SAÚDE, COMUNIDADES QUILOMBOLAS, POLÍTICA SOCIAL E COVID 19

Alexandre Miranda de Castro[1]

Emanuel Luiz Pereira da Silva[2]

José Adriano de Araújo Pereira[3]

RESUMO

A proposta que trata da saúde relacionada às comunidades quilombolas, no Brasil, tem sido pouco explorado em estudos científicos. O atual artigo tem como objetivo principal relatar uma breve relação entre saúde e comunidades quilombolas, destacando a precariedade do acesso a este direito. Intenciona-se caracterizar alguns aspectos gerais acerca das questões raciais no Brasil, vinculadas à questão da política social e da tratativa da saúde destas comunidades durante a Pandemia da COVID-19.

Palavras-chave: Saúde. Comunidades quilombolas. COVID19.

ABSTRACT

The proposal that deals with health related to quilombola communities in Brazil has been little explored in scientific studies. The main objective of the current article is to report a brief relationship between health and quilombola communities, highlighting the precariousness of access to this right. It is intended to characterize some general aspects about racial issues in Brazil, linked to the issue of social policy and health care in these communities during the COVID-19 Pandemic.

Keywords: Health. Quilombola communities. COVID-19.

[1] Especialista em Gestão Pública pela UEPB/PB, Especialista em Serviço Social e Políticas de Proteção Social pelo CINTEP/PB, Mestrando em Serviço Social pela UFPB/PB. Membro pesquisador do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Políticas Sociais – NEPPS – Brasil, e-mail: alexandremirandacastro@yahoo.com.br.

[2] Phd. Dep. de Serviço Social e Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Coordenador do Curso de Bacharelado em Serviço Social/UFPB. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais - NEPPS. Universidade Federal da Paraíba - Campus I. 58051900 - João Pessoa, PB – Brasil. Telefone: (83) 3216-7200, e-mail: emanuelpereira.educ@gmail.com.

[3] Graduado em Licenciatura Plena em Educação Física – 2003/UNIPE. Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional – 2017/IESPA. Mestrando em Serviço Social pela UFPB/PB. Membro pesquisador do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Políticas Sociais – NEPPS – Brasil. E-mail: adriano@outlook.com.

1 INTRODUÇÃO

A despeito da importância do presente tema, ou seja, da necessidade de explorarmos o acesso à saúde das comunidades quilombolas, sobretudo em tempo pandêmico, não existe grande debruçamento acadêmico a respeito da questão. Os estudos existentes sobre o acesso a bens e serviços pelas comunidades quilombolas, realizados em momento anterior à Pandemia da COVID-19, demonstram que estes grupos vivem em contextos bastante precários e em total processo de exclusão.

Conforme sustentam Gomes *et al.* (2013), embora a utilização de serviços de saúde, resultado de um conjunto amplo e complexo de determinantes que incluem fatores relacionados à organização da oferta, às características sociodemográficas dos usuários, ao perfil epidemiológico e aspectos relacionados aos prestadores de serviços, a utilização dos referidos serviços ainda demonstra uma extensa desigualdade, sobretudo com relação aos grupos que, historicamente, vivenciam exclusão completa ao cenário de oferta de serviços sociais.

O acesso à saúde pela população brasileira é alvo de preocupação e exame constante por parte dos gestores. Muitos são os motivos responsáveis pela ausência de prestação adequada, tais como: falta de vagas para atendimento, demanda intensa, falta de infraestrutura adequada, falta de planejamento e estratégias ligadas à medicina da prevenção, processo conhecido como insulamento burocrático, etc.

Como se não bastassem, as referidas dificuldades são expandidas em número e intensidade quando estamos falando do acesso à saúde pelas comunidades quilombolas brasileiras, uma vez que, soma-se ao rol de empecilhos, a existência do que se convencionou chamar de “Racismo Estrutural” (Almeida, 2020), responsável por conduzir e manter afastadas essas comunidades, relegadas ao isolamento de políticas públicas indispensáveis, o que termina por segregar, vergonhosamente, ainda mais um grupo descendente de pessoas.

Neste sentido, o presente artigo foi produzido mediante levantamento documental e bibliográfico. A análise do material encontrado teve como método o

"materialista histórico-dialético", na perspectiva de analisar os fenômenos a partir da história dos sujeitos envolvidos.

Além da Constituição Federal brasileira, Convenções Internacionais trouxeram a intenção de eliminar qualquer preconceito relacionado a estes grupos, como a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Racial de 1965 que aduz, em seu artigo 3º: "Os Estados – Partes condenam a segregação racial e o *apartheid* e comprometem-se a proibir e a eliminar nos territórios sob a sua jurisdição todas as práticas dessa natureza" (GALHANO 2012; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1965).

Acerca do retro mencionado instrumento, Galhano (2012) aduz que ele "busca, ainda, erradicar todas as formas de discriminação por raça, cor, descendência ou origem nacional, ou étnica, para garantir o pleno exercício dos direitos civis, políticos, sociais e econômicos, com a aplicação do princípio da igualdade". Embora reconheçamos a importância de avançar o debate acerca das questões ligadas à discriminação e ao racismo ao nível legislativo, as desigualdades sociais geradas pela questão da raça ainda são um grande problema de saúde pública, principalmente quando relacionadas ao acesso à saúde de populações historicamente marginalizadas, como é o caso das quilombolas. (CASTRO *et al.,* 2021, n.p.).

2 A DIFICULDADE DO ACESSO À SAÚDE DAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS NO BRASIL: ATRAVÉS DO MODELO BUROCRÁTICO DO SISTEMA CAPITALISTA DE PRODUÇÃO

Uma falsa ideia persiste no âmbito das relações sociais: a de que a disponibilização dos direitos e garantias fundamentais na esfera constitucional e na legislação ordinária seria suficiente para o pleno alcance e gozo dos cidadãos.

Nos dizeres de Torrens, "as políticas públicas são um processo dinâmico, com negociações, pressões, mobilizações, aliança ou coalizões de interesses" (TORRENS, 2013, p. 189).

Outro autor relembra que "Política é conflito, oposição e contradição de interesses. Também é relação de poder, portanto transforma-se, frequentemente, num

jogo desequilibrado, entre classes sociais antagônicas". (SANTOS, 2006, p. 42). Por sua vez, o Estado, na tentativa de fazer uma mediação entre os interesses tão diversos dessas classes sociais (que, costumeiramente, chamamos de antagônicos), precisa propor medidas que aplaquem as desigualdades tão brutas, o que se dá através de políticas sociais públicas como formas de garantir seguridade social (aí abrangidas a previdência e assistência social para quem dela necessita), acesso à educação e à saúde, habitação, segurança alimentar e nutricional, e todas as políticas setoriais ligadas à pessoa idosa, à criança, ao adolescente e famílias (CASTRO *et al.,* 2021, n.p.).

Nas palavras de Santos (2006), "O Estado [...] expressa as relações sociais pelo confronto, pela negociação, pela cooptação, pela busca de consenso e de pactuação, mas sempre sob a hegemonia de determinado projeto societário" (Santos, 2006, p.42-43; Silva, 2004, p.33). E esse "projeto societário" na atualidade é a proteção do "sistema capitalista de produção".

Não se pode, sob pena de se fazer um debate acrítico, retirar a figura do capitalismo como força motriz desse antagonismo de interesses, isto porque as políticas sociais surgem como meio de intervenção contínua para reparar as injustiças e opressões geradas quando somente uma parte minúscula da população detém os meios de produzir e a maior parte dos recursos financeiros. Nas palavras de certa autora:

> As políticas sociais surgem no mundo capitalista, a partir da segunda revolução industrial, como estratégia de intervenção contínua, sistemática e estruturada do Estado na área social, consequência da refuncionalização sofrida pelo Estado para responder à fase monopólica do capitalismo (SOUZA, 2006, p. 23).

Com a ampliação do conceito de promoção da saúde, visto agora não somente como o que visa reduzir o risco, mas sim como o conjunto de ações que busca prevenir, recuperar, devendo ser percebido na sua dimensão fisiológica, psíquica, etc., sabe-se que todas essas políticas precisam estar articuladas entre si, atendendo a todas as necessidades humanas e sociais como única forma de se alcançar o que se convencionou chamar de *boa saúde*.

Segundo Jaccould 2005, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, houve a garantia da universalização do acesso a serviços oferecidos pelo Estado como modo de operacionalizar a própria ideia de equidade. Nas palavras da mesma autora:

> O terceiro pilar da seguridade social é a política de saúde. De acesso universal e regida pelos princípios da equidade – atendimento a cada pessoa e comunidade, conforme as suas necessidades de saúde – e da integridade, englobando todos os tipos de serviços necessários, a política de saúde passou a ser implementada por meio do Sistema Único de Saúde – SUS (JACCOULD, 2005, p. 65).

Muito embora a Constituição Federal tenha garantido a universalização do acesso à saúde, este processo de ampliação não pode ser discutido sem levarmos em consideração todos os fenômenos sociais que acompanham as populações quilombolas e que são parte indissociável da exclusão das quais são vítimas quando se fala em promoção de seus direitos. Exatamente por essa razão, Freitas *et al*. (2011) aduzem que:

> A cor da pele pode ser vista como manifestação biológica na figura humana, mas também pode se mascarar em expressão racializada da biologia, quando exposta a atitudes segregadoras dentro da sociedade. Os termos raça e etnicidade são categorias sociais, mais do que biológica, referente a grupos que têm em comum uma herança cultural (FREITAS *et al.,* 2011, p. 937).

O que os autores pretendem, quando sustentam que a “cor da pele” tem uma conotação social muito além da biologia, é demonstrar que não é por acaso que essas populações têm acesso precarizado aos serviços de saúde, tanto nas unidades básicas, quanto nas unidades especializadas, e que esse marcador (cor da pele) está conectado ao longo da história com as demais heranças culturais, frutos de violência e abusos com consequências atuais.

Nessa mesma linha:

> É preciso ampliar a discussão do direito à saúde, que é uma das premissas básicas do SUS, levando-se em conta que o acesso ao mesmo, passa ainda pelas condições sociais e econômicas da população e não apenas de sua condição étnica. Mas sem perdermos de vista que a universalidade do SUS, que seria o pleno acesso aos serviços públicos de saúde e de qualidade, para toda a população brasileira ainda não se efetivou na prática. (FREITAS *et al.,* 2011, p. 938).

Segundo Rizzotti (2013, p.169): “O conjunto destes aspectos só pode ser compreendido e constituído numa totalidade, se articulados dos pontos de vista da crítica e da história”.

Nas palavras da autora, acertada, a menção de que os problemas relacionados às questões sociais no Brasil precisam ser vistos e trabalhados diante de uma dimensão conjuntural, expressos através de uma totalidade concreta, na qual o Estado tem um papel primordial em agir de acordo a alcançar a diminuição das desigualdades sociais impostas pelo capitalismo.

De acordo com Rizzotti (2013):

> Torna-se indispensável a discussão sobre o desenvolvimento econômico e as características do Estado brasileiro, tendo como elemento central da questão social no Brasil e da relação sociedade civil e Estado, as especificidades da burguesia nacional delineada pela estrutura econômica dependente (RIZZOTTI, 2013, p. 169).

Quando falamos em políticas públicas, sabe-se que as medidas sociais ainda precisam ser mais estruturadas de modo a se abandonar esse modelo de burocratização, visto e reconhecido como verdadeiro obstáculo ao acesso ao atendimento da saúde pública em nosso país (CASTRO *et al.,* 2021, n.p.).

Portanto, é verdadeira a afirmação de que as dificuldades de acesso a direitos fundamentais não se dão somente perante a classe trabalhadora, mas também perante as comunidades que, historicamente, vivem à margem sociedade, afundadas em pobreza e exclusão social (dentre as quais estão inseridas as comunidades quilombolas brasileiras), ferindo de morte o que se chama de direito universal. Isso tudo se deve a uma política centralizada e voltada para o atendimento dos interesses do sistema capitalista de produção (CASTRO *et al.*, 2021, n.p.).

Nas palavras de certos autores:

> O Estado brasileiro garante por lei o direito à saúde de sua população, mas percebe-se uma dificuldade de acesso a estes serviços que, por analogia ao referencial teórico de Foucault, trata-se como “suplícios”, não como uma forma jurídica – política que evidenciava a manutenção nos séculos XVI e XVII mas com a evidência do suplício como um agente político e disciplinador que visa ao controle do poder exercido pela elite brasileira e as formas de resistências exercidas pelas populações quilombolas nesta rede de poder (ALMEIDA *et al.*, 2019, p. 95).

Podemos destacar, para fins de exemplificar ações burocráticas, a enorme dificuldade na marcação das consultas pelas unidades básicas de saúde para os atendimentos de referência, as extensas filas, os cadastros, que são cada vez mais rigorosos, excluindo quem não esteja com toda a sorte de documentação, a repartição das unidades em uma longa variedade de setores, de modo que dificilmente se chega até o médico especialista, as longas filas de procedimentos cirúrgicos, de modo que, muitas vezes se morre antes de se operar.

É claro e necessário explicar que, conforme salientado outrora, quando se trata da dificuldade do acesso das comunidades quilombolas aos serviços de saúde pública oferecidos pelo SUS, o processo do insulamento burocrático não é a única barreira, devendo ser salientado que a própria raça e cor também são considerados empecilhos (CASTRO *et al.,* 2021, n.p.). Nas palavras do autor Silva *et al.* (2016):

> O preconceito e a discriminação são fatores que repercutem na condição de saúde. Na literatura norte – americana, já se evidencia que as inadequações quanto a condição de vida, ao suporte social, à empregabilidade, ao acesso à alimentação, ao estilo de vida **e ao acesso aos serviços de saúde** estão fortemente associadas ao pertencimento de raça (SILVA, *et al.*, 2016, p. 2).

Segundo Almeida *et al.* (2019), a rede de burocratização dos serviços de saúde não é mero tecnicismo ou fatalidade do sistema de efetivação das políticas sociais, mas antes uma forma de garantir o *status quo*, ou seja, uma maneira de manter-se o controle das populações menos favorecidas e o poder exercido pela elite (ALMEIDA *et al.,* 2019).

Na mesma esteira que pontuou Foucault, acerca do suplício como um agente político e disciplinador que visa ao controle do poder exercido pela elite, é mister salientar que essa população também virou alvo de poder disciplinar (ALMEIDA, *et al.,* 2019).

De maneira contundente, o mesmo autor preleciona que:

> As condições de saúde e a precariedade em que vivem as populações quilombolas, caracterizando-as como uma população pobre e com a saúde debilitada, remete ao pensamento discutido por Foucault sobre as disciplinas e formas de poder exercidas nos séculos XVII, XVIII E XIX sobre a formação de corpos dóceis que, simultaneamente, são uteis ao sistema econômico,

> mas são condicionados a uma menor participação política (ALMEIDA, 2019, p. 97).

Seguindo a teoria Foucautiana, o autor ainda defende que a negação do acesso à saúde e outros bens de serviços que a legislação alçou à responsabilidade e obrigação do Estado, de maneira universal, para com seus cidadãos, impõe aos quilombolas nova privação de sua liberdade, visto que há supressão dos direitos adquiridos, o que é estampa faceta grave do racismo no sistema de saúde e escancara a desigualdade social e racial (ALMEIDA, *et al.,* 2019).

2.1 O agravamento do acesso à saúde pelas comunidades quilombolas durante o período da pandemia do COVID-19 e o aumento de casos e óbitos

Muito embora a legislação tenha avançado em certa medida no tratamento do direito universal à saúde, nos últimos anos, o acesso ao referido direito pelas comunidades quilombolas vem piorando e se fragilizando. Neste sentido, é mister relembrar o congelamento de gastos públicos proposto e aprovado durante o governo de Michel Temer que anulou completamente qualquer perspectiva de avanço futuro acerca da prestação de serviços de saúde (CASTRO *et al.,* 2020).

No que se refere ao acesso aos serviços de saúde da população quilombola, incluindo idosos, estudos apontam que:

> O isolamento geográfico, os horários de atendimentos, as longas filas e o tempo de espera têm sido apontados como fatores que explicam, pelo menos parcialmente, a menor prevalência de utilização de serviços de saúde. Igualmente, os problemas enfrentados para o funcionamento do PSF nessas comunidades, como a alta rotatividade dos profissionais de nível superior em regiões rurais e a precária infraestrutura para a realização dos atendimentos, o preconceito e atendimento desumanizado por parte dos profissionais de saúde, podem constituir barreiras ao acesso e uso dos serviços de saúde por esse grupo populacional (GOMES *et al*, 2013, p. 1837).

Sobre esse assunto, Silva *et al.* (2020) trouxeram em seus estudos pesquisa recente da ABRASCO que demonstrou uma enorme redução da ação dos Agentes Comunitários de Saúde nos municípios durante a Pandemia, sendo que, para muitos quilombos, este contato com o referido profissional é o único serviço de saúde de que dispõem.

O autor chega a salientar que:

> Como resposta à pandemia, em todo o país, as comunidades têm optado pelo autoisolamento e tem adotado barreiras sanitárias autônomas. As pessoas que precisam buscar alimentos, medicamentos ou levar parentes aos hospitais são orientadas a seguirem as orientações sanitárias da OMS. No entanto, a situação tem se agravado uma vez que a Atenção Primária sempre foi precária, havendo mínima cobertura da ESF Quilombola e sendo esporádica a presença de médicos na maioria das comunidades, onde há muitas pessoas com doenças crônicas como hipertensão, diabetes e doença falciforme, que precisam de acompanhamento regular. Essas pessoas estão no grupo de risco para COVID-19, o que aumenta sua chance de morrer ao ter que buscar serviços de saúde nas áreas urbanas (SILVA *et al.,* 2020, n. p.).

O isolamento, como traço essencial a muitas dessas comunidades, é resultado do contexto de fuga, reconhecimento e pertencimento de seus iguais que, juntos, formaram verdadeiras redes de proteção contra a operação de caça institucionalizada pelo Estado brasileiro por muitos anos.

Nas palavras de Freitas *et al*. (2011):

> Nas comunidades quilombolas despertam uma série de questões socioeconômicas, espaciais, jurídicas e culturais que fazem parte da discussão sobre o que representam os quilombos contemporâneos na atualidade sobre a efetiva inserção cidadã (FREITAS *et al*., 2011, p. 937 – 938; KRIEGER, 1962).

Ou seja, é forçoso reconhecer que a Pandemia aumentou o isolamento destas comunidades, agravou o seu acesso aos serviços de saúde, provocou uma maior falta de rotatividade de profissionais nas unidades de estratégias de saúde da família, “o que ampliou a história da vulnerabilidade social a que sempre estiveram submetidas, fazendo com que estas sejam especialmente atingidas pelos efeitos da pandemia”.(Silva *et al.;* 2020 n.p.)

Apesar de não existirem dados oficiais sobre a real situação das comunidades quilombolas durante o período da Pandemia da COVID-19 no Brasil urbano, o que só confirma o estado de abandono institucional destas comunidades, já se sabe que houve um grande processo de subnotificação de casos e óbitos. (ARUTTI *et al.*, 2021, p. 15).

Contudo, “apesar do desconhecimento dos impactos reais da Pandemia da COVID-19, parceria firmada entre a Articulação das Comunidades Negras e Quilombolas (CONAQ) e o Instituto Sócio Ambiental (ISA) na criação da plataforma

da COVID-19" (Arutti *et al.;* 2021 p. 15), trouxe dados importantes, como por exemplo, de que, no mês de julho do ano de dois mil e vinte, houve um período de crescimento acentuado nas notificações identificadas (ARUTTI *et al.,* 2021, p.18). Tal assertiva se vê demonstrada no Gráfico 1, abaixo:

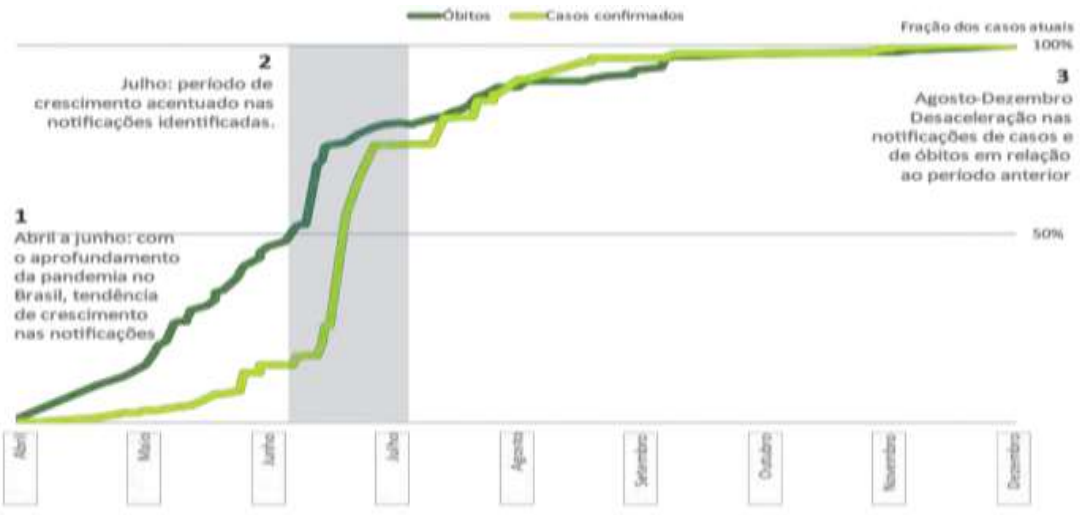

Gráfico 1 – Crescimento percentual de casos e óbitos quilombolas

Fonte: Dados da Coordenação Nacional de Articulação de Quilombos – CONAQ – 2020.

Apesar de todos os problemas de saúde enfrentados por estas comunidades em tempos não pandêmicos, percebe-se, de acordo com o gráfico acima, um crescimento de casos e de óbitos pela COVID-19 nas comunidades quilombolas durante os períodos mais críticos da pandemia.

"Alguns estudos, apontam que a população negra no Brasil morre mais pela COVID-19 do que a população branca" (PECHIM, 2020, n.p.). Segundo o professor Unaí Tupinanbás, "a explicação para esta diferença é a desigualdade social e econômica. Durante a pandemia a desigualdade foi escancarada. A mortalidade da população negra é muito mais alta, não só no Brasil, mas também na Europa e nos EUA" (PECHIM, 2020, n.p.). Um exemplo dessas sustentações é o que nos mostra o Gráfico 2, a seguir, que tem como referência o Estado de São Paulo – SP, e traz uma comparação entre o excesso de mortalidade por raça/cor em SP.

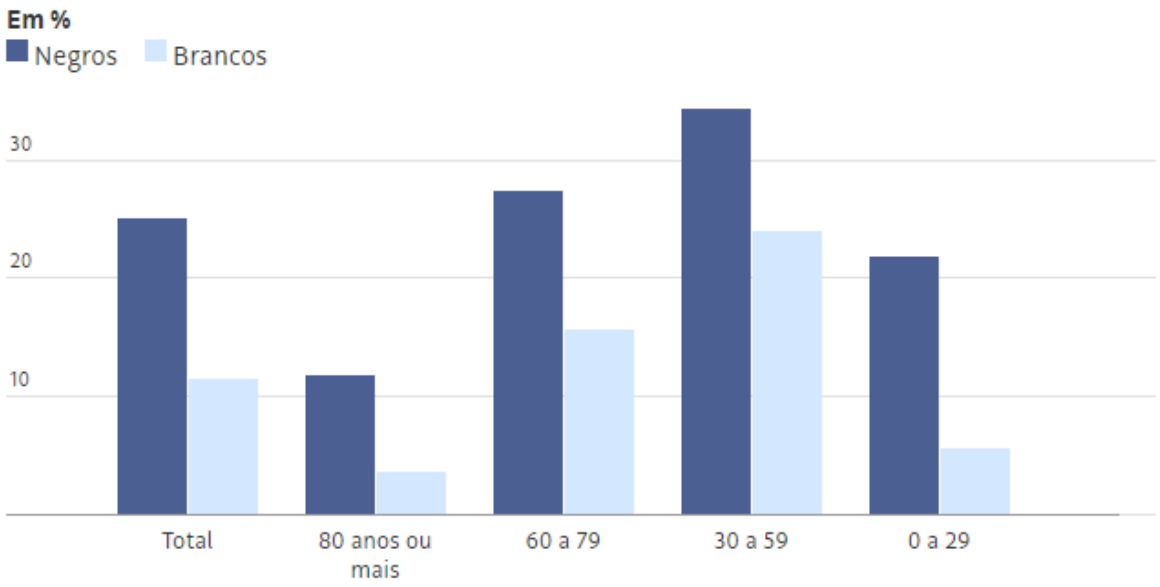

Gráfico 2 – Excesso de mortalidade por raça/cor em SP

Fonte: Informativo Desigualdades Sociais e Covid-19. (Gráfico retirado da Folha de São Paulo)

3 CONCLUSÃO

O acesso à saúde pelas comunidades quilombolas continua sendo um desafio para o Estado brasileiro. A discriminação racial, percebida como um fenômeno multifacetado, com complexas e inúmeras consequências sociais, estampa como pano de fundo que explica (não de maneira simples) como a estrutura de poder do Estado brasileiro opera excluindo grupos como esses.

Especialmente durante a Pandemia da COVID-19, como é de se esperar em momentos de crise, as consequências nefastas das questões raciais ficaram ainda mais escancaradas quando percebemos um aumento significativo de mortes nas comunidades quilombolas brasileiras quando comparadas com o público em geral. Números mostram, objetivamente, que está pandemia atingiu mais negros do que brancos e tal recorte não é obra do mero acaso. Os negros brasileiros vivem em situação de maior vulnerabilidade social, o que implica reconhecer que são maioria nas prisões brasileiras aguardando julgamento, são maiores vítimas da violência policial e Estatal, possuem menor índice de renda per capita, menos acesso à

educação, mais sujeitos a morrer por causas evitáveis, têm maiores dificuldades de acesso à saúde.

Apesar de vislumbrarmos avanços no tratamento do tema pela legislação, tendo a Constituição Federal de 1988 trazido o preceito da universalidade do acesso à saúde, com recepção da legislação ordinária que reforça o mesmo, ainda não encontramos protocolos oficiais eficazes para colocar em prática esta noção, de modo a tornar possível e plenamente viável o atendimento de comunidades historicamente desfavorecidas pelo Estado brasileiro, como é o caso da comunidade quilombola.

Precisa-se tomar a saúde como acepção ampla, sem que possa ser percebida como isolada de outras dimensões do cuidado humano (como educação, moradia, segurança, lazer, trabalho), torna-se urgente focar em políticas públicas paralelas e complementares que garantam melhores condições de vida para a população quilombola.

Com relação ao modelo preventivo de saúde, percebe-se a urgência de melhorar o acesso, aumentar as equipes de profissionais visitando estes lugares, criar novas Unidades de Estratégias de Saúde da Família (UESF), novos hospitais de atendimento de média e alta complexidade destinados a estas populações, aumentar a quantidade de vagas disponíveis para todas as especialidades médicas nos ambulatórios dos hospitais públicos, nas três esferas de governo (CASTRO *et al.;* 2021, n.p.).

O período pandêmico mostrou uma realidade ignorada por muitos: a de que a população negra (e sobretudo quilombola) está mais sujeita às intempéries da vida. Se não tivermos políticas públicas sérias, que enfrentem as dimensões sociais em que estão emaranhados os conceitos de raça e classe, continuaremos contribuindo para uma dívida histórica sem prazo para findar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Claudio; SANTOS, André; VILELA, Alba; CASOTI, Cezar. Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira. **Rev. Enferm.,** v. 37, n. 1, p. 92-103, 2019. Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v37n1/0121-4500-aven-37-01-92.pdf. Acesso em: 13 jun. 2021.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. Racismo Estrutural / Silvio Luiz de Almeida. – São Paulo : Sueli Carneiro; Editora Jandaíra. 2020. 264 p. (Feminismos Plurais / Coordenação de Djamila Ribeiro) ISBN: 978-85-98349-74-9. 1.Racismo 2. Racismo – História. 3. Racismo – Teoria, etc. I. Título. II. Ribeiro. III. Série. 19-00703. CDD 305.8.

ARRUTI, José; CRUZ, Cassius; PEREIRA, Alexander; SARTORI, Juliana; SOUSA, Caio; GUSMÃO, Hugo; BERTOLOZZI, Thayla. **O** impacto da COVID 19 sobre as comunidades quilombolas. Informativos Desigualdades Raciais e Covid-19, AFRO-**CEBRAP**, n. 6, 2021. Disponível em: https://www.socioambiental.org/sites/blog.socioambiental.org/files/nsa/arquivos/informativo-6-o-impacto-da-covid-19-sobre-as-comunidades-quilombolas_1.pdf. Acesso em: 18 jul. 2021.

ARRUTI, José Maurício et al. O impacto da Covid-19 sobre as comunidades quilombolas. Informativos Desigualdades Raciais e Covid-19, AFRO-CEBRAP, n. 6, 2021.https://www.socioambiental.org/sites/blog.socioambiental.org/files/nsa/arquivos/informativo-6-o-impacto-da-covid-19-sobre-as-comunidades-quilombolas_1.pdf. Acessado em: 18/11/2021.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da União,** Poder Executivo, Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 01 jun. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 65.810**, de 8 de dezembro de 1969. A Convenção Internacional sobre a eliminação de todas as formas de discriminação racial. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D65810.html. Acesso em: 01 jun. 2021. GALHANO, Fernando. **Direitos humanos:** descomplicados. São Paulo: Rideel, 2012.

CASTRO, Daniel; SENO, Danilo Del; PROCHMAN, Marcio (organizadores). Bem-estar social dos brasileiros e a pandemia do coronavírus: Ruim e vai ficar pior. In: Jorge Abrahão de Castro. **Capitalismo e a COVID 19: um debate urgente**. São Paulo-SP 2020: 1v.: gráfs.,tabs. Inclui bibliografia ISBN 978-65-00-02193-6, 2020. p. 56 – 64.

CASTRO, A.M.; SILVA, E.L.P. Território Quilombola e a Saúde Pública no Brasil. JORNADA NORDESTE DE SERVIÇO SOCIAL, 6., 2021. Evento Eletrônico. **Anais eletrônicos...** Cachoeira: UFRB, 2021. No prelo: https://www.even3.com.br/vijnss2021/ INSS: 2358-0275.

COLLUCCI, Cláudia. Com pandemia, SP registra 25% de mortes a mais entre negros e 11,5% entre brancos em 2020. Estudo mostra que excesso de óbito atingiu os mais vulneráveis; pesquisadores propõe priorizá-los na vacinação. **Folha de São Paulo**, mar. 2021. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2021/03/com-pandemia-sp-registra-25-de-mortes-a-mais-entre-negros-e-115-entre-brancos-em-2020.shtml. Acesso em: 19 jul. 2021.

FREITAS, Daniel; CABALLERO, Antonio; MARQUES, Amaro; HERNÁNDEZ, Clara; ANTUNES, Stéffany. Saúde e comunidades quilombolas: Uma revisão da literatura. 2011. **Revista CEFAC [online].** v. 13, n. 5, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000033. Acesso em: 01 jun. 2021.

GALHANO, Fernando. **Direitos humanos:** descomplicados. São Paulo: Rideel, 2012.

GOMES, Karine de Oliveira; REIS, Edna Afonso et al. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, pp. 1829-1842, set. 2013.

JACCOULD, Luciana. **Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo.** Brasília: IPEA, 2005, p. 57–86.

KRIEGER, Nancy. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. **Am J Public Health**, v.93, p.194-9, 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção internacional sobre a eliminação de todas as formas de discriminação racial, 1965. Disponível em: <www2. Ohchr.org/english/law/pdf/cerd. pdf>. Acesso em: 29 ago. 2011

PECHIM, Lethicia. Negros morrem mais pela covid – 19. **Faculdade de medicina (UFMG)**, 2020. Disponível em: https://www.medicina.ufmg.br/negros-morrem-mais-pela-covid-19/. Acesso em: 19 jul. 2021.

RIZZOTTI, Maria Luiza Amaral. Aspectos econômicos e políticos determinantes da política social brasileira. **Argumentum**, v. 5, n.1, p. 165- 179, jan./jun. 2013.

SANTOS, Hozana Patrícia Oliveira. **O Programa Bolsa Família:** entre a lógica do direito e a concepção do favor. Dissertação (Mestrado) – Programa de Política Social do Curso de Assistência Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, 2006.

SILVA, Alexandre; ROSA, Tereza; BATISTA, Luís; KALCKMANN, Suzana et al. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Revista brasileira de epidemiologia, v. 21, n. 2,** (p. 1 – 14), Dezembro de 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-549720180004.supl.2. Acesso em: 13 jun. 2021.

SILVA, Hilton; SILVA, Givânia. A situação dos quilombos no Brasil e o enfrentamento à pandemia do COVID 19. **ABRASCO**, v.1, 2020. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/noticias/a-situacao-dos-quilombos-do-brasil-e-o-enfrentamento-a-pandemia-da-covid-19-artigo-de-hilton-p-silva-e-givania-m-silva/52116/. Acesso em: 13 de jul. 2021.

SOUZA, Rodrigo. **Estado, burocracia e patrimonialismo no desenvolvimento da administração pública brasileira.** Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, 2006.

TORRENS, Carlos. Poder legislativo e políticas públicas, uma abordagem preliminar. **Senado Federal**, 2013. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/50/197/ril _v50_n197_p189.pdf. Acesso em: 19 jul. 2021.