

TERRITÓRIO QUILOMBOLA E A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Data de submissão: 18/10/2023

Data de aceite: 01/12/2023

Alexandre Miranda de Castro

Universidade Federal da Paraíba - UFPB
João Pessoa, PB.
<https://lattes.cnpq.br/3172196715324696>

Emanuel Luiz Pereira da Silva

Universidade Federal da Paraíba - UFPB
João Pessoa, PB
<http://lattes.cnpq.br/7708287586154448>

Este Artigo foi publicado e está disponível nos Anais da VI Jornada Nordeste de Serviço Social, 6., 2021. Evento Eletrônico. Anais eletrônicos... Cachoeira: UFRB, 2021. Disponível em: <<https://www.even3.com.br/vijnss2021/>>. Acesso em: 01 jun. 2021.

RESUMO: O tema sobre a saúde, relacionada a “comunidades quilombolas” no Brasil, tem sido pouco explorada em estudos científicos. O referido artigo, tem como objetivo principal, mostrar um breve relato sobre a relação entre “saúde e comunidades quilombolas” e destacar a precariedade do acesso a este direito. Caracterizando alguns aspectos gerais

no Brasil, vinculando a questão do Estado a tratativa da saúde desta comunidade durante a pandemia do Covid-19.

PALAVRAS-CHAVE: Estado. Saúde. Comunidades quilombolas. Covid-19.

QUILOMBOLA TERRITORY AND PUBLIC HEALTH IN BRAZIL

ABSTRACT: The theme about health, as related to “Quilombola communities” in Brazil, has been poorly explored in scientific studies. The main objective of this article is to show a brief report on the relationship between “health and Quilombola communities” and to highlight the precariousness of access to this right. By featuring some general aspects in Brazil, linking the issue of the State in dealing with the health of that community during the pandemic of Covid-19.

KEYWORDS: State. Health. Quilombola communities. Covid-19.

INTRODUÇÃO

A temática proposta neste estudo demonstra ser pouco estudada pela academia. Os poucos trabalhos existentes neste âmbito apresentam que

as comunidades quilombolas ainda vivem à margem da sociedade, excluídas de todas as garantias de direitos, inclusive de acesso à saúde pública de qualidade.

Podemos asseverar, no mesmo sentido das pesquisas disponíveis, que o processo histórico de escravidão, que acarretou profundas desigualdades sociais, bem como menor acesso a bens e serviços (e também maior dificuldade de utilização de serviços de saúde) é o grande responsável pela situação de “vulnerabilidade social” em que vivem as referidas comunidades. Aliado a isso, some-se a inércia do poder público em buscar alternativas reparadoras que garantam a eficiência dos serviços ofertados e o respectivo alcance destas populações.

A partir da Constituição Federal de 1988, a questão quilombola entrou na agenda das políticas públicas. Fruto da mobilização do movimento negro, o Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) afirma que: “Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras, é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os respectivos títulos” (BRASIL, 1988, n.p.).

Apesar do avanço com a legislação citada anteriormente, inclusive erigindo a saúde à categoria de verdadeiro direito fundamental, as desigualdades raciais, sobretudo com relação às condições de acesso a bens de serviço (como a saúde), permanecem sendo um grande problema de saúde pública. A população quilombola enfrenta problemas provenientes de conjunturas de governos e de uma estrutura de sistema capitalista, excludente e injusta, principalmente para com povos que vivem em constante situação de “vulnerabilidade social”, motivo pelo qual pode-se dizer que as más condições de vida e saúde são resultado de uma cultura social extremamente dominadora e de subjugação das classes dominantes para com os negros, escravos, pobres, indígenas e mestiços durante séculos de história.

O objetivo deste artigo é mostrar como a estrutura do Estado brasileiro está moldada de maneira a dificultar o acesso destas comunidades à saúde pública, bem como demonstrar o agravamento deste acesso, já tão precário, durante o período da Pandemia do Covid-19, como as políticas públicas sociais, principalmente as voltadas para a área da saúde, juntamente com o Estado, estão contribuindo ou não para a melhoria deste acesso e mostrar a importância da profissão de Serviço Social na luta pelo direito a saúde das comunidades quilombolas.

A metodologia utilizada para a formulação deste artigo foi o levantamento bibliográfico e documental para que a temática trabalhada pudesse ser fundamentada, na tentativa sempre de focar no método do materialismo histórico-dialético, buscando-se, desta forma, apreender a dinâmica da realidade social observando as suas contradições de modo a entender que esta realidade ultrapassa os limites da aparência e sendo necessário ir além de aspectos somente visíveis, considerando as múltiplas determinações do processo histórico e social, na qual se insere o objeto do tema a ser tratado neste artigo.

A SAÚDE COMO UM DIREITO: A DIFICULDADE ENTRE O ACESSO E O ALCANCE À SAÚDE PELAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS E A BUROCRATIZAÇÃO COMO MODELO DE EXCLUSÃO

Apesar da prestação de serviços por parte do Estado ser o grande objetivo da política pública, o efetivo alcance dos direitos nem sempre é uma realidade. É que essas mesmas políticas estão sempre sujeitas aos jogos de poder, interesses partidários (muitas vezes escusos), frutos de uma construção coletiva que na maioria das vezes pouco se preocupa com as comunidades que vivem em situação de vulnerabilidade social. Nas palavras de Torrens, “as políticas públicas são um processo dinâmico, com negociações, pressões, mobilizações, aliança ou coalizões de interesses” (TORRENS, 2013, p. 189).

O processo da precarização do acesso a saúde das comunidades quilombolas brasileiras, não pode ser discutido e nem entendido separadamente dentro da discussão “Estado e sociedade civil”, sem levar em consideração os vários condicionantes sociais de privação de direitos, que colocam esta população em um patamar constante de “vulnerabilidade social”.

Através do conjunto de entendimento a respeito das definições acerca das políticas públicas e o papel do Estado, precisa-se ainda explorar como estas medidas sociais estão estruturadas de modo a estampar um processo de burocratização dentro do Estado brasileiro, como verdadeiro obstáculo ao acesso do atendimento da saúde pública em nosso país. Caracterizada como uma política centralizada e concomitantemente voltada para o atendimento dos interesses do sistema capitalista de produção, percebe-se que as dificuldades de acesso não se dão somente perante a classe trabalhadora, mas também perante as comunidades que, historicamente, vivem à margem da pobreza e da exclusão social (dentre as quais estão inseridas as comunidades quilombolas brasileiras), ferindo de morte o que se chama de direito universal.

Como afirma Souza (2006, p. 213):

As determinações centrais da expansão do “insulamento burocrático” no Brasil se referem à necessidade técnica e política de processar a “irrupção do capitalismo monopolista”, mantendo a “dupla articulação”, e de controlar as classes trabalhadoras em relação a sua participação política e seu acesso às riquezas produzidas.

Este “insulamento burocrático” existente no Estado brasileiro dificulta o preceito de universalidade de acesso aos serviços de saúde garantido constitucionalmente, não só para com as comunidades quilombolas, mas também para toda a população brasileira que necessita, com urgência ou não, dos serviços oferecidos pelo SUS. Conforme Almeida et al. (2019, p. 95):

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.

Podemos destacar que este sistema “burocrático” de acesso aos serviços de saúde garantidos pelo Sistema Único de Saúde é visivelmente factual e existente tanto nas unidades básicas de saúde da família, como nos serviços especializados de média e alta complexidade dos hospitais de referência. Dentre eles, podemos destacar, por exemplo, a enorme dificuldade na marcação das consultas pelas unidades básicas de saúde para os atendimentos de referência.

É necessário colocarmos que, 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 o único determinante social que caracteriza fortemente uma barreira para o acesso destas comunidades a estes serviços, devendo ser salientado que a própria raça e cor são considerados empecilhos no acesso aos serviços públicos, nomeadamente os ligados à saúde.

Nas palavras de Silva:

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).

Entender como está o acesso da população quilombola, de uma forma geral, aos serviços de saúde e destacar algumas questões para a melhoria deste acesso a estas comunidades é imprescindível para propor soluções, porém, faz-se necessário antes, dentro de uma perspectiva histórico-dialética, estabelecer possibilidades fáticas que expliquem esta realidade atual. Neste sentido, é importante destacar que “ao refletir sobre o acesso dos quilombolas ao sistema de saúde pública, é importante reconhecer a existência de micropoderes nos serviços de saúde e na relação com os usuários deste serviço” (ALMEIDA et al., 2019, p. 93). Conforme o mesmo autor:

Deve-se pensar sobre as condições históricas ou atuais que levam à continuidade de situações tais como as desigualdades raciais e sociais, que podem levar a um provável afastamento dos serviços de saúde. A luta pela subsistência, as más condições de moradia, o distanciamento dos centros e as precárias condições financeiras são algumas das características que vão interferir no acesso e utilização dos serviços de saúde pelos quilombolas (ALMEIDA et al., 2019, p. 95).

Acrescenta o autor, que 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.

Apesar de todos os avanços e lutas em prol da saúde pública brasileira em favor da população quilombola, diante do surgimento de legislações que fizeram com que esta população ganhasse um pouco de espaço no cenário político em geral, houve também a colocação destas populações como alvos do poder disciplinar (ALMEIDA et al., 2019).

De maneira contundente, o 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 úteis ao sistema econômico, mas são condicionados a uma menor participação política (ALMEIDA et al., 2019, p. 97).

Na mesma esteira que Foucault, 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).

A Realidade do Direito à Saúde pelas Comunidades Quilombolas

No Brasil o nosso Sistema de Proteção Social é a nossa Seguridade Social, formada pelas políticas da Assistência, Previdência e Saúde, que são pilares nesta proteção, mas, também fazem parte todas as demais políticas públicas sociais, como, educação, habitação, segurança alimentar e nutricional, e todas as políticas setoriais ligadas a pessoa idosa, a criança, ao adolescente e famílias, a pessoa com deficiência, etc. Portanto, para a boa saúde se efetivar, de fato, necessita que o cidadão e a cidadã, inclusive os quilombolas, usufruam de todas essas políticas e que estas sejam de qualidade e estejam todas articuladas entre si, atendendo a totalidade das necessidades humanas e sociais.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, houve uma universalização do acesso a serviços oferecidos pelo Estado como modo de operacionalizar a própria ideia de equidade, elencando-se política de saúde como pilar da própria ideia de seguridade social. Renomada autora, neste sentido, aduz que:

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 (JACCOUD, 2005, p. 65).

Nos últimos anos o acesso ao direito à saúde pelas comunidades quilombolas vem piorando e se fragilizando. Neste sentido, é mister relembrar o congelamento de gastos

públicos durante 20 anos, o 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 e principalmente a idosa, 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).

O agravamento do acesso à saúde pelas comunidades quilombolas durante o período da pandemia do Covid-19 e as consequências da mesma na população negra

Com o surgimento da pandemia, no início de 2020, a situação do acesso destas comunidades piorou, não apenas pelo complexo poder burocrático, já existente pela plataforma do Estado brasileiro e comentado neste artigo em linhas anteriores, mas também pela falta de profissionais de apoio nas unidades de saúde da família, dentre eles, os agentes comunitários de saúde. Conforme Silva et al. (2020), pesquisa recente da ABRASCO evidenciou uma enorme redução dos trabalhos realizados por Agentes Comunitários de Saúde, que são, para a maioria das comunidades quilombolas, a única fonte de serviços de saúde. O autor enfatiza 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, “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 apud KRIEGER, 1962).

A pandemia aumentou o isolamento destas comunidades, agravou o seu acesso aos serviços de saúde, provocou uma maior falta e rotatividade de profissionais nas unidades de estratégias de saúde da família. Assim, afirma Silva et al. “a situação de vulnerabilidade histórica a que estão submetidas as populações quilombolas pelo país, faz com que estas sejam especialmente atingidas pelos efeitos da pandemia” (SILVA et al., 2020, n. p.).

Apesar de não existir dados oficiais sobre a real situação das comunidades quilombolas, durante o período da PANDEMIA DO COVID-19 no Brasil urbano, estas comunidades estão em uma situação extrema, diante do processo de subnotificação (ARUTTI et al., 2021, p. 15). O descaso do atual governo, com relação à falta de gerenciamento da pandemia no Brasil, afetou estas comunidades e agravou a situação, já bastante delicada, com relação à saúde.

Contudo, apesar do desconhecimento dos impactos da pandemia do COVID-19, existe uma parceria entre a Articulação das Comunidades Negras e Quilombolas (CONAQ) e o Instituto Sócio Ambiental (ISA) na criação da plataforma do COVID-19.

Esta “parceria”, nos trouxe dados importantes, como por exemplo, 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). Conforme referido, veja-se:

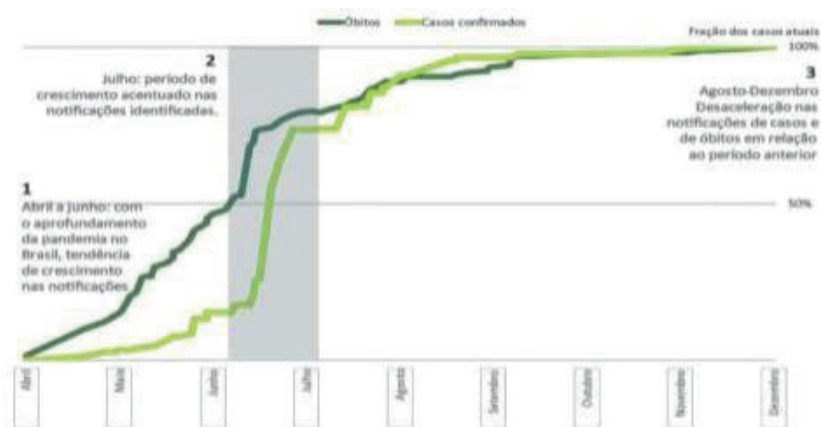


Gráfico 1 – Crescimento percentual de casos e óbitos quilombolas

Fonte: Elaboração própria com dados da Coordenação Nacional de Articulação de Quilombos – CONAQ – 2020.

Apesar de todos os problemas de saúde enfrentados por estas comunidades em tempos “normais”, percebe-se, conforme a imagem acima, um crescimento de casos e de óbitos de COVID-19 nas comunidades quilombolas de uma forma geral 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). Segundo o professor Unai 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 destas informações, é o que nos mostra o Gráfico 2, desenvolvido a partir dos dados do Estado de São Paulo – SP:

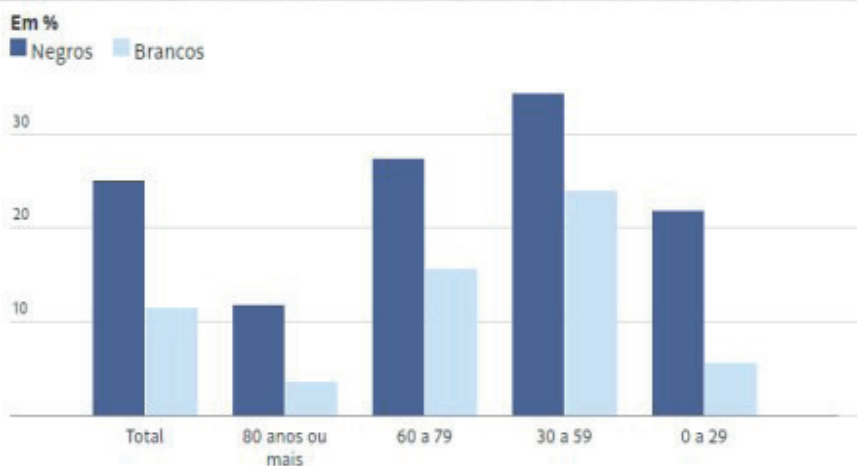


Gráfico 2 – Excesso de mortalidade por raça/cor em SP

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

A Importância do Profissional Assistente Social na Luta pelo Direito a Saúde das Comunidade Quilombolas

Destacamos a importância do engajamento e a constante contribuição da profissão do assistente social nesta luta, por melhores condições de vida e de saúde, para com as comunidades quilombolas brasileiras. Conforme destaca Iamamoto:

Nossos esforços voltam-se para a construção de um projeto de Serviço Social orientado por valores que dignificam o gênero humano, tendo incorporado o ideário herdado da luta mundial dos trabalhadores. São nossos nortes: os valores maiores da liberdade, da justiça da radicalidade democrática, da igualdade e do respeito aos direitos humanos e da qualidade da emancipação de cada um e de todos os homens (IAMAMOTO, 2019, p. 14).

Nas palavras da autora, a profissão busca e luta pela igualdade da melhoria da qualidade de vida de todos, dentro de uma “totalidade”. Quando ela expressa sobre o processo de “radicalidade democrática” ela simboliza, na responsabilidade do Estado, esta garantia de direito e de acesso aos serviços.

A problemática em questão expressa os traços que estão vinculados no processo das desigualdades sociais. Segundo Iamamoto, “os(as) assistentes sociais têm nas múltiplas expressões das desigualdades condensadas na “questão social” a “matéria sobre a qual incide o trabalho profissional” (IAMAMOTO, 2019, p.20). As problemáticas vinculadas às comunidades quilombolas no Brasil, principalmente a tratada neste artigo, são inerentes à profissão de serviço social. O problema da saúde pública destas comunidades é, sobretudo, uma questão social. Conforme relembra Iamamoto (2019), a questão social é inerente à sociedade de classe, que não existe senão com seus antagonismos, sendo uma arena de lutas políticas, culturais, em que as desigualdades socialmente produzidas e com as características particulares de cada local específico devem ser combatidas.

CONCLUSÃO

O precário acesso à saúde pelas comunidades quilombolas estampa faceta da enorme desigualdade social, fruto da discriminação e segregação racial, uma vez que está enraizado dentro da estrutura de poder estatal brasileiro. Vale salientar que durante o período da pandemia, houve um aumento significativo de mortes, nas comunidades quilombolas brasileiras e que esta pandemia, atingiu no país, mais negros do que brancos. Isso demonstra que os negros vivem em situação de maior vulnerabilidade social e tem piores condições de vida e trabalho, além de uma menor possibilidade de atender às medidas de proteção preconizadas pela OMS, como o isolamento social. Desta forma, podemos asseverar que, conseqüentemente, a população negra tem um acesso à saúde bastante fragilizado.

Apesar de termos avançado com a Constituição Federal de 1988, com relação à universalidade do acesso à saúde e com determinadas legislações que reforçam referida universalização, desconhecemos um fluxo ou protocolos eficazes para priorizar o atendimento de comunidades que historicamente são desfavorecidas pelo Estado brasileiro, como é o caso das comunidades quilombolas. É necessário traçar uma grande caminhada para quebrar estas estruturas de poder extremamente arcaicas de privação de direitos impostas a estas comunidades, trabalhando na ampliação de políticas públicas voltadas à saúde para as comunidades quilombolas brasileiras, concretizando o processo de desburocratização do acesso às políticas de saúde no Brasil.

Além disso, torna-se urgente fornecer melhores condições de vida e de trabalho para a população quilombola, destinando verbas públicas para a formulação de programas e projetos destinados à melhoria da saúde, principalmente em período de crise sanitária, como é o caso do período pandêmico. Para tanto, vislumbra-se a urgência de melhorar o acesso, aumentar as equipes de profissionais, diminuir a rotatividade destas, criar novas Unidades de Estratégias de Saúde da Família (UESF), novos hospitais de atendimento de média e alta complexidade destinados a estas populações, além de aumentar a quantidade

de vagas disponíveis para todas as especialidades médicas nos ambulatórios dos hospitais públicos, nas três esferas de governo. Com relação à profissão de assistente social, é necessário, com urgência, realizar maior lotação de cargos, sobretudo nas áreas de quilombo, para que possa mapear, visitar, registrar as demandas e lutar, junto ao Poder Público, para que possam ser melhor atendidas.

Longe da pretensão de esgotar o tema, este artigo pretende contribuir com algumas reflexões teóricas, no sentido de ampliar e auxiliar no debate de uma política verdadeiramente pública e de qualidade para a comunidade supramencionada.

REFERÊNCIAS

- ARRUTI, José; CRUZ, Cassius; PEREIRA, Alexander; et al. **O impacto da COVID-19 sobre as comunidades quilombolas**. Informativos Desigualdades Raciais e Covid-19, AFRO-CEBRAP. 2021. Disponível em: <<https://www.socioambiental.org/sites/blog.socioambiental.org/files/nsa/arquivos/informativo-6-o-impacto-da-covid-19-sobre-as-comunidadesquilombolas.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 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.
- CASTRO, Daniel; SENO, Danilo Del; PROCHMAN, Marcio (organizadores). Bem-estar social dos brasileiros e a pandemia do coronavírus: Ruim e vai ficar pior. In: **Capitalismo e a COVID 19 um debate urgente**. São Paulo – SP, maio de 2020, p. 56 – 64.
- 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-em2020.shtml>>. Acesso em: 19 jul. 2021.
- DE ALMEIDA, CB; SANTOS, AS; VILELA, ABA; CASOTTI, CA. Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira. **AV 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.
- FREITAS, Daniel; CABALLERO, Antônio; MARQUES, Amaro; et al. Saúde e comunidades quilombolas: Uma revisão da literatura. 2011. **Revista CEFAC [online]**, v. 13, n. 5, p. 937-943, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000033>>. Acesso em: 01 jun. 2021.
- 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.
- IAMAMOTO, Marilda Vilella. A Formação acadêmico – profissional em Serviço Social: Uma experiência em construção na América Latina. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 134, p. 13-33, jan./abr. 2019.
- JACCOUD, 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.

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**, Vitória (ES), v. 5, n.1, p. 165- 179, jan./jun. 2013.

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**. (p. 1–14). Dezembro de 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net /publication/330893608_Iniquidades_raciais_e_envelhecimentoanalise_da_coorte_2010_do_Estudo_SaudeBemEstar_e_Envelhecimento_SABE>. 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**. 2013. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/50/197/ril_v50_n197_p189.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2021.