



Anais do XIV Colóquio Internacional "Educação e Contemporaneidade"

24 a 25 de setembro de 2020



Volume XIV, n. 18, set. 2020
ISSN: 1982-3657 | Prefixo DOI: 10.29380

EIXO 18 - METODOLOGIA DE PESQUISA E ÁREAS AFINS.

Editores responsáveis: **Veleida Anahi da Silva - Bernard Charlot**

DOI: <http://dx.doi.org/10.29380/2020.14.18.04>

Recebido em: **28/07/2020**

Aprovado em: **28/07/2020**

AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO TERRITÓRIO
QUILOMBOLA-KALUNGA/GOIÁS -BRASIL

FATIMA GONÇALVES MESSIAS TAKAHASHI

[HTTPS://ORCID.ORG/0000-0002-7758-8370](https://orcid.org/0000-0002-7758-8370)

RESUMO: A proposta desta pesquisa é relacionar o que acontece na realidade diária dos cidadãos Quilombola-Kalunga em relação aos cuidados de saúde, e relatar suas experiências com as políticas de saúde pública. As comunidades pertencentes aos territórios Quilombola-Kalunga, localizados nas cidades de Monte Alegre de Goiás, Cavalcante e Teresina de Goiás, Estado de Goiás, Brasil, estão reconhecidas como Patrimônio Cultural da Humanidade do grupo étnico negro. A investigação ocorreu através de entrevistas pessoais realizadas com cidadãos dessas comunidades, selecionados aleatoriamente, líderes políticos e funcionários públicos, para cobrir uma diversidade considerável de opiniões sobre o assunto; foram efetuadas mais de 100 entrevistas. Os resultados sugerem que, dentro dessas comunidades as políticas sociais e econômicas relacionadas à saúde seriam insuficientes: embora tenha havido melhorias nas políticas públicas, ainda estão muito longe de garantir e encontrar condições ideais na área da saúde. Espera-se que este documento seja um ponto de partida para futuros pesquisadores que estejam interessados em questões relativas à promoção do bem-estar e a qualidade da vida humana dos cidadãos dos Territórios Quilombola-Kalunga.

INTRODUÇÃO

As comunidades Quilombola-Kalunga do Estado de Goiás, foco deste estudo, estão situadas a aproximadamente 350 km de Brasília, DF. Sendo denominadas como “Território Kalunga”, pela Lei nº 11.409 de 21 de janeiro de 1991, estende-se pela zona rural dos municípios de Monte Alegre de Goiás, Cavalcante e Teresina de Goiás, no Estado de Goiás, região da Chapada dos Veadeiros, território este caracterizado como Patrimônio Cultural da Humanidade.

O trabalho aborda “As políticas públicas em saúde no território Quilombola-Kalunga de Goiás, Brasil”, fazendo um estudo exploratório. É uma pesquisa etnográfica quantiquantitativa busca, através destes estudos, o instrumental teórico-metodológico e etnográfico para a execução da Pesquisa Social (Qualitativa) na área das Políticas Públicas em Saúde.

Em primeira análise, será dada aos cidadãos (ãs) afrodescendentes a oportunidade de expressarem-se abertamente para responder as perguntas: Como a gestão organizacional da secretaria de Saúde oferece esses serviços? Por qual governo estão sendo ofertados e por qual programa estão sendo efetivados: esferas Federal, Estadual ou Municipal? Se foi negada a chegada da assistência à saúde as comunidades afrodescendentes, o porquê da não disponibilidade?

O instrumento metodológico/etnográfico aqui utilizado, ferramenta de aproximação do objeto de estudo, a natureza humana, conceituado como etnografia, que é o estudo descritivo da cultura dos povos, sua língua, raça, religião, hábitos, etc. Ao conhecer o modo de vida da comunidade afrodescendente Quilombola-Kalunga entende-se que não basta apenas a legalização das terras tombadas, faz-se necessário oferecer condições e qualidade de vida aos cidadãos que ali residem, pois seus direitos, como o de todos os brasileiros estão registrados e efetivados na Constituição Federativa do Brasil, de 05 de Outubro de 1988, no Título II, Dos Direitos Fundamentais – Capítulo I, Dos Direitos Individuais e Coletivos, Art. 5º, em que, segundo a lei, todos são iguais e não deve haver tratamento diferenciado para nenhum brasileiro como também aos estrangeiros que aqui moram..

Segundo a lei máxima do país, na Seção II da Saúde, Art. 196, é uma obrigação do governo garantir saúde a todos os brasileiros, pergunta-se então: Essa igualdade de direitos, instituída e afirmada, chega a todos os cidadãos (ãs) brasileiros? Será que os moradores da comunidade Quilombola-Kalunga recebem diariamente estes direitos estabelecidos por lei?

As ações e os serviços de saúde pública brasileiro estão concentrados no Sistema Único de Saúde (SUS) que é constituído por uma cadeia regionalizada e hierarquizada. Mas esse sistema avalia e tem controle do atendimento integral direcionado a toda a população, sem distinção quanto a fatores geográfico, cultural, étnico? Os recursos da União, dos Estados e dos Municípios têm feito esta cobertura à comunidade Quilombola-Kalunga? Os cidadãos (ãs) da comunidade Quilombola-Kalunga têm reivindicado ou participado desta estruturação dos direitos em saúde pública? O Estado tem cumprido com suas obrigações, conforme a legislação brasileira, em dar subsídios em saúde a esta comunidade?

A lei regulamentadora dessas políticas públicas é a Lei Orgânica da Saúde, Lei de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. A partir dela entende-se, portanto, que todos os cidadãos (ãs) brasileiros (as) estariam amparados legalmente quanto ao acesso aos serviços de saúde, mas volta-se à pergunta: Será que os moradores das comunidades Quilombola-Kalunga estão mesmo amparados por essa lei? Se não, quais as razões que impedem esse acesso? Quando se pensa em igualdade para a cidadania surgem mais perguntas: Será que o direito às políticas públicas em saúde como direito à igualdade jurídica dos cidadãos (ãs), chega a esta comunidade independente da cultura, cor, credo ou raça? Como tem ocorrido, nessa comunidade, esta demanda de saúde pública em relação ao *status* de cidadania igualitária dos direitos sociais, das coberturas ou intervenções das desigualdades do

sistema capitalista do século XXI?

1 METODOLOGIA

A metodologia usada nesta pesquisa é a etnográfica/qualitativa, que proporcionará a base central para a edificação das diversas informações coletadas a serem comparadas sistematicamente ao problema “Políticas Públicas em Saúde do Território Quilombola-Kalunga”. Para tanto, utiliza-se aqui o processo contínuo de reflexão, desenvolvido em todas as etapas da estrutura investigativa da pesquisa de campo no cotidiano desses afrodescendentes.

O emprego do método etnográfico/qualitativo ocorrerá através dos contatos dialógicos e gestos humanitários, de forma interativa e de fácil interpretação para que os participantes da pesquisa sintam-se à vontade para expor suas interpretações reais com foco nas Políticas Públicas em Saúde. Tendo como ponto de partida fazer um levantamento-investigação crítico das várias correntes de significações e modalidades das ciências sociais, conforme Knorr (2005).

Este desenvolvimento etnográfico permite, com segurança, historiar e catalogar o desenvolvimento da investigação, relacionando, interligando, interpretando e instituindo as estruturas das partes para o todo. Como elucida Miguélez (1996): “O processo de análise deve ser complementado de forma contínua e sistemática com o processo de síntese e interpretação, aplicando a técnica do círculo hermenêutico de que Dilthey fala.”

Clifford Geertz (1926-2006) fundamenta-se na retórica para compreender os fenômenos sociais através da pesquisa de campo confrontando e observando elementos concretos, empíricos. Assim, será desvelado como os cidadãos (ãs) Quilombola-Kalunga relacionam-se entre si e com seus valores culturais, uma vez que “O homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu” (GEERTZ, 1978, p. 15), afirma o autor. A partir da descoberta interpretativa no campo individual e coletivo direcionada aos membros da comunidade será também mediada a pesquisa com foco na metodologia dialética e suas práxis.

A investigação será sustentada epistemológica e metodologicamente nas ideias expostas pelos entrevistados fazendo uso de flexibilidade e amplitude, que é uma orientação naturalista e fenomenológica, com o maior número de amostras de informações possíveis para se ter uma análise de qualidade, a fim de perceber a real necessidade das três comunidades. Iniciada hierarquicamente, oportunizando a fala dos cidadãos (ãs) das três comunidades Quilombola-Kalunga, assim como a algumas pessoas de fora, que fazem parte do processo social e da temática “Políticas Públicas em Saúde”, a pesquisa se dará a partir da leitura do Termo Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE e, assinado posteriormente, após aprovação do entrevistado (a): caso o cidadão seja analfabeto será inserido o polegar direito com sua digital identitária, priorizando o sigilo e o anonimato e zelando pela privacidade dos entrevistados/informantes e confidencialidade das entrevistas. Respeitando as normas éticas expressas pelo Conselho de Ética que rege esse estudo, as gravações ficarão armazenadas na nuvem (*Google Drive*), protegidas por senha, pelo prazo de 5 anos, quando serão deletadas definitivamente.

2 O TERRITÓRIO QUILOMBOLA-KALUNGA

O vocábulo quilombo é originário dos povos de língua *bantu*: *kilombo* foi aportuguesada e virou Quilombo. De acordo com Munanga (1996, p.58): “Sua presença e seu significado no Brasil têm a ver com alguns ramos desses povos bantu, cujos membros foram trazidos e escravizados nesta terra”. Os quilombos nos remetem a vários tempos e espaços históricos, em primeiro lugar, à África do século XVI, depois aos escravos fugidos dos trabalhos forçados no Brasil e atualmente aos afrodescendentes que vivem em comunidades, algumas isoladas, mantendo práticas centenária trazidas pelos seus ancestrais. (TAKAHASHI, 2013).

As comunidades quilombolas contemporâneas, segundo Moura (1996), recebem várias denominações, além de terras de pretos, também mocambos e comunidades negras rurais. Em um processo de mobilização, todas estas nomenclaturas convergiram para o termo quilombo ou comunidade quilombola. Como decorrência desse processo de ressemantização para o Estado brasileiro, o antigo quilombo foi metaforizado para a categoria “remanescente de quilombo”, fortalecendo a ideia de grupo e não de indivíduo, ideia esta que é fundamental para ganhar funções políticas no presente, por meio de uma construção jurídica que permite pensar o futuro (ARRUTI, 2003).

Os descendentes de escravos que organizaram um quilombo na Chapada dos Veadeiros, Nordeste Goiano foram reconhecidos oficialmente “em 1991 pelo governo do Estado de Goiás como Sítio Histórico que abriga o Patrimônio Cultural Kalunga, parte essencial do patrimônio histórico e cultural brasileiro”, (BRASIL, 2001, p. 14). De acordo com Jesus (2007 apud TAKAHASHI, 2013) a comunidade Quilombola-Kalunga fica encravada nas encostas das montanhas do cerrado, possuindo cerca de 237.000 hectares, situada entre os municípios de Cavalcante, Teresina e Monte Alegre de Goiás, o Território Kalunga é dividido em cinco núcleos, abrigando cerca de cinquenta grupos de base familiar: Vão de Almas, Vão do Moleque, Ribeirão dos Bois, Contendas e Kalunga.

Os núcleos onde residem permanecem praticamente isolados e carentes em, quase, todas as áreas (infraestrutura básica, assistência social, etc.), sendo grande as dificuldades de acesso à saúde, saneamento básico e à educação de qualidade. Atualmente recebe alguns benefícios das políticas públicas das áreas municipal, estadual e federal, porém ainda insuficientes para suprir as suas necessidades básicas em saúde e educação do povo Kalunga, afirma Takahashi (2013).

Essas comunidades têm respaldo legal na Constituição Federal, Convenção nº 169, OIT (Dec. nº 5051/2004), Lei nº 12.288/2010, o Decreto nº 4.887/2003, o Decreto nº 6.040/2007, o Decreto nº 6.261/2007, a Portaria Fundação Cultural Palmares nº 98/2007 e a Instrução Normativa INCRA nº 57/2009, portanto, deveriam encontrar apoio para suprir suas necessidades em saúde.

Sendo a saúde um direito que deveria ser concedido a todos os brasileiros, sem exceção, surgiram vários questionamentos no decorrer das pesquisas, resumidos em duas questões: Por que o direito à saúde não tem chegado ao território Kalunga? Será que o direito à saúde não alcança esses afrodescendentes devido à distância geográfica, ou simplesmente por causa da cor da pele dessas pessoas?

2.1 Direitos Humanos e Desenvolvimento Humano

A partir da criação da Declaração Universal dos Direitos Humanos – DUDH – em 1948 – e após a Conferência de Viena de 1993, os direitos humanos passaram a ser vistos como universais e estabelecer uma relação entre o processo de construção histórica do que hoje se determina como direitos humanos não é uma empreitada fácil, pois o que se lê, muitas vezes, não condiz com o que valseia a realidade sociocultural vivenciada por muitos cidadãos (ãs) brasileiros.

O art. 22 da Declaração Universal dos Direitos Humanos afirma que “Todo ser humano, como membro da sociedade, tem direito à segurança social...”, precisando também ter acesso aos “direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento da sua personalidade”. (DUDH, 1948, art. 22). A cidadã Quilombola-Kalunga, Araçá, afirma: “Quando eu era pequena tinha muita vontade de escrevê, pegava um pedaço de pau que soltava tinta e riscava papel” (TAKAHASHI, 2013, p. 200). Constata-se, a partir dessa fala, o distanciamento entre direito constituído, conhecimento sistematizado, informação e cultura, reforçando a criação de comportamentos sociais contrários, estabelecendo uma desordem na ordem de direitos humanos estabelecidos pela lei.

As pessoas que dominam a política elaboram projetos e ações conforme a sua visão hegemônica, esquecendo de contextualizar com as necessidades culturais dos cidadãos que residem nas comunidades remanescentes de quilombo, portanto, faz-se necessário uma releitura nos “Direitos Humanos Universais”, percebendo e reconceitualizando fatores importantes pois, “Enquanto forem concebidos como direitos humanos universais, os direitos humanos tenderão a operar como localismo globalizado e, portanto, como uma forma de globalização hegemônica”. E para mudar essa forma de pensar “como globalização contra hegemônica, os direitos humanos têm de ser reconceitualizados como multiculturais”. (SANTOS, 2003, p. 438).

Na luta pela construção da democracia de direito humano para a equidade, reconhecendo os cidadãos da Comunidade Quilombola-Kalunga autores de suas próprias histórias e valorizando o seu contexto cultural para a busca de sua identidade em seu contexto sócio/geográfico, se percebe que estes direitos humanos com ênfase na globalização hegemônica, são inexistentes. Enquanto a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), Artigo 25, parágrafo 1 afirma que saúde e bem-estar é um direito de todo ser humano, verifica-se que a “homogeneização” apresentada na lei como “universais” não condiz com a realidade deste povo que sofre com o preconceito racial, advindo não somente pela cor da pele do negro ou pelo seu vestuário, mas também pelo poder econômico massificador que assola os valores humanos em um mundo capitalista.

Tinguizal, membro de uma das comunidades relata: “Todo mundo vem cá e promete e depois vá embora. [...] não sei escrevê, fazê, eu não sei fazê, tenho a mão dura... Não dou conta não. [...] eu nunca estudei, eu não fui na escola. Eu não tenho tempo” (TAKAHASHI, 2013, p. 201). Esta falta de conhecimento nos permite identificar a necessidade de fazer uma intervenção com o intuito de levar as informações de seus direitos que são estabelecidos por lei. Amburana, outra moradora da comunidade também acrescenta: “Vou estudar quando? Depois de pequena, é difícil aprende”. Ao nos depararmos com essas desigualdades socioculturais existentes entre os moradores das comunidades quilombolas e a população em geral, o conceito de “universalidade” deixa subentendido que não poderá existir nenhum tipo de discriminação, independente da classe social, econômica, religião, etnia, entre outras, não podendo ninguém se consolidar superior aos demais.

Laraia (2001) considera que as diferenças existentes entre os homens não podem ser explicadas através das limitações que lhes são impostas pelo seu aparato biológico ou pelo meio ambiente em que vivem: a grande qualidade da espécie humana foi romper com suas próprias limitações, independente de outros fatores e corresponder ao aprendizado dependendo da situação conveniente.

Há 30 anos o Nordeste Goiano não tinha asfalto, estrutura educacional (professores graduados), saúde, entre outras políticas públicas que permite aos cidadãos (ãs) viver com dignidade, mas atualmente isso tem mudado. Não da forma exigida no contexto dos Direitos Humanos, mas de forma lenta e descompassada, sempre esbarrando ou entavando-se em nome de uma cultura diferenciada e da geografia inóspita. consideravelmente. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pode-se notar um crescimento significativo em comparação com o passado na estrutura dessa região.

Desde o ano de 1993, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) vem sendo usado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) como avaliador do desenvolvimento humano dos municípios brasileiros. Segundo a elaboração dos rankings feita a partir do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, em 2013 e divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNDU); o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e a Fundação João Pinheiro (FJP), o IDH Municipal de Longevidade varia de 0 a 1 considerando indicadores de saúde. Quanto mais próximo de 0 (zero), pior é o desenvolvimento humano do município e quanto mais próximo de 1 (um), mais alto é o desenvolvimento do município. Os municípios do Nordeste Goiano, no ranking do IFDM consolidado estão entre os piores no Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal, sendo que as cidades de Cavalcante, Monte Alegre de Goiás e Teresina de Goiás, de acordo com o Firjan, estão na posição de desenvolvimento regular, ocupando respectivamente as

seguintes posições no ranking estadual: 224º, 237º e 232º.

3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO BRASIL

As políticas públicas de saúde no Brasil têm sofrido modificações ao longo dos anos, e tais mudanças, historicamente, ocorreram, para adequarem-se aos contextos políticos, econômicos e sociais do país. Conforme Paim e Teixeira (2006) políticas públicas de saúde são diretrizes, princípios norteadores de ação do Poder Público, regras e procedimentos para as relações entre Poder Público e sociedade: é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade.

3.1 Políticas públicas em saúde no Brasil de 1500 a 2012

A história da saúde pública no Brasil é marcada por sucessivas reorganizações administrativas e edições de muitas normas. Desde a Colônia até a década de 1930, as ações eram desenvolvidas sem significativa organização institucional, iniciando-se a partir dessa época uma série de transformações, criando e extinguindo órgãos de prevenção e controle de doenças (BRASIL, 2004).

No modelo de exploração instaurado por Portugal em solo brasileiro, a saúde pública, definitivamente, nunca foi uma preocupação, sendo que a história da formação cultural e econômica do Brasil é marcada pela quase inexistência de políticas públicas. A seguir quadro com uma breve história das Políticas de Saúde no Brasil:

Quadro 01 – Histórico das Políticas de Saúde no Brasil

3.1 Sistema Único de Saúde Brasileiro – SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado através das lutas de homens e mulheres que lutaram por uma democracia nunca antes vista pelos brasileiros, é amparado pela Constituição Federativa do Brasil de 1988. A Seção I da CFB/1988, artigos 196 a 198 ressalta que a “saúde é direito de todos e dever do Estado” e sua efetivação deve acontecer “mediante políticas sociais e econômicas” que tenha como objetivo reduzir o “risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. É dever do “poder público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle”, podendo ser executada “diretamente ou através de terceiros”, tanto “por pessoa física ou jurídica de direito privado”. O Art. 198 complementa que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, tendo como diretrizes: “I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade” (BRASIL, CF/1988, art. 196-198).

Para que esse sistema de saúde funcione adequadamente o financiamento deverá ser feito com “os recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”, nos termos do art. 195, parágrafo único modificado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 13.09.2000, assim como para a garantia dos serviços do sistema único de saúde “A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais”.

Algumas leis encarregadas de regulamentar esses serviços e ações: parágrafo 4º do art. 198 da CF/1988, descreve sobre a contratação de agentes comunitários de saúde e agentes de combate às

endemias por parte da gestão local; o parágrafo 5º especifica quanto ao salário desses agentes; o artigo 199 da CF/1988, § 1º versa sobre a assistência à saúde que é livre à iniciativa privada; a respeito da seguridade social, ações “destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência Social”, consta no artigo 194.

Anterior a esta estruturação da CF/1988, o sistema de saúde oferecia assistência aos trabalhadores ligados à Previdência Social, sendo a outra parte da população brasileira assistida através dos órgãos filantrópicos. Com a fundamentação na CF/1988 foi gerado, organizado e instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores e melhores sistemas públicos de saúde do mundo, tendo como alicerce o acesso Integral, Universal e Gratuito, para todos os brasileiros, independente de raça, credo ou classe social. Porém, toda instituição de grande porte tem seus problemas e desafios em sua administração, cabendo ao Governo e a sociedade civil buscar estratégias para solução dos desafios, soluções estas, que deverão ser identificadas e sanadas para garantir um bom atendimento a toda população brasileira.

O atendimento oferecido pelo SUS vai do atendimento básico à saúde, campanhas de vacinação, intervenções de prevenção de vigilância sanitária, controle e registro da assistência farmacêutica, até cirurgias de implante de próteses ou transplantes de órgãos entre outro. A promoção à Saúde e a qualidade de vida dos cidadãos (ãs) devem estar sempre associadas com foco na superação das desigualdades, ainda existentes no país e combatidas através da ação do Poder Público, para a consolidação da justiça necessária a construção de uma sociedade mais democrática. Sendo esta uma das diretrizes do Serviço Único da Saúde-SUS, espera-se que toda a população participe e tenha acesso ao bem maior que é a saúde, independentemente de classe social, credo ou raça e com foco na qualidade de vida do cidadão.

A Constituição Federativa e a Lei Orgânica da Saúde ativam debates fervorosos acerca do conceito de Saúde, que não se limita a ausência de doenças e sim a promoção da qualidade de vida, incluindo políticas públicas direcionadas ao combate das desigualdades regionais, culturais. A busca por mudança qualitativa deve ser exigida pela sociedade, participando e fiscalizando gestões e serviços direcionados a saúde da população, contando sempre com a solidariedade e a participação efetiva do tripé, União, Estados e Municípios, interligando e respeitando a hierarquização do processo administrativo de cada região e suas particularidades.

Esse processo de descentralização da gestão pública do sistema de saúde no Brasil, devido a extensão geográfica e cultural, amplia as perspectivas que devem ser adotadas de forma responsável e solidária com o objetivo maior de resolutividade.

3.2 A saúde da população negra

A saúde da população negra é um dos objetivos do Serviço Único de Saúde (SUS), com o enfoque central na inclusão e na redução da vulnerabilidade que são vivenciadas pelos afrodescendentes e os Indicadores Sociais de 2002, publicados pelo IBGE (2001), confirmam a desigualdade brasileira. Frente a estes dados o Ministério da Saúde, em 2004, firmou com a “Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, Conass, Conasems e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), entre outras medidas, a inclusão de práticas de promoção e de educação em Saúde da população negra nas rotinas de atenção à Saúde, garantindo acessibilidade em todos os níveis do SUS”. (BRASIL, 2005, p. 218).

Esse ministério disponibiliza também o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, que tem como propósito a Saúde da população negra através de um planejamento estratégico e avaliação das diretrizes e objetivos específicos determinados no Plano Nacional de Saúde (PNS). Para efetivar um trabalho de qualidade faz-se necessário um diagnóstico situacional desta comunidade, sendo que a estrutura de saúde o município pode oferecer como a atenção à saúde com cobertura no sistema sanitário e também o quadro funcional de profissionais para a execução deste trabalho que será

conduzido para um critério viável de prestação de serviço de qualidade. As Secretarias Municipais de Saúde precisam agir a partir dos princípios da Universalidade e Equidade do SUS, conscientizando para a superação da discriminação e preconceito nas unidades de atendimento, unificando o direito do cidadão em sua gestão.

O Ministério da Saúde propõe uma estratégia de ação, com sete itens, que poderão ser seguidos conforme o critério de realidade de cada Município (BRASIL, 2005): introdução do quesito cor (critérios do IBGE) em todos os sistemas de informação; capacitação e educação permanente de recursos humanos para o recorte étnico/racial na saúde, pactuando a inclusão dos temas da Saúde da população negra e do impacto do racismo na produção e manutenção das desigualdades sociais nos cursos técnicos da área da Saúde; implementar o recorte étnico/racial em todos os programas, projetos, ações e atividades de atenção à Saúde; incentivar a criação de câmaras ou comitês técnicos de Saúde da população negra no Conselho Municipal de Saúde, assim como a representação dos movimentos sociais da população negra em comitês e comissões de morte materna, morte infantil, morte por causas violentas; propiciar a diversidade racial nos cargos de direção e assessoramento dos serviços de Saúde; utilizar o incentivo financeiro, conforme Portaria nº 1.434, de 14 de julho de 2004, para fixação de profissionais em áreas com comunidades quilombolas; enquadramento do município na Portaria nº 106, de 04 de março de 2004, relativa a financiamento de projetos de saneamento em municípios com população menor que 30 mil habitantes, comunidades remanescentes de quilombos, assentamentos e reservas extrativistas.

A partir dessas ações entende-se a necessidade de buscar promover saúde integral a população negra com o objetivo de reduzir as desigualdades étnico-raciais e fomentar as possibilidades da realização de estudos e pesquisas sobre este tema, tão substancial para a vida.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta pesquisa quantiquantitativa buscou desvelar a existência ou não das Políticas Públicas em Saúde nas comunidades de remanescentes de escravos, procurando ouvir o relato dos cidadãos e valendo-se da coleta e análise das entrevistas para constatar se essas ações chegam ao Território Kalunga.

A Constituição Federativa do Brasil de 1988 legaliza o direito à saúde de toda a população brasileira, direcionando ao Estado o comprometimento de prestar assistência integral à saúde. Esse direito está nas mãos da União, Estado e Município, que se conectam em um contexto administrativo, trabalhando para solucionar e efetivar essas ações para que cheguem a população brasileira. O secretário/gestor mantém a competência da gestão única do Município, desde agosto de 1989 como define a lei.

Conforme Inojosa (1990, p.37): “Uma das preocupações do nível central do SUDS/GO, como preâmbulo da municipalização, foi estimular o poder municipal a criar e fortalecer um setor exclusivo para cuidar da assistência à saúde (secretaria ou superintendência ou departamento ou divisão, etc.)”. A União e o Estado não podem ficar de fora deste contexto, aguardando as ações, é preciso estar consciente do que ocorre nos Municípios, principalmente quando neste existe comunidades tradicionais, que requerem mais empenho, eficiência e verbas específicas para a gestão Municipal. A descentralização foi um caminho aberto a redemocratização e a autonomia da reforma tributária e a gestão municipal, fazendo-se necessário um trabalho contínuo e em equipe entre as organizações para que se efetive, verdadeiramente a saúde para todos os cidadãos.

Para que ocorra a eficiência administrativa é necessário ter uma visão, conhecimento real/ideal, sobre essa demanda e almejar estas ações em saúde pública. Será através da superestrutura que virá esse traçar metas de pequeno, médio e grande porte através dos prazos traçados e transcritos pelo tripé/grupo, hierárquico/organizacional, uma vez que a Comunidade tradicional Quilombola-Kalunga ainda não tem as suas representações. Há os representantes através do legislativo, porém, eles não se

afirmam em buscar o essencial para a comunidade que representam, em decorrência da superestrutura (executivo, partido) sobre a infraestrutura (comunidade, representação) através dos seus discursos ideológicos e poder de persuasão das colaborações individuais aos eleitores e também pelo medo.

Outro fator importante para ser tratado é o conhecimento e a ação do gestor para que se possa traçar as metas administrativas. Ao traçar as metas dos quatro anos consecutivos através do Plano/Projeto, muitas vezes, a equipe de profissionais que trabalham na secretaria de saúde e estão em contato com a população direto com os remanescentes de escravos, sequer são ouvidos. Os técnicos responsáveis por essas ações estruturam e sistematizam o projeto como se fosse o real, através de índices estatísticos e mapas, desconhecendo o ideal para a sua comunidade. Demonstrando assim uma realidade inexistente, com o intuito de simplesmente formalizar e entregar o projeto, dentro do prazo, a Regional de Saúde Nordeste I e para Goiânia.

Os funcionários entrevistados ressaltam a importância de participar na construção desses projetos pois, muitas vezes, ficam sem cronograma ou uma meta a seguir e assim os trabalhos são efetivados aleatoriamente e individualmente, não tendo um consenso de prioridades para as ações. Como relata a coordenadora da Regional de Saúde:

CG36F: Temos que diminuir o risco de doenças para os cidadãos, intervindo nos agravos e atuando, principalmente na promoção e prevenção das doenças e agravos. O problema da Atenção Básica nos Municípios é que eles não estão fazendo o seu papel, se faz necessário reestruturar a Atenção Básica. Muitas das vezes, eu como coordenadora da Atenção Básica, me sinto como se estivesse sem os braços e sem as pernas, sendo que não posso fazer mais que isso, sendo que o gestor municipal é que tem toda a autonomia sobre a saúde do Município.

A Atenção Básica, cujo ideal é a prevenção que combate os riscos de doenças e agravos dos cidadãos, tem muitas dificuldades na execução e redistribuição das ações, através dos profissionais, como a Estratégia da Saúde da Família (ESF), em que os agentes comunitários de saúde, necessitam regularizar o cadastramento e o remapeamento do Território Quilombola-Kalunga para constatar o quantitativo de pessoas e inserir no sistema a realidade da saúde dos três Municípios Cavalcante, Monte Alegre de Goiás e Teresina de Goiás.

Entretanto, muitas áreas continuam sem a cobertura necessária há alguns anos, porque os gestores Municipais descumprem a lei e beneficiam outros agentes comunitários para trabalharem em duas ou mais áreas, dificultando o trabalho e tornando-o ineficiente, desvinculando o direito à saúde como afirma a lei. De acordo com o entrevistado,

APK48M: “Isso é constantemente, isso é caso de todos e todos os mês, já sentei com todos os Secretário que... assim, pra quem bem me conhece dentro da demanda, dentro da empresa, trabalhando, que eu tenho 19 anos, às vezes, a gente leva até o nome de chato, porque os outros perdeu a paciência, não fala nada e a gente é... é colocando é direito, a gente não tamo pedindo esmola, a gente não tão... tamo fazendo o máximo de que obrigação e nem assim eles não cumprem, entendeu?...”

Nessas três cidades, antes mesmo de sair a decisão nas urnas das eleições para prefeito, já se sabe quem irá fazer parte das secretarias, não necessitando, muitas vezes, ter capacidade profissional para

exercer a função/secretária, sendo sempre um jogo ideológico de interesses (ganhar as eleições) entre as partes envolvidas. Prática comum no Nordeste Goiano, prejudicando a administração que poderia ser eficiente e não política partidária, diminuindo as possibilidades de chegar aos cidadãos do Território Quilombola-Kalunga as políticas públicas em saúde.

Outra situação que ocorre nas secretarias é durante a mudança de gestão. A cada quatro anos de administração, a partir das eleições, todos os documentos das secretarias desaparecem, principalmente quando é a oposição que irá ocupar o próximo cargo. Além disso, os projetos de ação desenvolvidos pelos gestores no início de suas administrações são entregues ao órgão estadual em Goiânia, porém não tem um acompanhamento por parte do estado para que se avalie e constata se ocorreu ou não a efetivação da ação no Município. Assim os projetos são construídos de quatro em quatro anos apenas como performances burocráticas.

O departamento 'Recursos Humanos' das Secretarias Municipais são muito incertos, quase inexistentes, sendo que há funcionários no cargo de agentes de saúde sem tirar férias há 5 anos, sem nenhuma possibilidade de diálogo.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é um cadastro que deve propiciar aos gestores conhecimento efetivo da rede assistencial e existente e da capacidade instalada, sendo um eixo base no planejamento e gestão do Município, conforme a sua realidade. Tem como objetivo cadastrar todos os tipos de estabelecimento da área, sejam eles públicos, privados ou conveniados, pessoa jurídica ou física, desde que, se proponham a realizar os serviços de atenção à saúde no Brasil. Quanto ao funcionamento do CNES a coordenação da Regional de Saúde-Nordeste I orienta como deve ser estruturado e efetivado porém, em muitos municípios os gestores ainda não conseguem efetivar esta modalidade de saúde para a população, Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Para o Ministério da Saúde o CNES é a bússola de controle sobre os gastos consentindo os repasses, em consonância com a infraestrutura. Ele regulariza e controla o funcionamento das unidades, através do cadastro e do código de cada instituição, que presta serviços, sendo exigido pela Agência Nacional de Saúde (ANS). O CNES foi regulamentado pela Portaria MS/SAS 376 de 03/10/2000, publicado no Diário Oficial da União em 04/10/2000. Esse cadastro vem sendo adaptado e renovado, conforme as adequações das necessidades/realidades da demanda social de cada comunidade.

A portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, pontua a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica constituindo as diretrizes e normas para a reorganização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com unidades de atendimento direcionadas a Saúde da Família Ribeirinha e a Saúde Fluviais. Sendo que as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais deverão ser compostas, durante todo o período de atendimento à população por, tendo no mínimo um (01) médico generalista ou especialista em saúde da família, ou médico de família e comunidade, um (01) enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; um (1) Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e de Seis (06) a doze (12) Agentes Comunitários de Saúde. (Portaria de Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011).

O atendimento aos cidadãos Quilombola-Kalunga poderia seguir a mesma organização direcionada a Saúde da Família Ribeirinha e Fluviais, com as adaptações específicas a essas comunidades: aqueles que residem as margens dos rios teriam a Equipe de Saúde da Família Fluviais Território Quilombola-Kalunga (ESFFQK) e para os outros Quilombola-Kalunga seria o atendimento fixo nas comunidades. Entretanto, o que acontece a essas comunidades é a falta de todo e qualquer tipo de atendimento voltado a saúde: eles continuam à mercê da ajuda somente da natureza. Durante as visitas as comunidades foram constatadas carências de recursos para qualquer tratamento técnico-científico de saúde, sendo que os moradores continuam arraigados em sua cultura fazendo uso somente das plantas de seus quintais, produzindo as ervas medicinais para sanar os problemas de saúde e ingerindo o chá caseiro.

Ao criar um atendimento específico aos povos tradicionais remanescentes de escravos do Nordeste Goiano com Equipes de Saúde da Família Fluviais Território Quilombola-Kalunga, (ESFFQK) e as Equipes de Saúde da Família, poderia ser feita uma pactuação entre os municípios que compõem o Território Quilombola-Kalunga, pois são vizinhos, afirmando um contrato de atendimento às comunidades que residem na maior distância da sede do seu Município. Esse contrato deverá ser analisado pelos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), Comissão Intergestores Regional (CIR) e para a Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), para uma avaliação minuciosa a favor do atendimento a todos os cidadãos afrodescendentes residentes no Território Quilombola-Kalunga, propiciando acolhimento e vínculo, adotando práticas de saúde centradas no usuário, conforme Merhy (1998).

Outro acordo com grandes possibilidades de acertos seria a união das secretarias Municipais de Saúde dos três Municípios, através do governo Estadual assegurando uma interação com a Universidade Estadual de Goiás (UEG), campus Campos Belos, para construir através do tema “Educação e saúde pública para o Território Quilombola-Kalunga”. Um projeto de ensino/pesquisa/extensão, afirmando a capacidade de extensão da universidade, conhecimento para os alunos e direcionamento eficaz para os governos estadual e Municipal e mais saúde para os cidadãos das comunidades Quilombola-Kalunga, através de seus hábitos culturais. Como afirma Uchôa (1994): “Sabe-se que a forma de adoecimento de uma população está associada ao seu modo de vida e ao seu universo social, cultural e ambiental. As condições de saúde e tudo que se relaciona a ela são fenômenos culturalmente construídos e interpretados”.

Esse envolvimento cultural poderá contribuir, significativamente, com a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos quando o governo aplica ações em Educação e Saúde Pública, para que essas pessoas possam mudar hábitos, através da responsabilidade, ensinados por profissionais competentes, utilizando conteúdos diretos com adequação metodológica para o tipo específico de usuário. Com essa participação o cidadão (ã) internaliza novos saberes e disponibiliza para outros usuários da comunidade, como uma roda viva de conhecimento visando promover melhor à saúde.

Porém, a realidade sobre a efetividade atual das Equipes de Atenção Básica-ESF, dos municípios de Cavalcante, Teresina e Monte Alegre de Goiás é a seguinte: A única Unidade Básica de Saúde da família instalada na comunidade Quilombola-Kalunga é a do Engenho II, no Município de Cavalcante. As outras três unidades estão instaladas em outras regiões; em Teresina de Goiás existe duas equipes de atenção básica para a população que está em fase de mudança de desmembramento do centro de saúde portanto, ainda não vinculada ao CNES – está em fase de organização, assim como a rural também. A equipe rural é itinerante, visto que existe mais de um povoado a ser atendido; o município de Monte Alegre de Goiás não oferece nenhum tipo de atendimento dos serviços da Estratégia Saúde Família -ESF, a Comunidade Quilombola-Kalunga, exceto os trabalhos dos agentes de saúde, e as campanhas do Ministério da Saúde, entre outras subsidiadas pela Secretaria Municipal de Saúde. As comunidades, denominadas fazendas são assistidas em Saúde Pública por quatro agentes de saúde, atualmente, sendo que o primeiro agente de saúde consolidou a sua saída há 12 anos. Com a saída de dois agentes de saúde da comunidade há alguns anos, a área está sendo coberta por dois funcionários sendo, humanamente, impossível que se alcance a eficiência nos atendimentos. Isso é devido a extensão geográfica da região a percorrer, não em decorrência do quantitativo de moradores.

A não efetivação das ações de saúde nas comunidades afrodescendentes pode ser evidenciada na fala de um do gestor: AG55F “As Políticas Públicas no território Quilombola, nos municípios de Cavalcante, Teresina e Monte Alegre, vem se engatinhando com muita lentidão”.

Os Secretários de Saúde Municipal vivenciam diariamente problemas com os funcionários contratados pela Secretária de Saúde: a rotatividade dos profissionais de saúde, visto que não permanecem no trabalho muito tempo em decorrência de vários fatores, sendo um deles, o que se ouve mais reclamações, é o desconforto de morar em uma região pobre, e não receber nenhuma

ajuda de custo a mais pelo empenho e esforço. Isso vem prejudicando pontualmente a Gestão, sendo que esta rotatividade impede o profissional de conhecer a cultura e os cidadãos que ali residem.

A Comissão Intergestores Regional-CIR é uma ramificação da cogestão no espaço da Regional Nordeste-I que objetiva desenvolver um diálogo permanente de decisão entre os gestores municipais da região e o estado para firmar a rede regionalizada. Através de pactuação consensual, o significativo das regras da gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde-SUS, com o intuito de cumprir com seus objetivos: aperfeiçoar a universalidade da saúde, garantir a integralidade da assistência e obter a equidade de acesso às ações e serviços de saúde entre as diferentes regiões do Estado.

Não há registros oficiais diferenciando os eleitores da comunidade Quilombola-Kalunga e eleitores da zona urbana dos municípios onde eles habitam. Em investigação para este trabalho, constatou-se que a Zona eleitoral 105 da cidade de Monte Alegre de Goiás possui duas sessões localizadas na comunidade Quilombola-Kalunga, as seções 57 e 67, para eleitores que votam na Escola Kalunga II. Mesmo assim, o diretor do Tribunal Regional Eleitoral-Campos Belos informou que este total de eleitores encontrados nas seções citadas, não deve, entretanto, limitar o número de eleitores Kalunga, pois muitos cidadãos da comunidade Kalunga optam por votarem nas seções da cidade.

Mesmo encontrando dados semelhantes para os outros dois municípios, alguns dados das eleições municipais de 2016 para a cidade de Monte Alegre de Goiás foram elucidados e revelam um panorama sobre a participação do povo quilombola na política local: Total de eleitores na Comunidade Quilombola-Kalunga: 476; Total de comparecimento na Comunidade Quilombola-Kalunga: 434 (91,18%). O município teve 58 candidatos a vereadores e 2 candidatos a Prefeito (com seus dois respectivos vice-prefeitos): desses 62 candidatos, 24 (38,7%) tinham o ensino médio completo, 14 (22,6%) o Ensino fundamental incompleto, 9 (14,5%) o ensino superior, 8 (12,9%) o ensino fundamental completo e 6 (9,7%) o Ensino Médio incompleto. 16 candidatos se autodeclararam pretos (25,8%), 6 se declararam brancos (9,7%) e a maioria deles, 40 candidatos se declararam pardos (64,5%).

Outros dados encontrados foram: quatro dos candidatos a vereadores eram da Comunidade Quilombola-Kalunga e desses, Severino foi eleito com 168 votos (recebendo 61 votos na seção 57 de 252 e 59 votos na seção 67); 28,2% dos eleitores da Comunidade Kalunga que votam na seção 57, que equivale a 71 eleitores, não votaram em candidatos da Comunidade Kalunga; 23,1% dos eleitores da Comunidade Kalunga que votam na seção 67, que equivale a 42 eleitores, não votaram em candidatos da Comunidade Kalunga.

Analisando essas informações pode-se inferir que a população da Comunidade Quilombola-Kalunga votando exclusivamente em candidatos da comunidade Quilombola-Kalunga seria possível eleger três vereadores ao invés de um; os votos dados aos vereadores Batista, Tico e Boto (não eleitos) se concentrados em um único candidato, este poderia ter sido eleito com 263 votos (ocupando a posição de 3º vereador mais votado da cidade).

O índice que analisa o desenvolvimento de um município quanto a qualidade de vida de seus cidadãos é o Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM), criado para acompanhar o desenvolvimento humano, econômico e social dos municípios do Brasil, com base exclusivamente em estatísticas oficiais. O IFDM leva em os seguintes indicadores: emprego e renda como um único indicador e educação e saúde como indicadores separados, cada qual com um conjunto respectivo de variáveis. Devido às suas características, a ferramenta tem servido como uma fotografia de políticas públicas e como fonte para "estudos nacionais e internacionais a respeito do desenvolvimento brasileiro. O IFDM é semelhante ao IDH calculado pela ONU sendo uma diferença entre ambos é que os dados do IFDM são coletados anualmente, enquanto os do IDH só são levantados uma vez por década, pois dependem de dados do censo demográfico, realizado a cada 10 anos.

Segundo as últimas três medidas dos índices IDHM e IFDM dos municípios Cavalcante, Monte

Alegre e Teresina de Goiás e também os índices da capital do Estado Goiânia, para servir de referência, ao fazer uma comparação dos índices nos quatro municípios observa-se que assim como na capital, os municípios onde fica o território Quilombola-Kalunga apresentaram considerável elevação nos índices após o ano 2000, mostrando algum desenvolvimento na região após o ano de 1991. Porém, as três cidades onde estão localizadas as comunidades afrodescendentes continuam apresentando índices baixos e permanecendo entre as piores do Estado. (IBGE e FIRJAN)

Os valores de arrecadação com ICMS durante o período de 1998 a 2017, mostram o seguinte: os municípios de Monte Alegre de Goiás e Teresina de Goiás apresentam PIB per capita bem semelhantes e baixos, enquanto o PIB per Capita de Cavalcante se destaca, sendo superior àqueles com flutuações atípicas devidas a receita de produção de energia nas Hidrelétricas Cana Brava e São Salvador.

Os dados de outras fontes de arrecadação dos municípios do território Quilombola-Kalunga em 2017 como CIDE, FEX, FPM bruto, FUNDEB, ITR, LC 87/96 e Royalites demonstram que os valores do FPM são iguais, porém, divergem em cada cidade no tamanho da sua representatividade em relação as receitas totais. Cavalcante por exemplo, tem o FPM representando apenas 31,65% das suas receitas, neste município o ICMS é a principal fonte. Em Monte Alegre de Goiás e Teresina de Goiás, o FPM é a principal fonte de receita do município.

Os Indicadores de desenvolvimento no domínio Saúde dos municípios citados nos anos 2012, 2014 e 2016 indicam o seguinte: destaque do município de Cavalcante sobre os demais no número de leitos do SUS por habitantes, uma vez que o município tem um hospital municipal e os demais não têm. Para os demais indicadores de Saúde como Cobertura ESF, Cobertura ESF – Saúde Bucal, Cobertura Vacinal Tetravalente, Médicos SUS – 1.000 hab, Mortalidade Infantil/1.000 nascidos, Mortalidade por causas extremas/ mil hab., Prenatal c/7 consultas, o município de Cavalcante não apresenta diferença relevante dos outros municípios. Os três municípios apresentam baixos valores de indicadores de desenvolvimento no domínio Saúde, inclusive os indicadores básicos de cobertura ES, cobertura vacinal e de pré-natal.

A falta de Políticas Públicas em Saúde para o Território Quilombola-Kalunga, muitas vezes, está centrada nas esperas da efetividade dos compromissos dos candidatos em época das eleições. Sendo o executivo também o legislativo os cidadãos dessas comunidades estão sempre aguardando o cumprimento das promessas que não chegam ou quando chegam são inadequadas e não podem ser adaptadas às comunidades rurais, espaçando cada vez mais a chegada das ajudas, tão prometidas nos palanques.

Foi constatado através desta pesquisa e relatado pelos cidadãos Quilombola-Kalunga o seguinte: ao deixar de votar em um determinado candidato e este sendo eleito, o cidadão passa a ser excluído nos atendimentos à saúde, constatando as grandes diferenças entre as Campanhas eleitorais das administrações efetivas no decorrer dos quatro anos e fazendo sempre uso da saúde Pública como um grande palco para se alavancar votos eleitorais.

Assim, dentro das comunidades a desconfiança é muito grande quando se trata de política partidária, como afirma esta fala sobre o outro cidadão da comunidade: AK34M: “ele é muito companheiro em parte de outras coisas, mas político... entrou na política, acabou”. A mesma política que os unem em campanhas eleitorais é a mesma que, ao seu término, os desunem, como afirma outro morador: TS32M: “final... sempre quando é final de mandato, acaba tudo”.

Nesse contexto da Política Partidária constata-se que o Território Quilombola-Kalunga está sem subsídios para efetivar as Políticas Públicas em Saúde, visto que a comunidade não tem a quantia de votos para ter a representatividade em conseguir verbas para o seu desenvolvimento, como relata o gestor:

AG41M: “Kalunga como todos sabemos com distribuição da outra, bolsa família, não tem transporte, não tem saúde pública do Município, Escolas Públicas, maior cansaço para ir ao Kalunga, imagine no final de semana. Não tem equipe e tem que ter equipe boa, transporte, local adequado não tem, não tem posto para dar atendimento, enfermeira, pelo menos de quinze em quinze dias. Política Pública é sorte da gente. Vice-governador, Deputado pra acontecer. Quem vai dar 700 mil, olha para a comunidade. A gente não tem voto pra dar pra eles, é muito pouco voto pra um parlamentar. Sozinho você acha que eles vão 800 mil? Eles pensam duas vezes, vão por esse dinheiro em cidade grande que pode dar voto. Tem que ser Municipal vou mandar a ambulância pra lá, com o motorista da prefeitura”.

Se por um lado o Estado não disponibiliza as condições necessárias para a construção de um posto de saúde e assim instalar atendimento da atenção básica da Estratégia da Saúde da Família –ESF a comunidade Kalunga, por outro lado os políticos partidários somente prometem e não cumprem, sendo que eles têm outros campos eleitorais maiores para dar assistência e as três cidades que têm os piores Índices de Desenvolvimento Humano do Estado de Goiás que são Cavalcante, Monte Alegre e Teresina de Goiás não têm os votos suficientes. Quem são os responsáveis pelas Políticas Públicas em Saúde do Território Quilombola-Kalunga? Quem irá suprir as necessidades básicas em saúde que está afirmada na Constituição Federativa do Brasil?

A Saúde Pública que é descentralizada e autônoma está nas mãos dos municípios e os coordenadores das Regionais de Saúde Nordeste -I, representantes do Estado, alegam que não ter condições de fazer intervenções, nem sequer positivas, por causa desta autonomia que está nas mãos dos gestores municipais, alegando que o papel deles é de instruir a sistematização e avaliar.

Neste contexto das Políticas Públicas aparece um outro órgão neste cenário que era oculto no passado e que no presente se faz forte e competente, a Promotoria Pública. Sempre preocupada com a Saúde da População, através das intervenções positivas, este órgão vem proporcionando rodas de conversa com os funcionários da saúde, palestras educativas e conscientização dos direitos dos cidadãos Quilombola-Kalunga, entre outras atividades. Portando, cria-se no contexto da ação da promotoria pública, em parceria com vários órgãos, o Projeto “Renova Saúde”, assumindo a Promotoria de Justiça Local as seguintes competências no âmbito da participação da Tutoria da Planificação de Atenção Primária: acompanhar a realização da Tutoria, através do cronograma das Oficinas a serem realizadas, bem como a reorganização dos processos de trabalho no município através das ações propostas no Plano de Ação apresentado; solicitar ao município o Plano de Ação elaborado com o fim de fazer o acompanhamento das ações propostas; exigir/recomendar a existência e adequado funcionamento dos protocolos e fluxos de ações e dos serviços de saúde da atenção primária; celebrar recomendações, TAC ou promover medida judicial (se achar necessário) nos casos de persistência das desconformidades de ações e serviços de saúde.

A atuação do Ministério Público já tem ajudado os cidadãos do território Quilombola-Kalunga, em outras ocasiões, e com mais este grande projeto espera-se que o amparo a saúde do povo Kalunga seja efetivado para o seu bem-estar. Esse direito à Saúde deve ser efetivado a todos os cidadãos brasileiros, independentemente de cor, raça ou credo. É dever do Estado, em seu papel social, proteger para que se cumpra a redistribuição para todos, afirmando o modelo no contexto Democrático Brasileiro, direito transcrito no Artigo 196, da Constituição Federativa do Brasil de 1988.

Estes objetivos que promovem a proteção, promoção e recuperação, estão interligados aos princípios básicos da Dignidade Humana, sendo que um dos critérios para se manter a vida são os cuidados com a saúde. Enquanto os cidadãos permanecem sem acesso a este direito estarão em risco, vulneráveis à ação de doenças e da morte. pois como afirma Schawartz (2001, p.52): “(...) A saúde é.

senão o primeiro, um dos principais componentes da vida, seja como pressuposto indispensável para a sua existência, seja como elemento agregado à sua qualidade. Assim a saúde se conecta ao direito à vida”.

Outro ponto fundamental a uma administração eficiente é a aquisição dos Repasses dos Municípios. Na região do território Kalunga ainda que o município de Cavalcante tenha os maiores repasses, a cidade tem disponível para gastar anualmente R\$1.428,31 por pessoa, com leve vantagem sobre Monte Alegre de Goiás que possui R\$1.313,96 por pessoa, estando ambos bem atrás de Teresina que conta com R\$2.760,98 por ano para gastar com cada um de seus cidadãos. Esse é provavelmente um dos fatores que colocam o IDH de Teresina de Goiás à frente dos outros dois municípios.

Silêncio e medo se fazem presente em quase todos os entrevistados (as), dificultando muito o diálogo. A impressão transmitida é a de estarem sendo vigiados constantemente e isso se dá com a presença camuflada da ideologia do poder da política partidária. Ideologia esta inserida na comunidade a cada quatro anos, através dos discursos inflamados, de paixões e promessas à todos e, após as eleições são transformados e espalham-se em silêncio e em solidão individual dos cidadãos da comunidade. E assim o ressentimento se torna em medo, perceptível através dos relatos, até se modificar para um luto de quatro anos, como se tratasse de uma luta entre adversários, representados no que se pode e o que não pode relatar, sugerir ou solicitar, através da realidade vivenciada pelos cidadãos da comunidade.

Assim é como se a democracia existisse somente em época das campanhas eleitorais quando o grito do cidadão pode ser declarado, como um ser feliz e esperançoso, aos quatro ventos e após este período ele é estancado, como se vivessem em uma catacumba viva. O cidadão que votou se expressar de acordo com as suas reais necessidades estará confrontando o inimigo no campo de batalha onde já é um perdedor, correndo o risco de perder o pouco que tem, como o direito constituído: por exemplo, ser cortado da relação de ganhadores mensais do bolsa família, entre outros benefícios, punição do agressor, mantenedor do poder.

Enquanto no período do escravismo prendiam os escravos através de uma argola de ferro, com chocalho para controlar o seu andar pelas matas, atualmente percebe-se que o negro está preso as ideologias do poder, através de sua aceitação, o silêncio, esse medo está declarado na fala da entrevistada: K51F: “E as estradas tá péssima. Não, tá péssima. Ah, muita... a maioria das pessoas nunca faz nada, né fica aqui, reclama, reclama, ir lá ninguém tem coragem de é falar o que tá acontecendo. Então, eu acho que o problema tá sendo esse também...”.

Ao receber as migalhas e não o direito constituído o medo aparece e o silêncio veste a sua roupagem e permanece, de forma sutil e atemorizada. Algumas vezes, o cidadão sabe da necessidade de reivindicar o que tem direito, mas o medo fala mais alto, para se manter o pouco que tem recebido. Neste contexto entre o poder e a obediência suscita a discriminação do outro, como afirma Parker (2012).

O cidadão Quilombola-Kalunga se transforma novamente em escravo, como seus antepassados, porém com uma cortina perspicaz, diferenciada neste contexto histórico cultural e social da atualidade, deixando-se ser manipulado, hoje, ideologicamente, sofrendo a falta das políticas públicas diretas às suas necessidades, que é um direito constituído pelas leis. E para sobreviver voltam as suas alegrias para as festas religiosas e para a fé em Deus toda a sua esperança, como relata a entrevistada: AK71F: “Eu fico pensando não é nada, uma pessoa como aieú, eu não sei lê, eu num sei escrever, eu não sei um nada. Só sei pegar com Deus e pedir o que eu necessito, recramar o que eu necessito e tratar bem...”.

No relato de outra cidadã: TK55F: “[...] os grandões são grandões, os pequenos são pequeninhos, então, a gente acaba não e...”. Dessa forma, o cidadão Quilombola-Kalunga se recolhe esquivando-se entre as montanhas, no seu espaço geográfico, perdendo os desejos de professar a sua

participação. Vivendo como se a democracia não fizesse parte do seu viver, como se restasse apenas um legado na sua identidade, a de permanecer em seu casulo com seus iguais.

A partir de todas essas falas faz-se necessário tratar a questão das ações afirmativas adotadas pelas leis Federal, Estadual e Municipal, para que se avance em direção ao direito constituído, direcionadas ao combate do problema racial no Brasil, rompendo de forma justa e moral a grande herança escravista do país, procurando fazer valer o direito constituído a todo cidadão brasileiro.

Através de pequenos trechos das falas dos cidadãos-Quilombola-Kalunga extraídos dos comentários e dos acréscimos comparativos relevantes feitos pela pesquisadora, foi possível entender a realidade, onde e como vivem estes sujeitos, assim como perceber as suas reais ideias e necessidades.

CONCLUSÃO

O objetivo maior desta tese foi ouvir o que os cidadãos Quilombola-Kalunga das Comunidades dos municípios de Cavalcante, Teresina e Monte Alegre de Goiás, percebem as políticas públicas em saúde. Foram entrevistados (as) 139 sujeitos, e destes, escolhidos 110 cujas falas estão transcritas com seus pareceres sobre a saúde pública nas três comunidades, tendo a oportunidade de relatar o que ocorre em sua vivência diária quanto à assistência recebida ou não das Políticas Públicas em Saúde, possibilitando e direcionando um estudo exploratório.

Aqui não se trata de concluir este vasto tema, mas sim de fazer algumas considerações finais. Praticamente em todos os tópicos desta pesquisa se falou em saúde como direito de todos e dever do Estado, pois é assim que dita a Constituição Brasileira. No entanto, considera-se que ainda não se atingiu o que é afirmado no artigo 196 da CF/1988, principalmente, saúde garantida mediante as políticas sociais e econômicas para a redução de riscos de doenças e de outros agravos e acesso a todos, para o bem-estar de todos os cidadãos sem nenhum tipo de exclusão.

Esse tema nos leva a reconhecer a desigualdade presente nas sociedades, por vezes oculta ideologicamente, e as implicações advindas dela. O Estado, por meio de políticos e gestores, sabe como deveria ser o tratamento ideal e real, perante as leis vigentes do país, direcionadas a essas três comunidades, entretanto, nenhuma intervenção foi constatada nas falas dos cidadãos aqui entrevistados. Há de se considerar que algumas melhorias em políticas públicas já ocorreram, porém elas ainda estão aquém do ideal de assistência e de valorização da saúde para a vida destes povos excluídos.

As Políticas públicas em saúde são necessárias, especialmente para o povo Quilombola-Kalunga, pois apesar do esforço contínuo da direção e equipe da Regional de Saúde Nordeste-I na organização e estruturação da Atenção Básica, nas três cidades de forma harmônica e efetiva, esta ação não tem se concretizado em decorrência da falta de estruturação do próprio gestor Municipal. A atenção básica, que zela pela prevenção e pelo combate às doenças, continua deficitária, fazendo-se necessário um remapeamento de todo o Território, visando a verdadeira constatação do quantitativo de sujeitos existentes em cada comunidade e suas peculiaridades.

Constatou-se a partir da fala dos agentes de saúde, que esse trabalho é extenso e que o estado, aparelhado com meios tecnológicos, deveria assumir este papel para se obter as informações fidedignas e traçar um planejamento/ estratégico, contabilizando em seu tempo, como fator predominante para a execução das ações de curto, médio e longo prazo para a estruturação do conhecer o ideal em políticas públicas em saúde no território Kalunga para a concretização dos objetivos propostos para uma futura administração eficiente.

A partir dos dados coletados, seria importante criar e estruturar uma coordenação específica na Regional de Saúde Nordeste-I, para se conhecer o perfil epidemiológico, dados estatísticos, cartográficos, enfim, arquivos com todos os dados que envolva o Território Quilombola-Kalunga que é afirmado através da lei como Patrimônio Cultural da Humanidade e também faz parte do Sítio

Histórico e Patrimônio Cultural Kalunga. Esta coordenação específica, seria um elo com os trabalhos desenvolvidos pelos funcionários do Estado (capital), que estão instalados a 600 km da região do Nordeste Goiano e que, muitas vezes, não têm os dados necessários. E fazendo uso dos meios tecnológicos e das multimídias que encurtam o tempo e a distância dos secretários e funcionários Municipais, através do repasse das normas, reuniões, palestras, avisos urgentes, evitando gastos para os dois governos: Estadual e Municipal e unificaria diretamente a gestão, evitando esta dicotomia existente.

Outro fator relevante constatado na pesquisa são os dados fundamentais sobre os cidadãos Kalunga que são desviados e se perdem das secretárias de saúde dos Municípios, que ocorrem durante as mudanças administrativas a cada quatro anos, principalmente quando se trata da oposição que está assumindo o pleito, com sua nova equipe de secretários e auxiliares indicados para a nova Gestão. E também para acompanhar de perto as construções dos projetos e avaliar a execução no decorrer dos 4 anos de gestão Municipal, rompendo com os projetos mirabolantes construídos como reais, sendo necessário o ideal da realidade vivenciada pelos cidadãos Kalunga.

A estruturação de uma Coordenação Território Quilombola-Kalunga (CTQK), na Regional de Saúde Nordeste-I, que será responsável por consolidar um banco de dados e subsidiar com informações atualizadas as administrações estaduais e municipais independentemente da alternância de governos, será fundamental diante do valor histórico, cultural e humano do Território Quilombola-Kalunga. A coordenação Kalunga instalada na Regional de Saúde Nordeste-I irá ajudar a Comissão Intergestores Regionais (CIR), que efetiva suas reuniões no mesmo local, oportunizando dados e sugestões para as ações que respondam adequadamente as dinâmicas de negociação integradas, entre os intergestores responsáveis pela saúde dos cidadãos do Território Quilombola-Kalunga, possibilitando maior uso do Decreto 7.508 de 28 de Junho de 2011, preenchendo uma dicotomia existente, na governança regional e fortalecendo o Sistema Único da Saúde(SUS).

Quanto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES/Ministério da Saúde das Equipes de Atenção Básica identifica-se o seguinte: o município de Teresina de Goiás consta no CNES, apenas uma Unidade Básica de Saúde, a unidade urbana, sendo que a unidade rural, que dá assistência à comunidade Quilombola-Kalunga, é itinerante visto que são vários povoados a serem atendidos, e estão aguardando o término da construção do prédio que está embargado pela justiça. A segunda equipe que está sendo instalada se encontra em processo de mudança e não se encontra registro no CNES, aguardando para o mês seguinte a vinculação.

O município de Cavalcante, consta no CNES, quatro Unidades Básicas de Saúde da família na cidade e uma estruturada na comunidade Quilombola-Kalunga que é denominada como Engenho II, sendo o único Município com instalação/estrutura nesta comunidade.

Enquanto Monte Alegre de Goiás, consta no CNES três Unidades Básicas de Saúde da família na cidade, além de não oferecer nenhum tipo de atendimento dos serviços da Estratégia Saúde Família (ESF) na Comunidade Quilombola-Kalunga, exceto os trabalhos dos agentes de saúde, as campanhas do Ministério da saúde, entre outras, subsidiadas pela Regional de Saúde Nordeste-I e pela secretaria Municipal de Saúde. As comunidades, denominadas fazendas estão sendo assistidas em Saúde Pública, por quatro agentes de saúde, atualmente, sendo que o primeiro agente de saúde, consolidou à sua saída há 12 anos.

Devido a importância dos agentes de Saúde no contexto das Políticas Públicas dos Municípios, especificamente no Território Quilombola-Kalunga, ocorreram várias reclamações por falta de uma assistência dos gestores aos agentes de saúde. Por exemplo, não conseguir tirar férias há 5 anos, afastamento para tratamento médico, falta de materiais de consumo, falta de combustível, manutenção das motos, cópia/xerox para a papelada, a falta de balança, mochilas, entre outras reclamações.

Deste modo, se faz necessário rever os procedimentos com estas equipes para restituir o seu valor

para o desenvolvimento deste rico e árduo trabalho diário. Foi sugerida a instalação de uma sala equipada em cada município específico para os agentes de saúde, com objetos simples para que eles pudessem manter as suas trocas de informações e contatos com os colegas. E também instalar um computador para manter os e-mails eletrônicos, entre outras pesquisas, principalmente para o uso dos que residem na zona rural e não tem esta disponibilidade. Percebe-se que muitas vezes eles ficam meses sem contato com os colegas, dificultando o repasse e trocas de informações necessárias para com os dados burocráticos. É necessário também que sejam atendidas as solicitações dos agentes de saúde para que haja capacitações para as qualificações profissionais.

Um dos entraves ao resgate da cidadania dos Quilombola-Kalunga foi a extinção das Secretarias de Igualdade Racial, dos Municípios, instituições estas que proporcionavam a eles um aporte de identidade para prover a autonomia, a dignidade para buscar soluções em saúde pública para a comunidade que representam.

É notório que as políticas públicas em saúde não são desenvolvidas pelo Estado e Município porque, muitas vezes, desconhecem ou não querem ver as questões sociais e étnicas como valores, aspectos culturais e o território que é inóspito e de difícil acesso. O gestor Municipal alega não ter verba suficiente para subsidiar e estancar um dos maiores problemas da saúde pública que é a de firmar, coibindo a rotatividade de profissionais da saúde na região, como médicos, enfermeiros, técnicos que fazem parte do Equipe Saúde da Família (ESF). Se faz necessário um plano de contratação/especial específico, para os trabalhos de profissionais que desenvolvem estas atividades profissionais na comunidade Quilombola-Kalunga, transcendendo futuramente a firmação através da lei, para que sirva de incentivo para que estes profissionais fixem-se nas comunidades.

Verificou-se também nesta pesquisa a falta de infraestrutura nas comunidades como: abastecimento de água, saneamento/tratamento, energia elétrica, posto de saúde, estrada, e a deficiência em se fazer cumprir o que está afirmado na Constituição Federativa do Brasil de 88, faz com que os cidadãos Quilombola-Kalunga continuem a viver sem as ações básicas em saúde pública e os políticos continuem explorando os seus votos, declarando ainda que não seja para eles um quantitativo de votos representativos para eleger um deputado Federal ou Estadual, para que sejam realmente seus representantes e retornem com os benefícios que as comunidades necessitam. Além disso, em algumas falas dos cidadãos Quilombola-Kalunga alegam que passaram a ser ignorados pelo político eleito da cidade porque este ganhador não era o seu candidato: esta é uma forma de excluí-los mais ainda, negligenciando a saúde e desarticulando a democracia e o direito, sendo impedidos de exercer sua cidadania plena e não apenas sobreviver à margem deste direito.

A intenção da pesquisa, permitir que os cidadãos Kalunga que vivem no silêncio exponham como percebem as políticas públicas em saúde, teve uma grande parte realizada, pois muitos falaram, ao seu modo, o que pensam sobre sua vida, sua saúde e de seus amigos. Um belo exemplo dessas vozes foi a matriarca da comunidade com seus 74 anos, que proclamou com singeleza e humildade um breve apelo à Promotora da cidade de Cavalcante em favor de sua comunidade tão desassistida. Para isso ela não precisou de mediação psicossocial, nem interativa, nem cultural, pois, apesar de não ter frequentado nenhuma instituição educacional, ela frequentou uma escola sem docentes, nem telhado, a escola da própria vida e do sofrimento da espera permanente para o seu bem-estar e da comunidade.

Para que, de fato, haja ações em saúde nesses territórios, é preciso primeiro, que os governos responsáveis, que já tem o conhecimento real da lei, conheçam as necessidades desses cidadãos, percebam sua individualidade psicossocial, histórica e cultural, assim como, as políticas de promoção da igualdade racial promovidas através da lei. Mas ainda é comum a existência de ações de discriminações raciais, preconceitos e exclusões, reforçando assim, a marginalização social, econômica, política e cultural, impondo barreiras de acesso a direitos ou negligenciando as necessidades dos cidadãos. Este conhecer será o aproximar da realidade dos cidadãos (ãs) do Território Quilombola-Kalunga a fim de verificar e perceber o ideal para suprir suas necessidades,

como representado na figura a seguir:

Figura 01 – Losango Real x Ideal

O Estado conhecendo o que significa o real no contexto da legalidade da lei, pode oferecer Políticas Públicas em Saúde aos cidadãos do Território Quilombola-Kalunga, como exemplifica o losango-Real (direito instituído) e o Ideal (conhecedor da realidade do cidadão-Kalunga). O direito as Políticas Públicas em Saúde no Brasil, está fundamentado através da Constituição Federativa do Brasil de 1988. Estes princípios estão fundamentados na Lei 8.080, que são: Universalidade, Igualdade, Integralidade, intersetorialidade, direito a formação, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade e base epidemiológica.

Este direito à Saúde Pública pode ser expandido à dignidade humana e para que se efetive esta lei o Poder Público tem a jurisdição de atentar sempre para que ocorra a necessidade de efetivação e proteção, resguardando as ações das Políticas Públicas, afirmadas pela Constituição.

Sabe-se o quão difícil é a temática em Políticas Públicas em Saúde e como são grandes os desafios para alcançar resultados efetivos. Faz-se necessário entender que a saúde e o adoecimento estão relacionados a fatores sociais e econômicos, assim como culturais, que dissimulam a integridade física, psicológica e emocional, tanto de maneira individual, como coletiva. Não é possível deixar de exaltar um dos pontos mais reflexivos encontrados nesta pesquisa que é representado, além de suas necessidades, o medo do outro com suas represálias vai ameaçando a retirar o pouco que tem. E neste silêncio permanente, amordaçados e enraizados nas ideologias daqueles que detêm o poder, vivem dependentes em suas necessidades fundamentais da sobrevivência humana.

REFERÊNCIAS

ARRUTI, J.M. **Relatório Técnico-científico sobre o Cangume**. RTC/ITESP. 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Brasília, DF, 1958.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde — SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF, 2011; [acesso em 22 jun 2018]. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/d7508.htm

_____. **Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas**. Programa Brasil Quilombola. Presidência da República. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Secretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais. Brasília, DF; 2013.

_____. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília. 28 dez 1990. [Acesso em 5 maio 2018]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_confmundo/docs/18142.pdf.

_____. **Lei 8.080, de 19 setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. [acesso em 15 abr 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

_____. **Lei nº 11.409, de 21 de janeiro de 1991**. Dispõe sobre o sítio histórico e patrimônio cultural que especifica. Assembleia Legislativa do Estado de Goiás. [acesso em 03 jul 2018]. Disponível em: <http://www.cpisp.org.br/htm/leis/go05.htm>

_____. **Lei 12.288 de 20 julho de 2010**. Institui o Estatuto da Igualdade Racial: altera as Leis nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. [acesso em jun 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112288.htm

_____. **Uma história do povo Kalunga. Ministério da Educação**. Secretaria de Educação Fundamental. Brasília, DF; 2001. [acesso em 3 jul 2018]; Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me001936.pdf>

DAGA CIELO, I., SCHMIDT, C. M., & WENNINGKAMP, K. R. (2015). **Políticas públicas de saúde no Brasil: uma avaliação do IDSUS no estado do Paraná** (2011).

DUDH. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**.1948. Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

GEERTZ, C.A. Uma Descrição Densa: Por uma Teoria Interpretativa da Cultura. In: **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1978. Cap. 1. p. 13-41.

HENRIQUES, R. **Desigualdade Racial no Brasil: Evolução das Condições de Vida na Década de 90**. Texto para Discussão 807. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. Despesas, Rendimentos e Condições de Vida, IBGE, 2010. [acesso em 14 mar 2018]; Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pof/2008_2009/POFpublicacao.pdf.

_____. **Monte alegre de Goiás. História**. 2017. [acesso em 22 jun 2018]; Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/monte-alegre-de-goias/historico>

<

p>_____. **Histórico de Monte Alegre de Goiás/GO**. 2018. [acesso em 22 jun 2018]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/goias/montealegredegoias.pdf>>

_____. **Panorama de Cavaleante**. [acesso em 23 jun 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/cavaleante/panorama>

_____. **Teresina de Goiás. História**. 2017. [acesso em 28 jun 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/teresina-de-goias/historico>

INOJOSA, R.M. <

A municipalização nos sistemas unificados e descentralizados de saúde (SUDS). Rev. Adm. Públ. Rio de Janeiro. [periódicos na internet]. 1990. [acesso em jun. 2018]. 24(4):26-45. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/obj/index.php/rap/article/viewFile/9014/8074>

K
NO
RR, C
K. La fabricación del conocimiento. Un ensayo sobre el carácter constructivista y contextual de la ciencia. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes; 2005.

LARAIA, R.B. Cultura, um conceito antropológico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.

<
p>

MIG

UÉLEZ, M.M. El Método Etnográfico de Investigación. [periódicos na Internet]. 1996. [Acesso em: 12 jan. 2017]. Disponível em: <http://prof.usb.ve/miguelm/metodoetnografico.html>.

MOURA, C. Quilombos: resistência ao escravismo. São Paulo: Ática; 1997.

MUNANGA, K. Raízes científicas do mito do negro e do racismo ocidental. In: Temas IMESC, Soc. Dir. Saúde, 1984. 1(1):39-4.

_____. **Origem e histórico do quilombo na África.** Revista USP [periódicos na internet]. 1996. [acesso em: 2 jul 2018]; (28) 56-63. Disponível em:

<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/28364/30222>

OLIVEIRA, O.M. Direitos quilombolas & dever do Estado em 25 anos da Constituição Federal de 1988. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia; 2016.

PAIM, Jairnilson Silva e TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.40, n.spe, pp.73-78.

PARKER, R. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. *Cad Saúde Pública*. 2012 Jan;28(1):164-9.

SANTOS, B.S. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. In: Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

SCHWARTZ, G.A.D. Direito à Saúde: abordagem sistêmica, risco e Democracia. *Revista de Direito Sanitário*. [periódicos na Internet]. 2001. [acesso em 28 nov 2017]; 2 (1) Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13085/14887>

TAKAHASHI, F.M.G. Imagens Representacionais das Políticas Públicas Endereçadas à Educação e à Saúde, no Imaginário de um grupo de Idosos da Comunidade Quilombola-Kalunga de Monte Alegre de Goiás. Brasília,DF. Dissertação [Mestrado em Gerontologia] – Universidade Católica de Brasília; 2013.

UCHÔA, E. e VIDAL J.M. Medical Anthropology: Conceptual and Methodological Elements for an Approach to Health and Disease. *Reports in Public Health*. 1994;10(4):497-504.

