



Amazônia Quilombola: cenário, produção e práticas de saúde

Quilombola Amazon: scenario, production and health practices

Joana Maria Borges de Freitas

Mestre em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas, ano 2019; Doutoranda em Saúde Pública na Amazônia pelo Instituto Leônidas e Maria Deane- ILMDFiocruz Amazônia em associação com a Universidade do Estado do Amazonas e a Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil; E-mail: joana.borges.freitas@gmail.com / jborges@aluno.fiocruz.br; ORCID: 0000-0002-5732-313X

Júlio Cesar Schweickardt

Doutor em História das Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz, ano 2009. Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas, ano 2000. Pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane- ILMDFiocruz Amazônia, Manaus, AM, Brasil; E-mail: julio.ilmd@gmail.com; ORCID: 0000-0002-8349-3482

“só quem vem pra cá, chega aqui, quem passa lá fora não sabe nem o quê que tem aqui”.

(Comunitária Quilombola do Rio Andirá)

“only those who come here, get here, those who pass outside don't even know what's here”.

(Quilombola Community of the Andirá River)

Resumo: O artigo apresenta reflexões acerca do cenário de saúde da população quilombola do Rio Andirá, região do Baixo Rio Amazonas, cuja abordagem metodológica teve como intercessor a cartografia dos sentidos, bem como a narrativa e a observação participante como principais ferramentas para a produção de dados. Compreendendo o referido grupo social como um perfeito representante da singularidade dos territórios amazônicos, verificamos que a garantia da atenção integral à saúde, bem como de outras ações para o bem-estar de populações quilombolas, revela uma busca constante permeada de presenças e ausências, o que nos convoca à realização de pesquisas que contribuam para o desocultamento de sua existência, bem como de suas demandas, almejando contribuir com o Sistema Único de Saúde para o acesso a todo cidadão, de forma equânime e resolutiva.

Palavras-chave: Quilombolas; Território; Amazônia; Atenção à Saúde.

Abstract: The article presents reflections on the health scenario of the quilombola population of the Andirá River, in the Lower Amazon River region, whose methodological approach was based on the cartography of the senses, as well as narrative and participant observation as the main tools for data production. Understanding that social group as a perfect representative of the uniqueness of the Amazonian territories, we find that the guarantee of comprehensive health care, as well as other actions for the well-being of quilombola populations, reveals a constant search permeated by presences and absences, the which calls us to carry out research that contributes to uncovering its existence, as well as its demands, aiming to contribute to the Unified Health System for access to all citizens, in an equitable and resolute way.

Keywords: Quilombolas; Territory; Amazon; Health Care.

Introdução

A escravização de pessoas negras foi, sem dúvidas, um dos maiores crimes na história da humanidade, com milhões de pessoas que foram expropriadas dos seus lugares de origem e condenadas à tortura e morte. Ao refletirmos sobre o tema é inevitável sermos invadidos pelo terror dos mais de 300 anos de escravidão no Brasil, um projeto da colonização tão “bem-sucedido”, que seus efeitos destrutivos se refletem até os dias atuais. A colonização produziu uma violência institucionalizada, colocando os corpos negros na condição de “condenados da terra”.¹

Por todo o sofrimento e dor causados pela escravização, resistir era necessário, ato que deu origem aos quilombos. Inicialmente, refúgio de negros escravizados fugitivos, que passou a ser ressignificado para afirmar a luta de um grupo social “minorizado”, pois apesar de a população negra representar, conforme dados do IBGE², 54% da população brasileira, se trata de um grupo que ainda sofre exclusão e injustiça social, econômica e política.

Pouco mais de um século se passou desde a assinatura da Lei Áurea e a população negra ainda permanece nas “bordas do planeta”, tida como uma sub-humanidade, como reflete Krenak³, incluindo os quilombolas na condição dos povos indígenas (p. 11). Razão pela qual a organização política e os movimentos sociais têm elaborado estratégias de luta e resistência para a garantia de direitos. O que não poderia ser de outra forma, pois estas populações lidam permanentemente com os mais diversos tipos de violências, discriminação e preconceitos, frutos do racismo institucionalizado.⁴

O principal motivo dos conflitos vividos está na questão fundiária, tópico emergente nos estudos sobre essa população específica, pois se trata de ponto nevrálgico da produção dos modos de vida quilombola. Apesar de o estado brasileiro ter reconhecido as comunidades quilombolas e afirmado seus direitos territoriais, por meio do Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), a questão fundiária quilombola ainda está longe de ser resolvida. Campo de disputas em que de um lado estão os sujeitos de direitos étnicos, de outro propriedades incidentes e, “acima” destes e daqueles, o Estado brasileiro.

Sobre o papel do governo federal, ressaltamos a elaboração de instrumentos que ora beneficiam as populações quilombolas, produzindo presenças, ora geram efeitos ainda mais deletérios sobre as suas vidas. Como é o caso do Decreto Presidencial n. 4.887 de 20 de novembro de 2003 (que regulamenta o procedimento para a identificação, o reconhecimento, a delimitação, a demarcação e a titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos) e da Medida Provisória n. 870/2019 publicada no primeiro dia do governo do presidente Jair Bolsonaro, que delegou ao Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento a competência de regularização fundiária das Terras Quilombolas, respectivamente. Evidência de um projeto de governo que privilegia latifúndios.

Diante do exposto, nosso objetivo é apresentar reflexões acerca do cenário de saúde da população quilombola do Rio Andirá, região do Baixo Rio Amazonas, município de Barreirinha. Um perfeito representativo da singularidade dos territórios amazônicos, e que se enquadra muito bem no que Heufemann et al.⁵ chamam de “longe muito longe”, uma denominação elaborada para se referir às distâncias geográficas, marcantes na região Amazônica e fator determinante para a dinâmica de vida e organização dos serviços de saúde, especialmente quando se trata de territórios com populações residentes em áreas rurais, exercendo ainda mais influência quando a população é ribeirinha, como é o caso das comunidades quilombolas do Rio Andirá. No entanto, o “longe muito longe” não se refere somente à distância geográfica, mas também ao distanciamento do cuidado, portanto pode estar longe geograficamente e perto do cuidado, e, por outro lado, estar perto fisicamente e longe do cuidado.

Caminho metodológico

As reflexões apresentadas nesta escrita se deram pelas experiências oriundas das vivências com o povo preto do Andirá, no período de 2018 a 2019, durante o desenvolvimento da dissertação de mestrado “Território e Redes Vivas de Saúde numa Amazônia Quilombola”, e buscamos analisar e compreender as redes vivas de saúde e a relação com o território.

Uma pesquisa do tipo implicada e envolvida com as questões ético-políticas dos quilombolas, ou seja, comprometida com uma epistemologia das ausências para produzir presenças, como aponta Boaventura de Sousa Santos.⁶ Utilizando a cartografia como intercessor metodológico, nos permitimos ser emaranhados pelo contexto de vida quilombola e assumimos esses atores sociais como protagonistas do processo de produção de conhecimento, pois cartografar é se inserir na pesquisa, e ser modificado por ela através do mergulho nos afetos que atravessam as relações.⁷ Foram utilizadas principais ferramentas de pesquisa, a narrativa, a observação participante e o diário de campo.

Quanto aos aspectos éticos e legais, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o n. CAAE 99460918.3.0000.5020.

Presença negra na Amazônia

Antes de chegarmos aos resultados referentes ao cenário e produção de saúde nos quilombos do Rio Andirá, faz-se necessário falar da presença negra na Amazônia, tema que ainda causa surpresa ao ser mencionado. Os remanescentes de quilombolos, ou quilombolas, estão entre os grupos sociais que compõem os povos tradicionais e configuram uma “nova etnia”.⁸ Conceito que revela a tendência de grupos se investirem, num sentido profundo, de uma identidade cultural com o objetivo de articular interesses e reivindicar medidas, fazendo valer seus direitos face aos aparatos do Estado (p. 82).

Admitindo que a Amazônia é uma região diversa e heterogênea, com histórias de ocupação do território e modos de vida, fundamentados em diferentes cosmologias, cosmogonias e memórias, podemos inferir que temos diversas “amazônias” que se diferenciam, algumas se complementam e outras se distanciam.^{9,10} Razão pela qual tomamos por justo denominar a Amazônia descrita neste artigo, como Amazônia Quilombola, uma “amazônia” singular que generosamente permitiu por meio de seus atores sociais ser campo de pesquisa.

Os quilombolas do Rio Andirá, categorizados antes como ribeirinhos, não tiveram seus modos de vida alterados com o reconhecimento como remanescentes de quilombos, ocorrido no ano 2013. Entretanto, a articulação para regularização fundiária fortaleceu o processo de construção identitária do grupo, que passou de uma condição de total invisibilidade para a condição de sujeitos de direitos étnicos, na reivindicação pela posse de seu território.

A invisibilidade da presença negra na Amazônia é histórica, pois durante muito tempo se acreditou que não existiu escravidão nesse território, sendo a presença de pessoas negras ocultada e silenciada. Entendemos que a noção dominante de uma Amazônia marcada pela cultura indígena, faz com que a escravidão e a cultura africana se configurem como algo menor e sem significado para a formação cultural desse território. De acordo com Alves-Melo¹¹, dentre os motivos para o vazio na historiografia regional e silenciamento dos negros na Amazônia está a premissa de que a escravidão não teve grande importância na região. O principal argumento é que o trabalho indígena se apresentava em maior uso que o africano, somado a um consenso de que somente valia a pena estudar a presença africana no Brasil naqueles lugares onde o número de negros escravizados era expressivo, como nas regiões Sudeste e Nordeste.

Apesar do longo período de ocultamento, estudos sobre a configuração da economia na região amazônica revelaram que a Companhia de Comércio do Grão-Pará e Maranhão, criada para fomentar o comércio e retirar dos religiosos o controle sobre a mão-de-obra indígena, “descarregou” milhares de africanos escravizados na região amazônica, a partir de meados do século XVIII até final do século XIX. Tornando-se nítida a presença de negros escravizados em diversos espaços e cenários amazônicos no século XIX, havendo vários registros de negros trabalhando com indígenas nas lavouras de café, tabaco, cana-de-açúcar, na coleta de produtos da floresta e nas canoas do comércio.¹²

Também não podemos deixar de mencionar a Cabanagem, insurreição popular ocorrida na Amazônia do século XIX, que envolveu, principalmente, indígenas e negros libertos e escravizados, que viam na rebelião a oportunidade de mudar a condição de suas vidas miseráveis e exploradas - um movimento revolucionário de grandes proporções, haja vista que os revoltosos de fato tomaram o poder.¹³ Inclusive, a cidade de Manaus chegou a ser ocupada duas vezes, fato pouco conhecido, já que

a revolta foi propositalmente invisibilizada, fatos que dimensionam “o silêncio que ainda envolve as experiências de homens e mulheres negros/as na Amazônia onde o senso comum, o preconceito e a carência de pesquisas cristalizaram a ideia da importância reduzida dessas populações na região”.¹⁴

Esse ocultamento da população negra, no Amazonas, justifica a realização de estudos que apresentem histórias de vida e movimentos sociais legitimados pela negritude e pela luta por direitos reparatórios. Desse modo, uma aproximação das comunidades quilombolas do Andirá é uma forma de discutir o silenciamento, as mobilizações em torno do território, as lutas por direitos e reconhecer que promover a Amazônia quilombola é combater o racismo.

População quilombola e políticas públicas

Nos anos 2000, a partir do olhar de um governo democrático e da necessidade de ações afirmativas, seguimentos de populações específicas passaram a fazer parte da pauta nacional para elaboração de políticas públicas. O decreto presidencial de 2003 fez com que a questão quilombola deixasse de ser vista como tema exclusivamente cultural, para ser incorporada na larga variedade de políticas de responsabilidade pública.¹⁵

Nesse sentido, foi lançado no dia 12 de março de 2004, o Programa Brasil Quilombola (PBQ), um guia de políticas públicas para comunidades quilombolas, com o objetivo de consolidar os marcos da política de estado para os territórios, com medidas estruturadas em quatro eixos: 1) regularização fundiária; 2) infraestrutura e qualidade de vida; 3) inclusão produtiva e desenvolvimento local e 4) direitos e cidadania. O Programa expõe a complexidade da articulação entre novos sujeitos de direitos, poder público e movimento social, principalmente por meio do eixo da regularização fundiária¹⁶, pois a titulação dos territórios é a base estrutural para o usufruto de outras políticas.

No que diz respeito à saúde, as comunidades quilombolas são referidas na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009. Fruto da luta do Movimento Negro, que por meio da Marcha Zumbi dos Palmares, ocorrida em 1995, apresentou ao governo federal uma série de reivindicações com vistas ao enfrentamento do racismo, convocando a atuação de diferentes pastas. Em atendimento às reivindicações foi criado o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para Valorização da População Negra, que é composto por ativistas, pesquisadores e representantes do governo para a formulação de propostas de ação governamental.¹⁷ Esse foi um marco na relação do Estado brasileiro com o Movimento Negro.

Entre as conquistas está a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), através da Lei nº 10.678, de 23 de março de 2003, que funcionou como o órgão de

assessoramento direto da Presidência da República, com *status* de ministério. A finalidade da secretaria era promover a igualdade e a proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais e étnicos, com ênfase nas populações negra, indígena e cigana, por meio do acompanhamento e da coordenação das políticas de diferentes ministérios.¹⁸

Em 2015, após uma reforma ministerial, a SEPPIR passou a fazer parte do então Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos (atualmente Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos), o que levantou muitos questionamentos, especialmente pelos movimentos sociais, preocupados com a extinção da Secretaria.

No campo da saúde da população negra tem sido fundamental o reconhecimento da presença do racismo na sociedade, as desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde que atuam sobre os corpos racializados. Sobre a concepção institucional do racismo, Silvio Almeida¹⁹ diz que se trata do “resultado do funcionamento das instituições que passam a atuar em uma dinâmica que confere, ainda que indiretamente, desvantagens e privilégios com base na raça” (p.37). O racismo institucional discrimina de forma dissimulada, o que o faz passar despercebido e, conseqüentemente, o torna infundável.

É válido ressaltar que a PNSIPN, um conjunto de ações que surge pelo reconhecimento de que as condições de vida e de saúde da população negra são afetadas pela discriminação e pelo racismo institucional, teve seus objetivos inseridos no corpo da Lei nº 12.288/2010, que institui o Estatuto da Igualdade Racial. Jurema Werneck¹⁷ explica que isso se deu pela adesão insuficiente à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo após ter cumprido todo o processo de formalização requerido pelo sistema de saúde.

As implicações do racismo nas vidas negras parecem ainda desconhecidas ou até mesmo ignoradas, tanto pela população, quanto por profissionais de saúde. Em entrevista, o pesquisador Luís Eduardo Batista, coordenador do Grupo de Trabalho Racismo e Saúde da Associação de Saúde Coletiva, julga que talvez o principal obstáculo seja o desconhecimento, tanto sobre sua existência, quanto sobre como o racismo está presente no sistema de saúde, bem como a falta de recursos públicos para a implementação da política.²⁰ Entre as diretrizes da PNSIPN estão as ações de atenção e cuidado, prevenção de doenças, gestão participativa e educação constante de trabalhadores e trabalhadoras da área da saúde.

Desde o ano 2006 foram reconhecidas 08 comunidades remanescentes de quilombos no estado do Amazonas, sendo a primeira o Quilombo Tambor dos Pretos, no município de Novo Airão; depois 05 comunidades que integram o Território Quilombola do Rio Andirá, no Município de Barreirinha, ano 2013; Quilombo Urbano Barranco de São Benedito, na cidade de Manaus, no ano 2014; e o Quilombo

Sagrado Coração de Jesus do Lago de Serpa, no município de Itacoatiara, também em 2014. Todo esse movimento pelo reconhecimento demonstra que há tempos vem ocorrendo um verdadeiro fenômeno quilombola no Amazonas²¹ e mesmo assim, somente em dezembro de 2021 houve a adesão deste estado ao Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial, cujo objetivo é organizar e articular a implementação de políticas e serviços destinados a superar desigualdades étnico-raciais no Brasil.²²

A saúde Quilombola também aparece na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), instituída pela Portaria nº 2.866, de 02 de dezembro de 2011, e pactuada pela Comissão de Intergestores Tripartite (CIT), conforme Resolução nº 3, do dia 6 de dezembro de 2011.²³ A partir do reconhecimento das desigualdades de acesso às ações e aos serviços do SUS sofridas por essas populações, a PNSIPCF se configura como uma política transversal, que prevê ações compartilhadas entre as três esferas governamentais para a melhoria das condições de saúde desses grupos sociais.

Assim como a PNSIPN, a PNSIPCF também não está consolidada, especialmente devido ao cenário político não favorável para grupos sociais que não se enquadram no que Quijano²⁴ (2005, p.126) chama de “padrão mundial de poder capitalista, colonial/moderno, eurocentrado”, ou seja, efeito da colonialidade, descrita como a continuidade da disseminação do pensamento colonial.²⁵ Um padrão de poder que mesmo após o fim da colonização, continua enraizado e regendo a organização de nossa sociedade, usando raça como um eficaz e duradouro instrumento de dominação, que submete corpos racializados a uma situação de inferioridade até os dias atuais.

Diante desse breve apanhado histórico, é possível perceber porque a condição de ser negro no Brasil é marcada pela discriminação racial, o que reflete na negação de bens e oportunidades, como emprego e renda, educação, moradia e acesso a serviços de saúde dignos. O desafio posto é evitar a descontinuidade das políticas, sendo necessário um amplo engajamento, não apenas de gestores e profissionais de saúde, mas de toda a sociedade.

Território e Produção de Saúde

No território Quilombola do Rio Andirá residem pelo menos 558 (quinhentas e cinquenta e oito) famílias distribuídas em cinco comunidades - Distrito Santa Tereza do Matupiri, Ituquara, Boa Fé, São Pedro e Trindade. Todas as comunidades foram reconhecidas como remanescentes de quilombo por meio da Portaria n. 176, de 24 de outubro de 2013 da Fundação Cultural Palmares.²⁶

O território é parte constituinte do reconhecimento e do pertencimento individual e coletivo, abrangendo, entre outros aspectos, a transmissão da história, religiosidade, condições de vida e saúde. Como parte da vida social, a saúde é um importante ponto de convergência, pois envolve as ações do

Estado, as práticas tradicionais, as condições sociais e culturais do grupo, a relação com o território e o ambiente, o trabalho e a organização social.²⁷

A produção de saúde nas comunidades quilombolas se baseia nas práticas tradicionais de saúde, utilizando-se prioritariamente plantas medicinais. Característica intrínseca de populações tradicionais, que segundo Diegues²⁸ possuem uma relação única e profunda com a natureza e seus ciclos, utilizando técnicas baseadas, principalmente, na disponibilidade dos recursos naturais existentes, adequando-se ao que a natureza tem a oferecer, bem como, manejando quando necessário.

“O que a gente tem no nosso dia a dia são os remédios caseiros, as ervas, por exemplo. Assim, uma dor de estômago, usa uma tal erva. Isso serve muito pra nós que mora no interior porque, muitas das vezes, não tem como ir na cidade comprar um remédio rápido. Então a gente tem no nosso dia a dia, nos fundos dos nossos quintais as ervas medicinais” (Comunitário Quilombola).

O protagonismo do cuidado a partir dos saberes tradicionais vem principalmente de parteiras, rezadores, benzedores e puxadores de ossos. Pessoas aparentemente comuns, que trabalham e vivem como os demais comunitários, mas essenciais, especialmente no contexto de vida no “longe muito longe”.^{5,29} Esses importantes atores, identificados nas comunidades, são pontos da rede de acesso e da produção de saúde existente no território quilombola.

A construção do saber tradicional possui inúmeras peculiaridades, trata-se de um saber alicerçado na vivência, nas relações pessoais, sociais e com o ambiente. Por isso o cuidado em saúde por meio das ações e serviços ofertados pelo SUS deve priorizar o diálogo com os saberes e as práticas tradicionais de cada grupo social, o que na prática acontece timidamente.

No território quilombola Rio Andirá, o acesso ao sistema único de saúde é estruturado através da atenção básica. E este contato é mediado pela atuação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que desenvolvem seu trabalho segundo os princípios da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), principalmente no que se refere às atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde. A rotina de trabalho envolve a realização de visitas domiciliares para o acompanhamento de portadores de doenças crônicas, realizam o acompanhamento das gestantes e o calendário vacinal das crianças, assim como orientações coletivas de acordo com as demandas da Secretaria Municipal de Saúde e os programas do Ministério da Saúde.

Além das orientações da PNAB, as agentes também se guiam por expertises intrínsecas, uma vez que também são quilombolas, como revela a seguinte fala:

“Eu aprendi a usar plantas com minha avó e os vizinhos também. Assim a gente vai passando. Pra tosse, faço xarope. No caso pra minha filha, que sofre de asma, eu uso casca de jatobá que é o jutai, laranja da terra, casca da manguinha, limão, ferve tudo e ela vai tomando. Se algum comunitário precisar, eu ensino e podem pegar da minha horta, não tem problema” (ACS).

Essas práticas remetem a um cuidado contextualizado, pautado na singularidade que cada existência exprime, bem como as condições específicas da vida em cada território.³⁰

Os casos de urgência e emergência costumam ser encaminhados para a sede do município. Em comunidades rurais, essa conduta ocorre somente quando as necessidades de saúde não são supridas por uma equipe de Estratégia Saúde da Família³¹. Sobre a identificação das demandas de urgência e emergência, as classificações “coisa grande” e “coisa pequena” distinguem o momento de remover ou não um usuário. Uma classificação que considera além dos saberes técnicos, a vivência e os saberes populares oriundos do seu modo de produção cultural.

As coisas grandes representariam, em partes, intercorrências externas aos efeitos das práticas tradicionais de saúde, como uma fratura óssea; e as pequenas, situações em que um quadro de saúde pode ser administrado na própria comunidade, como por exemplo, uma luxação, através da atuação dos puxadores de ossos ou pegadores de desmentaduras, atores fundamentais onde não há presença de equipes de saúde.³²

O critério fundamental de distinção entre emergência e urgência, e o que não é nem emergente nem urgente, é o risco de vida, avaliado com base no perigo que ameaça a manutenção das funções ditas vitais.³³ Ainda que não façam uso de tais termos, ou mesmo de uma classificação de risco, as ACS têm noção de quais situações representam risco iminente à vida.

“O último caso de urgência que precisava ser removido rápido foi um rapaz que se cortou no pé com um terçado que não podia mover que o sangue ia longe. Ele tremia, desmaiou. Essa foi a pior que já me aconteceu aqui nesses anos todos. Aí eu ligava e não conseguia falar, eu tava apavorada porque o menino tava tendo um treco. A comunicação aqui é sempre ruim (ACS).

Para as “coisas grandes”, fica disponível no Distrito de Santa Tereza do Matupiri uma embarcação específica para remoção de pacientes provenientes de qualquer comunidade integrante do território quilombola. O piloto é um comunitário contratado pela prefeitura de Barreirinha, que está sempre de sobreaviso. Em função de necessidades regionais, como é o caso de quem tem os cursos das águas como vias de transporte, a figura das ambulâncias se transfigura em veículos fluviais voltados para o atendimento de urgências e emergências, chamados de “ambulanchas”.³⁴

“Pra urgência e emergência tem uma lanchinha que é pequenininha e tem um motorista também, qualquer coisa que acontecer eu vou lá e encaminho logo [...]. Eu não vou, só faço encaminhar, a lancha é pequena, tem um motor 15 hp. As vezes ele já chega com os pacientes molhados, só pra quem conhece o Andirá. Só dá pra ir o motorista, o acompanhante e o paciente, se colocar mais gente é arriscado. Não tem condições não” (ACS).

Ressalte-se que, nos cenários ribeirinhos muitas são as eventualidades que podem ocasionar intercorrências sobre os quadros de saúde que configuram “coisas grandes”, como os períodos de seca dos rios (fator que aumenta distâncias), tempestades e fortes “banzeiros” (ondas que se formam nos

rios). No que diz respeito ao Rio Andirá, tais intempéries demonstram que o transporte sanitário fluvial disponível não é adequado, inclusive pela falta de materiais e equipamentos mínimos determinados pela Política Nacional de Urgências e Emergências³⁵, como maca, suporte para soro e oxigênio medicinal.

A comunicação com o hospital da sede do município é feita por meio de telefone rural, e devido à instabilidade, nem sempre há sinal para a realização das chamadas. Em cada comunidade há pelo menos um telefone para uso coletivo. Quando o ACS não consegue entrar em contato com o Distrito onde fica a “ambulancha”, faz contato direto com o hospital de Barreirinha, que envia uma “ambulancha” da sede para o socorro.

A referência da Rede da Atenção Básica para os moradores das comunidades quilombolas é um posto de saúde, situado no Distrito do Piraí, comunidade rural do Rio Andirá. Entretanto, conforme relatado pelas ACS e comunitários, devido a equipe de saúde não ter médico, bem como a localização do posto ser mais distante que a sede do município de Barreirinha, usuários/as que necessitam de acompanhamento frequente, como gestantes e portadores de doenças crônicas, preferem buscar acesso aos serviços de saúde na sede de Barreirinha.

Garnelo et al.³⁶ elencam um conjunto de fatores que incidem na oferta insuficiente da Rede da Atenção Básica, dentre os quais estão a baixa institucionalidade de políticas de saúde para a região Norte, limitada sensibilidade às especificidades regionais, repasse de recursos inferior, bem como a dificuldade de fixar profissionais, especialmente médicos.

Os deslocamentos são custeados pelos próprios usuários, mesmo os valores não sendo exorbitantes, muitas vezes os usuários não dispõem de recursos para pagar, deixando de realizar importantes acompanhamentos, como consultas de pré-natal. A viagem de barco (tipo recreio) dura em média três horas, obrigando os comunitários a saírem de suas casas durante a madrugada para chegar às 6h00 nas unidades de saúde.

É possível perceber que o acesso aos serviços vai além da presença de unidades de saúde no território, pois vários são os fatores que incidem sobre a garantia do acesso à saúde para populações rurais, como a distância entre as comunidades e as instituições de saúde; opções de deslocamento e falta de transporte público; poder de pagamento; meios de comunicação pouco eficazes, organização não equitativa da Atenção Básica, bem como a ausência de médicos nas equipes de saúde do território. O que vai ao encontro das dimensões do acesso à saúde pontuadas por Sanchez e Ciconelli:³⁷ disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação.

Dentre as formas de acesso aos serviços de saúde, Barreirinha dispõe de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), esse modelo de atenção tem por finalidade assistir à população ribeirinha com ações e estratégias preconizadas pela PNAB.

A UBSF é um modelo tecnoassistencial de saúde inovador no cuidado da população ribeirinha, projetada a partir de um *ferryboat* para atender à Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense, dispõe de consultórios, mobiliário e equipamentos necessários para atenção à saúde da comunidade, como consultas médicas e de enfermagem, atenção à saúde materno-infantil, à saúde bucal e outros.^{38,39} Schweickardt et al.⁴⁰ analisa que a UBS Fluvial é símbolo e concretização de uma prática de poder, a política de saúde, pois demonstra bem que é possível implementar modelos de assistência adaptados ao território real vivido pelas pessoas.

No que diz respeito às especificidades para o fazer saúde em contexto quilombola, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 822/GM/MS, ano 2006, alterando os critérios de definição das modalidades da Estratégia Saúde da Família, garantiu o acréscimo de 50% nos valores repassados por equipes de saúde a municípios que atendessem populações quilombolas e de assentamentos da reforma agrária. Um repasse que nunca foi feito, pois a última atualização foi realizada em 2008 e as comunidades quilombolas parecem ter sido ignoradas, sob a alegação de que o município de Barreirinha recebe recursos diferenciados por ter Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas.⁴¹

Somente em dezembro de 2021 se vê um esforço para a visibilização desse grupo social, através da Portaria GM/MS n. 4.036 de 29 de 2021, o Ministério da Saúde aprovou o repasse de recurso financeiro para 2,4 mil municípios visando o incentivo ao cadastro de quilombolas para o fortalecimento da Atenção Básica.⁴²

O cadastramento de quilombolas para fins de assistência, no âmbito da Atenção Básica, subsidiará a análise da situação de saúde e o mapeamento da população para o planejamento dos serviços e o acompanhamento desses usuários. Ação imprescindível e de alta relevância para a eficácia de políticas públicas quando se trata de populações da Amazônia, pois aqui o uso dos adjetivos singular e peculiar faz jus à região e suas gentes, sendo imperativo conhecer e compreender os grupos sociais na dinâmica de produção de seus modos de vida nos territórios.

Considerações finais

A garantia da atenção integral à saúde, bem como de outras ações para o bem-estar de populações quilombolas, revela uma busca constante permeada de presenças e ausências. Sobre as quais consideramos imperativo destacar as presenças como produtos da intensa mobilização e organização

política desse grupo social. Não havendo, portanto, iniciativas involuntárias de reconhecimento de direitos por parte do Estado.

No tocante às presenças, um dos maiores avanços da luta quilombola, o direito ao território que tradicionalmente ocupam, apresenta enorme morosidade nos processos de regulamentação. Nos últimos anos esse processo foi paralisado, consequência do projeto de um governo que, explicitamente, concede vantagens ao modelo do agronegócio/latifundiário, tratando populações tradicionais de modo racista.

A não efetivação dos direitos sociais, descritos na constituinte de 1988 e objetivo de diversas políticas públicas, como é o caso da saúde, tem se mostrado marca do governo brasileiro. Mais do que nunca, vê-se o desprezo pelo cumprimento e garantia de direitos. Compreendemos a partir do atual cenário, que os mecanismos gerados pela colonialidade histórica, e que não deixaram de existir com o fim da colônia, continuam mediando a relação colonizador e colonizado. Uma relação de domínio e subordinação orientada pelo desprezo aos coletivos tradicionais e originários, justificando a não concretude de ações que deveriam beneficiá-los.

Por fim, refletimos que fazer parte de um grupo social racializado e ser ribeirinho envolve barreiras de raça, de classe e de situação social que distanciam os usuários do cuidado integral, equitativo e inclusivo. Os problemas no acesso, nesse caso, não se “explicam” somente pelas questões técnicas e estruturais, mas se situam no âmbito das lógicas coloniais produtoras do racismo presente nas instituições e na estrutura social. É pelo reconhecimento do racismo como componente estruturante da sociedade que compreendemos a necessidade de “aquilombar-se”, produzindo visibilização das condições de vida e saúde da população negra em distintos territórios para refletir e agir sobre a realidade.

Referências

1. Fanon F. Condenados da terra. Juiz de Fora: UFJR, 2015.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de Recuperação Automática. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/3175>>. Acesso em 22 abr 2020.
3. Krenak A. Ideias para adiar o fim do mundo. São Paulo: Companhia das Letras, 2019
4. Coordenação Nacional de Articulação de Quilombos e Terra de Direitos. Racismo e violência contra quilombos no Brasil/ Terra de Direitos, Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas — Curitiba: Terra de Direitos, 2018. Disponível em: [https://terradedireitos.org.br/uploads/arquivos/\(final\)-Racismo-e-ViolenciaQuilombola_CONAQ_Terra-de-Direitos_FN_WEB.pdf](https://terradedireitos.org.br/uploads/arquivos/(final)-Racismo-e-ViolenciaQuilombola_CONAQ_Terra-de-Direitos_FN_WEB.pdf). Acesso em: 22 jul. 2020

5. Heufemann NEC, Lima RTS, Schweickardt JC. A produção do cuidado em saúde num território amazônico: o 'longe muito longe' transformado pelas Redes Vivas. In: Merhy, E.E. et al. (orgs). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.
6. Santos BS. O fim do império cognitivo: a afirmação das epistemologias do Sul. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.
7. Romagnoli RC. A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia & Sociedade*, v. 21, n. 2, p. 166-173, ago. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/psoc/a/zdCCTKbXYhjdVYL4VS8cXWh/abstract/?lang=pt>. Acesso em 20 jun. 2020.
8. Almeida AWB de. Quilombos e novas etnias. Manaus: UEA Edições, 2011.
9. Freitas JMB; Schweickardt, JC; Ferla, AA; Heufemann, NEC. Saúde numa comunidade quilombola da Amazônia. In: Ferla, AA. Atenção Básica na Amazônia: Saberes e Práticas para o Fortalecimento do SUS. Porto Alegre.: Rede Unida, 2019.
10. Schweickardt JC. Ciência, Nação e Região: as doenças tropicais e o saneamento no estado do Amazonas, 1890-1930. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
11. Alves- Melo P. O fim do silêncio: presença negra na Amazônia. 2 ed. Curitiba: CRV, 2021.
12. Gomes FS. A Hidra e os Pântanos: mocambos, quilombos e comunidades de fugitivos no Brasil (Séculos XVII-XIX). São Paulo: Ed. UNESP: Ed. Polis, 2005.
13. Ribeiro F. Cabanagem: o levante revolucionário negro que tomou o poder em 1835. *Alma Preta Jornalismo*, 2021. Disponível em: <https://almapreta.com/sessao/cotidiano/janeiro-marcou-os-186-anos-da-revolucao-cabana>. Acesso em 21 jun. 2022.
14. Alves- Melo P. Bernardo de Sena – negro, cabano e “prefeito”. In: *Crônicas de gente pouco importante IV*. 2015. Disponível em: <https://amazoniareal.com.br/cronicas-de-gente-pouco-importante-iv-bernardo-de-sena-negro-cabano-e-prefeito/>. Acesso em 21 jun. 2022.
15. Arruti JM. Políticas Públicas para Quilombos: terra, saúde e educação. In: Paula, M; Heringer, R. Caminhos Convergentes: estado e sociedade na superação das desigualdades raciais no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Boll ActionAid, 2009.
16. Rodrigues V. Programa Brasil Quilombola: um ensaio sobre a política pública de promoção da igualdade racial para comunidades de quilombos. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania / v. 15, n. 57*, São Paulo: 2010. Disponível em: bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/view/3258/2121. Acesso em 31 mar 2021.
17. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v25, n3 [Internet]. 2016;25(3):535–49. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 18 abr. 2019.
18. Brasil. Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003. Cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 26 maio 2003a*. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10678.htm>. Acesso em 24 mar. 2019
19. Almeida SL de. Racismo Estrutural. São Paulo: Ed Jandaíra, 2020.
20. Policast. Após 10 anos, política de saúde da população negra só foi efetivada em 57 municípios. [Locução] Mariana Lemos. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 27 de nov. 2019. Podcast. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/podcast/apos-10-anos-politica-de-saude-da-populacao-negra-so-foi-efetivada-em-57-municipios>. Acesso em 09 de abr. 2022.
21. Rocha JM, Correa M. Andirá: diálogos interdisciplinares para uma história social do movimento quilombola do rio Andirá, fronteira Amazonas/Pará. In: III Seminário Internacional em Sociedade e Cultura na Pan-Amazônia. 2018. Manaus. Anais. Disponível em: <https://doity.com.br/media/doity/submissoes/artigo-fadcdc70c9e3230253456e2ee34b5723e3aedb52-arquivo.pdf>. Acesso em 29 abr 2019.

22. Brasil. Amazonas adere ao Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial. Governo Federal, 03 dez. 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/dezembro/amazonas-adere-ao-sistema-nacional-de-promocao-da-igualdade-racial>. Acesso em 09 abr. 2022.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed.; 1. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
24. Quijano A. Colonialidad y modernidad-racionalidad. 2005. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/36091067/Anibal-Quijano-Colonialidade-eModernidade-Racionalidade>. Acesso em 10 nov 2022.
25. Ballestrin L. América Latina e o giro decolonial. Rev Brasileira de Ciência Política, nº11. Brasília, maio - agosto de 2013, pp. 89-117. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/DxkN3kQ3XdYYPbwwXH55jhv/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 09 de nov. 2022.
26. Brasil. Superintendência Regional no Amazonas Divisão Administrativa Serviço de Administração e Serviços Gerais e dita Regularização Fundiária do Território Quilombola do Rio Andirá. Diário Oficial da União, Ano CLIV No - 160 Brasília - DF, segunda-feira, 21 de agosto de 2017.
27. Freitas JMB. Territórios e Redes Vivas de Saúde numa Amazônia Quilombola. 2019. 77 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia). Centro de Ciências do Ambiente, Universidade Federal do Amazonas. Manaus. 2019.
28. Diegues A. O mito moderno da natureza intocada. São Paulo: NUPAUB -Núcleo de Apoio à Pesquisa sobre Populações Humanas e Áreas Úmidas Brasileiras –USP/Hucitec, 2008.
29. Vaz Filho F.A. Pajés, Benzedores, Puxadores e Parteiros: os invisíveis e imprescindíveis sacerdotes do povo na Amazônia. Brasília: Ministério da Educação, 2016.
30. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos MLM, Bertussi DC, Baduy RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. Saúde Debate | Rio de Janeiro, V. 43, N. Especial 6, P. 70-83, Dez 2019.
31. Soares EP, Machado AP, Souza SP, Fernandes LSC, Pimentel RMS, Rocoda LCC. Os territórios na produção da saúde: mapeando lugares e fluxos. In: Soares, E.P (orgs.) et al. A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2021.
32. Pimentel RMS, Fernandes LSC, Souza SP, Belém AG, Freitas, JMB. Puxar, pegar e benzer: práticas tradicionais de cuidado na cidade de Parintins, AM. In: Soares, E.P. (orgs.) et al. A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2021.
33. Giglio-Jacquemot, A. Definições de urgência e emergência: critérios e limitações. In: Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Antropologia e Saúde collection, pp. 15-26. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/zt4fg/pdf/giglio-9788575413784-02.pdf>>. Acesso em 01 abr. 2019.
34. O'dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Macedo C, Lopes MGM. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. Cad. Saúde Pública 2017; 33(7). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BCmPQJs3xbR9v4tLRtdZdpq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 21 jun. 2022
35. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf. Acesso em 27 abr. 2022.
36. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. Saúde Debate 42 (spe1). Set 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3tZ6QRxxTsPjNj9XwDftbgS/?lang=pt>. Acesso em 21 jun. 2022.

37. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. Rev Panamericana de Salud Publica, v. 31, n.3, 260–8, 2012. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n3/260-268/>>. Acesso em 01 abr 2020.
38. Ribeiro SSC, Valente LS, Soares EP, Florêncio CR, Souza AB, Lima RTS, Schweickardt JC, Koide NRC. A Unidade Básica de Saúde Fluvial como modelo de atenção à saúde ribeirinha no município de Parintins, Amazonas. In: Soares, E.P. (orgs.) et al. A arte do cuidado em saúde no território líquido: conhecimentos compartilhados no Baixo Rio Amazonas. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2021.
39. Santos BS. Micropolítica da gestão do trabalho e do cuidado na UBS Fluvial de Borba-AM. 2018. 70 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, 2018.
40. Schweickardt JC, Lima RTS, Simões AL, Freitas CM, Alves VP. Território na atenção básica: abordagem da Amazônia equidistante. In: Ceccim, Ricardo Burg [et al.]. Informes da atenção básica: aprendizados de intensidade por círculos em rede (Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde). v. 1. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.
41. COGPAB. Coordenação de Gerenciamento de Projetos da Atenção Básica Pagamento do Piso de Atenção Básica. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por: <joana.borges.freitas@gmail.com> em 26 abr. 2019.
42. Brasil. Portaria GM/MS nº 4.036, de 29 de dezembro de 2021. Dispõe sobre a transferência de incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento das ações de equidade na Atenção Primária à Saúde, considerando-se o cadastro de populações quilombolas. Diário Oficial da União. 2021b.

Como citar: Freitas JMB, Schweickardt JC. Amazônia Quilombola: cenário, produção e práticas de saúde. **Saúde em Redes**. 2023;9(1). DOI: 10.18310/2446-4813.2023v9n1.4020

Submissão: 15/12/2022

Aceite: 03/01/2023