

INDICADORES DE SAÚDE E ASPECTOS SOCIOAMBIENTAIS NA QUALIDADE DE VIDA DE TRÊS COMUNIDADES QUILOMBOLAS DA SERRA DO ESPINHAÇO MERIDIONAL

Jean Carlo Laughton de Sousa¹
Rosana Passos Cambraia²
Bernat Viñolas Prat³

Resumo

Em termos gerais a população afrodescendente apresenta baixos indicadores de saúde. Nesta população ainda existem grupos especiais que vivem em regiões isoladas mantendo suas práticas culturais parcialmente preservadas, são os chamados quilombolas. Os quilombos brasileiros e as suas áreas remanescentes são fruto de um processo histórico da formação da nação brasileira, originada na colonização portuguesa mediante os episódios de lutas e resistências devido às péssimas condições de vida e trabalho, além das diversas formas de violência às quais foram e são submetidos. Em Minas Gerais existem 435 quilombos identificados, sendo 105 na mesorregião do Jequitinhonha. Em Diamantina(MG), as condições naturais predominantes por vertentes e topos aplainados (região da Serra do Espinhaço Meridional) no alto Jequitinhonha e à “Era do Diamante” favoreceu o surgimento de alguns quilombos. Embora existam informações acerca destas comunidades, estas informações encontram-se dispersas em projetos isolados. Analisaremos aqui os indicadores por meio de análise multicritério.

Palavras-chave: Comunidades Quilombolas, Geografia da Saúde, Serra do Espinhaço Meridional.

O Conceito Ampliado de Quilombo

É sabido no processo da história humana que os europeus a partir do século XVI, com a descoberta das Américas e outras terras iniciaram um processo de domínio, sequestro e escravização dos povos africanos para servirem de mão-de-obra forçada e desumana nas recentes terras invadidas, em suas fazendas, garimpos e engenhos. Esta atividade foi observada não só no continente americano mas também na própria Europa.

A população negra durante séculos foi expropriada e excluída dos processos sociais, enquanto escravos mesmo após a abolição, conforme destacado:

¹ Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – jean.dtna@gmail.com

² Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – rosacambraia@gmail.com

³ Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – bernatvinolasprat@gmail.com

A história relegou ao negro um caminho – velado e silenciado – de preconceito, discriminação, injustiça, desigualdade e inequidade; reforçou a exclusão do negro às melhores oportunidades e condições de vida e renegou o valor simbólico das tradições, saberes e fazer do povo afrodescendente. VIERA e MONTEIRO (2013, p.612).

Avançando no tempo é válido lembrar que em 1963, em função de vários conflitos em diversos países por questões raciais, a ONU aprovou a Declaração das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial e que em 1965 veio a se tornar a Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, assinada por 157 países. Em seu artigo 1º a referida Declaração diz que:

“A discriminação entre seres humanos em razão da raça, cor ou origem étnica é uma ofensa à dignidade humana e será condenado como uma negação dos princípios da Carta das Nações Unidas, como uma violação dos direitos humanos e liberdades fundamentais proclamados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, como um obstáculo às relações amigáveis e pacíficas entre as nações e como um fato capaz de perturbar a paz e a segurança entre os povos.” (ONU, 1965).

No entanto, somente no ano de 2003 o Brasil reconheceu a jurisdição do Comitê pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial.

A palavra quilombo, de acordo com Leite (2008), é de origem bantu e significa acampamento guerreiro na floresta, e foi amplamente difundida no Brasil Colônia como referência às unidades de apoio aos insurgentes negros que eram contra o regime escravocrata, intitulados pelos europeus como “rebeldes”. Logo esta denominação remetia diretamente ao sentimento de luta contra o domínio colonial. Schmitt, Turatti e Carvalho (2002) apontam em seu trabalho um documento do Conselho Ultramarino reportando ao rei de Portugal a seguinte definição de quilombo “toda habitação de negros fugidos, que passem de cinco, em parte despovoada, ainda que não tenham ranchos levantados e nem se achem pilões neles”.

Também podemos perceber que dentro do contexto político nacional ainda há divergência entre os conceitos, ora utilizando o termo população quilombola, adotado pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA); ora população negra, comumente utilizado pelo Ministério da Saúde; ora utilizando a população afrodescendente, adotado pelo Ministério da Educação. Na Legislação Brasileira, o termo quilombola é citado pela primeira vez na Constituição Federal de 1988, no Título X – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, em seu artigo 68 que diz que “Aos remanescentes das

comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos”. Contudo percebe-se que esta mesma Carta Magna adota o termo afrodescendente e não quilombola em seu Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo III - Da Educação, da Cultura e do Desporto, Seção II – Da Cultura, em seu artigo 215:

Art. 215. O Estado garantirá a todos o pleno exercício dos direitos culturais e acesso às fontes da cultura nacional, e apoiará e incentivará a valorização e a difusão das manifestações culturais. § 1º - O Estado protegerá as manifestações das culturas populares, indígenas e afro-brasileiras, e das de outros grupos participantes do processo civilizatório nacional. (grifo nosso) § 2º - A lei disporá sobre a fixação de datas comemorativas de alta significação para os diferentes segmentos étnicos nacionais. § 3º A lei estabelecerá o Plano Nacional de Cultura, de duração plurianual, visando ao desenvolvimento cultural do País e à integração das ações do poder público que conduzem à: I defesa e valorização do patrimônio cultural brasileiro; II produção, promoção e difusão de bens culturais; III formação de pessoal qualificado para a gestão da cultura em suas múltiplas dimensões; IV democratização do acesso aos bens de cultura; V valorização da diversidade étnica e regional. (Brasil, 1998)

Neste mesmo ano de 1998 foi criada a Fundação Cultura Palmares, através da Lei 7.668, que tem, entre outras, a missão de “promover e apoiar eventos relacionados com os seus objetivos, inclusive visando à interação cultural, social, econômica e política do negro no contexto social do país”.

Em 2003 foi assinado o Decreto nº 4.887 que regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal. E em 2009 a Instrução Normativa nº 57 do INCRA em conjunto com o Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA) criou a seguinte redação:

Art. 3º. Considera-se remanescentes das comunidades dos quilombos aos grupos étnicos-raciais, segundo critério de autodefinição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida. Art. 4º. Considera-se terras ocupadas por Quilombolas toda a terra utilizada para a garantia de sua reprodução física, social, econômica e cultural.(INCRA, 2009).

No entendimento de Carvalho e Lima (2013) o adjetivo ‘remanescente’ surge como uma forma de separar no sentido de descontinuar o processo histórico de fuga e resistência associado ao termo quilombo. Neste trabalho perceber este contexto histórico se faz pertinente para que consigamos olhar de forma mais abrangente os aspectos sociais e as formas de

produção e ocupação do ambiente por estas comunidades em estudo frente ao mundo globalizado do século XXI.

O INCRA aponta em seu relatório intitulado ‘Títulos Expedidos às Comunidades Quilombolas’, que em até 14/09/2014 foram emitidos 171 títulos de terras para as comunidades quilombolas do Brasil, sendo que em Minas Gerais existe apenas a comunidade de Porto Coris no município de Leme do Prado teve o título da terra garantido.

De acordo com a Fundação Cultural Palmares (FCP)⁴ existem no Brasil 2.394 comunidades quilombolas certificadas até o dia 20/08/2014, sendo que 322 comunidades estão com processo de certificação aberto. Em Minas Gerais (conforme mapa 1) existem 220 certificadas pela FCP e apenas uma – como informando anteriormente - com a titulação da terra emitida pelo INCRA.

No município de Diamantina existe 3 comunidades autodefinidas e certificadas pela Fundação Cultural Palmares:

- Mata do Crioulos, certificada em 27/12/2010;
- Vargem do Inhaí, certificada em 17/06/2011;
- Quartel do Indaiá, certificada em 22/12/2011.

As comunidades de Algodoeiro e Covão ainda não iniciaram o processo de autodefinição.

Adotaremos aqui o termo ampliado ‘comunidade quilombola’ ou ‘quilombo’ para nos referir aos grupos étnicos que possuem processo social e histórico de vínculo com a terra, com a ancestralidade, buscando uma produção autônoma, baseada na cooperação e manutenção das tradições e práticas culturais e alimentares, bem como alto índices de parentesco, não ficando preso aos conceitos antropológicos e políticos descritos neste tópico.

A Saúde Ambiental nos Quilombos

Partindo da análise do espaço geográfico como objeto de investigação, a interdisciplinaridade em geografia constitui prática coletiva, surge da organização em grupos

⁴ Disponível em < <http://www.palmares.gov.br>>, data de acesso 12/09/2014.

e tem como objetivo a busca da compreensão/explicação de uma pergunta/problema formulado pelo conjunto dos investigadores. A geografia da saúde ao conceber o espaço geográfico (e suas variáveis), em especial o território, tem ganhado mais atenção na saúde coletiva como apontado por Barcellos, Sabroza e Peiter (2008) que afirmam que:

o conceito de território, por sua vez, não havia despertado o mesmo interesse por parte dos sanitaristas quanto ao conceito de espaço. O aumento do interesse pelo território na saúde parece ser e partiu principalmente dos gestores de saúde e estudiosos (...). BARCELLOS, SABROZA E PEITER (2008, p.19)

uma vez que é entendido como: 1) espaço para análise das variáveis socioambientais que interferem no processo saúde-doença; 2) espaço que suporta a vida e 3) espaço de produção e manifestação cultural.

No entendimento de Calijuri *et al.* (2009) a saúde é o resultado do equilíbrio dinâmico entre o indivíduo e o meio ambiente. Essa definição resume a relação existente entre todos os fatores externos ao indivíduo que exercem pressões sobre o seu bem-estar, levando à ocorrência de agravos à saúde. A problemática da relação saúde-ambiente é caracterizada pela multidisciplinaridade dos fatores que a compõe. Estes mesmos autores definem a saúde ambiental como sendo os aspectos da saúde humana e das enfermidades que são determinados por fatores ambientais e afirmam que:

“(...) a Organização Mundial da Saúde conceitua saúde ambiental como a parte da saúde pública que se ocupa das formas de vida, das substâncias e das condições em torno do homem que podem exercer alguma influência sobre a saúde e o bem-estar. Desta forma, a conservação e a proteção do ambiente assumem papel decisório nas medidas relativas à promoção da saúde nas populações. CALIJURI *et al.* (2009, p.19).

Já Kuhnen *et al.* (2010) chamam a atenção da importância do ambiente para a saúde humana destacando que a personalização também é frequentemente associada à territorialidade. O ato de personalizar define um espaço territorial por meio de marcas pessoais, que indicam pertencimento. É um mecanismo de regulação do contato social e serve à função de defesa da identidade pessoal e de grupo. As pesquisas demonstram que indivíduos mais territoriais usam mais marcas de personalização e são mais apegados ao seu território.

A análise de situações de saúde corresponde a uma vertente da vigilância em saúde que prioriza a análise da saúde de grupos populacionais definidos, em função de suas condições de vida. Depende, portanto, do processo de territorialização dos sistemas locais de saúde, de modo a reconhecer porções do território, segundo a lógica das relações entre

condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde. Esta análise de situação de saúde tem uma lógica territorial, porque no espaço se distribuem populações humanas, segundo similaridades culturais e socioeconômicas. A noção de vulnerabilidade em saúde relaciona-se aos processos de exclusão social. Esses processos de marginalização não acontecem apenas na esfera econômica, mas também na esfera política e social: a perda das condições de cidadania, legitimidade e pertencimento de um grupo social pode afetar suas possibilidades, até mesmo de reivindicação de melhores condições de vida.

As comunidades quilombolas de acordo com o Centro de Documentação Eloy Ferreira (CEDEFES, 2008) podem ser consideradas como um dos segmentos sociais mais pobres, esquecidos e desconhecidos da nossa sociedade. Os quilombos brasileiros e as suas áreas remanescentes são fruto de um processo histórico da formação da nação brasileira, originada na colonização portuguesa mediante os episódios de lutas e resistências devido às péssimas condições de vida e trabalho, além das diversas formas de violência às quais foram e são submetidos. De acordo com a CEDEFES (2008) o princípio subjacente à formação do quilombo constitui-se na busca de lugares de difícil acesso que propiciavam o estabelecimento de barreiras estruturais, que tanto podiam ser naturais quanto sociais (...) pretendiam desta forma, impedir o contato com o mundo branco e escravista com o mundo negro vivendo em liberdade. Esta mesma instituição aponta que em Minas Gerais existem 435 quilombos identificados sendo 105 na mesorregião do Jequitinhonha. Em Diamantina(MG), as condições naturais predominantes por vertentes e topos aplainados (região da Serra do Espinhaço Meridional) no alto Jequitinhonha e à “Era do Diamante” favoreceu o surgimento de alguns quilombos.

O quilombo de Quartel do Indaiá, localizando na zona rural de Diamantina, próximo ao distrito de São João da Chapada, surgiu onde funcionava um posto de fiscalização da Coroa Portuguesa no séc. XVIII (auge da extração de diamante). Ainda de acordo com a CEDEFES (2008) o atendimento à saúde nas comunidades quilombolas ainda é precário, em 2006 dos 177 quilombos em Minas Gerais haviam apenas 13 assistidos por alguma unidade de saúde.

Em relação aos indicadores de saúde, de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à População Negra (BRASIL, 2007) o cenário referente à prematuridade e à mortalidade infantil também apresenta uma disparidade quando relacionado a raça, cor e

etnia. Tomando como exemplo o indicador de mortalidade infantil a maior proporção de nascidos vivos prematuros (gestação < 37 semanas) foi registrada nos recém-nascidos indígenas e pretos, ambos com 7%. Os menores percentuais de recém-nascidos prematuros foram observados entre os nascidos amarelos e pardos, ambos com 6%. O relatório destaca os dados referentes às crianças menores de cinco anos. O risco de uma criança preta ou parda morrer antes dos cinco anos por causas infecciosas e parasitárias é 60% maior do que o de uma criança branca. Também o risco de morte por desnutrição apresenta diferenças alarmantes, sendo 90% maior entre crianças pretas e pardas que entre brancas.

No que tange às populações tradicionais, os dados demográficos são carentes e no caso dos quilombolas talvez nem existam pelo fato destas comunidades estarem inseridas dentro um município de planejamento e serem recenseadas juntamente como toda a população afrodescendente do município do qual o seu território faz parte ou em certos casos encontram-se “invisíveis” por não estarem recenseados. A análise do perfil demográfico é o primeiro passo para criar mecanismos de investigação e planejamento de ações da saúde. Saber quem são, quantos são e quais suas condições de vida e do ambiente irá trazer à luz respostas precisas para elaboração de documentos que serão fontes de dados para tomadas de decisões dos agentes públicos e as organizações não-governamentais.

Algumas Comunidades Quilombolas da Serra do Espinhaço Meridional

O presente trabalho visou responder alguns questionamentos acerca da necessidade de compreensão do cenário de saúde, educação e ambiente no qual as populações quilombolas do Quartel do Indaiá, Algodoeiro e Covão, localizadas na porção da Serra do Espinhaço Meridional em Diamantina (MG), estão inseridas com base nos direitos assegurados no artigo 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988): “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”; e na Lei nº 8.080 de 1990, que criou o Sistema Único de Saúde – SUS, no Título I - Das Disposições Gerais, que em seu artigo 2º ratifica que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” Este trabalho justificou-se ainda pela necessidade de planejamento de

um banco de dados que traga para a visibilidade estas comunidades tradicionais e o fomento na inserção dos mesmos em políticas governamentais. Destaca-se também a necessidade de investigação de informações preconizadas pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, em especial na subagenda ‘Saúde da população negra’, nos itens: ‘Situação de saúde das populações negras vivendo em remanescentes dos antigos quilombos (quilombolas)’; ‘Desenvolvimento de sistema de indicadores de saúde da população negra’ e ‘Análise epidemiológica da morbimortalidade por doenças genéticas e por doenças agravadas pelas condições de vida’. Relaciona-se com as linhas de pesquisa em Educação, Cultura e Saúde e Vigilância em Saúde do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Saúde, Sociedade e Ambiente.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo observacional. Foram utilizadas informações secundárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), com base nas informações oriundas das fichas A do SUS. Foi realizada entrevista semi-estruturada com a representante de organizações não governamental e com representante da Emater⁵ que atuam na região. Também foram realizadas observações *in loco* do ambiente por meio de visitas nas áreas das comunidades em estudo.

O estudo foi realizado em 3 (três) comunidades quilombolas localizados na porção meridional da Serra do Espinhaço no município de Diamantina (MG), a saber: Algodoeiro, Covão e Quartel do Indaiá.

Para realização deste estudo levamos consideração que a avaliação integrada deve elencar elementos básicos que compõem os requerimentos de qualidade de vida (ambientais, sociais, educativos e de saúde), levando em conta as particularidades autóctones, que são as relações destas comunidades com o seu meio, ou seja, a produção destas comunidades no seu território. Desta forma procuramos quantificar estes indicadores de modo que eles possam ser aplicados em qualquer outra comunidade. Um dos objetivos é quantificar esta avaliação tendo

⁵ Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado de Minas Gerais

uma única avaliação que englobe a avaliação dos requerimentos específicos (ambiental, social e de saúde).

A análise multicritério é uma técnica nos ajudará a realizar esta análise integrada. Segundo Jannuzzi, Miranda & Silva (2009) a Análise Multicritério à Decisão (AMD): “Consiste em um conjunto de técnicas para auxiliar um agente decisor - indivíduo, grupo de pessoas ou comitê de técnicos ou dirigentes - a tomar decisões acerca de um problema complexo, avaliando e escolhendo alternativas para solucioná-lo segundo diferentes critérios e pontos de vista”. A árvore de tomada de decisão é a estruturação em forma ramificada de todos os aspectos que são considerados na avaliação. Estes se englobam em uma primeira ramificação (considerando os aspectos mais gerais que são denominados requerimentos, uma segunda ramificação que considera aspectos mais específicos, os critérios). Finalmente, os critérios se subdividem nos aspectos mais específicos e quantificáveis do estudo, denominados indicadores. Antes da estruturação dos indicadores considerados no estudo, foi importante contextualizar o estudo que está sendo realizado e a realidade existente nas comunidades. Tratam-se de comunidades carentes, muito vulneráveis, isoladas e desamparadas em termos de acesso aos serviços de saúde, educação e ambiente.

Para a coleta dos indicadores foram utilizadas as seguintes informações:

- Fichas A do SIAB/DATASUS;
- Informações disponíveis a partir de ações desenvolvidas por Organização Não Governamental e também pela Emater, que atuam nestas comunidades;
- Visitas de campo e observações *in loco* do ambiente em que estas comunidades estão inseridas;
- Entrevistas com representante de ONG's.

Posteriormente, uma vez selecionados os indicadores, foram definidos os pesos (grau de importância relativa destes). Essa definição de pesos foi realizada mediante a metodologia Analytical Hierachy Process⁶ – AHP (Saaty, 1980) baseado em uma comparação por pares de todos os indicadores entre eles, mediante uma escala de comparação proposta pelo mesmo autor (Saaty, 1977). Esta metodologia bem sendo utilizada amplamente em avaliações multicritério.

⁶ Em português, Processo Hierárquico de Análise.

No quadro 1, a seguir, encontra-se a parte fundamental da metodologia de avaliação multicritério deste estudo: requerimento, peso, critérios e indicadores de estudo.

Quadro 1 – Árvore de tomada de decisão.

Requerimento	Peso	Crítérios	Peso	Indicadores
Ambiental	30	Condições de espaço (habitação)	40%	Número de pessoas por cômodo
		Instalações elétricas e hidráulicas	30%	Energia elétrica
				Abastecimento água
				Tratamento da água
		Dejetos	30%	Esgoto
				Destino Lixo
Social	40	Educação	50%	Grau alfabetização (6 aos 15 anos)
				Grau alfabetização (16 aos 30 anos)
				Grau alfabetização (acima de 31 anos)
				Distância/Tempo a escola
		Atuação em grupo	25%	Participação ou existência de algum tipo associações ou cooperativa local
		Comunicação e apoio social	25%	Meios de comunicação em massa
				Transporte
Existência de cadastro (Bolsa Família)				
Saúde	30	Doenças existentes	50%	Doenças crônicas
				Doenças endêmico-infecciosas
				Alcoolismo
		Assistência médica	50%	Distancia/Tempo até hospital
				Tipo de assistência procurada em caso de doença

Resultados e Discussão

O Requerimento Ambiental:

Os indicadores ambientais são importantes para análise da qualidade de vida de qualquer sociedade. De acordo com Costa *et al.* (2005), no Brasil a prática da vigilância ambiental em saúde é relativamente recente, sendo que a vigilância da qualidade da água, que é parte integrante da vigilância ambiental em saúde, necessita de estudos que forneçam suporte científico à formulação de instrumentos para a efetivação da prática em vigilância.

Os indicadores analisados neste requerimento foram: a energia elétrica utilizada, o abastecimento de água potável, o tratamento da água para consumo humano, canalização de esgotos e destino dos resíduos sólidos (lixo). Cada um desses indicadores foi avaliado por indivíduos/família em todas as comunidades estudadas.

Consideramos, portanto o estudo destes indicadores ambientais de grande valia pois os mesmos impactam de forma direta na qualidade vida das pessoas como afirma Silva Novaes (2007):

Se as demandas e as exigências para uma vida saudável e com qualidades satisfeitas, como propõe a visão ampla de saúde que vigora na atualidade, a qual informa que ter saúde não é apenas o não estar doente, mas o resultado das condições alimentares, da educação, do meio ambiente, do transporte, do acesso a posse da terra e ao lazer (SILVA NOVAES, 2007, p.114).

Em suma, as comunidades estudadas apresentam praticamente as mesmas dificuldades, em termos do abastecimento de água, tratamento de água, destino das fezes e urinas e do lixo. A maioria das famílias nas diferentes comunidades possuem energia, mas destacamos o problema que existe em Algodoeiro e Covão com a energia solar. Em relação ao abastecimento de água, as comunidades utilizam muito as nascentes e mananciais. E é preocupante a forma de consumo da água (sem tratamento) por muitas famílias, bem como o lançamento direto no solo das fezes e urina, o que pode contribuir em potencial para surtos de parasitoses. A situação do lixo só não é muito agravante porque tem sido feito a queima do mesmo.

Isto posto, percebemos que todos estes indicadores, fazem com que estas comunidades tenham vários fatores predisponentes para o processo de adoecimento, influenciando sobremaneira na qualidade de vida dos sujeitos ali inseridos.

O Requerimento Social:

O requerimento social foi dividido em 3 critérios (Educação, Atuação em Grupo e Comunicação e Apoio Social), e estes por sua vez foram divididos em 8 indicadores.

De acordo Cangussu e Paes (2013):

As comunidades tradicionais são portadoras de conhecimento sobre a natureza. O reconhecimento deste fato destaca papel do negro e do índio como guardiões de um saber relacionado à manipulação das plantas medicinais, utilização das madeiras, engenharias rurais, a diversidade e o aproveitamento de alimentos e principalmente o conhecimento do ciclo da natureza que permitiu a preservação de seu território. (CANGUSSU & PAES, 2013, p. 2).

No entendimento de Costa (2002) a escola, por desenvolver um trabalho contínuo e sistematizado e ser um espaço para a inclusão, possui um papel importante na construção de hábitos e atitudes dos educandos, já que os valores expressos nessa instituição geralmente são apreendidos pelas crianças em suas vivências diárias. Por isso o direito a uma educação diferenciada, em especial às comunidade tradicionais, aqui em destaque a quilombola. Diante disso, entendemos que uma das formas de auxiliar estas populações desfavorecidas é inseri-las no processo educacional, respeitando sua identidade e cultura, com o objetivo de promover a saúde, visto que a promoção de hábitos saudáveis é crucial para desenvolvimento. Nas três comunidades percebemos que quase não existem meios de transporte públicos. Geralmente as pessoas se deslocam a pé, passando por trilhas que ligam as comunidades. Em Covão foi identificado apenas um grupo familiar com disponibilidade de carro, já em Quartel do Indaiá e Algodoeiro, cinco famílias, em cada também, possuem carro para transporte. A dificuldade em transporte pode se tornar um sério agravante para os casos de emergência pois estas comunidades estão localizadas em áreas distantes das UBS⁷s em terrenos que dificultam o acesso. Talvez seja este um dos indicadores que mais contribuem para a invisibilidade destas comunidades. A comunidade de Quartel do Indaiá está localizada próxima ao distrito de São João da Chapada (distância de 9 Km), logo possuem melhor acesso à escola. Em contraste com as comunidades de Algodoeiro e Covão, estão respectivamente estão a 37 km e 45 km de Diamantina (distância esta do ponto do ônibus). Suas casas são muito dispersas uma das outras, logo as crianças e jovens gastam muito tempo para chegarem às aulas o que dificulta o acesso a educação. As crianças do ensino infantil estudam na

⁷ Unidade Básica de Saúde

comunidade, entretanto em conversas com a professora do ensino infantil, foi relatado que muitas crianças gastam mais de 2 horas para chegar à escola. A situação fica ainda mais preocupante nos casos daqueles que precisam estudar em Diamantina, há relatos que as crianças e jovens, em alguns casos precisam sair de suas casas por volta das 3h30 à 4h da madrugada para conseguir chegar ao ponto de coleta do transporte que irá trazê-las às escolas na sede de Diamantina. Os meios de comunicação são importantes para o acesso a serviços públicos e pelo reconhecimento dos possíveis direitos e deveres da população. As comunidades quilombolas em geral estão longe da urbanização devido a sua história dos antepassados, com isso estarão desprovidos de algumas políticas públicas, é necessária a implementação dos meios de comunicação para o reconhecimento dos direitos e deveres da população. A comunidade de Quartel de Indaiá apresenta um dos melhores indicadores no quesito comunicação existente e também é uma das comunidades em que possuem maiores indicadores de transporte, mais uma vez contrastando com a realidade de das comunidades de Covão e Algodoeiro. O desejável seria que estas comunidades pudessem estar providas de escola para todos os anos, evitando o deslocamento dos alunos à sede de Diamantina, bem como tivessem acesso aos serviços de transporte e meio de comunicação em massa para garantia do exercício de cidadania.

O Requerimento Saúde:

O último dos requerimentos propostos nesta análise multicritério é o da Saúde, que corresponde a 30% dentre os indicadores (social, ambiental e saúde) elencados nesta pesquisa. A saúde está aqui dividida em dois critérios (Doenças existentes e Assistência Médica), que por sua vez dividem-se em cinco indicadores: doenças crônicas (diabetes e hipertensão arterial), doenças infecciosas/endêmicas (chagas, tuberculose e hanseníase), alcoolismo, distância/tempo ao hospital e tipo de assistência procurada em casos de adoecimento.

No estudo realizado em uma comunidade quilombola de Vitória da Conquista, Bezerra *et al.* (2013), apontam que a “hipertensão representa um dos principais problemas de saúde pública nas populações negras em todo o mundo e, no Brasil, por ser mais frequente em populações afrodescendentes, destaca-se no contexto das doenças mais importantes por razões étnicas”. Já as dependências químicas também acabam por fazer parte desses importantes fatores que delineiam uma boa ou má qualidade de vida de uma população, conforme destacado por Durval-Neto (2005):

A dependência química é uma doença crônica com componente biológico, comportamental e social (...) e é caracterizada pelo desejo compulsivo, intenso e incontrolável para a utilização da droga, associado ao desenvolvimento de sintomatologia de síndrome de abstinência pela falta dos efeitos mesma no organismo da pessoa dependente. (DURVAL-NETO, 2005, p.982).

Segundo o CEDEFES (2008), as doenças mais comuns nas comunidades quilombolas são a diabetes e a doença de chagas, esta última favorecida pelo tipo de construção das casas de pau-a-pique mal cuidadas, acabando por auxiliar a ação do barbeiro transmissor dessa doença. Refere-se também que o número de quilombolas que têm pressão alta é muito alto. Todavia, relatam também que o alcoolismo está presente em grande parte das comunidades, mas em contra partida, o uso de drogas ilícitas ainda era pequeno. No que tange ao local onde estas comunidades estão inseridas, muitas vezes, essas comunidades vivem longe dos centros de saúde, o que acaba por dificultar a sua acessibilidade e a sua procura. E nessa visão o Centro de Documentação Eloy Ferreira da Silva (CEDEFES, 2008) aponta que nenhum dos quilombos, com a exceção dos urbanos, possui o acesso rápido a hospitais, sendo assim estima-se que a média é de 25km, mas que em alguns casos chega a 100km, nos casos de estradas de terra. A distância/tempo até o hospital, é um dos indicadores que foi avaliado a partir da ida de carro até as próprias comunidades.

De acordo com os dados obtidos nas Fichas A, os tipos de assistências procurados em caso de doenças são: hospital; unidade de saúde; benzedeira e farmácia. As três comunidades quilombolas (Algodoeiro, Quartel Indaiá e Covão), na vertente da saúde, que diz respeito às doenças existentes (doenças crônicas, doenças endêmicas e alcoolismo) e tipo de assistência procurada em caso de doença, de um modo geral, pode-se verificar que a doença crônica que mais afeta as comunidades é a Hipertensão Arterial. Contudo percebemos que não houve casos de doenças endêmicas (hanseníase – tuberculose – chagas), talvez devido a subnotificação, podendo estas estar silenciadas em função de suas percepções no quadro social (talvez as pessoas não se sentem bem dizendo que possui tal doença com receio da discriminação). As famílias que procuram assistências em unidade de saúde são uma parte significativa, outras procuram hospital e algumas benzedeiros e também outras famílias procuram mais do que uma assistência em caso de doenças. Dentre as comunidades citadas, a comunidade de Quartel de Indaiá apresenta maior número de pessoas com doenças crônicas (25 casos), correspondendo a 34,25%, tendo em conta as 66 pessoas. Em nenhuma das três comunidades foi encontrada a presença de pessoas com doenças endêmicas, mas em relação às dependências químicas, a comunidade com maior número de pessoas que foram afetadas

por esse agravamento é também o Quartel de Indaiá. Pode-se verificar que além da comunidade de Covão possuir maior número de pessoas que a comunidade de Indaiá, esta apresenta mais casos em número de doenças crônicas e dependências químicas. A comunidade do Quartel de Indaiá fica mais próxima à Diamantina e cerca de 9Km de São João da Chapada, o que possivelmente facilita na procura de assistência/atenção médica. Infelizmente as comunidades de Algodoeiro e Covão são atendidas na sede de Diamantina na UBS da Gruta de Lurdes. Nesta visão pode-se perceber que a distância/tempo até o hospital influencia diretamente na assistência procurada, e torna-se uma vulnerabilidade ao supor no que pode ocorrer em casos de emergência.

CONSIDERAÇÕES

Os critérios ambientais apontaram para um baixo índice que reflete sobremaneira nos indicadores de saneamento básico nas três comunidades deste estudo. Já no requerimento social, a comunidade do Quartel do Indaiá apresenta melhores indicadores do que as outras duas comunidades em função da mesma possuir associação e liderança quilombola, o que permite uma forma organizada de representar o coletivo em busca de melhorias para a qualidade de vida daquele quilombo. Outro aspecto que faz este indicar ser um pouco maior é a questão da distância tempo/escola que é relativamente mais curta comparando-se com as comunidades de Algodoeiro e Covão. Estas duas últimas vivenciam situações críticas de falta de assistência para a educação uma vez que todos os jovens precisam se deslocar para a sede de Diamantina. Há presença de escola multi-seriada para os anos iniciais do ensino fundamental, mas não há presença no local (ou na região) de escola para os anos finais do ensino fundamental, para a promoção do ensino médio e também para a educação de jovens e adultos. A situação percebida é de completo abandono, quando percebemos o período chuvoso em que, até a precária condição de transporte, não consegue se efetivar. No requerimento da saúde, analisado sob dois aspectos, percebemos que seus indicadores apresentaram informações que podem, talvez, não condizer com a realidade, levando em consideração dois critérios: alcoolismo e doenças endêmico-infecciosas. Estes, por sua vez podem estar subnotificados, em função do não reconhecimento destes quadros. Entendemos que é difícil para um cidadão assumir a dependência ao alcoolismo, principalmente àqueles com carência de estudo, entendendo que isto pode “talvez” pode lhe prejudicar, sobre o ponto

de vista de algum pré-requisito para o recebimento de benefício sociais, a exemplo, o bolsa família. Outro aspecto que também pode estar subnotificado são os indicadores de doenças endêmico-infecciosas, analisadas aqui sob três indicadores: chagas, tuberculose e hanseníase, sendo este último algo que, assim como o alcoolismo, pode não ter sido declarado por questões de convívio social, trazendo a percepção de preconceito e exclusão dentro do seus círculos de convívio. Por outro lado, como conhecedores da medicina natural/cultural, estas comunidades possuem práticas de cura que amenizam os agravos de doença, sendo estas práticas entendidas, ao nosso ver, como processos iniciais de tratamento (primeiros cuidados) até etapas finais de processos mais demorados para a cura. Mesmo utilizando destes saberes, em situações mais graves, há busca pela medicina profissional, entretanto as suas práticas tradicionais são concomitantes aos procedimentos sugeridos pelos médicos especialistas. Destacamos ainda, os moradores das comunidades de Algodoeiro e Covão, que possuem grande dificuldade de chegar à uma UBS em função da questão de transporte já comentado em outros momentos. Este indicador demonstra exclusão e invisibilidade quando imaginamos situação de extrema urgência e emergência de saúde. A estrutura demográfica em Quartel do Indaiá foi elencada em 66 indivíduos que vivem com casas próximas uma das outras e utilizam fontes de nascentes de água (intermitentes). Foi identificado baixo índice de saneamento ambiental, principalmente no tocante à qualidade da água consumo e ao esgoto doméstico que pode contribuir para os casos de diarreia, leptospirose, cólera, hepatite, esquistossomose entre outros agravos de saúde. Em Algodoeiro e Covão a situação é mais crítica. Nestas duas outras comunidades foram identificados 88 e 26 indivíduos respectivamente, e o mais preocupante, além da forma de tratamento da água consumida, foi a ausência do tratamento do esgoto, o que pode contribuir substancialmente para o surgimento de doenças parasitárias, como por exemplo a esquistossomose, com evolução para surtos considerando a íntima relação entre as fezes– caramujo–água–homem. A utilização dos serviços de saúde por parte das comunidades de Algodoeiro e Covão não se apresenta de forma efetiva, uma vez que foi observado que a equipe de ESF⁸ visitam estas comunidades uma vez por semana (em alguns relatos, citou-se em alguns momentos a visita feita de 15 em 15 dias a um mês). Ainda destacamos que as visitas são realizadas nas escolas multi-seriadas o que dificulta em alguns casos o deslocamento da pessoa enferma ao cuidado do profissional da saúde. A situação torna-se agravante quando percebemos que estas duas

⁸ Estratégia de Saúde da Família

comunidades recebem o suporte da UBS da Gruta de Lurdes, na sede de Diamantina e não da UBS de Extração (que fica mas próxima das comunidades). Já a comunidade de Quartel do Indaiá, pelo fato de estar mais próxima do distrito de São João da Chapada, obtém melhores indicadores quanto aos serviços de saúde, uma vez que este mesmo indicador aparece associado à questão de transporte. A educação é um desafio para estes indivíduos, conforme abordado em outro momento em função da distância/tempo à escola e ainda torna-se também agravada pela falta de energia, que por sua vez dificulta o acesso aos meios de comunicação de massa, percebido em Algodoeiro e Covão. Ainda devemos destacar que não foi objeto do nosso estudo verificar se o ensino nestas comunidades está sendo diferenciado, em função da identidade quilombola, mas podemos deduzir que não, considerando que os jovens estudantes estão inseridos em escolas comuns.

Isto posto, não pretendíamos elencar somente alguns parâmetros para qualidade de vida destas comunidades, mas trazer à visibilidade alguns indicadores, que analisados de forma agrupada e depois de forma condensada, nos remetem a realidade vivenciada pelas comunidades quilombolas do Quartel do Indaiá, Algodoeiro e Covão. Realidade esta que nos parece ser próxima a de outras comunidades tradicionais que vivem momentos de invisibilidade e silêncio mediante as condições básicas de qualidade de vida para a efetivação da promoção da saúde, uma vez que não foi verificada a reorientação dos serviços de saúde e de atenção a saúde especial para populações afrodescendentes. Os ambientes favoráveis à saúde são restritos e podem ser percebidos com o uso da análise multicritérios como realizado nesse estudo. Verificou-se assim a dificuldade da implementação das políticas públicas básicas, como o indicador educação, tão necessário para o empoderamento destas comunidades.

REFERÊNCIAS

Barcellos CC, Sabroza PC, Peiter P, Rojas LI. **Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde.** Inf. Epidemiol. Sus. vol.11, n.3, 2002.

BEZERRA, Vanessa Moraes et al. **Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, Set. 2013.

BRASIL. **Lei. nº 7.668, de 22 de agosto de 1988.** Autoriza o Poder Executivo a constituir a Fundação Cultural Palmares - FCP e dá outras providências. Brasília, DF, D.O.U. de 23 de ago. de 1988.

_____. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Publicada no Diário Oficial da União em 20/09/1990.

_____. **Decreto 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 de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília, DF, D.O.U. de 20 de nov. de 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à População Negra.** Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR / Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 68 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde).

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, ONU, 1948.

DECLARAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO RACIAL, ONU, 1963. Disponível em <<http://www.oas.org>>, data de acesso: 11/07/2014.

CALIJURI, Maria Lúcia; SANTIAGO, Aníbal da Fonseca; CAMARGO, Rodrigo de Arruda and MOREIRA NETO, Ronan Fernandes. **Estudo de indicadores de saúde ambiental e de saneamento em cidade do Norte do Brasil.** *Eng. Sanit. Ambient.* [online]. 2009, vol.14, n.1, pp. 19-28. ISSN 1413-4152.

CANGUSSU, Maria Mariana Batista; PAES, Sílvia Regina. **Injustiça ambiental, social e educacional em uma comunidade quilombola de Minas Gerais – Brasil.** In: Acta Científica XXIX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Chile; 2013.

CARVALHO, Roberta Monique Amâncio; LIMA, Gustavo Ferreira da Costa. **Comunidades Quilombolas, Territorialidade e a Legislação no Brasil: uma análise histórica.** Revista de Ciências Sociais. João Pessoa, n.39, fev. 2013.

CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO ELOY FERREIRA – CEDEFES. **Comunidades quilombolas de Minas Gerais no séc. XXI - História e Resistência.** Belo Horizonte:Autêntica, 2008. 392 p.

COSTA, Silvano Silvério da. et al. **Indicadores epidemiológicos aplicáveis a estudos sobre a associação entre saneamento e saúde de base municipal.** Engenharia Sanitária e Ambiental, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 119-127, 2005.

DUVAL-NETO, Gastão Fernandes. **Dependência Química e os Anestesiologistas.** In: Medicina Perioperatória. SAJMed: Joinville, 2005.

Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). **Títulos expedidos às comunidades quilombolas**. Relatório Técnico. DF:2014.

Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). **Relatório 2012 Território Quilombolas**. Disponível em: <<http://www.incra.gov.br>>. Acesso em 27/08/2014.

JANNUZZI, P. M.; MIRANDA, W. L.; SILVA, S. J. **Análise multicritério e tomada de decisão em Políticas: Aspectos metodológicos, aplicativo operacional e aplicações**. Revista Informática Pública, vol. X, n. X, p.69-87, 2009.

KUHNEN, Ariane; FELIPPE, Maíra Longhinotti; LUFT, Caroline Di Bernardi and FARIA, Jeovane Gomes de. **A importância da organização dos ambientes para a saúde humana**. *Psicol. Soc.* [online]. 2010, vol.22, n.3, pp. 538-547. ISSN 0102-7182.

LEITE, Ilka Boaventura. **O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais**. Revista Estudos. Femininos, Florianópolis, v. 16, n. 3, dez. 2008.

MEDEIROS, Robinson Dias de et al. **Impacto da inserção da temática saúde sexual e reprodutiva e na graduação em medicina**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, Mar. 2014.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. **Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 1, Jan. 2005.

SAATY, T. L., **A scaling method for priorities in hierarchical structures**. Journal of Mathematical Psychology, 1977, vol. 15, n° 3, p. 234-281.

SAATY, T. L. **The analytic Hierarchy Process**. McGrawHill: 1980.

SCHMITT, Alessandra; TURATTI, Maria Cecília Manzoli; CARVALHO, Maria Celina Pereira de. **A atualização do conceito de quilombo: identidade e território nas definições teóricas**. Ambiente e Sociedade, Campinas, vol.V. n. 10. Junho de 2002.

SILVA NOVAES Antônio, José; **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.

VIEIRA, Ana Beatriz Duarte Vieira; MONTEIRO, Pedro Sadi. **Comunidades Quilombolas: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção**. Saúde em Debate. Rio de Janeiro; v.39, n.99, p610-618, out./dez. 2013.