

Escravidados, negros e quilombolas: Reflexões a respeito da “política” de saúde

*Enslaved, blacks and quilombolas:
Reflections on health "policy"*

*Esclavo, negro y quilombola:
Reflexiones sobre “política” sanitaria*

Carlos Alexandre Barboza Plínio dos Santos¹

Recebido em: 04/05/2021

Aceito em: 05/09/2021

Resumo

O presente artigo tem a intenção de fazer uma breve reflexão da saúde da população negra, sobretudo quilombola, e de políticas públicas de saúde voltadas para essa população, a partir da Constituição de 1988 e do atual contexto da pandemia Covid-19, fazendo-se necessária uma breve incursão histórica no período do Brasil colonial e imperial, com o objetivo de focar especial atenção na relação do Estado com a saúde da população negra escravizada.

Palavras-chave: comunidades quilombolas, saúde, políticas públicas.

Abstract

This article intends to briefly reflect on the health of the black population, especially quilombolas, and public health policies aimed at this population, based on the 1988 Constitution and the current context of the Covid-19 pandemic. In order to do so a brief historical incursion into Brazil's colonial and imperial periods is made, with the aim of focusing special attention on the relationship

¹ Professor Adjunto do Departamento de Antropologia (DAN) da Universidade de Brasília (UnB). É professor do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social/DAN/UnB e do Programa de Pós-Graduação em Sustentabilidade junto a Povos e Territórios Tradicionais. Atua como coordenador e pesquisador do Laboratório MATULA - Sociabilidades, diferenças e desigualdades - DAN/UnB. E-mail: carlosalexandre@unb.br.

between the State and the health of the enslaved black population.

Keywords: quilombola communities, health, public policies.

Resumen

Este artículo pretende reflexionar brevemente sobre la salud de la población negra, especialmente quilombolas, y las políticas de salud pública dirigidas a esta población, con base en la Constitución de 1988 y el contexto actual de la pandemia Covid-19. Para eso, se presenta una breve incursión histórica del período colonial e imperial de Brasil, con el objetivo de prestar especial atención a la relación entre el Estado y la salud de la población negra esclavizada.

Palabras clave: comunidades quilombolas, salud, políticas públicas.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

1. Introdução

No final do ano de 2019 foi identificado por médicos chineses, na cidade de Wuhan na China, um novo coronavírus causador da doença denominada Covid-19¹. Em janeiro de 2020 o vírus já tinha se espalhado em vários países da Europa. E em 26 de fevereiro foi confirmado o primeiro caso no Brasil. Tratado pela Organização Mundial de Saúde como uma pandemia² a doença, até o momento no país, fez 408.622 óbitos e infectou 14.779.529 pessoas (BRASIL, 2020).

Poucas e ineficazes foram as ações do governo federal de combate ao vírus. De acordo com o relatório do Instituto de Estudos Socioeconômico,

O quadro na área da saúde é dramático (...). O Brasil se tornou, em meados de junho, o segundo país do mundo com maior número de óbitos por Covid-19, somente atrás dos Esta-

dos Unidos. A responsabilidade do governo federal nas mortes decorrentes do novo coronavírus é evidente e pública. O presidente culpabiliza estados e municípios pela crise econômica, desdenha do isolamento social e propagandeia a utilização de medicamentos sem comprovação científica. Esse comportamento se reflete no Ministério da Saúde, que deveria ser o grande coordenador do enfrentamento à pandemia, mas que até hoje não executou nem metade dos recursos que recebeu exclusivamente para isso, da ordem de R\$ 39,7 bilhões. Ademais, dois ministros foram demitidos e substituídos por militares sem especialização na área. A situação só não é pior porque o país possui o Sistema Único de Saúde (SUS), gratuito e universal, que, a despeito do descaso do governo federal, conta com a atuação dos estados e municípios. (...). A população quilombola, que não conta nem mesmo com um sistema de saúde que atenda a suas especificidades culturais, ficou desassistida com os cortes na política de cestas básicas e a dificuldade de acesso ao auxílio emergencial. (...). Não satisfeito, o governo selou as políticas de morte para indígenas, quilombolas e povos e comunidades tradicionais vetando 22 itens do PL n. 1.142, que previa a criação de um plano de enfrentamento da Covid-19 entre esses povos (INESC, 2020, p. 3-4).

Com a falta de uma política de saúde³, mais de 6 mil comunidades quilombolas ficaram desassistidas (CONAQ, 2020). Segundo dados da Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq), atualizados em 29 de abril de 2021, 1.476 quilombolas estão sendo monitorados

por haver a possibilidade de estarem com o vírus, foram 5.329 casos confirmados e 270 óbitos (CONAQ, 2021)⁴. Com base nesses dados, a Conaq afirma que,

o índice de mortalidade entre os quilombolas é de 3,6%, enquanto a da população em geral é de 3%, de acordo com dados do Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). No fim de junho, na Região Amazônica, essa taxa chegou a 17%, de acordo com uma pesquisa da UFAM (ROCHA, 2020).

Apesar do que diz o artigo n. 196 da Constituição Federal (CF) de 1988, que é dever do Estado criar políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença para todos, não existe, atualmente, nenhum programa executivo federal que atenda a saúde das comunidades quilombolas no enfrentamento ao Covid-19.

Como o governo federal representa o poder executivo, partiria dele as ações que mitigassem o avanço e a erradicação da doença. Mas, as ações do atual governo subjugam a vida ao poder da morte, que para Mbembe (2016) seria uma necropolítica. Ou seja, na disposição do Estado (governo) exercer sua soberania utilizando da capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer, quem importa e quem não importa, quem é descartável e quem não é.

Este artigo tem a intenção de fazer uma breve reflexão da saúde da população negra, sobretudo quilombola, e de políticas públicas de saúde voltadas para essa população, a partir da Constituição de 1988 e do atual contexto da pandemia Covid-19, fazendo-se necessária uma breve incursão histórica no período do Brasil colonial e imperial, com o objetivo de focar especial atenção na

relação do Estado com a saúde da população negra escravizada.

Devo frisar que a carência de pesquisas sólidas sobre a saúde da população escravizada na historiografia brasileira é um fato que chama atenção. Raros são os documentos que retratam esta temática (PÔRTO, 2006; DAVID, 2003; BARBOSA, 2008). E nenhum descreve como era a saúde nos quilombos. Por isso, neste artigo, por meio de uma revisão da literatura, nos períodos históricos Colônia e Império o foco será a população negra escravizada e no período republicano será a população negra. Somente com o advento da CF de 1988 abordarei, especificamente, a política voltada à saúde da população quilombola.

2. Saúde, população negra escravizada e população negra: breve contexto histórico

No período do Brasil Colônia, séculos XVI ao início do XIX, e Brasil Império, século XIX, todas as atividades econômicas exploravam a mão de obra negra escravizada (o extrativismo, a mineração, a agricultura, a pecuária, e os serviços domésticos). Aqueles indivíduos negros escravizados que negavam ser explorados eram castigados e às vezes mutilados. Muitos deles se suicidavam e outros viam na fuga a única possibilidade real de liberdade, apesar das duras penas impostas a quem fugisse e fosse capturado.

Como o fenômeno da fuga de escravizados era constante em todo o Brasil, em 1740, o Conselho Ultramarino - órgão do império português que obedecia às Ordenações Filipinas, denominou quilombo como “toda habitação de negros fugidos, que passem de cinco, em parte despovoada, ainda que não tenham ranchos levantados e nem se achem pilões nele” (ALMEIDA, 2002, p. 47), e o escravizado negro fugido era considerado quilombola. Em pouco mais de trezentos anos, em que o Brasil foi Colônia do reino por-

tuguês, todas as leis referentes aos escravos estavam dispersas em 71 dispositivos das Ordenações Afonsinas (1500-1514), Manue-
linas (1514-1603) e Filipinas (1603-1916). Nenhum dos dispositi-
vos das Ordenações faz referência a uma política de saúde, seja
para a população livre como para a escravizada, fato que revela
a não existência de qualquer política pública de saúde para essas
populações.

No período do Brasil Colônia a saúde pública não era uma
preocupação do reino português, muito menos no que se refere
à saúde do escravizado. Pajés, curandeiros, rezadores, barbeiros,
sangradores, algebristas (consertadores de ossos), práticos curio-
sos, herbaristas, comadres e curandeiros africanos eram procura-
dos pelas pessoas quando estavam com alguma moléstia. Em vá-
rios quilombos e em senzalas os anciões e/ou curandeiros eram os
responsáveis por tratar as doenças do grupo. Aqueles indivíduos
das classes mais abastadas, que podiam pagar pelos serviços, pro-
curavam cirurgiões e boticários (farmacêuticos), já que os serviços
de um físico (como eram conhecidos os médicos) eram difíceis de
obter por quase não existirem na colônia. A informalidade era a
marca da medicina neste tempo (EDLER, 2018).

O que atenuou um pouco esse quadro foi a criação das
Santas Casas de Misericórdia. Esta instituição, fundamentada na
doutrina cristã, foi fundada pelo Rei Dom Manuel I de Portugal.
Este estimulou a criação de Santas Casas por todo o reino e nas col-
ônias. No Brasil, a Santa Casa de Misericórdia surgiu em 1539 em
Olinda/PE, seguido de Santos/SP (1543), Salvador (1549), Rio de
Janeiro (1582), Vitoria/ES (1551), São Paulo/SP (1599), João Pes-
soa/PB (1602), Belém/PA (1619), São Luís/MA (1657) e Campos/
RJ (1792). Esses hospitais, quase todos modestos e em permanen-
te estado de penúria, cuidavam dos moradores mais necessitados
das cidades, incluindo os escravizados urbanos e os enfermos dos

navios dos portos⁵.

Com a chegada da família real e de sua corte em 1808, os quais fugiram da invasão de Napoleão em Portugal, investimentos em infraestrutura começaram a serem realizados. Na área da saúde houve a criação da Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro e o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar de Salvador onde foram instituídos cursos superiores de medicina, cirurgia e química, aumentando com isso o número de profissionais da área da saúde.

Com a independência do Brasil, ocorrida formalmente em 07 de setembro de 1822, iniciou a sua autonomia política e administrativa. Porém, não foi o início de um processo de descolonização do sistema jurídico, pois as Ordenações Filipinas e várias disposições do Direito Romano eram ainda empregadas como subsidiária do Direito brasileiro para questões relativas aos escravos. Segundo Eunice Prudente (1988), apesar da Constituição Imperial, promulgada em 1824, possuir um rol de direitos humanos/individuais, foram acanhadas as iniciativas sobre saúde pública, denominada de socorros públicos. Além disso, permitiu o trabalho escravo, questão “sobre a qual formalmente silenciava” (*ibid*, p. 136).

O inciso XVIII, do artigo 179 dessa constituição, estabelecia a organização de um Código Civil e Criminal, e o inciso XIX determinava a abolição dos açoites, da tortura, da marca de ferro quente, e de todas as penas cruéis. Todavia, o Código Criminal, criado em 1830, negando a Carta Magna, conferia as tais penas cruéis ao escravo que resistisse à escravização.

Raras foram as sugestões oficiais de atenção à saúde dos escravos e menos ainda as que foram cumpridas. De 1834 a 1863, três livros sobre o tema foram publicados com o apoio do Estado, sendo eles os manuais de Jean-Baptiste Imbert (1834), Carlos Au-

gusto Taunay (1839) e Antônio Caetano da Fonseca (1863) (PÔRTO, 2006). De acordo com Pôrto (2006, p. 1021) essas obras eram,

carregadas de conselhos higiênicos dirigidas aos proprietários rurais. Tratam de aspectos gerais da saúde dos cativos, que possam interessar aos senhores proprietários. Observam como escolher no mercado uma peça saudável, como deve ser a constituição física do escravo, suas condições de habitação, vestuário, alimentação, jornada de trabalho, repouso, castigos etc. A instrução religiosa é aconselhada como “higiene moral”, necessária para a submissão do escravo, sua adaptação à sociedade e o bom andamento do trabalho. Esses manuais dirigidos aos fazendeiros trazem a relação das principais enfermidades que acometem os negros e o tratamento caseiro que pode ser facilmente administrado pelos senhores. (...) Não obstante o caráter oficial dessas obras, nenhuma delas sugere a criação de um serviço destinado ao tratamento médico de escravos. Assim, observa-se, na literatura coeva à escravidão, a inexistência de uma preocupação com a prática médica voltada para a força de trabalho escrava.

Após 31 anos de determinação, pela Constituição do Império, da elaboração de um Código Civil, o governo imperial solicitou ao jurista Teixeira de Freitas a elaboração da Consolidação das Leis Cíveis, a qual ficou pronta em 24 de dezembro de 1858. Entretanto, essas leis cíveis continuavam a tratar os escravizados como bens móveis. Segundo Freitas, as Leis concernentes à escravidão (que não são muitas) deveriam ser classificadas à parte, num documento denominado por ele de Código Negro. Todavia, não

existiu no Brasil, como preconizava Freitas, um Código Negro, ou melhor, uma Consolidação das Leis Cíveis para a população escravizada (FREITAS, [1876] 2003).

A partir da segunda metade do século XIX, principalmente após o governo imperial baixar a Lei n.º 581, em 04 de setembro de 1850, conhecida por Eusébio de Queiroz - a qual estabelecia medidas mais vigorosas para a repressão do tráfico de africanos no Império – houve, por parte de muitos proprietários escravagistas, uma preocupação na preservação da saúde dos seus escravizados. Segundo Pôrto (2006, p. 1022),

já que a oferta se tornara mais escassa, mas não sua demanda, o que provoca a valorização do preço das ‘peças’. Os proprietários procuram então dar melhor tratamento aos escravos, sem lhes reduzir a jornada de trabalho, numa tentativa de prolongar-lhes a vida útil. Essa é, no entanto, uma questão relativa que pode variar de acordo com a região, pois, apesar de constituir-se como mercadoria investida de valor, nem sempre a situação do escravo era percebida como tal. Apesar de a saúde dos escravos ser condição na fixação do seu valor, soluções baratas adotadas pelos proprietários de escravos, no fornecimento de moradia, alimentos, roupas ou remédios, fizeram proliferar doenças entre eles. As mais comuns eram as doenças decorrentes dos maus-tratos físicos ou do trabalho fatigante.

Nas áreas rurais, isolados nas fazendas, alguns senhores lançavam mão comumente dos recursos locais para os casos mais graves de doença dos escravizados. Outros deixavam o escravizado à própria sorte, como foi o caso da escravizada Eva Maria

de Jesus. Um dia ao fazer doce num tacho, na casa sede da fazenda Ariranha, de propriedade de José Manoel Vilela, a escrava Eva deixou por acidente cair em sua perna uma panela de banha quente. Com o tempo como a ferida não cicatrizava e exalava mal cheiro, o Vilela mandou fazer uma pequena casa, afastada da casa sede, para Eva ficar (PLÍNIO DOS SANTOS, 2014). Já no espaço urbano, o escravizado adoentado poderia contar com os laços de solidariedade de outros cativos ou de forros, organizados em confrarias e irmandades (PÔRTO, 2006).

De 1871 a 1888, três legislações, que versavam sobre os escravizados, foram promulgadas. A primeira foi o Decreto nº. 2.040, de 28 de setembro de 1871, conhecida por “Ventre-Livre”, declarava isentos da escravatura os filhos nascidos, desta data em diante, de mulher escrava. Porém, essa lei obrigava esses futuros filhos a ficarem sob a autoridade dos proprietários de suas mães, até completarem oito anos. Após esse período o senhor da mãe teria a opção de receber indenização do Estado ou de utilizar os serviços da criança, sem remunerá-la, até completar 21 anos de idade.

A segunda legislação foi a Lei nº 3.270, de 28 de setembro de 1885, conhecida como “Lei do Sexagenário”, que decretava a alforria dos negros maiores de 65 anos. A lei também determinou que os escravizados de sessenta anos de idade, completos antes e depois da data da lei, seriam libertos, porém ficariam obrigados, num período de três anos, a trabalharem para seus ex-senhores a título de indenização da alforria. Após os três anos, o idoso liberto continuaria, por força dessa lei, em companhia de seu ex-senhor, o qual deveria alimentá-lo, vesti-lo e tratá-lo em caso de doença.

Quando não havia a possibilidade de burlar a lei, “muitos senhores terminavam por conceder a liberdade a escravizados idosos para se isentar da responsabilidade por sua sobrevivência” (LONER; GILL; SCHEER, 2012, p. 137). Fato muito corriqueiro

desde 1818, como narrado por Saint-Hilaire (2004), primeiramente na vila de São João – província de Minas Gerais e, posteriormente, na vila de Sucupira – província do Rio de Janeiro.

É aos sábados que os mendigos têm o costume de sair para pedir esmolas. Achando-me em um tal dia nessa vila, fiquei admirado da quantidade de mendigos que enchiam as ruas; e o cura disse-me que semanalmente auxiliava a mais de 400 pessoas. Esses pobres são constituídos por negros e mulatos velhos, aleijados e em más condições para o trabalho. Senhores bárbaros tudo tiram da mocidade de seus escravos, abreviando-a muitas vezes por um trabalho forçado e, quando não podem mais tirar partido desses infelizes, desembaraçam-se deles, dando-lhes alforria. Então eles não terão outro recurso que pedir esmola, tornando-se um peso morto para a população (Ibid, p. 114).

Minha hospedeira estava livre e havia sido libertada por seu dono quando apresentou sinais de decadência. É um hábito comum neste país libertar os escravos quando não servem mais para o trabalho. Mas, é preciso notar que esse sistema é péssimo. Se o negro liberto está velho não terá meios de preservar sua indigência e ao desprezo que há por sua cor, juntar-se-á ainda o que inspiram os doentes, a velhice e a miséria (Ibid, p. 122).

A última legislação foi a Lei nº 3.353 (Lei Áurea), em 13 de maio de 1888, a qual extinguiu a escravidão no Brasil. Quando da libertação dos escravizados, a falta de programas específicos de integração e inclusão social e/ou de ressarcimento pelos anos

trabalhados sem remuneração, fez com que muitos libertos permanecessem em seus antigos locais de trabalho. Outros continuaram a viver nas terras que ainda ocupavam, outrora denominadas de quilombos. Entretanto, apesar de todas as adversidades, muitos optaram por sair desses locais e procuraram trabalho nos centros urbanos. Todavia, a lei que instalou a liberdade não trouxe de fato a cidadania e nem os colocou como detentores de direitos fundamentais (CUNHA; GOMES, 2007). Como aprofundado por Florestan Fernandes (2008, p. 29),

A desagregação do regime escravocrata e senhorial se operou, no Brasil, sem que se cercasse a destituição dos antigos agentes de trabalho escravo de assistência e garantias que os protegessem na transição para o sistema de trabalho livre. Os senhores foram eximidos da responsabilidade pela manutenção e segurança dos libertos, sem que o Estado, a Igreja ou qualquer outra instituição assumisse encargos especiais, que tivessem por objeto prepará-los para o novo regime de organização da vida e do trabalho. O liberto viu-se convertido, sumária e abruptamente, em senhor de si mesmo, tornando-se responsável por sua pessoa e por seus dependentes, embora não dispusesse de meios materiais (...) para realizar essa proeza nos quadros de uma economia competitiva (...). Essas facetas da situação (...) imprimiram à Abolição o caráter de uma espoliação extrema e cruel.

A abolição da escravidão levou também diversos libertos a migrarem para regiões onde ainda existiam terras devolutas. Essa grande mobilidade, ocorrida no final do século XIX e início do

século XX, teve como objetivo a sua autonomia. Suas aspirações eram essencialmente camponesas, ou seja, o acesso à terra, a formação de famílias, certo grau de autonomia na vida cotidiana, o controle dos meios de produção e do processo de trabalho. Nesse sentido, terra, família e trabalho, objetivos primazes desses libertos, constituíam o “projeto camponês” a ser conquistado, projeto diretamente relacionado aos direitos fundamentais (PLÍNIO DOS SANTOS, 2014).

No período Brasil Colônia e Monárquico, o “Direito brasileiro”, com relação a população negra escravizada, tinha as seguintes características: i) tinha caráter punitivo; ii) descaracterizava a cultura; iii) desconsiderava a saúde; iv) impedia a formação de núcleo familiar; v) proibia qualquer ação conjunta; vi) disseminava o medo e a desconfiança; vii) apenava a morte às lideranças. Tudo isso com o objetivo, seguindo uma lógica colonialista, de dividir para submeter (PRUDENTE, 1988).

Em 15 de novembro de 1889, foi proclamada a República e, em 1891, foi promulgada a primeira Constituição Republicana. Nenhum ponto dessa constituição faz referência à saúde pública. Os serviços de saúde continuaram a ter uma organização precária e o Estado só atuava no controle das doenças epidêmicas, do espaço urbano e do padrão de higiene das classes populares (SOARES; MOTA, 2014). Segundo Campos (1987, p. 26), na década de 1900, “o quadro médico-sanitário agrava-se. A tuberculose, a varíola, a malária e a febre amarela fazem uma legião de vítimas, notadamente na capital e nas cidades portuárias”.

No Rio de Janeiro, a Diretoria Geral de Saúde Pública criou uma nova política higienista com medidas contra epidemias. Por conta dessas medidas, grande parte da população negra, que vivia no centro da cidade, foi expulsa para o subúrbio e suas casas foram demolidas. Esta política de exclusão e segregação também

foi responsável pelo surgimento das favelas nos morros cariocas (SILVA, 2018). De acordo com Foucault (2010), o corpo torna-se público. Em nome do cuidado do corpo, a saúde corporal, a relação entre as doenças e a saúde, o Estado intervém no corpo, no corpo dos pobres, no corpo dos negros.

Nas áreas rurais, o período em tela foi marcado pelos conflitos, centenas de comunidades negras rurais foram expulsas de suas tradicionais terras e/ou as tiveram invadidas como consequência da continuidade das formas coloniais de dominação no que tange às formas de exploração e de ocupação da terra. Várias lideranças, chefes de família, foram ameaçadas e assassinadas por lutarem pela efetivação do “projeto camponês” (PLÍNIO DOS SANTOS, 2014). Como afirmado por Gusmão (1990, p. 33),

O confronto com o 'outro', i. e., a sociedade inclusiva, ao colocar em risco as bases em que se produz a vida material, a vida coletiva, torna o homem negro camponês capaz de mobilizar-se e aos seus, na defesa de seu território. A mobilização entendida como parte do momento de luta, significa a defesa de si, a defesa de sua terra e instaura o tempo do conflito e da tensão social.

Além dos conflitos fundiários não existia uma política de saúde para a população do campo. Foi o conhecimento tradicional, em muitos casos atrelado a certa religiosidade, que tratou os casos de doenças em comunidades tradicionais. Os conhecimentos de certos anciões em plantas medicinais eram utilizados para vários males do corpo. Como ocorrido na comunidade quilombola Tia Eva, a ex escravizada Eva Maria de Jesus, conhecida por Tia Eva, era benzedeira, curandeira e parteira, foi referência para vá-

rias pessoas da região rural de Campo Grande/MS, nas décadas de 1920 e 30. De acordo com Seu Waldemar Bento de Arruda, neto de Tia Eva,

Ela era curandeira, assim se você tinha um problema, tinha aquele negócio de quebrante, de ventre virado, mau olhado, tinha tudo isso aí. Ela fazia umas garrafadas, colocava a bebida na garrafa e enterrava durante um mês, só depois é que podia os doentes beberem. Ela receitava chás (PLÍNIO DOS SANTOS, 2014, p. 275).

Quando o estado de saúde do indivíduo era muito grave e necessitava de profissional de medicina, a venda de terra era a última possibilidade que esses camponeses tinham para terem recursos e poderem pagar um médico e o tratamento⁶. Caso vivenciado por Dona Maria Cândida, da comunidade quilombola Picadinha, Dourados/MS. Segundo Ramão Castro de Oliveira, em 1945,

aí ficou a viúva [Maria Cândida] com 300 hectares e os filhos com 25 hectares cada. Aí depois a viúva ficou doente e teve que vender 100 hectares para se tratar, e ficou com 200 hectares só que esses 200 desapareceu, essa parte não tem nenhuma venda, por causa que os filhos não tinham nenhum estudo (PLÍNIO DOS SANTOS, 2014, p. 189).

A saúde pública, nas três primeiras décadas do século XX, resumidamente foi marcada: a) por uma política de higienização comandada pelos médicos sanitaristas, como visto na cidade do Rio de Janeiro; b) pelo pensamento determinista hierárquico racial, o qual defendia a tese que negros, índios e mestiços estavam

em níveis inferiores aos das pessoas tidas como brancas; c) pela exclusão da população negra; d) por caráter estritamente urbano; e) por viés profundamente elitista.

Somente com o advento das Constituições Federais de 1934 e 1946⁷, as quais introduziram os direitos de segunda geração, ou seja, direitos sociais, econômicos e culturais, a saúde da população entrou de fato no texto constitucional. A CF de 1934 concedeu assistência médica e “licença-gestante” para trabalhadoras. Entretanto, na época, não se pensava a saúde enquanto um direito para todos os brasileiros. A CF de 1967 não trouxe nenhum avanço na legislação quanto ao acesso à saúde.

Com a criação, em 1975, do Sistema Nacional de Saúde, anterior ao atual Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento à saúde começou a ser universal. Todavia não havia nenhuma política diferenciada destinada à atenção à saúde da população negra. Com relação às comunidades quilombolas, de 1888 (Lei Áurea) até dias antes da promulgação da constituição federal (CF) de 1988⁸, elas eram invisíveis.

Essa invisibilidade foi construída pelo fato de a sociedade achar que, com o fim da escravidão, as comunidades quilombolas fossem desaparecer. Porém, elas sobreviveram e ressurgiram com o artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da CF de 1988 como veremos a seguir.

3. Saúde quilombola, dever do Estado

Com a promulgação da CF de 1988, a saúde ganhou status de direito universal. Nela, foi reservada uma seção, dentro do capítulo da ordem social, para dispor sobre o direito à saúde e assegurar que a saúde é um direito social. Além disso, em seu artigo 196, consagrou o Sistema Único de Saúde – SUS – como modelo público, universal e gratuito de acesso à saúde para os brasileiros.

Estabeleceu também o direito dos remanescentes de quilombos à terra - artigo 68, do ADCT (BRASIL, 1988).

Foi a primeira vez, após cem anos da abolição da escravidão, que uma parcela da população negra teve um direito fundamental assegurado por uma Carta Magna, ou seja, o direito das comunidades quilombolas de possuírem a propriedade definitiva de suas terras. Garantir a terra para as comunidades quilombolas é assegurar para esse grupo étnico sua reprodução física, social, econômica e cultural, de acordo com os seus usos, costumes e tradições. Em função disso, o artigo 68 “encerra um verdadeiro direito fundamental” (Sarmiento, 2007, p. 349), por estar atrelado constitucionalmente ao artigo 6º - direitos sociais à moradia, e ao artigo 5º, § 2º, que reconhece a fundamentalidade de outros direitos presentes dentro ou fora do texto constitucional. O artigo 6º também traz o direito à saúde enquanto um direito fundamental. De acordo com Sarmiento (2007, p. 349), “o principal critério para o reconhecimento dos direitos fundamentais é a sua ligação ao princípio da dignidade da pessoa humana, da qual aqueles direitos são irradiações”.

Todavia, como as sociedades não são estáticas e sim dinâmicas, atualmente o termo quilombo se refere não somente às comunidades que têm vínculo histórico e social com os quilombos conceituados classicamente pela história, mas também às comunidades descendentes de escravos e ex-escravos libertos, que, em um território (em terras obtidas por meio de doação, de compra, ou da simples posse), desenvolveram um modo próprio de resistência e de reprodução social. Com o objetivo de criar políticas públicas para essas comunidades quilombolas, o governo federal implementou, no dia 12 de março de 2004, o Programa Brasil Quilombola. Esse Programa reuniu um conjunto de ações inseridas em diferentes órgãos governamentais, dentre as quais encontram-

-se aquelas que buscam a garantia ao acesso à saúde.

Na esteira do Programa, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 1.434, de 14 de julho de 2004. Essa portaria criou incentivos para a ampliação de equipes de estratégia da saúde para essas comunidades. Como uma estratégia do Programa Saúde da Família, no ano de 2006, por meio da Portaria nº 822/GM/MS, o MS garantiu o aumento de 50% nos valores repassados por equipes de saúde a municípios que atendessem populações quilombolas.

Apesar do Programa Brasil Quilombola e de algumas ações do Governo Federal para concretizar políticas públicas para as comunidades quilombolas, o que se observou na época foi a dificuldade de implementação dessas políticas. Num artigo escrito em 2009, o antropólogo Maurício Arruti faz críticas ao Governo Federal pelas suas ações dúbias com relação às políticas públicas para as comunidades quilombolas. Segundo Arruti (2009, p. 109),

o avanço da questão quilombola, assim como as reações contrárias a que ele deu lugar, se materializam em um comportamento ambíguo e oscilante do Governo Federal: de um lado, o governo faz previsões orçamentárias generosas para a implantação de políticas públicas e as anuncia com grande alarde, mas, de outro, os ministérios simplesmente não gastam tal orçamento, executando parcelas mínimas das atividades previstas. De um lado, a legislação nacional cria novas figuras de direito (que permitem a emergência de novos movimentos sociais) assim como incorpora leis (por meio da assinatura de diversos acordos e convenções internacionais) que estão entre as mais progressistas do mundo. De outro lado, o executivo cria normas menores, internas às agências de Estado responsáveis por executar tais

leis, que estabelecem processos demorados e repletos de obstáculos técnicos e administrativos, enquanto o judiciário reinterpreta tais conceitos de forma restritiva à aplicação de tais direitos, tornando o julgamento dos conflitos que envolvem os movimentos sociais um “eterno retorno” hermenêutico. Assim, a execução orçamentária parcial (em alguns casos ínfima) das políticas públicas para quilombos faz par com dispositivos normativos e judiciários, assim como com novas tentativas de restrição ou mesmo de desconstituição legal dos quilombolas como sujeitos de direitos.

No ano de 2011, a atenção à saúde quilombola estava mencionada na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, estabelecida pela Portaria nº 2.866/2011. Apesar das normas criadas pelo Governo Federal, houve e há muita dificuldade dos gestores municipais em entenderem o princípio da equidade do SUS. De acordo com a psicóloga Willivane Ferreira de Melo, que escreveu o texto “Comunidades quilombolas e políticas de saúde” em 2017, os gestores municipais,

desconhecem a política específica para a população negra, além de não reconhecerem a importância do acréscimo de 50% dos valores repassados pelo governo federal aos municípios que registram atendimento às comunidades. Outro estudo indica que, na maioria das comunidades, os agentes comunitários de saúde são os únicos elos com as secretarias, e o fato de serem residentes das próprias comunidades é um elemento facilitador do trabalho de saúde desenvolvido. Existe uma alta

prevalência de doenças de veiculação hídrica e hipertensão arterial, sendo os processos de adoecimento agravados pela falta de saneamento e falta de acesso aos serviços públicos de saúde, contribuindo para a persistência dos agravos que estão sob controle (ou em declínio) em outros grupos populacionais. Além disso, os serviços públicos de saúde e a sua lógica de organização desconsideram a dinâmica dos territórios dos grupos, o que implica diretamente no acesso aos serviços e agravo à saúde. As ações governamentais ainda não dão conta de responder às necessidades das comunidades quilombolas, embora existam iniciativas capazes de alterar esse padrão. Em geral, as ações governamentais são marcadas pela ação da extensão da cobertura das políticas universalistas já existentes. Para além da redistribuição de recursos, é necessário reconhecer que as comunidades quilombolas têm especificidades que devem ser respeitadas e levadas em consideração, sendo o uso do território uma dessas especificidades (MELO, 2017).

Acostumados a políticas de caráter universalista, as autoridades públicas não dão a devida atenção às especificidades das comunidades quilombolas. Nesse sentido, afirma Willivane Ferreira de Melo,

Dados da transmissão da doença em territórios quilombolas são subnotificados, pois muitas secretarias municipais deixam de informar quando a transmissão da doença e a morte ocorrem entre pessoas quilombolas. Tanto as secretarias de saúde como o próprio Ministério da Saúde têm negligenciado uma atenção

específica em relação às comunidades negras. Parte do problema é a ausência de dados epidemiológicos para populações quilombolas. Além da grande subnotificação de casos, situações de dificuldades no acesso a exames e denegação de exames a pessoas com sintomas têm sido relatadas pelas pessoas dos quilombos. (...). É preciso que os agravos à saúde desta população também levem em consideração as condições de invisibilidade e de desigualdade às quais foram submetidas. Além da necessidade de construir ações que promovam a educação para a saúde, a diversidade tanto racial (enquanto fenômeno social e não biológico) como cultural destas comunidades devem ser elementos considerados para o planejamento das ações de prevenção e de cuidado (MELO, 2017).

Entre as críticas colocadas por Arruti em 2009 e as feitas por Melo em 2017, nota-se que, num período de oito anos, os problemas em relação às políticas públicas para as comunidades quilombolas, dentre elas as da saúde, continuaram. Todavia, foi a partir de 2017 que houve uma estagnação total dessas políticas com as mudanças que ocorreram no cenário político brasileiro. A entrada do governo Michel Temer (31/08/2016 – 01/01/2019), que assumiu a presidência da república no lugar da presidenta Dilma Rousseff com “metade do país acusando-o de golpe de estado” (RAMALHOSO, 2018), “congelou os gastos públicos e impôs limites a gastos futuros no governo federal” (AGÊNCIA BRASIL, 2018) e mandou suspender a regularização fundiária dos territórios quilombolas (FELLET, 2017).

Outra mudança ocorreu em 2019 com a posse na presidência da república do ex-militar Jair Bolsonaro. Antes de se tornar

presidente, Bolsonaro, em abril de 2017, participou de um evento no Clube Hebraica do Rio de Janeiro. Perante representantes da comunidade judaica, o presidente afirmou que visitou uma comunidade quilombola em Eldorado/SP e disse “O afrodescendente mais leve lá pesava sete arrobas. Não fazem nada. Eu acho que nem para procriar eles servem mais”. Disse ainda que: “Pode ter certeza que se eu chegar lá não vai ter dinheiro pra ONG. Se depender de mim, todo cidadão vai ter uma arma de fogo dentro de casa. Não vai ter um centímetro demarcado para reserva indígena ou para quilombola”⁹. Apesar da fala racista, a Justiça Federal arquivou o processo em que Bolsonaro respondia por racismo contra as comunidades quilombolas da cidade de Eldorado. De acordo com Jacira Santos, do Quilombo Galvão,

Eu fico muito triste de receber essa notícia, eu nem acredito, ele ser inocentado depois de cometer racismo. Eu garanto a todos que, se fosse um de nós, trabalhadores, quilombolas e humilde, estaríamos até na cadeia por essa acusação de racismo. Porém, como é um grande, o Bolsonaro, ele está aí solto para fazer outras vítimas. (CARVALHO, 2019)

Após assumir a presidência, Bolsonaro, além de paralisar a política pública de regularização fundiária dos territórios quilombolas, extinguiu outras ações do executivo para a população negra, assim como para a quilombola. Vários programas foram extintos e outros tiveram os recursos diminuídos e/ou não aplicados, como foi o caso do Programa de Enfrentamento ao Racismo e Promoção da Igualdade Racial – política que já contou com recursos da ordem de R\$ 80 milhões em 2014 e, em 2019, gastou apenas R\$ 15 milhões, cinco vezes menos. Diminuir os recursos e/ou não apli-

cá-los também é uma forma de promover o desmonte dos órgãos responsáveis pelas políticas públicas.

Após fevereiro de 2020, com a chegada do Covid-19 ao Brasil, ficaram mais nítidas as formas de atuação da necropolítica (MBEMBE, 2016) do atual representante do executivo nacional. Ao não adotar o distanciamento social, para que o vírus não se alastrasse, e indicar tratamento precoce com medicamentos sem eficácia comprovada por cientistas, o governo contribuiu para o aumento do número de mortes por Covid-19 no país (COLETTA, 2020).

Como não houve, até o momento, medidas que ajudassem os quilombolas a se protegerem do Covid-19, centenas de comunidades quilombolas construíram suas próprias medidas restritivas, como foi o caso de comunidades quilombolas que recebem turistas. As comunidades localizadas em Paraty/RJ, Jalapão/TO, Vale do Ribeira/SP, Quilombola Águas do Velho Chico – município de Orocó/PE e no Território Kalunga, no estado de Goiás, cercaram suas entradas para evitar o fluxo de pessoas. Porém, com a dificuldade de implantar tais medidas, algumas comunidades têm acionado o Ministério Público Estadual, o Ministério Público da União e prefeituras para que se pronunciem e reforcem seu direito de as promoverem (FERREIRA *et al*, 2020). De acordo com o texto, “Desafios e estratégias de comunidades quilombolas frente a Covid-19”, escrito por jovens lideranças quilombolas (FERREIRA *et al*, 2020), que evidencia os esforços dos quilombos diante da doença,

Os contratos de entregas de alimentos em programas institucionais, como PAA e PNAE foram temporariamente suspensos e as atividades de turismo de base comunitária. Isso ocasionou um impacto significativo na eco-

nomia local, pois, as comunidades quilombolas dependem da renda dessas atividades. Nas comunidades quilombolas há pessoas susceptíveis a quadros graves de Covid-19, como a presença numerosa de pessoas acima de 60 anos, os nossos anciões. Possuem pouco acesso a redes de telefone e internet em seus territórios, quando nenhum, o que prejudica por exemplo o acesso a alguns dos auxílios que vem sendo distribuídos. Além disso, apresentam fragilidades quanto ao acesso ao Sistema Único de Saúde, que já se encontra bastante vulnerável nacionalmente. Diante da pandemia, as comunidades quilombolas estão criando estratégias de prevenção e discutindo com órgãos governamentais e não governamentais medidas de proteção e cuidados básicos. As principais demandas são: o fornecimento de cestas básicas; o acesso a renda básica emergencial; o abastecimento de água nas localidades onde o mesmo é inexistente ou irregular; implementação de ações emergenciais de acesso à saúde; à assistência social; a itens de higienização; a informações sobre a prevenção; as providências a serem adotadas em caso de contaminação; distribuição de kits de alimentação para os estudantes que têm, no momento, as aulas suspensas; promover o acesso seguro de quilombolas às agências bancárias para o saque do Bolsa Família, por vezes localizadas a quilômetros de distância dos seus territórios; vacinação contra a gripe de forma eficiente e sem que estes sejam expostos à aglomerações em filas e transporte público. (...). As estratégias quilombolas têm sido as mesmas de séculos, transmitidas como conhecimento e filosofia de vida ancestral:

resistência frente às mudanças e desafios impostos historicamente no Brasil. Aprender e apegar-se aos conhecimentos tradicionais no fortalecimento do corpo, na relação com a terra, alimentando a esperança no poder espiritual, com a força e sabedoria de um povo que já passou por muitos embates e tentativas de extermínio.

Perante essas realidades, no mês de outubro de 2019, foi encaminhado ao Supremo Tribunal Federal a Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n. 742 sobre violações de direitos dos quilombolas. O documento foi ajuizado pela Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq), entidade representativa nacional quilombola, juntamente com o Partido Socialista Brasileiro (PSB), o Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), o Partido Comunista do Brasil (PCdoB), a Rede Sustentabilidade e o Partido dos Trabalhadores (PT).

A entidade e as legendas alegavam que atos comissivos e omissivos do Poder Executivo federal em relação ao enfrentamento da pandemia nas comunidades quilombolas resultaram na violação aos preceitos fundamentais relativos à dignidade da pessoa humana, ao pluralismo, à autodeterminação dos povos, ao direito à vida e à saúde, à diversidade étnico-racial e às garantias individuais visando à preservação da organização socioeconômica e das práticas culturais (STF, 2021).

Em resposta à ADPF, no dia 23 de fevereiro de 2021, o Supremo Tribunal Federal (STF) determinou que “o Governo Fe-

deral elabore, no prazo de 30 dias, Plano nacional de enfrentamento da pandemia da Covid-19 voltado à população quilombola, com providências e protocolos sanitários para assegurar a eficácia da vacinação na fase prioritária” (STF, 2021). Determinava ainda que:

1) o Governo federal constitua, em até 72 horas, grupo de trabalho interdisciplinar e paritário, com a finalidade de debater, aprovar e monitorar a execução do plano de imunização, com integrantes, pelo menos, do Ministério da Saúde, do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, da Fundação Cultural Palmares, da Defensoria Pública da União, do Ministério Público Federal, do Conselho Nacional de Direitos Humanos, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e de representantes das comunidades quilombolas (Conaq);

2) o Executivo providencie, em 72 horas, a inclusão do quesito raça/cor/etnia no registro dos casos de Covid-19, asseguradas a notificação compulsória dos casos confirmados e a ampla e periódica publicidade. Além disso, o governo federal fica impedido de excluir dados públicos relativos à população quilombola e deverá restabelecer, também no mesmo prazo, o conteúdo das plataformas públicas de acesso à informação;

3) suspendam-se os processos judiciais, notadamente as ações possessórias, reivindicatórias de propriedade, imissões na posse, anulatórias de processos administrativos de titulação e recursos vinculados a essas ações, sem prejuízo dos direitos territoriais das comunidades quilombolas, até o término da pandemia;

4) o plano contemple as providências visando à ampliação das estratégias de prevenção e de acesso aos meios de testagem e aos serviços públicos de saúde, ao controle de entrada nos territórios por terceiros, considerando o isolamento social comunitário, e à distribuição de alimentos e material de higiene e desinfecção.

Além disso, o relator da ação, ministro Marco Aurélio, criticou a atuação da Presidência da República e dos ministérios envolvidos. De acordo com o ministro, “Inexiste planejamento e destinação de recursos específicos às garantias de acesso a cuidado médico, testagem periódica e material de desinfecção” (STF, 2021). Foi a primeira vez, após um ano de pandemia, que foi verificado o quadro de violação de direitos fundamentais dos quilombolas e a falta de atuação do atual governo federal.

Devo destacar a importância da suspensão dos processos judiciais que recaem sobre os territórios quilombolas. Pois, como afirmado anteriormente, a terra para as comunidades é a base de sua reprodução física, social, econômica e cultural, de acordo com os seus usos, costumes e tradições. Neste sentido, a terra, assim como a saúde, é um direito fundamental.

Após 45 dias de determinação ao governo federal, pelo STF, de elaboração de um Plano nacional de enfrentamento da pandemia da Covid-19 voltado à população quilombola, o governo encaminhou ao Supremo um Plano. Entretanto, a Conaq afirma que o Plano é insuficiente por não atender de modo correto as comunidades quilombolas. Por isso, estão retornando com uma petição ao STF (CRUZ, 2021). Apesar disto, alguns estados e municípios colocaram a população quilombola no grupo prioritário para a vacinação contra o Covid-19.

Todavia, ainda existem prefeituras municipais que negam a vacinação prioritária para as comunidades quilombolas, fato ocorrido no município Salinas da Margarida/BA. A prefeitura publicou uma nota, no perfil oficial do Município no Facebook, afirmando que havia recebido 416 doses das vacinas contra a Covid-19, destinadas às comunidades quilombolas. Porém, na nota diz que o Município não reconhece nenhuma comunidade quilombola em seu território. De acordo com a Defensoria Pública da União

(DPU), no município de Salinas da Margarida, existe a centenária comunidade quilombola Conceição de Salinas, composta por 480 famílias, e que é certificada pela Fundação Cultural Palmares. A Defensoria Pública da União (DPU) em Salvador e a Defensoria Pública do Estado da Bahia (DPE-BA) enviaram recomendação, no dia 26/03/2021, à prefeitura para que ela retire do ar a postagem na internet e que vacine a comunidade quilombola¹⁰.

No Relatório da Anistia Internacional, divulgado no dia 07 de abril de 2021, o atual governo federal, com sua agenda negacionista, é retratado como omissivo e como uma ameaça à saúde pública e às garantias fundamentais. Além disso, agravou as consequências da Covid-19. De acordo com a diretora executiva da Anistia Internacional no Brasil, Jurema Werneck, “há uma decisão consciente de passar a boiada no aprofundamento das desigualdades históricas, no fortalecimento de seguidores do racismo e da supremacia branca, no silenciamento de jornalistas, na criminalização de organizações e movimentos sociais, em todo o negacionismo e negligência quanto à pandemia”. Ainda segundo Jurema Werneck, o governo Bolsonaro não conseguiu diminuir as consequências sociais e econômicas sobre os grupos em situação de vulnerabilidade, como comunidades pobres, mulheres, população LGBTQI+, povos indígenas e quilombolas (SAKAMOTO, 2021).

4. Considerações Finais

Como enunciado na introdução, a necropolítica do Estado brasileiro, política que vem dos períodos Brasil Colônia e Império e que continuou na República, foi a marca das relações do Estado com a população negra. Após 2016, mesmo com os avanços das políticas públicas que iniciaram com a CF de 1988, a necropolítica retornou tendo como alvo, além da população negra, as comunidades quilombolas.

A forma de atuação do Estado brasileiro com relação às comunidades quilombolas é, no dizer de Michel Foucault (2010), um biopoder, o qual funciona por meio da divisão entre as pessoas que devem viver e as que devem morrer (FURTADO; CAMILO, 2016). Mbembe (2016), ao fazer uma leitura do pensamento de Foucault, afirma que, “Esse controle pressupõe a distribuição da humanidade em grupos, a subdivisão da população em subgrupos e o estabelecimento de uma cesura biológica entre uns e outros. Isso é o que Foucault rotula com o termo ”racismo””. Ainda de acordo com Mbembe, “Na economia do biopoder, a função do racismo é regular a distribuição de morte e tornar possível as funções assassinas do Estado” (2016, p. 128).

As desigualdades e racismo institucionalizado são dois fatores que se somam ao caos da saúde pública para as comunidades quilombolas. Para reverter esse quadro, são necessárias políticas inclusivas que respeitem as especificidades dessa população. Até o momento, o Sistema Único de Saúde não possui, de fato, um atendimento diferenciado para as populações quilombolas. Por isso, os quilombolas reivindicam direito à saúde plena e integral.

Apesar do Estado brasileiro, com sua necropolítica, o Movimento Quilombola, a Conaq, associações quilombolas e entidades que lutam pelos direitos quilombolas, têm se organizado e definido um leque de estratégias com vistas a efetivar suas reivindicações. Utilizam, para isso, da ferramenta dos direitos fundamentais e a atuação em redes nacionais e internacionais em suas lutas.

Notas:

1. A Covid-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico va-

riando de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a maioria (cerca de 80%) dos pacientes com Covid-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas), e aproximadamente 20% dos casos detectados requer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório (BRASIL, 2020).

2. É um tipo de doença infecciosa e contagiosa que se espalha rapidamente numa região inteira, num país ou num continente (DICIONÁRIO, 2020).
3. Neste artigo, considero saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental, social e cultural, e não apenas ausência de doenças e patologias, mesma noção adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).
4. Fonte: Conaq, <http://conaq.org.br/noticias/covid-19-nos-quilombos/>. Acesso em: 04/Maio/2021.
5. Fonte: A História das Santas Casas. <http://www.scmp.org.br/materia/61/a-historia-das-santas-casas>. Acesso em: 10/Março/2021. Sobre a história das Santas Casas de Misericórdia ver Sanglard (2007), Rangel (2010) e Ivamoto (2002).
6. Sobre os cuidados à saúde em comunidades rurais, ver Silva (2010).
7. Não cito a CF de 1937 (ditadura do Estado Novo) e nem a de 1967 (do golpe militar de 1964) por estarem atreladas à supressão dos direitos civis e de diversas liberdades individuais. Sobre a história dos direitos fundamentais nas constituições brasileiras, ver Groff (2008).
8. Promulgada em 05 de outubro de 1988.
9. “Nem um centímetro para quilombola ou reserva indígena”, diz Bolsonaro. Site: De olho nos ruralistas. Disponível em: <http://www.justificando.com/2017/04/04/nem-um-centimetro-para-quilombola-ou-reserva-indigena-diz-bolsonaro/>. Acesso em: 21/Março/2021.
10. Defensores públicos recomendam que prefeituras

ra de Salinas da Margarida retire do ar post ofensivo a quilombolas. Site: [g1.Globo.com](https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2021/03/26/defensores-publicos-pedem-que-prefeitura-de-salinas-da-margarida- retire-do-ar-post-considerado-ofensivo-a- quilombolas.ghtml). Disponível em: <https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2021/03/26/defensores-publicos-pedem-que-prefeitura-de-salinas-da-margarida- retire-do-ar-post-considerado-ofensivo-a- quilombolas.ghtml>. Acessado 26/Março/2021.

Referências bibliográficas:

AGÊNCIA BRASIL. *Veja fatos que marcaram os dois anos do governo Temer. Agência Brasil*. Disponível em: <https://agencia-brasil.ebc.com.br/politica/noticia/2018-05/veja-fatos-que-marcaram-os-dois-anos-do-governo-temer>. Acesso em: 20/março/2021.

ALMEIDA, Alfredo W. B. de. Os quilombos e as novas etnias. In: O'DWYER, Eliane Cantarino. (Org.). *Quilombos: identidade étnica e territorialidade*. Editora FGV, Rio de Janeiro, 2002. p. 43-81.

ARRUTI, José M. Políticas públicas para quilombos: terra, saúde e educação. In: PAULA, Marilene de; HERINGER, Rosana (Orgs). *Caminhos convergentes: Estado e sociedade na superação das desigualdades raciais no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Boll, ActionAid, 2009. p. 75-110.

BARBOSA, Keith. Saúde e escravidão: aspectos da experiência negra entre Brasil e Angola na primeira metade dos dezenove. In: Encontro de história ANPUH, XIII, 2008, Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: ANPUH, 2008. Disponível em: Acesso em: 20/03/2021.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, Distrito Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 05 fev. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sobre a doença, o que é Covid. *Brasil. #Pátria Vacinada*. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>. Acesso em: 29 Out. 2020.

CAMPOS, Juarez de Queiroz; SANTO, Antonio C. G. E.; MANTOVANI, Maria de Fátima. *Introdu-*

ção à saúde pública. São Paulo: J. Q. Campos, 1987.

CARVALHO, Igor. Quilombolas que foram alvo de Bolsonaro criticam arquivamento de processo de racismo. *Brasil de Fato*. 07.06.2019. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/06/07/quilombolas-que-foram-alvo-de-bolsonaro-criticam-arquivamento-de-processo-de-racismo>. Acesso em: 22/março/2021.

COLETTA, Ricardo Della. Bolsonaro volta a defender remédios sem eficácia e cita 'tratamento precoce' em caso de 2ª onda. *Fo lha de São Paulo*. 11.11.2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/11/bolsonaro-volta-a-defender-remedios-sem-eficacia-e-cita-tratamento-precoce-em-caso-de-2a-onda.shtml>. Acesso em: 22/março/2021.

CONAQ. Campanha o Brasil é quilombola nenhum quilombo a menos. *Coordenação Nacional de Articulação de Quilombos*. 2020. Disponível em: <http://conaq.org.br/noticias/campanha-o-brasil-e-quilombola-nenhum-quilombo-a-menos/>. Acesso em: 27/Março/2021.

CONAQ. Boletim Epidemiológico: Covid nos quilombos. Coordenação Nacional de Articulação de Quilombos. *Coordenação Nacional de Articulação de Quilombos*. 2021 Disponível em: <http://conaq.org.br/noticias/covid-19-nos-quilombos/>. Acesso em: 04/Maio/2021.

CRUZ, Cíntia. Quilombolas enviam manifesto ao STF contra Plano nacional de enfrentamento à pandemia da Covid-19. 26 de abril de 2021. *Yahoo Finanças*. <https://br.financas.yahoo.com/noticias/quilombolas-enviam-manifesto-ao-stf>. Acessado 04/Maio/2021

CUNHA, Olívia M. G. da; GOMES, Flávio dos Santos. *Quase-cidadão: histórias e antropologias da pós-emancipação no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007.

DAVID, Onildo Reis. *O inimigo invisível: a epidemia do cólera na Bahia em 1855-1856*. 2003. 176 f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em História). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

DICIONÁRIO. Dicionário on line de português. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/pandemia/>. Acesso em: 29/Out/2020.

ELDER, Flávio. A saúde pública no período colonial e joanino. 2018. *Arquivo Nacional e a História Luso-Brasileira*. Disponível em: http://www.historiacolonial.arquivonacional.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5120&Itemid=372. Acesso em: 17/abril/2021.

FELLET, João. Governo Temer trava demarcações de áreas quilombolas. *BBC Brasil*. 18 abril 2017. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-39625624>. Acesso em: 21/março/2021.

FERNANDES, Florestan. *A integração do negro na sociedade de classes: o legado da “raça branca”*. Volume 1, 5ª ed. São Paulo: Globo, 2008.

FERREIRA, Adriana; CRUZ, Isabela; PEREIRA, Jeferson; MIRANDA, Rafaela; PAULA, Rosana Rodrigues de; SILVA, Judit Gomes da. Desafios e estratégias de comunidades quilombolas frente a Covid-19. *Superintendência de Inclusão, políticas afirmativas e diversidade*. 2020. Disponível em: <http://www.sipad.ufpr.br/portal/desafios-e-estrategias-de-comunidades-quilombolas-frente-a-covid-19-atuizado/>. Acesso em: 22/março/2021.

FOUCAULT, Michel. *Crise da medicina ou crise da antimedicina*. Verve, (Edição nº 18) 167-194. 2010.

FREITAS, Augusto T. de. *Consolidação das leis civis*. Brasília: Senado Federal. Conselho Editorial, [1876] 2003.

FURTADO, Rafael N.; CAMILO, Juliana A. de Oliveira. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. *Revista Subjetividades* [online]. vol.16, n.3, pp. 34-44, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692016000300003-&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 2359-0769. <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.16.3.34-44>. Acesso em 21/mar/2021.

GROFF, Paulo Vargas. Direitos Fundamentais nas Constituições brasileiras. *Revista de Informação Legislativa*. Brasília a. 45 n. 178 abr./jun. p. 105-129, 2008.

GUSMÃO, Neusa M. M. de. A questão política das chamadas

“terras de preto”. In: LEITE, Ilka B. (Org.), *Terras e territórios de negros no Brasil*. Textos e Debates. Núcleo de Estudos sobre Identidade e Relações Interétnicas/UFSC, ano I, n. 2, 1990.

INESC. Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc). Bolsonaro a pandemia e a explosão das demandas sociais. *Le Monde Diplomatique Brasil*, ano 14. n. 157, pp. 04-05. 2020. Disponível: <https://diplomatique.org.br/bolsonaro-a-pandemia-e-a-explosao-das-demandas-sociais/>. Acesso em 10/Nov/2020.

IVAMOTO, Henrique Seiji. Misericórdias: O Magnífico Legado Luso. *Acta Medica Misericordiae*. 2002. Disponível em: <http://www.scms.com.br/historico.htm>. Acesso em 03/Out/2021.

LONER, Beatriz Ana; GILL, Lorena Almeida; SCHEER, Micaele Irene. Enfermidade e morte: os escravos na cidade de Pelotas, 1870-1880. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. 133-152, 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000500008-&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20/Abril/2021.

MBEMBE, A. Necropolítica. *Revista arte e ensaios*, nº 32, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993/7169>. Acesso em: 18/março/2021.

MELO, Willivane Ferreira de. Comunidades quilombolas e políticas de saúde. *Terra de Direitos. Série especial quilombola "Na raça e na cor"* 21.08.2017. Disponível em: <https://terradedireitos.org.br/acervo/artigos/comunidades-quilombolas-e-politicas-de-saude/22602>. Acesso em: 19/março/2021.

PAES, Mariana A. Dias. O Tratamento jurídico dos escravos nas ordenações Manuelinas e Filipinas. In: V Congresso Brasileiro de História do Direito. 2011. Paraná. *Anais*. Paraná. Ed. UFPR. p. 523-536. 2011.

PLÍNIO DOS SANTOS, Carlos Alexandre B. *Fiéis descendentes: redes-irmandades na pós-abolição entre as comunidades negras rurais sul-mato-grossenses*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2014.

PÔRTO, A. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1019-27, out-dez. 2006.

PRUDENTE, Eunice A. Jesus. O negro na ordem jurídica brasileira. *Revista da Faculdade de Direito*, USP, São Paulo, v. 83, p. 135-149, 1988.

RAMALHOSO, Wellington. Temer, o impopular: o que mudou no país em dois anos e meio de governo. *UOL Notícias*. 30.12.2018. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2018/12/30/temer-o-impopular-o-que-mudou-no-pais-em-dois-anos-de-governo.htm>. Acesso em: 20/março/2021.

RANGEL, Rosangela Faria. A laicização da assistência social na primeira república. In: XIV Encontro Regional da ANPUH-RIO: Memória e Patrimônio, 2010. Disponível em: http://www.encontro2010.rj.anpuh.org/resources/anais/8/1276742598_ARQUIVO_artigoANPHU.pdf. Acessado em: 05/Out/2021.

ROCHA, Camilo. A convide nos quilombos. E a cobrança por ações do governo. *Nexo Jornal*. 14.09.2020. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/09/14/A-covid-19-nos-quilombos.-E-a-cobran%C3%A7a-por-a-%C3%A7%C3%B5es-do-governo>. Acesso em: 01/Set/2021.

SAINT-HILAIRE, Auguste. *Viagem pelo Distrito dos Diamantes e litoral do Brasil*. Belo Horizonte: Ed. Itatiaia, 2004.

SAKAMOTO, Leonardo. Pandemia foi pretexto para violar direitos humanos no Brasil, diz Anistia. *Uol Notícias* 04.07.2021. <https://noticias.uol.com.br/colunas/leonardo-sakamoto/2021/04/07/pandemia-foi-pretexto-para-violar-direitos-humanos-no-brasil-diz-anistia.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 07/Abril/2021.

SANGLARD, Gisele. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. *Revista Esboço*, nº 16. UFSC. 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/119/166>. Acesso em: 05/Set/2021.

SARMENTO, Daniel. A garantia do direito à posse dos re-

manescentes de quilombos antes da desapropriação. *Revista de Direito do Estado: RDE/*, n. 7, pp. 345–360, jul./set., 2007.

SILVA, Giselda S. da. Benzedores e raizeiros. Saberes partilhados na Comunidade remanescente de quilombo de Santana da Caatinga - 1940-2011. *Revista Mosaico Goiânia*, v. 3, n. 1, p. 33-48, 2010. Disponível em: <<http://ser.pucgoias.edu.br/index/php/mosaico/issue/view/111/showToc>>. Acesso em: 04/Out/2021.

SILVA, Marcelo P. da. O processo de urbanização carioca na 1ª República do Brasil no século XX: uma análise do processo de segregação social. *Estação Científica (UNIFAP)*. Macapá, vol. 8, n° 1, p. 47-56, jan./abr. 2018.

SOARES, Nina R. F.; MOTTA, Manoel F. V. As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde. *Revista de Educação Pública (UFMT)*, v. 6, p. 215-228, 1997. Disponível em: http://www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as_politicas_de_s.html.

STF. Supremo Tribunal Federal. Supremo determina que Governo Federal elabore Plano de combate à Covid-19 para população quilombola. *Portal do Supremo Tribunal Federal*. 25/2/2021. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=461129&ori=1>. Acessado 25/Março/2021.