



**PRÁTICAS E SABERES DE SAÚDE EM COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS
NO ESTADO DE GOIÁS**

Renata Carvalho dos Santos¹
Maria Sebastiana Silva²
Suzana de Santana Martins³
Jéssica Félix Nicácio Martinez⁴

RESUMO

Os quilombos são espaços de luta dos afro-descendentes por condições dignas de vida e trabalho, que mantém a sua história vinculada à opressão da escravidão. A realidade destes locais revelam situações de pobreza carecendo de serviços básicos, principalmente os de saúde. Este estudo teve como objetivo investigar as práticas de cuidado e as condições de saúde de quatro comunidades remanescentes de quilombos do Estado de Goiás. A pesquisa foi realizada com os indivíduos das comunidades que aceitaram participar e assinaram o Termo de consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, com as lideranças comunitárias e com as famílias, que responderam sobre as condições e práticas de saúde. Os resultados destacam que há uma hibridização entre os conhecimentos das práticas tradicionais com o científico, que se materializam na utilização de remédios caseiros e ações da equipe Estratégia Saúde da Família (ESF). As principais ações da ESF concentram-se nas atividades do Agente Comunitário de Saúde, e de maneira geral não há atendimento por outros profissionais, seja por falta de espaço adequado ou carência do profissional. Ainda, a falta de renda, de trabalho e de acesso a terra também influenciam nas condições de saúde das comunidades.

Palavras-chave: *Comunidades Remanescentes de Quilombos; Condições de Saúde; Práticas de cuidado em saúde*

SUMMARY

The quilombos are spaces of struggle of Afro-descendants for decent life and work, which maintains your history linked to the oppression of slavery. The reality of these places reveals situations of poverty and lacking basic services, mainly the health. This study aimed to investigate the practices of care and health conditions of four remaining community's quilombos of the State of Goiás. The search was held with individuals in communities that have agreed to participate and signed of the free and informed consent. The data were collected through of the semi-structured interval, with community leaders and with the

¹ Mestranda em Ciências da Saúde-UFG. Professora da Rede Estadual de Goiás.

² Professora orientadora da Faculdade de Educação Física.

³ Graduada em Nutrição – UFG. Estagiária CECANE-UFG.

⁴ Professora da Faculdade de Educação Física



families replied on conditions and health practices. The results highlight that there is hybridization between knowledge of traditional and scientific practices which materializes in use of home remedies and actions of Family Health Strategy team (FHS). The main actions of the FHS focus on activities of community health agent, and generally there is not service by professionals, either by lack of adequate space or lack of professional. Yet, lack of income, of work and of access to lands also influences the health conditions of the communities.

Key words: Remaining community's quilombos; Health conditions, Practices of health care

RESUMEN

Los quilombos son espacios de lucha de afro descendientes de vida decente y trabajo, que mantiene su historia vinculada a la opresión de la esclavitud. La realidad de estos lugares revela situaciones de pobreza y carecen de servicios básicos, principalmente la salud. Este estudio pretende investigar las prácticas de las condiciones de salud y atención de la comunidad cuatro quilombos restantes del Estado de Goiás. La búsqueda se celebró con personas de comunidades que han aceptado participar y firmado el consentimiento libre e informado. Los datos fueron recogidos a través del intervalo seme estructurado, con líderes de la comunidad y con las familias respondieron en la salud y las condiciones prácticas. Los resultados ponen de relieve que existe una hibridación entre el conocimiento de las prácticas tradicionales y científicas que se materializa en el uso de remedios caseros y acciones del equipo de Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Las principales acciones de ESF centran en las actividades de agente de salud de la comunidad y en general no hay servicio por profesionales, ya sea por falta de espacio adecuado o profesional. Sin embargo, falta de ingresos, de trabajo y de acceso a la tierra también influye en las condiciones de salud de las comunidades.

Palabras claves: Comunidad quilombos restantes; Estado de salud; Prácticas de cuidado de salud

INTRODUÇÃO

Quilombo, de acordo com o Conselho Ultramarino, em 1740, é definido 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, 2000, p.165). Essa definição propagou-se ao longo do tempo e cristalizou a idéia de quilombo como um local de indivíduos fugidos que negava o trabalho nas grandes propriedades rurais e com isolamento geográfico, de modo a estar mais próximo da natureza do que da sociedade civilizada.

Atualmente a concepção de quilombo extrapola a representação mitológica que se criou em torno destes locais, e são compreendidos como importantes espaços de expressão da luta dos afro-descendentes por condições dignas de vida e de trabalho e que mantêm raízes históricas vinculadas à opressão da escravidão (INCRA, 2009). Atualmente existem 1624 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares em todo território brasileiro (BRASIL, 2010).

Os quilombos contemporâneos não se referem necessariamente aos resíduos de ocupação realizados em determinado período ou a comprovação biológica de descendência. Essa “ressemantização”



do quilombo rompe com a visão estática do conceito anterior e evidencia a variabilidade de experiências que podem ser abarcadas por este local (LEITE, 2000). Esse descolamento da concepção de quilombo também se materializou em ações para este segmento. Vale ressaltar que a elaboração de políticas públicas, principalmente aquelas de caráter social, inclui determinações referentes à realidade histórico-social, sendo, portanto, fruto de lutas e pressões de diversos setores da sociedade civil. Shiroma et. al. (2007) destaca que essas políticas não são estáticas ou produtos de ações abstratas, mas expressam a capacidade do governo de gerenciar e implementar decisões no decurso dos conflitos sociais.

Arruti (2009) classifica as políticas para essas comunidades em dois tipos: aquelas elaboradas especificamente para esta população e aquelas que apresentam cotas especiais destinadas a eles dentro de políticas universais. Desse modo, a política de regularização das terras quilombolas é um exemplo de política específica, pois apresenta normatização própria e ações diferentes da reforma agrária. Já as de educação e saúde apresentam de maneira geral um tratamento diferenciado somente nos seus orçamentos. Nos dois casos há um reconhecimento e certa redistribuição de meios, no entanto, uma assinala um reconhecimento que produz uma política diferenciada, elaborada com vistas a determinados indivíduos, e a outra propõe tratamento diferenciado dentro de políticas indiferenciadas destinadas a população em geral.

Focando apenas nas políticas relacionadas à saúde para identificar ações destinadas às comunidades quilombolas há a necessidade de acessar vários documentos e trabalhos dedicados às populações pobres, rurais ou mesmo a população em geral. Muitas iniciativas no campo da saúde do Programa Brasil Quilombola, estão concentradas no saneamento e infra-estrutura básica, mas também existem ações no Programa de Habitação e Saneamento, Segurança Alimentar e Nutricional e a Estratégia de Saúde da Família.

Importante destacar que para além de uma visão multifatorial, a saúde humana inclui processos de caráter biológico determinados socialmente. Neste sentido, o conceito de saúde extrapola a simples ausência de doença, e pode ser definido como

(...) resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.4).

Esta conceitualização compreende a saúde como um processo construído em cada momento histórico segundo as determinações da reorganização social. O Estado deve garantir o direito à saúde de toda população, não apenas por meio de textos constitucionais, mas por meio da sua materialização em políticas de saúde intersetoriais, dada a complexidade do processo saúde-doença na realidade brasileira, integradas às necessidades da população e as reivindicações dos movimentos sociais. Para tanto, é imprescindível a participação social no controle dos processos de formulação, gestão e avaliação das políticas públicas produzidas coletivamente (BRASIL, 1986).

A partir deste contexto, torna-se importante investigar as condições de saúde de comunidades remanescentes de quilombos, afim de criar e direcionar projetos específicos para esta população, que apresenta as suas particularidades e necessidades próprias.

METODOLOGIA

Esta pesquisa está vinculada ao projeto Manifestações da Cultura Corporal em Comunidades Quilombolas: “Um Acervo Inicial no Estado de Goiás, de caráter interdisciplinar, e com financiamento do Ministério do Esporte”.



Realizou-se uma pesquisa exploratória e descritiva em quatro comunidades quilombolas do Estado de Goiás, localizadas na zona rural. Foram pesquisadas as comunidades: Almeida no município de Silvânia, Kalunga localizada no município de Teresina de Goiás, Magalhães no município de Nova Roma, e Cedro no município de Mineiros.

Os sujeitos dessa pesquisa foram indivíduos pertencentes às famílias quilombolas que aceitaram participar e assinaram o TCLE. Foi realizada entrevista semi-estruturada com as lideranças das comunidades e com as famílias quilombolas para obter informações sobre as suas condições e práticas de saúde.

RESULTADOS

A partir dos dados coletados foi possível compreender que existe, principalmente nas comunidades rurais, uma hibridização dos conhecimentos tradicionais e biomédicos no enfrentamento dos processos de saúde-doença. Tal fato se materializa na constituição de conhecimentos advindos da arte terapêutica das plantas e dos conhecimentos alicerçados no discurso hegemônico e oficial do sistema de saúde, que inclui a utilização de medicamentos alopáticos, visitas e consultas com médicos especialistas, o que é legitimado pela presença dos agentes de saúde nestas comunidades.

Na maioria das comunidades rurais pesquisadas, a ação da equipe Estratégia de Saúde da Família (ESF) se limita a atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS). As principais ações desenvolvidas pelos ACS nestes locais são: coleta de informações sobre as condições de saúde, distribuição de medicamentos e orientação da população. No entanto, vale ressaltar que na maioria das comunidades, as casas localizam-se a quilômetros de distância umas das outras e, muitas vezes, não existe nenhum tipo de transporte disponível, tornando o trabalho dos agentes árduo e desgastante, o que resulta em visitas domiciliares, pouco frequentes. Quando os moradores apresentam doenças que requerem cuidados mais complexos, é preciso se deslocar para as cidades mais próximas, a fim de obterem atendimento dos demais profissionais da equipe.

A única comunidade onde há acesso ao serviço de saúde é Almeida, do município de Silvânia-GO. Neste local, o atendimento é realizado quinzenalmente, em um barracão sem infra-estrutura apropriada, cedido pela igreja local. No entanto, o rodízio entre os profissionais, essencialmente médicos e enfermeiros, é alto devido à longa distância e as péssimas condições das vias de acesso ao município de Silvânia, o que afeta a qualidade do atendimento prestado no local.

Vale destacar que, nas comunidades rurais pesquisadas, de maneira geral, as famílias cultivam plantas medicinais em suas casas e costumam preparar diversos remédios caseiros (chás, xaropes, raizadas, etc.) para tratar os males do corpo. Além desta, as práticas populares de cuidado mais evidentes, e geralmente exercidas por mulheres idosas, são os partos caseiros realizados pelas parteiras e as rezas das benzedadeiras. Ainda que possua uma representação importante nas comunidades, a figura das parteiras tem desaparecido, mesmo entre as idosas, por medo de punições judicial, o que tem limitado a sua atuação apenas em casos emergenciais. Ao contrário, o uso de plantas medicinais ainda é muito presente.

Apesar da utilização das plantas no tratamento de diversos males, apenas alguns indivíduos da comunidade detém este saber e produzem, informalmente, remédios caseiros para as pessoas. Dentre as comunidades pesquisadas, a única que desenvolve um trabalho mais efetivo e sistematizado com as plantas medicinais é a Comunidade do Cedro, localizada no município de Mineiros. Nesta comunidade há um Laboratório de Plantas do Cerrado, construído com o auxílio de uma Organização Não-Governamental e administrado por moradores locais, onde são produzidos remédios para diversas



doenças, tais como: gripe, doenças do trato gastrointestinal, diabetes, problemas renais, hipertensão, etc.

Segundo os trabalhadores deste laboratório, a procura por medicamentos é grande, tanto pelos membros da comunidade como por pessoas externas, incluindo de outras cidades. Ainda assim, este laboratório não recebe incentivos financeiros para sua manutenção e/ou ampliação e o montante obtido, por meio da venda dos remédios, é destinado à manutenção do espaço e reposição dos produtos. Este fato contribui para a preterição dos conhecimentos tradicionais ligados a produção de remédios caseiros. Por exemplo, uma das justificativas para que a maioria das pessoas mais jovens não se interesse em aprender estes saberes deve-se a não geração de renda promovida por esta atividade.

Neste contexto, alguns moradores optam por deixar a comunidade e procurar trabalho na cidade em busca de melhores salários e condições de vida. Contudo, ao mesmo tempo em que é evidente a desistência em relação ao aprendizado por parte dos jovens, há uma supervalorização deste trabalho e das pessoas engajadas no laboratório. Em suas falas, os moradores elogiam e transmitem um sentimento de admiração pelo trabalho desenvolvido no laboratório, além de, frequentemente, procurarem tratamento com esses remédios antes de irem ao médico, fato que se repete nas outras comunidades rurais com a utilização de plantas medicinais cultivadas no próprio quintal.

Em contraposição ao modelo hegemônico adotado, alguns moradores das comunidades rurais relatam que os medicamentos alopáticos são pouco resolutivos e contribuem para o aparecimento de mais doenças. Também associam as enfermidades aos “venenos”, encontrados tanto nos medicamentos alopáticos como nos alimentos por meio da utilização de agrotóxicos e hormônios.

A necessidade de transformação do modelo biomédico aparece em várias entrevistas, nas quais os moradores afirmam que os médicos precisam conhecer a cultura das comunidades para poderem tratar destes sujeitos, ou seja, é preciso se aproximar da realidade local e conhecer as práticas exercidas por estes indivíduos, para integrar os saberes e práticas de tratamentos locais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade das comunidades pesquisadas envolvem de uma maneira geral, situações de pobreza, miséria e péssimas moradias, carecendo de serviços básicos como: saneamento, alimentação, saúde, educação, segurança, etc. A terra, que é uma das garantias para reprodução física, social e econômica da comunidade, frequentemente é retirada por outros indivíduos mais poderosos economicamente acirrando ainda mais a condição de vida dos quilombolas. Estas determinações influenciam na saúde desta população, tendo como referencial a conceitualização ampla de saúde.

O fato dos integrantes mais jovens deixarem a comunidade em busca de emprego nas cidades próximas se repete em todos os locais pesquisados. Os moradores alegam que a falta de trabalho e acesso a terra os direcionam a esta situação de vulnerabilidade, na qual a falta de renda para prover a alimentação e as outras necessidades básicas muitas vezes impelem estes indivíduos para fora do seu espaço social em busca de melhores condições de vida.

O processo de aglutinar saberes e práticas tradicionais de cuidado à saúde com o conhecimento científico é uma tentativa de superar a falta de acesso aos serviços básicos de saúde, assim como o distanciamento do conhecimento hegemônico da realidade local para enfrentamento do processo saúde-doença.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



ALMEIDA, A. W. B. Os quilombos e as novas etnias. *Revista Palmares*, Brasília, Fundação Palmares, Ministério da Cultura, p.163-182, 2000

ARRUTI, J. M. Políticas públicas para quilombos: terra, saúde e educação. In: PAULA, Marilene; 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.

BRASIL. Relatório Final: 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 21 p. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Relatorio%20Final.pdf> Acesso em: 25 abril 2011.

BRASIL, *Certidões atualizadas*. Fundação Cultural Palmares, junho/2010. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/?page_id=88> Acesso em: 25 abril 2011.

INCRA, *Incra avança em regularização de quilombo urbano na capital fluminense*. Incra - Ministério do Desenvolvimento Agrário, 26 de Novembro de 2009. Disponível em: <http://www.incra.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=13589:incra-avanca-em-regularizacao-de-quilombo-urbano-na-capital-fluminense&catid=1:ultimas&Itemid=278> Acesso em: 02/12/2009

LEITE, I. B. Os quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas. *Etnográfica*, v. 4, n. 2, p. 333-354, nov-2000.

SHIROMA, E. O.; MORAES, M. C. M.; EVANGELISTA, O. *Política educacional*. 4 ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.

Endereço de e-mail:
renathacarvalho@hotmail.com

Rua 260 Qd. 72ª nº138 - Setor Leste Universitário
Goiânia - GO
CEP: 74.610-240