

Relatório Técnico nº1/2023

Saúde dos Povos Indígenas e Quilombolas

O Relatório Técnico da Agenda Mais SUS é uma iniciativa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), da Umane e do Instituto Veredas, que integram as ações da “Agenda Mais SUS: Evidências e Caminhos para Fortalecer a Saúde Pública no Brasil”. A Agenda tem o objetivo de contribuir com o debate público subsidiando os poderes Executivo e Legislativo a partir de documentos para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Acesse: www.agendamaissus.org.br.

Resumo | Saúde dos Povos Indígenas

Para realizar um diagnóstico da situação de saúde dos povos indígenas é necessário, antes de mais nada, entender um pouco melhor sobre quem são, como se distribuem no território brasileiro e a sua importância histórica e de preservação da natureza.

- No Censo de 2010, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) identificou 896.917 indígenas no Brasil (572.083 em zona rural e 324.834 em zona urbana), correspondendo a 0,4% da população. Os [resultados preliminares](#) do Censo 2022 indicaram um aumento de 84% na população indígena no Brasil, alcançando a marca de 1.652.876 indígenas no Brasil. Os povos indígenas no Brasil apresentam grande diversidade, abrangendo 305 grupos étnicos e 274 idiomas. [2]
- No Brasil, de acordo com dados da Lei de Acesso à Informação, em dezembro de 2020, tínhamos 766.519 pessoas indígenas cadastradas nos 51 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) existentes no país, ou seja, em média, cada DSEI atende 15 mil pessoas.
- Em 2019, o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) indicou aproximadamente 1.298 terras indígenas no Brasil, das quais 408 estão regularizadas, 287 em alguma fase do procedimento de demarcação, 40 em situação de reservas, 21 dominiais, 6 em restrição devido à presença de povos isolados e aproximadamente 536 sendo reivindicadas pelos povos, sem nenhum reconhecimento por parte do órgão indigenista. [3] Em abril de 2023, o observatório [Terras Indígenas \(TI\) no Brasil](#), do Instituto Socioambiental (ISA), constatou 490 TI homologadas e reservadas, 74 declaradas pela Ministério da Justiça, 43 identificadas com relatório aprovado pela Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai) e 125 em identificação pela Funai, totalizando 732 em diferentes etapas do processo demarcatório.
- Cerca de 35% das florestas nativas da América Latina e Caribe estão em áreas ocupadas por povos indígenas. Mais de 80% das áreas em terras indígenas, nesta região, são cobertas por floresta, representando entre 320 e 380 milhões de hectares de florestas preservadas pela ação dos povos indígenas. [1]

A saúde indígena no Brasil, por reivindicação direta dos movimentos indígenas, foi estruturada de forma distinta do modelo de descentralização municipalista que organiza a maior parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Como estratégia de descentralização alternativa à municipalização, foram organizados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e foi instituído o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi-SUS). [5]

- O Sasi consiste em um subsistema “complementar e diferenciado” do SUS, responsável por promover “abordagem diferenciada e global” em contextos interculturais. [5]
- A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas se organiza nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) distribuídos pelo país, bem como em polos base, unidades ou postos de saúde e casas de saúde indígena. [6]
- A Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) foi criada em 2010, sendo responsável unicamente pela saúde indígena. É a única secretaria ligada ao Ministério da Saúde com atribuições tanto de gestão como execução das ações e programas de saúde, apresentando desafios administrativos específicos. [7]
- A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) propõe a incorporação das perspectivas dos povos originários na elaboração de políticas nacionais de saúde, buscando a integração entre medicina tradicional indígena e o sistema de saúde oficial – expressa em propostas de “medicina intercultural”. [4]
- A utilização do sistema de saúde oficial (“medicina ocidental”) pelas comunidades indígenas não interfere nas crenças e práticas tradicionais, por duas razões: (1) a “medicina ocidental”, quando tem sua eficácia prática demonstrada, é percebida como técnica terapêutica adicional em vez de substitutiva; e (2), as pessoas atendidas dificilmente têm acesso às explicações científicas que justificam os tratamentos adotados, formulando sua compreensão a partir dos efeitos experienciados, sem a visualização de explicações causais de sistemas de conhecimento específicos. [14]
- Orçamento do Ministério da Saúde para a subfunção Assistência aos Povos Indígenas:

	Inicial	Realizado	%
2014	R\$ 1.033.600.000,00	R\$ 1.045.733.770,48	101%
2015	R\$ 1.331.180.000,00	R\$ 1.209.290.685,65	91%
2016	R\$ 1.438.130.000,00	R\$ 1.157.709.112,62	81%
2017	R\$ 1.502.400.000,00	R\$ 1.416.267.374,85	94%
2018	R\$ 1.370.715.592,00	R\$ 1.365.531.288,53	100%
2019	R\$ 1.357.850.000,00	R\$ 1.324.295.988,40	98%
2020	R\$ 1.386.098.701,00	R\$ 1.331.771.076,42	96%
2021	R\$ 1.462.045.000,00	R\$ 949.462.143,88	65%

Fonte: Portal da Transparência, 2021.

Algumas questões relacionadas à saúde da população indígena se manifestam de forma mais expressiva e merecem atenção especial: Seus hábitos alimentares, a possibilidade de acesso à comida e a insegurança alimentar que decorre desses fatores, as questões de saúde mental e o uso crescente de medicamentos psicotrópicos, além do uso pronunciado de álcool entre indígenas.

- De acordo com o IBGE, em todas as regiões do Brasil, a população indígena apresenta **taxa de mortalidade infantil** mais elevada que outros grupos populacionais. No ano de 2010, foram 23,0 óbitos/1.000 nascidos vivos entre indígenas do Brasil, enquanto a taxa entre não indígenas foi de 15,6/1000. O Ministério da Saúde identificou em 2019 que, entre 2010 a 2019, os índices de mortalidade infantil entre populações indígenas foram de 41,9/mil nascidos vivos, enquanto a taxa entre não indígenas foi de 19/1000. **[9]**
- Dados da Sesai indicam que a **taxa de suicídio** em indígenas brasileiros no ano de 2014 foi de 21,8 por 100 mil habitantes – praticamente quatro vezes maior do que na população brasileira em geral. **[10]**
- O **uso de medicamentos psicotrópicos** entre populações indígenas no Brasil tem aumentado, em especial por conta de práticas de assistência de inspiração curativista. A assistência em saúde indígena tem como dilema a tensão entre ampliar o acesso a medicamentos psicotrópicos para quadros clínicos de saúde mental e a frequente incompatibilidade de hipóteses clínicas a partir dos manuais de diagnóstico psiquiátrico (DSM-5 e CID-10) para interpretar comportamentos com forte componente cultural. **[13]**
- O **uso de álcool** entre os povos indígenas tem diversos efeitos, tanto positivos – como práticas tradicionais ancestrais em contextos rituais, mediação política de conflitos grupais, festividades, atividades laborais – quanto negativos – como processos de desagregação social e familiar e instrumento de colonização e desarticulação das comunidades. A quantificação dos problemas devido ao uso prejudicial de álcool é dificultada pela ausência de instrumentos de identificação e rastreamento desses agravos validados para a população indígena. Instrumentos convencionais, como o Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), não levam em consideração o contexto intercultural e se limitam a uma análise individualizante de um problema que é tipicamente comunitário. **[12]**
- Em 2018 no Brasil, a prevalência de **desnutrição crônica entre crianças** indígenas menores de 5 anos era de 28,6%. O **acesso à alimentação** nas aldeias se dá, majoritariamente, pelas doações (cesta básica) e pela compra de alimentos fora das comunidades. Porém as fontes atuais não garantem a alimentação na constância, na quantidade e na qualidade necessárias. A adoção de hábitos alimentares prejudiciais à saúde, como o consumo elevado, especialmente pelas crianças, de **alimentos industrialmente processados com baixo valor nutritivo** (refrigerantes, biscoitos, doces) pode resultar em diabetes, sobrepeso e obesidade. Além disso, há deficiências vitamínicas que contribuem para índices maiores de anemia ferropriva e beribéri. **[15]**
- Um estudo com crianças indígenas que residem no Acre encontrou, nas faixas de idade de 6 a 12 meses e 13 a 23 meses, um alto consumo de alimentos ultraprocessados (52,6% e 28,6% respectivamente) enquanto que o consumo de alimentos complementares revelou-se insuficiente (entre 33% e 41,2% de frutas e entre 19,6% e 25% de comida de sal). Entre os tipos de ultraprocessados mais consumidos figuram o biscoito (65,2%) e suco artificial (58,3%). **[11]**

A violência contra os povos indígenas, os impactos de atividades de garimpo e mineração avançando sobre terras indígenas e outras ações de exploração econômica e impacto ambiental, como a construção de barragens nos entornos dessas terras são dimensões que afetam, também, a saúde desses povos.

- A violência contra os povos indígenas se constituiu historicamente como política de Estado no Brasil. O Relatório Figueiredo, da Comissão Nacional da Verdade, identificou mais de 8 mil indígenas mortos pela ditadura militar. Os povos indígenas eram considerados “[...] virtuais inimigos internos, sob a alegação de serem influenciados por interesses estrangeiros ou simplesmente por seu território ter riquezas minerais, estar situado nas fronteiras ou se encontrar no caminho de algum projeto de desenvolvimento”, e se declarava como planejamento de Estado, que dentro de 10 a 20 anos não houvesse mais índios no Brasil. **[5]**
- A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil identificou como principais violações e ameaças aos direitos dos Povos Indígenas no Brasil no período recente (2020-2021): (1) Ameaças Institucionais por meio do avanço da agenda anti-indígena no Estado Brasileiro; e (2) ameaças socioambientais expressas na invasão dos territórios pelo poder econômico. **[18]**
- Em uma década (de 2011 a 2020), houve um aumento de 92% dos conflitos envolvendo terras no Brasil. Entre 2019 a 2020, o aumento foi de 25%, sendo o maior número de conflitos sobre terras desde 1985. Foram 171.625 famílias brasileiras afetadas pelos conflitos, sendo 96.931 famílias indígenas (56%). **[19]**
- A terra indígena do povo Yanomami testemunha violentas invasões, com uso ostensivo de armas de fogo e perseguições devido à intensificação da atividade garimpeira desde 2020, quando houve um aumento de 30% na degradação ambiental na região, o que representa uma área de 2.400,00 hectares, de acordo como [relatório Cicatrizes na Floresta](#). **[20]** Não há autorização do Congresso Nacional para extração de ouro em qualquer terra indígena brasileira. **[21]**
- Os impactos do garimpo nas terras indígenas vão além da degradação da floresta, envolvendo também a disseminação de doenças, como a Covid-19. A exploração ilegal dos bens naturais, como o ouro, contamina o bioma da região resultando na morte de animais, rios contaminados e menos opções de alimentos para as comunidades indígenas. **[22]**
- O relatório “[Yanomami sob ataque: garimpo ilegal na Terra Indígena Yanomami e Propostas para Combatê-lo](#)” apresentou dados do Mapbiomas que indicaram que, a partir de 2016, a curva de destruição do garimpo assumiu uma trajetória ascendente, crescendo 3.350% entre 2016 e 2020.
- O aumento dos casos de malária está associado ao aumento da degradação florestal, pois as áreas abertas contribuem para a proliferação dos mosquitos, que são vetores da doença. Entre 2014 e 2019, foi identificado um aumento de 473% dos casos de malária na Terra Indígena Yanomami, por exemplo, com 30 dos 37 polos base apresentando alto risco para a doença. **[20]**
- O mercúrio é essencial para o processo de extração do ouro. **[21]** Então, além de disseminar doenças infecciosas, o garimpo também promove larga contaminação por metilmercúrio, que é transportado pela cadeia alimentar, passando dos peixes para os humanos. A exposição pré-natal ao metilmercúrio pode levar a retardo mental, perda cognitiva e paralisia cerebral, danos que já são exibidos por crianças Munduruku na TI Munduruku, chegando a 15,8% do total avaliado. **[23]**

- A exposição ao mercúrio (pela ingestão, inalação ou contato com a pele) resulta em sintomas neurológicos, distúrbios neuropsíquicos, vômitos e diarreias, alterações da personalidade e do caráter, ansiedade, perda da capacidade de concentração, depressão, irritabilidade, anorexia, perda de peso, insônia, aparecimento de tremores faciais que se estendem para os membros superiores e inferiores e transtornos renais. Em caso de envenenamento agudo, a morte pode ocorrer entre um a cinco dias. A percepção da contaminação dos peixes tem levado as comunidades indígenas a mudar seu padrão alimentar, substituindo a fonte proteica por alimentos ricos em carboidratos e menos nutritivos. **[21]**
- O relatório “[Missão Yanomami Jan/2023](#)” sobre missão exploratória do Ministério da Saúde ocorrida de 16 a 21 de janeiro de 2023, apresentou detalhes sobre a situação crítica de saúde da população Yanomami, marcada por desassistência e ameaças externas, como o garimpo. A missão motivada por conta da publicização de três casos de adoecimento de crianças em comunidades da TI Yanomami que necessitaram de transporte aéreo para atendimento de saúde e vieram a óbito por conta de falhas na articulação dos serviços, revelando um quadro de privação e desassistência sistêmico. Além da precariedade dos serviços de transporte aeromédico, também foram expostas dificuldades de acesso a insumos de saúde e estabelecimentos de saúde danificados ou pouco funcionais, com insegurança de profissionais da saúde por conta das ameaças de violência pelo garimpo ilegal, bem como outras necessidades de saúde não atendidas, em especial os altos níveis de insegurança alimentar.
- O relatório “Missão Yanomami Jan/2023” identificou o DSEI Yanomami como muito dependente das ações de remoção (transporte aéreo para outros serviços de saúde realizado por empresa contratada por licitação) - com uma média de 10 remoções por dia, em especial de crianças -, realizando poucas ações de Atenção Primária em Saúde, ainda mais restritas pela infraestrutura precária e escassez de insumos no território, resultando em baixa resolutividade. Além do desgaste associado à complexa logística do transporte aeromédico para casos de urgência e emergência, as falhas logísticas no transporte aeromédico produzem uma situação ainda mais agravada de vulnerabilidade e risco de óbito por causas preveníveis. A infraestrutura de saúde no território foi identificada como muito precária, com meios de comunicação restritos ou pouco funcionais, escassez de insumos e equipamentos - carrinho de parada, oxigênio medicinal, desfibrilador, suporte de soro -, e até mesmo falta de acesso à água potável e coleta de lixo. Ainda, as ações de vigilância são escassas e baseadas em procedimentos pouco ágeis e sistemáticos, levando a atrasos de muitos meses nos registros de agravos à saúde e prejudicando o monitoramento e a ação. Como pontos fortes, o DSEI construiu boa articulação com redes municipais e estaduais que implementaram adaptações em serviços da rede pública, bem como com organizações indígenas que realizam monitoramento e formulam estratégias e soluções, além do apoio da Funai na distribuição de alimentos.

A pandemia de Covid-19 teve um impacto significativo na vida e na saúde da população indígena, pois tiveram que encarar a crise sanitária sendo majoritariamente negligenciados pelo estado e mais suscetíveis à conflitos por terras, além de seguirem dependentes de circulação externa às comunidades para comercialização de artesanato para aquisição de alimentos, se expondo ao vírus.

- Os [dados mais atualizados](#) informados pela Sesai revelaram 928 óbitos por Covid-19 entre indígenas no Brasil até 20/11/2022.

- Os povos indígenas foram afetados pela perda de empregos nas cidades e de atividades geradoras de renda que lhes permitem comprar os bens necessários do cotidiano; não costumam ter reservas alimentares ou monetárias, meios para armazenamento de alimentos, nem medidas de compensação por parte do Estado. A pandemia movimentou uma retomada de atividades primárias e agrícolas, onde foi possível. Todo esse cenário cria uma situação de grande precariedade, que se traduz em demanda por maior apoio, por parte de governos, igrejas, sociedade civil e internacionalmente. [33]

Alguns desafios relacionados especificamente ao cuidado em saúde e ao acesso de indígenas aos serviços ganham destaque:

- A qualidade dos serviços de saúde prestados nos territórios indígenas é prejudicada pela infraestrutura precária e escassez de insumos e equipamentos, que é agravada pela alta rotatividade de profissionais e pela complexidade logística encontrada em algumas regiões. [7]
- A priorização de cuidados paliativos e atenção emergencial nos serviços de saúde indígena revelam um enfraquecimento da Atenção Primária em Saúde. A alta rotatividade de profissionais e o não estabelecimento de vínculo inviabiliza o reconhecimento das especificidades culturais, prejudicando o cuidado em saúde das comunidades indígenas. [7]
- Estudos empíricos sobre a operacionalização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas identificaram distorções nas práticas de assistência, reproduzindo um modelo de “normatização inclusiva” e práticas assistencialistas que desconsideram as diferenças. [26]
- A assistência em saúde indígena é frequentemente orientada por uma concepção que busca ensinar ou capacitar pessoas indígenas para determinados comportamentos em saúde ou formas de participação política e, na ausência ou insuficiência da adesão a tais comportamentos esperados, transferir a responsabilização pela situação de saúde para as próprias pessoas assistidas, resultando em uma desassistência como resposta à falta de adesão. Tal dinâmica de um ciclo controle/desassistência expressa a lógica de tutela em vez de uma perspectiva de acolhimento e diálogo intercultural capaz de construir as ações de saúde de forma colaborativa. [27]
- A necessidade de maiores adaptações institucionais para a inclusão dos povos indígenas nos mecanismos de participação e deliberação política muitas vezes resulta na privação de informações e dificuldades de navegação no contexto institucional para os povos indígenas, produzindo uma dinâmica de desassistência e isolamento. [28]
- Mecanismos oficiais de controle social são frequentemente pouco acolhedores ou pouco compatíveis com formas tradicionais de organização indígena, limitando sua participação e escuta ou esvaziando a possibilidade de implementação de suas reivindicações. Tais limitações do controle social resultam em distorções como pouca participação social e demandam o uso de outras estratégias de ação popular. [29]
- Os principais desafios da Atenção Primária à Saúde indígena no Brasil podem ser resumidos como: (1) gestão precária dos recursos financeiros e pouco reflexo de maior aporte financeiro melhora proporcional nos indicadores de saúde; (2) escassez de dados demográficos e epidemiológicos sobre os povos indígenas no Brasil; (3) uso do sistema de informações da atenção à saúde indígena (Siasi) restrito a profissionais de saúde e gestores, sem a participação dos povos indígenas; (4) pre-

cariedade da atenção por conta da escassa infraestrutura e alta rotatividade de profissionais em meio a complexidades logísticas; (5) barreiras para a ampla participação indígena nas instâncias de controle social; e (6) dificuldade de articulação das medicinas tradicionais indígenas com o sistema médico oficial, limitando-se a uma abordagem integracionista com pouca sensibilidade intercultural. [7]

RECOMENDAÇÕES

Um relatório de organismo internacional propõe uma recomendação:

- A regulação do *marketing* é uma das medidas mais custo-efetivas para diminuir a demanda por produtos alimentícios não saudáveis, inclusive ultraprocessados, que atingem a população indígena, ocasionando, ao mesmo tempo, desnutrição e casos de sobrepeso e obesidade [31]

Evidências científicas indicam que:

O diagnóstico da situação alimentar nas aldeias é fundamental para informar as estratégias de vigilância alimentar e nutricional, como o monitoramento nutricional de crianças e gestantes, identificação de problemas de saúde relacionados a questões nutricionais (diarreia, desidratação, anemia), e Educação Popular em Saúde. [16]

O enfrentamento à insegurança alimentar entre os povos indígenas no Brasil depende da demarcação de seus territórios, da prática de roçadas tradicionais e do resgate de hábitos alimentares tradicionais, superando a dependência de doações externas e alimentos industrializados que trazem vulnerabilidades de saúde adicionais aos povos indígenas. [17]

Em 2016, a Associação Indígena Pariri reivindicou para a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) um estudo sobre a contaminação por mercúrio na Amazônia Oriental. A pesquisa teve como principais recomendações: (1) a interrupção imediata das atividades garimpeiras e a completa desintrusão das terras indígenas afetadas pela mineração ilegal; (2) desenvolvimento de um plano de descontinuidade do uso do mercúrio na mineração artesanal de ouro em todo o país, cumprindo a Convenção de Minamata, da qual o Brasil é signatário; (3) formulação de um Plano de Manejo de Risco (PMR) para as populações cronicamente expostas ao mercúrio, abrangendo monitoramento, notificação e tratamento; (4) pesquisa científica continuada sobre a saúde dos povos expostos a mercúrio; (5) proteção financeira aos pescadores artesanais das regiões atingidas pela contaminação por mercúrio; (6) combate à comercialização ilegal de ouro e ao contrabando de mercúrio. [24]

Outras recomendações:

- Uma das maiores conquistas de direitos para os povos indígenas na América Latina no século 21 foi o processo de reforma constitucional baseado no constitucionalismo plurinacional, que resultou na instituição de Estados Plurinacionais na Bolívia e Equador. O Estado Plurinacional consiste em um instrumento jurídico que incorpora princípios de cosmovisões indígenas no texto constitucional

- como Bem Viver e Direitos da Natureza – e estabelece autonomia política, econômica, administrativa, jurídica e territorial aos povos originários. **[30]**
- O Estado Plurinacional estabelece um sistema de saúde único, gratuito e universal que incorpora as medicinas tradicionais indígenas e formas de organização, mecanismos de deliberação e ampla participação social baseados nas cosmovisões dos povos originários. Ainda, o Estado Plurinacional prevê a proteção dos conhecimentos tradicionais indígenas e suas medicinas e princípios ativos como propriedade intelectual coletiva dos povos e patrimônio cultural. Nesse cenário, o Estado Plurinacional prevê a contratação de praticantes de medicinas tradicionais indígenas para os serviços de saúde, de forma integrada e complementar à assistência biomédica, em um modelo de Saúde Plurinacional. **[32]**

Resumo | Saúde dos Povos Quilombolas

A saúde é diretamente afetada pelas condições socioeconômicas. Elementos como localização geográfica, atividades econômicas e dificuldade de acesso à serviços públicos, entre outros, são determinantes para entender a população quilombola como altamente vulnerável, o que reflete nos indicadores de saúde.

- Segundo o IBGE, há presença quilombola em 1.672 dos 5.570 municípios brasileiros, ou seja, cerca de 30,1% dos municípios brasileiros têm quilombos. Ainda de acordo com o IBGE, existem 5.972 localidades quilombolas no país. **[34]**
- Até junho de 2021, estavam certificadas pela Fundação Palmares 2817 Comunidades Remanescentes de Quilombo (CRQ). **[35]**
- De acordo com dados da Lei de Acesso à Informação, solicitada pelo Instituto Veredas em 2021, a Atenção Primária em Saúde tinha 154.952 quilombolas cadastrados em Equipes de Saúde da Família, sendo quase 30% no estado da Bahia.
- Dificuldade de acesso a bens e serviços, predominância de doenças crônicas, ganho de peso e um atendimento pontual e curativista são alguns dos fatores que permeiam esse grupo populacional. **[36]**
- As desigualdades em saúde estão diretamente relacionadas à questão etnicorracial, agravando-se em indivíduos de cor de pele preta, parda e indígena. **[36]**
- As comunidades quilombolas encontram-se, majoritariamente, em áreas rurais, possuem baixos níveis de escolaridade e renda, com atividades econômicas predominando a agricultura de subsistência, pecuária e artesanato. **[36]**
- As comunidades quilombolas vêm demonstrando uma transição epidemiológica, evidenciando maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, como hipertensão e diabetes. Além disso, ainda apresentam altas taxas de doenças infecciosas, mortalidade infantil e desvios nutricionais. **[36]**
- Há indicativos de um processo de transição nutricional caracterizado pela redução da desnutrição infantil e aumento do sobrepeso e obesidade. Este é um fator que acoberta a carência nutricional. A dieta supera as necessidades energéticas diárias, mas apresenta deficiência de nutrientes, como ferro, vitaminas e minerais. Enquanto isso, o Guia Alimentar para a População Brasileira não traz representações apropriadas ou específicas destinadas aos povos e comunidades tradicionais. **[36][37]**
- As localidades rurais, desprovidas de transporte coletivo, dificultam a qualidade e acessibilidade aos serviços, até a busca por medicamentos. Por isso, há subutilização dos serviços de saúde e a população quilombola avalia a assistência como muito ruim/ruim. **[36]**
- O acesso é uma condição essencial para melhorar a qualidade de vida, e vai além do simples ato de fazer o uso do serviço, trata-se também da possibilidade de fazer o uso apropriado deste. Então a discussão vai além dos desafios de transporte e mobilidade, também diz respeito ao acesso à informação e educação em saúde. **[39]**

- A discriminação por cor e raça também leva a enormes diferenças de acesso e assistência, tanto à saúde quanto à escolarização e à justiça. [39]
- Mais de 70% das comunidades quilombolas têm condições precárias de saneamento, como valas a céu aberto e fossas rudimentares, condições que limitam o acesso à água potável. E 75% da população quilombola vive em situação de extrema pobreza. [34][38]
- No Portal da Transparência, não há dados de orçamento específicos ao público quilombola vinculado ao Ministério da Saúde. No entanto, entre 2014 e 2021, foram orçados inicialmente R\$ 92.669.744,00 para Reconhecimento e indenização de territórios quilombolas e realizados R\$ 65.000.817,79 (cerca de 70%).

A publicação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), em 2009, e da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), em 2011, são indicativos de uma intenção em atentar para as especificidades em saúde dessas populações. Porém, a concretização das propostas não parece estar sendo efetivada e as iniquidades enfrentadas pela população quilombola não parecem estar sendo reduzidas.

- A falha na concretização das propostas está relacionada à falta de investimentos em ações para a concretização das etapas de implantação desta lei, em especial quanto à definição e atualização de indicadores de avaliação e monitoramento da PNSIPN, por exemplo. [40]
- No âmbito de ações específicas que envolvem a PNSIPCF, ganham destaque alguns desafios. Dentre eles: a avaliação dos impactos dos grandes empreendimentos e do hidronegócio sobre a saúde das populações e comunidades tradicionais. Os modelos produtivos dominantes atuais avançam sobre os ecossistemas, mercantilizam seus bens, geram acumulação desigual de riquezas e exploram o trabalho e o ambiente. Além disso, provocam conflitos sociais e impactam vidas, com consequências para o processo saúde-doença, especialmente dos grupos sociais mais vulnerabilizados, tais como quilombolas. [42]
- Os serviços públicos de saúde e a sua lógica de organização desconsideram a dinâmica dos territórios dos grupos, o que implica diretamente no acesso aos serviços e agravo à saúde, reforçando situações de vulnerabilidade. Comunidades quilombolas têm especificidades que devem ser respeitadas e levadas em consideração, sendo o uso do território uma dessas especificidades. [43]
- O planejamento dos serviços e as formações profissionais não parecem reconhecer os saberes e práticas tradicionais da população quilombola, o que fragiliza a qualidade de atendimento a essa população. [43]
- A atualização do quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos por município, para cálculo do teto de repasse financeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi o que possibilitou a ampliação da atuação da saúde pública no ambiente rural. [42]

Desde 2014, as políticas voltadas para a população quilombola vêm sofrendo desmonte, através de desfinanciamentos e omissões de menção à estratégias específicas para essa população.

- Não existe uma política pública de saúde específica para a população quilombola. Diferentemente da realidade da população indígena, que conta com uma política que é parte do SUS, mas tem uma

estrutura própria definida, além de orçamento. No caso dos quilombolas, dependem do orçamento geral do SUS, que chegou ao ano de 2020 subfinanciado em 20 bilhões de reais. [38]

- Após a publicação da Emenda Constitucional 95/2016, a política de promoção da igualdade racial e enfrentamento ao racismo foi desmontada. O Programa 2034: Promoção da Igualdade Racial e Superação do Racismo sofreu uma queda de 80% de seus gastos entre 2014 e 2019. Em 2019, o recurso do Programa 2034 representou somente 8% do recurso autorizado em 2012, o que significa que, em oito anos, a redução foi de 92%. [38]
- Duas ações orçamentárias específicas dentro do Programa 2034 podem ser destacadas: a **Ação 210Z: Reconhecimento e Indenização de Territórios Quilombolas** e a **Ação 210Y: Apoio ao Desenvolvimento Sustentável das Comunidades Quilombolas, Povos Indígenas e Povos e Comunidades Tradicionais**. Estas duas ações eram parte de uma estratégia combinada no desenho da política pública para os territórios quilombolas, ou seja, os processos de regularização fundiária deveriam vir acompanhados de ações para o desenvolvimento das comunidades. Em 2013, a Ação 210Z chegou a ter R\$70 milhões autorizados e a 210Y alcançou seu máximo em 2014, com R\$8 milhões autorizados. No Brasil, menos de 7% dos territórios quilombolas estão titulados. Ambas as ações deixaram de ter recursos a partir de 2016, mesmo permanecendo como missão do Programa 2034 no PPA 2016-2019. [38]
- **Não existem mais políticas públicas específicas para comunidades quilombolas no Plano Plurianual (PPA) 2020-2023.** Isso significa que não há planejamento para implementação destas políticas públicas, nem programas orçamentários específicos para promoção dos direitos dos quilombolas, gerando os seguintes efeitos:
 1. A alocação de recursos é definida de maneira discricionária pelos gestores públicos, durante o ano fiscal, dando poderes para estes gestores de contemplar ou não os quilombolas nos programas orçamentários;
 2. Uma vez que não há desenho de política pública para quilombolas no Plano Plurianual (PPA), também não existem metas e indicadores que tornem o orçamento mais eficaz, eficiente e efetivo na promoção de direitos e proteção destas comunidades;
 3. A ausência de planejamento, metas, indicadores e orçamento específico acarreta prejuízo para o monitoramento por parte dos próprios gestores públicos – para avaliar as ações e aperfeiçoá-las, corrigindo possíveis distorções –, mas também pela sociedade civil, que não consegue visualizar, pelas plataformas oficiais, a alocação dos recursos para os quilombolas em sua integralidade.” [38]

A participação social é princípio organizativo do SUS e a representatividade da população, com a devida participação efetiva, é essencial para que sejam consideradas as múltiplas realidades e experiências na construção de políticas e para que o controle social aconteça de fato. A participação quilombola não parece estar sendo garantida.

- Embora em alguns municípios haja a participação de representantes quilombolas nos espaços de controle social, o assento não dá a garantia necessária para efetivar o acompanhamento da política pública, o que também ocorre com outros segmentos populacionais. No entanto, o aprendizado somente ocorrerá com o exercício pleno da representação, além da necessidade de capacitações específicas para a compreensão do universo desta política pública. [43]

A pandemia tem impacto na vida de toda a população brasileira, porém esse impacto é maior dependendo da situação de vulnerabilidade à que as pessoas estão expostas. Esse é o caso de pessoas pretas e pardas, dentre elas as pessoas quilombolas.

- Dados atualizados no dia 12/08/2021 indicam 5.588 casos confirmados de Covid-19 em quilombos e 297 óbitos. [44]
- Desigualdades históricas, como más condições de acesso à água (apenas 15% dos domicílios têm acesso à rede pública de água), fragilidade de acesso à serviços de saúde nos territórios e risco à insegurança alimentar, tornam difícil que as comunidades quilombolas possam cumprir ações de prevenção recomendadas pelas autoridades de saúde. [34]
- Quilombos não contam com um sistema de saúde estruturado. Os relatos, em geral, são de frágil assistência e da necessidade de deslocamento até centros de saúde melhor estruturados. [44]
- Falta de ações dos governos municipais e estaduais para atender demandas emergenciais de quilombos e barreiras de cadastramento virtual para o acesso à renda básica emergencial também se apresentam como dificuldades relatadas em quilombos em meio à pandemia. [44]
- Comunidades quilombolas em diversas regiões do país precisaram tomar iniciativas independentes de enfrentamento à Covid-19, dentre elas o bloqueio das entradas para a comunidade como forma de prevenção à circulação de pessoas estranhas. Esse fechamento, porém, também gera preocupação com o aumento de conflitos agrários. [45]
- Uma realidade vivida por muitas comunidades quilombolas é de não terem assegurado seu direito aos territórios, vivendo ainda conflitos, ameaças de expropriação e violências. Esses são fatores agravantes da vulnerabilidade quilombola em contexto de pandemia. [34]
- No processo de vacinação contra a Covid-19, se estimava um público-alvo quilombola de 1.184.383. No entanto, apenas 447.443 (37,8%) pessoas quilombolas estavam com esquema vacinal completo no Brasil em setembro de 2021 e menos de 570 mil pessoas haviam tomado a primeira dose, a despeito de ser um grupo prioritário.
- Em relação ao processo de vacinação contra a Covid-19 em quilombos, há relatos importantes:
 - Foram registrados ao menos 6 conflitos com governos municipais que não aceitaram quilombolas como grupo prioritário para a vacinação. Algumas comunidades dentro dos territórios ainda não iniciaram o processo. Houve casos em que a vacinação só iniciou após acionamento da Justiça;
 - Houve 22 casos de pessoas que foram vacinadas com uma vacina de tipos diferentes entre a primeira e a segunda dose;
 - Houve casos de racismo vivenciados em todas as fases do processo. Há relatos de que quilombolas tiveram sua identidade questionada e que optaram por não se vacinar com receio de criminalização;
 - Falta de iniciativa do poder público municipal no deslocamento para comunidades ou uso reiterado do argumento do desconhecimento das comunidades como justificativa para a não efetivação da vacinação;

- Transferência da responsabilidade do poder público, com imposição por representantes públicos às lideranças quilombolas para que apresentem lista nominal de pessoas vacináveis como condição para a sua realização;
- Registros de dificuldades no acesso às informações compreensíveis, e divulgação insuficiente sobre como a vacinação aconteceria nos quilombos;
- Denúncias de uso indevido das vacinas relativas ao direcionamento de doses a pessoas não quilombolas. Bem como denúncias de tentativas de se vacinarem nos quilombos pessoas que não são quilombolas, nem são familiares e não residem no território;
- Relatos da falta de equipamentos públicos de saúde para estruturar a vacinação nos quilombos. Em algumas comunidades a vacinação ocorre na casa de lideranças. [46]

RECOMENDAÇÕES

Evidências científicas:

- O auxílio emergencial é uma iniciativa pública que deveria ser destinada aos quilombolas, uma vez que os mesmos atendem os critérios do programa. No entanto, o governo federal não os inclui, na sua grande maioria, como beneficiários da transferência de renda. Situações como: dificuldade de acessar equipamentos públicos por viverem em territórios afastados das cidades; limitações para atendimento de políticas por racismo institucional ou por falta de documentos; impossibilidade de se cadastrar em aplicativo, por não terem acesso a celulares e redes de internet. [38]
- Uma nota técnica recomenda, em relação ao enfrentamento da Covid-19 em comunidades quilombolas:
 1. Execução imediata dos recursos disponíveis para atendimento e proteção das comunidades quilombolas no contexto da Covid-19, em especial dos Ministérios da Cidadania e o das Mulheres, da Família e dos Direitos Humanos;
 2. Orientação imediata para os gestores públicos federais para que registrem nos Planos Orçamentários (PO) os recursos alocados para comunidades quilombolas, preferencialmente indicando os estados para os quais o recurso se destina, a fim de garantir a transparência dos gastos públicos;
 3. Solicitação ao poder executivo para que dê publicidade aos recursos de custeio e investimento discriminados por Unidade Federativa (UF), município e comunidade quilombola, para dar transparência aos recursos descentralizados;
 4. Elaboração de metas e indicadores para políticas de promoção dos direitos quilombolas para os próximos 3 anos do PPA;
 5. Retorno dos programas e ações orçamentários específicos para enfrentamento ao racismo na Lei Orçamentária Anual (LOA) 2021, em especial para proteção dos quilombolas durante a Covid-19 e decorrentes dos impactos da mesma;
 6. Alocação de recursos, na LOA 2021, para regularização fundiária para territórios quilombolas, conforme preconizado na Constituição de 1988, bem como recursos para saneamento básico;

7. Alocação de recursos, na LOA 2021, para promoção da segurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas (envio de cestas de alimentos e convênios para desenvolvimento produtivo local). [38]

- Ações intersetoriais e transversais a várias áreas governamentais, abrangendo políticas públicas e econômicas, permitindo uma melhor distribuição de renda, cidadania, melhores condições de educação e moradia. Dessa forma é possível enfrentar o problema do acesso e, conseqüentemente, da equidade. [39]
- Ações intersetoriais, envolvimento do controle social e escuta das necessidades dos sujeitos devem ser articuladas no contexto, para melhorar as condições de acesso da população aos serviços de saúde. Ainda nesse sentido, atenção diferenciada, realizada por profissionais comprometidos e que exerçam uma escuta ativa e que considerem a realidade individual das comunidades nas quais atuam. [39]
- Participação popular efetiva na escolha e acompanhamento de representantes políticos. O desconhecimento das políticas públicas pode ser uma barreira a esta participação. Um estudo com população negra constatou que 90% dos usuários do SUS pesquisados desconheciam a existência da política de saúde para a população negra. [40]
- Organização das comunidades remanescentes de quilombos em associações quilombolas registradas e reconhecidas legalmente é parte importante na busca da garantia aos direitos de acesso e utilização dos serviços públicos de saúde, com o desenvolvimento de ações de saúde específicas aos quilombolas. [40]
- Estratégias de promoção da equidade e efetivação das políticas de inclusão social vigentes, para o decréscimo das desigualdades raciais que envolvem os grupos quilombolas. [36]
- A utilização de abordagens participativas estimula a autoestima da comunidade e o empoderamento sobre os fatores que geram seus problemas. [42]
- É essencial que bancos de dados permitam a identificação de que as informações se referem a povos originários. O que viabilizaria o diagnóstico das situações específicas e o encaminhamento de providências para prevenção e tratamento dos reais problemas de saúde nos territórios onde acontecem. [42]

Opiniões de pessoas quilombolas:

- Mulheres quilombolas relatam buscar no sistema de saúde, nos profissionais que as atendem, uma verdadeira co-responsabilidade, que as encoraje a se tornarem verdadeiras protagonistas de sua saúde, administrando suas vidas com cuidado com a alimentação, a atividade física, as atividades de lazer e, assim, cuidados integrais que englobem seu corpo, espírito e saúde mental. [39]

Metodologia

Este documento foi elaborado na etapa de levantamento de evidências para elaboração da Agenda Mais SUS. As buscas foram realizadas por meio de revisão rápida em repositórios científicos e de literatura cinzenta (relatórios de organismos internacionais, governos e organizações da sociedade civil) entre julho e agosto de 2021. Dados-chave foram atualizados em maio de 2023. Em cada um desses repositórios, foram realizadas: a) exploração e pré-seleção; b) leitura dos sumários executivos e resumos com extração das principais informações (título do documento, autoria, ano de publicação, link e principais achados); e c) consolidação de bullet points sobre o tema. Após o primeiro esboço, foram incluídos documentos sugeridos pela equipe revisora.

Organizações

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Idealização e Revisão) - Miguel Lago, Rudi Rocha, Arthur Aguillar, Agatha Eleone, Dayana Rosa, Helena Ciorra, Jéssica Remédios, Maria Cristina Franceschini, Maria Letícia Machado, Renato Tasca e Rebeca Freitas (Coordenadora-Geral do Projeto).

Umane (Idealização e Revisão) - Thaís Junqueira e Evelyn Santos.

Instituto Veredas (Busca e síntese de evidências) - Laura Boeira, Carolina Beidacki, Renata Penalva, Bruno Graebin e Victória Menin.

Normatização, Comunicação e Design

Danilo Castro - Instituto Veredas; Helena Rocha - Diagramação; Natasha Mastrangelo - IEPS

Sugestão de citação

IEPS; UMANE; INSTITUTO VEREDAS. Saúde dos Povos Indígenas e Quilombolas. Rio de Janeiro: IEPS, 2023.

Conheça a Agenda Mais SUS: www.agendamais.org.br

Referências

- [1] FAO y FILAC. 2021. Los pueblos indígenas y tribales y la gobernanza de los bosques. Una oportunidad para la acción climática en América Latina y el Caribe. Santiago. Disponível em: <http://www.fao.org/3/cb2953es/cb2953es.pdf>
- [2] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os indígenas no censo demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça, 2010 - Disponível em: http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf
- [3] Conselho Indigenista Missionário. Relatório Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil: Dados de 2019, 2020 - Disponível em: <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2019/09/relatorio-violencia-contra-os-povos-indigenas-brasil-2018.pdf>
- [4] Sandes et al. Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura, 2018 - Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49558>
- [5] Pontes, Machado, Santos, Arouca. 2019. Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe8/146-159/>
- [6] Brasil. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, 2002 - Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf
- [7] Mendes et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil, 2018 - Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49563>
- [8] Comitê Nacional pela Vida e Memória Indígena. Nossa luta é pela vida: Covid-19 e Povos indígenas - O enfrentamento das violências durante a pandemia. Sangue Indígena: nenhuma gota a mais, Novembro 2020 - Disponível em: https://emergencia-indigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB_nossalutaepelavida_v7PT.pdf
- [9] Corrêa et al. Mortalidade infantil indígena: evidências sobre o tema, 2020 - Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362020000100502
- [10] Souza et al. Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática, 2020 - Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52373>
- [11] Maciel et al. Diversidade alimentar de crianças indígenas de dois municípios da Amazônia Ocidental brasileira, 2021 - Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hkCQnJmfW7X7rt8G7BpBThk/?lang=pt>
- [12] Brasil. Manual de monitoramento do uso prejudicial do álcool em povos indígenas, 2019 - Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Uso_Prejudicial_Alcool_Povos.pdf
- [13] Brasil. Manual de vigilância de uso de medicamentos psicotrópicos, 2019 - Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Vigilancia_Medicamentos_Psicotropicos_Povos.pdf
- [14] Buchillet. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde, 1991 - Disponível em: https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers14-09/35312.pdf
- [15] CPISP. Território e soberania alimentar: desafios para os índios em São Paulo, 2019 - Disponível em: <https://cpisp.org.br/indios-em-sao-paulo/desafiosindiosemsaopaulo/>
- [16] Garnelo, Sampaio, Pontes. Cuidado e vigilância alimentar e nutricional em terra indígena, 2019 - Disponível em: <http://books.scielo.org/id/m32qk/pdf/garnelo-9786557080115-05.pdf>
- [17] CPISP. Alimentação nas escolas indígenas : desafios para incorporar práticas e saberes, 2016. Disponível em: https://cpisp.org.br/wp-content/uploads/2016/05/Alimentacao_Escolas_Indigenas.pdf
- [18] Articulação dos Povos Indígenas do Brasil .Dossiê internacional de denúncias dos povos indígenas do Brasil 2021 - Disponível em: https://apiboficial.org/files/2021/08/DOSSIE_pt_v3web.pdf
- [19] Comissão Pastoral da Terra. 2021. Relatório CPT Conflitos no Campo 2021. Disponível em: <https://www.cptnacional.org.br/index.php/publicacoes-2/conflitos-no-campo-brasil>
- [20] Instituto Socioambiental, Hutukara Associação Yanomami, e Wanassedume Associação Ye'kwana . Cicatrizes na Floresta: Evolução do garimpo ilegal na TI Yanomami em 2020. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/documents/prov0202.pdf>

- [21] Alexandrino Ramos et al. Mercúrio nos Garimpos da Terra Indígena Yanomami e Responsabilidades, 2020 – Disponível em: <https://www.scielo.br/j/asoc/a/Kbrq95pYDnwGD8DVVxYqtsm/?lang=pt>
- [22] ABRASCO. Invasão de terras indígenas tem impacto direto na saúde comunidade local, 2021 - Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/invasao-de-terras-indigenas-tem-impacto-direto-na-saude-comunidade-local/59666/>
- [23] Comitê Nacional em Defesa dos Territórios Frente à Mineração. O cerco do ouro: garimpo ilegal, destruição e luta em terras Mundurucu, 2021. Disponível em: <http://emdefesadosterritorios.org/wp-content/uploads/2021/08/Livro-O-cerco-do-ouro-150dpi.pdf>
- [24] Basta et al. Impacto do mercúrio em áreas protegidas e povos da floresta na Amazônia Oriental: Uma abordagem integrada saúde-ambiente/Aspectos Metodológicos e Resultados Preliminares, 2020 – Disponível em: <http://www.ufopa.edu.br/media/file/site/ufopa/documentos/2020/226fa7f4de179c4dc5ac6f21d706dc94.pdf>
- [25] Ministério da Saúde. Relatório das ações realizadas pela SESAI para enfrentamento da Pandemia do CORONAVÍRUS (COVID-19), 2021 - Disponível em: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/viewNoticia.php?CodNot=2ba29aca6b>
- [26] Pedrana et al. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil, 2018 - Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49558>
- [27] Teixeira, Dias da Silva. Indigenous health in Brazil: Reflections on forms of violence, 2019 – Disponível em: <https://www.scielo.br/j/vb/a/78zBDqhWyTfg8PhjNksjpwG/?lang=en>
- [28] Ribeiro de Almeida. O índio sabe, o índio faz: os dilemas da participação indígena nas políticas públicas, 2010 - Disponível em: <http://laced4.hospedagemdesites.ws/arquivos/11-Povos-II.pdf>
- [29] Teixeira, Simas, Costa. Controle social na saúde indígena: limites e possibilidades da democracia direta, 2013 - Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1420>
- [30] Précoma, Ferreira. Do Estado-Nação ao Estado Plurinacional: uma análise a partir das constituições da Bolívia e do Equador, 2017 - Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/Rev-Dir-e-Liberd_v.19_n.03.01.pdf
- [31] OPAS. Relatório do workshop regional sobre regulação do marketing de produtos alimentícios não saudáveis. (Washington, D.C., 15 a 17 de outubro de 2019), 2020 - Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52976/OPASN-MHRF200027_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [32] Hartmann. Bolivia's Plurinational Healthcare Revolution Will Not Be Defeated, 2019 – Disponível em: <https://nacla.org/news/2019/12/19/bolivia-plurinational-healthcare-revolution-evo-morales>
- [33] Bellier. Povos Indígenas Face ao Covid-19: Panorama Geral em Agosto de 2020, 2021 - Disponível em: http://bc955768-e713-4766-a0b4-e5cc895bf453.filesusr.com/ugd/4ef2f7_7043ed7f171a44c3aa72e1307d88ff4f.pdf
- [34] Silva e Souza; Quilombos e a Luta contra o Racismo no Contexto da Pandemia; 2021 - Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10529/1/BAPI_26_QuilombosLuta.pdf
- [35] Fundação Palmares; Tabela de Certificação CRQ; 2021 - Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/tabela-crq-completa-certificadas-15-06-2021.pdf>
- [36] Cardoso, Melo e Freitas; Condições de saúde nas comunidades quilombolas; 2018 - Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-970532>
- [37] Corrêa e Silva; Da Amazônia ao guia: os dilemas entre a alimentação quilombola e as recomendações do guia alimentar para a população brasileira; 2021 - Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1156903>
- [38] Zigoni (INESC); Nota Técnica Orçamento Público voltado para as comunidades quilombolas no contexto da pandemia Covid-19; 2020 - Disponível em: https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2020/09/NT_Orçamento-Quilombolas_SET2020.pdf
- [39] Durand e Heidemann; O acesso em uma comunidade quilombola: dimensões da equidade em saúde; 2019 - Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1005843>

[40] Bispo de Almeida et al; Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira; 2019 - Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1011392>

[41] BRASIL; Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta; 2013 - Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf

[42] Fiocruz; Saúde dos Povos e Populações do Campo, da Floresta e das Águas; 2018 - Disponível em: https://www.fiocruz-brasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/02/07_saude_POVOS_final_.pdf

[43] Melo; Comunidades quilombolas e políticas de saúde, 2017 - Disponível em: <https://terradedireitos.org.br/acervo/artigos/comunidades-quilombolas-e-politicas-de-saude/22602>

[44] CONAQ; Observatório da Covid-19 nos quilombos - Disponível em: <https://quilombosemcovid19.org/>

[45] SIPAD; Desafios e estratégias de comunidades quilombolas frente a COVID-19 - Texto disponível em: <http://www.sipad.ufpr.br/portal/desafios-e-estrategias-de-comunidades-quilombolas-frente-a-covid-19-atualizado/>

[46] CONAQ; Boleim de monitoramento da vacinação contra Covid-19 nas comunidades quilombolas - 1ª Edição; 2021 - Disponível em: <http://conaq.org.br/wp-content/uploads/2021/08/VACINOMETRO-QUILOMBOLA-06-08.pdf>