

Políticas afirmativas de equidade para comunidades quilombolas: tensões e desafios na saúde

Robert Steven Gutiérrez-Murillo¹

Patrícia Krieger Grossi²

Eliana Mourgues Cogoy³

Lucas Antunes Machado⁴

Resumo

O artigo apresenta dados sobre a população quilombola do Rio Grande do Sul e seu acesso às políticas públicas de saúde. É um estudo exploratório com lideranças quilombolas, profissionais e gestores de políticas públicas. Emprega-se uma abordagem participativa e comunitária engajada para discorrer sobre políticas afirmativas no âmbito da saúde para a população quilombola e os desafios para a sua implementação diante do racismo estrutural. As discussões destacam a falta de profissionais para implementar a política de promoção de equidade em saúde, de acesso à informação e a resistência de gestores em utilizar o recurso em prol das comunidades quilombolas.

Palavras chaves

Comunidades tradicionais; Direito à saúde; Políticas públicas de saúde; Racismo estrutural; Relações Étnico-Raciais.

Affirmative equity policies for Quilombola communities: health tensions and challenges

Abstract

This article presents data on the Quilombola population of Rio Grande do Sul and their access to public health policies. The study employs an exploratory methodology, engaging with Quilombola leaders, professionals, and public policy managers to discuss affirmative health policies for the Quilombola population, and the challenges of implementing them in the face of institutional racism. The discussions revealed a dearth of professionals capable of implementing the policy for promoting equity in health, access to information, and the reluctance of managers to utilize the resources for the benefit of Quilombola communities.

Keywords

Traditional communities; Right to health; Health policies; Structural racism; Ethnic-Racial Relations.



Artigo recebido em junho de 2024

Artigo aceito em agosto de 2024

Introdução

As comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul (RS) estão entre as comunidades mais vulneráveis do Brasil, enfrentando desafios significativos relacionados à violação de direitos humanos, falta de acesso a políticas públicas, insegurança alimentar, pobreza e invisibilidade. Pela primeira vez, em 2022, os dados do censo demográfico revelaram que o RS tem a maior população quilombola do Sul (17.496 pessoas), à frente do Paraná (7.113) e de Santa Catarina (4.447) (IBGE, 2022).

Para compreender as condições de saúde da população quilombola, é essencial considerar os determinantes sociais da saúde (DSS). Essa abordagem pode ser empregada para reduzir as iniquidades em saúde, melhorar a saúde e o bem-estar, facilitar o desenvolvimento e atingir as metas de saúde (Carvalho, 2012; Murillo, 2021). Nesse contexto, é de suma importância abordar as desigualdades raciais em saúde, que afetam principalmente as comunidades com alto grau de vulnerabilidade social, insegurança alimentar, baixos níveis de escolaridade e acesso limitado às políticas públicas. Por exemplo, apenas 30% das comunidades quilombolas do RS são acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família.

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990), no artigo 3º, estipula-se que “[...] a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. O Sistema Único de Saúde (SUS) reconhece a saúde como um direito de cidadania que deve ser atendido de acordo com as necessidades do indivíduo (Brasil, 1988). Além disso, a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.434, de 14 de julho de 2004, determina que sejam criadas equipes específicas de estratégia da saúde para atendimento às comunidades quilombolas (Brasil, 2005). Apesar de essa

portaria estar em vigor, essas comunidades, em sua maioria, ainda vivem em condições expressivas de vulnerabilidade social.

O governo do estado do RS indicou que a implementação da política da Estratégia de Saúde da Família Quilombola (ESFQ), por meio da assinatura de um termo de compromisso por cada município, requer a adoção de ações como:

Instituição da Estratégia de Saúde da família Quilombola em articulação com as associações de comunidades quilombolas; Criação de Assessorias de Saúde da População Negra; Inclusão do quesito raça/cor nos documentos de qualificação do usuário do SUS, a fim de gerar dados específicos sobre a saúde da população negra; Definição de metas e indicadores, a partir do perfil epidemiológico do município com estudo desagregado por raça/cor; Implementação da linha de cuidado integral às pessoas com doença falciforme. (Brasil, 2013).

Com relação aos serviços odontológicos no âmbito da ESFQ, dos 41 municípios que aderiram ao incentivo financeiro estadual para essa política, 58,5% têm acesso à saúde bucal, enquanto 9,7% têm acesso parcial, e 13,7% não têm acesso algum à saúde bucal. Os números acima foram apresentados pela Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul em 2013 (diário de campo). Uma década se passou desde que os dados mencionados foram coletados, mas não há informações atualizadas sobre o acesso à saúde bucal entre as comunidades quilombolas.

Em relação às comunidades quilombolas e o acesso à Estratégia de Saúde da Família, 52,9% das do meio urbano têm esse acesso, e 68,7% das do meio rural, enquanto somente 29,4% das do meio urbano acessam as unidades básicas de saúde (UBS), e 41,1% no meio rural. No meio rural, destacam-se as longas distâncias até a UBS. Para 56% dessas comunidades que têm acesso, a distância da UBS em relação aos seus territórios é superior a 20 km. Em muitas situações, não há transporte público ou ele é escasso, além de a maioria das estradas serem de chão batido (Kroef *et al.*, 2023).

Em 29 de julho de 2020, o governo do estado do Rio Grande do Sul, por meio da Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS), lançou a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde (POPES), aprovada pela Portaria nº 512/2020. Foi a primeira política de promoção da equidade em saúde do país, com o desafio hercúleo de reorientar políticas e serviços para ampliar o acesso, combater o preconceito e a discriminação e promover a saúde de populações vulneráveis, como a população LGBTQ+, pessoas privadas de liberdade, população em situação de rua, povos indígenas, população negra, entre outros (Müller, 2024). Essa política foi resultado de uma construção coletiva a partir da mobilização, militância e resistência dos técnicos responsáveis pelo desenvolvimento de políticas para populações específicas. Seu planejamento envolveu a participação ativa dos diversos atores identificados com a agenda em rodas de conversas e oficinas ampliadas com a participação de profissionais, representantes de movimentos sociais e usuários das políticas e serviços públicos de saúde (Müller, 2024).

Com base nessa política, foi editada a Portaria SES/RS nº 360/2023, que estabelece os critérios de elegibilidade e a forma de distribuição dos recursos financeiros do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS), no que se refere às populações específicas e promoção da equidade em saúde. Tais critérios estão contidos no Capítulo III – Componente de Incentivo à Promoção da Equidade em Saúde, que se divide em três seções: I. Promoção da equidade em saúde e enfrentamento do preconceito, da discriminação, do racismo, do racismo institucional e da xenofobia contra populações específicas; II. Qualificação da atenção à saúde da população remanescente de quilombos; e III. Qualificação da atenção à saúde dos povos indígenas.

Esse incentivo financeiro mensal de 1.700 reais é de extrema importância para as comunidades quilombolas e faz parte da POPES. Ademais, está em consonância com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), Agenda 2030, lançada pela Organização das

Nações Unidas (ONU), especialmente no tocante ao ODS 3 – Saúde e bem-estar: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. O PIAPS é considerado uma política afirmativa, na medida em que visa promover mais equidade em saúde. Partilhamos da posição de que:

Ações afirmativas são políticas focais que alocam recursos em benefício de pessoas pertencentes a grupos discriminados e vitimados pela exclusão socioeconômica no passado ou no presente. Trata-se de medidas que têm como objetivo combater discriminações étnicas, raciais, religiosas, de gênero, de classe ou de casta, aumentando a participação de minorias no processo político, no acesso à educação, saúde, emprego, bens materiais, redes de proteção social e/ou no reconhecimento cultural (Geema, s/d).

Essas ações afirmativas estão previstas na Lei Federal nº 12.288, de 20 de julho de 2010, conhecida como Estatuto da Igualdade Racial, doravante estatuto, que reconheceu oficialmente o Brasil como um país multirracial e multiétnico, no qual indivíduos afrodescendentes têm sido alvo de discriminação racial. Essa lei definiu a discriminação racial e as ações afirmativas, reafirmando o dever do Estado de promover a igualdade de oportunidades, bem como “[...] a inclusão das vítimas de desigualdade étnico-racial, a valorização da igualdade étnica e o fortalecimento da identidade nacional brasileira” (Brasil, 2010). O estatuto prevê ações afirmativas raciais nas áreas de educação, cultura, esporte e lazer, saúde, segurança, trabalho, moradia, meios de comunicação de massa, financiamento público, acesso à terra, à justiça e a outros direitos. A lei também inclui o direito das comunidades remanescentes de quilombos ao apoio financeiro, à liberdade de crença e ao livre exercício dos cultos religiosos de matriz africana, e reafirma o dever do Estado de promover a igualdade de oportunidades na educação, no emprego e na moradia (Feres Júnior *et al.*, 2018).

Em 2004, vimos também a implantação do Programa Brasil Quilombola, que prevê uma série de ações no âmbito dos diferentes

órgãos governamentais para as comunidades remanescentes de quilombos, envolvendo diferentes órgãos e políticas públicas, a fim de garantir os direitos à posse e permanência na terra, documentação básica, alimentação, saúde, esporte, lazer, moradia adequada, trabalho, serviços de infraestrutura e previdência social, entre outros, tendo como um dos eixos a qualidade de vida e promoção da equidade de gênero (Brasil, 2004).

O Programa Aquilomba Brasil é uma atualização do Programa Brasil Quilombola (Brasil, 2004), que havia sido paralisado no governo Bolsonaro devido à falta de investimentos em políticas para as comunidades quilombolas. Para essas comunidades, a sustentabilidade dos quilombos está diretamente ligada à saúde e à qualidade de vida. O Programa Aquilomba Brasil foi instituído pelo governo Lula através do Decreto nº 11.447, de 21 de março de 2023, com a finalidade de promover medidas intersetoriais para a garantia dos direitos da população quilombola no país (Brasil, 2023). De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2009), o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) visa estabelecer estratégias, indicadores e metas com o intuito de orientar as intervenções no SUS e suas gestões federal, estadual e municipal, com o objetivo de enfrentar as iniquidades e desigualdades em saúde, com foco na abordagem étnico-racial.

A PNSIPN, aprovada em 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), é uma política transversal que, além de ser gerida e implementada conjuntamente pelas três esferas de governo, deve atuar de forma articulada com as demais políticas do Ministério da Saúde, e define os princípios, objetivos, diretrizes e estratégias de gestão voltados para a melhoria das condições de saúde da população negra (Brasil, 2009). A estratégia proposta no Plano Operativo da PNSIPN visa, entre outras coisas, garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, do campo e da floresta às ações e aos serviços de saúde; incluir o tema étnico-racial nos processos de formação e

educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social; e identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência (Brasil, 2009).

Na próxima seção, discutiremos os desafios que as comunidades quilombolas enfrentam no acesso à saúde e na utilização do recurso do PIAPS. A promoção da equidade em saúde requer um enfoque na justiça social, já que parte do pressuposto de que os indivíduos não partem do mesmo lugar no acesso aos direitos de cidadania. Significa desafiar o pacto da branquitude que, historicamente, tem privilegiado os direitos da população branca e marginalizado as populações subalternizadas. Nesse sentido, a investigação engajada, tal como aqui proposta neste artigo, é uma forma de descolonizar o conhecimento e produzir conhecimento consonante à luta de direitos e justiça social.

Percurso metodológico

Este estudo utilizou uma metodologia qualitativa com desenho observacional descritivo (Creswell, 2010; Minayo, 2013). O estudo foi realizado com comunidades quilombolas, lideranças, profissionais e gestores de políticas públicas do RS. As técnicas de coleta de dados utilizadas foram entrevistas semiestruturadas, diários de campo e observações *in loco*. Os dados coletados nas entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin (2011) após a transcrição das falas dos participantes e a padronização das observações.

Utilizamos a técnica bola de neve, um método de pesquisa qualitativa amplamente utilizado que sugere que o pesquisador, após contatar um ou mais participantes do estudo, seja direcionado pelo(s) mesmo(s) participante(s) às suas redes de referência com potencial para participar do estudo (Oliveira *et al.*, 2021). As reuniões do Plano de Aplicação de Recursos Estaduais para a Saúde Quilombola na região de Pelotas foram observadas e registradas no diário de campo, sendo visitados os seguintes quilombos: Alto do Caixão, Cerrito Alegre e Algodão.

Como pesquisadores, acreditamos na importância das perspectivas teóricas, metodológicas, epistemológicas e ontológicas ligadas à luta pela equidade e justiça social. Vemos a pesquisa como uma jornada antropológica engajada, em que a pesquisa crítica e a práxis andam de mãos dadas. Collins e Bilge (2021, p. 53) dizem que “[...] a interseccionalidade é uma forma de pensar sobre como as pessoas usam diferentes aspectos de sua identidade em suas vidas”. Portanto, entendemos a saúde como um marcador social que afeta as pessoas de diferentes maneiras, dependendo de sua classe, raça e gênero.

Com relação às considerações éticas, todos/as os/as participantes receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e foram solicitadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo recebeu aprovação ética do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da instituição de ensino, sob o CAAE 55157222.0.0000.5336.

Resultados e discussão

O pensamento quilombola, além de promover a linhagem intergeracional, assume a luta contra o capitalismo, especialmente diante das técnicas perversas de apropriação e segmentação dos territórios (Malcher, 2017). Por isso, entender os territórios quilombolas como mais do que espaços geográficos delimitados e titulados nos permite revisitar aspectos da memória sócio-histórica brasileira, especialmente em relação aos processos de escravidão e reestruturação racial: *“não é que eles tenham dificuldade, é que a barreira é tão intransponível, tão grande, a gente fica assim, sem ação. Porque tudo que é bom é branco”* (Liderança feminina, Quilombo Renascer, Arroio do Padre). Olhando para essas comunidades, em sua maioria não amparadas pelo Estado, é possível rememorar as lutas e os legados de gerações renascidas e marcadas por práticas de branqueamento e apagamento religioso:

“Nós não existimos, nós negros é como se não existíssemos. A gente é invisível no município. Infelizmente a gente carrega essa marca do racismo que faz com que essas coisas aconteçam, que a gente

negra não tenha visibilidade, principalmente no poder público.” (Liderança feminina, Quilombo do município de Formigueiro).

A marca do racismo tem o efeito de reduzir as possibilidades de ascensão social, reconhecimento e sustento material. Também afeta a saúde emocional e outros fatores que envolvem a vida em sociedade, em prol de uma espécie de superioridade racial que predomina entre as classes sociais.

Ao considerarmos a história brasileira e a identidade étnico-racial, as comunidades quilombolas são alvos frequentes de manifestações de racismo. Esses ataques podem assumir diversas formas, desde a discriminação individual até ações institucionais que negam seus direitos básicos, como acesso à terra, à saúde, à educação e à justiça. Em outras palavras, a identidade étnico-racial de pessoas brancas e negras tem se dado na perspectiva da supremacia branca como ideologia e da branquitude como norma (hooks, 2019; Mills, 2023). A supremacia branca estrutura relações de dominação e opressão social que sustentam determinados valores e atitudes, ancorados por uma ideologia de dominação de pessoas brancas sobre as negras. Nesse sentido, a supremacia branca estaria na base ou estrutura das relações sociais, na medida em que constitui um “[...] sistema político não nomeado que fez do mundo moderno o que ele é hoje” (Mills, 2023, p. 19). Em sua análise da supremacia branca como uma ideologia estrutural que molda as relações étnico-raciais, bell hooks (2019, p. 232) postula que “[...] numa sociedade onde prevalece a supremacia dos brancos, a vida dos negros é permeada por questões políticas que explicam a interiorização do racismo e de um sentimento de inferioridade”.

No cenário brasileiro, nas últimas duas décadas, estabeleceu-se uma tradição de estudos sobre o processo de branquitude e branqueamento na sociedade (Bento, 2022; Schucman, 2023), que trata dos privilégios que as pessoas brancas têm tido por causa da cor da pele, independentemente de outros marcadores de classe ou gênero. O chamado “pacto da branquitude” é outra dimensão importante

para pensar as relações étnico-raciais na saúde. O conceito de branquitude está relacionado a uma espécie de herança internalizada entre as pessoas brancas, que não se percebem como racializadas justamente por serem brancas. O termo “branco” é entendido como universal e, portanto, não é racializado. Do ponto de vista de Bento (2022), há uma notável ausência de discurso sobre o legado da escravidão e seus impactos positivos sobre as pessoas brancas, apesar da abundância de discussões sobre o legado da escravidão e seus impactos negativos sobre as pessoas negras.

Uma pesquisa realizada pela Secretaria do Desenvolvimento Rural do Rio Grande do Sul em 2023 revelou que 48,84% das comunidades quilombolas do estado têm uma rede de distribuição de água. A situação das áreas urbanas é consideravelmente mais favorável, com 94,12% das comunidades tendo uma rede de distribuição. Em contraste, menos da metade das comunidades rurais tem acesso a essa rede, com apenas 41,96% relatando esse benefício. Além disso, na maioria das comunidades, as casas são predominantemente construídas em alvenaria (69%), com água proveniente de poços (32%) e cacimba (25%). O saneamento é fornecido por fossa séptica (41%) e sistemas rudimentares (31%). Pode-se observar que a eletricidade está disponível em todas as comunidades, embora apenas 41% tenham iluminação pública, e 84% tenham sinal de telefone celular, sendo que 91% têm acesso à Internet (Kroef *et al.*, 2023).

Prestar assistência universal, equitativa e integral à saúde da população quilombola significa reconhecer a especificidade desse grupo populacional quanto ao seu perfil de demandas e necessidades de saúde. Isso, por sua vez, implica oferecer ações e programas sensíveis às principais morbidades que acometem esses usuários, bem como sensibilizar para as questões sociais que impactam o bem-estar integral (Neiva *et al.*, 2023). Embora tenha havido algumas conquistas, como as diretrizes contidas na PNSIPN e na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta

(PNSIPCF), que norteiam um cuidado humanizado, o racismo estrutural se alastrou pelos diversos espaços institucionais do SUS, dificultando a efetividade das ações previstas.

Almeida (2021) postula que o racismo estrutural não é meramente o resultado de manifestações individuais de preconceito e discriminação; ao contrário, é um fenômeno generalizado que permeia as estruturas e instituições da sociedade. Nesse sentido, um dos passos iniciais para abordar o racismo estrutural é reconhecê-lo nas práticas discriminatórias cotidianas, desafiando a ideologia que privilegia um grupo social em detrimento de outro e, deste modo, cooperar para o avanço desse conceito, pois a partir dele se tem a afirmação de que o racismo deve ser entendido como um mecanismo processual do capitalismo. Em uma perspectiva contemporânea, o racismo estrutural está ligado ao neoliberalismo, e suas opressões vão além de questões de comportamento ou atitudes. Elas estão diretamente associadas a questões materiais, expressas nas relações de classe. O autor postula que isso exige a identificação do aspecto revolucionário inerente ao conceito de racismo estrutural, que se estende além dos limites das categorias abstratas, para manifestações tangíveis. A esse respeito, o autor destaca a correlação direta entre a riqueza material e as contradições inerentes entre capital e trabalho, que se originaram durante o período de escravidão. Diante disso, Oliveira (2021) afirma que a luta contra o racismo deve ocupar uma posição central na agenda política anticapitalista, uma vez que a exploração racial é indissociável da lógica da exploração capitalista. Conseqüentemente, o racismo não é apenas uma aberração comportamental; é uma característica estrutural do capitalismo neoliberal no Brasil.

Novamente, o pacto da branquitude entra em tela, pois a branquitude não é percebida como uma herança inscrita na subjetividade, sequer sendo mencionada ou reconhecida publicamente. Isso gera um estado de normalização de algumas formas de dominação e violências raciais, dentre elas o racismo aqui apontado. Há um acordo

e comprometimento com a manutenção de relações de privilégio e poder, mascarados pela ideologia do mérito. Daí que a incorporação do racismo não seja atribuída apenas a pessoas brancas, e nem esteja restrita ao uso da força física ou xingamentos, por seu caráter latente em uma sociedade estruturada pelo colonialismo. A supremacia branca se inscreve em nossos corpos e mentes a partir dos processos de socialização, e é assimilada de modo que nossos comportamentos e ações convergem para sua manutenção. Convergem, ainda, para a deslegitimação de um processo de conscientização e transformação radical do pensamento racista.

Um exemplo prático de racismo estrutural e do pacto da branquitude é a falta de estatísticas sobre o acesso e a utilização de programas e serviços de saúde pelos quilombolas, que tendem a ser categorizados como negros, embora suas necessidades possam ser muito diferentes devido à sua própria compreensão de saúde:

“Eu vou a pé [para o posto de saúde que é localizado há mais de 10km do quilombo] ou eu imploro para que venham me buscar. Eu não tenho carro nem moto. E quando chego lá, vejo gente no carro da saúde que tem carro, mas para mim nunca tem carro para me levar. Nunca liguei, por nós nunca vêm, para o pomerano tem política, para nós não tem. Nunca me buscam, nunca, nunca e os colonos que têm carro, eles vêm buscar.” (Liderança feminina do Quilombo Renascer, Arroio do Padre).

Outrossim, as informações geradas pelas Pesquisas Nacionais de Saúde têm uma importância inegável na promoção da equidade e da justiça social, pois revelam as disparidades de qualidade e resolução existentes entre territórios e grupos populacionais (Szwarcwald, 2023). Desse modo, a generalização e o desconhecimento das especificidades das comunidades quilombolas têm feito com que os recentes levantamentos nacionais ignorem sobejamente as intervenções estratégicas, ainda que sua existência seja conhecida pelas autoridades sanitárias (Pereira; Mussi, 2020; Mussi *et al.*, 2020). As

implicações desse cenário são maiores do que se poderia pensar; a subnotificação, ou pior, a notificação incompleta das condições clínicas dessa população, trava o desenvolvimento de estratégias específicas para esses usuários. Isso não apenas cria barreiras ao cuidado, mas também afeta a reestruturação dos sistemas locais de saúde e o alcance de outras políticas intersetoriais voltadas para esses indivíduos, como as de assistência social.

Ao partir do entendimento de que a saúde é mais do que a ausência de doenças, e que as condições e modo de vida também afetam esse processo, a questão da equidade em saúde para as comunidades quilombolas torna-se ainda mais complexa de ser analisada. Não é por acaso que o PIAPS contemplou várias áreas de intervenção de forma a proporcionar uma abordagem o mais abrangente possível aos usuários. Essas áreas foram agrupadas da seguinte forma: alimentação saudável, práticas integrais e complementares em saúde, saúde mental, sífilis segundo a classificação clínica e tratamento da tuberculose, nessa ordem (Rio Grande do Sul, 2024). Embora os critérios utilizados para a definição dessas áreas de intervenção não tenham sido compartilhados, supõe-se que tenham sido escolhidos com base em cortes epidemiológicos representativos das necessidades das comunidades quilombolas do RS.

O adoecimento mental em comunidades quilombolas é bem documentado na literatura e não está exclusivamente ligado a condições clínicas hereditárias (Batista; Rocha, 2020; Queiroz *et al.*, 2023). Pelo contrário, fatores contextuais como pobreza, baixa escolaridade, episódios de racismo e o isolamento social vivenciado por muitas dessas comunidades devido à sua localização em regiões de difícil acesso, acabam por levar ao sofrimento psíquico e aparecimento de depressão e tentativas de suicídio.

O fato de adoecer pode não parecer diferente entre quilombolas e o restante da população brasileira, mas os atos de cuidado e recuperação explicitam uma visão divergente do modelo biomédico ocidental,

em contraste com o uso de práticas integrais e complementares de saúde. Parte do patrimônio de cuidados de saúde dessas comunidades é a utilização de plantas medicinais, tais como ervas e chás feitos a partir de compostos botânicos. Em pesquisas empíricas, no entanto, observamos como essa prática ancestral, transmitida por tantas gerações, parece estar sofrendo um apagamento e, portanto, está sendo esquecida em prol do uso de fármacos (Grossi; Cogoy; Murillo, 2022). Mesmo que essas práticas não resolvam objetivamente todas as condições de saúde, deve-se ressaltar que seu desaparecimento se traduz em uma perda gradual da identidade quilombola. Nesse sentido, vale destacar os esforços empreendidos pelo estado do RS, conforme proposto pelo PIAPS, para preservar esses saberes ancestrais (Rio Grande do Sul, 2024). No entanto, um levantamento realizado com todas as comunidades quilombolas do estado constatou que apenas 38,4% dessas comunidades acessam o PIAPS (Kroef *et al.*, 2023). O Conselho de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra (Codene) trabalha intensamente na pauta quilombola e fiscaliza políticas públicas como o recurso do PIAPS, e tem constatado que muitos municípios do RS não estão utilizando o recurso de forma adequada e sequer informam as comunidades sobre a origem do recurso ou sobre a consulta livre que lhes foi informada (diário de campo).

Ao discutir as especificidades do “cuidar” *de si e do outro* em comunidades quilombolas, vale a pena observar o senso de coletividade que define o bem-estar de todo o grupo, como ilustrado pela fala da liderança, a seguir:

“Então, eu vejo que ser quilombola está nessas condições é porque a gente tem resistência, (...). Se nossos antepassados não fossem fortes, nós não estaríamos hoje aqui. Então, essa força que eles tinham sempre em busca da liberdade, de proteção de cuidados dos seus. Isso aí a gente mantém no nosso grupo, de estar sempre cuidando, as vezes cuidar da família, mas sempre estar preocupado com os outros. Do que que adianta a gente

estar bem e o outro lá, passando trabalho?” (Liderança feminina quilombola, Quilombo dos Alpes, Porto Alegre).

A efetivação do direito à saúde, como forma de validar o princípio da equidade, depende da existência de instalações e equipamentos de qualidade que atendam às necessidades da população quilombola em todos os níveis assistenciais (Mussi *et al.*, 2023). Isso reflete, por assim dizer, a aproximação dos serviços locais de saúde com as comunidades, na perspectiva da territorialização, da resolutividade, da longitudinalidade e da acessibilidade, que são as diretrizes organizacionais do SUS. Igualmente importante é a competência cultural que deve estar na vanguarda dos encontros entre os profissionais de saúde e os quilombolas. Os relatos das lideranças retratam a predisposição expressa pelos membros da comunidade quando consideram a possibilidade de procurar os serviços de saúde locais:

“Saúde é bem-estar, estar com a aparência boa, estar com os dentes saudável, com o pré-câncer em dia, ter um bom médico quando precisar, mas falta aqui um médico da família, ninguém quer vir trabalhar aqui, são 40h para ganhar uns 5mil e pouco. Preferem ir para outros lugares que ganham mais. Aqui em Arroio do Padre são poucos negros concursados e quando tem, querem tirar.” (Liderança feminina, Quilombo Renascer, Arroio do Padre).

No entanto, nem tudo é negativo. A comunidade quilombola de Casca utilizou os fundos do PIAPS para equipar um consultório odontológico na Associação Quilombola. Ali os moradores recebem atendimento mensal, mas o dentista nem sempre está disponível. Quando uma nova dentista foi contratada, houve críticas aos materiais adquiridos, com o argumento de que ela não tinha condições de realizar procedimentos odontológicos naquele espaço (diário de campo, informações fornecidas pela representante da SES/RS).

A organização coletiva das mulheres quilombolas possibilita ecoar a voz de suas comunidades ao exigir o reconhecimento de suas garantias fundamentais, como é o caso do direito à saúde:

“Quem mais vai atrás sou eu. Eu sei o direito que a gente tem, o pessoal às vezes não sabe. Eu falo nas comunidades, que eles têm que saber o que é nosso direito. Se a pessoa não sabe, o projeto passa para a comunidade de qualquer jeito. O direito é nosso e eu quero o que é nosso por direito”. (Liderança feminina quilombola, Quilombo dos Martimianos, primeira presidenta da Federação das Comunidades Quilombolas do Rio Grande do Sul).

No entanto, a gestão dos recursos do PIAPS representa um desafio significativo. Na prestação de contas da prefeitura de Pelotas, esse recurso foi acumulado, resultando em um montante de mais de 40 mil para cada um desses quilombos. Os recursos foram utilizados por algumas comunidades que não possuíam sede da associação quilombola para a compra de uma, enquanto as que já possuíam optaram por construir uma cozinha na sede da associação, comprar uma caixa d'água e materiais e utensílios para a sede da associação.

Vale ressaltar que a postura dos agentes públicos (representando tanto a coordenadoria regional de saúde quanto a secretaria municipal de saúde) foi a de incentivar a construção coletiva do plano e enfatizar que não se tratava de benefícios individuais ou privados, ou seja, a aquisição do bem comum. Isso levou à possibilidade de tomada de decisão democrática coletiva com relação ao uso de fundos públicos. Os agentes públicos alertaram todas as comunidades sobre a necessidade de utilizar os recursos com agilidade, pois o acúmulo de recursos em uma conta criaria uma oportunidade para sua alocação a outras demandas emergentes, conforme evidenciado pela experiência da pandemia da covid-19 e da campanha da dengue.

Foi recomendado que as comunidades fossem incentivadas a participar da elaboração de novos planos e da alocação de recursos públicos. Essa recomendação indica que não se trata apenas de fornecer recursos financeiros, mas também de orientar os membros das comunidades quilombolas para utilizá-los de forma eficaz. Particularmente, isso implica equipá-los com as habilidades para realizar análises situ-

acionais de saúde, permitindo que identifiquem necessidades imediatas e forneçam soluções para demandas preexistentes não resolvidas. Dado que o PIAPS estabelece uma série de indicadores, é de suma importância que os recursos pleiteados demonstrem melhoras nas condições de vida e saúde, o que deve ser verificado anualmente.

Reflexões finais

O conceito de políticas afirmativas requer o reconhecimento da imbricada existência de oportunidades desiguais em uma sociedade que é histórica e estruturalmente vertical, com privilégios baseados em gênero, raça, classe e outros marcadores sociais. O artigo demonstrou que as políticas afirmativas vão além da implementação de cotas na área da educação e devem ser integradas em uma gama mais ampla de políticas, como exemplificado pela incorporação de políticas afirmativas no âmbito da saúde coletiva.

Além da implementação de políticas afirmativas de saúde que beneficiem as populações vulneráveis, como as pertencentes às comunidades negras e às comunidades quilombolas, há uma necessidade urgente de ações antirracistas para promover a equidade. Essas ações devem incluir a capacitação de gestores públicos em letramento racial, a formação de lideranças comunitárias para elaboração de projetos e captação de recursos, e a articulação com os coletivos negros e movimentos sociais quilombolas para pressionar o poder público e órgãos de representação social, como o CODENE, para o controle social da implementação das políticas previstas na legislação.

Para desenvolver políticas afirmativas para as populações quilombolas, é necessário considerar a disponibilidade de recursos, oportunidades e meios de acesso. Isso vai além da mera inserção nos espaços públicos e privados; requer uma abordagem mais abrangente da inclusão. A inclusão, por sua vez, requer participação política, saúde, pertencimento, reconhecimento cultural e de identidade, acesso a uma rede de proteção social, emprego digno, educação de qualidade, bem como a distribuição



de recursos financeiros, como é o caso do PIAPS. Para que a comunicação pública seja eficaz, é essencial que ela seja transparente, horizontal, e que a escuta genuína seja incentivada. Também deve ser aberta ao diálogo, e os quilombolas devem ser reconhecidos como sujeitos políticos com voz.

É de suma importância descolonizar os saberes e vocalizar as demandas dos povos quilombolas, principalmente das lideranças femininas, que lutam há gerações para garantir o território e melhorar as condições de vida de suas comunidades. Na pesquisa engajada, a comunidade é o ator principal, atuando como protagonista e porta-voz de seus desejos, necessidades e anseios. Os pesquisadores acadêmicos desempenham um papel de apoio nesse processo, atuando como aliados na luta antirracista por equidade e justiça social. No processo de produção de conhecimento, desafiar o pacto da branquitude também pode significar estabelecer estratégias plurais e antirracistas.

Referências

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. Feminismos plurais. São Paulo: Editora Jandaíra, 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, Eraldo C.; ROCHA, Katia B. Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Interações** (Campo Grande), v. 21, n. 1, p. 35-50, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/inter.v21i1.2149>. Acesso em: 14 jun. 2024.

BENTO, Cida. **O pacto da branquitude**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

BRASIL. **Decreto 11.447, de 21 de março de 2023**. Institui o Programa Aquilomba Brasil e o seu Comitê Gestor. Brasília, 21 mar. 2023. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11447.htm. Acesso em: 01 ago. 2023.

BRASIL. Secretária de Políticas para Comunidades Tradicionais. **Guia de políticas públicas para comunidades quilombolas**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: www.seppir.gov.br/portal-antigo/arquivos-pdf/guia-pbq. Acesso em: 16 maio 2015.

BRASIL. **Lei Federal nº 12.288, de 20 de julho de 2010**. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 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. Brasília, 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm. Acesso em: 14 jun. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 14 jun. 2024.

BRASIL. **A saúde da população negra e o SUS**: ações afirmativas para avançar na equidade. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. **Programa Brasil Quilombola**. Brasília, 2004. Disponível em: http://www.seppir.gov.br/publicacoes/brasilquilombola_2004.pdf. Acesso em: 16 maio 2015.

BRASIL. **Lei no 8.080, de 19 de 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. Brasília, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 14 jun. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 14 jun. 2024.

CARVALHO, Antonio I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 19-38.

COGOY, Eliana Mourgues; GROSSI, Patricia. Krieger. Comunidades quilombolas e racismo estrutural: vivências de mulheres quilombolas de diferentes gerações. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS: Questão Social, Pandemia e Serviço Social, 17., 2022, Brasília. **Anais do XVII CBAS: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**: Questão Social, Pandemia e Serviço Social. Brasília: ABEPSS, 2022. v. 1. p. 1-10.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FERES JÚNIOR, João; CAMPOS, Luiz A.; DAFLON, Verônica T.; VENTURINI, Anna C. **Ação afirmativa**: conceito, história e debates. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2018.

GROSSI, Patricia Krieger; COGOY, Eliana M.; MURILLO, Robert Steven G. Mulheres quilombolas e o acesso às políticas de saúde: lutas e resistências. In: SERPINF, 6., 2022. **Anais do VI SERPINF E IV SENPINF**: Seminário Nacional de Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família. Porto Alegre, 2022.

GRUPO DE ESTUDOS MULTIDISCIPLINARES DA AÇÃO AFIRMATIVA (GEE-MA). **O que são ações afirmativas?** [s/d]. Disponível em: <https://gema.iesp.uerj.br/o-que-sao-aco-es-afirmativas/>. Acesso em 8 de junho 2024.

HOOBS, bell. **Erguer a voz**: pensar como feminista, pensar como negra. São Paulo: Elefante, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/>. Acesso em: 14 jun. 2024.

KROEF, Denise; AMBROSINI, Larissa Bueno; BREMM, Carolina; MIRANDA, Regina da Silva; ROLDAN, Bruna Bresolin; ARNT, Mônica de Andrade; FLECK, Luiz Fernando; DETONI, Mariana; DIAS, Fernando Kluwe; SOUZA, Augusto César Dantas de. **Quilombolas**: diagnóstico das comunidades quilombolas certificadas do Rio Grande do Sul. POA: Seapi/DDPA, 2023.

MALCHER, Maria Albenize Farias. Formação e territorialização quilombola no estado do Pará. **Revista da ABPN**, v. 9, n. 23, p. 57-81, 2017. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/507>. Acesso em: 6 jun. 2024.

MILLS, Charles H. **O contrato racial**. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

MINAYO, Maria Cecília de S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 33. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

MÜLLER, Guilherme de Souza. A Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde como proposição de resistência ao exílio da diversidade. **Diversidade e Educação**, v. 11, n. 1, p. 609-631, 2024. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/divedu/article/view/15446>. Acesso em: 6 jun. 2024.

MURILLO, Robert Steven Gutiérrez. Desigualdades sociais na velhice e as potencialidades da prática intersetorial em saúde: algumas considerações gerontológicas. **O Social em Questão**, v. 24, n. 50, p. 363-386, 2021. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/52357/52357.PDF>. Acesso em: 14 jun. 2024.

MUSSI, Leila Maria Prates T.; OLIVEIRA, Ilzver de Matos; ALMEIDA, Claudio Bispo de; MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas. O direito à saúde: uma análise com comunidades quilombolas baianas. **Odeere**, v. 8, n. 1, p. 322-339, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.22481/odeere.v8i1.12010>. Acesso em: 14 jun. 2024.

MUSSI, Ricardo Franklin de F.; MUSSI, Leila Maria Prates Teixeira; RODRIGUES, Deyvis Nascimento; ALMEIDA, Claudio Bispo de; TEIXEIRA, Emille Prates; FI-

GUEIREDO, Ana Claudia Morais Godoy. Inquérito de saúde em população quilombola baiana: relato de uma experiência em pesquisa epidemiológica. **Saúde e Pesquisa**, v. 13, n. 3, p. 675–685, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2020v13n3p675-685>. Acesso em: 14 jun. 2024.

NEIVA, Ricardo; QUEIROZ, Patrícia de Souza Fernandes; MIRANDA, Sérgio Vinícius Cardoso de; SILVEIRA, Marise Fagundes; RODRIGUES NETO, João Felício. Indicadores sociais e outros fatores associados a doenças crônicas não-transmissíveis em quilombolas rurais do Norte de Minas Gerais. **Conciliium**, v. 23, n. 18, p. 134–151, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.53660/CLM-1988-23N56>. Acesso em: 14 jun. 2024.

OLIVEIRA, Dennis de. **Racismo estrutural**: uma perspectiva histórico-crítica. São Paulo: Dandara, 2021.

OLIVEIRA, Guilherme Sacheto; PACHECO, Zuleyce Maria L.; SALIMENA, Anna Maria O. de.; RAMOS, Camila M.; PARAÍSO, Alanna F. Método bola de neve em pesquisa qualitativa com travestis e mulheres transexuais. **Saúde Coletiva**, v. 11, n. 68, p. 7565–7568, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i68p7581-7588>. Acesso em: 14 jun. 2024.

PEREIRA, Rosilene das N.; MUSSI, Ricardo F. de Freitas. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. **Odeere**, v. 5, n. 10, p. 280–303, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.22481/odeere.v5i10.6938>. Acesso em: 14 jun. 2024.

QUEIROZ, Patrícia de Sousa F.; RODRIGUES NETO, João Felício; MIRANDA, Leonardo de Paula; OLIVEIRA, Pâmela Scarlatt Durães; SILVEIRA, Marise Fagundes; NEIVA, Ricardo Jardim. Transtornos mentais comuns em quilombolas rurais do Norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 6, p. 1831–1841, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.15022022>. Acesso em: 14 jun. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Portaria SES nº 189/2024**. Define o montante e a forma de distribuição do recurso financeiro do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS), instituído pelo Decreto Estadual nº 56.061, 29 de agosto de 2021. PROA 23/2000-0019300-1. Porto Alegre, 2024. Disponível em: <https://www.diariooficial.rs.gov.br/materia?id=972291>. Acesso em: 14 jun. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Portaria nº 360, de 13 de março de 2023**. Define os critérios de habilitação e a forma de distribuição do recurso financeiro do Programa Estadual de Incentivos para a Atenção Primária à Saúde (PIAPS), instituído pelo o Decreto Estadual nº 56.061, 29 de agosto de 2021. Porto Alegre, 2023. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/materia?id=972291>.

rs.gov.br/upload/arquivos/202305/26165807-portaria-360-2023-dapps-piaps-2023.pdf. Acesso em: 14 jun. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Portaria SES nº 512/2020**. Aprova a Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde. Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202007/31153736-512.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. **Governo do estado lança Estratégia de Saúde da Família Quilombola**. 2013. Disponível em: <https://estado.rs.gov.br/governo-do-estado-lanca-estrategia-de-saude-dafamiliaQuilombola>. Acesso em: 16 maio 2015.

SCHUCMAN, Lia W. **Branquitude: diálogos sobre racismo e antirracismo**. São Paulo: Fósforo, 2023.

SZWARCWALD, Célia L. Inquéritos nacionais de saúde: visão geral sobre técnicas de amostragem e dados coletados por desenhos complexos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 32, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000300014.EN>. Acesso em: 14 jun. 2024.

Notas

- 1 Doutorando em Gerontologia Biomédica, PUC-RS. Mestre em Gerontologia, UNEATLANTICO, Espanha. Especialista em Saúde da Família, UNILA. Bacharel em Saúde Coletiva, UNILA. Bolsista Programa de Excelência Acadêmica, PROEX-CAPES 2022-2026. Orcid n.º <https://orcid.org/0000-0003-2304-3241>. E-mail: roberth.murillo@edu.pucrs.br.
- 2 Doutora em Serviço Social, PhD pela University of Toronto, Canadá. Professora titular da Escola de Humanidades da PUCRS. Pesquisadora Produtividade em Pesquisa 1B do CNPq. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Violência. Orcid n.º <http://orcid.org/0000-0003-1917-0221>. E-mail: pkgrossi@pucrs.br
- 3 Assistente Social. Professora Associada no Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Doutora em Ciências Sociais pela Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales - FLACSO/Argentina. Doutoranda em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS. Bolsista Modalidade Taxa, CAPES 2021-2025. Orcid n.º <https://orcid.org/0000-0003-4845-8072>. E-mail: elianacogoy@gmail.com
- 4 Psicólogo e sociólogo. Professor no curso de Psicologia da Escola de Ciências da Saúde e da Vida (ECSV/PUCRS). Doutorando em Sociologia (PPGS/UFRGS). Mestre em Psicologia Social (PPGSI/UFRGS). Especialista em Educação em Direitos Humanos (UFABC). Bolsista Modalidade Demanda Social, CAPES 2023-2027. Orcid n.º <https://orcid.org/0000-0002-1165-7740>. E-mail: antunes.lucas@pucrs.br