

Políticas de saúde quilombola no Brasil: gênese, desenvolvimento e avaliação

Carla dos Anjos Siqueira^{1*}  Adna Cândido de Paula² 

¹Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - Brasil

²Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - Brasil

*Autor de correspondência: carla.enfermagem.ufvm@gmail.com

RESUMO

Quilombo designa uma herança cultural e material tendo como referência presencial o sentimento de pertencimento a um lugar e à formação de um novo grupo social, pois não são definidos somente como espaço de resistência guerreira, mas também como representantes de recursos radicais de sobrevivência em grupo. No entanto, há uma desqualificação histórica que tem estigmatizado as comunidades quilombolas, o que contribui para as dificuldades de acesso a bens e serviços, gerando desigualdades, propulsoras de adoecimento que persistem até os dias atuais, constituindo-se como condicionantes da saúde. Ao se considerar que a saúde representa um dos direitos básicos dos direitos humanos, um direito indissociável ao direito à vida, esta reflexão tem por objetivo apresentar e problematizar o papel do Estado Brasileiro na garantia da promoção da saúde da população quilombola, no que se refere mais diretamente às políticas públicas no âmbito da saúde. Para tanto, este trabalho é dividido em 4 partes: (i) buscou-se problematizar a importância da revisão histórica do conceito colonial sobre quilombo com efeitos político-jurídicos-sociais para o acesso à saúde pelas comunidades quilombolas; (ii) na segunda parte são apresentadas algumas noções de saúde ligadas as comunidades quilombolas; (iii) na terceira parte são apresentadas as ações do Movimento Negro Brasileiro na mobilização pelos direitos à saúde dos povos quilombolas; e (iv) são apresentadas as políticas públicas implementadas.

PALAVRAS-CHAVE:

Políticas de atenção à saúde
População quilombola
Racismo institucional

ABSTRACT

Quilombo designates a cultural and material heritage with a present reference to the sense of belonging to a place and the formation of a new social group, as they are not defined solely as spaces of warrior resistance, but also as representatives of radical resources for group survival. However, there is a historical disqualification that has stigmatized quilombola communities, contributing to difficulties in accessing goods and services, generating inequalities that drive illness and persist to this day, constituting health determinants. Considering that health represents one of the fundamental human rights, an inseparable right to the right to life, this reflection aims to present and analyze the role of the Brazilian State in guaranteeing the promotion of health for the quilombola population, specifically in relation to public health policies. To achieve this, this work is divided into 4 parts: (i) an exploration of the importance of a historical review of the colonial concept of quilombo with its political, legal, and social implications for healthcare access by quilombola communities; (ii) the second part presents some notions of health related to quilombola communities; (iii) the third part showcases the actions of the Brazilian Black Movement in mobilizing for the healthcare rights of quilombola peoples; and (iv) the implemented public policies are presented.

KEYWORDS:

Healthcare attention policies
Institutional racism
Quilombola population

RESUMEN

Quilombo designa un patrimonio cultural y material que tiene como referente presencial el sentimiento de pertenencia a un lugar y la formación de un nuevo grupo social, ya que no sólo se definen como un espacio de resistencia guerrera, sino también como representantes de recursos de supervivencia radicales en grupo. Sin embargo, existe una descalificación histórica que ha estigmatizado a las comunidades quilombolas, lo que contribuye a dificultades en el acceso a bienes y servicios, generando desigualdades, impulsoras de enfermedades que persisten hasta el día de hoy, constituyendo condiciones de salud. Al considerar que la salud representa uno de los derechos básicos de los derechos humanos, derecho inseparable del derecho a la vida, esta reflexión tiene como objetivo presentar y problematizar el papel del Estado brasileño en garantizar la promoción de la salud de la población quilombola, en lo que respecta a más directamente a las políticas públicas en el ámbito de la salud. Para ello, este trabajo se divide en 4 partes: (i) buscamos problematizar la importancia de la revisión histórica del concepto colonial de quilombo con efectos político-legales-sociales en el acceso a la salud por parte de las comunidades quilombolas; (ii) en la segunda parte se presentan algunas nociones de salud vinculadas a las comunidades quilombolas; (iii) en la tercera parte se presentan las acciones del Movimiento Negro Brasileño en la movilización por los derechos a la salud de los pueblos quilombolas; y (iv) se presentan las políticas públicas implementadas.

PALABRAS-CLAVE:

Políticas de salud
Población quilombola
Racismo institucional

Introdução

A comunidade ancestral negra no Brasil, o quilombo, possui uma vinculação forte, por extensão de sentido, com a origem do termo em Angola, na história da pré-diáspora, como apresentam as pesquisas da historiadora negra e quilombola, Beatriz Nascimento. O termo remonta, na história da resistência ao colonialismo português, ao *modus operandi* dos Imbagala, que tem relação direta com o *modus faciendi* (“modo de fazer”) e com o *modus vivendi* (“modo de viver”). Trata-se de um povo nômade, que não plantavam, nem criavam gado, viviam de saques e não criavam seus próprios filhos, que matavam ao nascer pois impediam suas mobilidades e funcionamento, mas criavam os adolescentes das tribos que derrotavam. No rito de passagem, que incorporava esses jovens, de diferentes etnias, na mesma sociedade guerreira, ocorria a circuncisão, como ritual de iniciação. Daí surge o termo Kilombo como instituição de si, “seria Kilombo os próprios indivíduos ao se incorporarem à sociedade Imbagala” (NASCIMENTO, 1985, p. 43).

Ainda no que diz respeito aos Imbagalas, em Angola, outro significado para Kilombo dizia respeito ao local, como casa sagrada, onde processava-se o ritual de iniciação. Após serem derrotados pelos portugueses e passando a comercializar com estes, o nome Kilombo foi atribuído ao acampamento de escravizados que fugiam do sistema escravocrata. Por outro lado, no século XIX, as caravanas do comércio, em Angola, também receberam esta denominação. Esses são os usos históricos do termo em Angola, que podem ter conexão por extensão de sentido ou por identidade de funcionamento com o termo quilombo no Brasil. Contudo, não é possível estabelecer as linhas de contato direto da etimologia. Nessa perspectiva ancestral, o termo quilombo guarda tanto um valor semântico de resistência, como uma perspectiva de organização social “outra”, que se dá pela formação de um grupo único, a partir de diferentes heranças étnicas. Nessa mesma perspectiva ancestral se filiam os sentidos de auto-gestão e emancipação.

Nesse sentido, quilombo tem uma positividade na denominação e tem relação direta com a constituição dos agrupamentos no Brasil, uma vez que reúne os diferentes, sob uma mesma estrutura social, além de ser um espaço de resistência e emancipação, que mantém os resquícios da cultura africana.

Quilombo designa uma herança cultural e material tendo como referência presencial o sentimento de pertencimento a um lugar e à formação de um novo grupo social, pois não são definidos somente como espaço de resistência guerreira, mas também como representantes de recursos radicais de sobrevivência em grupo, utilizando de forma comum de vida e modos próprios de organização (GOMES et al., 2013).

Contudo, como informa Nascimento, apesar de a primeira referência ao termo surgir em documento oficial português, datado de 1559,

Somente em 1740, em 2 de dezembro, assustadas frente ao recrudescimento dos núcleos de população negra livres do domínio colonial, depois das guerras do nordeste no século XVII, as autoridades portuguesas definem, ao seu modo, o que significa quilombo: "toda a habitação de negros fugidos que passem de cinco, em parte desprovida, ainda que não tenham ranchos levantados nem se achem pilões neles" (NASCIMENTO, 1985, p. 43).

O que se percebe é que a conotação pejorativa do termo foi imposta pelos colonizadores portugueses, fazendo contraste com o valor positivo de liberdade, emancipação e resistência na concepção angolana adotada pelos afro-brasileiros. Essa desqualificação histórica tem estigmatizado as comunidades quilombolas, o que contribui para as dificuldades de acesso a bens e serviços, gerando desigualdades estruturais, propulsoras de adoecimento que persistem até os dias atuais, constituindo-se como condicionantes da saúde (FRANCHI et al., 2018). Ao se considerar que a saúde representa um dos direitos básicos dos direitos humanos, ou seja, um direito indissociável ao direito à vida, esta reflexão tem por objetivo apresentar e problematizar o papel do Estado Brasileiro na garantia da promoção da saúde da população quilombola, no que se refere mais diretamente às políticas públicas no âmbito da saúde.

Para tanto, este trabalho é dividido em 4 partes, nas quais, inicialmente, (i) buscou-se problematizar a importância da revisão histórica do conceito colonial sobre quilombo com efeitos político-jurídicos-sociais para o acesso à saúde pelas comunidades quilombolas; (ii) na segunda parte são apresentadas algumas noções de saúde ligadas as comunidades quilombolas; (iii) na terceira parte são apresentadas as ações do Movimento Negro Brasileiro na mobilização pelos

direitos à saúde dos povos quilombolas; e, por último, (iv) são apresentadas as políticas públicas implementadas.

1. A revisão histórica-política-social do conceito

A referida definição de quilombo, dada pelo Conselho Ultramarino Português, comporta cinco elementos centrais: (i) A concepção recriminatória de fuga; (ii) O número baixo de fugidos; (iii) O isolamento geográfico; (iv) O tipo de moradia, denominada como “rancho” e; (v) A não exigência de autoconsumo e reprodução, simbolizando a imagem do pilão (ARRUTI, 2006a). No entanto, cabe enfatizar que, na contemporaneidade, há um processo de revisão dos conceitos que pode configurar um “quilombo” ou “remanescentes de quilombos”, assinalando uma visão recente de cunho antropológico, a qual considera as diversas origens e histórias, enfatiza os elementos de identidade cultural e linguística, da continuidade histórica ao longo das gerações e da territorialidade à condição desses grupos, projetando-os como um novo povo (VIEIRA; MONTEIRO, 2013). No Brasil, o quilombo tem um destaque histórico, pois além de remeter ao passado como um povo que se rebelou contra o sistema escravista, caracteriza-se por uma forma de organização político-social e de identidade étnica traduzida por elementos culturais e religiosos, distinguindo-os socialmente.

Atualmente, ser quilombola reflete em uma relação de diferenças de poder, por isso, é salutar observar que a discussão do conceito de quilombo passa necessariamente pelo debate sobre ampliação, acesso e legitimação de direitos. Falar em quilombos é, portanto, falar de resistência e luta política (VIEIRA; MONTEIRO, 2013). Consoante a isso, no dia 20 de novembro de 2003, por meio do decreto presidencial nº.4.887 em seu 2º artigo, definiu-se remanescentes de quilombos como:

Consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, para os fins deste Decreto, os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (BRASIL, 2003).

José Maurício Arruti (2006b) destaca que, ao serem identificadas como “remanescentes”, as comunidades, ao invés de representarem os que estão presos

às relações arcaicas de produção e reprodução social, aos misticismos e aos atavismos próprios do mundo rural, ou ainda os que, na sua ignorância, são incapazes de uma militância efetiva pela causa negra passam a ser reconhecidas como símbolo de uma identidade, de uma cultura e, sobretudo, de um modelo de luta e militância negra, dando ao termo certa positividade. Além disso, enfatiza que tais suposições implicadas no termo colocam no núcleo de definição daqueles grupos uma historicidade que remete sempre ao par memória-direitos, em se tratando de remanescentes, o que está em jogo é a manutenção de um território como reconhecimento de um processo histórico de espoliação.

O uso do termo, implica, para a população que o assume, a possibilidade de ocupar um novo lugar na relação com os vizinhos, na política local, frente aos órgãos e às políticas governamentais no imaginário nacional e, finalmente, no seu próprio imaginário, lugar a partir do qual é possível produzir um retorno com relação àquele eixo de mutações. Trata-se de reconhecer, naqueles grupos - até então marginalizados -, um valor cultural absolutamente novo que, por ter origem em outro quadro de referências, era, até então, desconhecidos dele mesmo (ARRUTI, 2006b, p. 82).

A partir deste marco temporal jurídico, sob a forma de um movimento de resistência às elites econômicas, políticas, sociais e também culturais, os quilombolas se reafirmam com crescente potência no cenário sócio-político nacional, localizados com frequência “em algum lugar entre trabalhadores sem-terra, os indígenas, as favelas e os universitários cotistas” (ARRUTI, 2010, p. 10). No entanto, ainda persiste no cenário nacional uma imagem negativa com relação aos negros, uma vez que as relações étnico-raciais foram pautadas e construídas em um sistema colonialista. Neste, a hierarquia de raça levou à sobreposição da cultura branco-eurocêntrica, o que instituiu a invisibilidade das demais matrizes étnicas e raciais, cujas histórias e culturas são apagadas do imaginário da população (CONCEIÇÃO; RISCADO; VILELA, 2018).

Kabengele Munanga (1990) aponta que, com relação aos afrodescendentes trazidos para o Brasil, essa invisibilidade foi constituída como uma das estratégias da escravização, com vista a destruir a memória coletiva, além de servir como justificativa das relações desiguais, traduzindo-se em arranjos políticos, econômicos, socioculturais e raciais. Neste âmbito, cabe enfatizar que as desigualdades raciais, nas condições de saúde das populações, são consideradas

como grandes problemas de saúde pública, expressando-se como diferenças biológicas, disparidades sociais e discriminação (FREITAS et al., 2011).

Há todo um percurso histórico de formação da nação brasileira, que explica muito bem como a definição da cidadania não engloba nem negros, nem indígenas e a partir disso a dificuldade de um reconhecimento histórico como sujeitos de direitos. Como se pode observar, com os dados apresentados pela historiadora Célia Maria Marinho de Azevedo (2008), em *Onda negra, medo branco: o negro no imaginário das elites - Séc. XIX*, antes mesmo de a independência ser proclamada em 1822, a “preocupação” com a questão do ordenamento dos habitantes, em termos nacionais, começou a ser colocada.

Em 1821, por exemplo, o mineiro João Severino Maciel da Costa, o marquês de Queluz, que governou a Guiana Francesa de 1809 a 1819, publicou o livro *Memória sobre a necessidade de abolir a introdução dos escravos africanos no Brasil; sobre o modo e condições com que esta abolição se deve fazer; e sobre os meios de remediar a falta de braços que ela pode ocasionar*, no qual afirmou: “Que faremos, pois nós desta maioridade de população heterogênea, incompatível com os brancos, antes inimiga declarada?” (COSTA, 1821 *apud* AZEVEDO, 2008, p. 23). Em suma, a questão central da intelectualidade política da época era “o que fazer com o negro?” e com o indígena também, afinal, nenhum dos dois grupos socioculturais eram considerados como sujeitos de direito à cidadania.

No projeto de país a ser emancipado, o racismo foi o elemento estruturante e estrutural dessa “nova” sociedade. O recorte de compreensão dessa realidade há de ser vislumbrando no período anterior à abolição oficial da escravatura e não depois, afinal, os projetos imigrantistas ganharam aprovação geral na Assembleia Legislativa Provincial de São Paulo, no período de 1870 a 1880, ou seja, bem antes da oficialização do fim da escravização atendendo às pressões internacionais, sobretudo, da Inglaterra. Ao investir, com propagandas e políticas públicas, no acolhimento da população branca descendente de ocidentais, o governo provincial brasileiro também investiu em políticas públicas de controle e vigilância da população negra, já em sua maioria liberta por suas próprias conquistas e organização, bem como com a participação de abolicionistas.

E ainda refletindo na atualidade, uma vez que a população quilombola se mantém em luta por igualdade de direitos, pela posse e regularização fundiária de suas terras, pela ampliação da cidadania plena e pela equidade na saúde pública.

2. Noções de saúde ligadas às comunidades quilombolas

O conceito de saúde, por sua vez, reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja, para cada comunidade e/ou coletivo, o conceito de saúde não tem a mesma representação, assim como seus condicionantes. O mesmo é referente às doenças, o que um determinado grupo considera como doença, outro grupo pode não considerar como tal. Os conceitos estão sujeitos aos valores subjetivos, às concepções científicas, religiosas, sociais e filosóficas de indivíduos ou de grupos específicos, como o grupo branco dominante na área científica de saúde. Historicamente, por exemplo, o desejo de fuga dos negros escravizados foi considerado como uma enfermidade mental, a *drapetomania* (do grego *drapetes*, escravo) e o tratamento para tal comorbidade era o açoite.

Além disso, essa visão negativa e pejorativa construída tanto em relação do modo de viver dos negros, quanto em relação ao processo de saúde, se dá, especialmente, pela visão de cunho eugenista que foi sendo introduzida nas políticas de saúde na edificação da nova república e até mesmo antes dela. Para alcançar o ideário de país moderno e civilizado à imagem da Europa, era necessário tornar o país mais “claro”, com bem disse Rui Barbosa em um de seus discursos “depurar as veias da mestiçagem primitiva” (CHALHOUB, 1996 *apud* MAIO, 2004, p. 16). Para tanto, processos sociais e políticas de saúde imbuídas na violência contra a população negra foram sendo fortalecidos no país, como exemplos destes, têm-se: (i) a violência policial contra os cortiços existentes nos grandes centros urbanos, utilizando-se da política de saúde do higienismo para o extermínio destes, sendo então considerados como locais de disseminação de doenças e aglomeração de “vadios”, dando início à formação das favelas; (ii) a política imigrantista que visava trazer da Europa trabalhadores brancos para atuar no processo de “purificação”, restando para a população negra as atividades profissionais com menor remuneração e reconhecimento social. Características

que explicam os processos de marginalização, de invisibilidade, de violência e de extermínio da população negra.

Alguns autores atribuem à saúde e à doença nos quilombos a visão de vulnerabilidade social, visto que, uma característica importante dessas comunidades é a ausência de serviços locais de saúde, fazendo com que a população percorra grandes distâncias em busca de assistência médica (FREITAS et al., 2011). Porém, é importante ressaltar que além da referida "vulnerabilidade social", é necessário questionar os porquês que ainda permanecem neste cenário, uma vez que houve a criação de políticas de saúde direcionadas à população quilombola. Para tanto, é necessário trazer à tona os condicionantes de saúde da população negra tendo o racismo institucional como o gerador de todos os outros. O racismo se configura como um determinante social, que afeta a vida de milhões de negros e negras para além da saúde física, afetando, igualmente, a saúde mental desses indivíduos.

Se a estrutura de uma sociedade é racista, suas instituições também o são, pois ambos se constituem mutuamente. A forma institucional do racismo implica em práticas discriminatórias sistemáticas fomentadas pelo Estado, direta ou indiretamente. Manifestando-se na forma de isolamento geográfico em bairros, escolas, empregos, apresentação estereotipada de negros na mídia, além da falta ou dificuldade de acesso aos serviços públicos e privados (GOMES, 2005).

O racismo institucional pode ser definido como o fracasso coletivo das organizações e instituições em promover um serviço profissional e adequado às pessoas devido a sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ancorada em um esquema interpretativo que reconhece a existência de fenômenos sociais irreduzíveis ao indivíduo, e apontando a reprodução de práticas discriminatórias que se assentam não apenas em atitudes inspiradas em preconceitos individuais, mas na própria operação das instituições e do sistema social e do sistema social, o enfoque do racismo institucional oferece uma nova abordagem analítica e uma nova proposta de ação pública (JACCOUD, 2008, p. 5).

No Brasil, o racismo é sempre estrutural, sendo elemento fundante na configuração das diferentes formas de governo, desde o império até a nova república, e de suas instituições, públicas e privadas. Não se trata de uma estrutura "abertamente" segregacional, como no modelo do *apartheid* sul-africano ou no modelo das leis Jim Crow sulistas da América do Norte, mas operacionalizada a

partir de um imaginário social racista construído e retroalimentado, no decorrer de mais de dois séculos, no país. O imaginário social que desqualifica as populações negras brasileiras, em todos os âmbitos ideológicos - social, econômico, político, educacional e do entretenimento -, incluso aí as populações quilombolas, faz parte da formação dos servidores das instituições públicas e privadas brasileiras. Assim sendo, cada indivíduo que operacionaliza essas instituições representa um dente da engrenagem racista brasileira e atua, conscientemente ou não, na manutenção dessa prática segregacionista, que possuem reflexos diretos no adoecimento da população negra,

[...] a maioria das doenças que atinge a população negra é a mesma que atinge a maioria da população em geral. O que diferencia é seu perfil mais crítico de saúde, recorrente a diferentes contextos históricos, recorrência esta pautada na discriminação, no racismo e na negação de direitos [...] (GUIMARÃES; PODKAMENI, 2012, p. 235).

E como reflexo de tais práticas institucionalizadas nos serviços de saúde, a falta de acesso da população aos serviços e nos processos de adoecimento da população negra, a doença falciforme, o diabetes mellitus, a presença do alcoolismo e a hipertensão arterial têm sido registradas frequentemente nas comunidades quilombolas (FREITAS et al., 2011).

3. O Movimento Negro Brasileiro e a luta pelo acesso à saúde

A discussão sobre a saúde da população negra no Brasil começou a ganhar espaço na agenda política no final do século XX e início do século XXI, principalmente devido às lutas e reivindicações do Movimento Negro Brasileiro. Nesse contexto, categorias como raça, cor e etnia foram incorporadas no processo de identificação das populações. Combinadas com dados epidemiológicos e censitários, essas categorias evidenciaram as injustiças e desigualdades no campo da saúde que afetam uma parcela significativa da população brasileira (BRASIL; TRAD, 2012).

Nesse contexto, cabe destacar que o Movimento Negro é definido como

[...] a luta dos negros na perspectiva de resolver seus problemas na sociedade abrangente, em particular os provenientes dos preconceitos e

das discriminações raciais, que os marginalizam no mercado de trabalho, no sistema educacional, político, social e cultural. Para o movimento negro, a "raça", e, por conseguinte, a identidade racial, é utilizada não só como elemento de mobilização, mas também de mediação das reivindicações políticas (BRASIL; TRAD, 2012, p. 77).

Desde a década de 1980, as ações específicas no campo da saúde têm se concentrado principalmente na saúde reprodutiva e na saúde da mulher negra. Instituições acadêmicas e filantrópicas desempenharam um papel crucial ao promover o protagonismo do feminismo negro em pesquisas de intervenção social focadas na saúde das mulheres. Além disso, durante esse período, observou-se a formação de alianças políticas entre entidades e grupos políticos negros, que se aproximaram do espaço público estatal de saúde. Essa aproximação, pautada em uma perspectiva político-ideológica, centrou-se no combate ao racismo institucional dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e na promoção da equidade por meio da prevenção e tratamento dos problemas e necessidades de saúde da população negra. Outro aspecto importante dessas ações é a ênfase na necessidade de um preenchimento adequado do quesito raça/cor nos formulários, visando um melhor delineamento das condições e da qualidade da saúde dessa população (BRASIL; TRAD, 2012).

A partir do século XXI, as ações do movimento negro no campo da saúde começam a ganhar destaque em contextos de combates diretos ao racismo e a abertura do campo para a discussão sobre a temática racial. Tais discussões se fortaleceram por meio da III Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias correlatas que aconteceu na cidade de Durban, na África do Sul em 2001. Este momento configurou-se como um marco para a sociedade negra brasileira, uma vez que foi por causa da conferência que o Estado brasileiro se assumiu, nacional e internacionalmente, como um país racista. Reconheceu a escravidão e o tráfico de escravos como violações graves dos direitos humanos, bem como, a marginalização econômica, social e política a qual foi submetida a população negra brasileira. Em consonância a esse reconhecimento, iniciou-se as buscas por fundos para o financiamento de políticas afirmativas. Brasil e Trad (2012) indagam

Ora, como um país, até bem pouco tempo reconhecido por outros países como miscigenado e racialmente democrático detém em seu interior uma

série de casos de racismo e desigualdades raciais? A nação brasileira teve de se reparar e admitir mundialmente a existência de tais desigualdades e, além de admiti-las, agir de modo a reduzi-las e saná-las. Assim, esse se torna um período decisivo no qual o Brasil responde aos questionamentos e demandas internacionais sobre tais questões, não podendo silenciar perante as denúncias do movimento negro, projetadas além-mar (BRASIL; TRAD, 2012, p. 81).

As deliberações que saíram dessa conferência passaram a fazer parte do Plano de Ação da Conferência Regional das Américas contra o Racismo no qual a composição da América do Sul propôs que a Opas (Organização Pan-Americana de Saúde) promovesse ações para o reconhecimento da raça/grupo étnico/gênero como variantes significativas para a área da saúde, assim como o desenvolvimento de projetos específicos para prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas de ascendência africana (RIBEIRO, 2012). As proposições elaboradas chegaram à XII Conferência Nacional de Saúde, em 2003, e passaram a integrar o Plano Nacional de Saúde do Governo (RIBEIRO, 2012).

Diante dos problemas identificados relacionados à saúde da população negra, como a exclusão e as vulnerabilidades sociais enfrentadas por essa população, e considerando as propostas surgidas desde os documentos de 1995, após a Marcha Zumbi dos Palmares, até as soluções focadas em questões específicas, como a anemia falciforme, ocorreram importantes embates políticos. Esses debates resultaram em um momento significativo para a saúde, o governo e a sociedade brasileira: a Conferência de Durban e, subsequente a ela, a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir) (BRASIL; TRAD, 2012).

4. Políticas Públicas Voltadas à Saúde Quilombola – Ação do Estado?

No âmbito das políticas públicas, é necessário que o Estado atenda às demandas da população quilombola na área da saúde respeitando, na dimensão do princípio da dignidade humana, os aspectos sociais, culturais, espirituais, intrínsecos ao modo de viver e ao reconhecimento do processo saúde-doença.

Na perspectiva do cientificismo político, a esfera de compreensão sobre a constituição, o funcionamento, a execução e a avaliação das políticas públicas se restringe ao formalismo, às teorias e às formas de implementação dessas no

âmbito do Estado. O que equivale a dizer que a dimensão humana daqueles que demandam por políticas públicas, daqueles que formulam e colocam em funcionamento, bem como daqueles que de fato são atendidos por elas, não é o mais importante. Segundo Leo Strauss (2011), a ciência social positivista busca ser eticamente neutra e na busca por seu “sucesso” ela ignora os julgamentos morais tentando, artificialmente, negar a dimensão subjetiva de seus “cientistas”. Contudo, essa “neutralidade” não existe em nenhuma ciência, no sentido amplo do termo, em nenhuma produção humana. Assim sendo, as políticas públicas, como o próprio nome já faz referência, são políticas sociais de cunho estatal, em todos os seus âmbitos. A dimensão de política, da política pública, engloba tudo o que diz respeito à vida coletiva das pessoas em sociedade e em suas organizações.

É preciso, portanto, dar destaque a dois elementos-chave das políticas públicas: a ação e a intenção. Como lembra Thomas R. Dye (SCHIMIDT, 2018, p. 120), “pode haver política sem uma intenção, mas não haverá uma política sem ação”. Na perspectiva ocidental, as políticas constitucionais setoriais, como no campo da saúde e educação, deveriam ser presumidas como universais e cumpridas, contudo, uma vez que a população negra ainda sofre com a marginalização e com a dificuldade de acesso nesses setores, é preciso questionar se a dimensão universal ocidental tem sido eficiente?

Celina Souza (2006) aponta que existem muitas linhas de pensamento e definições acerca do conceito de política pública, sendo a mais referida aquela apresentada por Harold Dwight Laswell: “quem ganha o quê, por quê e que diferença faz”. Dessa forma, resume a política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no curso dessas ações. E dentro do campo das políticas públicas, têm-se as políticas de ações afirmativas, as quais são definidas como

as ações afirmativas constituem medidas especiais e temporárias que, buscando remediar um passado discriminatório, objetivam acelerar o processo de igualdade com o alcance de igualdade substantiva por parte de grupos socialmente vulneráveis, como as minorias étnicas e raciais, entre outros grupos (PIOVESAN, 2005, p. 50).

Nessa linha do pensamento-ação negro, Dagoberto José Fonseca (2009) lembra que, para além da tentativa de alcance da igualdade, inferindo sobre as desigualdades sociais, é fundamental que haja investimento financeiro, uma vez que, não há política pública sem recurso destinado para tal fim. Sendo necessário que parte significativa da sociedade brasileira compreenda que não se faz política pública sem recursos. Só demagogia e populismo de ocasião tratam de políticas públicas sem tratar de recursos para a exequibilidade de tais políticas. Além disso, é preciso considerar a necessidade de imputação jurídica quando as referidas políticas públicas de ação afirmativa não são respeitadas, senão o racismo institucional encontra brechas na própria estrutura para não funcionar ou mal funcionar a execução dessas. Uma outra necessidade relevante é a necessidade de avaliação dessas políticas, não de forma “conduzida” para se criar parâmetros que as desqualifique e inviabilize, mas que promova adequações que possam torna-las mais efetivas e eficazes.

Após conseguir fazer com que o grupo dominante, que ocupa a maioria dos postos nas instituições política e econômicas, reconhecesse as pesquisas que apontam para os dados sobre as desigualdades raciais é que foi possível, nesse dado período histórico, a consolidação das ações afirmativas. Vale lembrar que as políticas públicas de ações afirmativas não se relacionam somente com a seguridade social, a qual foi elaborada no período de redemocratização do país, e se estendem para além da garantia da educação e moradia, elas devem ser reconhecidas como garantia de direitos necessários ao exercício da cidadania.

Brasil e Trad (2012) destacam que as políticas de promoção da igualdade racial foram desenvolvidas dentro de diferentes governos, cada um com suas características específicas. Muitas vezes, essas políticas basearam-se na lógica de desenvolvimento econômico e sua relação com a democracia desejada. No entanto, após os últimos dois mandatos presidenciais e o Golpe de 2016, ficou evidente que políticas públicas que não são estabelecidas como políticas de Estado são vulneráveis a mudanças e desestabilizações. A experiência demonstrou que tais políticas podem ser facilmente enfraquecidas ou desmanteladas através de alterações na equipe responsável por sua implementação, cortes de orçamento ou revogações por atos do Estado em níveis municipal, estadual ou

federal. Ao longo da história político-econômica do Brasil, é notável a discrepância entre a formalidade das leis e a sua efetiva aplicação.

Para melhor entendimento de como se deu a construção dessas políticas na área da saúde, segue-se a linha do tempo de construções e discussões, que se dão, principalmente após a Conferência de Durban:

1995 - Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e pela Vida.

1996 – Introdução do quesito raça/cor em alguns formulários de saúde.

2001 – III Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas.

- Lançamento do Manual de Doenças Mais Importantes por Razões Étnicas na População Brasileira Afrodescendente do Ministério da Saúde (MS).
- Lançamento do Livro Saúde da População Negra, de Fátima de Oliveira, publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).
- Inclusão de doença falciforme e outras hemoglobinopatias no Programa Nacional de Triagem Neonatal. (Portaria nº 822/2001).

2003 - Criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), (Lei nº. 10.678/2003), como órgão de assessoramento direto da Presidência da República.

- 12ª Conferência Nacional de Saúde, com aprovação de mais de 70 deliberações sobre saúde da população negra.

2004 - I Seminário Nacional de Saúde da População Negra.

- Criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra/CTSPN, (Portaria GM/MS nº 1.678/2004).
- Inclusão da saúde da população negra no Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil.
- Lançamento do Programa Integrado de Ações Afirmativas para Negros (Brasil Afroatitude), do então Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde.

2005 - Instituição do Programa Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (Portaria GM/MS nº 1018/2005).

- Instituição no âmbito do SUS das diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Falciformes e Outras Hemoglobinopatias (Portaria GM/MS nº 1391/ 2005).

- 'Inclusão no Ministério da Saúde da Ação 8215 – Atenção à Saúde das Populações Quilombolas no Programa Brasil Quilombola (PBQ)'^{1*}.
- Realização da I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial.
- 'Portaria GM/MS nº 2.460, de 12 de dezembro de 2005, que instituiu o Grupo da Terra no Ministério da Saúde, com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta'^{2*}.

2006 - Realização do II Seminário Nacional de Saúde da População Negra, marcado pelo reconhecimento oficial do Ministério da Saúde (MS) da existência do racismo institucional nas instâncias do SUS.

- Campanha contra o Racismo Institucional no MS.
- Movimento negro conquista pela primeira vez representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS).
- Instituído, pelo movimento negro, o dia 27 de outubro como o Dia Nacional de Mobilização Pró-Saúde da População Negra.
- Conselho Nacional de Saúde aprova, em 10 de novembro de 2006, por unanimidade, a instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra/PNSIPN.

2007 - Publicação da primeira versão da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em parceria do MS com a SEPPIR.

2008 - Criação da Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra do Conselho Nacional de 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 de Saúde da Família, modalidade I, e de Equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família'.

2009 - Instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Portaria GM/MS nº 992/ 2009).

2010 - Publicação do Estatuto da Igualdade Racial, (Lei nº 12.288/ 2010).

¹ *Grifo nosso: referente às políticas que dizem respeito diretamente às populações quilombolas.

***Este trabalho não recebeu apoio financeiro. ***

² *Grifo nosso: referente às políticas que dizem respeito diretamente às populações quilombolas.

2011 - Protocolo de Intenções entre a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e Ministério da Saúde para adesão à Campanha Igualdade Racial É Pra Valer.

2012 - Realização do fórum: Enfrentando o Racismo Institucional no SUS. Parceria entre MS, UNAIDS, UNIFEM, UNICEF, SEPPIR e sociedade civil.

- Lançamento do Plano Interministerial Juventude Viva para o enfrentamento à violência contra a juventude negra.
- 20 de novembro: Mostra no Túnel do Ministério da Saúde – Igualdade Racial no SUS é pra Valer!

2013 - O Plano Operativo da PNSIPN ganhou “etiqueta” no E-car, sistema de monitoramento das ações do MS.

- ‘Instituição da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF)’.

2014 - Instituição do Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental, coordenado pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

- Publicação do II Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Resolução nº2 de 02 de setembro de 2014).
- Lançamento da Campanha Nacional “Racismo faz mal à Saúde. Denuncie, ligue 136!”.

2021 - RECOMENDAÇÃO Nº 004, DE 30 DE MARÇO DE 2021. Recomenda ações relativas aos cuidados à saúde das populações vulnerabilizadas no contexto da pandemia da Covid-19.

A criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) foi um marco significativo para o desenvolvimento das políticas voltadas à promoção da igualdade racial no Brasil, especialmente em relação à saúde da população negra. A presença de lideranças do movimento negro foi crucial, uma vez que destacaram a saúde como uma questão urgente no processo de promoção da igualdade racial. Esse período foi notável por seu vigor intelectual, com a apresentação de diversas ideias e sugestões para atender às necessidades de saúde da população negra. Desde a fundação da SEPPIR, foram realizados seminários, encontros e reuniões técnicas com o propósito de institucionalizar ações afirmativas no setor de saúde. Para alcançar esses objetivos, foi formado um comitê técnico que incluiu representantes do movimento negro,

particularmente do movimento negro feminista, além de integrantes do Ministério da Saúde e técnicos da SEPPIR (BRASIL; TRAD, 2012).

A redefinição e a repactuação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2006, através dos Pactos em Defesa do SUS, visando a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, também desempenhou um papel importante na criação da política de saúde para a população negra, ao redefinir pactos, responsabilidades e ampliar a compreensão sobre os determinantes sociais da saúde dessa população (BRASIL; TRAD, 2012). No período que vai de 2001 a 2008, a movimentação em torno das políticas de saúde da população negra brasileira foi intensa, culminando na criação de diversos documentos, contudo, após esse período, é possível perceber uma redução dessa movimentação.

No que concerne, especificamente, às populações quilombolas, há quatro documentos que reafirmam a necessidade de uma saúde que atue de forma próxima e em consonância com o modo de vida próprio dessas comunidades, voltados para as Estratégias de Saúde da Família (ESFs), que trabalham com a promoção da saúde e prevenção de doenças. As ESFs, no que diz respeito às comunidades quilombolas, recebem um investimento financeiro maior do que as estratégias voltadas para municípios que não possuem comunidades quilombolas em seus territórios (BRASIL, 2017).

No entanto, apesar da existência dessas políticas, alguns estudos comprovam a ineficiência dos serviços de saúde em relação ao atendimento das comunidades, sendo que um dos fatores determinantes é o despreparo do profissional de saúde para trabalhar com a diversidade do povo brasileiro e a partir de suas diferenças culturais e étnicas. É preciso, igualmente, considerar que o imaginário social brasileiro, construído e reforçado ao longo de mais de 200 anos, desqualifica os sujeitos sociais negros, e que esse imaginário social constitui a visão de mundo de cada sujeito social não negro neste país, ou seja, apesar da existência das legislações, essas estão sujeitas ao comprometimento, ou não, do sujeito social não negro, que atua majoritariamente nas instituições de saúde no Brasil, na execução dessas legislações. É preciso considerar que instituições não são prédios ou nomes sociais, elas existem e funcionam porque há seres humanos exercendo atividades, de acordo com as formalidades, regramentos e direcionamentos da própria instituição. A eficiência ou ineficiência na execução

dessas atividades e das legislações disponíveis na orientação dos regramentos e formas de funcionamento depende do trabalho não parcial de seus servidores, públicos ou privados. Como bem aponta Thomas R. Dye, “a política pública é tudo o que os governantes decidem fazer ou deixar de fazer” (SCHIMIDT, 2018, p. 120), mas não somente os governantes, os servidores também.

A relação das instituições de saúde com a população negra ainda acontece de forma superficial, uma vez que há a falta de profissionais para atuação nas comunidades, ou os profissionais presentes não possuem letramento racial e fatalmente operam de acordo com a lógica do determinismo biológico da cosmovisão ocidental; muitas vezes as pessoas acabam procurando atendimento diretamente nos serviços de urgência, devido à dificuldade de vínculo e atuação das equipes de saúde, ou seja, o problema momentâneo é resolvido, mas não há impactos sobre a prevenção de doenças e promoção da saúde.

Como demonstrado em uma pesquisa realizada em uma comunidade quilombola do interior de Minas Gerais, ainda persistem: 1) Sobrecarga dos serviços em saúde ofertados; 2) Investimento precário na atenção básica, com consequente sobrecarga dos serviços de atenção secundária e terciária; 3) Falta de profissionais e capacitação profissional na equipe de saúde, 4) Falta de alguns recursos terapêuticos e diagnósticos na unidade; 5) Grande distância entre territórios da área de abrangência; 6) Dados incompletos no sistema de informação em saúde; 7) Falha na adesão da vacinação por adultos e idosos; 8) Condições de saneamento básico e descarte de lixo alarmantes para determinada parcela da população adstrita; 9) Consideráveis taxas de evasão escolar e gravidez por menores de 18 anos; 10) Dificuldade em implementação de equipes multidisciplinares no local, principalmente no seguimento de doenças crônicas, tabagismo, etilismo e saúde mental que atue em prevenção e tratamento; 11) Falta de pronto atendimento próximo ao local; 12) Organização ineficiente de horários para consulta com especialistas. 13) Condições físicas inadequadas para atendimento em algumas subunidades; 14) Não possui creche no distrito; 15) Altos índices de etilismo na população adstrita (MENDES, 2020).

Conclui-se, portanto, com a análise desse quadro, que as políticas de promoção à saúde da população negra existem, mas ainda não foram efetivadas

como se deve. Em um estudo realizado por Dandara Batista Correia (2014), demonstrou-se que as conquistas sociais, a partir da democratização dos direitos, não foram acompanhadas por uma reforma econômica e cultural, possibilitando novas reações do Capital, alavancada por um projeto neoliberal que passou a expressar os interesses de uma burguesia cada vez mais forte.

Esse quadro se agravou, como apresentou Santos et al. (2020), sobre os impactos da pandemia nacional e mundial do coronavírus (Sars-Cov 2), que é o destaque mais recente sobre risco de acometimento à saúde e se relaciona diretamente com a qualidade de saúde das comunidades quilombolas.

Neste mesmo cenário, o Comitê Técnico de Saúde da População Negra sofre os efeitos deletérios com pouca força política de atuação; há a presença de retrocessos nas discussões raciais em detrimento da aprovação de uma versão do Estatuto da Igualdade Racial com muitos vetos, inclusive os que se referem à saúde; além de uma perda significativa de lideranças do movimento negro na composição dos quadros de gestão.

Considerações Finais

Fonseca (2009) diz que a criação de órgãos governamentais não dá conta da realidade social a ser transformada. Eles somente cumprem com a função social de demonstrar que medidas estão sendo tomadas, o que não significa que tenham condições políticas de diminuir a vulnerabilidade de negros nos últimos quinhentos anos. Além disso, as ações tomadas não são tidas como ações do Estado, mas políticas de governo, não possuindo a continuidade esperada. Dessa forma, conclui que

A constituição de políticas públicas no Brasil não é uma prerrogativa somente da consciência e da vontade política de uns e outros. Ela depende da disposição do Estado e dos governos de se responsabilizar pelo povo, elegendo prioridades estratégicas. Aqui, a responsabilidade dos governantes, a eleição e seleção das prioridades foram constituídas sem que os negros e indígenas pudessem colocar na agenda e no orçamento federal de modo adequado e contendo as suas necessidades, pois sempre estiveram afastados do poder decisório (FONSECA, 2009, p. 103).

Como apontado no decorrer do artigo, o movimento negro conseguiu alavancar grandes conquistas com relação à movimentação política para

garantia de direitos no que tange a saúde da população negra. No entanto, as medidas instituídas ainda são frágeis, não houve uma implantação efetiva de tais legislações. Ainda há de se trabalhar qual será o modo que deverá atingir as unidades de saúde e as próprias comunidades. Assim como o combate do racismo institucional e a capacitação dos servidores, dos diversos profissionais envolvidos, dos gestores e da sociedade civil ainda deixa a desejar deixando espaço para que o imaginário social conduza o racismo institucional.

Referências

ARRUTI, José Maurício. **Antropologia Social**. In: ARRUTI, José Maurício. *Mocambo: antropologia e história do processo de formação quilombola*. Bauru, SP: Edusc, 2006a, p. 51-78.

ARRUTI, José Maurício. **Ressemantizar**. In: ARRUTI, José Maurício. *Mocambo: antropologia e história do processo de formação quilombola*. Bauru, SP: Edusc, 2006b, p. 79-97.

ARRUTI, José Maurício. **Notas sobre as Iniciativas Federais em Educação e o Contexto das Políticas Públicas para Quilombos**. In: SOARES, Edimara Gonçalves e CRUZ, Cassius Marcelus (orgs.). *Educação escolar quilombola: pilões, peneiras e conhecimento escolar / Secretaria de Estado da Educação. Superintendência da Educação. – (Cadernos temáticos da diversidade) –*, Curitiba: SEED, 2010, p. 11-101.

AZEVEDO, Célia Maria Marinho de. **Onda negra, medo branco. O negro no imaginário das elites do século XIX**. 3. ed. São Paulo: Annablume, 2008.

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**. Brasília – DF, novembro de 2003. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4887.htm

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL, Sandra Assis, TRAD, Leny Alves Bomfim. **O movimento negro na construção da política nacional de saúde integral da população negra e sua relação com o estado brasileiro**. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda (orgs.). *Saúde da população negra*. 2. ed. -- Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira

de Pesquisadores Negros - (Coleção negras e negros: pesquisas e debates /coordenação Tânia Mara Pedroso Müller), 2012, p. 66 - 91.

COIMBRA Jr., Carlos Everaldo Alves; SANTOS, Ricardo Ventura. **Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000.

CONCEIÇÃO, Maria Cristina da.; RISCADO, Jorge Luís Souza; VILELA, Rosana Quintella Brandão. **Relações étnico-raciais na perspectiva da saúde da população negra no curso de medicina: análise curricular.** *Revista Brasileira de Ensino Superior*, Passo Fundo, v. 4, n. 3, p. 34-56, julho-setembro, 2018.

CORREIA, Dandara Batista. **Racismo institucional: um desafio na atenção à saúde da população negra com doença falciforme em João Pessoa/PB.** 2014. 102 f. Dissertação (Mestrado em Serviço social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Serviço social. Natal, RN, 2014.

FONSECA, Dagoberto José. **Políticas Públicas e Ações Afirmativas.** *Consciência em Debate*, Selo Negro, São Paulo, 2009.

FRANCHI, Eliane Patrícia Lino Pereira; TERRA Maria Fernanda; NASCIMENTO-ROCHA Josefa Moreira; MARQUEZAN Rogério Ferreira; ODORIZZI Valdir Francisco. **A Formação de Profissionais de Saúde no Cuidado às Comunidades Quilombolas: um relato de experiência.** *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, vol. 13, n. 40, p.1-11, 2018.

FREITAS Daniel Antunes. CABALLERO Antônio Diaz; MARQUES Amaro Sérgio; HERNÁNDEZ, Clara Inés Vergara; ANTUNES, Stéffany Lara Nunes Oliveira. **Saúde e Comunidades Quilombolas: uma revisão da literatura.** *Rev. CEFAC*, v. 13, n. 5, p. 937-943, set-out, 2011.

GOMES, Karine Oliveira; REIS, Edna Afonso; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal. **Utilização de Serviços de Saúde por População Quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1829-1842, set, 2013.

GOMES, Nilma Lino. **Alguns termos e conceitos presentes no debate sobre relações raciais no Brasil: uma breve discussão.** In: BRASIL. *Educação anti-racista: caminhos abertos pela Lei Federal nº 10.639/03.* Coleção para todos. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, Brasília: Ministério da Educação, 2005, p. 39-62.

GUIMARÃES, Marco Antônio Chagas; PODKAMENI, Ângela Baraf. **Racismo: um mal-estar psíquico.** In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda (orgs.). *Saúde da população negra.* --2. ed. -- Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros - (Coleção negras e negros: pesquisas e debates /coordenação Tânia Mara Pedroso Müller), 2012, p. 225 -238.

JACCOUD, Luciana. **O combate ao racismo e à desigualdade: o desafio das políticas públicas de promoção da igualdade racial.** In: THEODORO, Mário (org.). *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil 120 anos após a abolição.* Brasília: Ipea, 2008, p. 131-166.

MAIO, Marcos Chor. **Raça, Doença e Saúde Pública no Brasil: um debate sobre o pensamento higienista do século XIX.** In: MONTEIRO, Simone; SANSONE, Lívio (orgs.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, p. 15-44. <https://books.scielo.org/id/dcc7q/02>

MENDES, Raymara Alves da Silva. **Projeto de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento de doenças crônicas não transmissíveis da Estratégia Saúde da Família da unidade básica São João da Chapada município de Diamantina Minas Gerais.** 2020. 28f. Monografia (Especialização em gestão do cuidado em saúde da família). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte: UFMG, 2020. <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/49271>

MUNANGA, Kabengele. **Negritude Afro-Brasileira: Perspectivas e Dificuldades.** *Revista de Antropologia*, Universidade de São Paulo. v. 33, p. 109-117, São Paulo, dezembro, 1990.

NASCIMENTO, Beatriz. **Afrodíaspóra.** *Revista do Mundo Negro.* IPEAFRO, PUC, números 6 e 7, abril/dezembro, Rio de Janeiro, p. 41-50, 1985.

PIOVESAN, Flávia. **Ações Afirmativas da Perspectiva dos Direitos Humanos.** *Cadernos de Pesquisa*, v. 35, n. 124, p. 43-55, jan./abr. 2005.

RIBEIRO, Denize de Almeida, **Ubuntu: o direito humano e a saúde da população negra.** In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda (orgs.). *Saúde da população negra.* 2. ed. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros - (Coleção negras e negros: pesquisas e debates /coordenação Tânia Mara Pedroso Müller), 2012, p. 123-145.

SANTOS, Márcia Pereira Alves dos; NERY, Joilda Silva; GOES, Emanuelle Freitas; SILVA, Alexandre da; SANTOS, Andréia Beatriz Silva dos; BATISTA, Luís Eduardo; ARAÚJO, Edna Maria de. **População negra e COVID-19: reflexões sobre racismo e saúde.** *Estudos Avançados*, p. 34 – 99, 2020.

SCHIMIDT, João Pedro. **Para Estudar Políticas Públicas: aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas.** *Revista do Direito.* Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 56, p. 119-149, set/dez. 2018.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura.** *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, p. 20-45, jul/dez 2006.

STRAUSS, Leo. **“O que é a Filosofia Política?”.** *Leviathan* (São Paulo), [S. l.], n. 2, p. 1-27, 2011.

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