

O Direito à Saúde: uma análise com Comunidades Quilombolas baianas

Leila Maria Prates Teixeira Mussi ¹ , Ilzver de Matos Oliveira ² , Claudio Bispo de Almeida ³ , Ricardo Franklin de Freitas Mussi ^{3*} 

¹ Faculdade Santo Agostinho – Brasil, ² Universidade Federal de Sergipe – Brasil, ³ Universidade do Estado da Bahia – Brasil.

*Autor de correspondência: rimussi@yahoo.com.br

RESUMO

A concretização do direito à saúde deve ser viabilizada pelo Estado, com foco na efetivação das políticas públicas para garantia da implantação e funcionamento dos serviços demandados pelos respectivos grupos populacionais. Destarte, essa escrita objetivou analisar como o direito à saúde é contemplado em comunidades quilombolas de uma região geográfica baiana. Metodologicamente enquadra-se como de abordagem qualitativa, com informações obtidas por meio de entrevistas estruturadas (sobre a infraestrutura e/ou serviços públicos de saúde) desenvolvidas com as representações das Associações de Moradores de 14 quilombos da região geográfica de Guanambi/Bahia durante o ano de 2016. Os achados indicam que uma comunidade possuía estrutura física específica para atendimentos básicos em saúde, no entanto, estava desativada. Três comunidades não tinham cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Entre as 11 que indicaram cobertura do Programa, em sete as(os) profissionais não residiam no território do quilombo. Diante da ampla ausência de infraestrutura e recorrente inadequação na prestação de serviços do PACS, evidencia-se a permanente negligência ao direito à saúde nesta população quilombola.

ABSTRACT

The realization of the right to health must be made possible by the State, focusing on the implementation of public policies to guarantee the implementation and functioning of the services demanded by the respective population groups. Thus, this writing aimed to analyze how the right to health is contemplated in quilombola communities in a geographic region of Bahia. Methodologically, it has a qualitative approach, with information obtained through structured interviews (about the infrastructure and/or public health services) developed with the representations of the Residents' Associations of 14 quilombos in the geographic region of Guanambi/Bahia during the year of 2016. The findings indicate that a community had a specific physical structure for basic health care, however, it was deactivated. Three communities were not covered by the Community Health Agents Program (CHAP). Among the 11 that indicated coverage of the Program, in seven the professionals did not reside in the quilombo territory. Given the widespread lack of infrastructure and recurrent inadequacy in the provision of PACS services, the permanent neglect of the right to health in this quilombola population is evident.

RESUMEN

La realización del derecho a la salud debe ser viabilizada por el Estado, enfocándose en la implementación de políticas públicas para garantizar la implementación y funcionamiento de los servicios demandados por los respectivos grupos poblacionales. Así, este escrito tuvo como objetivo analizar cómo el derecho a la salud es contemplado en comunidades quilombolas de una región geográfica de Bahia. Metodológicamente, encaja con un enfoque cualitativo, con información obtenida a través de entrevistas estructuradas (sobre infraestructura y/o servicios públicos de salud) desarrolladas con las representaciones de las Asociaciones de Vecinos de 14 quilombos de la región geográfica de Guanambi/Bahia durante el año de 2016. Los hallazgos indican que una comunidad tenía una estructura física específica para la atención básica de salud, sin embargo, estaba desactivada. Tres comunidades no estaban cubiertas por el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS). Entre los 11 que indicaron cobertura del Programa, en siete los profesionales no residían en el territorio Quilombo. Ante la ausencia generalizada de infraestructura y la insuficiencia recurrente en la prestación de los servicios de los PACS, se evidencia el descuido permanente del derecho a la salud en esta población quilombola.

PALAVRAS-CHAVE:

Direito à Saúde
Direitos Humanos
População negra

KEYWORDS:

Black population
Human rights
Right to health

PALABRAS-CLAVE:

Derecho a la salud
Derechos humanos
Población negra

SUBMETIDO: 01 de fevereiro de 2023 | **ACEITO:** 13 de abril de 2023 | **PUBLICADO:** 30 de abril de 2023

© ODEERE 2022. Este artigo é distribuído sob uma Licença [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Introdução

À saúde figura entre os direitos humanos fundamentais diante de sua conexão com a integridade física e/ou psíquica exigida para uma vida digna, sendo universal, por dirigir-se à todas as pessoas indistintamente (RAMOS; ESQUIVEL, 2015). Nesse contexto, corrobora-se a compreensão que vida saudável supera a perspectiva diminuta da ausência de doença, entendendo-a enquanto adequada presença e usufruto dos elementos relativos ao bem-estar e qualidade de vida (MUSSI *et al.*, 2019; MUSSI *et al.*, 2016). Portanto, estar saudável envolve condições individuais, comunitárias e ambientais (SILVA; FERREIRA; RODRIGUES, 2016), o que inclui a seguridade da dignidade humana.

No entanto, ao ser transmutada em um tipo de bem comerciável, pelo sistema capitalista, emergem dificuldades para sua plena efetivação como direito social (ZAGANELLI, 2016; MENDES; CARNUT, 2020). Esse quadro situacional torna ainda mais difícil sua concretização em populações periféricas e/ou em situação de vulnerabilidade socioeconômica, diante da recorrente condição de exclusão que lhes é historicamente/permanentemente imposta.

A ideia do direito universal à saúde no Brasil emerge formalmente na terceira Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1963. Apesar desse importante prenúncio, análises históricas demonstram que a Ditadura Militar brasileira atuou no impedimento do avanço legal e estrutural para sua garantia (CARVALHO; SANTOS, 2014; RAMOS; MIRANDA NETTO, 2017). Mas, a partir do fortalecimento do movimento pela redemocratização e a saída dos militares da direção da gestão estatal, o debate sobre a saúde, enquanto direito fundamental, é novamente valorizado, chegando a ocupar espaço com relevância na nova Carta Magna que viria a ser promulgada.

Então, na Constituição de 1988 ocorreu a indicação legal, reconhecendo que “Saúde é Direito do Cidadão e Dever do Estado”, tendo como diretriz o “atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas”, com sua promoção ficando sob responsabilidade dos Entes federados brasileiros (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), devendo ser ofertada/garantida à todas as pessoas que necessitarem (BRASIL, 1988).

Entende-se que as políticas sociais e econômicas são fundamentais para o

pleno exercício do direito à saúde (LIMA; MALUF, 2018). A partir do funcionamento eficaz dessas ações, serão reduzidos os riscos de adoecimentos e seus agravos, diante do acesso universal, equânime e igualitário aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Por esses motivos, esse direito tem recebido importante atenção no campo jurídico.

Apesar do avanço legislado, ainda podem ser observadas importantes e recorrentes violações quanto a garantia do direito à saúde em grupos populacionais específicos, como as populações negras, algumas vezes com apoio e/ou negligência dos diferentes níveis de gestão estatal, contrariando o fundamento fundador do Estado, que o indica como o principal agente protetor e assegurador dos direitos cidadãos.

No começo do século XXI ocorreu o reconhecimento do Brasil como maior nação negra não africana do mundo (BRASIL, 2011) e, que a persistência das disparidades étnico-raciais, evidenciam maior incidência de adoecimento e mortalidade precoce em populações negras (BATISTA *et al.*, 2005), situação, possivelmente, resultante e/ou reforçada pela pior disposição de serviços de saúde pública ofertada a esse perfil populacional (GUIMARÃES, 2004; ARAÚJO *et al.*, 2009). É importante mencionar que esse quadro resulta da sistemática opressão que nega direitos, independentemente da vontade da pessoa negra, materializado como racismo institucional (RIBEIRO, 2019) e/ou estrutural (ALMEIDA, 2021).

Diante do reconhecimento das ações deletérias do racismo na saúde das pessoas negras, emergem ações governamentais para seu enfrentamento, tais como: a criação Comitê Técnico Estadual de Saúde da População Negra (BAHIA, 2007), que realiza ações de educação permanente incluindo as lideranças quilombolas, organizou o Grupo Intersetorial Quilombola e estruturou a Área Técnica de Saúde da População Negra, objetivando ampliação ao acesso pela população negra, inclusive em comunidades quilombolas. Além da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2010) e a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra (BAHIA, 2013). Relevantes marcos gestores e legais que ressaltam a importância da equidade no processo de atendimento das demandas relativas ao adoecimento e agravos que acometem de maneira específica comunidades negras. Ressalta-se ainda que

legislações dessa natureza integram um escopo de práticas reparadoras e de confronto ao racismo historicamente consolidado nas políticas de saúde brasileiras (ARAÚJO *et al.*, 2010).

Destarte é fundamental que legislações e investigações no campo da saúde com participação de populações negras considerem/compreendam os impactos do racismo estrutural contemporâneo, como permanência sócio-histórica de séculos de modelo escravocrata racializado, capaz de impor barreiras para a correção/atenuação das desigualdades em saúde às populações negras (SOUZA; SOUZA; MERCES, 2021).

Mesmo reconhecendo os avanços perspectivados pela criação de mecanismos legais, sua execução ainda parece fragilizada diante da permanente escassez de investimentos governamentais para sua concretização no território nacional (GOMES *et al.*, 2017; CARVALHO; SANTOS, 2014). O que de fato torna-se concreto é a regular negação ao direito à saúde para a população negra e quilombola que, mesmo diante de legislações bem elaboradas, não são executadas adequadamente (ALMEIDA *et al.*, 2019; PEREIRA; MUSSI, 2020; SILVA *et al.*, 2021)

É possível inferir que o direito à saúde e a citação da necessidade da equidade nas proposições de políticas públicas não parecem suficientes para assegurar a presença e/ou ampliação da infraestrutura e serviços para a melhoria da qualidade de vida e inclusão social em determinados grupos populacionais. O exercício da equidade implica no fortalecimento social de maneira plural, respeitando as características identitárias e representativas locais em comunidade eminentemente negra (SILVA, 2007).

Levantamentos de porte nacional indicou a discriminação racial como fator de impacto negativo quanto ao acesso e utilização dos serviços de saúde (BOCCOLINI *et al.*, 2016; BOCCOLINI; SOUZA JÚNIOR, 2016), que compõem o escopo de elementos capazes de explicar dados populacionais preocupantes em agrupamentos populacionais negros, tais como, o subdiagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (MATOS *et al.*, 2021; SOUZA; BARROSO; GUIMARÃES, 2014).

No mesmo sentido, inquéritos epidemiológicos com participação de população quilombola identificou situações problemáticas quanto às

desigualdades no acesso e utilização do serviço de saúde, sobretudo relacionadas à existência de barreiras diversificadas, como a escassez de recursos humanos e questões de infraestrutura (PEREIRA; MUSSI; ROCHA, 2020), e, também associadas à subutilização destes serviços (GOMES *et al.*, 2013), inclusive em grupo que já têm diagnóstico de DCNT (PEREIRA *et al.*, 2021). O que evidencia a importância de novas investigações com enfoque na identificação, análise e compreensão da situação de saúde de grupos populacionais minoritários, como os negros quilombolas, ainda pouco apresentados pelos sistemas de informações de saúde.

Desde o período colonial brasileiro o povo negro luta contra o modelo social pautado na opressão designada pelo pertencimento étnico-racial (SANTOS; SILVEIRA, 2021; CORSINO, 2021). Neste sentido, desde suas primeiras estruturas, os quilombos representam importantes expressões de resistência, espaços organizados e que abrigaram pessoas negras rebeladas contra o sistema escravocrata (OLIVEIRA *et al.*, 2021; ALMEIDA *et al.*, 2019; MUSSI *et al.*, 2015). Já os quilombos na contemporaneidade, são compostos por coletivo de sujeitos com ancestralidade negra, com características sociais, culturais e religiosas próprias, eminentemente ruralistas e geograficamente isolados, que ainda enfrentam precárias condições de vida, com impacto na saúde de seus residentes (CALHEIROS, STADTLER, 2010; LIMA, SILVA, MARTINS, 2011).

A década de 1980 representou momento importante de luta das ações políticas dos movimentos sociais negros ao conquistarem o marco legal em que toda comunidade negra rural que agrupe descendentes de escravizados vivendo de uma cultura de subsistência e onde as manifestações culturais têm forte vínculo com o passado poderiam se autorreconhecer como quilombolas (BRASIL, 1988).

Desde então, vem ocorrendo importante fortalecimento afirmativo da identidade negra quilombolas por todo o território nacional. Comunidades negras rurais de todas as regiões brasileiras solicitaram certificação junto à Fundação Palmares, especialmente na região Nordeste e no Estado da Bahia. Ressalta-se que o processo histórico de autoidentificação quilombola, considera centralmente a identidade para afirmação de ser e viver em um território (ALMEIDA, 2002).

No entanto, o processo histórico, sob forte influência do modelo racista escravocrata, diretamente relacionado à constituição dessas comunidades as expõem a um contexto regular de vulnerabilidade social, agravadas pelas suas

composições e permanências, prioritariamente, em espaços rurais, regularmente carentes da presença de unidades de saúde em suas proximidades, agravando o seu processo de exclusão (GOMES *et al.*, 2013).

Além disso, as informações epidemiológicas, apesar de ainda em desenvolvimento, indicam preocupação diante da elevada presença de estilo de vida negativo (BEZERRA *et al.*, 2015; MUSSI; SQUARCINI; CAVALCANTE NETO, 2022; ALMEIDA *et al.*, 2022; ALMEIDA *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2021, RODRIGUES *et al.*, 2020a), fatores de risco para o adoecimento (OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016; MUSSI; QUEIROZ; PETROSKI, 2018; MUSSI; PETROSKI, 2019a RODRIGUES *et al.*, 2020b; MUSSI *et al.*, 2020b) e de suas ocorrências (SANTOS *et al.*, 2020a, 2020b, 2020c; MUSSI; PETROSKI, 2019b; MUSSI *et al.*, 2018), problemas de coluna (TEIXEIRA *et al.*, 2019; SANTOS; ASSUNÇÃO; LIMA, 2014; MUSSI; TEIXEIRA; FIGUEIREDO, 2016) e transtornos mentais (MUSSI; ROCHA; ALVES, 2019; BATISTA; ROCHA, 2020) em adultos quilombolas.

Então, é fundamental que seja discutida a questão do direito à saúde considerando a disponibilidade de serviços e infraestruturas, as condições socioeconômicas e o pertencimento étnico-raciais em grupos populacionais brasileiros. Neste sentido, o objetivo deste texto é analisar como o direito à saúde é contemplado em comunidades quilombolas de uma região geográfica baiana.

Métodos

Esta análise de caráter qualitativo (MUSSI *et al.*, 2019b) é recorte do estudo transversal de base populacional intitulado “Perfil Epidemiológico dos Quilombolas baianos”, autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado da Bahia, sob o parecer nº 1.386.019/2016, desenvolvido entre fevereiro e novembro de 2016.

O campo empírico é representado pela microrregião geográfica de Guanambi/Bahia, que contava com 42 quilombos contemporâneos certificados pela Fundação Palmares, distribuídos em 10 municípios no período da execução do levantamento (BRASIL, 2016).

O desenho amostral da pesquisa maior consistiu-se em duas etapas: sorteio dos quilombos (conglomerados) e, em seguida, coleta censitária. Neste sentido,

foram realizados sorteios dos quilombos que seriam convidados a participar do estudo. Das 17 comunidades sorteadas, 14 unidades permitiram visitas para a realização da pesquisa, três não consentiram a realização das atividades. Para mais informações sobre as atividades desenvolvidas, e maior detalhamento metodológico sobre a presente pesquisa, sugere-se consultar *Mussi et al. (2020)*.

Para fins da presente análise a obtenção das informações ocorreram mediante aplicação de entrevista estruturada a um integrante de cada Associação de Moradores das Comunidades Quilombolas participantes, com perguntas relativas à disponibilidade de infraestrutura física e/ou serviços públicos de saúde presentes/desenvolvidos no espaço dos respectivos quilombos. As pessoas consideradas como informantes foram definidas, previamente, por indicação da respectiva coordenação de cada comunidade quilombola participante da investigação, sendo um(a) informante por comunidade.

Resultados/Discussão

No presente estudo foi identificada importante dificuldade/restrrição para acesso aos serviços de saúde nos quilombos. Nenhuma comunidade dispunha de unidade de saúde em funcionamento, com uma única comunidade apresentando estrutura, no entanto, totalmente desinstalada e inadequada para uso. A maioria dos quilombos possuía cobertura do programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), característica considerada altamente positiva. Mas, três comunidades não tinham cobertura deste programa e, entre aquelas que possuíam ACS, sete profissionais não residiam na área em que prestavam atendimento.

Os municípios da região geográfica de Guanambi com quilombos certificados pela Fundação Palmares até o ano de 2016 apresentaram Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) variando de baixo (0,562) à médio (0,673). Todos os quilombos contemporâneos participantes do estudo estavam localizados em espaços rurais, portanto, mais vulneráveis a disparidades e iniquidades na oferta e efetivação de políticas de saúde (*GOMES et al., 2013*).

Esse contexto apresenta-se como reflexo de permanências históricas, que contribuem para a continuidade das desigualdades raciais e sociais, com reflexos

no afastamento desse perfil populacional dos serviços de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2019; PEREIRA; MUSSI, 2020; PEREIRA; MUSSI; ROCHA, 2020), afinal, “as instituições são apenas a materialização de uma estrutura social ou de um modo de socialização que tem o racismo como um de seus componentes orgânicos” (ALMEIDA, 2021, p.47), portanto, resultando em um racismo estrutural em saúde.

É importante citar que esse cenário deriva de uma imbricada interação entre a crise mercadológica, política estatal e jurídica referente ao empenho para a garantia do direito à saúde (MENDES; CARNUT; 2020). Pois, o racismo em saúde não se manifesta de maneira estanque, suas ações múltiplas desencadeiam variados significados no tratamento ofertado à grupos raciais específicos, barreiras que afetam desde as oportunidades de acesso, reforçando e/ou promovendo situações vulnerabilizantes quanto a exercício de direitos e atendimento de necessidades de toda ordem (GOMES *et al.*, 2017).

Apenas uma das comunidades quilombolas participantes do estudo contava com infraestrutura para atendimento em saúde, caracterizada por uma sala que poderia ser utilizada pela equipe/profissional durante atendimentos básicos à comunidade. No entanto, o quilombo não recebe visita da equipe/profissional para prestação de qualquer atendimento havia algum tempo. Esse quadro situacional indica a ampla presença de vazios locais/regionais relacionados à infraestrutura para o atendimento em saúde dos quilombolas.

Essa situação demonstra que as comunidades participantes da presente análise, não têm o seu direito à saúde atendido, apesar da indicação da garantia por lei e demais documentos que legislam sobre a temática. Isso contradiz a indicação constitucional quanto ao acesso aos bens e serviços em saúde, como fundamentais para a sua universalização (SOUZA *et al.*, 2020) e, as diretrizes de funcionamento do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), balizadas na integralidade e equidade à saúde da população brasileira, que fundamentou o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde da População Negra, a qual destaca atenção à saúde de populações quilombolas (ALMEIDA *et al.*, 2019).

Assim, cabe destacar a importância do adequado desenvolvimento da rede de atenção à saúde populacional, com o investimento na implantação, manutenção e ampliação da infraestrutura emergindo como pauta relevante (CARVALHO, 2013), para diminuição das barreiras para a plena atenção dos mais

diferentes perfis populacionais. Mas, também se sinaliza que a presença de instalação não é suficiente, há necessidade da presença de profissionais de saúde para a atenção e cuidado das características individuais e coletivas especificamente demandadas pela população negra quilombola (SILVA *et al.*, 2021; MUSSI *et al.*, 2020a), formadas(os) para a identificação, enfrentamento e correção do racismo estrutural (BAHIA, 2013) e seus resultantes na saúde.

Por exemplo, investigação identificou a percepção da melhoria da qualidade do atendimento em comunidade quilombola paraense após implantação do Programa Mais Médicos (PEREIRA; SANTOS, 2018). Enquanto análise baiana, com mesmo perfil populacional, indicou que a implementação de plano de ação com enfoque na Estratégia de Saúde da Família garantiu melhoria na cobertura dos serviços de atenção básica integrada à outros programas sociais (GOMES *et al.*, 2013), independentemente da presença de infraestrutura de saúde na comunidade.

No entanto, é importante ressaltar que a carência de adoção de critérios para o planejamento em saúde desencadeia consequências negativas, como a dificuldade do diálogo entre as instituições/níveis de gestão, e consequente, problemas no acesso aos serviços pela população devido a desorganização na oferta dos serviços de saúde e/ou inadequada utilização das instalações incapacitando assim a redução das desigualdades territoriais (GADELHA, 2011; GOMES *et al.*, 2013). Ressalta-se que já foi descrito que gestores do SUS, apresentaram mais conhecimentos sobre o funcionamento do sistema de saúde quando comparados com usuários e trabalhadores em saúde (MARTINS *et al.*, 2013), sugerindo que o grupo gestor têm maior influência no direcionamento das ações e políticas de saúde, o que pode fortemente, interferir no funcionamento dos serviços públicos de saúde de acordo com o interesse deste grupo.

Destarte, a garantia ao direito à saúde demanda, além da disponibilidade de espaço físico apropriado, a presença de profissional/equipe com habilitação para a execução dos serviços demandados pela população adstrita. Ao considerarmos que existem demandas emergenciais e longitudinais para a promoção, proteção e recuperação da saúde nas comunidades quilombolas, a ausência da presença física e na indisponibilidade de serviços configura um grave descumprimento da função do Estado na garantia dos direitos dessa população.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), parte integrante do SUS, propõe a implantação de modelo de atenção à saúde a partir de mediações entre família, comunidade e profissionais (COSTA *et al.*, 2013). Nesse arranjo estrutural, o agente comunitário de saúde (ACS) assume protagonismo na aproximação dos saberes populares de saúde e conhecimentos médico-científicos (SANTOS *et al.*, 2011).

O ACS é o responsável pela transmissão das necessidades da população à equipe de saúde e adequa as informações de saúde para melhor acesso comunitário (COSTA *et al.*, 2013). No entanto, estudo maranhense identificou que a dificuldade de acesso às unidades de saúde e, especialmente, do serviço médico gera uma “sobreresponsabilização” das(os) ACS (SILVA; FERREIRA; RODRIGUES, 2016), explicitando um viés da negação ao pleno exercício do direito a saúde pelas(os) quilombolas.

Apesar da existência da garantia do direito à saúde previsto na Carta Magna brasileira, colocando-a como dever do estado (BRASIL, 1988), e anterior a este documento, considera-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde ocorrida em 1978, em Alma-Ata (República do Cazaquistão), a qual destacou a importância da garantia universal à atenção primária fundamental, desenvolvidas próximas ao local de moradia dos sujeitos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1979). No entanto, apesar dos ACS pertencerem a estrutura do SUS, portanto, um importante meio para garantia ao direito ao acesso à saúde, apenas quatro quilombos citaram a presença de ACS residentes na própria comunidade. Outros sete quilombos tinham ACS que visitavam a comunidade, mas que eram moradores em comunidades rurais vizinhas, ou mesmo, no perímetro urbano. E, três comunidades restantes relataram não possuírem cobertura dos serviços de ACS.

Ao entendermos e aceitarmos a integralidade enquanto conjunto de ações relativas à prevenção, promoção, terapia e recuperação da saúde, com a participação dos diferentes sujeitos (SILVA *et al.*, 2015), nota-se um importante descumprimento em sua efetivação nos quilombos baianos. Não foram identificadas nem mesmo a presença de ações relativas à atenção básica, visto que até a presença dos ACS é restrita e/ou precarizada.

Quando a negligência relacionada à saúde é predominante, os demais direitos também são afetados, visto que o direito à saúde se encontra decisivamente interligado com outros bens igualmente fundamentais, o que pode

ser vislumbrado através de uma análise da Constituição Federal:

É de observar-se, nesse rumo, que, no rol dos direitos e das garantias fundamentais do homem, está consagrado, no preâmbulo do artigo 5º da Carta Política, o direito à vida, valor supremo intimamente ligado ao direito à saúde, dele necessariamente decorrente. Dessa maneira, o direito à saúde, na qualidade de direito fundamental, incluído na mesma categoria jurídica do direito à vida, constitui pressuposto desta e ressaí como um direito absoluto, irrenunciável e indisponível, sendo possível afirmar que a vida e a saúde são bens jurídicos essenciais à existência humana (RAMOS; ESQUIVEL, 2015, p. 15).

Outrossim, para a efetivação do direito à saúde e, em consequência, do próprio direito à vida, é mister que se verifiquem as condições mínimas para usufruí-la. Essas condições mínimas de vida repercutem em uma existência digna, igualmente reconhecida no texto constitucional. Por outro lado, o exercício desses direitos somente é possível em um Estado Democrático de Direito, que centraliza e unifica todos os direitos e garantias arrolados no texto constitucional, de modo que não há direito à saúde, à liberdade, à vida, ou qualquer outro direito sem que se atinja, diretamente, a dignidade da pessoa humana.

Além disso, é importante registrar que, em Vitória da Conquista - Bahia, foi identificada a subutilização dos serviços de saúde, possivelmente devido insuficiente prestação destes serviços para população quilombola (GOMES *et al.*, 2013). Outro ponto a ser considerado são as relações de poder, por exemplo, na composição de conselhos municipais de saúde, que entre usuários, trabalhadores da saúde e gestores, e, neste sentido identificou-se que os conselheiros não sabem ao certo o papel tanto do conselho quanto do conselheiro de saúde (MARTINS *et al.*, 2013).

Em estudo de revisão sobre acesso e utilização dos serviços de saúde pelas populações negras e quilombolas brasileiras, notou-se que estas populações são vítimas dos efeitos nocivos de dos marcadores sociais, espaciais, de gênero, de classe socioeconômica e ao pertencimento étnico-racial (PEREIRA; MUSSI, 2020). Tais complicações podem levar ao adoecimento destas populações, e são explicadas, dentre outras coisas, pelo racismo estrutural, que por meio da opressão expressa em ações cotidianas, desde o período colonial, se tornou uma forma de controle destas populações, e conduz à compreensão que o estado brasileiro, por meio do sistema de saúde, direciona tratamento punitivo às comunidades

quilombolas (ALMEIDA *et al*, 2019).

Considerações Finais

Diante do que foi apresentado e discutido percebe-se que, mesmo o direito à saúde sendo considerado algo fundamental e constante como obrigação do Estado na Constituição brasileira, há importante negligência deste direito às comunidades quilombolas da Região de Guanambi, Bahia. A presença efetiva de políticas públicas de saúde nos quilombos visitados é bastante restrita, quando presentes se limitam à presença e/ou cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Enquanto resultado adjacente ao presente estudo, acredita-se na colaboração com melhoria do planejamento, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde para a população quilombola, especialmente no sentido de melhorar a atenção básica à saúde, porta de entrada no sistema, importante nas ações de promoção, prevenção e rastreamento da situação de saúde dos grupos populacionais.

Ainda indicamos a importância da realização de outros estudos com a participação das comunidades/populações quilombolas situados na região, tanto do ponto de vista da saúde como da educação e regularização dos territórios, especialmente com equipes, análises e discussões interdisciplinares.

Referências

ALMEIDA, A. W. B. Os quilombos e as novas etnias. In: O'Dwyer, E. C. (org.)

Quilombos: identidade étnica e territorialidade. São Paulo: ABA/FGV, 2002.

ALMEIDA, C. B.; SANTOS, A. S.; VILELA, A. B. A.; CASOTTI, C. A. Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira. **Avances en Enfermería**, v.37, n.1, p.92-103, 2019.

ALMEIDA, C. B.; NUNES, L. A.; MUSSI, R. F. F.; CASOTTI, C. A. Sedentary behaviors and their relationship with the metabolic syndrome components in quilombolas. **Research, Society and Development**, v.11, n.1, p.e30211125001, 2022.

ALMEIDA, I. L. S.; SANTOS, S. R.; QUEIROZ, B. M.; MUSSI, R. F. F. ESTILO DE VIDA, MORBIDADES e Multimorbidade em Adultos Quilombolas da Região de Guanambi, Bahia, Brasil. **ABCS Health Sciences**, v.45, p.1325, 2020.

ALMEIDA, S. L. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Editora Jandaíra, 2021.

ARAÚJO, E. M.; COSTA, M. D. C. N.; HOGAN, V. K.; ARAÚJO, T. M. D.; DIAS, A. B.; OLIVEIRA, L. O. A. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. **Interface**, v.13, n.31, p.383- 94, 2009.

ARAÚJO, E. M.; COSTA, M. D. C. N.; NORONHA, C. V.; HOGAN, V. K.; VINES, A. I.; ARAÚJO, T. M. Desigualdades em Saúde e raça/Cor da Pele: revisão da literatura do Brasil e dos Estados Unidos [1996-2005]. **Saúde Coletiva**, v.40, n.40, p.116-121, 2010.

BAHIA. Decreto n. 10.572, de 19 de novembro de 2007. **Cria o Comitê Técnico Estadual de Saúde da População Negra no âmbito da SESAB e dá outras providências**. Salvador: 2007.

BAHIA. Decreto n.º 14.720, de 29 de agosto de 2013. **Institui a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra**. Salvador, 2013.

BATISTA, E. C.; ROCHA, K. B. Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Interações**, v.21, n.1, p.35-50, 2020.

BATISTA, L. E.; VOLOCHKO, A.; FERREIRA, C. E. D. C.; MARTINS, V. Mortalidade da população negra adulta no Brasil. In: FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Org.). **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2005. p. 237-314.

BEZERRA, V. M.; ANDRADE, A. C. S.; CÉSAR, C. C.; CAIAFFA, W. T. Domínios de atividade física em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v.31, n.6, p.1213-1224, 2015.

BOCCOLINI, C. S.; BOCCOLINI, P. M. M.; DAMACENA, G. N.; FERREIRA, A. P. S.; SZWARCOWALD, C. L. Fatores associados à discriminação percebida nos serviços de saúde do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.21, n.2, p.371-8, 2016.

BOCCOLINI, C. S.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B. Inequities in Healthcare utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. **International Journal for Equity in Health**, v.15, n.150, p.2-8, 2016.

BRASIL. **Constituição Federal**. 1988

BRASIL. **Fundação Palmares**. Brasília: Fundação Palmares, 2016. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br> acessado em: 24 de novembro de 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. **Características da população e dos domicílios**. Resultados do universo. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CALHEIROS, F. P.; STADTLER, H. H. C. Identidade étnica e poder: os quilombos nas políticas públicas brasileiras. **Revista Katálysis**, v.13, n.1, p.133-9, 2010.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v.27, n.78, p.7-26, 2013.

CARVALHO, R. B.; SANTOS, T. O direito à saúde no Brasil: uma análise dos impactos do golpe militar no debate sobre a universalização da saúde. **Revista Eletrônica "Diálogos Acadêmicos"**, v.6, n.1, p.23-37, 2014.

CORSINO, L. N. O ensino de história e cultura afro-brasileira na concepção de docentes de duas escolas da rede estadual de São Paulo. **Cenas Educacionais**, v.4, p.e10794, 2021.

COSTA, S. M.; ARAÚJO, F. F.; MARINS, L. V.; NOBRE, L. L. R.; ARAÚJO, F. M.; RODRIGUES, C. A. Q. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.7, p.2147-56, 2013.

GADELHA, C. A. G.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p.3003-3016, 2011.

GOMES, I. C. R.; DAMASCENO, R. O.; NERY, A. A.; MARTINS FILHO, I. E.; VILELA, A. B. A. Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra na Bahia. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.31, n.2, p.21500, 2017.

GOMES, K. O.; REIS, E. A.; GUIMARÃES, M. D. C.; Cherchiglia, M. L. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.29, n.9, p.1829-42, 2013.

GUIMARÃES, A. S. A. Preconceito de cor e racismo no Brasil. **Revista de Antropologia**, v.47, n.1, p.9-43, 2004.

LIMA, F. F.; SILVA, R. M.; MARTINS, T. R. F. O. Comunidades quilombolas, auto-atribuição, território e sobrevivência cultural: aspectos relevantes do território ocupado por comunidades remanescentes de quilombos no Brasil. **Revista Internacional de Direito e Cidadania**. v.11, p.79-94, out. 2011.

LIMA, G. E.; MALUF, A. C. Judicialização do direito à saúde em desfavor dos municípios: um paradoxo aos princípios da isonomia e da reserva do possível. **Revista de Direito Brasileira**, v.20, n.8, p.174-191, 2018.

MARTINS, C. S.; SARTORI, M. T.; DIETRICH, H. L. D.; DALLAGNOL, F. B. K.; ALBUQUERQUE, G. S. C.; PERNA, P. O.; MEHANNA, S. Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. **Saúde em Debate**, v.37, n.98, p.437-445, 2013.

MATOS, F. B.; VASCONCELOS, L. R. C.; ROCHA, S. V.; MUSSI, R. F. F. Subdiagnóstico da Hipertensão Arterial em adultos quilombolas de região baiana, Brasil. **Research, Society and Development**, v.10, n.2, p.e37210211055, 2021.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social**, v.22, n.46, p.9–32, 2020.

MUSSI, R. F. F.; JOSÉ, H. P. M.; AZEVEDO, D. P.; AMORIM, A. M.; PETROSKI, E. L. Formação em Educação Física e a Saúde na Escola. In: FARIAS, G. O.; NASCIMENTO, J. V. Educação, Saúde e Esporte: novos desafios à Educação Física. Ilhéus: Editus, 2016.

MUSSI, R. F. F.; MUSSI, L. M. P. T.; BAHIA, C. S.; AMORIM, A. M. Atividades Físicas Praticadas no Tempo Livre em Comunidade Quilombola do Alto Sertão Baiano. **LICERE**, v.18, n.1, p.157–187, 2015.

MUSSI, R. F. F.; MUSSI, L. M. P. T.; RODRIGUES, D. N.; ALMEIDA, C. B.; TEIXEIRA, E. P.; FIGUEIREDO, Ana C. M. G. Inquérito de Saúde em População Quilombola Baiana: relato de uma experiência em pesquisa epidemiológica. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.13, n.3, p.675-685, 2020.

MUSSI, R. F. F.; MORORO, H. P.; FREITAS, D. P. A.; AMORIM, A. M.; PETROSKI, E. L. O ensino da antropometria na escola: uma proposta na educação em saúde. **Cenas Educacionais**, v.2, n.1, p.14-28, 2019a.

MUSSI, R. F. F.; AMORIM, A. M.; ALMEIDA, C. B.; PETROSKI, E. L. Obesidade central e fatores associados em Quilombo do Alto Sertão Baiano, Brasil. Anais do Cuba Salud 2018. Havana: Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2018. Available from: <http://www.convencionalsalud2017.sld.cu/index.php/convencionalsalud/2018/pape r/viewFile/1428/2519>

MUSSI, R. F. F.; MUSSI, L. M. P. T.; ASSUNÇÃO, E. T. C.; NUNES, C. P. Pesquisa Quantitativa e/ou Qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades. **Revista Sustinere**, v.7, n.2, p.414-430, 2019b.

MUSSI, R. F. F.; FIGUEIREDO, A. C. M. G.; QUEIROZ, B. M.; PETROSKI, E. L.; RODRIGUES, D. N.; ALMEIDA, C. B. Simultaneidades dos componentes da síndrome metabólica em adultos quilombolas baianos, Brasil. **Nursing**, v.23, n.261, p.3583–3588, 2020b.

MUSSI, R. F. F.; PETROSKI, E. L. Indicadores de obesidade: capacidade preditiva para síndrome metabólica em adultos quilombolas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.24, n.7, p.2471-2480, 2019a.

MUSSI, R. F. F.; PETROSKI, E. L. Síndrome metabólica e fatores associados em quilombolas baianos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.24, n.7, p.2481-2490, 2019b.

MUSSI, R. F. F.; QUEIROZ, B. M. PETROSKI, E. L. Excesso de peso e fatores associados em quilombolas do Médio São Francisco baiano, Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v.23, n.4, p.1193-1200, 2018.

MUSSI, R. F. F.; ROCHA, S. V.; ALVES, T. C. Transtornos Mentais Comuns em Quilombolas Baianos, Nordeste Brasileiro. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 20, p. 698-710, 2019.

MUSSI, R. F. F.; SQUARCINI, C. F. R.; CAVALCANTE NETO, J. L. Style of living of adults

with disability in baian quilombos, Northeast Brazil. **Research, Society and Development**, v.10, n.14, p.e564101422135, 2021.

MUSSI, R. F. F.; TEIXEIRA, E. P.; FIGUEIREDO, A. C. M. G. Problema/Dor articular e atividade física de tempo livre em Quilombo Baiano, Brasil. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v.15, n.1, p.68-72, 2016.

OLIVEIRA, K. M. J.; MUSSI, L. M. P. T.; ALMEIDA, C. B.; MUSSI, R. F. F. Atividades de Lazer em Adultos Quilombolas de uma Região Baiana. **LICERE**, v.24, n.3, p.251–268, 2021.

OLIVEIRA, S. K. M.; CALDEIRA, A. P. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.24, n.4, p.420-427, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978, Alma-Ata, URSS**. Cuidados primários de saúde: relatório da Conferência. Brasília: UNICEF, 1979.

PEREIRA, R. N.; MUSSI, R. F. F.; ROCHA, R. M. Acesso e utilização dos serviços de saúde por quilombolas contemporâneos baianos. **Revista ABPN**, v.12, n.31, p.449-469, 2020.

PEREIRA, R. N.; MUSSI, R. F. F.; ALMEIDA, C. B.; ROCHA, R. M. Access and use of health services by quilombolas with hypertension. **Journal of Research and Knowledge Spreading**, v.2, n.1, p.e12313, 2021.

PEREIRA, R. N.; MUSSI, R. F. F. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. **ODEERE**, v.5, n.10, p.280-303, 2020.

PEREIRA, L. L.; SANTOS, L. M. P. Programa Mais Médicos e Atenção à Saúde em uma comunidade quilombola no Pará. **Argum**, v.10, n.2, p.203-19, 2018.

RAMOS, J. G. G.; ESQUIVEL, C. L. W. O direito à saúde como direito humano fundamental: breves considerações a respeito do seu formato legal à sua eficácia social. **Ciências Sociais Aplicadas em Revista**, v.15, n.28, p.9-40, 2015.

RAMOS, E. M. B.; MIRANDA NETTO, E. B. O federalismo e o direito à saúde na constituição federal de 1988: limites e possibilidades ao estabelecimento de um autêntico federalismo sanitário cooperativo no Brasil. **Revista Jurídica**, v.4, n.49, p.304-330, 2017.

RIBEIRO, D. **Pequeno manual antirracista**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

RODRIGUES, D. N.; MUSSI, R. F. F.; ALMEIDA, C. B.; NASCIMENTO JÚNIOR, J. R. A.; MOREIRA, S. R.; CARVALHO, F. O. Determinantes sociodemográficos associados ao nível de atividade física de quilombolas baianos, inquérito de 2016*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.29, n.3, p.e2018511, 2020a.

RODRIGUES, D. N.; MUSSI, R. F. F.; ALMEIDA, C. B.; PETROSKI, E. L.; CARVALHO, F. O. Determinantes sociodemográficos da falta de prontidão para atividade física em

adultos quilombolas. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v.19, n.1, p.89–94, 2020b.

SANTOS, J. R. M.; SILVEIRA, D. S. Por que discutir um conceito de movimento negro agora? Os novos contextos teóricos e políticos no campo das relações étnico-raciais no Brasil. **Cenas Educacionais**, v.4, p.e11772, 2021.

SANTOS, K. T.; SALIBA, N. A.; MOIMAZ, S. A. S.; ARCIERI, R. M.; CARVALHO, M. L. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, Supl.1, p.1023-28, 2011.

SANTOS, A. G.; MELO, F. T.; SANTOS, M. S.; MUSSI, R. F. F. Fatores associados à obesidade em adultos quilombolas baianos. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 14, n. 85, p. 230-240, 2020a.

SANTOS, A. V. R.; RODRIGUES, D. N.; AMORIM, A. M.; ALMEIDA, C. B.; MUSSI, R. F. F. Perfil sociodemográfico do adulto quilombola com distúrbios hiperglicêmicos. **Brazilian Journal of Health Review**, v.3, n.6, p.19007-19018, 2020b.

SANTOS, L. R. C. S.; ASSUNÇÃO, A. A.; LIMA, E. P. Dor nas costas em adultos residentes em territórios quilombolas, Bahia. **Revista de Saúde Pública**, v.48, n.5, p.750-7, 2014.

SANTOS, M. S.; ALMEIDA, C. B.; SANTOS, A. G.; AMORIM, A. M.; MUSSI, R. F. F. Fatores associados a dislipidemia do colesterol da lipoproteína de alta densidade em quilombolas. **Research, Society and Development**, v.9, n.11, p.e3209119812, 2020c.

SILVA, C. B. R.; FERREIRA, C. G. S.; RODRIGUES, F. L. Saúde quilombola no Maranhão. **Revista Ambivalências**, v.4, n.7, p.106-133, 2016.

SILVA, E. K. P.; SANTOS, M. C.; GODOY, K. G.; SOUSA, R. S.; CURCIO, A. D.; SANTOS, D. R. O. Resignificando a formação profissional em saúde: experiências do estágio nacional de extensão em comunidade (ENEC) em territórios quilombolas da Bahia. **Cenas Educacionais**, v. 4, p. e11319, 2021.

SILVA, J. A. N. Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.2, p.111-24, 2007.

SILVA, B. F. S.; WANDEKOKEN, K. D.; DALBELLO-ARAUJO, M.; BENITO, G. A. V. A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES). **Saúde em Debate**, v.39, n.104, p.183-96, 2015.

SOUZA, C. L.; BARROSO, S. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.6, p.1653-1662, 2014.

SOUZA, M. C.; BORGES, J. C. S.; TRINDADE, K. F.; SANTOS, R. S.; BRITO, V. C. S. G.; Souza, J. N.; LIMA, C. R. D.; SANTOS, M. P. S.; CAMPOS, J. P. M.; QUINTANA, R. A. C.; MARINHO, M. C. G.; MERCÊS, M. C.; CAMELIER, F. W. R.; CAMELIER, A. A. Access Barriers and Health Care in Patients with Chronic Respiratory Diseases. **American Journal of Biomedical Science and Research**, v.11, n.1, p.95-99, 2020.

SOUZA, M. C.; SOUZA, J. N.; MERCES, M. C. das. Structural racism as a barrier to access health: What does the COVID-19 pandemic reveal to us? **Journal of Multiprofessional Health Research**, v.2, n.2, p.e02.102-e02.106, 2021.

TEIXEIRA, E. P.; MUSSI, R. F. F.; PETROSKI, E. L.; MUNARO, H. L. R.; FIGUEIREDO, A. C. M. G. Problema crônico de coluna/dor nas costas em população quilombolas de região baiana, nordeste brasileiro. **Fisioterapia e Pesquisa**, v.26, p.85-90, 2019.

ZAGANELLI, J. A (in)justiça do poder judiciário: o obstáculo econômico do acesso à justiça e o direito social à saúde. **Revista de Direito Brasileira**, v.15, n.6, p.185-199, 2016.