

Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás¹

Living conditions and therapeutic paths in a *quilombola* community in Goiás, Brazil

Renata Carvalho dos Santos

Doutoranda em Ciências da Saúde. Docente da Escola Superior de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Estadual de Goiás. Endereço: Rua 209-A, 53, Setor Leste Vila Nova, CEP 74640-135, Goiânia, GO, Brasil.
E-mail: renathacarvalho@hotmail.com

Maria Sebastiana Silva

Doutora em Alimentação e Nutrição. Docente Associada da Faculdade de Educação Física da Universidade Federal de Goiás. Endereço: Campus Samambaia, Caixa Postal 131, CEP 74001-970, Goiânia, GO, Brasil.
E-mail: maria2593857@hotmail.com

¹ Fonte de financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Resumo

O objetivo deste trabalho foi investigar as condições de vida e os itinerários terapêuticos de duas populações quilombolas do Estado de Goiás (Almeidas - comunidade rural e Jardim Cascata - comunidade urbana). Foi realizada uma pesquisa de caráter quanti-qualitativo, com utilização de questionário familiar, entrevista semiestruturada com informantes-chave e observação participante. Foram feitas quatro visitas em cada comunidade nos anos de 2010 e 2011. Em relação às características gerais das comunidades, elas se assemelham entre si e entre populações de baixa renda em geral devido ao baixo nível de escolaridade, de renda e carência de saneamento básico. Os itinerários terapêuticos mobilizam saberes populares, religiosos e os conhecimentos biomédicos por meio do serviço público de saúde. Em Almeidas, são utilizadas, de forma seguida ou simultânea, a automedicação caseira e alopática. Uma senhora muito conhecida na região é responsável pelos tratamentos caseiros. No Jardim Cascata, os moradores utilizam principalmente a automedicação com remédios alopáticos, e os postos de saúde do bairro frequentemente estão sem profissionais para realizar o atendimento. As redes de apoio familiar são mais intensas em Almeidas do que no Jardim Cascata. Nas duas comunidades, os serviços de saúde estão, frequentemente, fechados devido à rotatividade de profissionais e precária infraestrutura. As duas comunidades apresentam determinações históricas que denunciam a falta de atenção pública e marginalização da população pobre.

Palavras-chave: Condições Sociais; Itinerários Terapêuticos; Comunidades Quilombolas.

Abstract

The aim of this study was to investigate living conditions and therapeutic paths of two *quilombola* communities residing in the State of Goiás: Almeidas (rural community), Jardim Cascata (urban community). We conducted a quantitative and qualitative study through questionnaire, semi-structured interviews with key informants and observation of reality. Four visits were made to each community in the years 2010 and 2011. Concerning to the general characteristics, the communities presented a low level of education, low income and lack of basic sanitation. People at those communities mobilize popular, religious and biomedical knowledge in their treatments. At Almeidas, people self medicate using homemade and conventional medication simultaneously. There is an elderly lady who prepares homemade treatments. The people at Jardim Cascata use mainly conventional self-medication. Family support networks are more intense in Almeidas than Jardim Cascata. In both communities, health services are often closed due staff turnover and poor infrastructure. Moreover, the two communities have historical determinations based to a lack of attention from the public sector and marginalization of the poor population.

Keywords: Social Conditions; Therapeutic Paths; *Quilombola* Communities.

Introdução

O termo comunidade quilombola remete à ideia de grupos negros, em locais isolados no meio das florestas. No entanto, além da fuga das fazendas, outras situações favoreceram a constituição destes grupos, tais como: compra de terras por famílias alforriadas, recebimento de terras como pagamento de serviços prestados a senhores ou ao Estado, permanência nas terras depois do abandono pelos proprietários, acordos feitos entre escravos e senhores, entre outros fatos (Almeida, 1998).

Atualmente, os quilombos não se referem necessariamente à ocupação realizada em determinado período histórico ou a comprovação biológica da descendência (Leite, 2000), mas, envolve a participação de grupos étnico-raciais segundo o critério de autoatribuição, com relações territoriais específicas e com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica (Brasil, 2003; SEPPPIR, 2012). Essa nova denominação de quilombo representa um avanço na discussão sobre essas comunidades, porque admite a diversidade de formação destes agrupamentos, tanto durante o período de escravidão como após a abolição (Brasil, 2009).

Após 2003, houve uma intensificação de ações sociais e políticas destinadas a essas comunidades (Arruti, 2009), porém, apesar do aumento dessas ações e programas, ainda é evidente nas pesquisas que os indicadores de desenvolvimento humano nestes locais são desiguais e caracterizados como inferior, em relação à sociedade em geral. Isto demonstra a urgência de investimento do poder público nas comunidades que ainda convivem com altos índices de pobreza e baixa condição de saúde, como demonstra a Chamada Nutricional Quilombola (Brasil, 2007, 2009).

Tais condições precárias de vida influenciam no panorama geral de saúde e, para a compreensão deste, é preciso analisá-lo a partir do contexto socioeconômico e cultural dessas comunidades. Sabe-se que as diversidades raciais/étnicas e econômicas influenciam nas diferentes condições de saúde da população. Além disso, é preciso ressaltar que essas diferentes situações de saúde têm uma dimensão individual, mas também aspectos que apontam para

as iniquidades produzidas pelas condições sociais em que vivem (Williams e Jackson, 2005).

Deste ponto de vista, a saúde humana e o meio ambiente são objetos que envolvem processos de caráter biológico que são socialmente determinados. Assim, a saúde deve ser compreendida como pertencente ao movimento dinâmico e contraditório da sociedade, cuja gênese e reprodução estão vinculadas a processos coletivos e individuais. Esses processos se produzem reciprocamente por meio da interação dos elementos provenientes da macroestrutura político-econômica social, articulada às particularidades dos diferentes grupos populacionais, como: o modo de vida coletivo e a realidade individual e familiar dos sujeitos (Breilh, 2010).

Sendo assim, para compreender as condições de saúde e as formas como os sujeitos enfrentam o processo saúde-doença, é necessário analisar suas práticas (itinerários terapêuticos) à luz do contexto em que são desenvolvidas e reproduzidas, devido a suas características e especificidades históricas. “[...] É nesse contexto que acontecem os eventos cotidianos (econômicos, sociais e culturais) que organizam a vida coletiva, que enquadram a vida biológica e é dentro dele que os indivíduos evoluem ao mesmo tempo em que seu corpo, seus pensamentos, suas ações, são formatados por esse espaço social” (Gerhardt, 2006, p. 2.450).

Os itinerários terapêuticos referem-se aos caminhos percorridos pelos sujeitos em busca do cuidado em saúde, ou seja, as práticas individuais e coletivas empregadas para solucionar seus problemas de saúde. As possibilidades de escolha e a adesão aos tratamentos são determinadas por processos complexos, decorrentes da realidade na qual os indivíduos ou grupos estão inseridos e das potencialidades disponíveis para cuidarem dos agravos à saúde. Além disso, está integrada nessas decisões a dimensão subjetiva e cultural (Cabral e col., 2011).

A busca pelo tratamento mobiliza diversos sistemas de atenção à saúde, os quais por sua vez, não estão dissociados dos aspectos mais gerais da cultura. Tais sistemas referem-se aos conhecimentos sobre as origens das doenças, as técnicas terapêuticas e os papéis de atuação de cada agente social envolvido. Em uma sociedade complexa e composta por diversos grupos sociais (como a nossa) coexis-

tem, simultaneamente, vários sistemas de atenção à saúde, como por exemplo, sistema médico oficial, baseado no conhecimento biomédico e oferecido pelo Estado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, além desse, os grupos sociais podem recorrer a outras formas de tratar a doença por meio do sistema popular informal, religioso, entre outros (Langdon e Wiik, 2010).

O conhecimento dessas formas de tratamento é importante para a área da saúde, principalmente para a gestão, pois destaca as especificidades e necessidades dos sujeitos, em meio aos recursos disponíveis e a sua realidade. Dessa forma, possibilita repensar o sistema de saúde e as outras dimensões envolvidas para melhorar as condições de vida da população. Portanto, é importante compreender as condições de saúde e os itinerários terapêuticos desenvolvidos pelos quilombolas, que se configuram como uma população tradicional e que, em grande parte, está em situação de vulnerabilidade social.

A partir deste contexto, o presente estudo teve como objetivo investigar as condições de saúde e os itinerários terapêuticos dos indivíduos de duas comunidades quilombolas de Goiás, apontando os elementos em que elas se assemelham e se diferenciam.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa de caráter quanti-qualitativo em duas comunidades quilombolas de Goiás: Almeidas (rural), e Jardim Cascata (urbana). A coleta de dados ocorreu durante quatro visitas a cada comunidade nos anos de 2010 e 2011. Foram utilizados três instrumentos: questionário com o responsável de cada família, entrevistas semiestruturadas com informantes-chave e a observação participante.

Na comunidade Almeidas, o questionário foi respondido por 38 famílias compostas por 123 indivíduos e, na comunidade Jardim Cascata, 14 famílias compostas por 65 indivíduos. Este questionário buscou informações sobre as condições gerais das comunidades (escolaridade, tipos de ocupações, renda e saneamento básico), os agravos de saúde mais citados pelos moradores bem como os itinerários terapêuticos mais relacionados. Os dados provenientes desse instrumento foram categorizados e analisados quanto à frequência de ocorrência em

cada comunidade e discutidos com base em outros estudos.

As entrevistas e a observação buscaram identificar as formas de organização da comunidade, suas dificuldades em relação à saúde, modos de enfrentamento do processo saúde-doença e anseios dos sujeitos. A partir das falas dos moradores, o material foi selecionado, classificado segundo os eixos temáticos: condições de vida, serviços de saúde e itinerário terapêutico, e, analisados de acordo com o conceito teórico proposto e comparado com outros estudos (Triviños, 1987; Deslandes, 2010).

Resultados e discussão

A saúde é a síntese de múltiplas determinações, desse modo, para compreendê-la é necessário refletir sobre a dimensão biológica, o processo histórico, a cultura e as formas de organização dos diferentes grupos sociais (Brasil, 1990; Matiello Júnior e col., 2008).

No presente estudo, a saúde nas duas comunidades quilombolas do Estado de Goiás foi estudada a partir do contexto social e cultural, sendo consideradas as características gerais e as formas de tratamentos de saúde presente em cada uma delas.

Caracterização geral das comunidades

Primeiramente está caracterizado o aspecto socioeconômico das duas comunidades, pois é a partir desse quadro geral que são tecidas as condutas individuais e as possibilidades de ação dos atores sociais (Gerhardt, 2006). Destaca-se que os interesses e as perspectivas de escolhas das classes sociais se concretizam na estruturação dos modos de vida da população (Breilh, 2010). Portanto, serão apresentados alguns dados referentes às condições de vida e sua determinação na saúde dos sujeitos pertencentes às comunidades tradicionais pesquisadas. Segundo Williams e Jackson (2005), os componentes do *status* socioeconômico mensurados pela renda, educação e ocupação são importantes preditores para avaliar as diferenças em saúde, sob o ponto de vista étnico/racial.

A comunidade Almeidas foi reconhecida em 2005 e localiza-se no município de Silvânia, região Sudeste de Goiás (aproximadamente 120 km de Goiânia), e a comunidade Jardim Cascata foi reconhecida em 2007 e está sediada no município de Aparecida de

Goiânia (cerca de 25 km de Goiânia) (Goiás, 2011).

No que se refere à quantidade de famílias, em Almeidas residem, aproximadamente 40, formadas por três a quatro pessoas, sendo que 12 unidades familiares são próximas umas das outras, na região denominada de “igrejinha”, e as demais ficam dispersas, sendo algumas muito distantes umas das outras. O acesso a essa comunidade é feito por vias sem pavimentação asfáltica e o transporte mais utilizado na região é a moto (44,7% das famílias), seguido do automóvel (26,3%). Alguns moradores realizam a maior parte dos seus deslocamentos a pé (13,2% das famílias) e alguns (13,2%) possuem carro e moto, os quais também servem para ajudar os vizinhos. Não existe transporte público que atende a região, e para utilizarem o ônibus urbano, que dá acesso às cidades próximas, precisam se deslocar em torno de 12 km até a rodovia asfaltada. Ainda, existem dois bares perto da igrejinha que vendem bebidas alcoólicas, refrigerantes, salgadinhos, bolachas e outros produtos industrializados aos moradores.

No Jardim Cascata, o número de famílias quilombolas é em torno de 20 e a média de pessoas por família foi maior do que em Almeidas, de 4 a 6 pessoas. As casas ficam próximas umas das outras e no bairro coexistem ruas asfaltadas e outras sem pavimentação. O bairro possui linhas de ônibus, sendo este o principal meio de transporte dos moradores (78,6% das famílias), seguido de automóvel (14,3%) e moto (7,1%). Apesar de haver transporte público no bairro, este foi bastante criticado pelos moradores devido à superlotação e o pouco número de ônibus para atender a região. O bairro também possui mercadinhos e bares, sendo a maioria deles fechado com grades, o que denota o nível de insegurança e violência local.

Os dados do nível de escolaridade foram coletados de todos os indivíduos das comunidades e foi fornecido pelo responsável de cada unidade domiciliar conforme apresentado na Tabela 1.

Almeidas não possui escola em seu território, por isso as crianças e jovens se deslocam para a escola polo, localizada a 20 km da comunidade. O transporte é feito por um ônibus escolar, em precárias condições de uso, o qual oferece perigo aos passageiros. Após a conclusão do Ensino Fundamental (EF), aqueles alunos que desejam continuar os estudos

Tabela 1 - Número e porcentagem dos moradores segundo nível de escolaridade nas comunidades Almeidas e Jardim Cascata. Goiás (2013)

Nível de escolarização	Almeidas		Jardim Cascata	
	n	%	n	%
Analfabeto	5	4,1	4	6,1
Alfabetizado	2	1,6	-	-
Ensino Fundamental Completo	10	8,1	2	3,1
Ensino Fundamental incompleto	63	51,2	38	58,5
Ensino Médio Completo	2	1,6	11	16,9
Ensino Médio incompleto	6	4,9	4	6,1
Ensino Superior Completo	1	0,8	0	0,0
Ensino Superior incompleto	0	0,0	2	3,1
Criança fora da idade escolar	4	3,3	2	3,1
Não respondeu	30	24,4	2	3,1
Total de indivíduos	123	100,0	65	100,0

precisam se deslocar para a cidade mais próxima (Silvânia) a fim de cursarem o Ensino Médio. No entanto, muitos adolescentes param de estudar devido à distância e à dificuldade de deslocamento.

Como a comunidade Jardim Cascata está localizada em um bairro da área urbana de Aparecida de Goiânia, existem escolas (estadual e municipal) que atendem as famílias da região, além disso, há uma sala nos fundos de uma das casas da comunidade que funciona com a educação de jovens e adultos (EJA) para os quilombolas. Tal “escola” funciona em parceria com o SESI (Serviço Social da Indústria) que envia uma professora para ministrar aulas na comunidade.

Nas duas comunidades, verifica-se o predomínio da baixa escolaridade, pois a maior parte da população possui somente o Ensino Fundamental. No caso de Almeidas, isso está relacionado, principalmente, à falta de escola em seu território, além da dificuldade de acesso e permanência naquelas localizadas em polos ou cidades vizinhas. Quanto à comunidade Jardim Cascata, outros motivos corroboram para tal situação: a) dificuldade financeira e participação dos jovens no mercado de trabalho para ajudar a família; b) falta de interesse pelos estudos; c) baixa capacidade de motivar os alunos agregando sentido aos estudos e valorização da herança cultural, d) envolvimento com drogas e violência, etc.

Em outros estudos que avaliaram o grau de escolaridade de indivíduos quilombolas, também foi identificado o predomínio das séries iniciais do Ensino Fundamental, principalmente entre adultos. Em pesquisa realizada na comunidade Caiana dos Crioulos/ PB, todos os indivíduos na faixa etária de 15 a 18 anos estavam fora da escola e trabalhando nas lavouras próximas à comunidade. (Silva, 2007; Sá, 2010; Spressola-Prado, 2011). O estudo de Gehlen e Ramos (2008) em comunidades quilombolas urbanas de Porto Alegre destacou que metade dos responsáveis pelas famílias frequentaram somente as séries iniciais do EF, e menos de 2% dessas pessoas ingressaram no ensino superior, o que denota a marginalização destes indivíduos da educação formal. Além disso, autores como Williams e Jackson (2005) destacam a relação existente entre baixa escolaridade e as diferenças na saúde de brancos e negros, bem como nas condições de vida e taxas de homicídios maiores entre os negros.

A baixa escolaridade pode influenciar o tipo de ocupação dos sujeitos e, conseqüentemente a renda familiar, como será apresentado posteriormente. Destaca-se que muitos jovens abandonam as comunidades rurais para os centros urbanos e devido à pouca escolaridade ou qualificação para o trabalho enfrentam o subemprego e a falta de serviços (Brasil, 2009). Dados do Governo Federal estimam que 23,5%

dos quilombolas não sabem ler (SEPPPIR, 2012), o que demonstra um processo histórico em que estes indivíduos foram excluídos destes espaços por falta de condições de permanência e falta de estabelecimentos de ensino no seu território.

Nas duas comunidades, as ocupações remuneradas são caracterizadas pelo meio onde residem. Desse modo, em Almeidas, a principal ocupação remunerada entre os adultos foi de lavrador (30,9%). Já, no Jardim Cascata, existe uma multiplicidade de ocupações (técnico, funcionário público, garçoneiro, motorista, diarista, etc.) entre os moradores (30,8%) e, além disso, foi possível perceber um número maior de desempregados ou serviços caracterizados como bicos nesta comunidade (13,8%) em relação à Almeidas (4,1%).

Em outras comunidades quilombolas, como no Vale do Ribeira/SP, aquelas localizadas mais distantes ou com difícil acesso, também apresentaram como principal ocupação os lavradores e o trabalho com o extrativismo vegetal (89%), no entanto, o trabalho assalariado para os grandes produtores da região está assumindo lugar de destaque assim como em Almeidas (Spessola-Prado, 2011). Em uma comunidade da Paraíba, apesar da principal ocupação ser a agricultura (98,24%), o trabalho com a construção civil foi citado entre os indivíduos que saíram da comunidade para os grandes centros urbanos e depois retornaram, indicando a influência deste meio na reconfiguração da comunidade (Silva, 2007). Nos quilombos urbanos de Porto Alegre, as principais ocupações destacadas foram parecidas com as do Jardim Cascata, e também apresentaram alta frequência de trabalhadores sem vínculo empregatício fixo, destacando a fragilidade de inserção destes indivíduos no mercado de trabalho.

Um ponto em comum sobre o tipo de ocupação entre as comunidades pesquisadas está relacionado ao trabalho assalariado. Alguns estudos destacam a agricultura de subsistência como forma de prover a alimentação e renda das famílias quilombolas (Costa, 2011; Spessola-Prado, 2011). No entanto, esta realidade vem se modificando, cedendo lugar ao trabalho remunerado fora de suas terras, mesmo na zona rural.

A renda familiar é outro componente importante para avaliar as condições de vida da população, pois é uma variável limitante do acesso a diversos bens materiais e de consumo, além de estar relacionada ao tipo de ocupação da família (Sá, 2010). Nesta perspectiva, em Almeidas, a renda de mais da metade das famílias pesquisadas (57,9%) foi em torno de 1 a 2 salários mínimos², assim como no Jardim Cascata (57,1%). Em relação ao recebimento de benefícios sociais, houve uma diferença entre as comunidades, pois em Almeidas eles foram mais frequentes do que no Jardim Cascata. Assim, 57,9% das famílias em Almeidas recebiam cesta básica e 23,7% faziam parte do Programa Bolsa Família (PBF), enquanto que no Jardim Cascata somente uma família (7,1%) declarou participar do PBF. É importante destacar que os moradores de Almeidas afirmaram nas entrevistas que o recebimento das cestas não é contínuo e, às vezes, ocorre de 3 a 4 vezes no ano. No Jardim Cascata, algumas famílias em situações vulneráveis costumam ganhar auxílios de vizinhos, igrejas e da líder comunitária.

Segundo a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPPIR (2012), 75,6% das famílias quilombolas brasileiras estão em situação de extrema pobreza, e 78% (56,2 mil) são beneficiárias do Programa Bolsa Família. Porém, a adesão a esses programas, aparentemente é maior nas comunidades rurais, como se pode perceber quando comparada Almeidas e Jardim Cascata. No estudo de Gehlen e Ramos (2008), com comunidades quilombolas urbanas, o acesso à assistência social também foi baixo, sendo que o PBF beneficiava 21% da população e a cesta básica 7%, o que significa que de 172 famílias somente 12 recebiam este auxílio.

A falta de recursos financeiros influencia na saúde das populações, pois cerceia o acesso a outras dimensões da vida, além de limitar o consumo, a produção e o cultivo da terra, a qual é uma característica imprescindível aos quilombolas. Por exemplo, uma alimentação adequada em quantidade e qualidade não se realiza somente no recebimento de cestas básicas esporádicas. O suprimento de nutrientes apropriados ao organismo precisa ser contínuo e apresentar diversidade de alimentos, além de estar

2 Considerando o salário mínimo da época da coleta de dados (2011) como R\$ 545,00.

inserido na cultura alimentar local, valorizando os hábitos dos sujeitos.

Williams e Jackson (2005) apontam maior vulnerabilidade da saúde entre a população afro-americana de baixa renda, sendo maiores os fatores de risco para desenvolvimento de doenças coronarianas e câncer entre os negros, e maiores taxas de morte por doenças cardíacas entre os negros de qualquer nível de renda quando comparado aos brancos. Resguardado o contexto em que esses autores desenvolvem suas reflexões, esses dados sugerem algumas características semelhantes entre esse estudo e a realidade brasileira assinalando que a população pobre e negra ainda apresenta péssimas condições de vida em geral, o que reflete em doenças e agravos à saúde provenientes do processo de marginalização a que estão expostos.

Em relação ao saneamento básico, este não é adequado nas duas comunidades. Os resíduos são direcionados para fossas na maioria das casas (78,9% Almeidas/ 92,9% Jardim Cascata), e em Almeidas ainda existem casos de esgoto a céu aberto em 13,2% das casas, o que assinala para perigo de contaminação do solo, água e alimentos cultivados nos quintais, proporcionando maiores riscos de contaminação ao organismo humano. O acesso à água na comunidade rural (Almeidas) é proveniente do poço artesiano para as casas próximas à igreja (34,2%), e de minas/córrego (44,7%), ou cisternas³ próprias para as mais distantes (21,1%). Na comunidade urbana (Jardim Cascata) todas as casas obtêm a água através das cisternas. A péssima estrutura de saneamento básico é questionada pelos moradores, principalmente de Almeidas, que também relacionam esta situação às condições de saúde do local.

As água aqui também é muito ruim. [...] Vem do corgo, às vezes aqueles mesmo corgo as vaca bebe a água, usa para tudo, então é uma água que não é boa, e não é muita água também não, é pouquinho Pra ter saúde é uma água bem tratada, banheiro direitinho, todo o saneamento básico bem organizado, porque eu acho que na verdade não tem um

bom um tratamento, uma coleta de lixo, igual ali na igreja que já tá hoje com 12 casas ali. Eu acho que já deveria ter um investimento melhor da prefeitura (Entrevista com a liderança da comunidade Almeidas, maio/2010).

Em outras comunidades rurais, o acesso à água ocorre da mesma forma que Almeidas, por meio de nascentes e poços artesanais (Brasil, 2007). São poucas as comunidades com abastecimento público e de maneira geral, a infraestrutura de saneamento básico é precária, sendo que 62% não possuem água canalizada, 48% têm fossas rudimentares e 28% esgoto a céu aberto. Somente 20% das comunidades quilombolas no território nacional possuem coleta de lixo adequada (SEPPIR, 2012; Freitas e col., 2011).

A busca por cuidados terapêuticos e sua relação com a saúde pública

Os caminhos percorridos à procura de tratamentos terapêuticos originam-se de diversas fontes em um processo complexo influenciado por condições objetivas de vida, mas também pelas relações subjetivas. Quanto à utilização dos serviços de saúde e as práticas de cuidado, o estudo evidenciou desigualdades sociais relacionadas ao aspecto socioeconômico, e também um processo cultural de cuidado, proveniente do conhecimento popular e com trajetória histórica própria, mais evidente em uma das comunidades. Por meio do questionário, foi possível demonstrar que todas as famílias pesquisadas procuravam alguma forma de tratar os agravos à saúde recorrendo a vários meios, tais como está elencado na tabela 2.

No entanto, os números obtidos não conseguem expressar a diversidade das formas de tratamento e as dinâmicas sociais empreendidas na trajetória terapêutica desses sujeitos. Por meio da observação e entrevistas com moradores, em Almeidas, foi possível visualizar que há grande utilização de remédios caseiros. Sendo que alguns indivíduos fazem uso destes antes mesmo de procurar o médico ou começar o tratamento com o remédio alopático. Segundo Langdon e Wiik (2010), a procura pela

3 O termo utilizado não se refere ao conceito exato de cisternas: tecnologia para a captação de água da chuva. No contexto das comunidades pesquisadas, os moradores se referiam às cisternas no sentido de poço raso: poços escavados manualmente e revestidos com tijolos ou anéis de concreto, que captam água do lençol freático e possuem geralmente profundidades de até 20 metros. Foi mantido o termo cisternas no texto devido ao seu uso entre os pesquisados.

Tabela 2 - Proporção de moradores segundo formas de tratamento dos agravos à saúde citadas no questionário, nas comunidades Almeidas e Jardim Cascata. Goiás (2013)

Formas de tratamento	Almeidas	Jardim Cascata
Medicamento alopático de uso contínuo	36,8%	28,6%
Medicamento alopático e controle alimentar	10,5%	21,4%
Medicamento alopático de uso esporádico	5,3%	7,1%
Restrição alimentar	2,6%	7,1%
Remédios caseiros	2,6%	0,0%

medicina popular antes de recorrer aos sistemas hegemônicos/biomédicos é recorrente em outras comunidades tradicionais e está atrelado ao sistema cultural, o qual agrega visões e conceitos de saúde e doença próprios, bem como formas de tratamentos.

Além dos remédios caseiros, há uma ligação com as crenças em busca da cura, de modo que é preciso tomar o remédio e acreditar no seu efeito. Esta dinâmica baseada na medicina popular foi identificada com mais ênfase na comunidade rural, sendo que na comunidade urbana foi perceptível a crença na cura através do poder da religião e fé do sujeito.

Em Almeidas, uma senhora muito conhecida na região (denominada aqui de Dona D.) é referência na produção dos remédios e tratamentos caseiros dessa comunidade, e todos os moradores de Almeidas conhecem e acreditam na sua eficácia, e por mais que busquem o tratamento médico, agregam os remédios caseiros remetendo aos costumes da cultura local.

Aqui usa muito chá natural, muita gente já curou mesmo as bronquite com esse chá que eles faz. [...] Igual aqui nos Almeida mesmo todo mundo acredita (nos remédios da Dona D.) (Entrevista com Agente de Saúde de Almeidas, junho/2010).

Tem uns aqui que vai lá faz os exame e quando vorta, aí toma os remédios aculá, mas depois tem que tomar um chá caseiro (risos). Porque costuma, vai do costume. As minhas netas é assim. Se tem gastos médicos aí, elas vão lá pro colégio, lá mesmo tem médico, eles medica para lá também e chega com os remédios aí. Fala vó to tomando, uai tá tomando deixa. Uns três dias: vó eu quero um remedinho da senhora. E eu faço aí, no outro dia ela tá boa, acostumou né (Entrevista com Dona D. Almeidas, junho/2010).

Essa senhora é referência para a produção dos medicamentos caseiros, e relata que o seu conhecimento é proveniente dos seus antepassados e especificamente do seu pai. Existe todo um processo para colher as plantas do cerrado com horário e lugares específicos, pois existem diferentes tipos da mesma planta, como demonstra a fala abaixo:

O pai do nosso amigo aqui tá precisando tomar remédio para o coração... Ele tem que tomar. Eu quero pegar o leite da gameleira pra ele. Eu só sei de uma gameleira que a gente pega, porque gameleira tem muito, mas dessa de tomar só daquelas que dá... Eu quero ir pegar pra ele, é bom pra coração, bloqueio... (Entrevista com Dona D. Almeidas, junho/2010).

Segundo essa moradora, o principal remédio feito por ela é o chá e o seu conhecimento é transmitido para as filhas e as netas que moram com ela. Porém, fora as pessoas da família, a procura por conhecer o processo de elaboração dos remédios é pequeno e muitas pessoas não se interessam em repassar esse conhecimento para os mais jovens.

Com a finalidade de divulgação desses conhecimentos tradicionais, da cultura local e devido à expressividade nos itinerários terapêuticos que esses remédios têm para os moradores de Almeidas, houve uma experiência no postinho de saúde da comunidade, onde foram distribuídos xaropes para gripe. Uma enfermeira identificou a grande utilização dos xaropes pelos moradores e entrou em contato com Dona D e os Agentes de Saúde para produzir e distribuir às famílias. No entanto, essa experiência não teve continuidade devido a problemas estruturais que envolvem o serviço de saúde nessa comunidade.

Teve uma vez, uma Enfermeira aqui que ela tinha um interesse, ela empolgou muito quando conheceu a

Dona D, porque a gente falou assim: ah menino melhorou lá porque fez o chazinho. Aí ela falou assim: ah, vamos lá chamar a Dona D e vamos fazer uma xaropada aí. [...] Aí a gente fez mesmo esse xarope, a comunidade deu o açúcar. Aí quando as pessoas iam (no postinho) a gente já dava o xaropinho. [...] Acho que foi mais de ano (Entrevista com Agente Comunitária de Saúde de Almeidas, junho/2010).

Além do aspecto cultural, as outras dimensões que essa prática alcança são difíceis de estimar. Porém, a automedicação e uso indiscriminado, seja do remédio caseiro, seja alopático, para tratamento de problemas de saúde “leve” devem ser feitos com ressalva. A própria prática social de automedicação indica um ponto a se pensar: a dificuldade de acesso ao serviço público de saúde. A oferta irregular e má distribuída evidencia uma determinação da desigualdade em saúde.

Especificamente nos Almeidas, a oferta de serviços públicos de saúde concentra-se no posto da comunidade, denominado “postinho” pelos moradores. Este posto funciona quinzenalmente e mantém serviços de consulta, distribuição de remédios e exame de prevenção, em mulheres. Porém, o trabalho da equipe Estratégia Saúde da Família (ESF) concentra a maior parte no serviço dos Agentes Comunitários de Saúde.

A alta rotatividade de profissionais de saúde neste posto é um problema para os moradores, pois influencia nos tratamentos contínuos e no atendimento da população. A distância e as vias não asfaltadas são os motivos mais destacados para explicar a troca frequente de médicos e enfermeiras. Além disso, o líder comunitário explicou que o pouco investimento no postinho da comunidade é decorrente da falta de regularização do território. Segundo ele, o investimento é direcionado a outro posto polo que fica ao lado da escola-polo, a 20 km da comunidade.

[...] Agora eles (a prefeitura) querem que o pessoal daqui vai pra lá. Aí moral da história: você chega lá, as pessoas que não têm condição de ir, não têm condução, 20km daqui lá, aplica nosso dinheiro tudo lá [...] Aí já teve uma reunião lá com o advogado da prefeitura e o secretário de saúde, aí eu falei então nós temos que caçar um jeito porque senão você nunca vai investir lá porque quilombola não

tem terra legalizada (Entrevista com liderança da comunidade Almeidas, maio/2010).

No posto de saúde-polo, o atendimento ocorre três vezes na semana, porém se o indivíduo necessitar de serviços mais complexos e urgentes deve ir ao hospital de Silvânia. Segundo os moradores de Almeidas, além da falta de profissionais, outra dificuldade no tratamento refere-se à falta de integração dos médicos com a cultura e saberes tradicionais locais. Muitas vezes subestimam a eficácia do remédio caseiro e isto provoca uma relação tensa entre o tratamento proposto, pois coloca em oposição o conhecimento científico e o conhecimento popular, tornando este último menos valorizado.

Tinha outro médico, mas o outro era mais distante com a comunidade. Esse (novo médico que chegou ao postinho) parece que ele tá mais próximo da comunidade (Entrevista com Agente Comunitário de Saúde de Almeidas, junho/2010).

As formas de tratamento em Almeidas envolvem a simultaneidade de fontes, pois eles recorrem concomitantemente às práticas baseadas nos saberes populares e nos provenientes do conhecimento biomédico hegemônico. Esse movimento de integração e resistência expressa a complexidade da sociedade contemporânea e da área da saúde, bem como as suas determinações macrosociais. As escolhas de tratamento integram os aspectos subjetivos, mas também estão ligadas às capacidades de resolução dos problemas de saúde propiciados pelo serviço público e as condições objetivas para que isso ocorra. A utilização de vários recursos simultâneos também ocorre em outros quilombos, bem como em outros locais, onde a medicina tradicional, baseada na cultura dos grupos étnicos, incorporam elementos externos provenientes do pensamento médico hegemônico, em uma tentativa de superar a falta de atendimento e resolução dos problemas relacionados ao cuidado em saúde (Gerhardt, 2006).

Já, na comunidade Jardim Cascata, os dados da tabela 2 apontam para a utilização do serviço médico oficial, e nas entrevistas foi possível identificar que essa é realmente a principal forma de tratamento, aliada à religião, como demonstram as falas dos moradores abaixo.

Às vezes, às vezes, assim, a gente faz um chá, mas se você vê que não melhorô, leva no médico. Eu particularmente, eu creio muito mais na religião do que em médico. Então, às vezes, se eu mesmo, eu adoecê, primeira etapa, antes de ir no médico, eu vô na Igreja (Entrevista com adulto, Dona C. Comunidade Jardim Cascata, junho/2010).

A associação entre saúde e religião é apresentada com ênfase e importância pelos moradores dessa comunidade, que mobilizam o apoio de entidades religiosas ou buscam a resolução dos seus problemas de saúde na religião e depois nos médicos. Ao mesmo tempo, as escolhas terapêuticas no Jardim Cascata concentram-se a maior parte nos serviços públicos (Equipe Estratégia Saúde da Família e CAIS - Centro de Atendimento Integrado de Saúde), localizado em polos estratégicos da cidade.

É tem uma agente de saúde que sempre passa por aqui, ontem mesmo ela passou, passou os remédios pra minha mãe, pra pressão alta, diabetes, colesterol, sempre tá vindo por aqui pra ver como é que tá né (Entrevista com adulto, Dona F. Jardim Cascata, junho/2010).

Tem um postinho ali de saúde. Eu vou lá consultar, medir a pressão, pegar remédio. Lá mesmo eles já dão, consulta a gente, mede a pressão, e dá o remédio, se tiver, agora se não tiver também aí a gente tem que comprar né (Entrevista com idoso, Dona M. Jardim Cascata, junho/2010).

Óia, aqui nós tem umas plantas aí que agente faz um chazinho, combate pra não baliá e leva pro médico (Entrevista com adulto, Senhor O. Jardim Cascata, junho/2010).

Porém, a falta de profissionais também é constante, assim como na comunidade Almeidas. Apesar da aparente facilidade de encontrar um posto de saúde, isso não se materializa na resolução dos problemas de saúde da população. O Posto de Saúde da Família (PSF), frequentemente está sem médicos por conta da rotatividade de funcionários, e um dos motivos apontados pelos moradores também foi a precária infraestrutura do bairro que, por falta de asfalto em várias ruas, os médicos acabam desistindo de atender na região, sendo comum o PSF ficar de 4 a 6 meses sem médicos.

A saúde aqui é precária porque esse postinho aqui não tem médico. O nosso PSF aqui é assim: os médico não quer por causa da terra (Entrevista com líder da comunidade Jardim Cascata, junho 2010).

Falta muito médico... é que ele vê a situação da realidade por aqui, não sei como é o pagamento deles, acho que isso também, eles vão embora rápido por causa do pagamento. Aí eles não querem rodar por aqui na poeira, nas pedras, gasta muito e acaba desistindo também (Entrevista com idoso, Dona M. Jardim Cascata, junho/2010).

Embora no Jardim Cascata o acesso aos serviços de saúde seja relativamente mais fácil, quando comparadas à Almeidas, isto não significa qualidade na prestação destes serviços. Tanto, no meio rural, quanto urbano e em outras comunidades brasileiras, os serviços de saúde são inadequados e percebidos como problemas estruturais. A maioria das famílias depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde e ainda esbarram no mau atendimento e pouco envolvimento do médico com o paciente, descartando as relações culturais que envolvem o tratamento (Gehlen e Ramos, 2008; Silva e col., 2008; Spressola-Prado, 2011).

Graças a Deus eu não fico doente. Vô na farmácia (sorri)... Mais fácil. Melhor do que eu fica aí perdendo serviço indo pro CAIS, que você não consegue nada. Tinha que fazê cirurgia de tireoide, fiz um monte de exame, mais de 10 exame. Levo naquele conselho lá tem 2 anos que foi pra lá e cadê? Nunca veio. Não consegui faze a cirurgia. Aí tô aí com um caroço aqui que me atrapalha a engolir. Eu não tenho quem me ajuda. Às vezes você arruma um emprego, se você mata um dia eles te manda embora. Aí, se você fica desempregado, você não tem sitpass pra ir procurar o médico. E aí? Você chora sozinha (Entrevista com adulto, Dona L. Jardim Cascata, junho/2010).

Porque tem médico que ocê tá consultando e ele não é num sei... se tiver vindo dali num tá nem aí pra oiá pra você. Às vezes a gente chega num lugar as pessoas, eu costumo falar assim às vezes a pessoa nem te olha pra saber se você é vermelho, se você é azul, nem olha pra saber que cor que você é né. E às vezes você tá precisando de olhar no olho né, você perguntar e ele te responder né, ou ele te perguntar

pra você responder (Entrevista com adulto. Dona F. Jardim Cascata, junho/2010).

A falta de atendimento médico adequado e de emergência provoca uma série de consequências, desde dificuldade em pegar receitas de medicamentos para tratamento contínuo, como morte por falta de assistência, como relata a liderança da comunidade Jardim Cascata.

Aqui teve uma menina grávida que morreu. Passou mal aqui, saiu com ela correndo daqui, levou lá não sei aonde pra pegar uma quia. Dizendo a mãe dela que ficou andando com ela hospital a hospital, e o neném querendo nascer, e o médico mandou ela pra casa de novo. Ela veio pra casa de novo, aí teve que sair com ela de madrugada de novo, rodou nos hospital e até que internou lá no... MI, aí o neném já nasceu com o cordão umbilical no pescoço, já mortinho, já passou de hora de nascer. E aí ela tinha que fazer uma cesária e o parto foi normal e ela já tinha problema de tireoide, problema de coação, aí morreu a menina. Mas muitas das vezes isso acontece sabe por quê? Irresponsabilidade do médico (Entrevista com líder da comunidade Jardim Cascata, junho/2010).

No estudo de Silva e colaboradores (2008), somente uma comunidade de Santarém/PA possuía um posto de saúde-polo que atendia a população, a uma distância média de 70 km. Já em Caiana dos Crioulos também contava com um posto de saúde, mas que funcionava com limites de horário e poucos funcionários, assim como em Almeidas e Jardim Cascata (Silva e col., 2008; Silva e col., 2011). A falta de atendimento em virtude da carência de infraestrutura, da ausência de profissionais de saúde, de materiais e de medicamentos reflete a precarização e crise da saúde pública, que se torna mais expressiva nestes locais devido à distância (física e social) do poder público e à marginalização da população pobre e negra.

Destaca-se que o pouco cultivo de plantas para utilização de remédios caseiros no Jardim Cascata é uma situação diferente e coloca esta comunidade em uma situação particular, pois mesmo em outros quilombos urbanos o uso das plantas é comum e em alguns casos até incentivados. No quilombo da Família Silva/RS, os moradores ainda preservam os

conhecimentos e práticas de preparo de garrafadas para aliviar dores musculares. Já no quilombo dos Alpes, os moradores desenvolveram, em parceria com a EMBRAPA (Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária) e EMATER (Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural), cultivo de pomares e canteiros de ervas medicinais (Gehlen e Ramos, 2008). Em Goiás, a Comunidade do Cedro possui um laboratório de remédios de plantas do cerrado, o qual foi construído por uma organização não governamental (Silva e col., 2011). Ainda se destaca que, no Jardim Cascata, os moradores utilizam mais os remédios e tratamentos propostos pelos médicos, apesar das unidades de PSF frequentemente estarem sem estes profissionais.

Entre os agravos à saúde mais relatados pelos moradores nas duas comunidades, a hipertensão arterial foi o mais frequente (11 pessoas em Almeidas/ 6 pessoas no Jardim Cascata), seguidos de diabetes (4 Almeidas/ 3 Jardim Cascata), e hipercolesterolemia (3 Almeidas/ 2 Jardim Cascata). Diversos outros agravos e doenças foram citados sem grande expressividade numérica por pessoa (21 em Almeidas/ 11 no Jardim Cascata), por exemplo: dores de coluna, problemas mentais, chagas, problemas respiratórios, problemas cardíacos, câncer entre outros.

Segundo a VI Diretriz Brasileira sobre Hipertensão, a prevalência desta doença é duas vezes maior entre os negros do que na população branca, sendo que as mulheres negras alcançam uma diferença de 130% em relação às caucasianas. Dentre os fatores de risco mais expressivos para o desenvolvimento da hipertensão arterial estão: a idade (acima de 65 anos), excesso de peso, a ingestão excessiva de sódio e de álcool, sedentarismo, gênero e etnia, fatores socioeconômicos e genéticos (SBC, 2010).

Estudos com comunidades quilombolas apresentam a hipertensão arterial como um dos distúrbios de saúde mais frequentes. Porém, para além do simples fato de atribuir esses problemas à cor da pele, deve-se considerar as dimensões socioeconômicas e culturais, que muitas vezes são artificializadas nas análises. Apesar de a Diretriz Brasileira considerar a influência do nível socioeconômico na ocorrência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), ela pondera que é uma análise complexa e difícil de ser estabelecida. Contudo, destaca estudos que têm identificado

associação entre HAS e baixo nível de escolaridade.

Todavia, a baixa escolaridade está associada a questões sociais mais amplas de caráter macroeconômico, como o modo de produção adotado que determina o tipo de educação oferecido às diferentes classes sociais (Frigotto, 2003). E entre a população de classe baixa ainda predomina o maior número de indivíduos negros e pardos (Coimbra Jr. e Santos, 2000; IBGE, 2011), desse modo, uma abordagem que considere natural a HAS segundo o ponto de vista racial, deve ser repensada e questionada, pois desconsidera o processo histórico que gerou este agravo na população. A história que estes sujeitos integram e o processo de marginalização e discriminação social a que estão expostos há séculos, sem dúvida, colaboram para a maior vulnerabilidade e aparecimento desses agravos à saúde. Os dados destacados anteriormente (escolaridade, ocupação, renda e acesso aos serviços de saúde) destacam a baixa qualidade dos serviços em geral a que esta população pobre está sujeita historicamente, e essa situação contribui para a evolução de problemas de saúde.

Nesse sentido, a iniquidade produzida pela apropriação histórica de poder da classe dominante branca deste país resultou em desigualdades profundas, tanto de acesso aos bens e serviços, como nas formas de exploração do corpo pelo trabalho (Breilh, 2010). Este foi submetido à categoria de máquina, mas padece em virtude da sua exploração como meio de produção. A classe baixa não possui outro meio além do corpo para se colocar no mercado.

Portanto, é necessário considerar várias vertentes que são complementares na discussão sobre saúde/enfermidade e minorias étnicas: o processo saúde-doença como resultante de desigualdades sociais e/ou discriminação racial, e como resultantes de fatores biogenéticos e ambientais (Coimbra Jr. e Santos, 2000), e sua determinação sociocultural.

Considerações finais

O processo de saúde e enfrentamento dos seus agravos é baseado em estratégias individuais, redes de apoio e recursos coletivos (profissionais de saúde e religiosos). Nesse sentido, a localização geográfica

e configuração física e cultural das duas comunidades contribuem para a diferenciação das fontes terapêuticas utilizadas pelos moradores. As duas comunidades apresentam dificuldades de acesso e qualidade aos serviços públicos básicos, no entanto, as redes sociais de parentesco e vizinhança e os costumes tradicionais conduzem aos diferentes caminhos terapêuticos e formas de sobrevivência. Desse modo, ser quilombola nas duas comunidades tem uma semelhança referente à identidade histórica do negro, porém é preciso considerar que essas famílias estão inseridas na dinâmica social e econômica de cada cidade e por isso lançam mão de meios para se integrarem nessa sociedade.

Em Almeidas a busca terapêutica envolve a automedicação apoiada nos conhecimentos populares (remédios caseiros), e a utilização seguida ou simultânea dos serviços públicos de saúde quando estão disponíveis à população. As redes de apoio são intensas, com as casas de parentes próximos que recorrem em momentos de necessidade, além disso, a figura de uma senhora reconhecida pelo vasto conhecimento na arte de produzir remédios com plantas do cerrado é divulgada e apresenta credibilidade entre os moradores da comunidade. Os costumes da região influenciam a automedicação e eficácia do tratamento, e muitas vezes os remédios caseiros são buscados primeiro do que a visita ao médico devido à “classificação leve” da doença e também à pouca disponibilidade dos serviços públicos de saúde. A questão da precarização dos serviços em geral é histórica e evidencia o pouco investimento e compromisso político com a população pobre brasileira. A procura terapêutica deve ser analisada considerando os costumes e saberes regionais, porém à luz do contexto social que atua na determinação da vida desses sujeitos.

Na comunidade Jardim Cascata, alguns elementos que foram evidenciados nos Almeidas estão presentes como a automedicação, no entanto, esta ocorre voltada mais para os remédios alopáticos do que aos caseiros (como chá, garrafadas, etc.), sendo este último utilizado por poucos moradores e no sentido complementar para conseguir chegar à ajuda médica. Um dos aspectos que podem ser

considerados é a ocupação relativamente recente da região e a diversidade geográfica dos moradores que são provenientes de outros lugares, não só da zona rural, de modo, a partilhar uma “cultura urbana”. Assim, a procura pelos serviços públicos de saúde é mais intensa, no entanto, assim como na comunidade rural, há a carência no atendimento dessa população. Além da problemática infraestrutura, nessa comunidade há um maior número de chefes de famílias desempregados ou com trabalho informal, o que de fato influencia nas condições de vida familiar.

As redes sociais também são importantes fontes de tratamento e informações de saúde, e no caso dessa comunidade, as igrejas e a liderança comunitária desempenham um papel de assistência a esses moradores, demonstrando a relação entre saúde-religião-apoio social. Já as redes sociais baseadas nas relações de parentescos apresentam uma ruptura, devido à diversidade de regiões dos moradores, diferentemente dos Almeidas.

As reflexões sobre as condições de vida e os itinerários terapêuticos dessas duas comunidades permitiu identificar que as preocupações dos moradores diante da saúde não apresentam um fim em si mesmo (ter ou não saúde), mas estão constituídas por outros aspectos materiais e subjetivos que influenciam as condições de vida desses sujeitos e determinam a reprodução física, econômica e cultural das comunidades. A partir dos resultados encontrados, é preciso pensar sobre como as diferenças étnico-raciais e econômicas ainda são fontes de iniquidades sociais nas populações pesquisadas. A luta por melhores condições de vida entre os quilombolas e a superação da discriminação é histórica e necessita de mudanças significativas para superarem a exclusão e diferenças a que estão expostos em relação à sociedade.

Colaboração dos autores

Santos participou de todas as visitas às comunidades para coleta de dados, bem como a análise dos mesmos e redigiu o artigo. Silva orientou o trabalho, participou da coleta e análise de dados, e corrigiu o texto.

Referências

- ALMEIDA, A. W. B. Os quilombos e as novas etnias. *Documentos do ISA*, São Paulo, v. 5, p. 11-18, 1998.
- ARRUTI, J. M. Políticas públicas para quilombos: terra, saúde e educação. In: PAULA, M. D.; HERINGER, R. (Org.). *Caminhos convergentes: estado e sociedade na superação das desigualdades raciais no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Boll: Action Aid, 2009. p. 75-110.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.
- BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 21 nov. 2003. p. 4.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. *Chamada Nutricional Quilombola: sumário executivo*. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/gestaodainformacao/disseminacao/sumarios-executivos-de-pesquisas/2007/chamada-nutricional-quilombola-2006/chamada-nutricional-quilombola-2006>>. Acesso em: 12 mar. 2010.
- BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Subsecretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais. *Programa Brasil Quilombola: comunidades quilombolas brasileiras: regularização fundiária e políticas públicas*. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/.arquivos/pbq.pdf>>. Acesso em: 4 jul. 2014.

- BREILH, J. Las tres “s” de la determinación de la vida y el triángulo de la política (10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud). In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. p. 87-126.
- CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.
- COIMBRA JR, C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000.
- COSTA, M. S. Mandioca é comida de quilombola?: representações e práticas alimentares em uma comunidade quilombola da Amazônia brasileira. *Revista de Antropologia Amazônica*, Belém, v. 3, n. 2, p. 392-406, 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/775>>. Acesso em: 16 jul. 2012.
- DESLANDES, S. F. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2010.
- FREITAS, D. A. et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 937-943, 2011.
- FRIGOTTO, G. *Educação e crise do capitalismo real*. São Paulo: Cortez, 2003.
- GEHLEN, I.; RAMOS, I. C. A. *Estudo quantitativo da população quilombola do Município de Porto Alegre/RS*. Porto Alegre: UFRGS, 2008. Relatório final. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/fasc/usu_doc/quilombolaspoarelatoriofinal_2008.pdf>. Acesso em: 12 maio 2011.
- GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.
- GOIÁS. Secretaria de Gestão e Planejamento do Estado de Goiás. *Regiões de planejamento do Estado de Goiás, 2011*. Goiânia, 2011. Disponível em: <<http://www.seplan.go.gov.br/sepin/download/regplan2011.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2013.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>>. Acesso em: 10 jul. 2012.
- LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 173-181, 2010.
- LEITE, I. B. Os quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas. *Etnográfica*, Lisboa, v. 4, n. 2, p. 333-354, 2000.
- MATIELLO JÚNIOR, E.; GONÇALVES, A.; MARTINEZ, J. F. N. Superando riscos na atividade física relacionada à saúde. *Movimento*, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 39-61, 2008.
- SÁ, M. L. B. Saberes e práticas alimentares em uma comunidade quilombola no Ceará. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- SBC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretriz Brasileira de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 95, p. 1-51, 2010. Suplemento. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_ERRATA.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2012.
- SEPPPIR - SECRETARIA DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL. *Programa Brasil Quilombola: diagnóstico das ações realizadas*. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/destaques/diagnostico-pbq-agosto>>. Acesso em: 6 ago. 2013.
- SILVA, D. O. et al. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 21, p. 83-97, 2008. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000700008&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2010.

SILVA, J. A. N. D. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade quilombola do Estado da Paraíba. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 111-124, 2007.

SILVA, M. S. et al. Entre o chá e o voltaren: condições de saúde e cultura alimentar em comunidades quilombolas de Goiás. In: SILVA, A. M.; FALCÃO, J. L. C. (Org.). *Práticas corporais em comunidades quilombolas de Goiás*. Goiânia: PUC Goiás, 2011. p. 195-216.

SPRESSOLA-PRADO, V. L. *Ecologia política da comida e nutrição em duas comunidades quilombolas do Vale do Ribeira*. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Departamento de Ecologia do Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas, 1987.

WILLIAMS, D. R.; JACKSON, P. B. Social sources of racial disparities in health. *Health Affairs*, Bethesda, v. 24, n. 2, p. 325-334, 2005.

Recebido em: 01/10/2012

Reapresentado em: 28/11/2013

Aprovado em: 10/12/2013