determinantes de vida, a saber: **água, comunicação, cultura, educação, estrada, identidade, luz, transporte, serviços e profissionais de saúde, social, terra, transporte**, que estão apresentados no Quadro 7 (Apêndice D)



Figura 12- Nuvem de palavras do Nó 3 - Problemas da comunidade

Segundo Anjos (apud Porto & Garrafa)<sup>47</sup>, as raízes da saúde-adoecimento/vida-morte relacionam-se às condições de desigualdades econômicas e políticas estabelecidas pelos gritantes contrastes entre os ricos e pobres

...a doença e a morte têm raízes sociais na fome, na insalubridade da moradia, na falta de saneamento básico, de água e esgoto, nas precárias condições de trabalho, na falta de educação sobre cuidados sanitários e mesmo na falta de condições econômicas. (p.731)

Neste contexto, as desigualdades têm sido discutidas como importantes problemas globais a serem enfrentados na saúde, ocupando agendas de discussões da bioética com a ética social, considerando a carência de recursos para que segmentos excluídos da população brasileira tenham acesso aos meios para uma vida saudável.

Não diferente encontra-se a situação nos quilombos Kalunga, afetados gravemente pelos determinantes e pelas desigualdades sociais nas condições de saúde e no acesso e utilização de serviços de saúde, fato que gera situações de injustiça social. Segundo Travassos & Castro, as condições de saúde estão ligadas às desigualdades, e os grupos socialmente menos privilegiados apresentam maior risco de adoecer e morrer.<sup>51</sup>

Desta forma, os fatores que afetam esse grupo social - como pobreza, precárias condições de moradia, ausência de oportunidade de emprego, existência de barreiras geográficas, débil saneamento básico, diminuta rede elétrica, escassez de serviços de saúde e de recursos humanos, reduzidas escolas, falta da regularização fundiária, pouca informação/comunicação - dificultam aos quilombolas o acesso às políticas públicas de saúde e a redução das desigualdades nas suas condições de saúde, conforme apontados pelos discursos como principais problemas encontrados nessa comunidade, sob a perspectiva dos quilombolas participantes da pesquisa.

*não tem acesso a água encanada, usam água do rio*

dificuldade de **comunicação**

Internas\\Entrevistas\\Gestores - Entrevista Nº 3 Cavalcante

**problema é a educação** que tá muito difícil (...) porque nós tem que ocupar nossos filhos (...) além da aula, eles tem que ter um foco...

Internas\\Entrevistas\\Membros - Engenho II – Cavalcante

**falta luz** o programa luz para todos ainda não chegou ...

Internas\\Entrevistas\\Líderes - Entrevista - Nº1 Engenho II

Aqui tá precisando de um **posto de saúde** pra ajudar a comunidade, porque os **agentes de saúde ajudam demais**, mas não tem condição na hora que adocece uma pessoa ...

Internas\\Entrevistas\\Membros - Riachão - Monte Alegre - Entrevista Nº2

**...a gente leva o médico, a equipe da família pra atender uma vez por mês(...)** só que tem uns 6 meses que não tá indo médico por **questão de carro a gente não tem carro pra tá deslocando e levando equipe(...)** quando arruma não cabe a equipe toda

Internas\\Entrevistas\\Gestores - Entrevista Nº 1 Monte Alegre

A **estrada** (...)de vez em quando, um carro assim começa a virar na estrada (...) que é **ruim** né, e **longe**. **Tem localidade aqui que não vai carro, não vai moto(...)** quando adocece uma pessoa, **tem que carregar nas costas(...)**ou **no cavalo porque não vai carro, não vai moto**. É uma localidade que até hoje é isolada ...

Internas\\Entrevistas\\Membros - Riachão - Monte Alegre - Entrevista Nº1

**... falta consultório, equipado com remédio, um enfermeiro ou enfermeira** que possa estar dando mais assistência, uma segurança

Internas\\Entrevistas\\Líderes - Entrevista - Nº1 Engenho II

**problemas sociais**, são pessoas pobres, carentes

Internas\\Entrevistas\\Gestores - Entrevista Nº 2 Teresina de Goiás

**desemprego** poucos têm a **oportunidade de ter trabalho**

Internas\\ Oficina Riachão

*tá faltando liberar terra o povo fica morando só no cerrado e no cerrado não tem como plantar as coisas (...) os fazendeiros não deixam e aí não tem como plantar e comer...*

Internas\Oficina Ema

**Regularização da terra**(...) *uma boa parte dessa terra ainda existe sem documentação*

Internas\Entrevistas\Líderes - Entrevista - N°3 Riachão

Partindo da multidimensionalidade dos determinantes acima citados, que estão relacionados entre as condições socioeconômicas e os agravos à saúde coletiva, pode-se compreender que os indicadores de morbimortalidade da comunidade quilombola Kalunga estarão intimamente relacionados a inúmeros desses fatores. Por sua vez, observa-se que, embora haja tantas dificuldades que impactam na qualidade de vida dos quilombolas, existe uma cultura viva tradicional que os beneficia em relação aos cuidados e tratamentos de saúde, e que, na maioria das vezes, os alivia até a busca de assistência à saúde qualificada. Não que desacreditem dos benefícios da medicina, mas, devido às limitações impostas pela distância geográfica, pela ausência de profissionais de saúde e pela baixa cobertura das políticas de saúde no território Kalunga, eles utilizam um vasto conhecimento herdado dos antepassados para atender às suas necessidades de saúde. Destaca-se, em especial, o uso de “medicamentos caseiros”, que se constitui como uma opção do conhecimento popular, uma vez que há um restrito acesso aos remédios ofertados gratuitamente, bem como aos serviços de saúde em geral.

Vale ressaltar que o Ministério da Saúde tem incentivado programas que propõem levar os profissionais de saúde para áreas de maior carência de serviço no território nacional. As políticas de atenção à saúde que preveem incentivos para atendimento a populações remanescentes de quilombos - PNSIPN e ESF<sup>12</sup> - esbarram em dificuldades para suas implementações. Sem tirar o mérito dessa iniciativa governamental, verifica-se que ainda é insuficiente tal articulação diante da dimensão dos problemas de acesso à saúde da população quilombola.

---

<sup>12</sup>Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIP) e Estratégia Saúde da Família (ESF)



**É direito deles terem serviço disponível**, mas a dificuldade é ter uma equipe para atender localmente (...) é difícil manter hoje médico, enfermeira até aqui na cidade, na sede, então na região lá distante é quase impossível (...) manter estes profissionais nos locais mais distantes é muito difícil porque a vida lá não é fácil para o pessoal da comunidade, imagina pra pessoa que não tem costume de viver nestas regiões ...

Internas\\Entrevistas\\Gestores - Entrevista Nº 3 Cavalcante

...nossa luta serve para que acordem as pessoas de alto nível e que **vejam nossos direitos e nossas necessidades de um atendimento melhor** (...) olhar pra gente mais um pouco e sentir a nossa necessidade que não estão sentindo (...) só depende da força de vontade das pessoas (...) ter um hospital bem equipado que não tem (...) tinha que ter pelo menos um médico, uma enfermeira bem instruída (...) passou mal aqui liga pra ambulância e eles falam que vai chegar, mas não vem é essa baderna toda (...) lá no hospital mesmo não tem remédio (...) você vai e compra na farmácia (...) se o cara não tiver o dinheiro ele morre (...) eu vou lá muitas vezes e o remédio que eu preciso não tem (...) volto sem nada. **Cadê nosso direito do SUS?**

Internas\\Entrevistas\\Oficina Ema

...o acesso tem que ser **igualitário**, tinha que ter um empenho maior pra gente tá levando esse atendimento localmente pra eles (...) a gente tem que levar essa equipe até eles (...) de **certa forma fica diferenciado**(...) a gente não tem condição de dar esse atendimento localmente que é o que a gente tá tentando, se esforçando para que futuramente tá tendo os postos de atendimento locais com pelo menos técnicos que possam estar acompanhando os agentes de saúde (...) tem que ser feito **para que eles possam se sentir iguais a todos** (...) o **SUS é universal, mas infelizmente nesta questão do acesso eles não tem o mesmo direito que a pessoa aqui da sede tem.**

Internas\\Entrevistas\\Gestores - Entrevista Nº 3 Cavalcante

Observou-se nos discursos que a manutenção da saúde local é uma árdua missão para os quilombolas em razão tanto das dificuldades em terem atendidas as suas necessidades de saúde seja individual e/ou coletiva, quanto da baixa disponibilidade de serviços com qualidade de assistência e cuidados, como também do não cumprimento efetivo das ações de saúde que são recomendadas ao nível municipal.

Argumenta-se aqui o Art. 12 da DUBHD<sup>13</sup>, que trata sobre a promoção da saúde, com o mais alto padrão, como direito de todo ser humano. Nesse sentido, constata-se certa fragilidade no papel do Estado em assegurar aos quilombolas qualidade de vida e em saúde. Os quilombolas, privados desse direito fundamental, são excluídos perante o contingente populacional brasileiro, uma vez que este terá suas necessidades mais visibilizadas e priorizadas em relação àqueles, que, em sua maioria, encontram-se distanciados dos grandes centros do País e à margem dos processos que têm o direito de usufruir. Assim, perpetuam-se as desigualdades e iniquidades em saúde nos quilombos Kalunga, onde o poder público os silencia não só pelo isolamento geográfico, mas também pelo poder político a eles impingido.

Admite-se que a BI e o tema da justiça como equidade vêm contrapor essa questão moral quando salienta que o princípio da diferença justifica-se desde que se atenda a grupos e/ou segmentos mais vulneráveis da sociedade. Assim se estabelece o parâmetro do necessário para demarcar o ponto da intervenção, eliminando a exclusão e garantindo a justiça como equidade.<sup>13,19,20,21</sup>

Isso equivale a dizer que os quilombolas Kalunga deverão adquirir, pela própria história de vida em comum, uma inclinação que os impulse a participar de movimentos pela garantia de seus direitos constitucionais à saúde e, desta forma, reivindicar a implementação das políticas públicas de saúde em seu território como uma responsabilidade social do Estado. Acredita-se que essa dinâmica interativa inicia-se por meio das vozes da comunidade e adentra nos espaços de poder municipal, estadual e nacional.

Para isso, cabe analisar o papel relevante dos gestores, da comunidade e da liderança considerando ser o nível concreto em que se dá a execução e continuidade das políticas públicas, ou seja, o espaço onde as pessoas vivem e demandam as suas necessidades. Por conseguinte, é de suma importância conhecer o protagonismo para que a política se torne viva.

---

<sup>13</sup>Art. 12 – Responsabilidade Social e Saúde.<sup>18</sup>

### 6.2.5. Nó 5: Protagonismo: Sub-Nós: Papel da Comunidade, Papel da Liderança, Papel do Governo e Políticas Públicas

Este último Nó apontou o papel dos quilombolas e do governo na implementação das políticas públicas na comunidade. A nuvem de palavras destacou os agentes importantes que participam na esfera local da microssociedade quilombola, conforme a Figura 14. Já os discursos argumentam sobre o protagonismo dos sujeitos, bem como os espaços que permitem os ajustes e as negociações das políticas públicas e suas instituições sociais, conforme Quadro 9 (Apêndice F)



Figura 14- Nuvem de palavras. Nó 5: Protagonismo – Sub-Nós: Papel da liderança, Papel da Comunidade, Papel do Governo e Políticas Públicas

Com base nos fragmentos dos discursos, pressupõe-se afirmar que a política de articulação Estado/Sociedade deve estar ancorada no protagonismo dos sujeitos, que devem ocupar locais que possibilitem a sua representação, seja no espaço local, municipal ou estadual.



*...eles precisam de representação(...) acho que a associação não tá bem fortalecida(...) eles **tem que terem representação legal(...)**tem que **movimentar melhor como comunidade**, como comunidade totalmente diferenciada (...) então eles **têm que ser fortalecidos**, principalmente com esta **representatividades que são essas associações** que devem ser **melhor escolhidas as suas lideranças ...***

Internas\\Entrevistas\\Gestores - Entrevista Nº 2 Teresina de Goiás

*...é  **tarefa de cada liderança mobilizar sua comunidade ...***

Internas\\Entrevistas\\Líderes - Entrevista - Nº1 Engenho II

*...**tem órgão que tá colocando a comunidade contra a liderança, contra a associação**, porque acham que a associação não tá tendo fonte, não tá tendo canal e como que vão repassar pra eles (...) **a associação dentro do território tá buscando recursos, buscando informações, buscando desenvolvimento além da democracia** (...) **nós não precisamos ficar aqui que nem passarinho no ninho, só com a boca aberta esperando quem coloca...***

Internas\\Entrevistas\\Membros - Engenho II - Cavalcante - Entrevista Nº1

***o prefeito que tem que correr atrás.***

Internas\\Entrevistas\\Membros - Ema - Teresina de Goiás - Entrevista Nº1

*quem pode resolver isso é os **cabeçudo, é o governo, é os deputado, aí vem pro prefeito, libera pros vereador** (...) tem que ser a **liderança**, no caso **o presidente junto com governadores, INCRA, fundações e comunidade.***

Internas\\ Oficina Engenho II

*... qualquer coisa que a gente precisa de prefeitura é **o prefeito que tem que correr atrás pra atender o povo do município porque a gente põe ele lá é pra administrar ...***

Internas\\Oficina - Ema - Teresina de Goiás

***As políticas de governo não chegam assim diretamente não** (...) tem que ter **gente de dentro da comunidade pra tá trabalhando ...***

Internas\\Entrevistas\\Líderes - Entrevista - Nº2 Ema

*Hoje a Secretaria e Igualdade Racial, que trabalha junto com a Secretaria de Saúde e com a Secretaria Social, tem as associações da região Kalunga que compõem **ações conjuntas para dar qualidade de vida melhor para eles. E também esse atendimento que a gente pretende e sempre busca com o governo federal (...) as universidades (...) a própria presidência ...***

Internas\\Entrevistas\\Gestores - Entrevista Nº 3 Cavalcante

***A política que eu vejo mesmo aqui de governo e em termos de saúde é só a municipal mesmo***

...

Internas\Entrevistas\Gestores - Entrevista Nº 1 Monte Alegre

***Infelizmente os municípios pobres que têm poucos habitantes, que não tem voto, não tem interesse dos políticos(...) por isso que há essa dificuldade muito grande da gente de desenvolver as metas e ter saúde nivelada, uma saúde boa conforme deveria ser...***

Internas\Entrevistas\Gestores - Entrevista Nº 2 Teresina de Goiás

Pela ancoragem teórico-conceitual da BI, os fatores históricos, os condicionantes de vida, os determinantes de saúde e as vulnerabilidades impingidas aos quilombolas, por si sós, já os centralizam como protagonistas. A BI reafirma ainda que não é só a igualdade na oferta e acesso às oportunidades que reduzirão essas iniquidades, mas sim a garantia de condições iguais para que os indivíduos, grupos e segmentos, a partir de sua autonomia, se empoderem para o efetivo exercício de sua cidadania.<sup>19</sup>

Nos artigos 10,11e 14 da DUBDH<sup>14</sup>, está incorporado o debate sobre as políticas afirmativas, que podem ser entendidas como medidas compensatórias de implementação do princípio constitucional da igualdade. Vale destacar, pelos próprios discursos, que a ideia da igualdade, que busca eliminar a vida colonizada, a discriminação e gerar oportunidade para os quilombolas, é algo recente e, portanto, revela ainda uma fragilidade nas ações institucionais.

Observou-se também nos discursos que alguns têm dificuldade de se perceberem no papel de protagonistas, remetendo aos gestores e às instâncias governamentais - local, municipal, estadual ou federal - essa função. Entretanto, emerge que é somente a partir da participação no cerne da comunidade que a ampliação das oportunidades iguais promoverá as transformações necessárias para o alcance de uma sociedade mais inclusiva, justa e democrática para os Kalunga.<sup>54</sup>

---

<sup>14</sup>Art. 10 – Igualdade, Justiça, Equidade; Art.11- Não-discriminação e Não-estigmatização; Art. 14 – Responsabilidade Social e Saúde.<sup>18</sup>

Outro ponto apresentado a esse protagonismo é aquele que se defronta com o desconhecimento da comunidade sobre as dificuldades encontradas no âmbito da gestão municipal em atender às demandas e prioridades em descompasso com as necessidades prementes dos quilombolas. Vale ressaltar que algumas questões fogem à governabilidade do agente municipal, entretanto vale resgatar um modelo de gestão participativa, no qual o controle social seja efetivo na fiscalização, monitoramento e avaliação das ações das políticas públicas voltadas para os quilombolas.<sup>38,84</sup> Nesse sentido, a gestão possibilitaria o compartilhamento de responsabilidades, proporcionando transparência às ações do poder público e buscando a garantia do acesso às necessidades apresentadas pela comunidade Kalunga. Conforme referenciados pela Ble DUBDH, deduz-se que esse poderá ser um importante mecanismo de intervenção para o fortalecimento de atuação e cidadania desse povo que, por detrás dos vãos, rios e serras, continua sendo, cotidianamente, excluído de seus direitos legítimos como cidadãos brasileiros.

Encoraja-se para que o povo Kalunga administre por si mesmo as coisas do seu interesse para lidar no cotidiano do mundo externo à comunidade. Para tal, vão-se fortalecendo as suas representações na Câmara de Vereadores de Teresina de Goiás e na Prefeitura de Monte Alegre. Acredita-se que, dessa forma, crie-se um modo de integração dos quilombolas com a vida moderna, respeitando e valorizando a sua história, cultura e tradição, construindo um futuro de igualdade para acesso aos direitos de todos, em que a diferença tenha lugar e seja considerada, em que sejam capazes de afirmar e defender a sua própria dignidade, símbolo de luta de todos os negros deste país.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO

Toma-se a Reforma Sanitária (1970), a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e a Constituição Federal (1988) como marcos da luta para se ter um sistema de saúde que atenda às necessidades da população com enfoque nas melhores condições de vida das pessoas. Esse conceito compreende a saúde como resultante do acesso a educação, cultura, lazer, condição de habitação, saneamento básico, preservação do meio ambiente, oportunidade de emprego, salário justo, transporte eficiente, alimentação adequada, qualidade e resolutividade na atenção e responsabilidade do conjunto de instituições governamentais e de políticas públicas. Partindo do princípio da universalidade do direito de todos, da equidade que atenda às necessidades diferenciadas e da integralidade das ações e das várias instituições, chega-se aos espaços da complexidade do sistema de saúde, os quais geram reflexão e debate sobre temáticas relacionadas a poder, inclusão social, direitos, participação e cidadania. E é nesse espaço que o arcabouço teórico-conceitual da Bioética cria vida e constituiu-se em espaço plural de discussão e convergência das inquietações e inconformismos com o modelo vigente de atenção à saúde, proporcionando um poder político para ampliar as vozes das populações menos favorecidas. Para isso, leva-se sempre em consideração a realidade, as especificidades e as culturas, e tem-se como aspecto mais importante o respeito pela autonomia e o direito dos cidadãos por uma vida com dignidade.

A partir do conjunto de tensões, ao qual se encontra submetida a comunidade quilombola Kalunga, há de se reivindicarem mudanças necessárias para a construção de uma relação ao acesso à saúde por meio da oferta de serviço e assistência organizada em nível local, referenciado as necessidades de saúde individual e coletiva. Como, para isso, levam-se em consideração os critérios geográficos, epidemiológicos, sociais e culturais, essa ação significa penetrar no cotidiano da realidade e observar atentamente os impactos produzidos.

Para tal, fazem-se necessárias estratégias que possibilitem a integração e promovam a organização fortalecida e resolutividade das ações de promoção, proteção e recuperação à saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Fala-se, portanto, em um processo no qual se deva estabelecer a gestão democrática com a

participação da comunidade, tendo a saúde como direito de cidadania. Espera-se, dessa forma, que ocorra a expansão, cobertura e universalização dos serviços que estarão voltados para a defesa das necessidades do modo de vida da comunidade e que haja expansão da articulação intersetorial, assegurando melhoria das condições de vida. Acredita-se, então, que esse processo estabelecido, vencendo desafios, poderá promover a justiça como equidade em saúde na comunidade quilombola Kalunga.

Para tal, nesta etapa procurou-se apresentar alguns desafios que surgiram durante o caminhar das reflexões desta tese, os quais emergiram da convivência durante os dois anos em que estivemos, por alguns dias e meses, nos quilombos, e do trato dos resultados oriundos, em especial, dos diálogos das entrevistas e do grupo focal. Apontou-se, então, como desafios a representação quilombola, a gestão participativa e a inserção de atores sociais e o campo da transdisciplinaridade da Bioética.

Como primeiro desafio, aponta-se a organização dos próprios movimentos sociais dos negros e dos quilombolas diante da visibilização na cena pública do direito do quilombola na arena nacional. Ressalta-se a importância de gerar a compreensão libertária de que há uma pauta específica dos quilombolas e de que a representação pública desses interesses deve estar a cargo das lideranças quilombolas articuladas com as associações locais e com as instâncias estadual e nacional (CONAQ), para que haja o processo de fortalecimento e construção da legitimidade das lutas que são realizadas pelos quilombolas na história do País.

Um segundo desafio será fomentar discussões nos espaços de gestão da saúde sobre a necessidade de se promover uma articulação interestadual entre as instituições públicas - Secretarias de Saúde do Distrito Federal e do Estado de Goiás - para implementação de ações que visem à melhoria do acesso à saúde da comunidade quilombola Kalunga. Acredita-se na existência de inúmeras desigualdades relacionadas à saúde que são enfrentadas pelos quilombolas em seu território/municípios. O próprio distanciamento geográfico da comunidade em relação à capital Goiânia (510 km, enquanto que, para o Distrito Federal, a distância é de 330 km) é justificativa, entre outras, para que o acesso à saúde seja pactuado entre os governos dos estados, dentro de um consenso na Comissão Intergestores

Bipartite (CIB/MS), para que se possibilite aos quilombolas o acesso à atenção de maior nível de complexidade no Distrito Federal. Há de se ter observação concernente à efetiva implementação das políticas públicas nos municípios, principalmente porque a essas populações excluídas deve ser oferecido o mais alto padrão de cuidados, considerando o direito garantido da cidadania afirmado pela Constituição Federal.

O terceiro desafio está relacionado às universidades públicas de Brasília e de Goiás, bem como as ONGs que atuam na comunidade. Embora participem como diferentes atores, possuem uma interseção acadêmico-comunitária que pode contribuir para a estruturação de melhores condições de vida e de saúde na comunidade, por meio de projetos temporários, contínuos/permanentes, em que pese a relação multi-inter-transdisciplinar, desde os diferentes campos de saberes da graduação e dos programas de pós-graduação até as ações de voluntariado e solidariedade organizadas pelo terceiro setor. Os temas sobre agravos da comunidade em relação aos determinantes sociais em saúde poderão produzir implementação das ações públicas mais efetivas e resolutivas para tornar a corporeidade coletiva mais saudável e na qual se possa ter mais prazer e menos dor no modo de ser Kalunga.

Outro desafio há de considerar a importância da Bioética, que foca nos cenários onde há grandes complexidades e vulnerabilidades persistentes, dentro deste país. Para tal, apoia-se a criação do Conselho Nacional de Bioética<sup>15</sup>, uma instância consultiva que se revela como uma das formas de controle social - garantido por um processo participativo e democrático - que poderá trazer à luz as questões relativas à coletividade e as minorias que historicamente foram alijadas de direitos e ainda não estão representadas nos espaços do poder, como acontece com os quilombolas. Acredita-se que este Conselho pode ser porta voz das iniquidades que ainda hoje assolam as populações quilombolas no País, não menos diferente a comunidade quilombola Kalunga.

---

<sup>15</sup> PL 6032/2005 Dispõe sobre a criação do Conselho Nacional de Bioética e dá outras providências. CNBioética, órgão de assessoramento ao Presidente da República sobre questões éticas decorrentes da prática em saúde, vdos avanços científicos e tecnológicos nos campos da biologia, da medicina e da saúde, e das situações que ponham em risco a vida humana e o equilíbrio do meio ambiente. Proposição em tramitação no Congresso Nacional/Câmara dos Deputados.

O tema do acesso à saúde traz a árdua luta da saúde pública brasileira para a manutenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa missão consiste não só em garantir mais igualdade na atenção à saúde, mas também em refletir sobre a atuação e a responsabilidade governamental na área da saúde.

Para a efetiva implementação do SUS, é fundamental a interação dos seus três grandes princípios ordenadores, de modo que a *equidade seja o ponto de partida para a justiça social ao alcance da igualdade* em saúde, conforme cita Garrafa.

Na luta pela consolidação desses princípios, as políticas públicas devem-se pautar no fato de que a saúde é um bem público, um direito de todos, portanto devem buscar meios que diminuam as iniquidades e promovam uma sociedade mais justa e igualitária.

Promover intervenções na saúde local dependerá do nível de compromisso e cumplicidade da comunidade quilombola, dos gestores e dos trabalhadores de saúde com ações que permitam aplacar os sofrimentos em defesa da vida. A articulação dessa tríade poderá envidar esforços e recursos para que as ações em saúde sejam endereçadas à comunidade Kalunga, pois esta pesquisa constatou na comunidade os seguintes aspectos: vivem, em sua maioria, em condições de vulnerabilidades persistentes; há constante ameaça da perda da autonomia, da identidade cultural e territorial; os seus integrantes apresentam dificuldades de acesso aos serviços de saúde, devido à precariedade ou à inexistência de serviços estruturados de saúde, bem como dos serviços essenciais para manutenção do bem viver; são reduzidas as possibilidades de oportunidades; há precária articulação intersetorial; e é incipiente a participação política e a representação dos quilombolas nas instâncias de tomada de decisão ou espaços de poder.

A instrumentalização da Bioética de Intervenção como um processo micropolítico de fortalecimento da autonomia e do empoderamento dos sujeitos que compõem os grupos sociais historicamente fragilizados possibilita um processo de consciência transformadora, que leva estes grupos a interferirem nos processos aos quais vinham sendo submetidos e a lutarem pelos seus interesses em prol da sua realidade concreta vivida, para que esta passe a ser digna, equânime e justa.

Aqui não se termina esta pesquisa, mas acredita-se que tenha havido contribuição no sentido de ser construída uma nova etapa que se aperfeiçoará ao longo do tempo, nesta comunidade, auxiliando os seus integrantes a terem melhores perspectivas em relação ao acesso à saúde. E que, assim, possam um dia contar para as futuras gerações - em suas narrativas, histórias e memórias de vida - que o sistema de saúde brasileiro tem vida, é efetivo e pode ser justo para todo cidadão brasileiro, incluindo a Comunidade Quilombola Kalunga. Uma comunidade forte, capaz de viver na beleza viva e na aspereza do cerrado brasileiro, entre rios, serras e vãos.

Finaliza-se esta tese citando fragmentos dos registros de Martin Luther King, Miguel de Cervantes e Michael Marmot: *Eu tenho um sonho...Um sonho possível de ser sonhado...Faça algo, faça mais, faça melhor!*



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
2. Leite IB. Os quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas. In: Etnografia Rev. Centro de Estudo Antropológico Social. [online]. Revista Centro de Estudo Antropológico Social.04:333-54[acesso 03 Mai 2014]. Disponível:<[http://ceas.istce.pt/etnografica/docs/vol\\_04/N2/Vol\\_iv\\_N2\\_333-354](http://ceas.istce.pt/etnografica/docs/vol_04/N2/Vol_iv_N2_333-354)
3. Peret B. O quilombo dos Palmares, ensaios e comentários de M. Maestri e R. Ponge (org.). Porto Alegre: EdiUFRGS; 2002. 509 p.
4. Reis JJ, Gomes FS, (org.). Liberdade por um fio. História dos quilombos no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
5. Anjos RSA, Cypriano A, (org.). Quilombolas. Tradições e cultura da resistência. São Paulo: Aori Comunicação; 2006. 240 p.
6. Bôas RMV. Ações Afirmativas e o Princípio da Igualdade. Rio de Janeiro: América Jurídica; 2003.
7. Brasil. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial. Brasília:2004.
8. IBGE. Sinopse do censo demográfico 2010 [acesso 12 Mai 2013]. Disponível: [www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000402.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000402.pdf).
9. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 [online]. Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, com alterações. Diário Oficial da União. 1990. Disponível: [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04\\_lei\\_8080.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04_lei_8080.pdf)
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 992. Brasil:2009. Portarianº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. [online]. [acesso 13 Mai 2014] Disponível:[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html),
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.
12. Garrafa V. Bioética In: Lígia Giovanella SE, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, José de Carvalho Noronha, Antonio Ivo de Carvalho, editor. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes; 2008. p. 853-69.
13. Garrafa V, Kottow M, Saada A. Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia; 2006. 284 p.

14. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 6th, editor. New York/Oxford: Oxford University Press; 2008.
15. Garrafa V, Pessini L, orgs. Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Loyola; 2003. 522p.
16. Garrafa V. De uma bioética de princípios a uma bioética interventiva. Bioética. 2005;13(1):125-36.
17. Garrafa V, Kottow M, Saada A, coords. Estatuto epistemológico de la bioética. México: UNAM/Redbioética UNESCO; 2005.
18. UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. In: Vonei Garrafa; Miguel Kottow; Ayla Saada c, editor. Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia; 2005. p. 255-69.
19. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. Bioethics. 2003;17(5-6):399-416.
20. Garrafa V, Pyrho M. Bases epistemológicas e políticas da bioética de intervenção. In: Moyses ST KL, Moysés SJ (orgs), editor. Saúde Bucal das famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas 2008. p. 298-308.
21. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. Revista Brasileira de Bioética. 2005;1(2):122-32.
22. Tealdi, JC. Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá: UNESCO Red. Latinoamericana y Del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia; 2008. Bioética de Intervención; p. 161-4.
23. Brasil. SEPPIR/PR: Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial: Fundação Universidade de Brasília- Fubra. Perfil das Comunidades Quilombolas – Alcântara, Ivaporunduva e Kalunga. Brasília:SEPPIR; 2004.
24. Rawls J. Uma teoria da justiça. 3, editor. São Paulo: Martins Fonte; 2008.
25. Rawls J. Justiça e democracia. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
26. Rodrigues RN. Os africanos no Brasil. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2010.
27. Ana Paula Brandão (org). A cor da cultura - saberes e fazeres - modos de fazer. Rio de Janeiro: Fundação Roberto Marinho; 2010. 132 p.
28. Nabuco J. O abolicionismo. Rio de Janeiro; São Paulo: Nova Fronteira; Publifolha; 2000.
29. Baiocchi MN. Kalunga: povo da terra. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos; 1999. 124 p.
30. Carneiro E. O quilombo dos Palmares. São Paulo: Martins Fontes; 2011.

31. Brasil. Fundação Palmares. [acesso 12 Out 2013]. Disponível: [http://www.palmares.gov.br/?page\\_id=88](http://www.palmares.gov.br/?page_id=88).
32. Brasil. Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas. [online]. Julho de 2012. [acesso 22 Out 2012]. Disponível: <http://www.seppir.gov.br/destaques/diagnostico-pbq-agosto>
33. Anjos RSA. A territorialidade dos quilombos no Brasil contemporâneo: uma aproximação. In: Tatiana Dias da Silva FLG, org, editor. Igualdade racial no Brasil: reflexões no Ano Internacional dos Afrodescendentes. Brasília: IPEA; 2012. p. 186.
34. Leite IB. O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais. Estudos Feministas. 2008;16(3):965-77.
35. Ministério da Educação. Uma história do povo Kalunga. Brasília: Secretaria de Educação Fundamental – MEC; 2011.
36. Brasil. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Políticas Públicas para Comunidades Tradicionais. [online]. [acesso 20 Abr 2014]. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/comunidades-tradicionais-1>.
37. Brasil. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Programa Brasil Quilombola. [online]. [acesso 27 Abr 2011]. Disponível: <http://www.portaldaigualdade.gov.br/acoes/pbq>
38. Brasil. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Programa Brasil Quilombola. Sistema de Monitoramento das Políticas de Promoção e Igualdade Racial. [online]. [acesso 20 Mai 2014]. Disponível: <http://monitoramento.seppir.gov.br/paineis/pbq/index.vm?eixo=1>.
39. Brasil. Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília- DF, 17 a 21 de março de 1996: Democracia é saúde: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. [1986 b]. [online]. [acesso Abr 2012] Disponível: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf).
40. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav. 1995;36(1):1-10.
41. Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. Caderno de Saúde Pública. 1997;13(2):325-30.
42. Donabedian A. An introduction to quality assurance in the health care. New York: Oxford University Press; 2003.
43. Lacerda TF, Monteiro PS. Bioética e diversidade: condições de saúde da população adulta em situação de rua do Distrito Federal. Saúde em Debate. 2012;36(92):77-85.
44. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003. Cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, da Presidência

da República, e dá outras providências. Brasília:2003. [online]. [acesso 13 Mai 2012] Disponível: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.678.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.678.htm)

45. Potter VR. Bioethics: bridge to the future. New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice Hall; 1971.

46. Pessini L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. Revista Bioética. 2013;21(1):9-19.

47. Porto D, Garrafa V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(1):719-29.

48. Nascimento WF, Garrafa V. Por uma vida não colonizada: diálogo entre a bioética de intervenção e a colonialidade. Saúde e Sociedade. 2011;20(2):287.

49. Neves ME. John Rawls: o filósofo da justiça. Revista Humanitas- Unisinos. 2002;45. [online]. [acessado 17 Mai 2014] Disponível: <http://pt.scribd.com/doc/7992301/John-Rawls-o-Filosofo-Da-Justica>.

50. Rawls J. Justiça como equidade: uma reformulação. São Paulo: Martins Fonte; 2003.

51. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: Lígia Giovanella SE, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, José de Carvalho Noronha, Antonio Ivo de Carvalho, editor. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

52. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. Equidade em saúde.

53. Whitehead M. The concept and principles of equity and health. Washington DC: Pan American Health Organization; 1991.

54. Sen A. A ideia da justiça. São Paulo: Companhia das Letras; 2001.

55. Organização das Nações Unidas. Constituição da Organização Mundial de Saúde. Nova York:1946. [online]. [acesso 25 Abr 2013] Disponível:<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>

56. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Government of Canada; 1974.

57. Scliar M. História do Conceito de Saúde. Physis: Revista Saúde Coletiva. 2007;17(1):29-41.

58. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: Lígia Giovanella SE, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, José de Carvalho Noronha, Antonio Ivo de Carvalho, editor. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 435-72.

59. Escorel S. Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais. [online]. [acesso 19 Mai 2014]. Disponível: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf>.
60. Silva LMV, Filho NA. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. Caderno de Saúde Pública. 2009;25(2):217-26.
61. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. Atenção à saúde.
62. Siqueira JE. O princípio da justiça. In: Sergio Ibiapina Ferreira Costa GO, Volnei Garrafa (coord), editor. Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.
63. MinayoMCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saúde Pública. 1993;9(3):239-62.
64. IBGE. Censo Demográfico 2010.Sinopse do Censo Demográfico 2010 de Cavalcante (GO). [online]. [acesso 24 Out 2012].<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=520530&idtema=1&search=goias%7Ccavalcante%7Ccenso-demografico-2010:-sinopse->
65. IBGE. Censo Demográfico 2010.Sinopse do Censo Demográfico 2010 de Monte Alegre de Goiás (GO). [online]. [acesso 24 Out 2012].Disponível: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=521350&search=goias%7Cmonte-alegre-de-goias>
66. IBGE. Censo Demográfico 2010.Sinopse do Censo Demográfico 2010 de Teresina de Goiás (GO) [online]. [acesso 24 Out 2012].Disponível: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=522108&idtema=1&search=goias%7Cteresina-de-goias%7Ccenso-demografico-2010:-sinopse->
67. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 90, de 17 de Janeiro de 2008. Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de Equipes Saúde da Família, modalidade I, e de Equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família.[online]. [acesso jul 2013]Brasília:2008.
68. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9, editor. São Paulo: Hucitec; 2006.
69. Vieira S. Introdução à Bioestatística. 3, editor. Rio de Janeiro: Campus; 2001.
70. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3, editor. Porto Alegre Artmed; 2009.
71. Flick U. Desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009. 164 p.
72. Denzin NK, Lincoln YS, cols. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagem. 2, editor. Porto Alegre Artmed; 2006.

73. Barbour R. Grupos Focais. Porto Alegre: Artemed; 2009.
74. Araújo MFM, et al. Como trabalhar com o método de oficina: Portfólio. Fortaleza: Núcleo de Integração pela Vida. ONG; 1988. 175 p.
75. Berkenbrock VJ. Dinâmicas para encontros de grupos. 6, editor. Petrópolis: Vozes; 2007.
76. Friedmann A. Dinâmicas criativas: um caminho para a transformação de grupos. 4, editor. Petrópolis: Vozes; 2007. 191 p.
77. Bos AJG. EPI INFO sem mistérios. 1, editor. Porto Alegre: EdiPUCRS; 2004. 248 p.
78. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2002.
79. Kronberger N, Wolfgang W. Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. In: Gaskell MWBG, editor. Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Petrópolis; 2002. p. 416-41.
80. Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes; 2000.
81. Gibss G. Análise de dados qualitativos. Porto Alegre: Artmed; 2009.
82. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Bolsa Família. Brasília: [acesso 12 Abr 2014]. Disponível:<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>
83. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Controle da Qualidade da Água. 2013. [acesso 31Jun 2014] Disponível:
84. Brasil. Secretaria de Políticas de Promoção e Igualdade Racial. Relatório de Gestão 2012. [online]. [acesso 15 Ago 2013]. Disponível: <http://seppir.gov.br/relatorios-de-gestao/2012/2012>
85. Brasil. Política Nacional de Resíduos Sólidos 2010. – 2. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.73 p. – (Série legislação; n. 81)
86. Brasil. Decreto 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. [online].[acesso 09 Mai 2012]. Disponível: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/D4887](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4887).
87. Brasil. Projeto Kalunga Sustentável. [online]. [acesso 12 Jul 2014]. Disponível: <http://quilombokalunga.org.br/category/projeto-kalunga-sustentavel/>.
88. Goffman E. Estigma. notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: LCT.

## ANEXOS

## Anexo 1 - Autorização da Associação dos Quilombolas Kalunga



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
 FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS  
 CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO  
 BRASÍLIA - DF  
 TELEFONE (061) 3107-1947  
 E-mail: [ceps@unb.br](mailto:ceps@unb.br)  
<http://fs.unb.br/cepf/>

## TERMO DE CONCORDÂNCIA

O Sr. Sirilo dos Santos Rosa, presidente da Associação dos Quilombolas Kalunga, dos municípios de Cavalcante, Monte Alegre e Teresina de Goiás (GO), está de acordo com a realização nesta comunidade da pesquisa *Comunidade Kalunga: sob o enfoque da Bioética de Intervenção*, de responsabilidade do(a) pesquisador(a) Ana Beatriz Duarte Vieira sob a orientação do Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro que tem como finalidade analisar o acesso à atenção à saúde por esta comunidade, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

O estudo envolve aplicação de questionários, entrevistas e oficinas em grupos que serão realizadas com os líderes comunitários e membros da comunidade. As atividades deverão ter início no mês de maio e duração aproximada de seis meses a um ano.

Cavalcante, 31 / 1 março / 2012.

Presidente da Associação dos Quilombolas Kalunga:

Sirilo dos Santos Rosa  
 Assinatura

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa:

[Assinatura]  
 Assinatura

## Anexo 2 - Aprovação do CEP/FS/UnB



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

### PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **016/12**

Título do Projeto: “Comunidade Kalunga: sob o enfoque da Bioética de Intervenção”.

Pesquisadora Responsável: Ana Beatriz Duarte Vieira

Data de Entrada: 29/03/2012

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **016/12** com o título: “Comunidade Kalunga: sob o enfoque da Bioética de Intervenção”, analisado na 3ª Reunião Ordinária, realizada no dia 10 de abril de 2012.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 05 de julho de 2012.

Prof. Natália Monsore  
Coordenador do CEP-FS/UnB



### Anexo 3 - Questionário

#### A- IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

<p><b>1.MUNICÍPIO:</b></p> <p>1( ) Cavalcante 2( ) Monte Alegre 3( ) Teresina de Goiás</p>
<p><b>2.LOCAL DO QUILOMBO/POVOADO</b></p> <p>1 Número ( ____ ____ )</p>
<p><b>3. IDENTIFICAÇÃO</b></p> <p>1( ) Líder comunitário 2( ) Membro da comunidade</p>
<p><b>4. SEXO:</b></p> <p>1( ) masculino 2( ) feminino</p>
<p><b>5.IDADE:</b></p> <p>1( ) entre 18- 20 anos      2( ) entre 21-30 anos      3( ) entre 31-40 anos      4( ) entre 41-50 anos</p> <p>5( ) entre 51-60 anos      6( ) entre 61- 70 anos      7( ) entre 71-80 anos      8( ) acima de 81 anos</p>
<p><b>6. ESTADO CIVIL</b></p> <p>1 ( ) Solteiro 2( ) Casado 3( ) Viúvo 4( ) Divorciado 5( ) Outro</p>
<p><b>7. ESCOLARIDADE:</b></p> <p>1 ( ) Não alfabetizado 2( ) Fundamental 3( ) Médio 4( ) Graduação 5( ) Outro</p>
<p><b>8. OCUPAÇÃO:</b></p> <p>1 _____</p>
<p><b>9. NÚMERO DE FILHOS</b></p> <p>1( ) 0 filho 2( ) entre 1-2 filhos 3( ) entre 3-4 filhos 4( ) entre 5-6 filhos 5( )entre 6-7 filhos</p> <p>6( ) entre 8-9 filhos                      7( ) acima de 10 filhos</p>
<p><b>10. RENDA MENSAL (em salários mínimos)</b></p> <p>1( ) menos de 1 salário mínimo      2 ( ) de 1 a 4 salários      3( ) de 5 a 10 salários      4( ) acima de 10 salários</p> <p>5( ) Outro</p>

<b>11. TABAGISTA</b>	1( )SIM 2 ( ) NÃO
<b>12. ETILISTA</b>	1( )SIM 2 ( ) NÃO

## B- IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO

<b>13.TIPO DE CASA</b> 1( ) Adobe 2( ) Madeira 3( ) Alvenaria 4( ) Outro_____	
<b>14.PISO DA CASA</b> 1( ) Terra batida 2( ) Cimento 3( ) Cerâmica 4( ) Outro_____	
<b>15.TELHADO DA CASA</b> 1( ) Palha 2( ) Telha de barro 3 ( ) Telha Metálica 4( ) Outro_____	
<b>16.NÚMEROS DE CÔMODOS</b> 1( ) somente 1 2( ) entre 2-3 cômodos 3 ( ) entre 4-5 cômodos 4( ) acima de 6 cômodos	
<b>17.ÁGUA ENCANADA</b>	1( )SIM 2 ( ) NÃO
<b>18.REDE DE ESGOTO</b>	1( )SIM 2 ( ) NÃO
<b>19.ENERGIA ELÉTRICA</b>	1( )SIM 2 ( ) NÃO
<b>20.DESTINAÇÃO DO LIXO</b> 1( ) Queima 2( ) Enterra 3( ) Joga a Céu Aberto 4( ) Utiliza Como Adubo 5( ) Outro	
<b>21.INSTALAÇÃO SANITÁRIA</b>	1( )SIM 2 ( ) NÃO
Se SIM 1( ) Banheiro 2( ) Fossa 3( ) Outro_____	

**C- IDENTIFICAÇÃO DA COMUNIDADE- Acesso a bens sociais e serviços****22.TERRA**

1( ) Demarcada sem título 2( ) Demarcada com título 3( ) Não demarcada 4( ) Cedida 5( ) Doadada  
 6( ) Invasa por terceiros 8( ) Outro \_\_\_\_\_

**23.DESLOCAMENTO**

1( ) A pé 2( ) Animal 3( ) Bicicleta 4( ) Carro 5( ) Ônibus 6( ) Outro \_\_\_\_\_

**24.ESCOLA**

1( ) No povoado 2( ) Fora do povoado. 3.Onde? \_\_\_\_\_

1( ) Ensino fundamental 2( ) Ensino médio 3( ) Ensino fundamental e médio

**25.SERVIÇOS DE SAÚDE**

1( ) No povoado 2( ) Fora do povoado. 3.Onde? \_\_\_\_\_

1( ) ESF 2( ) Posto de saúde 3( ) Centro de saúde 4( ) Hospital 5( ) Outro \_\_\_\_\_

1( ) Agente de saúde 2( ) Auxiliar ou técnico de enfermagem 3( ) Enfermeiro 4( ) Médico

5( ) Outro \_\_\_\_\_

**26.EMPREGO**

1( ) Formal 2( ) Informal

3( ) No povoado 4( ) Fora do povoado. 3.Onde? \_\_\_\_\_

4. Tipo de emprego \_\_\_\_\_

**27.ALIMENTO**

1( ) Cultivado 2( ) Industrializado 3( ) Cultivado e Industrializado

4.Tipo de alimento:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**29.ECONOMIA**

1( ) Agricultura 2( ) Pecuária 3( ) Agricultura e pecuária 4( ) Artesanato 5( ) Turismo 6( ) Culinária  
7( ) Ações governamentais 8. Qual(is) \_\_\_\_\_

9 ( ) Outro \_\_\_\_\_

**28.BENS DURÁVEIS**

1( ) Rádio 2 ( ) Televisão 3( ) Geladeira 4( ) Fogão 5 ( ) Computador 6( ) Automóvel

7( ) Outro \_\_\_\_\_

**D- TRADIÇÃO ÉTNICA E CULTURAL****30.DIALETO**

1( ) SIM 2 ( ) NÃO. 3.Tipo(s) \_\_\_\_\_

**31.RELIGIÃO**

1( ) SIM 2 ( ) NÃO. 3.Qual(is)? \_\_\_\_\_

**32.DANÇA**

1( ) SIM 2 ( ) NÃO 3. Tipo(s): \_\_\_\_\_

**33.CULINÁRIA TÍPICA**

1( ) SIM 2 ( ) NÃO 3. Tipo(s): \_\_\_\_\_

**34.ARTESANATO**

1( ) SIM 2 ( ) NÃO 3.Qual(is)? \_\_\_\_\_

**35.ESPAÇO COMUNITÁRIO**

1( ) SIM 2( ) NÃO 3. Qual(is)? \_\_\_\_\_

**36.LAZER**

1( ) SIM 2( ) NÃO 3. Qual(is)? \_\_\_\_\_

**Anexo 4 - Roteiro da entrevista**

1( ) Líder comunitário      2( ) Membro da comunidade

1. O que é ser Kalunga?
2. O que é ter Saúde?
3. Quais são os maiores problemas desta comunidade?
4. Como se dá o acesso à saúde e/ou aos demais bens sociais nesta comunidade?
5. Quais as maiores facilidades ou dificuldades para o acesso à saúde e/ou aos bens sociais nesta comunidade?
6. Como o direito ao acesso à saúde e/ou aos bens sociais ocorre na sua comunidade? E fora dela?
7. De que maneira você acessa esses direitos?
8. Para você como é respeitada a igualdade da sua comunidade ao acesso à saúde e/ou aos bens sociais?
9. Para você como ocorre a justiça e a inclusão social da sua comunidade ao acesso às políticas públicas?
10. Quais são as ações que você desempenha para o acesso aos direitos da sua comunidade?
11. Qual a expectativa da comunidade quanto às ações da liderança comunitária?

## Anexo 5 – Convite à comunidade para participação nas oficinas

### CONVITE

Prezados Integrantes da Comunidade Quilombola Kalunga dos Municípios de Cavalcante, Monte Alegre e Teresina de Goiás.

Convidamos você a participar das atividades da pesquisa, que será realizada nesta comunidade, sob a orientação do Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro da Universidade de Brasília.

#### **Datas**

<b>Dias</b>	<b>Povoado</b>	<b>Município</b>
01/09/2012 - Sábado	Engenho II	Cavalcante
02/09/2012 - Domingo	Riachão	Monte Alegre
03/09/2012 – 2ª feira	Ema	Teresina de Goiás

**Pesquisadoras:** Ana Beatriz Duarte Vieira (Doutoranda do PPGBioética)

**Apoiadores/observadores:** Bárbara Ellen Almeida Andrade

Raíssa Costa

Acadêmicas de Graduação do Curso de Enfermagem - bolsistas voluntários da pesquisa

**Temas das Oficinas:** Determinantes do acesso à saúde da Comunidade Quilombola Kalunga

**Objetivos específicos:**

- Proporcionar integração entre os participantes do grupo;
- Refletir sobre o conceito de saúde e sobre os principais problemas de saúde vivenciados pela Comunidade Kalunga
- Desvelar sobre as estruturas que determinam o acesso à saúde da Comunidade Quilombola Kalunga.

**Programação**

<b>HORÁRIO</b>	<b>ATIVIDADE</b>	<b>FACILITADORES</b>
<b>09h00</b>	Encontro com os membros da Comunidade	Ana Beatriz, Bárbara e Raíssa
<b>09h30 - 09h45</b>	Dinâmica de integração: Construção da rede  Apresentação dos participantes e facilitadores	Todos
<b>09h45-10h00</b>	Orientações aos participantes e assinatura dos Termos de Consentimento	Ana Beatriz
<b>10h00-12h00</b>	Oficina	Ana Beatriz
<b>12h00-13h30</b>	<b>ALMOÇO</b>	
<b>13h30- 14h00</b>	Aplicação de questionários	Ana Beatriz, Bárbara e Raíssa
<b>14h00-14h30</b>	Fechamento da atividade	Todos

## **Anexo 6 - Metodologia da Oficina**

### **OFICINA COM A COMUNIDADE KALUNGA DOS MUNICÍPIOS DE CAVALCANTE, MONTE ALEGRE E TERESINA DE GOIÁS**

**Facilitador:** Pesquisadora Ana Beatriz Duarte Vieira (doutoranda do PPGBioética)

**Apoiadores/observadores:** Bárbara Ellen Almeida Andrade, Paulo Henrique da Silva Frazão, Raíssa Costa (Ac. de Graduação do Curso de Enfermagem - bolsistas voluntários da pesquisa)

#### **Datas Previstas:**

01/09/12 de 09h00 as 12h30 – Comunidades Kalunga do Município de Cavalcante

02/09/12 de 09h00 as 12h30 – Comunidades Kalunga do Município de Monte Alegre

03/09/12 de 09h00 as 12h30 – Comunidades Kalunga do Município de Teresina de Goiás

**Tema Da Oficina:** Acesso à saúde da comunidade quilombola Kalunga

#### **1. Estrutura básica do trabalho**

- Fase de apresentação: contato entre o facilitador com o grupo e vice-versa. Proporciona a formação de vínculo, o conhecimento da dinâmica do grupo e da expectativa do grupo em relação ao trabalho. Momento onde será explicada a metodologia a ser utilizada;
- Fase de desenvolvimento: introdução, aprofundamento, exploração e processamento (*feedback*) do tema;
- Fase de encerramento: fechamento e avaliação, percepção do trabalho como um todo

#### **2. Objetivos específicos**

Esta oficina tem como objetivos específicos levar o participante:



- Auxiliar na apresentação;
- Proporcionar integração entre os participantes do grupo;
- Apresentar a dinâmica da oficina;
- Conhecer a dinâmica do grupo;
- Levantar as expectativas do grupo em relação à oficina;
- Desenvolver uma visão crítica em relação às estruturas que determinam o acesso à saúde da Comunidade Quilombola Kalunga.

### **3. Operacionalização**

- Preparar o grupo com a introdução de alguma brincadeira, ou exercício corporal de respiração ou alongamento, ou dança, ou conto. Após explicar o objetivo do dia e os objetivos específicos da oficina;
- Aplicar a técnica selecionada: sua função, objetivos e metas;
- Ao final de cada comentário o próprio membro do grupo encaminhará a palavra a outro membro do grupo para sua participação;
- Caso necessário o facilitador trará observações que contribuirão com a melhoria do grupo em relação aos objetivos a serem alcançados.

### **4. Recursos materiais e humanos**

- Espaço físico adequado para a técnica e definido pela Comunidade;
- Material para registro: gravador, máquina fotográfica, máquina filmadora;
- Material de apoio: rolo de barbante, lápis preto, caneta esferográfica, folhas A4
- Um observador responsável pelos registros fotográficos e filmagem;
- Um observador para o registro de campo.

### **5. Roteiro da oficina**

- Vivência de integração sobre o tema;
- Discussão sobre o tema (aprofundamento teórico);
- Encerramento

### **6. Observadores**

- Os monitores são os observadores que farão os registros escritos do tema debatido em diários de campo.

### **7. Técnicas utilizadas**

**1º momento**  
**TECENDO A REDE**

Esta dinâmica desenvolverá a reflexão sobre os problemas que possam existir em relação ao acesso à saúde pela comunidade. Exigirá que o facilitador explique o uso do barbante que será encaminhado a cada membro do grupo. O facilitador iniciará a atividade segurando a ponta o barbante e passará o rolo de barbante para um membro aleatório do grupo, que segurará a parte do barbante que lhe foi enviada. Neste momento, o facilitador perguntará ao participante: *Qual o principal problema da sua comunidade? Existe algum problema na sua comunidade em relação ao acesso a saúde, qual (is)?*

Depois que o participante falar ele deverá dar uma volta no seu dedo com o barbante simbolizando um nó, manter seguro esta parte do barbante em sua mão e passar o rolo do barbante para outro membro aleatório do grupo, e assim sucessivamente. Ao final, espera-se que ocorra um entrelaçamento do barbante formando uma *rede com os nós*.

**Nº de participantes:** 15 ( quinze)

**Duração:** 01h00 a 01h15

**Observações**

- Sugestões de acrescentar nas reflexões ao final da oficina:  
*Qual a importância da rede? O que a forma da rede simboliza para o grupo?*
- Os observadores anotarão diário de campo os dados que complementarão a oficina.

**2º momento**

**A REDE E OS NÓS DA REDE**

Esta dinâmica desenvolverá a questão relacionada à saúde como direito. Esta etapa visa a identificar as condições de saúde na comunidade e a estimular os participantes a refletirem sobre suas ações concretas para garantia deste direito. O facilitador estimulará o debate com base na pergunta: *Como a comunidade quilombola Kalunga poderá se comprometer para mudar a realidade em relação ao acesso à saúde? Ao final, espera-se que este seja o momento no qual a Comunidade despertará o seu compromisso como protagonista para garantir o seu direito ao acesso à saúde.*

**Nº de participantes:** 15 ( quinze)

**Duração:** 01h00 a 01h15

**Observações**

Sugestões: leitura de documentos ou textos que possibilitem a reflexão

- Declaração Universal dos Direitos Humanos;
- Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos;

- Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;
- Programa Brasil Quilombola

### 3º momento

#### **DESATANDO OS “NÓS” DA REDE**

Esta dinâmica encerrará as atividades. O facilitador solicitará a cada participante que desfaça o nó do barbante que envolveu o seu dedo e contribua com sua fala sobre a questão discutida e a oficina. O facilitador estimulará a ação com base na questão: *O que você leva desta atividade? O que você espera? Com o que você pode contribuir?*

**Nº de participantes:** 15 (quinze)

**Duração:** 30 minutos



## **Anexo 8 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

TÍTULO DO PROJETO: Comunidade Quilombola Kalunga: acesso à saúde sob enfoque da Bioética de Intervenção

Prezado(a) Senhor(a),

A pesquisa a ser desenvolvida faz parte de um projeto de pesquisa de tese de doutorado e será realizado no âmbito do *Programa de Pós-graduação em Bioética*, mantido pela Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade de Brasília e vinculado ao Núcleo de Bioética da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB e Cátedra UNESCO.

A pesquisa tem como objetivo refletir sobre as questões que envolvem a comunidade Kalunga em relação ao seu acesso à saúde. Conta com a aplicação de um instrumento composto apenas por perguntas que serão aplicadas aos participantes. Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa. Esclarecemos que, de acordo com as normas adotadas em pesquisas as informações prestadas serão utilizadas, exclusivamente, com propósitos investigativos e sua identidade será mantida em sigilo.

Após a coleta dos dados e sua análise, as informações geradas serão disponibilizadas e compartilhadas nesta comunidade por meio de apresentação, entrega de uma cópia da publicação para arquivo no acervo da associação e eventos que levarão aos esclarecimentos necessários para a comunidade. Os dados coletados serão guardados sob responsabilidade do pesquisador por um período de cinco (05) anos e após este período serão incinerados.

As opiniões, dados e informações coletadas na pesquisa poderão originar artigos e trabalhos científicos a ser apresentados em eventos nacionais e internacionais e/ou encaminhados para publicação. No entanto, será mantida a confidencialidade absoluta, não havendo identificação dos participantes em nenhum dos dados e materiais submetidos.

A participação nesta pesquisa poderá não lhe trazer nenhum benefício direto e você não terá nenhuma vantagem financeira. Também não haverá nenhum custo e você não desembolsará nada para participar desta pesquisa. A participação é voluntária, podendo se recusar a responder questões que considere constrangedoras ou desistir de participar, sem constrangimento algum e sem qualquer prejuízo para a sua comunidade.

Se houver qualquer dúvida sobre esta pesquisa, ou qualquer outra pergunta sobre os procedimentos deste estudo, entre em contato com a pesquisadora responsável.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações acima descritas, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Pesquisadora Responsável: Ana Beatriz Duarte Vieira

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

Telefones para contato (inclusive para ligações a cobrar):

(61) 3273-3807, (61) 9694-5185

E-mail: [abd.vieira@gmail.com](mailto:abd.vieira@gmail.com)

Endereço: Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro/UnB – Brasília/DF ou telefone: (61)3273-3807 ou e-mail:[abd.vieira@gmail.com](mailto:abd.vieira@gmail.com)

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_,

abaixo assinado, concordo em participar, voluntariamente, da pesquisa Comunidade Quilombola Kalunga: acesso à saúde sob o enfoque da Bioética de Intervenção. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem constrangimento algum sem que isto leve a qualquer penalidade à comunidade ao qual estou inserido.

Local e data: Brasília, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

OU

Digital :

Assinatura de Testemunha: \_\_\_\_\_

## Apêndices

### Apêndice A

#### Árvore dos Nós e Sub-Nós

Nós			
Nome	Fontes	Referências	
● Acesso à Saúde	11	29	
● Direito ao Acesso	5	5	
● Atendimento	0	0	
● Agente de Saúde	2	3	
● Médicos	3	6	
● No Hospital	5	6	
● Posto de Saúde	6	10	
● Remédio	5	5	
● Discriminação	6	6	
● Igualdade de Direito	2	2	
● Igualdade de Acesso	1	1	
● Não	9	10	
● Sim	8	14	
● Mensagens	10	13	
● Problemas na Comunidade	0	0	
● Água	5	10	
● Comunicação	2	3	
● Cultural	1	1	
● Educação	4	6	
● Identidade	1	1	
● Luz	4	6	
● Saúde	8	15	
● Posto de Saúde	5	11	
● Transporte	12	29	
● Social	2	5	
● Terra	5	7	
● Trabalho	2	4	
● Protagonismo	0	0	
● Papel da Comunidade	0	0	
● Cobrar do Governo	9	10	
● Contribuição da Comunidade	4	5	
● Inclusão do Governo	4	4	
● Papel da Liderança Comunitária	0	0	
● Dinheiro	2	2	
● Estudo	1	1	
● Fraca	2	4	
● Importância	1	1	
● Insatisfação	2	2	
● Melhoras	5	9	
● Saúde	3	3	
● Transporte	1	2	
● Papel do Governo	3	3	
● Atendimento para Todos	4	7	
● Iniciativa da Prefeitura	7	19	
● Políticas Inclusivas	5	6	
● Políticas Inclusivas	0	0	
● Representação no Governo	0	0	
● Orgão	2	2	
● Político	4	5	
● Ser Kalunga	0	0	
● Descendência	13	24	
● Reconhecimento	5	17	
● Região	5	6	
● Situação Social	1	2	
● Ter Saúde	3	27	



## Apêndice B

Quadro 5- Nó 1: Ser Kalunga - Sub-Nós: Descendência, Valor, Região, Situação Social

SUB-NÓS	UR	Fonte
Descendência	<i>É uma coisa que <b>veio a existir assim que é essa comunidade através dos povos que fugiram do sofrimento</b> das chicotadas do Engenho, do Senhor do Engenho, as pessoas que se achavam grande que tinham mais proteção eles diziam que nós éramos pequenos e que nós se tornávamos escravos deles e querendo ou não você no seu próprio lugar tinha que ser o que eles queriam e não o que você queria. Mudar sua tradição, a forma de você orar, a forma de você ser, tudo eles mudaram. Então nós vivemos, quer dizer nós <b>vivemos um período na nossa vida sem o nosso próprio lugar.</b></i>	<Internas\\Entrevistas\\Membros - Engenho II - Cavalcante - Entrevista N°2> - § 2 referências codificadas[5,30% Cobertura]
	<i><b>Descendente</b> de africano (...) nós fomos escravizados</i>	Internas\\Entrevistas\\Líderes - Entrevista - N°3 Riachão (Recortes das Discursos)> - § 1 referência codificada [1,73% Cobertura]
	<i>Minhas <b>descendências</b> de família são todas Kalunga, então eu sou Kalunga.</i>	<Internas\\Entrevistas\\Membros - Ema - Teresina de Goiás - Entrevista N°1> - § 1 referência codificada[1,17% Cobertura]
Valor Reconhecimento	<i>... é muito bom o povo sempre procura os Kalunga (...) dá <b>valor</b> nos Kalunga</i>	<Internas\\Entrevistas\\Oficina Ema (Recortes das Discursos)> - § 4 referências codificadas [4,62% Cobertura] Referência 2 - 1,17% Cobertura
Região Território	<i>Kalunga, é que a gente <b>nasceu na terra, na região</b> Kalunga mesmo né. É Kalunga mesmo né. Se a gente fosse nascido fora da área Kalunga ai não ia dizer que não era Kalunga né, mas eu <b>nasci na área Kalunga então</b></i>	Internas\\Entrevistas\\Membros - Ema - Teresina de Goiás - Entrevista N°1> - § 1 referência codificada[3,45% Cobertura] Referência 1 - 3,45% Cobertura

<b>Região Território</b>	<i>eu sou Kalunga.</i>	
	<i>... então somos considerados Kalunga devido a <b>planta</b>, um <b>rio</b> que tem aqui na <b>região</b>.</i>	<Internas\\Entrevistas\\Oficina Engenho (Recortes das Discursos)> - § 2 referências codificadas [1,14% Cobertura]Referência 2 - 0,89% Cobertura
	<i>..porque eu nasci aqui, me criei aqui e to aqui, né nessa <b>região</b>.</i>	<Internas\\Entrevistas\\Oficina Ema (Recortes das Discursos)> - § 1 referência codificada [0,81% Cobertura] Referência 1 - 0,81% Cobertura
<b>Situação Social</b>	<i>...são pessoas que <b>vivem mais dificuldade, em áreas isoladas e locais mais difíceis</b> (...) que mora longe uns do outro</i>	<Internas\\Entrevistas\\Oficina Engenho (Recortes das Discursos)> - § 2 referências codificadas [2,56% Cobertura]Referência 1 - 1,24% Cobertura

## Apêndice C

Quadro 6- Nó 2: Saúde – Sub-Nós: Garantia de Direito e Bem-estar

SUB-NÓS	UR	Fonte
<b>Garantida de Direito</b>	<i>... ter felicidade (...) também ter o jeito da gente de ser feliz, ter bom médico na comunidade (...) sem precisar tá passando dificuldade (...) ter atendimento (...) <b>garantia porque é o nosso direito</b> (...) nós vota pra isso (...) ter saúde para trabalhar pra nós pode fazer aquilo que nós precisa ...</i>	Internas\\Entrevistas\\Oficina Engenho (Recortes das Discursos)> - § 9 referências codificadas [14,64% Cobertura]Referência 3 - 3,09% Cobertura
<b>Bem -estar</b>	<i>é um <b>bem estar físico, mental e social</b> (...) mas hoje é um monte de coisa (...) construir casa, ter uma boa moradia, uma boa educação, alimentação, amizade e mais um monte de coisa</i>	<Internas\\Entrevistas\\Oficina Riachão (Recortes das Discursos)> - § 10 referências codificadas [20,66% Cobertura]Referência 2 - 3,45% Cobertura
	<i>é <b>estar bem no físico e mental</b> pra despoluir, pra exercer qualquer função (...) é ter uma promoção de saúde (...) conhecer seu corpo, saber como seu corpo está saber identificar (...) alimentar balanceado...</i>	<Internas\\Entrevistas\\Oficina Riachão (Recortes das Discursos)> - § 10 referências codificadas [20,66% Cobertura]Referência 5 - 4,01% Cobertura

## Apêndice D

Quadro 7- Nó 3: Problemas da Comunidade – Sub-Nós: Água, Comunicação, Cultural, Educação, Identidade, Luz, Saúde, Social, Terra, Trabalho

SUB-NÓS	UR	Fonte
Água	<i>não tem acesso a água encanada, usam água do rio</i>	<Internas\\Entrevistas\\Líderes - Entrevista - Nº1 Engenho II (Recortes das Falas)> - § 1 referência codificada [1,57% Cobertura]
	<i>É o problema da água mesmo, essa água aí contaminada. Por que a água do rio tá poluída porque o povo joga muito lixo dentro do rio e junta, começa aquele lodão, aquele trem. Reclama, mas não tem jeito! Dois, três conserva, mas o resto não conserva.</i>	Internas\\Entrevistas\\Membros - Ema - Teresina de Goiás - Entrevista Nº2> - § 2 referências codificadas[10,35% Cobertura]
	<i>a água que muitas pessoas tem falta de água, pega água na maior dificuldade, porque não tem água e não tem roça não tendo as coisas pra poder alimentar bem, tem que comprar</i>	<Internas\\Entrevistas\\Oficina Ema (Recortes das Falas)> - § 5 referências codificadas [11,15% Cobertura]
Comunicação	<i>dificuldade de comunicação</i>	<Internas\\Entrevistas\\Gestores - Entrevista Nº 3 Cavalcante (Recortes das Falas)> - § 1 referência codificada [0,65% Cobertura]
	<i>...alguma reunião que as vezes as pessoas não avisa assim pra todo mundo o dia certo e a hora certa... não tem nem como a gente participar.</i>	<Internas\\Entrevistas\\Oficina Engenho (Recortes das Falas)> - § 2 referências codificadas [2,70% Cobertura]
Cultural	<i>acultura deles (...) o Kalunga quando eles cismam com uma coisa é difícil pra tirar essa cisma da cabeça deles</i>	<Internas\\Entrevistas\\Gestores - Entrevista Nº 1 Monte Alegre (Recortes das Falas)> - § 1 referência codificada [2,78% Cobertura]
	<i>problema é a educação que tá muito difícil, muito difícil. Então eu acho assim, que aqui necessita muito, essa necessidade é muito grande, porque nós tem que ocupar nossos filhos não</i>	<Internas\\Entrevistas\\Membros - Engenho II - Cavalcante - Entrevista Nº2> - § 2 referências codificadas[1,91% Cobertura]

<b>Educação</b>	<i>só no período de aula, mas além da aula, eles tem que ter um foco</i>	
	<i>o que mais afeta é na parte social como na <b>educação</b>, na saúde, o desemprego (...) o ensino médio que não temos...</i>	<Internas\\Entrevistas\\Oficina Riachão (Recortes das Falas)> - § 2 referências codificadas [4,82% Cobertura]
<b>Identidade</b>	<i>O maior problema que eu acho aqui é que somos uma família parentesca, então <b>não somos individuais de família e somos um só né.</b></i>	<Internas\\Entrevistas\\Membros - Engenho II - Cavalcante - Entrevista N°2> - § 1 referência codificada [0,75% Cobertura]
<b>Luz</b>	<i><b>falta luz</b> o programa luz para todos ainda não chegou</i>	<Internas\\Entrevistas\\Líderes - Entrevista - N°1 Engenho II (Recortes das Falas)> - § 1 referência codificada [1,70% Cobertura]
	<i>passou dessa serra pra lá tem uma parte que tem água e tem outra que não tem água e <b>nem luz.</b></i>	<Internas\\Entrevistas\\Membros - Riachão - Monte Alegre - Entrevista N°2 (Recortes das Falas)> - § 1 referência codificada [3,54% Cobertura]
	<i>... é o que nós não temos (...) tá precisando de mais recursos de mais cuidado (...) <b>nem luz, nem água, nem nada.</b></i>	<Internas\\Entrevistas\\Oficina Ema (Recortes das Falas)> - § 2 referências codificadas [3,16% Cobertura]
<b>Saúde</b> <b>Posto de Saúde</b> <b>Profissional</b> <b>Transporte</b> <b>Estrada</b>	<i>... o maior problema que eu acho é <b>na parte de saúde que aqui não tem posto de saúde</b>, nós temos que pedir um posto de saúde aqui, daqui até na cidade próxima é quase oitenta quilômetros...</i>	<Internas\\Entrevistas\\Membros - Riachão - Monte Alegre - Entrevista N°1> - § 3 referências codificadas [14,31% Cobertura]
	<i>Aqui tá precisando de um <b>posto de saúde</b> pra ajudar a comunidade, porque os agentes de saúde ajudam demais, mas não tem condição na hora que adocece uma pessoa</i>	<Internas\\Entrevistas\\Membros - Riachão - Monte Alegre - Entrevista N°2 (Recortes das Falas)> - § 1 referência codificada [6,03% Cobertura]
	<i>Uma <b>ambulância</b> pro dia a dia né, uma <b>enfermeira padrão</b> que é mais</i>	<Internas\\Entrevistas\\Membros - Ema - Teresina de Goiás - Entrevista N°2> - § 3

	<i>entendida né.</i>	referências codificadas[4,69% Cobertura]
	<b>ter mais médico</b> na semana e <b>ter vacina aqui no posto...</b>	<Internas\\Entrevistas\\Oficina Engenho (Recortes das Falas)> - § 2 referências codificadas [1,27% Cobertura]
<b>Saúde</b>	<b>a gente leva o médico, a equipe da família pra atender uma vez por mês</b> (...) só que tem uns 6 meses que não tá indo médico por <b>questão de carro a gente não tem carro pra tá deslocando e levando equipe</b> (...) quando arruma não cabe a equipe toda	<Internas\\Entrevistas\\Gestores - Entrevista Nº 1 Monte Alegre (Recortes das Falas)> - § 1 referência codificada [6,11% Cobertura]
<b>Posto de Saúde</b>		
<b>Profissional</b>		
<b>Transporte</b>	<b>A estrada não é nem tão boa, um pouco ruim, né.</b> De vez em quando, um carro assim começa a virar na estrada né, porque a estrada tem uns pedaços que é ruim né, e longe. <b>Tem localidade aqui que não vai carro, não vai moto.</b> Igual lá na Contenda ali. <b>Lá quando adocece uma pessoa tem que carregar nas costas né, se não puder caminhar tem que carregar nas costas ou no cavalo por que não vai carro, não vai moto.</b> É uma localidade que até hoje e isolada né..	<Internas\\Entrevistas\\Membros - Riachão - Monte Alegre - Entrevista Nº1> - § 3 referências codificadas[21,59% Cobertura]
<b>Estrada</b>		
	<i>...nas comunidades mais distantes falta consultório, equipado com remédio, um enfermeiro ou enfermeira que possa estar dando mais assistência, uma segurança</i>	<Internas\\Entrevistas\\Líderes - Entrevista - Nº1 Engenho II (Recortes das Falas)> - § 1 referência codificada [5,01% Cobertura]
	<i>a questão do problema da saúde a gente tem que ter apoio, <b>ter médico, ter posto de saúde, ter um acompanhamento da equipe de saúde dentro e fora da comunidade</b> (...) a gente precisa ter apoio das capitais que possam atender a comunidade de forma especial.</i>	<Internas\\Entrevistas\\Líderes - Entrevista - Nº2 Ema (Recortes das Falas)> - § 1 referência codificada [10,17% Cobertura]
	<b>problemas sociais, são pessoas</b>	<Internas\\Entrevistas\\Gestores

<b>Social</b>	<i>pobres, carentes</i>	s - Entrevista Nº 2 Teresina de Goiás (Recortes das Falas)> - § 1 referência codificada [2,15% Cobertura]
	<i>...na <b>questão social</b> eu também vejo muitas pessoas com direito aos benefícios que é direito de todos que são negados.</i>	<Internas\\Entrevistas\\Líderes - Entrevista - Nº3 Riachão (Recortes das Falas)> - § 1 referência codificada [12,34% Cobertura]
<b>Terra</b>	<i><b>Regularização da terra</b> (...) uma boa parte dessa terra ainda existe sem documentação</i>	<Internas\\Entrevistas\\Líderes - Entrevista - Nº3 Riachão (Recortes das Falas)> - § 1 referência codificada [2,80% Cobertura]
	<i><b>Nós não temos título de terra, as terras são dos fazendeiros.</b> Eles falam assim, as terras são de vocês, mas de vocês como? Nós não pode fazer nada, então como que as terras somos nossas?</i>	<Internas\\Entrevistas\\Membros - Ema - Teresina de Goiás - Entrevista Nº1> - § 3 referências codificadas [8,09% Cobertura]
	<i><b>ta faltando liberar terra</b> o povo fica morando só no cerrado e no cerrado não tem como plantar as coisas (...) os fazendeiros não deixam e ai não tem como plantar...</i>	<Internas\\Entrevistas\\Oficina Ema (Recortes das Falas)> - § 1 referência codificada [2,70% Cobertura]
	<i>...eu acho que é referente a terras...<b>problema de regularização fundiária de terra</b></i>	<Internas\\Entrevistas\\Oficina Engenho (Recortes das Falas)> - § 1 referência codificada [0,94% Cobertura]
<b>Trabalho</b> <b>Emprego</b>	<i>desempregopoucos tem a oportunidade de ter <b>trabalho</b></i>	<Internas\\Entrevistas\\Oficina Riachão (Recortes das Falas)> - § 3 referências codificadas [4,41% Cobertura]
	<i>...precisamos de <b>emprego</b> pra comunidade...</i>	<Internas\\Entrevistas\\Oficina Riachão (Recortes das Falas)> - § 3 referências codificadas [4,41% Cobertura]

## Apêndice E

Quadro 8- Nó 4: Acesso à saúde – Sub-Nós: Direito ao Acesso e Igualdade de Acesso

SUB-NÓS	UR	Fonte
<b>Direito ao acesso à saúde</b>	<i>É direito deles terem serviço disponível, mas a dificuldade é ter uma equipe para atender localmente (...) é difícil manter hoje médico, enfermeira até aqui na cidade, na sede, então na região lá distante é quase impossível (...) manter este profissionais nos locais mais distantes é muito difícil porque a vida lá não é fácil para o pessoal da comunidade, imagina pra pessoa que não tem costume de viver nestas regiões ...</i>	<Internas\\Entrevistas\\Gestores - Entrevista Nº 3 Cavalcante (Recortes das Falas)> - § 1 referência codificada [9,03% Cobertura]
<b>Atendimento</b>	<i>Tem que ter o apoio pra ser atendido dentro e fora da comunidade (...) quando a comunidade chega tem que ter aquele acesso, porque não mora lá, tem que ter</i>	<Internas\\Entrevistas\\Líderes - Entrevista - Nº2 Ema (Recortes das Falas)> - § 1 referência codificada [20,26% Cobertura]
<b>Discriminação</b>	<i><b>direito de ser atendida</b> (...) eu sinto que a gente é meio que empurrado com a barriga, fica sem atendimento...</i>	
<b>Igualdade de direito</b>	<i>nossa luta serve para que acordem as pessoas de alto nível e que <b>vejam nossos direitos e nossas necessidades de um atendimento melhor</b> (...) olhar pra gente mais um pouco e sentir a nossa necessidade que não estão sentindo (...) só depende da força de vontade das pessoas (...) ter um hospital bem equipado que não tem (...) tinha que ter pelo menos um médico, uma enfermeira bem instruída (...) passou mal aqui liga pra ambulância e eles falam que vai chegar, mas não vem é essa baderna toda (...) lá no hospital mesmo não tem remédio (...) você vai e compra na farmácia (...) se o cara não</i>	<Internas\\Entrevistas\\Oficina Ema (Recortes das Falas)> - § 5 referências codificadas [19,96% Cobertura]



	<p>tiver o dinheiro ele morre (...) eu vou lá muitas vezes e o remédio que eu preciso não tem (...) volto sem nada.</p> <p><b>Cadê nosso direito do SUS ?</b></p>	
<b>Direito ao acesso à saúde</b>	<p>... a gente vê na televisão que o Kalunga tá com muitos benefícios e esses benefícios aqui não tá chegando (...) <b>É um direito! Olha esse meu direito, não é só meu mas como de todos, né.</b></p>	<p>&lt;Internas\Entrevistas\Membros - Engenho II - Cavalcante - Entrevista N°2&gt; - § 1 referência codificada [0,41% Cobertura]</p>
<b>Atendimento</b> <b>Discriminação</b> <b>Igualdade de direito</b>	<p>...o acesso tem que ser <b>igualitário</b>, tinha que ter um empenho maior pra gente tá levando esse atendimento localmente pra eles (...) a gente tem que levar essa equipe até eles (...) de <b>certa forma fica diferenciado</b> (...) a gente não tem condição de dar esse atendimento localmente que é o que a gente tá tentando, se esforçando para que futuramente tá tendo os postos de atendimento locais com pelo menos técnicos que possam estar acompanhando os agentes de saúde (...) tem que ser feito <b>para que eles possam se sentir iguais a todos</b> (...) o <b>SUS é universal, mas infelizmente nesta questão do acesso eles não tem o mesmo direito que a pessoa aqui da sede tem.</b></p>	<p>&lt;Internas\Entrevistas\Gestores - Entrevista N° 3 Cavalcante (Recortes das Falas)&gt; - § 1 referência codificada [15,86% Cobertura]</p>

## Apêndice F

**Quadro 9- Nó 5: Protagonismo – Sub-Nós: Papel da liderança, Papel da Comunidade, Papel do Governo e Políticas de Saúde**

SUB-NÓS	UR	Fonte
<b>Protagonismo</b>	<i>...é <b>preciso das lideranças</b> deles correrem atrás, pegar um líder lá ou um representante, um vereador aqui ou quem quer que seja lá da comunidade e vim procurar o prefeito, procurar o gestor, procurar o governo e solicitar os seus direitos perante a eles.</i>	<Internas\\Entrevistas\\Gestores - Entrevista Nº 2 Teresina de Goiás (Recortes das Falas)> - § 1 referência codificada [14,51% Cobertura]
<b>Papel da Comunidade</b>	<i>...eles <b>precisam de representação</b> (...) acho que a associação não tá bem fortalecida (...) eles tem que terem representação legal (...) tem que movimentar melhor como comunidade, como comunidade totalmente diferenciada que eu acho que ainda é (...) pela dívida anterior que todo país tem em relação a eles (...) então eles tem que ser fortalecidos, principalmente com esta representatividades que são essas associações que devem ser melhor escolhidas as suas lideranças, realmente uma representatividade que venha dar conta de suas necessidades.</i>	<Internas\\Entrevistas\\Gestores - Entrevista Nº 3 Cavalcante (Recortes das Falas)> - § 1 referência codificada [12,97% Cobertura]
<b>Papel da Liderança</b>		
<b>Papel do Governo</b>		
<b>Políticas de saúde</b>		
	<i>... <b>é tarefa de cada liderança mobilizar sua comunidade</b> pra tá junto, reivindicar junto pro bem estar da comunidade pra tá junto...</i>	<Internas\\Entrevistas\\Líderes - Entrevista - Nº1 Engenho II (Recortes das Falas)> - § 1 referência codificada [5,92% Cobertura]
	<i>...<b>tem órgão que tá colocando a comunidade contra a liderança, contra a associação</b>, porque acham que a associação não tá tendo fonte, não tá tendo canal e como que vão repassar pra eles (...) <b>a associação dentro do</b></i>	<Internas\\Entrevistas\\Membros - Engenho II - Cavalcante - Entrevista Nº1 (Recorte das Falas)> - § 1 referência codificada [17,55% Cobertura]

	<p><b>território tá buscando recursos, buscando informações, buscando desenvolvimento além da democracia</b> (...)  <i>nós não precisamos ficar aqui que nem passarinho no ninho, só com a boca aberta esperando quem coloca. Não, nós temos o direito, mas temos que saber qual é a porta que nós vamos bater e se ela vai abrir e nos mandar entrar (...) eu vou correr atrás de como tem que ser feito para ter uma resposta concreta...</i></p>	
<b>Protagonismo</b>	<p><i>Uma união, uma união assim e dar um chega pra lá no prefeito e o prefeito que tem que correr atrás.</i></p>	<p>&lt;Internas\\Entrevistas\\Membros - Ema - Teresina de Goiás - Entrevista N°1&gt; - § 2 referências codificadas[1,80% Cobertura]</p>
<b>Papel da Comunidade</b>	<p><b>quem pode resolver isso é os cabeçudo, é o governo, é os deputado, ai vem pro prefeito, libera pros vereador</b>  <i>que senão não sai nada (...) tem que ser a liderança, no caso o presidente junto com governadores, INCRA, fundações e comunidade.</i></p>	<p>&lt;Internas\\Entrevistas\\Oficina Engenho II (Recortes das Falas)&gt; - § 4 referências codificadas [5,44% Cobertura]</p>
<b>Papel da Liderança</b>		
<b>Papel do Governo</b>	<p><i>... qualquer coisa que a gente precisa de prefeitura é o prefeito que tem que correr atrás pra atender o povo do município porque a gente põe ele lá é pra administrar, para ele ir atrás do que nós precisa. Então eles depois que tá lá dentro só vai cuidar deles, então fica difícil ...</i></p>	<p>&lt;Internas\\Entrevistas\\Oficina - Ema - Teresina de Goiás (Recortes das Falas) &gt;- § 2 referências codificadas[1,80% Cobertura]</p>
<b>Políticas de saúde</b>	<p><b>As políticas de governo não chegam assim diretamente não</b> (...) <i>tem que ter gente de dentro da comunidade pra tá trabalhando (...) porque quem é de fora não vai ter aquela vontade de ficar lá trabalhando para dar apoio para pessoas da comunidade se capacitarem.</i></p>	<p>&lt;Internas\\Entrevistas\\Líderes - Entrevista - N°2 Ema (Recortes das Falas)&gt; - § 1 referência codificada [10,49% Cobertura]</p>
	<p><i>Hoje a Secretaria e Igualdade Racial que</i></p>	<p>&lt;Internas\\Entrevistas\\Gestores - Entrevista N° 3</p>

<p><b>Protagonismo</b></p> <p><b>Papel da Comunidade</b></p> <p><b>Papel da Liderança</b></p> <p><b>Papel do Governo</b></p> <p><b>Políticas de saúde</b></p>	<p><i>trabalha junto com a Secretaria de Saúde e com a Secretaria Social tem as associações da região Kalunga que compõem <b>ações conjuntas para dar qualidade de vida melhor para eles. E também esse atendimento que a gente pretende e sempre busca com o governo federal (...) as universidades (...) a própria presidência tem um carinho especial pelos Kalungamas isso não traz muito benefício e resultado pra eles como a gente vê nos grandes centros (...) Kalunga é visto de uma forma bem delicada (...) eles precisam dessa atenção melhor, então a gente pode estar pensando, conjuntamente, tá conseguindo algo melhor (...) como é uma comunidade que mundialmente é conhecida então a gente tem que buscar esses meios, esses recursos pra tá colaborando com a qualidade de vida deles.</b></i></p>	<p>Cavalcante (Recortes das Falas)&gt; - § 1 referência codificada [19,63% Cobertura]</p>
	<p><i><b>A política que eu vejo mesmo aqui de governo e em termos de saúde é só a municipal mesmo. O Estado eles falam que aonde tem quilombola é mais fácil da gente tá conseguindo recursos, mas eu nunca vi facilidade nisso não.</b></i></p>	<p>&lt;Internas\Entrevistas\Gestores - Entrevista Nº 1 Monte Alegre (Recortes das Falas)&gt; - § 1 referência codificada [5,43% Cobertura]</p>
	<p><i><b>Infelizmente os municípios pobres que tem poucos habitantes, que não tem voto, não tem interesse dos políticos (...) por isso que há essa dificuldade muito grande da gente de desenvolver as metas e ter saúde nivelada, uma saúde boa conforme deveria ser, mas eu acho que com o tempo, com a luta com certeza vai ser alcançado uma meta, que na verdade a comunidade precisa.</b></i></p>	<p>&lt;Internas\Entrevistas\Gestores - Entrevista Nº 2 Teresina de Goiás (Recortes das Falas)&gt; - § 1 referência codificada [15,71% Cobertura]</p>

## Epílogo

*Vozes que outrora elevaram em reverência aos orixás  
nas selvas e savanas da África e que mais tarde,  
em lamento, cruzaram o Atlântico  
nos porões dos navios negreiros.  
Vozes que durante séculos confortaram  
dores e sofrimentos nas senzalas.  
Vozes que acalentaram a esperança,  
incitaram lutas e revoltas pela libertação,  
adormeceram e embalaram os sonhos  
de crianças nos quilombos.  
Vozes que hoje encorajam a seguir em frente.  
Vozes que celebram a alegria dos que nunca desistem  
de construir um mundo novo.*

*O Canto da Negritude*