

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA**

José Vilson de Sousa

Comunidades quilombolas e acesso à saúde no contexto da pandemia de covid-19
no Vale do Ribeira: considerações preliminares

Orientadora: prof^a Dra^a Marta Inez Medeiros Marques

**SÃO PAULO
2021**

JOSÉ VILSON DE SOUSA

Comunidades quilombolas e acesso à saúde no contexto da pandemia de covid-19
no Vale do Ribeira: considerações preliminares

Trabalho de Graduação Individual
apresentado ao Departamento de
Geografia da Faculdade de Filosofia,
Letras e Ciências Humanas da
Universidade de São Paulo, como
requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Geografia.

SÃO PAULO
2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo

S725c Sousa, José Vilson de
Comunidades quilombolas e acesso à saúde no
contexto da pandemia de COVID-19 no Vale do Ribeira:
considerações preliminares / José Vilson de Sousa;
orientadora Marta Inez Medeiros Marques - São Paulo,
2021.
156 f.

TGI (Trabalho de Graduação Individual) - Faculdade
de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da
Universidade de São Paulo. Departamento de Geografia.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Direito à
saúde. 3. Quilombolas. 4. pandemias. 5. Vale do
Ribeira. I. Marques, Marta Inez Medeiros, orient. II.
Título.

SOUSA, José Vilson de. **Comunidades quilombolas e acesso à saúde no contexto da pandemia de covid-19 no Vale do Ribeira: considerações preliminares.** Trabalho de Graduação Individual apresentado ao Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Geografia.

Banca Examinadora

Prof^a dr^a **Marta Inez Medeiros Marques**

Instituição: FFLCH-USP

Julgamento _____

Assinatura _____

Prof^a dr^a **Valéria de Marcos**

Instituição: FFLCH-USP

Julgamento _____

Assinatura _____

Prof^a dr^a **Ligia Vizeu Barrozo**

Instituição: FFLCH-USP

Julgamento _____

Assinatura _____

RESUMO

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde no Brasil reflete a má distribuição de renda e a enorme desigualdade social, bem como as diferenças regionais observadas em nosso país. Tal quadro é ainda mais grave quando consideramos grupos sociais mais vulneráveis, como moradores de rua, indígenas e quilombolas. Em tempos de pandemia, o acesso aos serviços públicos é fundamental para garantir saúde e qualidade de vida a todos os cidadãos, bem como para evitar a proliferação da doença. O objetivo geral deste trabalho foi analisar o acesso aos serviços de saúde no Vale do Ribeira, onde está situada a maior parte das comunidades quilombolas de São Paulo e do Paraná, bem como, verificar se houve implementação, por parte do poder público, de medidas específicas para esses grupos durante a pandemia de COVID-19 e, em caso afirmativo, a eficácia das mesmas. Foram analisados dados de 102 municípios de três DRS do estado de São Paulo e 09 do estado do Paraná entre setembro de 2020 e setembro de 2021. A pesquisa revelou a precariedade do acesso aos serviços de saúde pelos quilombolas, bem como falta de estrutura sanitária, de transporte regular, de sistemas de comunicação eficazes e de equipamentos médicos adequados. A falta de iniciativa por parte do governo federal levou as próprias comunidades, por meio de suas lideranças ou das organizações que as representam, a implementarem medidas de contenção. A despeito dessas dificuldades, os dados apontam para uma situação epidemiológica dentro dos parâmetros esperados, pelo menos na região do Vale do Ribeira, tendo em vista as especificidades das comunidades, seu relativo isolamento geográfico, o espaçamento entre as habitações, e a sua inclusão entre os grupos prioritários para receber a vacinação. Os procedimentos de pesquisa consistiram em análise documental e bibliográfica sobre o tema, entrevistas semiestruturadas, complementadas por questionário com questões objetivas junto às lideranças das comunidades quilombolas, sistematização e análise dos dados fornecidos pelas mesmas, bem como, pelo Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo (SEADE).

Palavras-Chave: acesso à saúde; comunidades quilombolas; COVID-19 nos quilombos.

ABSTRACT

The difficulty in accessing health services in Brazil reflects the poor distribution of income and enormous social inequality, as well as the regional differences observed in our country. This situation is even more serious when we consider more vulnerable social groups, such as homeless people, indigenous people and quilombolas. In times of a pandemic, access to public services is essential to ensure health and quality of life for all citizens, as well as to prevent the spread of the disease. The general objective of this study was to analyze the access to health services in Vale do Ribeira, where most of the quilombola communities of São Paulo and Paraná are located, as well as to verify if there was implementation, by the government, of specific measures to these groups during the COVID-19 pandemic and, if so, their effectiveness. Data from 102 municipalities from three DRS of São Paulo state and 09 in Paraná state were analyzed between September 2020 and September 2021. The research revealed the precariousness of access to health services by the quilombolas, as well as a lack of sanitary structure, regular transport, effective communication systems and adequate medical equipment. The lack of initiative on the part of the federal government led the communities themselves, through their leaders or the organizations that represent them, to implement containment measures. In spite of these difficulties, the data point to an epidemiological situation within the expected parameters, at least in the region of Vale do Ribeira, in view of the specificities of the communities, their relative geographic isolation, the spacing between the dwellings, and their inclusion between priority groups to receive the vaccination. The research procedures consisted of documental and bibliographic analysis on the subject, semi-structured interviews, complemented by a questionnaire with objective questions with the leaders of the quilombola communities, systematization and analysis of the data provided by them, as well as, by the Statistics Portal of the State of São Paulo. Paul (SEADE).

Key words: access to health; quilombola communities; COVID-19 in quilombos.

LISTA DE MAPAS

Mapa 01 - Municípios do Vale do Ribeira nos estados de São Paulo e Paraná.....	30
Mapa 02 - Localização das comunidades quilombolas do estado de São Paulo.....	33
Mapa 03 - Visão geral do Vale do Ribeira: destaque para o curso do Rio Ribeira de Iguape e principais vias de acesso.....	39
Mapa 04 - Principais vias de acesso ao Vale do Ribeira: SP e PR.....	40
Mapa 05 - Localização das comunidades quilombolas no estado do Paraná.....	46
Mapa 06 - Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo.....	70
Mapa 07 - Incidência de casos de COVID-19 por município no estado de São Paulo.....	83

LISTA DE GRÁFICOS

DRS de Registro - relação entre população, número de casos e casos/10 mil.....	91
DRS de Registro - relação entre número de casos e casos/10 mil.....	92
DRS de Registro - relação entre população, número de óbitos e óbitos/10 mil.....	93
DRS de Registro - relação entre número de óbitos e óbitos/10 mil.....	94
DRS de Registro - relação entre população e letalidade.....	95
DRS de Sorocaba - relação entre população, número de casos e casos/10 mil.....	99
DRS de Sorocaba - relação entre número de casos e casos/10 mil.....	100
DRS de Sorocaba - relação entre população, óbitos e óbitos/10 mil.....	100
DRS de Sorocaba - relação entre número de óbitos e óbitos/10 mil.....	101
DRS de Sorocaba - relação entre população e letalidade.....	102
DRS da Região Metropolitana - relação entre população, número de casos e casos/10 mil.....	106
DRS da Região Metropolitana - relação entre população, número de óbitos e óbitos/10 mil.....	107
DRS da Região Metropolitana - relação entre população e letalidade.....	108
Municípios do Paraná - relação entre população, número de casos e casos/10 mil.....	110
Municípios do Paraná - relação entre número de casos e casos/10 mil.....	111
Municípios do Paraná - relação entre população, número de óbitos e óbitos/10 mil.....	111
Municípios do Paraná - relação entre número de óbitos e óbitos/10 mil.....	112
Municípios do Paraná - relação entre população e letalidade.....	113
Comparação entre os grupos: relação entre a população e número de casos.....	121
Comparação entre os grupos: relação entre a população e número de casos/10 mil.....	122
Comparação entre os grupos: relação entre a população e número de óbitos.....	123
Comparação entre os grupos: relação entre a população e número de óbitos/10 mil.....	123
Comparação entre os grupos: relação entre a população e letalidade.....	124
Comparação entre os grupos: relação entre a população e número de casos.....	126
Comparação entre os grupos: relação entre a população e número de casos/10 mil.....	126
Comparação entre os grupos: relação entre a população e número de óbitos.....	127
Comparação entre os grupos: relação entre a população e número de óbitos/10 mil.....	127
Comparação entre os grupos: relação entre a população e letalidade.....	128

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - População total e quilombola dos estados de São Paulo e Paraná, e do Vale do Ribeira.	13
Tabela 02 - Comunidades Quilombolas reconhecidas do estado de São Paulo.....	35
Tabela 03 - Comunidades Quilombolas do estado de São Paulo com estudos finalizados.....	36
Tabela 04 - Comunidades Quilombolas do estado de São Paulo com estudos antropológicos arquivados ou em “aguarde-se”.....	37
Tabela 05 - Comunidades Quilombolas do estado de São Paulo com RTC elaborado pelo MPF.....	37
Tabela 06 - Comunidades apontadas para reconhecimento.....	37
Tabela 07 - Comunidades que solicitaram o reconhecimento.....	38
Tabela 08 - Comunidades Quilombolas do estado do PR com certificação (CRQ).....	41
Tabela 09 - Comunidades Quilombolas do estado do PR não certificadas (CNT).....	43
Tabela 10 - Comunidades Quilombolas do estado do PR: situações diversas.....	44
Tabela 11 - Número de casos de COVID-19, óbitos e letalidade no estado de São Paulo, no Brasil e no mundo.....	81
Tabela 12 - Casos/10 mil: frequência de municípios dos quatro grupos, por classe.....	86
Tabela 13 - Óbitos/10 mil: frequência de municípios dos quatro grupos, por classe.....	87
Tabela 14 - Letalidade frequência de municípios dos quatro grupos, por classe.....	88
Tabela 15 - Departamento Regional de Saúde de Registro.....	89
Tabela 16 - Departamento Regional de Saúde de Sorocaba.....	95
Tabela 17 - Departamento Regional de Saúde de Sorocaba - municípios do Vale do Ribeira.....	98
Tabela 18 - Departamento de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo.....	103
Tabela 19 - Departamento de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo - municípios do Vale do Ribeira.....	106
Tabela 20 - Municípios do Vale do Ribeira no estado do Paraná.....	108
Tabela 21 - Análise comparativa dos dados da COVID-19 entre os quatro grupos para todos os municípios.....	120
Tabela 22 - Análise comparativa dos dados da COVID-19 entre os quatro grupos considerando apenas os municípios do Vale do Ribeira.....	125
Tabela 23 - Análise comparativa dos dados da COVID-19 entre as comunidades quilombolas pesquisadas.....	128

LISTA DE SIGLAS

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
CAR	Cadastro Ambiental Rural
CAR	Complexo Ambulatorial Regional
CEFORH	Centro Formador de Recursos Humanos
CF 88	Constituição Federal de 1988
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNT	Comunidades Negras Tradicionais
CRQ	Comunidades Remanescentes de Quilombos
CONAQ	Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas
CONSAÚDE	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ribeira e Litoral Sul
COVID-19	Coronavirus Disease 2019 (Doença de Coronavírus 2019)
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EAACONE	Equipe de Articulação e Assessoria às Comunidades Negras
FCP	Fundação Cultural Palmares
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
GT	Grupo de Trabalho
HRA	Hospital Regional de Apiaí
HRLB	Hospital Regional Doutor Leonardo Bevílaqua
HRJR	Hospital Regional Jorge Rossmann
HRVR	Hospital Regional do Vale do Ribeira
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ISA	Instituto SocioAmbiental
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
ITESP	Fundação Instituto de Terras do Estado de São Paulo
MoAB	Movimento dos Ameaçados por Barragens
MPE	Ministério Públíco Estadual
MPF	Ministério Públíco Federal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde

ONU	Organização das Nações Unidas
OTAN	Organização do Tratado do Atlântico Norte
PETAR	Parque Estadual e Turístico do Alto Ribeira
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PIS	Programa de Integração Social
PL	Projeto de Lei
PNAD-C	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
RM	Região Metropolitana
RTC	Relatório Técnico Científico (elaborado para efeito de comprovação)
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave de Corona 2)
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SEPPIR	Secretaria de Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Paraná
SIGRH	Sistema Integrado de Gerenciamento de Recursos Hídricos
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
UC	Unidade de Conservação
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UGI	União Geográfica Internacional
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1 - DE QUILOMBO A COMUNIDADE REMANESCENTE DE QUILOMBO: CARACTERIZAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO.....	21
1.1 - Evolução do conceito de quilombo.....	21
1.2 - O Vale do Ribeira e as comunidades remanescentes de quilombos.....	29
1.3 - Legislação: aspectos jurídicos, direitos e garantias.....	47
1.4 - Situação atual: o caso de três comunidades do Vale do Ribeira.....	50
1.4.1 - Comunidade Ivaporunduva.....	50
1.4.2 - Comunidade Sapatu.....	52
1.4.3 - Comunidade Nhunguara.....	53
2 - RACISMO, QUESTÃO SOCIAL E ACESSO À SAÚDE NO BRASIL.....	55
2.1 - Concepções de racismo: individual, institucional e estrutural.....	55
2.2 - As questões social e racial e o acesso à saúde no Brasil.....	59
3 - CONCEITO E HISTÓRIA DE PANDEMIAS, E A COVID-19 NO BRASIL.....	74
3.1 - O Impacto da Pandemia de COVID-19 nas comunidades quilombolas.....	74
3.2 - Análise dos dados sobre COVID-19 no Vale do Ribeira.....	79
3.3 - Comparação entre os quatro grupos de municípios do Vale do Ribeira sobre a COVID-19.....	113
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	130

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICE - Dados e gráficos complementares dos DRS da Região Metropolitana da Grande São Paulo e de Sorocaba.

ANEXOS

INTRODUÇÃO

Este trabalho trata do acesso aos serviços de saúde no Vale do Ribeira, onde estão situadas a maior parte das comunidades quilombolas do estado de São Paulo e parte das comunidades do estado do Paraná, durante a pandemia de COVID-19, na perspectiva da Geografia da Saúde. O Vale do Ribeira é composto por 32 municípios¹, sendo 23 no estado de São Paulo e 09 no estado Paraná, para citar apenas os que estão situados integralmente na Bacia do Rio Ribeira de Iguape. A tabela 01 apresenta os dados populacionais referentes à área em estudo.

Tabela 01 - População total e quilombola dos estados de São Paulo e Paraná, e do Vale do Ribeira

	População do estado	População quilombola	%	População do Vale	Quilombolas do Vale	%
SP	45.919.049	6.500*	0,02	380.592	5.000*	1,31
PR	21.516.819	4.574**	0,02	163.648	1.164**	0,71
Total	67.435.868	11.074		544.240	6.164	

Fonte: elaborada pelo autor

*População estimada, a partir da compilação de dados de diversas fontes

**Com base em dados populacionais levantados entre 2005 e 2010 pelo GT Clóvis Moura.

Em virtude da ausência de dados oficiais sobre a população quilombola, os dados da tabela 01 devem ser considerados apenas como uma avaliação estimativa desses grupos, baseada em fontes diversas, que adotam metodologias distintas. As principais fontes que disponibilizam tais informações são organizações da sociedade civil que prestam assistência técnica e jurídica às comunidades, tais como a Equipe de Articulação e Assessoria às comunidades Negras (EAACONE), Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ) Fundação Instituto de Terras do Estado de São Paulo (ITESP), Instituto

¹ Pelo fato de se tratar de uma regionalização não oficial, existem divergências com relação ao número de municípios considerados. O site oficial do Estado de São Paulo considera 31 municípios*, sendo 22 neste estado e 9 no estado do Paraná.

*<https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/vale-do-ribeira-dois-estados/>. O portal do Sistema Integrado de Gerenciamento de Recursos Hídricos (SIGRH) registra 24 municípios do Estado de São Paulo na Bacia do Ribeira. Disponível em <https://sigrh.sp.gov.br/cbhrb/apresentacao>. Utilizaremos neste estudo, os 23 municípios que constam na maior parte dos documentos consultados, mais os 9 situados no Estado do Paraná, conforme descrito mais adiante.

Socioambiental (ISA), entre outros, em publicações esparsas, virtuais ou impressas, em função de interesses diversos. Em relação ao estado do Paraná, foi feito um levantamento mais criterioso, porém, este não abrangeu todo o universo de comunidades no estado, além de ter sido realizado há mais de 11 anos, encontrando-se, portanto, bastante desatualizado. De qualquer forma, a despeito de possíveis controvérsias em relação à fidedignidade dos dados, é indiscutível a presença marcante dos remanescentes de quilombos na composição da população dos dois estados, chegando a superar 1% em relação à população total do Vale do Ribeira, considerados apenas aqueles grupos reunidos nas então denominadas “comunidades negras rurais”, as futuras comunidades dos remanescentes de quilombos.

Diversos são os fatores que influenciam a qualidade do acesso à saúde junto a população quilombola. Destacam-se em primeiro lugar a estrutura, a oferta e a distribuição dos serviços de saúde, bem como as políticas específicas de saúde da população negra. São também fatores que influenciam esse processo: a questão do racismo, em suas concepções individual, institucional e estrutural; a própria condição de quilombola, com todos os estigmas que o termo carrega em seu bojo; e a localização geográfica dos quilombos, por razões históricas, situadas em locais de difícil acesso. Além desses, somam-se outros como os conflitos fundiários perpetrados por invasores, posseiros², pelas unidades de conservação ambiental - estas representadas por um braço do Estado -; o desrespeito aos fundamentos jurídicos assegurados a esses grupos por lei; ameaças de desapropriação por parte de empresas que requerem para si a propriedade das terras ocupadas pelos quilombolas; entre outros.

As políticas em saúde pública no Brasil, assim como outros determinantes sociais de saúde³, passaram a receber maior atenção por parte do poder público,

² Para efeito deste estudo, considera-se posseiro aquele que, apesar de estranho ao grupo, mora e/ou trabalha dentro do perímetro de comunidades quilombolas, seja de forma consensual ou conflituosa.

³ Determinantes Sociais de Saúde referem-se às condições de vida e trabalho de indivíduos e grupos relacionados com a sua situação de saúde. De acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, são considerados DSS os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Informe ENSP, nº 473, maio/2008, disponível em: <http://www.fiocruz.br/bibsp/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=239&sid=103> acesso em 07 de outubro de 2020).

com a instalação dos trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte em 1987, encarregada de elaborar uma constituição democrática em substituição à então vigente, legada do período da ditadura militar.

Um dos avanços mais significativos das discussões dessa Assembleia resultou na criação e implantação de um Sistema Único de Saúde (SUS), previsto na Constituição Federal de 1988, que passa a reconhecer a saúde como um direito de todos. O SUS tem procurado assegurar esse direito por meio de três princípios basilares de sua política, quais sejam: o princípio da universalidade, da integralidade e da equidade (BRASIL, 2000)⁴.

As boas intenções da descentralização das ações relativas à saúde pública, porém, não encontraram suporte no gerenciamento das ações políticas que se seguiram. Pautadas por estratégias de curto prazo e pela fragilidade de planejamento integrado junto a estados e municípios, a operacionalização das práticas de saúde revelaram as dificuldades decorrentes do modelo político do tipo federalista adotado no país, porém, fortemente centralizado na esfera federal.

Desta forma, as populações mais carentes, que sempre estiveram à margem do sistema, continuaram excluídas desta nova realidade, apesar dos esforços de alguns profissionais técnicos, bem como de alguns gestores. Não resta dúvida de que o modelo proposto e implementado pelo governo federal, o SUS, é, teoricamente, bastante funcional, tendo sido considerado, inclusive, como modelo para outros países. Do exposto, podemos inferir que parte dos problemas enfrentados por esta instituição devem-se a fatores externos, tais como: recursos financeiros escassos; falta de investimentos em materiais e em pessoal especializado; baixa qualidade dos sistemas gestores; e, talvez o mais importante, a enorme desigualdade social observada no país, da qual decorre, igualmente, a grande desigualdade de acesso aos serviços básicos, ainda que estes, teoricamente, sejam universais.

O estudo sobre o acesso à saúde pelas comunidades quilombolas está inserido num campo da geografia aplicada, denominado Geografia da Saúde. Este campo evoluiu a partir da Geografia Médica, termo empregado pelo médico

⁴ Os demais princípios do SUS são: a regionalização e hierarquização da rede, das ações e dos serviços de saúde; participação e o controle social; e descentralização na saúde.

naturalista alemão Fink⁵ para caracterizar o conjunto de práticas baseado nas relações entre ambiente e saúde (perspectiva ecológica), desde as primeiras observações apontadas por Hipócrates na antiguidade, passando pelas contribuições mais recentes de Maximilien Sorre e Jacques May, até chegar aos dias de hoje, momento que se caracteriza pelo paradigma da promoção da saúde coletiva.

Mayer⁶ (2001, apud Barroso 2010, p. 291) destaca que:

as tradições da Geografia Médica incluem quatro linhas principais:
a) a análise das relações entre cultura, comportamento, população, ambiente e doença (usualmente denominada "ecologia das doenças");
b) a identificação de padrões sociais da doença e a explicação desses padrões com base nos processos social, ambiental e cultural que geram tais padrões;
c) análise das considerações geográficas no planejamento e administração de sistemas de saúde;
d) a consideração de saúde e doença nos contextos mais amplos da sociedade, economia política, estrutura social e padrões de poder.

Em 1949, a União Geográfica Internacional (UGI), reunida num congresso internacional em Lisboa, criou a Comissão de Geografia Médica. Em 1976, a UGI determinou a substituição do termo "Geografia Médica" por "Geografia da Saúde" (BARROSO, *ibidem*).

Gerard Salem⁷ (2003 apud BARROSO, *ibidem*, p. 292) define Geografia da Saúde (Géographie de la Santé) no **Dictionnaire de la Géographie et de l'espace des sociétés**:

[...] a Geografia da Saúde é o estudo descritivo e explicativo das disparidades espaciais de saúde. Ela identifica e hierarquiza para cada tipo de unidade espacial, os fatores de riscos para a saúde (ambientais, sociais, culturais etc.). Ela traz, então, um interesse particular à geografia das doenças e do sistema de cuidados (oferta, atividade, recursos) confrontado aos dados geográficos gerais. Os indicadores sanitários contribuem assim à geografia geral dos lugares. [...] Entre as ciências sociais que abordam estes problemas, a abordagem geográfica se distingue pelo interesse dado

⁵ Médico alemão Leonhard Ludwig Finke que publicou o primeiro tratado científico de Geografia Médica "Versuch einer allgemeinen medizinisch-praktischen Geographie/Attempt at a General Medical-Practical Geography", ainda no século XVIII, entre 1792 e 1795.

⁶ MAYER, J.D. Medical geography. In: SMELSER, N.J. e BALTES, P. B. (editores): **International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences**. Elsevier, pp. 9518-9523, 2001.

⁷ LÉVY, J., LUSSAULT, M. **Dictionnaire de la Géographie et de l'espace des sociétés**. Tours: Belin, 2003.

às dimensões espaciais e notadamente territoriais da saúde. Esta abordagem é dialética: ela visa, de um lado, a estabelecer o elo entre os modos de ocupação do espaço, enquadramento territorial e saúde; de outro, a avaliar a origem dos fatores de saúde na dinâmica espacial dos lugares considerados". (Lévy & Lussault, 2003, p. 811).

No Brasil, de acordo com Guimarães (2014), as pesquisas sobre esse tema têm priorizado o estudo de padrões espaciais de doenças, bem como o estudo da oferta e demanda de serviços de saúde, tanto aqueles relativos à atenção básica quanto os serviços de alta complexidade:

A Geografia da Saúde, desde a sua origem, tem sido calcada na resolução de problemas, permitindo a identificação de lugares e situações de risco, o planejamento territorial de ações de saúde e o desenvolvimento das atividades de prevenção e promoção de saúde (GUIMARÃES, 2014, p.8).

O mesmo autor, apresenta algumas possíveis definições de saúde, classificando-as a partir de diferentes concepções, baseado nas ideias de Kornblit y Mendes Diz (2000, p.17-24)⁸: dentre as concepções médicas podemos identificar a abordagem adotada pelos profissionais médicos, que encara o organismo como uma máquina e tem como foco a ausência de enfermidades; a concepção psicofísica, que reconhece o fator mental e busca o bem-estar dos indivíduos; e a concepção sanitária, que leva em conta o fator coletivo, mais que o individual. Além das concepções médicas, a saúde possui também concepções sociais: legal, econômica e cultural. No primeiro caso, existe a responsabilidade do Estado de preservar a integridade dos indivíduos; no aspecto econômico, a saúde é considerada como algo que favorece a produtividade; no aspecto sociocultural a saúde é considerada fundamental no sentido de favorecer o adequado desempenho dos diferentes papéis sociais e a criatividade humana. A Organização Mundial de Saúde (OMS), por sua vez, propôs um conceito-síntese de saúde considerando-a como "o completo estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de enfermidades". Essa definição é alvo de algumas críticas pelo fato de referir-se a um modelo ideal, aquilo que deveria ser, descuidando daquilo que efetivamente é (GUIMARÃES,

⁸ KORNBLIT, A.L. y MENDES DIZ, A.M. **La Salud y la Enfermedad**: aspectos biológicos y sociales. Buenos Aires: Aique, 2000.

2014). De acordo com o autor, uma das principais críticas a esta concepção refere-se à noção de saúde como um estado, em vez de um processo dinâmico.

A pesquisa teve como objetivo analisar o acesso aos serviços de saúde pelos membros das comunidades dos remanescentes de quilombos do Vale do Ribeira, bem como verificar se houve implementação de medidas específicas para esses grupos em virtude da pandemia de COVID-19 e a eficácia das mesmas.

Para alcançar este objetivo geral, foram definidos alguns objetivos específicos:

- Verificar a existência de equipamentos de saúde nas comunidades e como os serviços de saúde são prestados nesses locais;
- Compreender a maneira pela qual as comunidades se organizam e resolvem problemas gerais de saúde, sejam emergenciais, rotineiros ou de acompanhamento/tratamento;
- Investigar a existência de casos da COVID-19 nas comunidades: incidência, gravidade e eventual taxa de mortalidade e profilaxia;
- Constatar a implantação de serviços específicos para atender esses grupos em virtude da pandemia da COVID-19;
- Investigar o papel do relativo isolamento geográfico das comunidades quilombolas no controle e disseminação da COVID-19.

O presente trabalho foi realizado a partir da análise bibliográfica sobre comunidades quilombolas e saúde, análise documental, análise de dados do Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo (Fundação SEADE) e da plataforma QUILOMBOS SEM COVID-19, da CONAQ. Concomitantemente foram coletados dados gerais e de saúde de três comunidades remanescentes de quilombos (Ivaporunduva, Nhunguara⁹ e Sapatu)¹⁰ do município de Eldorado, na região conhecida como Vale do Ribeira, situada no sul do Estado de São Paulo, por meio de 3 entrevistas semi-estruturadas e 3 questionários, realizados de forma remota.

⁹ A comunidade Nhunguara se reservou ao direito de não informar dados referentes à COVID-19.

¹⁰ Outras duas comunidades (Ribeirão Grande/Terra Seca e André Lopes) foram contatadas, mas optaram por não fazer parte do estudo. Em relação à primeira, até houve algumas trocas de mensagens, mas não houve retorno a tempo. Quanto à segunda, sequer foi possível estabelecer o mínimo de contato, com a alegação de que "No momento não temos condição de receber".

Adotamos como procedimento metodológico a estrutura descrita a seguir. Inicialmente foi feita a caracterização das comunidades e da área em estudo. A seguir, fizemos a contextualização do problema do acesso aos serviços públicos de saúde pelos membros das comunidades remanescentes de quilombos e a verificação de eventuais medidas específicas de proteção para essas comunidades, tendo em vista o agravamento da pandemia da covid-19. Para isso foram realizadas as seguintes ações:

- Para cumprir os quatro primeiros objetivos específicos foram realizadas entrevistas semiestruturadas, na modalidade remota, com as lideranças comunitárias;
- Para cumprir os objetivos III e IV - relacionados à COVID-19 -, além das entrevistas, foram analisados os dados fornecidos pelo Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo e pela plataforma QUILOMBOS SEM COVID-19, da CONAQ;
- Complementarmente, foi realizada análise bibliográfica e documental, conforme já especificado, sobre os itens acima apontados, bem como sobre outras variáveis importantes como o racismo estrutural, os aspectos jurídicos e conflitos fundiários.

Um ponto importante a ser considerado diz respeito às limitações do estudo, não só em relação ao seu planejamento, mas também em relação à sua execução, mormente a baixa representatividade da amostra, em virtude de fatores alheios à nossa vontade, o que não nos permitiu apreender com maior profundidade o problema tratado. Considerando a limitação dos dados empíricos, optamos por realizar um estudo mais modesto, porém mais abrangente em alguns aspectos, incluindo na análise dados de toda a população dos 32 municípios do Vale do Ribeira, quanto à pandemia de COVID-19, ao invés de ficarmos restritos às comunidades quilombolas.

Com essa reorientação, foi possível investigar a evolução da pandemia em diferentes situações (nos grandes centros urbanos, em cidades do interior, localidades com predomínio da população rural) no Vale do Ribeira.

O trabalho está estruturado da seguinte forma: introdução, três capítulos e as considerações finais. Na introdução, definimos o problema de pesquisa,

contextualizamos o tema e explicitamos os objetivos e procedimentos metodológicos. No primeiro capítulo discutimos o processo histórico que envolve o conceito de quilombo e sua ressemantização, a legislação brasileira sobre o tema, e os quilombos do Vale do Ribeira. O segundo capítulo aborda o racismo, a questão social e o acesso à saúde no Brasil. O terceiro capítulo apresenta o conceito e um panorama histórico das pandemias, e a covid-19 nos quilombos, bem como nos municípios do Vale do Ribeira.

1 - DE QUILOMBO A COMUNIDADE REMANESCENTE DE QUILOMBO: CARACTERIZAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO.

1.1 - Evolução do conceito de quilombo

O termo “Quilombo”, empregado desde o início da colonização, pode, a princípio, evocar a imagem do atraso ou estagnação. Não é, contudo, o que nos mostra a literatura. As reflexões sobre o tema no processo histórico indicam um objeto aberto, dinâmico, em constante transformação ao longo do tempo, conforme a capacidade de luta e resistência dos escravizados, assim como os interesses sociais e econômicos dos escravizadores, e os preceitos jurídicos de cada momento histórico.

De acordo com MOURA (2006, p.331), a palavra “quilombo” é originária do idioma africano quimbundo e significa: “sociedade formada por jovens guerreiros, que pertenciam a grupos étnicos desenraizados de suas comunidades”. Ainda de acordo com a autora, atualmente a definição mais comum de quilombo é:

comunidade negra rural habitada por descendentes de africanos escravizados, com laços de parentescos, que vivem da agricultura de subsistência, em terra doada, comprada ou secularmente ocupada por seus antepassados, os quais mantêm suas tradições culturais e as vivenciam no presente, como suas histórias e seu código de ética, que são transmitidos oralmente de geração a geração. (Ibidem, p.331).

Em sua etimologia bantu, “quilombo” significa "acampamento guerreiro na floresta". No Brasil, foi empregado ao longo do tempo com diversos significados, desde "local de refúgio, como foco de resistência à repressão", passando por "forma de resistência, enquanto luta de uma minoria étnica nos aspectos culturais e políticos, e, mais recentemente, do movimento negro" (ARRUTI, 2008, p. 311-313).

Neste sentido, o autor apresenta o que ele denomina de ressemantizações do conceito em três planos: enquanto resistência cultural, abrangendo o período que vai de 1920 até 1950, cuja tendência dominante envolve a produção de etnografias sobre cultos religiosos afro-brasileiros e a produção de cultura negra no Brasil; enquanto resistência política, pensando numa relação e conflitos entre as classes

populares e a ordem dominante; e enquanto resistência negra, por meio do engajamento político e social através do movimento negro.

O autor discute a concepção contemporânea do conceito a partir de três diferentes paradigmas: a perspectiva antropológica, proposta pela Associação Brasileira de Antropologia, que sugere a noção de grupo étnico, encampada pela Fundação Cultural Palmares (FCP)¹¹ - que chegou a propor uma definição de quilombo baseada em conteúdos etnográficos e culturais;¹² o uso de terras comuns, associado ao conceito de territorialidades específicas; e, por fim, a noção de etnicidade, a partir de estudos sobre comunidades rurais que eram negras, substituídos por estudos sobre comunidades negras que eram rurais.

[...] por meio da sua leitura através da teoria da etnicidade, o conceito contemporâneo de Quilombo aponta para grupos sociais produzidos em decorrência de conflitos fundiários localizados e datados, ligados à dissolução das formas de organização do sistema escravista. [...] esta última ressemantização implicava em uma presencialização do conceito que, de fato, vinha acompanhado de uma desafricanização e de uma desculturalização, assim como de uma relativa desistorização. O deslocamento da noção de cultura para a de etnia permitiu o deslocamento da "consciência negra" para a etnicidade, teoricamente destituída de qualquer substância cultural, histórica ou racial. (ARRUTI, 2008, p. 330-331).

Em outro texto, datado de 1999, o mesmo autor discute a evolução do termo "quilombo" associando-o à luta pela terra no Brasil. Para ele,

[...] no Brasil, o processo de transformação da terra em mercadoria não foi plenamente completado. Significativas parcelas de nossa população não vivem sobre simples "propriedades fundiárias", mas sobre territórios sociais, estreitamente ligados às suas identidades e memórias históricas e culturais. (Idem, 1999, p. 10).

Isso mostra os limites do modelo criado pela lei de terras de 1850, que procurou definir a propriedade privada como sendo a única forma de acesso à terra.

¹¹ Parte do movimento negro reagiu à pretensão de um órgão governamental decidir quem era e quem não era negro. Houve mobilização de parte do movimento, no sentido de não reconhecer a fundação como representativa dos negros, comparando-a a uma FUNAI dos negros.

¹²A FCP propôs a seguinte definição: "Quilombos são sítios historicamente ocupados por negros que tenham resíduos arqueológicos de sua presença inclusive as áreas ocupadas ainda hoje por seus descendentes, com conteúdos etnográficos e culturais." (Revista IstoÉ, 20/06/1990, p. 34, apud ARRUTI, 2008, p. 325).

Até então, as terras eram doadas pelo Estado sob a forma de sesmarias. Dentro do novo modelo capitalista nascente, a terra passa a ser considerada como uma mercadoria, com o propósito de gerar lucro, ganhando um cunho mais comercial que de status social como nos engenhos coloniais (CAVALCANTE, 2005, p. 1). A lei de terras cumpriu ainda um outro objetivo: com a substituição da mão de obra escrava pela do imigrante europeu, alguém deveria arcar com as despesas. A venda das terras foi o meio encontrado para o custeio das despesas (ROSA, 2007, p. 58). Neste processo, dois fatores contribuíram diretamente para a exclusão do negro: por um lado, a impossibilidade de acesso à terra por meio de compra, tendo em vista que os ex-escravizados, agora livres, raramente tinham alguma economia, e, ainda que tivessem, os preços eram definidos de forma a impedir a participação deles nas transações; por outro, verificou-se uma política de privilegiamento do trabalhador livre europeu.

Almeida (2008) traz uma discussão interessante sobre o processo de territorialização e constituição de novos movimentos sociais, tendo por base as terras de uso comum em torno de um recurso natural, e que definem territorialidades específicas, tais como: terras de preto, terras de santo, terras de índio, entre outras.

A territorialidade funciona como fator de identificação, defesa e força, mesmo em se tratando de apropriações temporárias dos recursos naturais, por grupos sociais classificados muitas vezes como "nômades" e "itinerantes". Laços solidários e de ajuda mútua informam um conjunto de regras firmadas sobre uma base física considerada comum, essencial e inalienável, não obstante disposições sucessórias porventura existentes. [...] territorialidades específicas [...] podem ser consideradas, portanto, como resultantes de diferentes processos sociais de territorialização e como delimitando dinamicamente terras de pertencimento coletivo que convergem para um território. (ALMEIDA, 2008 p.29).

É sob este pano de fundo que ocorrem discussões em torno do artigo 68 do ADCT da Constituição Federal, que envolve questões relacionadas ao "pluralismo jurídico, à diferença com base no reconhecimento da diversidade cultural e étnica" além de outros, tais como: territórios, direitos e garantias, bem como, a fundamentação jurídica para implementá-los.

Grupos que não param de se multiplicar, aproveitando-se das lacunas abertas em nosso ordenamento jurídico e que não lutam só por "um pedaço de terra" ou uma reparação de erros do passado, mas também pela defesa

de seus modos de vida e organização social presentes, suas formas religiosas, rituais e de manuseio da natureza. Grupos que lutam politicamente por uma nova perspectiva de futuro, em que sejam considerados, dentro das próprias peculiaridades, como atores relevantes no momento de formação e execução das políticas públicas, não só as relativas à terra ou ao crédito rural mas a todas aquelas que tendem a ampliar o alcance da cidadania (ARRUTI, 1999, p. 12).

Tão importante quanto o artigo 68 e as implicações futuras é a sua justificação. Ainda segundo o mesmo autor, não foi por generosidade do legislador que o tema entrou em pauta, tampouco pelos dois elementos comumente utilizados para justificá-lo, quais sejam: afirmação, enquanto reconhecimento da resistência negra, e reparação, em virtude do desrespeito histórico infligido a essa população. O tema teria sido apreciado, sobretudo, em função de uma militância pela reforma agrária e pelo desrespeito ao direito de acesso à terra. O reconhecimento destas modalidades específicas e de seu direito à terra é fundamental para a manutenção dos modelos de vida tradicionais desses grupos.

No que diz respeito à legislação, observou-se que o modelo brasileiro contemplava apenas a propriedade individual, ignorando quaisquer possibilidades de direitos coletivos ou difusos. Isso gerou grandes controvérsias, dado que, havia um direito assegurado por lei, no entanto, não havia instrumentos suficientes ou adequados para a implementação dos mesmos.

Sobre as contradições entre o que garante a lei, a interpretação feita pelas autoridades e os instrumentos e fundamentação jurídica para implementá-los, Souza Filho (1997, p.7), na introdução a Documentos do ISA nº 05 sobre Direitos territoriais das comunidades negras rurais declara logo na abertura do texto:

Triste sina dos povos que vivem nesta parte da Terra chamada Brasil. A mesma elite que escreve, intelectualizada defendendo direitos, pede com ar compungido, senão cínico, que esqueçam que escreveu.

Almeida (1997) traça um panorama histórico dos quilombos desde suas origens nos tempos da colonização até a concepção "arqueológica" e sugere que este último modelo precisa ser superado em face das demandas atuais e do aparecimento das novas etnias, superando a conotação de reminiscência, resquício,

resto, deslocando o enfoque do passado para o presente, presencialidade esta, representada justamente pelas novas formas de organização e movimentos sociais.

O primeiro conceito de Quilombo referido na literatura, segundo o autor, é a famosa resposta do Conselho Ultramarino que, inquirido sobre o assunto pelo rei de Portugal, definiu-o como sendo "toda habitação de negros fugidos, que passem de cinco, em parte despovoada, ainda que não tenham ranchos levantados e nem se achem pilões nele" (Conselho Ultramarino, 1740 apud ALMEIDA, 1997, p.12). Essa concepção de quilombo, enquanto algo a ser reprimido, manteve-se por mais de cem anos, aumentando, em certos locais e momentos, o rigor com que era aplicado. Almeida cita o caso da legislação do Maranhão, a qual considerava quilombo reunião de dois ou mais indivíduos, com casa de rancho.

A legislação republicana já nem previa mais elementos definidores dos quilombos, pois acreditava-se que, com a abolição, os quilombos desapareceriam automaticamente. Desde então, segundo o autor, e pelos cem anos seguintes, houve silêncio total na legislação sobre o tema, reaparecendo na Constituição Federal de 1988 já como remanescência, como sobra, e foi esta temporalidade que suscitou, à época, diversas interpretações e grandes debates, ou seja, estavam em jogo duas interpretações: uma, sugerida pelo legislador, que colocava o objeto do direito no passado, naquilo que foi, enquanto os defensores dos movimentos sociais procuravam trazê-lo para o presente, para que o que ele é hoje, e não simplesmente o que ele foi no passado.

Neste ponto, o autor propõe uma desconstrução do conceito de quilombo em seu aspecto jurídico, de caráter repressivo, bem como a imagem de seus integrantes como rebeldes fugitivos ou vadios, mostrando que nos quilombos havia unidades produtivas, que muitas destas unidades eram de conhecimento dos grandes proprietários e autoridades, que por vezes serviam-se da produção das mesmas, caracterizando um outro sistema produtivo diferente das *plantations*. (ALMEIDA, 1997)

O autor cita, entre outros, os processo de desagregação e fragmentação dos grandes estabelecimentos algodoeiros, sobretudo no Maranhão, assim como ocorreu com o desmantelamento das fazendas das ordens religiosas a partir de 1755 como sendo o início de um processo de acampamento, reforçando, ao

mesmo tempo, a ideia de um sistema produtivo alternativo à *plantation*, bem como a gênese das terras tradicionalmente ocupadas.

Os sistemas de uso comum podem ser lidos, neste sentido, como fenômenos fundados historicamente no processo de desagregação e decadência de *plantations* algodoeiras e de cana-de-açúcar. Representam formas que emergiram da fragmentação das grandes explorações agrícolas, baseadas na grande propriedade fundiária, na monocultura e nos mecanismos de imobilização da força de trabalho (escravidão e peonagem da dívida). (ALMEIDA, 2008, p. 144).

Em outro texto, o autor destaca a compreensão, sob o ponto de vista da fundamentação jurídica, da proliferação das diversas modalidades de terras tradicionalmente ocupadas.

Muitos juristas interpretam essa diversidade de situações de modalidades de relação com os recursos naturais como fundamental para explicar a pluralidade das posses no Brasil. (ALMEIDA, 1997, p.14)

Alguns autores afirmam que as fugas e aquilombamentos decorreram mais do relaxamento na vigilância em função da decadência das grandes propriedades que propriamente do rigor do cativeiro. Neste sentido, Carneiro (1988, p. 17) declara: “O desejo de fuga era certamente geral, mas o estímulo à fuga, vinha do relaxamento da vigilância dos senhores, causado, este, pela decadência econômica”.

Moura (1988, p. 103), por sua vez, afirma que

O Quilombo foi, incontestavelmente, a unidade básica de resistência do escravizado. Pequeno ou grande, estável ou de vida precária, em qualquer região em que existisse a escravidão lá se encontrava ele como elemento de desgaste do regime servil. [...] Não era simples manifestação tópica. Muitas vezes surpreende pela capacidade de organização, pela resistência que oferece; destruído parcialmente dezenas de vezes e novamente aparecendo, em outros locais, plantando a sua roça, construindo suas casas, reorganizando a sua vida social e estabelecendo novos sistemas de defesa. O quilombo não foi, portanto, apenas um fenômeno esporádico. Constituía-se em fato normal dentro da sociedade escravista. Era uma reação organizada de combate a uma forma de trabalho contra a qual se voltava para o próprio sujeito que a sustentava.

Comparativamente, tivemos no Brasil uma situação bem diferente daquela verificada, por exemplo, nos Estados Unidos, onde houve amplo reconhecimento e distribuição de benefícios diretos aos que se empenharam em serviços guerreiros, dentre outros, possibilitando o acesso à terra a um grande número de ex-escravos. Isso culminou no surgimento dos assim chamados *black farmers*.

A mais recente inovação conceitual sobre o tema ocorreu como desdobramento em resposta a uma necessidade operacional de órgãos oficiais, mais precisamente o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no sentido de atender aos termos da resolução nº 68/237 da Organização das Nações Unidas (ONU), datada de 2013, por meio da qual, proclamou o período de 2015/2024 como a década internacional dos afrodescendentes.

Em 2018, retomando termo de cooperação técnica entre o IBGE e a extinta Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), cujas negociações datam de 2008, aquele órgão, incentivado pelas recomendações emanadas pela ONU, resolveu incluir a categoria "quilombola" no censo demográfico, a partir 2020.

Com o adiamento do censo de 2020, o IBGE realizou um levantamento prévio e publicou o documento intitulado **Base de Informações Geográficas e Estatísticas sobre os indígenas e quilombolas para enfrentamento à Covid-19: notas técnicas**. Neste documento, são apontadas 6.023 localidades quilombolas, distribuídas por 1.674 dos 5.570 municípios brasileiros. O documento apresenta uma nova classificação e define três categorias de localidades quilombolas:

1. *Territórios oficialmente delimitados* - aqueles que já possuem o relatório técnico, portaria, decreto ou que já estejam titulados (IBGE, 2020 p. 9);
2. *Agrupamento quilombola* - formado por cinco ou mais indivíduos quilombolas em uma ou mais moradias contíguas espacialmente, e que preenchem os requisitos étnico-raciais, de autoatribuição, com trajetória histórica própria e dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada a resistência à opressão historicamente sofrida, nos termos do decreto 4887/2003 (Ibidem, p. 9);
3. *Localidades indígenas e quilombolas não definidas em setores censitários* - informações obtidas por outros meios, ou presumidas.

Considerando a diversidade conceitual do objeto *quilombo* desde suas origens até os dias atuais, e considerando o propósito deste trabalho, optamos por adotar como referência o conceito proposto no item 1 acima descrito, a partir do documento apresentado pelo IBGE - territórios oficialmente delimitados -, acrescidos daqueles em situação análoga, mas que ainda se encontram nos estágios iniciais do processo de regularização. Assim, o universo tratado pela pesquisa, de certa forma coincide com as características da maioria das assim denominadas comunidades dos remanescentes de quilombos.

Não deixa, porém, de ser um reducionismo, uma vez que, conforme citado anteriormente, onde houvesse dois ou três escravos fugidos, conforme a circunstância, considerava-se a existência de um quilombo. Não deixa de ser um reducionismo também pelo fato de que considera, para efeitos de reparação da injustiça cometida no passado contra os povos escravizados, apenas aqueles que fugiam e aquilombavam-se, ignorando, por exemplo, todos os que permaneceram nas propriedades dos senhores, tanto no meio rural quanto urbano. Em outras palavras, a escravidão era para todos, mas a determinação de reparação contemplou apenas alguns. Um sem número de famílias residentes nas cidades possuíam seus escravos, fossem eles “negros de ganho” ou para serviços domésticos. Com a Abolição, estes, tal qual seus irmãos do campo, ficaram “livres” e desprovidos de amparo.

Até pouco tempo atrás, quase não se falava em quilombos urbanos. Ainda hoje, constitui exceção. Um dos mais conhecidos é o Quilombo Família Silva, em Porto Alegre, objeto de ordem judicial de despejo, mas que recebendo apoio de diversas instituições de defesa dos direitos adquiridos, acabou por se tornar o primeiro quilombo urbano reconhecido no Brasil. Almeida (2008, p. 86), a partir de informações divulgadas pelos movimentos quilombola, reporta a existência de quilombos urbanos nas cidades de Salvador, São Luís, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Macapá, para falar apenas das capitais, em que pese as informações sobre o tema relativas aos municípios em geral sejam exíguas.

Recentemente, alguns estudos tentam fazer uma aproximação teórica das favelas ou comunidades, enquanto novos quilombos urbanos, aventando inclusive a possibilidade de tais comunidades terem se originado a partir da fixação de negros

escravizados que fugiam e escondiam-se nestas áreas. Os dados e as informações referentes a esta situação, contudo, ainda são muito incipientes, destarte a dificuldade de conjuminar sob a mesma designação, elementos teóricos nem sempre coincidentes.

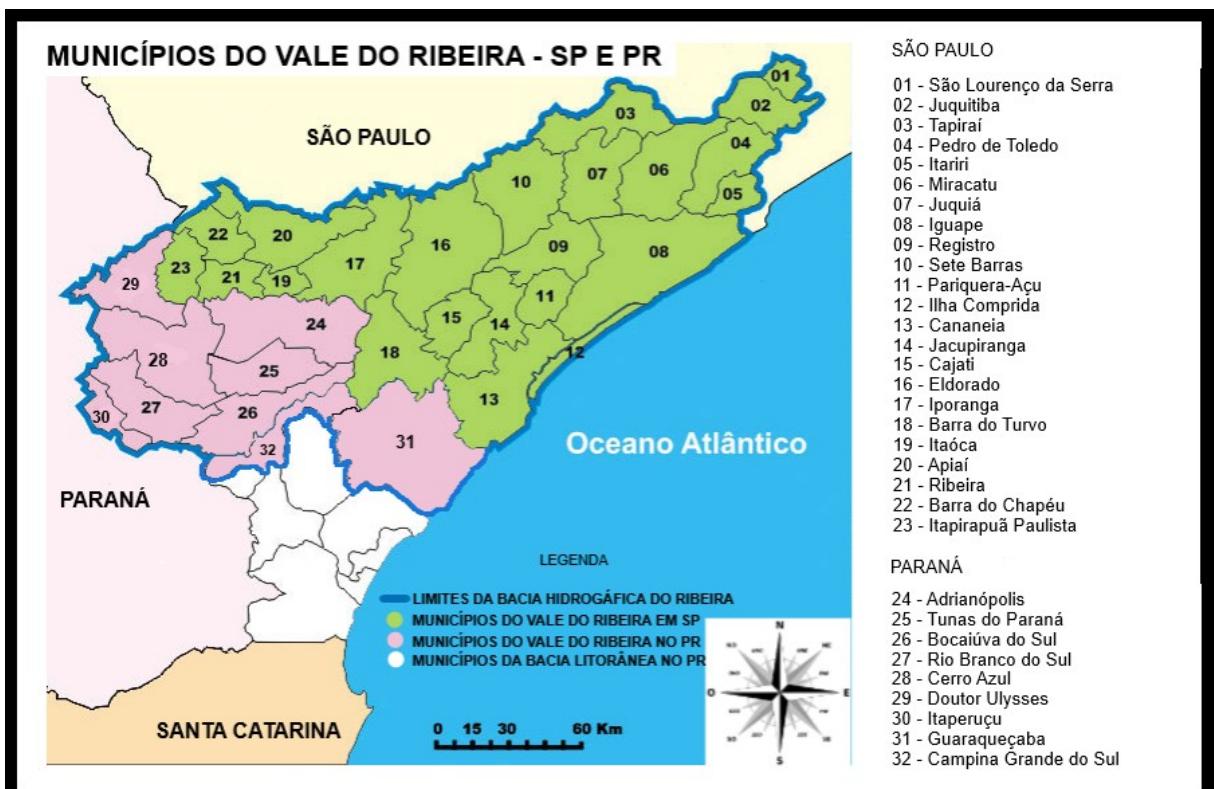
Neste sentido é que quando se fala de reparação para com os ex-escravos e se aponta como grande trunfo a propriedade de tantos hectares a tantas famílias, o que se está fazendo, na verdade, é tomar a parte pelo todo. Isto é, contemplando pequenos grupos, aos quais não se nega o direito a que fazem jus, mas igualmente, alijando a maior parte da população negra descendente de ex-escravizados, que trilharam seus próprios caminhos, mas que, nem por isso, deveriam deixar de ser contemplados. Não queremos com isso dizer que a lei deve, a partir de agora, ser estendida a toda a população negra - o que, convenhamos, seria o correto e ao mesmo tempo impraticável -, mas apenas evidenciar, mais uma vez, que a injustiça se perpetua e que apenas uma pequena parcela dos beneficiários são efetivamente contemplados, e não sem muita luta.

Desta maneira, quilombo - não apenas o conceito, mas a coisa em si - conforme referido no início desta seção, sempre foi um objeto aberto, em disputa política, objeto de uma luta marcada pelas diversas formas de resistências, porque não fugir, mostrar-se indolente no trabalho, e mesmo suicidar-se, não deixam de ser formas de resistência. Estas características, observadas por período de tempo tão prolongado, dão a dimensão de uma outra característica dessa população: a sua resiliência diante de situações tão adversas.

1.2 - O Vale do Ribeira e as comunidades remanescentes de quilombo

Localizado ao sul do estado de São Paulo e a leste do Paraná, o Vale do Ribeira é formado por 32 municípios, sendo 23 no estado de São Paulo e 9 no estado do Paraná. Além desses, cujos territórios estão inteiramente localizados na Bacia Hidrográfica do Rio Ribeira de Iguape, outros 18 municípios paulistas e 21 paranaenses possuem territórios parcialmente inseridos nessa bacia. Complementa o Vale do Ribeira, além da própria bacia já mencionada, o Complexo Estuarino

Lagunar de Iguape, Cananeia e Paranaguá, este no estado do Paraná. O mapa abaixo apresenta os municípios do Vale nos estados de São Paulo e Paraná.



Mapa 01 - Municípios do Vale do Ribeira nos estados de São Paulo e Paraná.

Fonte: <http://servconcontabil.com.br/cidades/cidadesprincipal.html>, modificado pelo autor.

O Vale do Ribeira possui uma área de 2.830.666 hectares que abriga uma população de quase 500.000 habitantes, conforme o Censo Brasileiro realizado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) no ano de 2010¹³. A região destaca-se pelo alto grau de preservação de suas matas e grande diversidade ecológica. Seus mais de dois milhões de hectares de florestas equivalem a aproximadamente 21% dos remanescentes de Mata Atlântica existentes no Brasil, e correspondem à maior área contínua desse importante bioma, incluindo áreas de restinga e manguezais¹⁴.

Além de comportar o maior número de comunidades remanescentes de quilombos do Estado de São Paulo, apresenta também um grande número de

¹³ Para este trabalho, utilizamos os dados estimados de população divulgados pelo IBGE para 2021, levantados por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNAD-C) e outros instrumentos e divulgados em seu site oficial.

¹⁴ <https://www.quilombosdoribeira.org.br/vale-do-ribeira.>

comunidades caiçaras, índios Guarani, pescadores tradicionais e pequenos produtores rurais, compondo uma diversidade cultural impressionante¹⁵.

Do ponto de vista histórico, sua importância remonta ao início do século XVI, quando os primeiros colonizadores europeus começaram a explorar com mão de obra escrava o ouro de aluvião encontrado no leito do rio Ribeira e, posteriormente, utilizaram o rio como porta de entrada para a interiorização da colonização, notadamente nas expedições conhecidas como “bandeiras”. Com o término do ciclo do ouro, muitos ex-escravizados ocuparam algumas terras e tornaram-se pequenos produtores, cultivando principalmente arroz para consumo próprio, mas também para o comércio com outras regiões (ANDRADE e TATTO, 2013, 11-15).

Atualmente o Vale se destaca na produção de diversos gêneros alimentícios, com destaque para a banana. O município de Registro, considerado a capital do Vale, destaca-se regionalmente pelas atividades comerciais e industriais desenvolvidas. No entanto, contrastando com a riqueza natural e biodiversidade, é uma das regiões menos desenvolvidas dos Estados de São Paulo e Paraná, apresentando baixo IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), o que representa baixos níveis de escolaridade, emprego e renda de suas populações, entre outros indicadores, sobretudo nas zonas rurais (ibidem, 11-15)

De acordo com o site *quilombos do Ribeira*¹⁶, em 1999, a Reserva de Mata Atlântica do Sudeste, constituída por 17 municípios do Vale do Ribeira, tornou-se uma das seis áreas brasileiras que passaram a ser consideradas pela Unesco (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e a Cultura) como Patrimônio Natural da Humanidade. Em 24 Unidades de Conservação (UCs) total ou parcialmente inseridas no Vale encontram-se espécies raras tais como o cedro, o palmito, a canela, a araucária e a caxeta, além de uma diversidade de bromélias e orquídeas.

Nas proximidades do município de Eldorado, mais precisamente nos municípios de Iporanga e Apiaí, encontra-se uma das mais importantes rotas turísticas do Estado de São Paulo. Trata-se do Parque Estadual e Turístico do Alto Ribeira (PETAR), onde se localiza um conjunto de cavernas, sendo algumas

¹⁵ Idem.

¹⁶ Ibidem.

formadas naturalmente e outras formadas em decorrência da exploração aurífera, representando importante fonte de renda para a região.

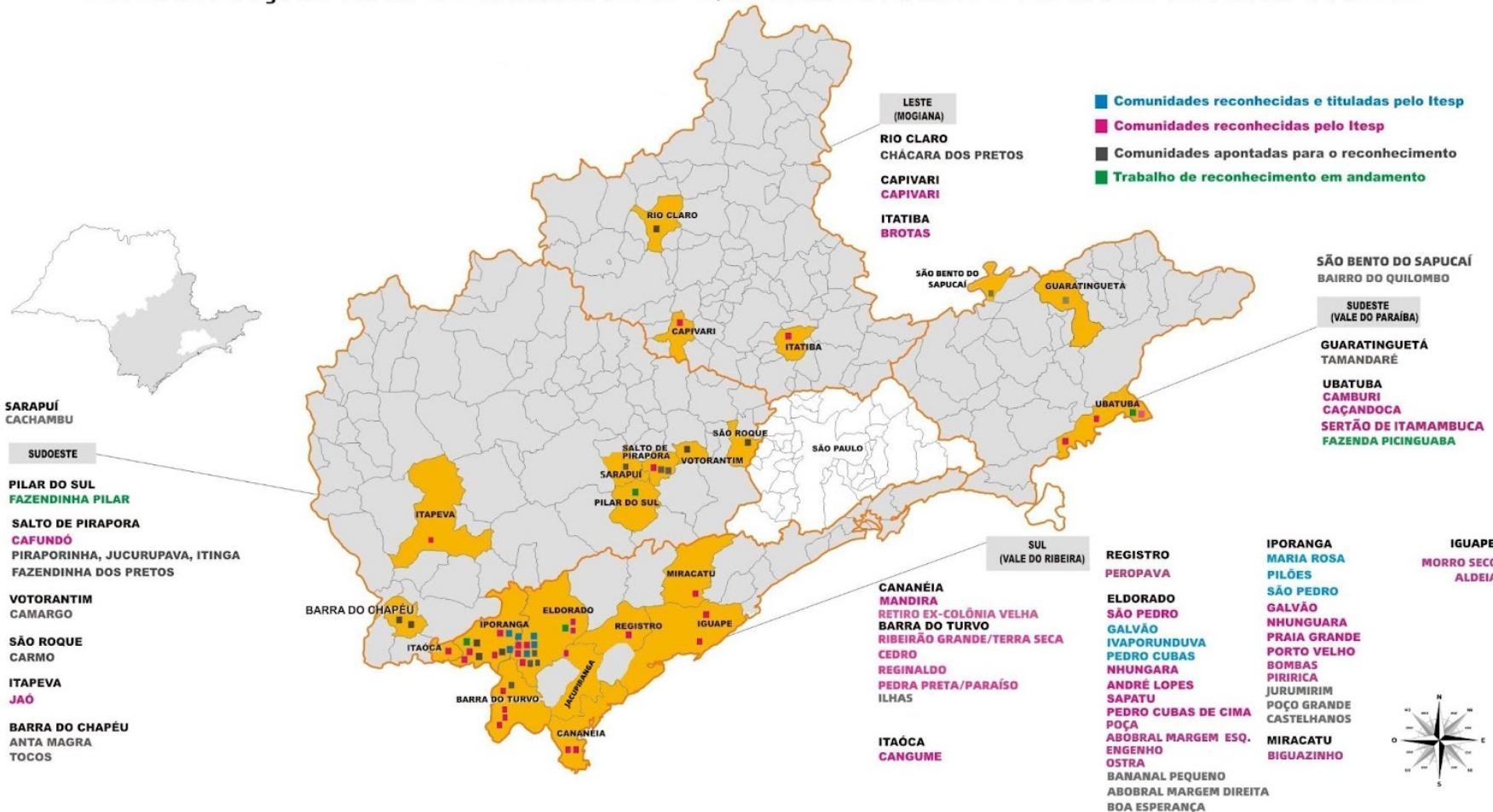
No estado de São Paulo, de acordo com o ITESP (Instituto de Terras do Estado de São Paulo), havia 64 comunidades em 2019, das quais, 36 já estavam reconhecidas, sendo que 6 delas já haviam sido tituladas. Destas, apenas uma foi titulada em sua integralidade, enquanto as outras cinco foram apenas parcialmente tituladas.

Os processos de reconhecimento e titulação são complexos e envolvem várias etapas, diversos requisitos a serem preenchidos pelas comunidades, bem como eventuais processos de desapropriação e regularização fundiária por parte do Estado. Uma vez reconhecida, a comunidade pode dar início ao processo de titulação, conforme prescreve a lei, titulação essa que, em nível nacional, é realizada pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA).

No estado de São Paulo, este procedimento está a cargo da Fundação Instituto de Terras do Estado de São Paulo (ITESP). A maior concentração de comunidades remanescentes dos quilombos está localizada no sul do estado, em especial, na bacia hidrográfica do rio Ribeira de Iguape e litoral sul. O mapa 02 apresenta a distribuição das comunidades quilombolas do estado de São Paulo, informação complementada pelas tabelas que são apresentadas na sequência e que mostram a situação dessas comunidades com dados fornecidos pelo ITESP referentes ao ano de 2019.

A partir do mapa, é possível constatar que apenas 6 comunidades são tituladas, todas elas na porção paulista do Vale do Ribeira, mais precisamente nos municípios de Eldorado e Iporanga; que a maior parte das comunidades identificadas já estão reconhecidas e certificadas; e que existem dezenas de comunidades identificadas, porém, em estágios iniciais de reconhecimento ou certificação no estado de São Paulo.

LOCALIZAÇÃO DAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO ESTADO DE SÃO PAULO



Mapa 02 - Localização das comunidades quilombolas do estado de São Paulo
Fonte: ITESP, São Paulo, 2007, modificado pelo autor a partir de dados do ITESP, 2019.

Das 64 comunidades identificadas no estado de São Paulo, 36 tinham sido reconhecidas até 2019, totalizando 1445 famílias, estimando-se uma população de cerca de 5.000 pessoas nessas comunidades. Além dessas, pelo menos outras 28 comunidades encontravam-se em algum estágio de regularização fundiária. Uma delas, que abriga cerca de 40 famílias já se encontra com os estudos finalizados (ver tabela 03); oito comunidades aparecem com dados populacionais ausentes, incompletos ou indeterminados (dados parciais informados: 104 famílias) e encontram-se com os processos arquivados ou em "aguarde-se", conforme tabela 04; duas comunidades, abrigando 129 famílias, tiveram seus Relatórios Técnicos Científicos (RTC) requeridos pelo Ministério Público Estadual (MPE), conforme tabela 05; 12 comunidades foram apontadas para reconhecimento (ver tabela 06) e outras cinco requereram a abertura do processo (ver tabela 07). Essas duas últimas categorias não apresentaram dados populacionais. Considerando-se todos os dados populacionais disponíveis, 1718 famílias estão distribuídas pelas 64 comunidades, sendo 1199 famílias nas comunidades do Vale do Ribeira (aproximadamente 4150 pessoas)

Uma publicação anterior do Ministério Público Estadual, datado de 2014, aponta a existência de 79 comunidades indicadas para reconhecimento, além das 29 já reconhecidas à época.

Eventualmente, algumas comunidades se desdobram em duas, nas seguintes situações: quando seus territórios estão inseridos em dois ou mais municípios e os procedimentos para regularização ocorrem paralelamente em cada um desses municípios, ou quando, em decorrência do processo histórico, os membros de um grupo, com tradições comuns, passam a formar outros núcleos dentro do mesmo território, seja por razões familiares, matrimônios, exploração de novas terras para agricultura, entre outras.

As seis comunidades tituladas no estado estão todas situadas no Vale do Ribeira, mais precisamente nos municípios de Eldorado e Iporanga. Conforme indicado no mapa 03, a comunidade Ivaporunduva é a única que possui titulação integral. As outras cinco comunidades tituladas o são apenas parcialmente. Nas tabelas que apresentamos a seguir, as comunidades do Vale do Ribeira aparecem destacadas em cor cinza.

Tabela 02 - Comunidades Quilombolas reconhecidas do estado de São Paulo

Nº	NOME DA COMUNIDADE	MUNICÍPIO	Nº de famílias	Área total (hectares)	Ano de Reconhecimento
01	Ivaporunduva	Eldorado	98	2.754,36	1998
02	Maria Rosa	Iporanga	25	3.375,66	1998
03	Pedro Cubas	Eldorado	40	3.806,23	1998
04	Pilões	Iporanga	63	6.222,30	1998
05	São Pedro	Eldorado Iporanga	39	4.688,26	1998
06	Cafundó	Salto de Pirapora	24	209,64	1999
07	Caçandoca	Ubatuba	50	890,00	2000
08	Jaó	Itapeva	53	165,77	2000
09	André Lopes	Eldorado	76	3.200,16	2001
10	Nhunguara	Eldorado	91	8.100,98	2001
11	Sapatu	Eldorado	82	3.711,62	2001
12	Galvão	Eldorado Iporanga	34	2.234,34	2001
13	Mandira	Cananéia	16	2.054,65	2002
14	Praia Grande	Iporanga	34	1.584,83	2002
15	Porto Velho	Iporanga	19	941	2003
16	Pedro Cubas de Cima	Eldorado	22	6.875,22	2003
17	Capivari	Capivari	17	6,93	2004
18	Brotas	Itatiba	32	12,48	2004
19	Cangume	Itaóca	37	724,6	2004
20	Camburi	Ubatuba	39	972,36	2005
21	Morro Seco	Iguape	47	164,69	2006
22	Poça	Eldorado Jacupiranga	41	1.126,14	2008
23	Ribeirão Grande/ Terra seca	Barra do Turvo	77	3.471,04	2008
24	Cedro	Barra do Turvo	23	1.066,11	2009

25	Reginaldo	Barra do Turvo	94	1.279,68	2009
26	Pedra Preta/Paraíso	Barra do Turvo	80	3.280,26	2009
27	Sertão de Itamambuca	Ubatuba	31	509,94	2010
28	Peropava	Registro	25	395,98	2011
29	Bombas	Iporanga	16	2.512,73	2014
30	Aldeia	Iguape	17	7.350,63	2014
31	Abobral Margem Esquerda	Eldorado	38	3.459,23	2014
32	Engenho	Eldorado	15	534,11	2014
33	Ex Colônia Velha	Cananéia	10	2.399,02	2015
34	Biguazinho	Miracatu	09	792,47	2018
35	Piririca	Iporanga	14	1.081,50	2018
36	Ostra	Eldorado	17	238,63	2018
	Total de famílias		1445		

Fonte: ITESP, 2019

Das 36 comunidades reconhecidas apontadas na tabela 02, 29 estão localizadas no Vale do Ribeira, e outras sete estão distribuídas pelo litoral norte (Ubatuba - três comunidades), e interior do estado (Salto de Pirapora, Capivari, Itatiba e Itapeva - uma comunidade cada).

Tabela 03- Comunidades Quilombolas do estado de São Paulo com estudos finalizados

Nº	NOME DA COMUNIDADE	MUNICÍPIO	Nº de famílias	Área total (hectares)	Situação
37	Fazenda Picinguaba	Ubatuba	40	796,23	Em processo de delimitação do perímetro

Fonte: ITESP, 2019

A comunidade Fazenda Picinguaba, em Ubatuba, é a que se encontra atualmente com o processo mais avançado em relação ao reconhecimento.

Tabela 04 - Comunidades Quilombolas do estado de São Paulo com estudos antropológicos arquivados ou em aguarde-se

Nº	NOME DA COMUNIDADE	MUNICÍPIO	Nº de famílias	Área total (hectares)	Situação
38	Boa Esperança	Eldorado	-	-	Arquivado
39	Fazendinha Pilar	Pilar do Sul	30	-	Aguarde-se
40	Os Camargos I e II	Votorantim/ Salto de Pirapora	24/50	-	Aguarde-se
41	Vila Mangalot	Pirituba	-	-	Arquivado
42	Jurumirim	Iporanga	-	-	(?)
43	Guaianazes (Paiolzinho)	São Paulo	-	-	Arquivado
44	Porcinos	Agudos	-	-	(?)

Fonte: ITESP, 2019

Tabela 05 - Comunidades Quilombolas do estado de São Paulo com RTC elaborado pelo MPF

Nº	NOME DA COMUNIDADE	MUNICÍPIO	Nº de famílias	Área total (hectares)	Situação
45	Carmo	São Roque	79	-	-
46	Fazendinha dos Pretos	Salto de Pirapora	50	-	-

Fonte: ITESP, 2019

Tabela 06 - Comunidades apontadas para reconhecimento

Nº	NOME DA COMUNIDADE	MUNICÍPIO
47	Castelhanos	Iporanga
48	Bananal Pequeno	Eldorado
49	Chácara dos Pretos	Rio Claro
50	Tamandaré	Guaratinguetá
51	Poço Grande	Iporanga
52	Anta Magra	Barra do Chapéu
53	Tocos	Barra do Chapéu
54	Piraporinha, Jucurupava e Itinga	Salto de Pirapora
55	Cachambu	Sarapuí
56	Bairro do Quilombo	São Bento do Sapucaí

Fonte: ITESP, 2019

Tabela 07 - Comunidades que solicitaram o reconhecimento

Nº	NOME DA COMUNIDADE	MUNICÍPIO	Situação
57	Abobral Margem Direita	Eldorado	Estudos antropológicos em elaboração
58	Ilhas	Barra do Turvo	
59	Porto Cubatão	Cananéia	
60	Rio das Minas	Cananéia	
61	Fazenda Silvério	Itararé	

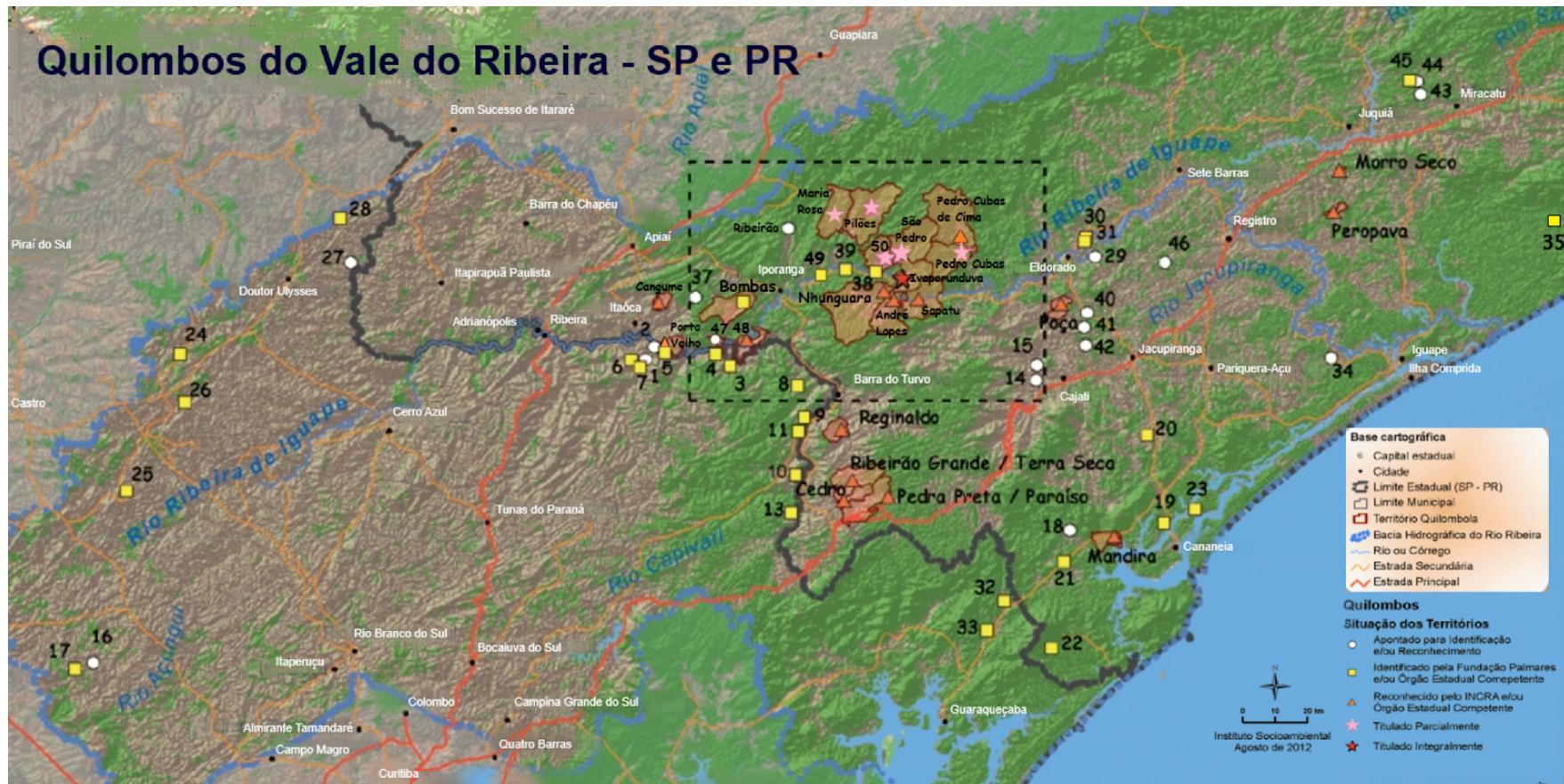
Fonte: ITESP, 2019

As comunidades listadas a partir da tabela 04 até a tabela 07 encontram-se, nesta ordem, em situação progressivamente mais incipiente no processo de regularização, sendo que os processos das comunidades da tabela 07 sequer tiveram andamento, senão a solicitação inicial das próprias comunidades. Mesmo as comunidades das tabelas 04 e 05 aguardam tramitação e, por enquanto, as informações referentes às mesmas são poucas e bastante incompletas.

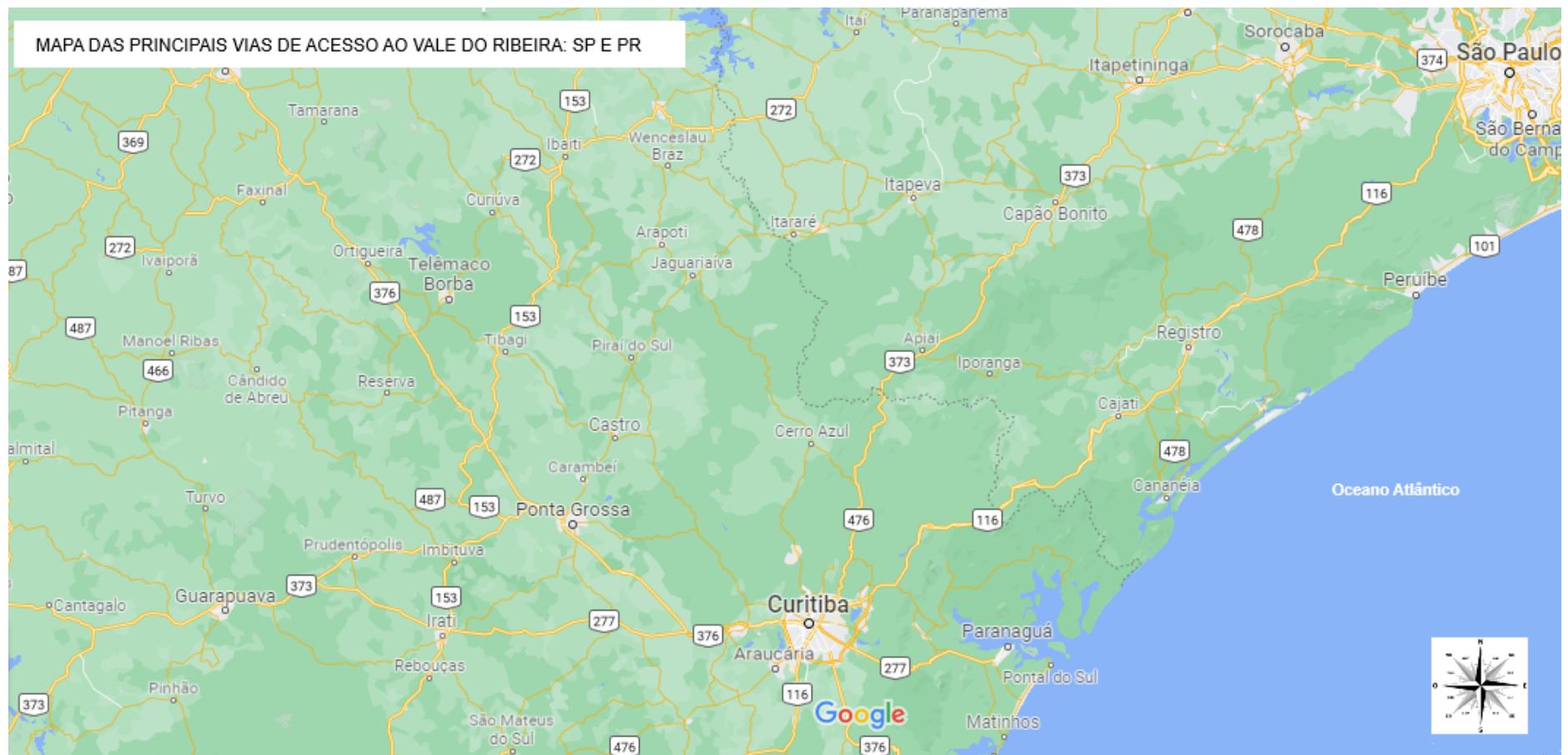
Nas páginas seguintes, os mapas 03 e 04 dão uma visão geral do Vale do Ribeira nos estados de São Paulo e Paraná. No mapa 03 é possível identificar a localização da maioria das comunidades tanto do Vale do Ribeira quanto algumas mais a oeste, no estado do Paraná, nas imediações dos municípios de Castro e Pilar do Sul. As comunidades estão classificadas segundo sua situação fundiária, conforme legenda. O mapa pode estar desatualizado, pois a versão original é de 2012, bem como conter algum eventual erro de plotagem decorrente do processo de atualização que fizemos. Convém ainda chamar a atenção para as datas das publicações, que nem sempre refletem a data da obtenção dos dados.

Outras situações podem surgir devido a conflitos de informações entre fontes diferentes. A título de exemplo, Andrade e Tatto (2013, p. 14)¹⁷ citam a comunidade Maria Rosa como titulada integralmente, e Ivaporunduva como registrada integralmente. A informação correta seria: Maria Rosa, parcialmente titulada e Ivaporunduva, integralmente titulada, e com título já registrado em cartório.

¹⁷ Inventário cultural de quilombos do Vale do Ribeira



Mapa 03 - Visão geral do Vale do Ribeira: destaque para o curso do Rio Ribeira de Iguape e principais vias de acesso. Fonte: ISA, 2012, modificado pelo autor. Legenda das comunidades: Adrianópolis-PR (1 - Tatupeva; 2 - Bairro dos Roque; 3 - João Surá; 4 - Praia do Peixe, 5 - Porto Velho; 6 - Sete Barras; 7 - Córrego das Moças; 8 - São João; 9 - Córrego do Franco; 10 - Estreitinho; 11 - Três Canais). Barra do Turvo-SP (12 - Pedra Preta/Paraíso). Bocaiúva do Sul-PR (13 - Areia Branca). Cajati-SP (14 - Manoel Gomes; 15 - Capitão Brás). Campo Largo-PR (16 - Sete Saltos; 17 - Palmital dos Pretos). Cananéia-SP (18 - Rio das Minas; 19 - Porto Cubatão; 20 - Retiro; 21 - Taquari/Santa Maria; 22 - Varadouro; 23 - São Paulo Bagre). Castro-PR (24 - Serra do Apon; 25 - Limitão; 26 - Mamans). Dr. Ulysses-PR (27 - Queimadinhos; 28 - Varzeão). Eldorado-SP (29 - Bananal Pequeno; 30 - Abobral Margem Esquerda; 31 - Engenho). Guaraqueçaba-PR (32 - Batuva; 33 - Rio Verde). Iguape-SP (34 - Momuna; 35 - Aldeia). Iporanga (36 - Ribeirão; 37 - Desidério; 38 - Castelhanos; 39 - Piririca). Jacupiranga (40 - Padre André I; 41 - Padre André II; 42 - Lençol). Miracatu-SP (43 - Biguá Preto; 44 - Fao; 45 - Biguazinho). Registro (46 - Caiacanga). Iporanga (47 - Rio Cláudia; 48 - Praia Grande; 49 - Jurumirim). Eldorado/Iporanga (50 - Galvão). Outras 21 comunidades estão listadas no mapa



Mapa 04 - Principais vias de acesso ao Vale do Ribeira: SP e PR.

Fonte: Google Maps.

O mapa 04 é um print do Google Maps mostrando as principais vias de acesso, rodovias principais e secundárias do eixo São Paulo-Curitiba e a interligação entre os municípios da área em estudo.

No estado do Paraná os dados sobre as comunidades quilombolas, bastante defasados, foram disponibilizados pelo Arquivo Público do Estado do Paraná, por meio do Relatório Final do Grupo de Trabalho Clóvis Moura, cujo levantamento sobre as comunidades quilombolas no estado foi realizado entre 2005 e 2010. Neste relatório, as comunidades são agrupadas em três categorias conforme pode ser visto nas tabelas 08, 09 e 10: Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQ), Comunidades Negras Tradicionais (CNT) e outras em situações diversas, não enquadradas nas categorias anteriores. Os municípios que compõem o Vale do Ribeira aparecem destacados em cor cinza.

Tabela 08 - Comunidades Quilombolas do estado do PR com certificação (CRQ)

Nº	NOME DA COMUNIDADE	MUNICÍPIO	Nº de famílias	Nº de habitantes	Certificada
01	João Surá	Adrianópolis	41	149	sim
02	Praia do Peixe	Adrianópolis	6	23	sim
03	Porto velho	Adrianópolis	15	66	sim
04	Sete Barras	Adrianópolis	18	73	sim
05	Córrego das Moças	Adrianópolis	20	63	sim
06	São João	Adrianópolis	17	62	sim
07	Córrego do Franco	Adrianópolis	76	220	sim
08	Estreitinho	Adrianópolis	8	24	sim
09	Três Canais	Adrianópolis	8	22	sim
10	Areia Branca	Bocaiúva do Sul	13	36	sim
11	Palmital dos Pretos	Campo Largo	34	136	sim
12	Cavernoso	Candói	6	23	sim
13	Despraiado	Candói	39	151	sim
14	Vila São Tomé	Candói	20	57	sim
15	Serra do Apon	Castro	50	145	sim
16	Limitão	Castro	30	106	sim
17	Mamans	Castro/Cerro Azul	8/11	27/38	sim
18	Tronco	Castro	15	62	sim

19	Água Morna	Curiúva	19	61	sim
20	Guajuvira	Curiúva	38	132	sim
21	Varzeão	Doutor Ulysses	30	113	sim
22	Manoel Ciríaco dos Santos	Guaíra	13	70	sim
23	Invernada Paiol de Telha	Guarapuava/ Pinhão/Reserva do Iguaçu	51	255	sim
24	Batuva	Guaraqueçaba	24	94	sim
25	Rio Verde	Guaraqueçaba	22	80	sim
26	Rio do Meio	Ivaí	33	103	sim
27	São Roque	Ivaí	51	203	sim
28	Feixo	Lapa	85	343	sim
29	Restinga	Lapa	24	93	sim
30	Vila Esperança	Lapa	7	34	sim
31	Adelaide M. T. Batista	Palmas	89	391	sim
32	Castorina M. Conceição	Palmas	20	74	sim
33	Santa Cruz	Ponta Grossa	11	39	sim
34	Sutil	Ponta Grossa	41	144	sim
35	Apepeu	São Miguel do Iguaçu	6	44	sim
36	Campina dos Morenos	Turvo	10	66	sim
	Total de Famílias/habitantes	-	1009	3822	-

Nas 36 comunidades certificadas do Estado do Paraná vivem 3.822 pessoas (mais de mil famílias). 14 dessas comunidades estão situadas no Vale do Ribeira, sendo 9 em Adrianópolis, 2 em Guaraqueçaba, 1 em Bocaiúva do Sul, 1 em Cerro Azul e 1 em Doutor Ulysses. Dentre as comunidades certificadas que se situam fora dos limites da bacia do Ribeira, destacam-se os municípios de Castro, com 4 comunidades; Candói e Lapa, 3 comunidades cada; Curiúva, Ivaí, Palmas e Ponta Grossa, com 2 comunidades cada; além de outros 6 municípios, com uma comunidade cada.

Tabela 09 - Comunidades Quilombolas do estado do PR não certificadas (CNT)

Nº	NOME DA COMUNIDADE	MUNICÍPIO	Nº de famílias	Nº de habitantes	Certificada
01	Tatupeva	Adrianópolis	6	26	não
02	Bairro dos Roque	Adrianópolis	8	42	não
03	Pavãozinho	Agudos do Sul	5	24	não
04	Sete Saltos	Campo Largo	11	58	não
05	Lagoa das Almas	Contenda	10	43	não
06	Serrinha	Contenda	8	46	não
07	Poço da Cruz	Contenda	10	40	não
08	Linha Marioti	Cruzeiro do Iguaçu	14	57	não
09	Queimadinhos	Doutor Ulysses	5	33	não
10	Bom Jesus	Ivaí	5	18	não
11	Água Clara	Jaguaraiáva	3	12	não
12	Paiol	Lapa	24	71	não
13	Venda dos Pretos	Londrina	6	20	não
14	Fartura	Morretes	17	69	não
15	Tobias Ferreira (Lagoão)	Palmas	19	98	não
16	Cerrado	Palmeira	12	40	não
17	Barreiro	Tijucas do Sul	8	20	não
18	Porto Velho	Porto Amazonas	121	35	não
	Total de famílias/habitantes	-	292	752	-

Comunidades Negras Tradicionais (CNT) é a designação dada àquelas comunidades que, via de regra, se enquadram nas especificações exigidas pelo artigo 68 do ADCT da CF 88, mas que ainda não foram certificadas pelo órgão competente. Nesta situação estão apenas 3 comunidades do Vale do Ribeira: 2 em Adrianópolis e 1 em Doutor Ulysses. Fora dos limites do Vale, a ocorrência é de uma comunidade por município, com exceção de Contenda, onde se localizam 3 comunidades. Dos 752 habitantes dessas comunidades, 101 residem no Vale.

Tabela 10 - Comunidades Quilombolas do estado do PR: situações diversas

Nº	NOME DA COMUNIDADE	MUNICÍPIO	Nº de famílias	Nº de habitantes	Situação	Certificada
01	Pavão	Agudos do Sul			ñ classificada	não
02	Barroca	Antonina			?	não
03	Caixa São Pedro	Apucarana	8		visitada	não
04	Família dos Brandino	Apucarana	5		visitada	não
05	Vila Operária	Castro			a visitar	não
06	Vila Santa Cruz	Castro			a visitar	não
07	Vila dos Paca/ Jardim Arapongas	Castro			a visitar	não
08	Paraguaizinho	Castro			ñ classificada	não
09	Guararema	Castro			ñ classificada	não
10	Jacusal	Campo Magro	2	6	ñ classificada	não
11	Santaria	Campo Magro	3	8	ñ classificada	não
12	Capivara dos Ferreiras	Campo Magro	3	14	ñ classificada	não
13	Bairro do Poço	Doutor Ulysses			ñ classificada	não
14	Comunidade desconhecida	Foz do Areia			visitada, não encontrada	não
15	Salamanca	Guaíra			ñ classificada	não
16	Sítio Colônia Santo Antônio	Guaraniaçu			ñ classificada	não
17	Buguaçu	Guaratuba	2	5	ñ classificada	não
18	São José do Itavo	Itaipulândia			ñ classificada	não
19	Morro Azul	Jaguaraiáva			ñ classificada	não
20	Bairro São Lucas	Lapa			a visitar	não
21	Bairro São José	Lapa			a visitar	não
22	Serra dos Morenos	Ortigueira	8	?	ñ classificada	não
23	Pulgas	Palmeira			ñ classificada	não
24	Quero-quero	Palmeira			ñ classificada	não
25	Bairro da Pinta	Rio Branco do Sul	2	14	ñ classificada	não

26	Esquina Rosa	Santa Helena			ñ classificada	não
27	Comunidade dos Minérios	Santa Helena			ñ classificada	não
28	Ouro Verde	Sengés			ñ classificada	não
29	Família Brito	Terra Roxa			ñ classificada	não
30	Conceição	Tibagi			ñ classificada	não
31	Bairro Tigre	Tunas do Paraná	1	5	ñ classificada	não
32	Colônia Marques de Abrantes	Tunas do Paraná	10	63	ñ classificada	não
33	Fazenda Ponta Grossa	Tunas do Paraná			ñ classificada	não

Foram identificadas 86 comunidades negras tradicionais (CNT) no estado do Paraná. Destas, 36 já foram reconhecidas e certificadas, diferenciando-se daquelas pelo título que recebem junto com o certificado: comunidades dos remanescentes de quilombos (CRQ).

Os dados populacionais disponíveis são de 2010 e indicam a presença de 1009 famílias nas comunidades reconhecidas como remanescentes de quilombos, totalizando 3822 habitantes; 292 famílias nas comunidades negras tradicionais identificadas totalizando 752 habitantes. No entanto, em 33 comunidades não foi feito levantamento demográfico, seja porque as análises ainda estão em fase inicial, seja porque não foi possível contactar as comunidades, ou por razões outras.

Desta forma, o total de famílias quilombolas identificadas no estado foi de 1301 e o número de habitantes, 4574. Considerando-se que estes dados são de pelo menos 11 anos atrás, e que existem lacunas nas informações de várias comunidades, pode-se supor a existência de uma população que pode chegar aos 8 ou mesmo 10 mil habitantes.

Na página seguinte é apresentado um mapa com a localização de algumas comunidades quilombolas, bem como, a distribuição percentual de pretos e pardos na população total por município, no estado do Paraná.



Mapa 05: Localização das comunidades quilombolas no estado do Paraná

Fonte: ITCG - Instituto de Terras, Cartografias e Geociências do Paraná, s/d. Disponível em:

<http://www.guiageo-parana.com/mapas/quilombolas.htm>

1.3 - Legislação: aspectos jurídicos, direitos e garantias

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 68 do ADCT (Ato das Disposições Constitucionais Transitórias), reconhece para fins de direito:

- Art. 68 - *Aos remanescentes das Comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o estado emitir-lhes os respectivos títulos (CF 88).*

Este artigo deu margem a interpretações diversas, tendo como ponto fulcral das discussões a questão do “marco temporal”, segundo o qual, as terras ocupadas por remanescentes dos quilombos só poderiam ser tituladas quando houvesse a comprovação de que as comunidades estavam na posse da área no dia 5 de outubro de 1988, data da promulgação da constituição. Várias organizações representativas das comunidades dos remanescentes de quilombos entraram com uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) junto ao Supremo Tribunal Federal que, em fevereiro de 2018, reconheceu a não aplicabilidade da tese do marco temporal, bem como declarou a constitucionalidade do decreto nº 4887/2003, que regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Além deste, o artigo 215 garante proteção às manifestações culturais afro-brasileiras e o artigo 216 trata do reconhecimento do patrimônio cultural brasileiro no qual se inclui o tombamento de documentos e sítios detentores de reminiscências históricas de antigos quilombos.

A Instrução Normativa nº 16 do INCRA, de 24 de março de 2004, em seu artigo 3º, ao tratar das comunidades dos remanescentes de quilombos informa que estas

[...] caracterizam-se por serem constituídas por grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados

de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida.

O mesmo documento, em seu artigo 4º, define as terras por elas ocupadas como sendo

[...] toda a terra utilizada para a sua reprodução física, social, econômica e cultural, bem como as áreas detentoras de recursos ambientais, necessários à preservação dos seus costumes, tradições, cultura e lazer, englobando os espaços de moradia e, inclusive, os espaços destinados aos cultos religiosos e os sítios que contenham reminiscências históricas dos antigos quilombos.

O título II da CF 88 refere-se aos direitos e garantias fundamentais, apresentando-se subdividido em cinco capítulos, a saber:

- Direitos individuais e coletivos (direito à vida, à igualdade, à dignidade, à segurança, à liberdade, à honra, e à propriedade);
- Direitos sociais (direito à educação, à saúde, ao trabalho, à previdência social, ao lazer, à segurança, à proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados);
- Direito de nacionalidade (direito de pertencimento a um Estado e à sua proteção);
- Direitos políticos (prerrogativas para o exercício da cidadania);
- Direitos relacionados à existência, organização e participação em partidos políticos.

Os direitos do homem advêm da própria natureza humana, daí seu caráter inviolável, intemporal, e universal (dimensão jusnaturalista/universalista) (SILVA, 2006, s/n)¹⁸. A mesma autora cita as principais características dos direitos fundamentais: (historicidade, imprescritibilidade, irrenunciabilidade, inviolabilidade, universalidade, concorrência, interdependência e complementaridade), baseados nos Princípios da Liberdade, Igualdade, Fraternidade e da Responsabilidade.

Por garantias fundamentais, entende-se

Os enunciados de conteúdo assecuratório, cujo propósito consiste em fornecer mecanismos ou instrumentos para a proteção, reparação ou

¹⁸ <https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/2627/Direitos-Fundamentais>. Acesso em 20 de janeiro de 2021

reingresso em eventual direito fundamental violado. São remédios jurídicos, tais como direito de resposta (art. 5º inciso V), a indenização prevista, o *Habeas corpus* e o *Habeas Data*¹⁹.

De acordo com as lideranças quilombolas entrevistadas, não ocorreu implementação de programas específicos de contenção da pandemia, por parte do poder público nas comunidades. Além disso, a proposição de uma ADPF por parte de diversos organizações da sociedade civil (representantes das comunidades, partidos políticos e universidades), precedidos pelo sancionamento da lei número 14.021/2020 (PL 1142, que estabelecia medidas de emergência para os povos quilombolas, comunidades tradicionais e povos indígenas) com 16 vetos do Presidente da República que praticamente a descaracterizaram, tornando-a inócuas, evidenciam a omissão do Governo Federal na implementação de medidas efetivas para contenção dos efeitos da pandemia nas comunidades quilombolas.

É neste contexto que o STF é acionado pela CONAQ, em conjunto com diversos partidos políticos, por meio da ADPF 742, também conhecida como ADPF quilombola no sentido de determinar à União, a elaboração de um plano nacional de combate aos efeitos da pandemia da covid-19 nas comunidades quilombolas, no prazo máximo de 30 dias, entre outras medidas consideradas urgentes.

Em fevereiro de 2021, o STF julgou procedente a ação e determinou as seguintes providências:

- Elaboração, no prazo de 30 dias, de um plano nacional de enfrentamento da epidemia da COVID-19 voltado à população quilombola, com providências e protocolos sanitários para assegurar a eficácia da vacinação na fase prioritária;
- A criação, por parte do governo federal, no prazo de 72 horas, de um grupo de trabalho interdisciplinar e paritário, com a finalidade de aprovar e monitorar a execução do plano de imunização da população quilombola;
- Providenciar, no prazo de 72 horas, inclusão do quesito raça/cor/etnia no registro dos casos de covid-19;

¹⁹ Ibidem

- Suspensão dos processos judiciais, pedido de reintegração de posse, e outros atos referentes à regularização fundiária, em desfavor das comunidades quilombolas, até o fim da pandemia.

1.4 - Situação atual: o caso de três comunidades do Vale do Ribeira

Nesta parte serão descritas três comunidades dos remanescentes de quilombos do Vale do Ribeira, no estado de São Paulo, mais precisamente no município de Eldorado, cidade considerada como a capital do Vale.

1.4.1 - Comunidade Ivaporunduva

A comunidade Ivaporunduva é composta por 110 famílias, totalizando cerca de 350 moradores. O acesso é feito pela rodovia Benedito Pascoal de França (SP-165). Trata-se da mais antiga comunidade do Vale do Ribeira e uma das primeiras comunidades tituladas da região. Por meio da agricultura tradicional de roça são cultivados produtos como arroz, feijão, mandioca, milho, verduras e legumes. Além disso, cultivam banana orgânica para fins comerciais. Ao lado da agricultura, dois outros fatores são importantes para a geração de renda para a comunidade: o turismo de base comunitária e o artesanato.

A grande maioria dos moradores trabalha na própria comunidade. Apenas 10 pessoas trabalham em outros locais, segundo informações fornecidas pelo Sr. Carlos, uma das lideranças da comunidade. A respeito da presença de posseiros, declarou que há apenas duas famílias nesta condição, sendo que a relação entre eles e a comunidade é de harmonia.

Algumas das famílias são beneficiárias de programas sociais, como Bolsa-Família, enquanto os idosos que já cumpriram requisitos (tempo de contribuição ou idade) têm direito à aposentadoria pelo INSS.

Da comunidade até o centro da cidade de Eldorado são cerca de 50 km. Nos feriados e finais de semana não há transporte coletivo. Poucas pessoas da comunidade possuem internet em virtude do preço elevado e da baixa qualidade do sinal.

Com relação aos serviços de Saúde, a comunidade tem um local que funciona como posto de saúde, onde um clínico geral realiza os atendimentos médicos agendados uma vez a cada quinze dias. Uma agente comunitária de saúde, da própria comunidade trabalha no local, desempenhando apenas atividades administrativas como marcação de consultas e exames.

Em casos de emergência, o procedimento adotado é solicitar uma ambulância na Santa Casa de Misericórdia de Eldorado, o que significa um grande lapso de tempo, isto é, 50 quilômetros até a chegada na comunidade e mais 50 da comunidade ao hospital. Para outros casos, como doenças crônicas ou condições que necessitem de tratamento especializado, é necessário recorrer a cidades como Paríquera-Açu, Registro ou São Paulo.

Questionado sobre a implementação de alguma medida preventiva específica para as comunidades quilombolas por parte do poder público, o sr. carlos respondeu que não houve. Apenas algumas entidades da sociedade civil fizeram doação de alguns kits de higiene, enquanto uma instituição da esfera estadual doou algumas cestas básicas, numa única vez. A primeira providência concreta por parte do governo foi a inclusão dos quilombolas entre os grupos prioritários para receber a vacinação, depois de transcorrido muito tempo desde o início da pandemia e, ainda assim, graças às diversas reivindicações feitas pelos quilombolas e organizações da sociedade civil, bem como pela determinação compulsória emanada do Ministério Público.

No início da pandemia foi organizada uma barreira de contenção pela própria comunidade, no entanto, só foi possível mantê-la por um período de um mês e meio aproximadamente. Desde então a preocupação vem sendo em relação à segurança individual, no sentido de evitar aglomerações e adotando-se os meios profiláticos recomendados pelas autoridades.

No que diz respeito à Covid-19, não houve incidência da doença até novembro de 2020, momento em que ocorreu um verdadeiro surto, com cerca de 17 casos, chegando ao total de 25 até o final do ano, não tendo sido observados novos casos desde então. Todos os casos verificados na comunidade foram leves ou moderados, sem necessidade de internação hospitalar.

1.4.2 - Comunidade Sapatu

A descrição das demais comunidades é muito semelhante à primeira, de forma que será dado maior ênfase apenas às diferenças que se verificam entre elas, bem como às especificidades de cada uma.

A comunidade Sapatu é formada por três núcleos populacionais ou bairros: Cordas, Sapatu e Indaiatuba, ligadas tanto pelas redes de parentesco e organização internas quanto pelas relações de uso e ocupação das terras. A comunidade é formada por 116 famílias, totalizando cerca de 284 moradores distribuídos nos três núcleos por cerca de oito quilômetros ao longo do curso do Rio Ribeira de Iguape, bem como pela rodovia que o acompanha, dividindo o território da comunidade em duas metades. No Núcleo cordas, deve-se destacar a presença de uma casa de farinha, onde se beneficia a mandioca. Ele apresenta ainda alguns atrativos turísticos, como a trilha do Vale das Ostras e a Cachoeira do Meu Deus. No núcleo Sapatu encontra-se a Casa de Artesanato, local de beneficiamento de fibras, fios, palha, madeira, entre outras, e a Cachoeira do Sapatu. O Núcleo Indaiatuba fica logo na entrada da comunidade e é o local onde os visitantes são recepcionados.

A exceção de cerca de 20 pessoas que trabalham vinculados à prefeitura ou ao estado, alguns como servidores, outros como autônomos - sobretudo nas trilhas e cachoeiras administradas pelo Estado, todos trabalham na comunidade. Não há posseiros na área, que se estende por cerca de 3.700 hectares.

Algumas famílias são beneficiárias de programas sociais como o Bolsa-Família, enquanto outros que já cumpriram os requisitos (tempo de contribuição ou idade) têm direito à aposentadoria pelo INSS.

A comunidade fica a cerca de 33 quilômetros da cidade de Eldorado. São atendidos por uma linha de ônibus que passa duas vezes ao dia. Os serviços de comunicação são precários e muito caros, conforme declarou o sr. Josias, uma das lideranças da comunidade.

Os serviços de saúde na comunidade consistem em tarefas administrativas, a cargo de um agente comunitário de saúde, residente na comunidade. O posto recebe a visita de um clínico geral e uma enfermeira de 8 em 8 dias, prazo que nem sempre é cumprido, momento em que são realizadas consultas previamente

agendadas. Todos os demais casos são atendidos nas cidades próximas (entenda-se esse próximo como dezenas de quilômetros).

A comunidade possui escola de educação infantil e fundamental até o 5º ano. A partir do sexto ano, os estudantes passam a frequentar o ensino fundamental na comunidade André Lopes. Possui ainda uma quadra para prática de esportes construída com recursos próprios. Há três igrejas na comunidade, sendo duas católicas e uma evangélica.

O beneficiamento da banana oferece a possibilidade de diversos subprodutos (banana chips, doce de banana, banana passa ou geleia). Assim como nas demais comunidades, o artesanato e o turismo são outras importantes fontes de renda para os membros da comunidade.

Quanto à COVID-19, foram registrados apenas oito casos, sendo que não houve registro de novos casos desde então. Também não foi registrado nenhum óbito. Tampouco foram implementadas medidas específicas por parte do poder público para a contenção do vírus na comunidade. Além disso, com a decretação do plano São Paulo pelo governo do Estado²⁰, os pontos turísticos foram fechados, impactando diretamente a economia local.

1.4.3 - Comunidade Nhunguara

A comunidade Nhunguara é formada por 220 famílias, totalizando cerca de 500 moradores. A associação foi fundada em 1997, mas o território da comunidade vem sendo ocupado pelos descendentes de escravizados desde o século XVI. O acesso à comunidade é difícil, pois a rodovia fica distante alguns quilômetros. Parte do percurso é feito por estrada de terra, o que dificulta a vida dos moradores. Muitos deles são obrigados a trabalhar em outros locais. A comunidade é reconhecida mas ainda não é titulada.

Na comunidade, a agricultura tradicional do tipo roça é a principal atividade, com produção de alimentos para consumo próprio (feijão, batata, milho, etc.). O viveiro de mudas e o beneficiamento de banana são as atividades voltadas para comercialização externa, informa a Sra. Daniele, liderança da comunidade.

²⁰ <https://www.saopaulo.sp.gov.br/planosp/>

Existem cinco famílias de posseiros no território. Analisando quantitativamente, parece de pouca monta. Entretanto, em alguns casos, tratam-se de grandes fazendas. A relação com esses posseiros é de harmonia, mas "*eles lá e nós cá*", como declarou a liderança.

A exemplo das comunidades descritas anteriormente, no local tem um posto de saúde, com agente comunitário de saúde da comunidade, realizando apenas tarefas administrativas. Um clínico geral visita a comunidade a cada 15 dias. Outros tipos de atendimento devem ser buscados em outras cidades da região.

A comunidade possui escolas de educação infantil e primeiro ciclo do ensino fundamental (quinto ano). Possui também uma igreja católica e duas evangélicas.

A Sra. Daniele informou não ter sido implementada nenhuma medida específica no sentido de contenção do coronavírus por parte do poder público. Houve, contudo, doação de cestas básicas e kits de higiene por parte do Instituto Socioambiental (ISA) e da Fundação Instituto de Terras do Estado de São Paulo (ITESP).

A responsável pela comunidade optou por não informar os dados referentes à covid-19.

De Acordo com Nilce Pereira dos Santos, liderança da comunidade Ribeirão Grande/Terra Seca do município de Barra do Turvo, em entrevista a um site local em 12 de agosto de 2020

O enfrentamento à pandemia tem sido desafiador. As comunidades já passaram e vem passando por processo de invisibilidade por parte dos órgãos do poder público e nesse momento de isolamento social não é diferente. Nós não temos tido acompanhamento médico nas comunidades quilombolas como deveria ser. Em quase todas as comunidades temos suspeitas de casos, mas não existe comprovação porque não há teste (Nilce Pontes Pereira dos Santos).²¹

²¹

Disponível em:
<https://deolhonosruralistas.com.br/2020/08/12/quilombolas-do-vale-do-ribeira-lutam-com-as-proprias-armas-diante-do-avanco-da-covid-19/>

2 - RACISMO, QUESTÃO SOCIAL E ACESSO À SAÚDE NO BRASIL

2.1 - Concepções de racismo: individual, institucional e estrutural.

Um dos maiores desafios enfrentados pelos pesquisadores e estudiosos no estudo do racismo nos sistemas de saúde refere-se à falta de indicadores adequados à sua mensuração, fato que torna praticamente impossível a obtenção de dados operacionais sobre o tema, pelo menos de forma direta. Mas, não resta dúvida que ele esteja presente. A questão é: como medi-lo? As informações sobre o assunto, em geral, são obtidas de forma indireta, os dados nem sempre são confiáveis ou não vão além do senso comum.

De modo geral, o senso comum reduz o racismo a dois aspectos do comportamento humano: o preconceito e a discriminação racial. No entanto, para compreender verdadeiramente o problema, é necessário ir além das aparências, mergulhando mais a fundo em seu processo histórico e em seus aspectos constitutivos.

Inicialmente, é importante ter clara a noção de raça. De acordo com Barbosa (1998, p.2):

O termo raça é parte das formulações dos pensadores do início do século XIX, responsáveis pela "elaboração científica" do pensar o não-ocidental; da concepção da humanidade através de generalidades, e/ou termos coletivos abrangentes, desconsiderando-se as individualidades, a diversidade sócio-cultural que caracterizam a humanidade.

Neste sentido, os formuladores das teorias científicas de cunho racial consideram o não branco, o outro, de forma genérica, culturalmente homogêneos, inferiores, atrasados. (Ibidem, p. 2).

O substrato das diferentes formas de manifestações do racismo é a idéia da superioridade inata do branco sobre indivíduos de outras matizes, da justificativa biológica, a-científica, da dominação, subordinação, do darwinismo social, de como o Outro foi e é visto pelo branco europeu, que forja identidades para legitimar autoridade. [...] A ideia de que os seres humanos, tal qual as espécies animais, poderiam ser classificados e descritos, é fruto da elaboração dos naturalistas, ocorrida entre os séculos XVII-XIX. Justificou a dominação durante o expansionismo imperialista e estrutura as relações sociais na era da globalização. (BARBOSA, 1998, p.9)

Para Almeida (2019), o iluminismo foi o pano de fundo para o surgimento desta nova concepção de homem, enquanto sujeito e, ao mesmo tempo, objeto do conhecimento filosófico, bem como suas dimensões biológica, psicológica, econômica e linguística:

Do ponto de vista intelectual, o iluminismo constituiu as ferramentas que tornariam possível a *comparação* e, posteriormente, a *classificação*, dos mais diferentes grupos humanos com base nas características físicas e culturais. Surge então a distinção filosófico-antropológica entre civilizado e selvagem, que no século seguinte daria lugar ao distílico *civilizado* e *primitivo*. (ALMEIDA, 2019, p. 20)

As tão propaladas liberdades, propagadas pelos ideais iluministas que, por meio de grandes revoluções (francesa, inglesa e americana), marcaram a transição do mundo feudal para o mundo capitalista em direção à *civilização* e ao respeito aos direitos humanos, desembocaram no *colonialismo*, exatamente a contraface daquilo que apregoavam. Isso provocou toda sorte de mazelas nos países colonizados, não apenas no que se refere às áreas de colonização antiga (América e algumas possessões na África e Ásia, mas sobretudo no neocolonialismo do continente africano, criando fronteiras artificiais, ora separando, ora agrupando diferentes etnias sob um mesmo governo alheio aos seus interesses, à sua história e à sua cultura.

No século XIX, o *racismo científico*, de cunho naturalista, encontrou campo fértil para justificar determinadas ideias que já vinham sendo disseminadas desde muito tempo a respeito da influência dos fatores físicos e biológicos no surgimento de comportamentos imorais, lascivos e violentos decorrentes do clima tropical, enquanto a miscigenação era desaconselhada, tendo em vista a propensão à degeneração, oriunda da mistura de raças (ALMEIDA, 2019, p.23). Comungavam desse pensamento, importantes políticos e acadêmicos como Arthur de Gobineau, Cesare Lombroso, e os brasileiros Sílvio Romero e Nina Rodrigues.

Diretamente decorrente do conceito de raça é o conceito de racismo e seus corolários (preconceito, discriminação e segregação racial, conforme pode ser visto em Almeida (2019, p.25-7):

Racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes, que culminam em desvantagens ou privilégios para

indivíduos, a depender do grupo social ao qual pertençam. [...] *preconceito racial* é o juízo baseado em estereótipos acerca de indivíduos que pertençam a um determinado grupo racializado, e que pode ou não resultar em práticas discriminatórias. [...] *discriminação racial*, por sua vez, é a atribuição de tratamento diferenciado a membros de grupos racialmente identificados. Portanto, a discriminação tem como requisito fundamental o poder, ou seja, a possibilidade efetiva do uso da força, sem o qual não é possível atribuir vantagens ou desvantagens por conta da raça. [...] *segregação racial* [...] divisão espacial de raças em localidades específicas [...] como são exemplos os regimes segregacionistas dos Estados Unidos, o apartheid sul-africano [...].

Mesmo com todas as especificações acima citadas, o racismo ainda precisa ser compreendido em outro nível: as formas com que ele está relacionado com os sujeitos individuais (concepção individualista), com Estado (concepção institucional), e com a economia (concepção estrutural). Outro ponto a ser considerado é que essas formas, ainda que possam aparecer isoladamente, também podem aparecer associadas umas às outras.

Nas palavras de Almeida (2019, p.28-9), o racismo em sua concepção individual

Seria um fenômeno ético ou psicológico de caráter individual ou coletivo, atribuído a grupos isolados ou, ainda, seria o racismo uma “irracionalidade” a ser combatida no campo jurídico por meio da aplicação de sanções civis – indenizações, por exemplo – ou penais. Por isso, a concepção individualista pode não admitir a existência de “racismo”, mas somente de “preconceito”, a fim de ressaltar a natureza psicológica do fenômeno em detrimento de sua natureza política. Sob este ângulo, não haveria sociedades ou instituições racistas, mas indivíduos racistas, que agem isoladamente ou em grupo.

O autor descreve o racismo em sua concepção individual, de forma bastante semelhante àquilo que se entende por racismo no senso comum, isto é, a noção de preconceito, discriminação e injúria cometidos por pessoa ou grupo de pessoas facilmente identificáveis, tipificada no código penal e, portanto, passível de punição.

A concepção Institucional, por sua vez, é mais difícil de ser identificada, uma vez que decorre, não apenas de práticas individuais, mas de como a sociedade está estruturada de modo a determinar a forma como pensamos.

A concepção institucional significou um importante avanço teórico no que concerne ao estudo das relações raciais. Sob esta perspectiva, o racismo não se resume a comportamentos individuais, mas é tratado como o resultado do funcionamento das instituições, que passam a atuar em uma

dinâmica que confere, ainda que indiretamente, desvantagens e privilégios com base na raça.

Além da concepção institucional, o autor acrescenta o racismo estrutural que, além dos dois tipos anteriores, permeia a economia, a política e a justiça numa sociedade estruturada com base na manutenção das desigualdades.

O racismo, como processo histórico e político, cria as condições sociais para que, direta ou indiretamente, grupos racialmente identificados sejam discriminados de forma sistemática. Ainda que os indivíduos que cometam atos racistas sejam responsabilizados, o olhar estrutural sobre as relações raciais nos leva a concluir que a responsabilização jurídica não é suficiente para que a sociedade deixe de ser uma máquina produtora de desigualdade racial. (ALMEIDA, Ibidem, p.34)

Em artigo de revisão publicado em 2003, Krieger, epidemiologista que trabalha com a teoria ecossocial sobre as desigualdades em saúde procura desmistificar as ligações entre o racismo, biologia e saúde a partir do reconhecimento da existência de um imbricamento daquilo que denomina expressões biológicas das relações raciais e expressões racializadas da biologia. Neste sentido, os conceitos de racismo, raça/etnologia seriam expressões interdependentes de relações raciais sociais desiguais e institucionalizadas.

Nessa revisão, apesar de não ter o negro como elemento central, a autora sintetiza, a partir de diversos artigos sobre o tema que

"racismo se refere a práticas institucionais e individuais que criam e reforçam os sistemas opressivos de relações raciais em que as pessoas e instituições envolvidas em discriminação restringem negativamente, pelo julgamento e ação, as vidas daqueles contra quem discrimina. [...] Raça/etnia, por sua vez, é mais uma categoria social do que biológica, referindo-se a grupos sociais, muitas vezes compartilhando herança cultural e ancestralidade, que são forjados por sistemas opressores de relações raciais justificados pela ideologia." (KRIEGER, 2003, p.95).

Uma das consequências do racismo estrutural é a manutenção da maior parte das comunidades quilombolas fora do campo de investimentos e expansão das políticas públicas estaduais e municipais de saúde e educação (ARRUTI, 2021, p. 7).

2.2 - As questões social e racial e o acesso à saúde no Brasil

Para compreender o processo saúde-doença atualmente, é conveniente sabermos como ele teve origem. Desde a Grécia Antiga a dualidade saúde individual/coletiva esteve presente. Havia entre eles duas correntes: a primeira considerava a doença como algo que se manifestava no plano individual, quando os fluidos do corpo (humores) se encontravam em desequilíbrio. A outra corrente considerava a saúde como o equilíbrio entre os quatro componentes fundamentais da natureza (terra, água, fogo e ar), enquanto a doença resultava do desequilíbrio entre esses elementos e a busca de um novo equilíbrio (GUIMARÃES, 2014, p. 51-52).

Esta dualidade se faz presente até os dias de hoje, expressa por meio dos dois principais modelos de saúde adotadas ao longo da história: o primeiro modelo, denominado biomédico, baseia-se nos avanços da microbiologia e das novas tecnologias para diagnóstico e tratamento, com foco na saúde do indivíduo - mais do que da população - , e do corpo - mais do que do território. Tem na biologia molecular, por meio do mapeamento genético, um dos maiores avanços já verificados nesta área. O segundo modelo caracteriza-se por uma abordagem baseada na promoção da saúde coletiva e na valorização do ambiente, incluído neste, aspectos sociais, lazer, trabalho, etc.

As críticas que podem ser feitas ao modelo biomédico dizem respeito a sua concepção cartesiana, ao caráter hospitalocêntrico, medicalizante, e o foco no indivíduo. Um dos ramos desse modelo, a epidemiologia clínica, tem como característica principal a prevenção de doenças, baseada na prescrição de comportamentos desejáveis que, de certa forma, responsabilizam o indivíduo por eventuais problemas de saúde, atribuindo-os às suas escolhas pessoais.

Quando o indivíduo não adere às normas e prescrições de comportamento indicadas, o serviço de saúde é isentado de responsabilidades, e aquele é culpabilizado por não cuidar da própria saúde e colocar em risco a saúde da coletividade. (GUIMARÃES, 2014, p. 78).

O paradigma da nova saúde pública, por sua vez, tem como principal meta, a promoção da saúde, considerada como uma produção social, resultante do processo saúde-doença, na relação dos indivíduos e grupos sociais com o ambiente (GUIMARÃES 2014, p.77).

Enquanto o objetivo da prevenção, na Epidemiologia Clínica, é evitar o surgimento das doenças, a promoção da Nova Saúde Pública busca estabelecer o bem-estar (saúde) dos indivíduos e comunidades. Nestes termos, a prevenção é da doença e a promoção é da saúde. A prevenção baseia-se na concepção de risco e da probabilidade do indivíduo adoecer. (GUIMARÃES, Ibidem, p.78).

Desta forma, a Nova Saúde Pública, por meio da promoção de saúde, tem como uma de suas atribuições, promover o bem-estar dos indivíduos e das comunidades, sendo o ambiente, o *locus* ideal para isso.

Desta relação com o ambiente, surgem novas concepções, como saúde ambiental, por exemplo, conforme Teixeira²² (1996 apud Guimarães 2014, p.82):

[...] saúde ambiental compreende a área da saúde pública afeta ao conhecimento científico e a formulação de políticas públicas relacionadas à interação entre a saúde humana e os fatores do meio ambiente natural e antrópico que a determinam, condicionam e influenciam, com vistas a melhorar a qualidade de vida do ser humano, sob o ponto de vista da sustentabilidade.

Ainda de acordo com Guimarães (2014, p.82), "a nova saúde pública deve favorecer o empoderamento das comunidades e grupos sociais para agir com autonomia, e não apenas esperar do governo". A promoção deve intervir nos determinantes sociais de saúde, tais como pobreza, desemprego, habitação e desigualdades.

A construção de territórios saudáveis faz-se com o estabelecimento de políticas públicas urbanas, voltadas à melhoria da qualidade de vida. Cada território possui particularidades e diversidades, econômica, cultural ou social. Não se pode fazer uma política única para lugares que possuem características e necessidades diferentes. É preciso conhecer, em cada lugar, a população, seus costumes, hábitos, necessidades para que se

²² Teixeira, C. F. **Epidemiologia e planejamento em saúde**: contribuição ao estudo da prática epidemiológica no Brasil 1990-1995. [Tese de doutorado]. Salvador, ISC/UFBA, 1996.

possa contribuir para a construção de ambientes saudáveis. (GUIMARÃES, p. 85-6).

Não se trata apenas de analisar os dois modelos em questão e julgar qual deles é o melhor ou mais adequado. Cada um deles tem seus méritos e seus deméritos. O modelo biomédico, apesar de permanecer hegemônico nos sistemas de saúde, vem sendo cada vez mais forçado a dividir espaços com agentes comunitários de saúde.

Apesar de, teoricamente, o modelo da Nova Saúde Pública parecer mais democrático e acessível, ele tem suas limitações, justamente onde o modelo biomédico tem sua expertise: nas especialidades médicas, técnicas de exames laboratoriais, e métodos diagnósticos informatizados, elementos imprescindíveis a um sistema de saúde eficiente.

Desta forma, acreditamos que a interação entre os dois modelos é a solução mais adequada pois, por um lado, promove-se a saúde coletiva, ambiental e profilática (um bom exemplo seria o das campanhas de vacinação), por outro, realizam-se as ações necessárias para diagnóstico, intervenção, cura e prognósticos.

Dada a condição privilegiada do modelo biomédico, o atendimento ao paciente representa apenas o início de uma cadeia de eventos: exames diagnósticos, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, entre outros, os quais envolvem equipamentos de alto custo, acessíveis apenas às grandes redes privadas de saúde, e ao governo, sendo este último, o maior cliente. Isso se explica pelo fato de que a legislação garante a todos, serviços de saúde público, gratuito e universal. Desta forma o governo se vê obrigado a dispor de todos os equipamentos necessários para cumprir a legislação. Em não os tendo, nem dispondo de recursos para adquiri-los, não raras vezes o governo faz uso de equipamentos de redes privadas, mediante convênios de contratação de serviços.

O entendimento da Medicina como prática social no contexto da estrutura capitalista, é o ponto de referência mais amplo para a análise da organização dos serviços de saúde, porque desvenda como se articulam suas inovações com o processo de acumulação ou da reprodução das condições econômicas e político-ideológicas da produção. [...] O seguro de saúde, por sua vez, converte os pacientes em consumidores, que demandam atenção médica, sem se importar com o preço. É cada vez

maior o número dos que recebem atenção médica e aqueles que possuem dificuldade de acesso levantam esta bandeira como direito básico de todos os cidadãos. Já as corporações multinacionais monopolizam as funções inovadoras, porque estas só influem, significativamente, no montante de lucro quando operam em grande escala, além de exigirem investimentos iniciais e um alto grau de certeza quanto à estabilidade do mercado de consumo. (GUIMARÃES, 2014, p. 91-2).

Para Singer (1978)²³ apud Guimarães, 2014, p. 95,

[...] os serviços de saúde, à medida que contribuem para a realização de um valor de uso, produzem valor, contribuem para a extração da mais-valia, o que justifica o seu enquadramento no setor mercantil da sociedade. Como uma variedade do capital mercantil, os serviços de saúde, seus produtos e processos interessam à análise da realização da circulação. Por sua sorte, estes serviços contribuem para a acumulação capitalista, adiantando o dinheiro que irá novamente funcionar no ciclo produtivo, ao agir como promotores imediatos da circulação de valores, orientando os usuários no sentido de consumir certos produtos, para ampliar o mercado de bens de saúde, que propicia uma acumulação em seu próprio setor, por intermédio de empresas capitalistas de serviços de saúde, e possibilita alternativas de investimentos produtivos mediante a criação de demanda por novas tecnologias.

Ao referir-se aos aspectos espaciais, Guimarães chama a atenção para a distribuição dos serviços de saúde pelo espaço, bem como

A tensão estrutural criada pela localização destes equipamentos em determinados pontos em detrimento de outros, o que implica a visibilidade das diferenças sociais dos lugares e de sua influência no sistema social. (MOREIRA²⁴, 2001 apud GUIMARÃES, 2014, p.94).

Como visto anteriormente, Almeida (2019) apresenta um quadro crítico bastante completo sobre o problema do racismo no Brasil. Entretanto, da forma como ele coloca a questão, parece que não há nada de diferente sendo feito em nenhum lugar. É como se o problema determinasse uma situação insuperável.

Monteiro e Maio (2008) abordam a questão a partir de uma perspectiva mais positiva, mostrando algumas iniciativas no enfrentamento do problema, com foco mais voltado para a questão da saúde. Para os autores,

²³ Singer, Paul. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

²⁴ Moreira, Ruy. "As categorias espaciais da construção geográfica das sociedades". In: **GEOgraphia**, vol 3, n. 5, pp. 8-18, 2001.

No Brasil as relações entre cor/raça e saúde vêm sendo objeto de uma série de iniciativas centradas na criação de um campo de reflexão e de intervenção política, denominado saúde da população negra. Essa proposta se insere na discussão sobre formas de enfrentamento do racismo no país, na medida em que o governo e a sociedade civil reconhecem, atualmente, as desvantagens materiais e simbólicas sofridas pelos negros. Apesar de não haver consenso quanto aos diagnósticos e às soluções para o problema da discriminação racial, ele adquire maior visibilidade em função do atual debate sobre os temas da pobreza²⁵ e da justiça social. Nesse cenário, "raça" emerge não apenas como uma ferramenta analítica para tornar inteligíveis os mecanismos estruturais das desigualdades sociais, mas também como instrumento político para a superação das iniquidades históricas existentes no Brasil. (MONTEIRO e MAIO, 2008, p.119).

Recuando um pouco no tempo, ao abordar a questão sob o ponto de vista da política eugenista predominante na passagem do século XIX para o século XX os autores apontam que

[...] as medidas tomadas pelo governo brasileiro para debelar o surto epidêmico de febre amarela do século XIX e início do XX, são interpretadas por parte da historiografia como componentes de um período em que as políticas sanitárias privilegiaram a proteção aos europeus recém chegados. (Ibidem, p.119)

Isso se deu baseado na política racial e na ideologia do branqueamento da população brasileira, por parte das autoridades. A esse respeito, é emblemática a obra **A Redenção de Cam**²⁶ (ver ANEXO C). Trata-se de uma pintura sobre tela do espanhol Modesto Brocos, de 1895. Nela, estão representados quatro personagens e três gerações: uma mulher negra, de pele escura, com as mãos levantadas em forma de agradecimento, por ter sua filha - mulher negra, de pele clara - contraído

²⁵ "A pobreza não é somente a falta de acesso a bens materiais mas a vulnerabilidade decorrente da ausência de oportunidades e de possibilidades de opção entre diferentes alternativas. A pobreza se manifesta na falta de emprego, de moradia digna, de alimentação adequada, de sistema de saneamento básico, de serviços de saúde, de educação e de mecanismos de participação popular na construção das políticas públicas. Manifesta-se também na ausência de resolução de conflitos, o que agrava mais ainda a violência no campo, assim como a precariedade de relações ambientais sustentáveis" (BRASIL, 2013, p. 18)

²⁶ Na Bíblia, Cam é o filho de Noé que, juntamente com seu filho Canaã, teriam-no visto bêbado e nu, e zombado dele, fato que teria levado seu pai a amaldiçoá-lo para que toda a sua prole e descendentes fossem escravizados. Na verdade, a maldição recaiu sobre Canaã, e não sobre Cam, tampouco sobre os demais filhos deste. Outra versão sugere que Cam conheceu a esposa de Noé, isto é, dormiu com ela, e que a maldição teria recaído sobre Canaã por ser este, fruto de relação incestuosa. Algumas religiões se utilizaram da maldição de Cam para justificar o racismo e escravidão eterna dos negros africanos, os quais, acreditava-se, eram descendentes diretos de Cam.

matrimônio com um homem branco, e ter gerado um filho de cor branca, portanto, sem a maldição de Cam, daí o termo “redenção”. Essa obra, foi apresentada pelo médico brasileiro João Batista de Lacerda no **Congresso Universal das Raças** (Londres, 1911) para defender sua tese de que a miscigenação das raças seria benéfica para o Brasil, pois acreditava que as características das pessoas brancas seriam superiores às dos negros e que, com a miscigenação, num período de cem anos não existiriam mais negros no Brasil (Schwarcz, 2011, p. 225-242).

No início do século XX surgiram duas vertentes interpretativas: na primeira, o conceito de raça estava associado a uma visão biológica, determinista, com forte influência no campo da medicina legal, sendo um dos maiores divulgadores, o médico e antropólogo Nina Rodrigues.

A segunda vertente, baseada no higienismo, incorporou ao pensamento nacionalista vigente os avanços nas áreas de bacteriologia e microbiologia, adotando o sanitarismo como modelo, associando as más condições sanitárias aos problemas enfrentados por parte da população mais vulnerável. Essa vertente, de cunho mais crítico, abandonou as explicações baseadas em fatores climáticos e raciais, e buscou incorporar socialmente as populações marginalizadas.

Do fim da II Guerra Mundial até a implantação da Ditadura militar, houve forte associação entre os termos saúde e desenvolvimento, no sentido de que os agravos à saúde seriam impeditivos à modernização do país (LIMA et al., 2005, apud MONTEIRO e MAIO, 2008). Nesse intervalo, foram implementadas várias iniciativas de ampliação do acesso da população aos serviços de saúde.

A relação entre raça e saúde volta à cena somente no século XXI, dessa vez tendo as desigualdades raciais como obstáculo a ser superado, com o apoio do movimento negro e diversas organizações da sociedade civil na luta contra o racismo. “A constituição do domínio da saúde da população negra vem destacando a importância da identidade racial como condição necessária para a luta contra as iniquidades.” (GUIMARÃES²⁷, 1999, apud MONTEIRO e MAIO, 2008 p. 58).

A Política Nacional de Saúde da População Negra foi lançada em 2006, mas sua gênese ocorre bem antes, mais precisamente em 2001, na 3^a Conferência

²⁷ GUIMARÃES, A.S.A. **Racismo e anti-racismo no Brasil**. São Paulo: editora 34, 1999.

Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial , Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância, realizada em Durban, África do Sul.

Monteiro (2004²⁸, apud MONTEIRO e MAIO, 2008, p.123)

[...] aponta que nas publicações sobre a saúde da população negra, produzidas em sua maioria por ativistas, predomina o argumento segundo o qual, a invisibilidade do recorte racial nas pesquisas da área da saúde pública decorre do não reconhecimento da existência do racismo na sociedade brasileira.

Em 1995, o presidente Fernando Henrique Cardoso criou o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização e Promoção da População Negra e, em 1996, o Programa Nacional de Direitos Humanos. A partir deste ano, foi incluído pelo governo o quesito raça/cor nos formulários oficiais.

Na gestão do Presidente Lula, as políticas afirmativas foram ainda mais incrementadas. Em 2003 foi criada a Secretaria Especial de Promoção de Políticas de Igualdade Racial (SEPPIR). Neste mesmo ano foi publicado o **Estatuto da Igualdade Racial**²⁹. Em agosto de 2004 foi constituído o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, com as seguintes atribuições relativas ao tema:

- Sistematizar propostas que visem a promoção da equidade racial na atenção à saúde;
- Apresentar subsídios técnicos e políticos voltados para a atenção à saúde da população negra no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde;
- Elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde;
- Participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população negra; e
- Colaborar no acompanhamento e avaliação das ações programáticas e das políticas emanadas pelo Ministério da Saúde no que se refere à promoção da

²⁸ MONTEIRO, "Desigualdades em saúde, raça e etnicidade: questões e desafios." In; MONTEIRO S.; & SANSONE, L. (orgs.) **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2004, p.45-56.

²⁹ BRASIL (2003).

Igualdade racial, segundo as estratégias propostas pelo Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial (CNPIR)³⁰.

Também em 2004, ocorreu o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra. Importantes implicações decorreram das discussões do seminário, uma vez que o termo raça, de marcador pejorativo e fonte de discriminação racial, adquiriu uma conotação positiva e motivo de orgulho.

Em 2006, durante o II Seminário Nacional de Saúde da População Negra, foi lançada a Política Nacional de Saúde da População Negra, com o objetivo de reduzir a incidência de doenças prevalentes neste grupo.

As implicações da discriminação racial no acesso e na qualidade dos serviços de saúde também tem sido alvo de investigações. Pondera-se que o tratamento diferenciado entre os grupos étnico-raciais na área da assistência é um dos responsáveis pelas desigualdades raciais em saúde. (MONTEIRO e MAIO, 2008, p.136)

Em 2013, já no mandato da presidente Dilma Rousseff, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), como resultado dos trabalhos realizados pelo Grupo da Terra, instituído em 2005 com o objetivo de elaborar este programa.

O programa tinha como objetivo a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida dessas populações, e se propunha a reduzir as desigualdades de acesso ao SUS na atenção, promoção e cuidado em saúde; expandir a cobertura de serviços de saúde e promover a equidade em saúde.

Como ocorre em geral na legislação brasileira, a letra da lei parece bastante razoável, contemplando as principais necessidades desses grupos. Colocar em prática o que está escrito na lei, já é outra história, conforme mencionado anteriormente na citação de Souza Filho (1997, p. 7) à página 24.

O ativismo social no combate ao racismo e à exclusão das populações quilombolas tem sido também uma característica marcante no protagonismo desses grupos, bem como nas lutas por seus direitos. A concretização desse ativismo se dá

³⁰ Diário Oficial da União, seção 2, 16.8.2004 página 19.

em diversas frentes, como uma grande rede de movimentos sociais, tendo o Movimento dos Ameaçados por Barragens (MoAB) como um grande articulador das comunidades locais, “congregando centenas de comunidades quilombolas, rurais, caiçaras, indígenas, igrejas, movimentos populares, sindicatos, entidades ambientalistas, entidades jurídicas, políticos, etc. (ROSA, 2007, p. 15).

O MoAB é uma entidade de cunho regional, fundada em 1990, que tem como objetivo conscientizar a população do Vale do Ribeira sobre os efeitos nefastos da construção de barragens no Rio Ribeira de Iguape, um dos poucos rios federais livres de barragens e/ou usinas hidrelétricas. Aliás, o fato de se tratar de um rio federal, tem se constituído em importante fator de protelamento das obras de construção, uma vez que as autorizações até então concedidas foram feitas por órgãos estaduais, não competentes para fazê-lo em virtude da especificidade acima citada.

Os movimentos sociais no Brasil, derivados de movimentos populares, apresentam uma característica distintiva em função do contexto socioeconômico do país. De acordo com DOIMO

Em países de industrialização recente ou de “capitalismo tardio”, como o nosso, o Estado não só cresceu desmesuradamente como criou, [...] uma *base própria* de acumulação, antes mesmo da consolidação de instituições democráticas estáveis e da oligopolização do processo produtivo. A desenvoltura do Estado e a expansão do seu aparelho sempre foram tão acentuadas que este, além de se tornar um ator estruturante das relações socioeconômicas, colocou-se também como gestor do desenvolvimento e produtor direto, imprimindo à sociedade brasileira uma dinâmica muito mais movida por políticas públicas resultantes de decisões de poder do que conduzidas por conflitos de classe. Resultado: uma burocracia forte e poderosa e uma sociedade marcada pela desarticulação social e pela dissociação entre as relações de produção e as relações de reprodução (DOIMO, 1995, p. 56)

Neste cenário em que os interesses do Estado coincidiam com os do sistema capitalista, foram criadas novas formas de acumulação, em detrimento do *welfare state*, causando grandes desigualdades econômicas e má distribuição de renda. Todos esses fatores contribuíram para dificultar a organização da sociedade em prol dos seus interesses, fato que atribui enorme importância a movimentos como o MoAB, que se manteve firme em meio a tantos entraves.

O sucesso do MoAB está assentado em alguns elementos que lhe dão suporte: alguns setores da igreja católica, em especial, o trabalho pastoral desenvolvido pelos defensores das ideias da Teologia da Libertação, rompendo a velha aliança entre a Igreja Católica, o Estado e as classes dominantes da América Latina, em favor dos oprimidos. De acordo com SCHERER-WARREN

[...] A novidade deste trabalho pastoral, seguindo a Teologia da Libertação, não é apenas a existência de um profundo conteúdo simbólico e de uma mensagem de libertação. Esses dois elementos são inerentes à religiosidade latino-americana, principalmente dentro da tradição messiânica. Diferente aqui é o valor dado à luta humana através de movimentos sociais para a realização desta (*sic*) utopia de libertação e não através da dependência da chegada a uma “terra prometida”, como acontece nos movimentos messiânicos. Significa que o ponto de partida é a libertação da pessoa humana, a descoberta da sua dignidade, a redefinição do seu *status* de cidadão, a libertação imediata de diversas formas de opressão (econômica, política, legal, racial, sexual, exploração estrangeira, etc.) (SCHERER-WARREN, 2005, p. 39)

Para Rosa (2014, p. 129) o MoAB não é uma entidade juridicamente constituída, recebendo suporte jurídico da Mitra Diocesana de Registro, bem como da Equipe de Articulação e Assessoria às Comunidades Negras (EAACONE). O apoio financeiro vem de convênios e parcerias celebrados entre a Mitra Diocesana de Registro e a *Cáritas Francesa*, via *Cáritas Brasileira*, e também com a MISEREOR, agência de desenvolvimento da Igreja Católica da Alemanha, ambas com finalidades humanitárias.

Ainda de acordo com o autor, o MoAB não é exatamente um movimento social, mas uma central de movimentos sociais com diversas bandeiras que incluem o meio ambiente, questões de gênero e étnicas (*Ibidem*, p. 135). O autor procura fazer ao longo do texto uma aproximação entre os conceitos de movimentos sociais e quilombos, no entanto, alerta para o fato de que eles possuem semelhanças, mas também, diferenças significativas. Dentre as semelhanças, ele cita o fato de ambos atuarem contra uma determinada ordem estabelecida, e como diferença, o fato de terem surgido em momentos históricos distintos: os quilombos surgem ainda no modo de produção escravista, enquanto os movimentos sociais têm origem no seio

de uma visão classista, dentro das relações capitalistas de produção (Ibidem, p. 138).

A EAACONE, por sua vez, está em contato mais direto com as comunidades quilombolas e é responsável pela articulação e prestação de assessoria jurídica, tanto no que se refere aos aspectos relativos à regularização fundiária (identificação, reconhecimento e titulação), quanto aos problemas burocráticos enfrentados cotidianamente, como a realização do Cadastro Ambiental Rural Quilombola (CAR-Quilombola), por exemplo. Outra organização que também presta serviços relevantes às comunidades é o ISA, este, porém, de modo mais institucional, junto aos órgãos públicos.

No Vale do Ribeira, como dito acima, observa-se a presença de um movimento social quilombola bem articulado e apoiado em parcerias com instituições da sociedade civil, universidades e agências de fomento, o que propicia às comunidades, melhores condições de acesso às políticas voltadas para as populações tradicionais, bem como às demais políticas públicas, de forma que suas reivindicações, ainda que demorem, tendem a ser contempladas, em virtude da assessoria que recebem, com grandes possibilidades de que cheguem até ao STF, se preciso for.

Retomando a questão da saúde, temos que reconhecer que o SUS é a instituição de referência em saúde pública no Brasil. Visando assegurar os princípios básicos do SUS, em especial, a descentralização e a regionalização dos serviços, os entes federativos, no modelo tripartite adotado pela instituição (União, Estados e Municípios), assumem cada qual a responsabilidade pela tarefa em suas respectivas divisões administrativas. Esses processos levam em conta a diversidade socioespacial de um país tão grande como o Brasil, deixando a cargo dos municípios, a organização territorial dos serviços a serem disponibilizados em sua base. Ao nível estadual cabe a organização regional dos serviços, levando em conta a distribuição dos equipamentos públicos bem como dos serviços neles disponíveis. Em geral, uma região administrativa é constituída por municípios contíguos, e que guardam certas semelhanças entre si. À União, por meio do Ministério da Saúde cabe, entre outras obrigações, emanar as diretrizes e suplementar os demais entes federativos.

Para efeito de análise dos dados, adotamos a divisão administrativa regional utilizada pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, pela qual os municípios estão distribuídos por 17 Departamentos de Saúde, sendo que os municípios do Vale do Ribeira paulista fazem parte de três destes departamentos. A maior parte, formada por um conjunto de 15 municípios, está inserida no Departamento de Regional de Saúde de Registro (Barra do Turvo, Cajati, Cananéia, Eldorado, Iguape, Ilha comprida, Iporanga, Itariri, Jacupiranga, Juquiá, Miracatu, Paríquera-Açu, Pedro de Toledo, Registro, e Sete Barras); outros seis fazem parte do Departamento Regional de Sorocaba (Apiaí, Barra do Chapéu, Itaóca, Itapirapuã Paulista, Ribeira e Tapiraí); e dois, do Departamento de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo (Juquitiba e São Lourenço da Serra). O mapa 06 mostra todos os 17 Departamentos Regionais de Saúde.



Mapa 06 - Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo
Fonte: SEADE-SP (Adaptado)

A grande maioria das comunidades quilombolas no Brasil enfrenta seríssimos problemas no acesso à saúde, mesmo no que se refere à atenção básica, uma vez que os equipamentos de saúde localizam-se a dezenas de quilômetros destas comunidades que, via de regra, contam com apenas um espaço para os atendimentos médicos, que se verificam a cada quinze dias, sendo que neste intervalo o serviço de saúde na comunidade resume-se à presença de 01 (um/a) agente comunitário(a) de saúde, com funções exclusivamente administrativas.

Cardoso *et al.* (2018), em artigo de revisão sobre as condições de saúde nas Comunidades Quilombolas, relata os seguintes achados na literatura:

As comunidades quilombolas vêm demonstrando uma transição epidemiológica, evidenciando maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, como hipertensão e diabetes, contudo ainda apresentam altas taxas de doenças infecciosas, mortalidade infantil e desvios nutricionais. [...] No que se refere a utilização dos serviços de saúde destinados à população quilombola revela-se que quase todas as particularidades da atenção primária não estão adequadamente presentes na assistência à saúde. Ainda se propaga o paradigma de saúde biomédico centrado na cura e medicalização do atendimento, fragmentando a atenção à saúde. [...] A saúde dos quilombolas encontra alguns fatores que dificultam o seu desenvolvimento, o baixo nível socioeconômico associado ao isolamento geográfico, em conjunto com as baixas condições de vida e moradia estão intimamente ligados ao atraso na melhoria da qualidade de vida desse grupo populacional. (CARDOSO *et al.*, 2008, p. 1038).

Esse panorama encontrado pela autora na literatura, de certa forma, revela uma visão estereotipada com que são vistos os quilombolas pelos diversos autores, bem como o viés representado pelo homem típico urbano, com seu estilo de vida, sua rotina e seus rituais, e apenas transportado para o contexto rural. Não leva em conta, por exemplo, o modo de vida tradicional dessas comunidades, desconsiderando seus conhecimentos sobre ervas medicinais, e outros medicamentos para além da medicina alopática. Isso não significa que a situação apresentada pela autora esteja necessariamente equivocada, mas que o conceito de qualidade de vida deve ser considerado no seu devido contexto: enquanto o urbano privilegia determinados atributos, o rural valoriza outros, não necessariamente melhores ou piores, apenas diferentes.

A sociedade brasileira se caracteriza por ser multicultural, multirracial e multiétnica. A miscigenação, inicialmente foi imperiosa, em virtude da ausência de mulheres brancas entre os primeiros exploradores do novo mundo; depois, foi por conveniência, em função da condição de objeto semovente dos povos escravizados, à disposição dos escravizadores para sua serventia. Foi esta a sociedade que evoluiu à luz de teorias raciais diversas, desde aquelas que negavam a condição humana do negro, passando pelas que negavam o racismo, pregando o mito da democracia racial ou racismo cordial, até os dias de hoje.

As questões racial e social caminham lado a lado. Muitas pessoas, porém, só conseguem identificar o racismo em sua concepção individual, decorrendo disso, talvez, a dificuldade que os entrevistados encontraram para traduzi-lo em palavras. As instituições estão impregnadas dos conflitos e contradições presentes na sociedade, donde se pode inferir, ainda que não haja indicadores que nos permitam mensurar, que o racismo se encontra presente, inclusive no acesso à saúde, sob as formas mais sutis das concepções institucional e estrutural, que nem sempre podem ser detectadas como sendo praticadas por um indivíduo ou grupo particular, mas manifestando-se na falta de políticas públicas eficazes e na falta de prioridades dos governantes.

Graças ao movimento negro, nos últimos anos, finalmente o racismo foi oficialmente reconhecido no país. Isso veio a acontecer na década de 1990, por uma conjunção de fatores, como resultado das lutas empreendidas ao longo de séculos pela população negra, e mais recentemente do ativismo político dos movimentos negros, aliado a um período político favorável, com personagens simpáticas à causa, como a eleição de um sociólogo para a presidência da república, e posteriormente, a partir dos anos 2000, outro adepto das políticas afirmativas e pautas identitárias, que implementaram importantes instrumentos relativos ao tema, tais como, criação de uma secretaria de promoção da igualdade racial (SEPPIR), o Estatuto da Igualdade Racial, entre outros de igual importância.

O mérito desses movimentos dos últimos anos foi mostrar o caráter estrutural do racismo, que traz igualmente em seu bojo a narrativa da meritocracia, que procura justificar o fracasso de parte da população, não pela cor da pele, mas pelo discurso da competência (ou falta de), de modo a tirar o foco da relação racial

para justificar suas ideias pela via das desigualdades sociais no presente, ignorando todo o processo pelo qual essas desigualdades foram construídas.

WAGLEY, 1952³¹ e SCHWARCZ, 1999³² apud PAIXÃO, 2008, p.51 afirmam que

[...] em uma sociedade onde as raças são definidas socialmente, as desigualdades raciais, no fundo poderiam estar expressando somente desigualdades sociais.

³¹ WAGLEY, Charles (ed.) **Race and class in rural Brazil**. Paris: Unesco, 1952.

³² SCHWARCZ, Lilia. Questão racial e etnicidade. In: MICELI, Sérgio (org.) **O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)**. São Paulo: Editora Sumaré; Brasília: CAPES, 1999.

3 - CONCEITO E HISTÓRIA DE PANDEMIAS E A COVID-19 NO BRASIL

3.1 - O Impacto da Pandemia de COVID-19 nas comunidades quilombolas

Barry (2004), em **A grande gripe**, traça um panorama da história das pandemias, tanto de gripes (vírus influenza) como de outras afecções respiratórias. Segundo ele, a ocorrência de uma pandemia está associada ao que os cientistas chamam de "shift antigênico", isto é, uma mutação radical dos抗ígenos existentes, mais precisamente na hemaglutinina ou na neuraminidase - estruturas pontiagudas por meio das quais o vírus se liga à célula a ser infectada - no caso do vírus influenza, causador da gripe. Mesmo os vírus que possuem formas e estruturas diferentes, apresentam o mesmo mecanismo básico de mutação, ou seja, alteração substancial das estruturas conectivas. Quando isso ocorre, um código genético inteiramente novo substitui o antigo e a forma do novo antígeno guarda pouca semelhança com a anterior. Em outras palavras, isso significa que mesmo pessoas já imunizadas, seja porque foram infectadas pelo vírus, seja por meio de vacina, podem ser reinfetadas, uma vez que os anticorpos não serão capazes de reconhecer o novo antígeno.

Outra mutação, bem menos drástica, porém muito mais comum, é o "drift antigênico". Trata-se de uma alteração semelhante à anterior, porém, com intensidade menor, de modo que o sistema imunológico ainda é capaz de reconhecer o antígeno, ainda que com menor eficácia. Por esta razão, em geral, "drifts" não chegam a causar pandemias. Voltando aos aspectos históricos, o autor se refere às seguintes pandemias de gripes e outras doenças do sistema respiratório - apesar de elencar neste rol alguns eventos de caráter mais localizado, que à luz do conhecimento teórico sobre o tema seria mais apropriado denominá-las de epidemias:

- 1510 (doença pulmonar surgida na África, que assolou a Europa);
- 1580 (outra pandemia similar à anterior que começou na Ásia e em seis semanas havia se espalhado por toda a Europa, deixando algumas cidades espanholas quase totalmente despovoadas);

- 1688 (uma gripe ocorreu na Inglaterra, Irlanda e no estado da Virgínia, nos Estados Unidos);
- 1693 (mais uma vez toda a Europa foi atingida).
- 1890 (pandemia Mundial de gripe);
- 1918 (Gripe Espanhola - que na verdade não surgiu na Espanha);
- 1957 (H2N2)
- 1968 (H3N2)
- 2003 (H7N7)
- 2004 (H5N1)

Além dessas inclui-se a de 2009 (H1N1), não citada por ser posterior à obra consultada. No caso dos diversos subtipos de vírus influenza o H da sigla representa a proteína “hemaglutinina” e o N representa a “neuraminidase”.

Relativo à atual pandemia de Covid-19, doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, o primeiro caso foi identificado na China em 12 novembro de 2019, e se disseminou rapidamente pelo mundo, acometendo cerca de 153 milhões de pessoas e causando mais de 3,2 milhões de mortes num intervalo de 17 meses, compreendido entre novembro de 2019 e abril de 2021, considerando-se apenas aqueles confirmados por testes laboratoriais. Trata-se de uma doença altamente contagiosa, o que levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar **estado de emergência global** em 30 de janeiro de 2020, e **pandemia** em 11 de março de 2020 (SEADE, 2021).

No Brasil, o primeiro caso confirmado ocorreu em São Paulo, no dia 26 de fevereiro de 2020. Desde o início da doença houve divergências políticas quanto à condução do enfrentamento: o presidente defendia o distanciamento social vertical (isolamento apenas para os grupos de risco), enquanto o Ministério da Saúde defendia o isolamento horizontal, exceto para os serviços essenciais, de acordo com as recomendações da OMS (ROSSI e SILVA, 2020). Estas divergências impossibilitaram a formação de uma coordenação nacional de enfrentamento à crise, o que abriu espaço para o protagonismo dos governos estaduais e municipais, inclusive com respaldo do Supremo Tribunal Federal (STF).

Essa divergência permanece até hoje, haja vista os embates do Governo Federal com os governos estaduais e municipais, o fato de terem passado quatro

ministros pelo Ministério da Saúde durante a pandemia, o negacionismo do presidente, a demora na aquisição de vacinas, somente concretizada quando a situação se tornou insustentável³³ e a recomendação de medicamentos supostamente sem eficácia à época e hoje comprovadamente ineficazes. Trata-se de um conjunto de fatores fartamente documentados em vídeos e postagens nas redes sociais que, não havendo a possibilidade de usá-los como prova material, em decorrência das especificidades legalmente requeridas, metamorfosear-se-iam, automaticamente, em "fake news". Tudo isso levou à instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para apurar as responsabilidades do governo federal na gestão da pandemia. Este, por sua vez, apensou no mesmo processo, a apuração das responsabilidades dos gestores estaduais e municipais, o que provocou novas discussões, culminando com a decisão, em caráter liminar, expedida pela ministra do STF Rosa Weber, e posteriormente ratificada pelo plenário da Corte, de suspender a convocação de gestores estaduais e municipais, uma vez que a apuração de responsabilidade destes é de competência de suas respectivas assembleias legislativas. Entretanto, tendo em vista a relevância de determinadas informações que pudesse ser trazidas à luz, os membros da CPI mantiveram a autonomia para convidar tais gestores, sem que isso gerasse, contudo, a obrigatoriedade do comparecimento dos mesmos.

Em consequência da pandemia, os fluxos sofreram alterações no mundo inteiro, em diversas escalas. Aeroportos e portos foram fechados para o transporte de passageiros, o transporte rodoviário e urbano teve suas frotas reduzidas, houve aumento na fiscalização tanto a nível municipal quanto interestadual, com limitações para determinados roteiros. Atendendo ao apelo das autoridades, aulas foram suspensas, funcionários passaram a trabalhar em sistema de *home office*. Os trabalhadores de serviços essenciais (pessoal da saúde, segurança), e os trabalhadores informais, estes, sem outra opção, foram obrigados a se manter trabalhando numa cidade outrora frenética e agora quase vazia.

³³ Ainda assim, de forma pouco ortodoxa, ora desmerecendo uma marca de vacina, ora enaltecendo outra em virtude da origem dos laboratórios produtores; ora desdenhando ofertas feitas por laboratórios renomados em detrimento de ofertas duvidosas feitas por intermediários, cujos desdobramentos levaram os membros da CPI a prorrogar o prazo para conclusão da mesma até novembro de 2021.

Pachi (2020)³⁴, em dois artigos sobre o tema, discorre em diferentes escalas sobre a mobilidade humana: ao nível local, aborda o direito à cidade, e ao nível global, sobre migrações em tempos de pandemia. Abaixo, um trecho sobre esse último aspecto:

A mobilidade humana e os fluxos migratórios foram profundamente afetados em diversas escalas a partir do momento em que há maior controle de entrada e saída de pessoas, o fechamento de fronteiras, a intensificação do monitoramento dos deslocamentos pela tecnologia, a diminuição dos meios de transporte, principalmente aéreos, e o aumento do preconceito e da discriminação com os imigrantes. (PACHI, 2020, s/n).

Os quilombolas, por sua vez, não foram afetados diretamente por essas restrições, salvo em alguns casos específicos, em virtude da organização *sui generis* de suas comunidades e de seu modo de vida. Isso não significa que os mesmos não tenham sido intensamente afetados, conforme relatado por Arruti (2021).

O fato de residirem em localidades rurais, a relativa distância entre as residências, e o trabalho em roças individuais garantiram, para muitas comunidades, a manutenção da rotina normal. Isso se verificou, pelo menos, nas comunidades mais organizadas das regiões Sul e Sudeste. Comunidades de localidades menos estruturadas foram duramente afetadas, inclusive, com ações de despejo, sob alegação de reintegração de posse, o que acabou gerando uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) no Supremo Tribunal Federal (STF).

Para amenizar a situação dos mais vulneráveis, o governo federal, aproveitou o banco de dados do Cadastro Único, no qual constam todos os beneficiários do Programa Bolsa-Família, bem como aqueles que não fazem jus ao Bolsa-Família mas possuem renda *per capita* de até meio salário mínimo e que, cumulativamente com outros requisitos estão dentro dos critérios do programa de Auxílio Emergencial para que fossem contemplados com um auxílio de R\$ 600,00 (seiscentos reais) por mês, durante três meses. Como a pandemia não regrediu

³⁴

Disponível

em

<https://museudaimigracao.org.br/blog/migracoes-em-debate/mobilidade-humana-e-coronavirus-a-fronteira-social-do-confinamento-e-o-direito-a-cidade>

conforme se esperava, o auxílio foi prorrogado por mais dois meses, e ainda foi instituído o “Auxílio Residual”, uma espécie de continuidade do Auxílio Emergencial, porém com valor reduzido (R\$300,00), e para um grupo menor de beneficiários. Três meses após o encerramento do programa, não tendo sido debelada a pandemia que, ao contrário do que se previa, recrudesceu, o governo foi obrigado a recriar o programa, para um público ainda menor que dos anteriores, com requisitos mais rigorosos, e com valores mais baixos, variando de R\$ 150,00 (cento e cinquenta) a R\$ 375,00 (trezentos e setenta e cinco reais), por 4 meses, a partir de abril de 2021. Com a situação epidemiológica agravada por novas cepas (variantes sul-africana, brasileira e india), em junho de 2021 o Governo Federal resolveu prorrogar mais uma vez o auxílio, desta vez por três meses, até outubro de 2021, cujos pagamentos se estenderam até novembro. As perspectivas para depois dessa data ficam por conta da substituição do Bolsa-Família pelo “novo” programa a ser criado pelo governo federal, o Auxílio-Brasil, para o qual não há, até o momento, previsão orçamentária.

O Auxílio Emergencial, a despeito de ser muito útil para inúmeras famílias em situação de risco ou em dificuldade financeira, não tem um caráter tão humanitário quanto possa parecer. Foi necessária uma pandemia para que o governo descobrisse que existem trinta e oito milhões de brasileiros não miseráveis, que necessitam algum tipo de apoio. Ora, trinta e oito milhões é um número significativo de eleitores. Daí, o insistente interesse do governo em manter o auxílio em caráter permanente. Além do aspecto político, há o econômico, cujos efeitos são mais imediatos. A colocação em circulação desse recurso foi o que permitiu, minimamente, a integridade econômica. Aliás, já faz algum tempo que o país vem se valendo de recursos residuais, sobretudo PIS/PASEP e FGTS.

Entretanto, além dos 38 milhões de invisíveis, existem aqueles que são visíveis, porém ignorados, que têm seus direitos constantemente negados e negligenciados. São os mendigos, moradores de rua, internos em instituições de assistência social, hospitais e presídios, que sequer entram nas estatísticas; que existem concretamente mas nunca são levados em conta em nenhum projeto ou planejamento. E existem ainda aqueles que, apesar de integrados na sociedade, não conseguem exercer seus direitos por desconhecimento dos mesmos ou de

como fazê-lo. Muitas pessoas deixaram de receber o auxílio emergencial por não ter acesso ao celular com internet, por não ser capaz de preencher o formulário online, ou por ter problemas básicos de documentação, como divergência gráfica, por exemplo.

As comunidades dos remanescentes de quilombos, por características próprias, por sua formação histórica pautada pela segregação, estão localizadas, em sua grande maioria, em zonas rurais, constituídas por áreas delimitadas por elementos topográficos que, mesmo quando representam dificuldade de acesso - uma das características dos primeiros quilombos - não impedem, de todo, a invasão do território por terceiros, como os atuais posseiros, enclavados em várias das comunidades estudadas. Assim como os demais trabalhadores informais, mesmo com as restrições ao trabalho, muitos continuaram seu labor, uma vez que a maior parte das atividades desenvolvidas são relativas à agropecuária, em meio a grandes espaços abertos, e pelo fato de estarem situados na zona rural. Por outro lado, as comunidades que têm no turismo importante fonte de renda, sofreram prejuízos consideráveis, em decorrência da adoção de medidas restritivas pelo governo do estado, por meio do Plano São Paulo³⁵, em decorrência dos efeitos da pandemia.

Neste caso é possível constatar a existência de uma fronteira, uma barreira que não é só física, que não é sanitária, que não é psicológica: trata-se de uma fronteira social. De um dos lados, aqueles que podem se manter em isolamento por meses, trabalhando remotamente, ou mesmo se dando ao luxo de não precisar trabalhar, e, do outro, aqueles que não podem se isolar, aqueles que, se não trabalharem, correm o risco de passar fome e, ainda mais grave, são impedidos legalmente de trabalhar.

3.2 - Análise dos dados sobre COVID-19 no Vale do Ribeira

Em que pese o fato de a vacinação estar em curso na maioria dos países do mundo, ainda temos muitos problemas a serem enfrentados, mormente os riscos de novas cepas, resultantes de mutações genéticas, mais contagiosas e podendo chegar a ser refratárias às vacinas em uso, o que poderia causar uma terceira onda

³⁵ <https://www.saopaulo.sp.gov.br/planosp/>

e, em alguns países, que já a estão vivenciando, até mesmo uma quarta onda. Apesar do esforço engendrado por alguns governantes, é necessário reconhecer a complexidade do problema. Por um lado, os impactos nas economias nacional e global. Por outro, a necessidade de manter funcionando os serviços essenciais mas também os empregos regulares do cidadão comum, que necessita ganhar o pão de cada dia, submetendo-se a situações que podem colocar a sua saúde e a dos outros em risco, seja no próprio trabalho, seja no trajeto, nas conduções lotadas - porque o empresário de transportes pode reduzir a oferta de veículos em circulação para evitar prejuízos financeiros - entre outros fatores.

Para complicar ainda mais a situação, boa parte da população tem se mostrado indisciplinada em relação às medidas profiláticas, especialmente quanto ao uso de máscara e ao distanciamento social e, de forma mais intensa, em relação a medidas mais restritivas como a limitação de horários de abertura de pontos de comércio, restringindo a frequência a determinados locais e, eventualmente, o lockdown, que não chegou a ser adotado no Brasil. Essa indisciplina decorre em parte de questões de cunho político-ideológico, e em parte por irresponsabilidade mesmo - neste caso, sobretudo, nos grupos mais jovens (outros nem tanto) que não abrem mão de suas festas, passeios, viagens, etc.

É sob este pano de fundo que será apresentada a situação epidemiológica que se apresenta no momento. O objetivo desta análise é tentar encontrar possíveis relações entre a dinâmica e evolução da pandemia, considerando as diferentes escalas e os contextos: grandes metrópoles, áreas predominantemente urbanas, áreas com forte influência da população rural, e áreas com maioria da população rural. Os dados desta seção foram levantados do site da Fundação SEADE e foram fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Complementarmente, foram usados dados da plataforma COVID-19 no BRASIL, com dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, bem como da Fundação IBGE, e da plataforma Quilombos sem COVID-19. Para efeito de análise, definimos como padrão o critério casos/10.000 habitantes, e óbitos/10.000 habitantes, para relacionar os dados com a população total e relativa; e letalidade, para relacionar o número de óbitos verificados entre os indivíduos infectados. Importante destacar que o indicador letalidade não se relaciona com a população total, mas apenas aos

casos efetivamente notificados de indivíduos que contraíram a doença. Neste ponto, a subnotificação de casos pode resultar na invalidação da taxa para efeitos comparativos, uma vez que se mostrará elevada por viés na informação dos dados.

Os municípios foram analisados em quatro grupos. Os dados dos 23 municípios do Vale do Ribeira Paulista foram analisados conforme estão distribuídos nos três departamentos regionais aos quais pertencem, quais sejam: Departamento Regional de Saúde de Registro (constituído exclusivamente por municípios do Vale do Ribeira), Departamento Regional de Saúde de Sorocaba (inclui seis municípios do Vale do Ribeira) e Departamento Regional de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo (inclui apenas dois municípios do Vale do Ribeira). O quarto grupo foi constituído pelos nove municípios do Vale do Ribeira no estado do Paraná.

Tabela 11 - Número de casos de COVID-19, óbitos e letalidade no estado de São Paulo, no Brasil e no mundo.

Casos, Óbitos e Letalidade no Estado de São Paulo, no Brasil e no Mundo					
local	casos	% de casos na população	óbitos	% de óbitos na população	letalidade
São Paulo*	4.275.258	9,31%	146.179	0,32%	3,4
Brasil**	20.804.215	9,90%	581.150	0,28%	2,8
Mundo**	218.430.610	2,80%	4.543.194	0,06%	2,1

Fonte: Fundação SEADE, 02/09/2021

Obs.: *Dados de 02/09/21. **Dados de 01/09/21. População mundial estimada em 7,8 bilhões de habitantes

A tabela 11 mostra um corte datado da situação da pandemia no mundo. A comparação entre estados e países entre si tem apenas valor quantitativo, não levando em conta as diferenças demográficas entre eles, o que pode ser aclarado com os dados relativos ao número de casos e de óbitos por cem mil habitantes, por exemplo, ou percentualmente, como na tabela. A justificativa para sua apresentação logo no início da análise é apenas para dar uma ideia do panorama da pandemia de COVID-19 em diferentes escalas - regional, nacional e mundial.

Os dados mostram a dimensão da pandemia, que já matou mais de 4,5 milhões de pessoas no mundo. Dos mais de 218 milhões de casos registrados, só o

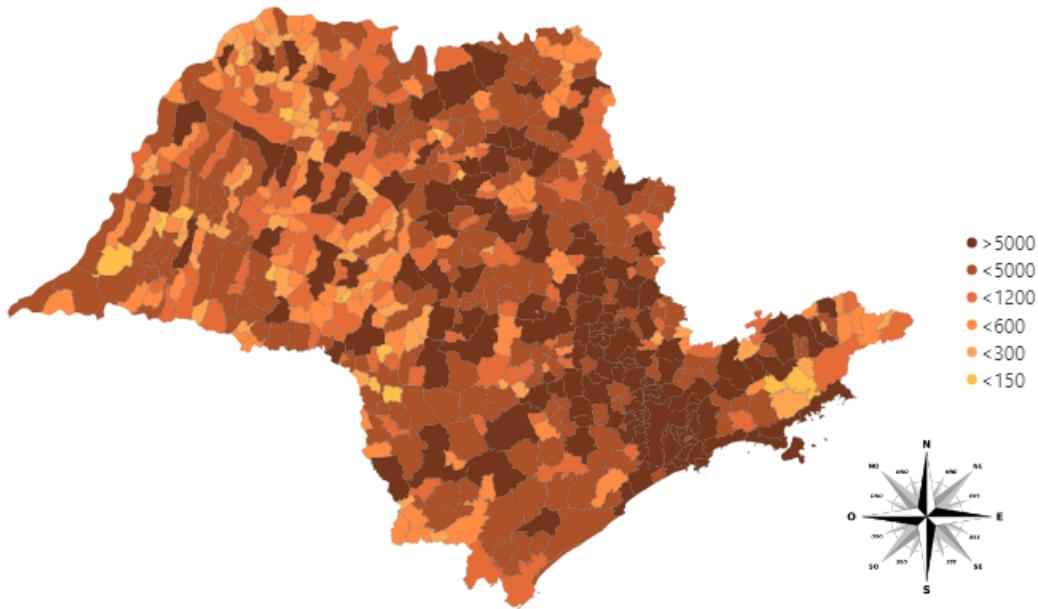
estado de São Paulo contribuiu com mais de 4 milhões. Em relação ao número de casos observados no Brasil, o número chega a quase 10% de todos os casos registrados no mundo. Comparando os dados do estado de São Paulo com os do Brasil, observa-se um percentual de cerca de 20,5% do total de casos neste Estado (considerando-se que a população do Estado de São Paulo representa 21,85% da população brasileira, os valores estariam um pouco abaixo da média da população do país). Mais elevados são os dados referentes à letalidade. A taxa de letalidade (número de óbitos dividido pelo número de casos confirmados, multiplicado por 100) no estado de São Paulo é maior que a do Brasil, que por sua vez, é maior que a taxa média do mundo como um todo. Convém salientar que a subnotificação de casos tem efeitos significativos nos índices apresentados, podendo até mesmo falseá-los.

A partir dessa informação geral, já é possível fazer algumas conjecturas. A primeira delas é que o Brasil, de modo geral, vem lidando muito mal com a pandemia. A segunda é que, aparentemente, o fenômeno ganha intensidade nos grandes centros urbanos, em virtude das condições de vida das pessoas, do regime de trabalho, das condições de transporte que são oferecidas e da inobservância de medidas sanitárias adequadas por parte da população.

Quando do início da pandemia, verificou-se que esta, por sua forma de entrada no país, tinha características urbanas e afetava, sobretudo, indivíduos de maior poder aquisitivo. Com o transcorrer da pandemia, verificou-se uma interiorização, uma periferização, e porque não dizer, uma pauperização da pandemia, de modo que hoje, todos os municípios do estado de São Paulo apresentam casos cumulativos. Todas as classes sociais foram atingidas, e com maior intensidade os mais pobres, o que significa que a pandemia não é a mesma em todos os lugares.

Outra alteração constatada como o transcorrer da pandemia foi a inversão etária, sobretudo em relação aos casos mais graves e aos óbitos, inicialmente verificados em pessoas idosas e/ou com comorbidades, e posteriormente verificando-se um aumento significativo do número de óbitos e internações de indivíduos mais jovens, notadamente após a imunização daquele grupo. O mapa 07 mostra o grande número de municípios do estado que apresentam mais de 5.000 casos.

ESTADO DE SÃO PAULO - INCIDÊNCIA DE CASOS



Mapa 07 - Incidência de casos por município no estado de São Paulo

Fonte: Fundação SEADE, 02/09/2021

Após a apresentação desse panorama geral, examinamos alguns indicadores regionais e locais. As tabelas apresentadas nesta seção mostram a situação epidemiológica de cada município de três departamentos regionais de saúde definidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, (os municípios do Vale estão destacados por fundo de cor cinza), bem como dos municípios paranaenses que compõem o Vale do Ribeira.

A análise foi realizada obedecendo à seguinte ordem: apresentação dos dados por meio de tabelas, algumas considerações sobre os indicadores, eventualmente complementadas por meio de gráficos, e uma apreciação geral sobre a área em análise. Num segundo momento, foram comparados os resultados dos quatro grupos, observando-se as similaridades e diferenças, identificando-se as informações relevantes para análise, bem como possíveis causas para situações díspares eventualmente encontradas.

Para analisar esses dados adotamos alguns critérios, que passamos a descrever brevemente.

- **Municípios** - A área em análise abrange os 23 municípios do Vale do Ribeira paulista e 9 dos municípios do Vale do Ribeira paranaense, conforme indicado no mapa 01 apresentado anteriormente e nas

tabelas e gráficos que serão mostrados na sequência. Além destes municípios, que compõem o Vale do Ribeira propriamente dito, analisamos também dados de alguns dos demais municípios que integram os três departamentos regionais de saúde do estado de São Paulo. O DRS de Registro é composto por 15 municípios, todos pertencentes ao Vale; o DRS de Sorocaba é formado por 48 municípios, incluindo 6 do Vale; o DRS da região metropolitana é composto de 39 municípios, apenas 2 pertencentes ao Vale. No estado do Paraná, analisamos 9 municípios, em que pese a existência de diversos quilombos ou comunidades negras tradicionais como são localmente designadas, em diversos municípios circunvizinhos.

- **População** - Optamos por fazer a análise dos indicadores em função da população. Quando da análise do número de casos absolutos em função da população absoluta, a expectativa é que haja uma certa similaridade no comportamento das duas curvas, ou seja, que municípios mais populosos, devam apresentar maior número de casos e/ou óbitos. Eventuais disparidades nos resultados podem ser atribuídas a fatores intrínsecos e extrínsecos, tais como, distribuição da população pelo espaço, os modos de vida (condição e estilo de vida)³⁶, atividade econômica predominante, quantidade e qualidade dos equipamentos de saúde compatíveis com a população, local declarado como patrimônio histórico, estância turística, cultural, etc., que impõem um ritmo diferenciado ao local.
- **Número de casos absolutos e de casos/10 mil** - o número de casos absolutos, pode provocar um impacto negativo quando seus valores se mostram muito elevados. Assim, considerando os municípios analisados, São Paulo e Sorocaba destacam-se por apresentar número de casos muito elevado, em relação aos demais municípios em seus respectivos departamentos. Entretanto, ao analisar outros indicadores (número de casos por 100.000 ou por 10.000, como neste estudo), pode-se notar que os valores relativos dos mesmos estão em

³⁶ Conforme Guimarães, 2019, *op. cit.*

conformidade com municípios de menor população. Optamos por utilizar o indicador número de casos por 10.000, pelo fato de que vários municípios da região apresentam uma população inferior a 10.000 habitantes, o que faria com que os dados apresentados, seja de forma gráfica ou tabelas numéricas, no caso desses municípios, o fossem de forma projetiva, como um número virtual. Se o leitor preferir fazer a leitura percentual dos casos, basta localizar a coluna referente à taxa relativa (número de casos/10 mil e deslocar a vírgula duas casas à esquerda.³⁷

- **Número de óbitos e óbitos/10.000** - para esses indicadores (número de óbitos absolutos e relativos) valem as mesmas considerações do item anterior. Quando se trabalha com o número de casos ou óbitos absolutos, não é possível a comparação com os dados de outros municípios. A título de informação, o número de casos e óbitos/10 mil referem-se ao número de casos que cada município apresentaria, caso sua população fosse de 10.000 habitantes, a partir do número de casos absolutos apresentados. Isso é válido para todos os gráficos e tabelas deste estudo, que apresentem a mesma estrutura (número absoluto *versus* número relativo). Ainda assim, a comparação deve ser vista com reservas, pois os dados analisados são dados agregados à população geral do município, não levando em conta a estrutura da população como idade, sexo, comorbidades, estilo de vida, e outros indicadores que possam permitir minimamente uma padronização dos mesmos. Em relação ao número de óbitos, a leitura percentual não é indicada, pois o percentual corresponde a um decimal menor que o inteiro (p.ex.: 0,24% é o percentual de óbitos correspondente a Barra do Turvo.)
- **Letalidade** - expressa a medida relativa a uma parcela do universo em estudo, neste caso, a porcentagem de óbitos absolutos dentre os indivíduos infectados. Este é outro índice que deve ser encarado com

³⁷ Tomando como exemplo, o percentual de casos/10 mil, na tabela 03 referente ao município de Barra Turvo - que é de 881,3 - o valor percentual corresponde a 8,81% (a vírgula foi deslocada duas casas à esquerda).

reserva, pois a subnotificação de casos pode elevar substancialmente a taxa verificada, uma vez que o número de óbitos é de declaração obrigatória pelos serviços de saúde, sendo mais complicada a sua omissão. Assim, supondo-se dois municípios hipotéticos com o mesmo número de óbitos, e o mesmo número de casos, sendo que um deles reporta todos os casos incidentes enquanto o outro não o faz, apresentarão taxas diferentes para o mesmo índice. Somente a testagem em massa poderia relativizar a subnotificação de casos em relação a este índice.

Começamos apresentando um panorama geral. Um conjunto de três tabelas sintetiza os dados de 111 municípios em função do número de casos/10 mil, número de óbitos/10 mil e letalidade. Os dados foram agrupados em quatro classes, estabelecidas em função da amostra, não seguindo, necessariamente, o rigor estatístico convencional. Grosso modo, pode-se considerar as classes, nesta ordem, em termos de valor como: baixo, médio, alto e muito alto.

A tabela 12 destaca a frequência de municípios por classes com intervalo de amplitude da ordem de 400 casos/10 mil para cada um dos grupos, considerando todos os municípios e considerando somente os municípios do Vale do Ribeira, quando o dado estiver sinalizado com asterisco. Lembrando que todos os municípios do DRS de Registro, assim como os municípios do Paraná (considerados neste estudo) são integrantes do Vale do Ribeira.

Tabela 12 - Casos/10 mil: frequência de municípios dos quatro grupos, por classe

	até 400 casos/10 mil	de 400 a 800 casos/10 mil	de 800 a 1.200 casos/10 mil	acima de 1.200 casos/10 mil	Total por grupo
Mun. do paraná	-	1*	3*	5*	9*
DRS de Registro	1*	2*	8*	4*	15*
DRS de Sorocaba	-	11 (2*)	22 (2*)	15 (2*)	48 (6*)
DRS da Grande SP	2	26 (2*)	9	2	39 (2*)
Total por classe	3 (1*)	40 (7*)	42 (13*)	26 (11*)	111 (32*)

Fonte: Elaborada pelo autor

*Municípios do Vale do Ribeira

A tabela 12 mostra que apenas 3 dos 111 municípios apresentam valores inferiores a 400 casos/10 mil (um no DRS de Registro e dois no DRS da Grande São Paulo). A grande maioria apresenta valores entre 401 e 800 casos/10 mil (40 municípios, sendo 7 do Vale) e 801 a 1200 casos/10 mil (42 municípios, sendo 13 do Vale). Os demais, apresentam valores acima de 1.200 casos/10 mil (26 municípios, sendo 11 do Vale). Chama a atenção o DRS de Sorocaba com um grande número de municípios com valores “alto” e “muito alto” (22 de 48, e 15 de 48 respectivamente).

Qualitativamente, classificam-se com valores alto e muito alto 08 dos 09 municípios do Paraná, 12 dos 15 municípios do DRS de Registro e 37 dos 48 do DRS de Sorocaba. Na Região Metropolitana da Grande São Paulo observa-se uma concentração de seus municípios em torno de valores médios (até 800 casos/10 mil - 26 dos 39 municípios, incluídos os dois únicos do Vale neste DRS. Esta distribuição, excluída a subnotificação de casos, pode sugerir que a incidência de casos é maior onde o fator ruralidade tem forte influência na composição da população (muito alto nos municípios do Paraná e DRS de Registro, mediana no DRS de Sorocaba e baixo no DRS da Região Metropolitana da Grande São Paulo).

Considerando só os municípios do Vale, encontramos os valores baixo, médio, alto e muito alto, correspondendo, respectivamente, a 1, 7, 13 e 11 municípios.

A tabela 13 traz a informação referente ao número de municípios com óbitos/10 mil, em quatro classes:

Tabela 13 - Óbitos/10 mil: frequência de municípios dos quatro grupos por classe

	até 15	de 15,01 a 30	de 30,01 a 45	acima de 45,01	total por grupo
Mun. do paraná	1*	4*	2*	2*	9*
DRS de Registro	2*	6*	7*	-	15*
DRS de Sorocaba	9 (4*)	18 (1*)	16 (1*)	5	48 (6*)
DRS da Grande SP	1	17 (2*)	20	1	39 (2*)
Total por classe	13 (7*)	45 (13*)	45(10*)	8 (2*)	111 (32*)

Fonte: Elaborada pelo autor

*Municípios do Vale do Ribeira

Nesta variável, 13 municípios dos 111 tiveram número de óbitos baixo (até 15 óbitos/10 mil habitantes). Entre eles estão 7 dos 32 municípios do Vale. Valores médios foram encontrados em 45, sendo 13 para os municípios do Vale. Outros 45 tiveram valores altos - acima de 30 óbitos/10 mil - sendo 10 do Vale. 8 municípios tiveram valores muito altos (acima de 45 óbitos/10 mil), sendo 2 do Vale. Se no número de casos/10 mil o DRS de Sorocaba foi o que teve os maiores índices, em relação aos óbitos/10 mil houve uma distribuição um pouco mais equilibrada, com maior concentração de municípios em torno de valores medianos. Os demais grupos seguiram a mesma tendência, com algumas variações.

Dos 8 municípios que tiveram valores acima de 45,01%, 2 deles pertencem ao grupo do Paraná, 5 ao DRS de Sorocaba e 1 ao DRS da Grande São Paulo.

Tabela 14 - Letalidade: frequência de municípios dos quatro grupos por classe

	até 2,00	de 2,01 a 4,00	de 4,01 a 6,00	acima de 6,01	total por grupo
Mun. do paraná	1*	8*	0*	0*	9*
DRS de Registro	2*	12*	1*	0*	15*
DRS de Sorocaba	14 (4*)	27 (1*)	7 (1*)	0	48 (6*)
DRS da Grande SP	1	11	24 (2*)	3	39 (2*)
Total por classe	18 (7*)	58 (21*)	32 (4*)	3 (0*)	111 (32*)

Fonte: Elaborada pelo autor

*Considerados apenas os municípios do Vale do Ribeira

A tabela 14 mostra que os valores relativos à letalidade foram medianos na grande maioria dos municípios do Paraná e do DRS de Registro. O DRS de Sorocaba teve a maioria dos municípios na média mas uma quantidade apreciável com valores baixos (14 dos 48 municípios tiveram índice de letalidade inferior a 2%), enquanto o DRS da Grande São Paulo teve índice alto (24 dos 39 municípios ficaram com índice entre 4 e 6%), e ainda teve os três municípios da amostra com valores muito alto (acima de 6%). No geral, 58 dos 111 municípios ficaram com índice entre 2 e 4%. No Vale, 21 municípios tiveram índice médio (entre 2 e 4), 7 tiveram índice baixo (menor que 2%), e 4 tiveram índice alto (entre 4 e 6%). Não houve registro de municípios do Vale com valores acima de 6%.

Após esse panorama geral, passamos a analisar cada grupo, começando pelo Departamento Regional de Saúde de Registro, considerado o *core* do Vale do Ribeira, dado que congrega o maior número de municípios do Vale, e todos os municípios integram-no. Nos demais grupos, serão apresentados os dados gerais e, na sequência, um recorte apenas com os dados dos municípios do Vale no respectivo departamento, para efeito de comparação intragrupo e, posteriormente, com os dados gerais entre os grupos.

Tabela 15 - Departamento Regional de Saúde de Registro

Departamento Regional de Saúde de Registro						
Município	População	casos	casos/ 10 mil	óbitos	óbitos/ 10 mil	Letalidade
Barra do Turvo	7.659	675	881,3	18	23,5	2,67
Cajati	28.549	4.632	1.622,5	103	36,1	2,22
Cananéia	12.540	898	714,5	30	23,9	3,34
Eldorado	15.494	1.624	1048,1	25	16,1	1,54
Iguape	30.857	2.621	849,4	111	36,0	4,24
Ilha Comprida	11.166	1.350	1.209,0	43	38,5	3,19
Iporanga	4.218	572	1.351,0	6	14,2	1,05
Itariri	17.436	1.350	774,3	41	23,5	3,04
Jacupiranga	17.866	1.691	946,5	49	27,4	2,90
Juquiá	18.812	1.811	962,7	57	30,3	3,15
Miracatu	19.779	2.299	1.162,3	71	35,9	3,09
Pariquera-Açu	19.648	2.409	1.226,1	57	29,0	2,37
Pedro de Toledo	11.331	435	383,9	15	13,2	3,45
Registro	56.322	6.499	1.153,9	216	38,4	3,32
Sete Barras	12.832	1.880	1.165,1	40	31,2	2,13
TOTAL	284.509	30.746	1.080,6	882	31,0	2,87

Fonte: Elaborada pelo autor a partir dos dados fornecidos pela Fundação SEADE

Departamento Regional de Saúde de Registro - dados gerais: 15 municípios.

População total - 284.509 habitantes

Número de casos acumulados: 30.746

Número de óbitos acumulados: 882

Número de casos/10 mil: 1.081 (valor calculado)

Número de óbitos/10 mil: 31 (valor calculado)

Letalidade: 2,87

O município mais populoso do departamento é Registro, com 56.322 habitantes. Apresenta também o maior número de casos (6.499) e o maior número de óbitos (216) entre os 15 municípios do DRS, no entanto, ocupa a 7^a posição em casos/10 mil (1.154), a segunda posição em óbitos/10 mil, e a quarta posição em letalidade (3,32).

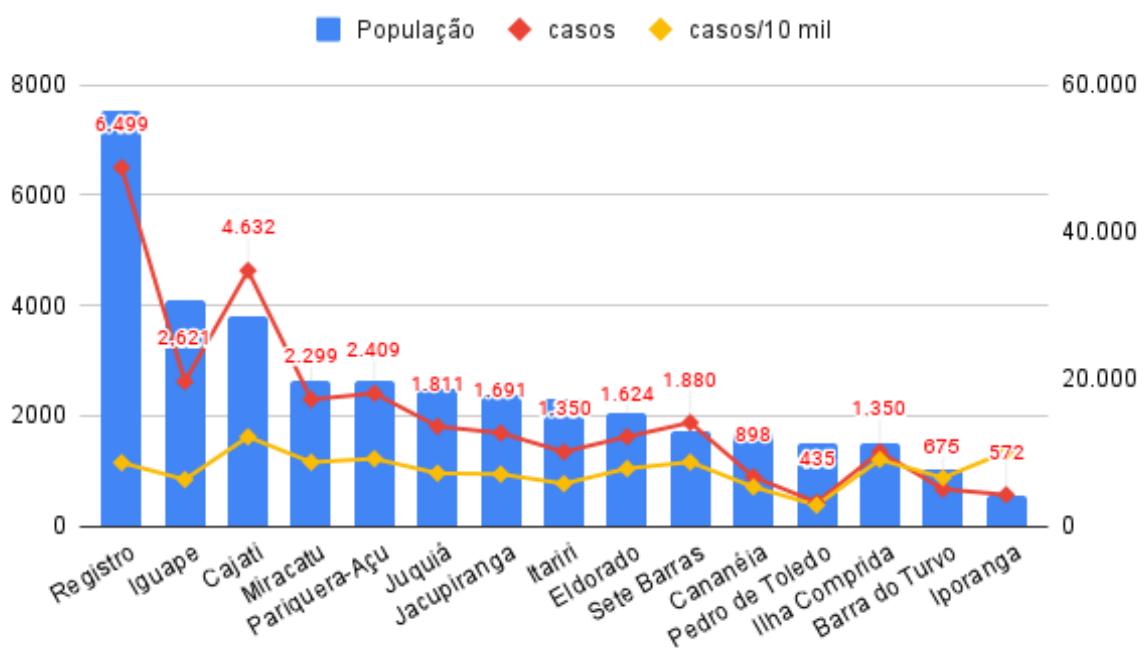
O Município menos populoso é Iporanga, com 4.218 habitantes. Apresenta o segundo menor número de casos (572), o menor número de óbitos (6) e, consequentemente, a menor letalidade (1,05). Apesar disso, no que se refere aos casos/10 mil, ocupa a segunda posição (1.351). Já em relação aos óbitos/10 mil, ocupa a penúltima posição (14,2) entre os 15 municípios do DRS.

Considerando-se em termos de valores médios a população está em torno de 18.967 habitantes; número de casos (2.050); e o número de óbitos (59) por município. Importante também destacar que neste departamento está o município de Eldorado, onde se localizam as três comunidades dos remanescentes de quilombos pesquisadas neste trabalho. Neste município, a população está um pouco abaixo da média, em 9^a posição (15.494) entre os 15. Apresenta a mesma posição em número de casos (1.624); 12^a posição em número de óbitos (25); 8^a posição em casos/10 mil (1.048); e 13^a posição em óbitos/10 mil (16,1). Em relação à letalidade tem o segundo menor índice (1,54).

Para facilitar a visualização dos dados da tabela, apresentamos abaixo alguns gráficos, extraiendo dos mesmos informações relevantes. Como regra geral, a leitura dos gráficos deve ser feita da seguinte forma: os dados relativos à população devem ser lidos no eixo direito, e todos os demais no eixo esquerdo, exceto quando expressamente indicado de forma diversa. Também como regra geral, a população está sempre distribuída de forma decrescente, enquanto os outros indicadores

variam em função desta. Eventualmente, quando o gráfico não exibir dados de população, outro indicador poderá ser plotado no eixo direito, devidamente indicado na legenda ou no texto. Todos os gráficos apresentados a seguir foram elaborados pelo autor, a partir de dados fornecidos pelo estado de São Paulo e disponibilizados pela Fundação Seade, pela CONAQ, através da plataforma *Quilombos sem COVID-19*, e pelas lideranças das comunidades quilombolas.

DRS DE REGISTRO - RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO, NÚMERO DE CASOS E CASOS/10 MIL



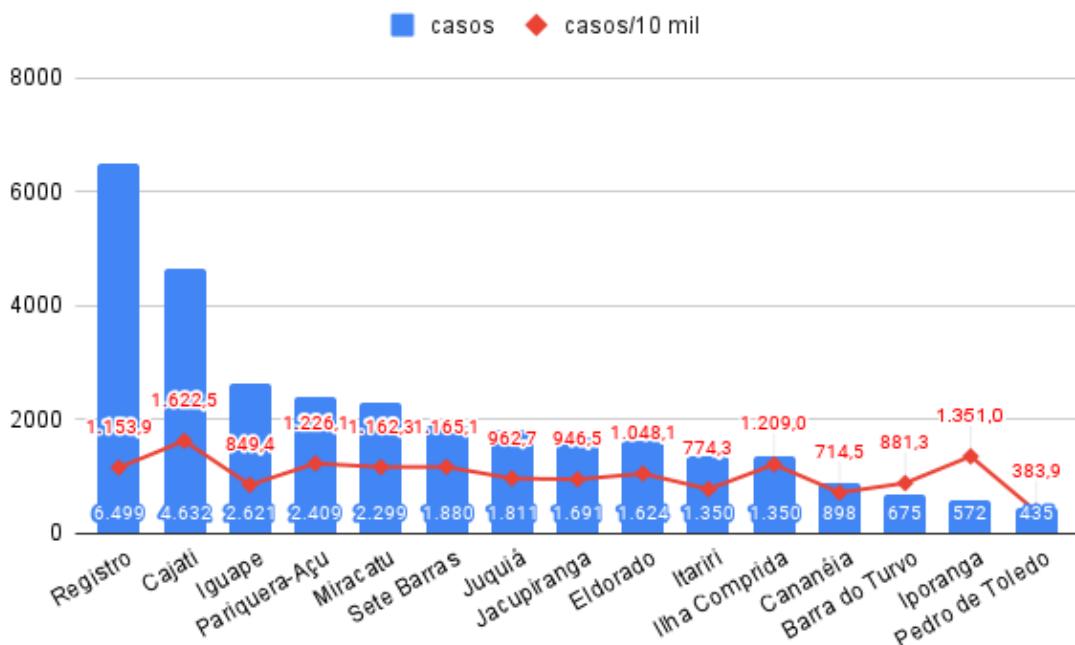
Este primeiro gráfico apresenta a variação do número de casos e do número de casos/10 mil em função da população. Observa-se que, apesar da linha do número de casos, grosso modo, acompanhar a linha de tendência da população, ocorrem variações significativas nos três municípios mais populosos: Registro, com 56.322 habitantes, apresenta pouco mais de 6.000 casos; Iguape e Cajati, com população aproximada de 29.000 habitantes, apresentam 2.621 e 4.632 casos respectivamente (número de casos deste último representando praticamente o dobro do primeiro). Os municípios com população em torno de 15.000 a 20.000 habitantes apresentam pequenas variações entre si, destacando-se Itariri (1350 casos), valor considerado baixo quando comparados a Jacupiranga e Juquiá. Sete Barras e Cananéia, com população em torno de 12,5 mil habitantes, apresentam

uma diferença de quase mil casos entre si, situação similar à de Ilha Comprida e Pedro de Toledo (este último apresentando o menor número de casos do departamento - 435).

Com relação ao número de casos/10 mil, a situação de Registro é mais favorável, enquanto a de Cajati e Iguape praticamente se mantém igual. Situação parecida ocorre com os municípios de 15 a 20 mil habitantes. Pedro de Toledo e Cananeia apresentam os índices mais baixos (383,9 e 714,5 respectivamente). A última observação fica por conta de Iporanga, que possui a menor população, mas apresenta o segundo maior índice de casos/10.000 (1.351, sendo superada apenas por Cajati).

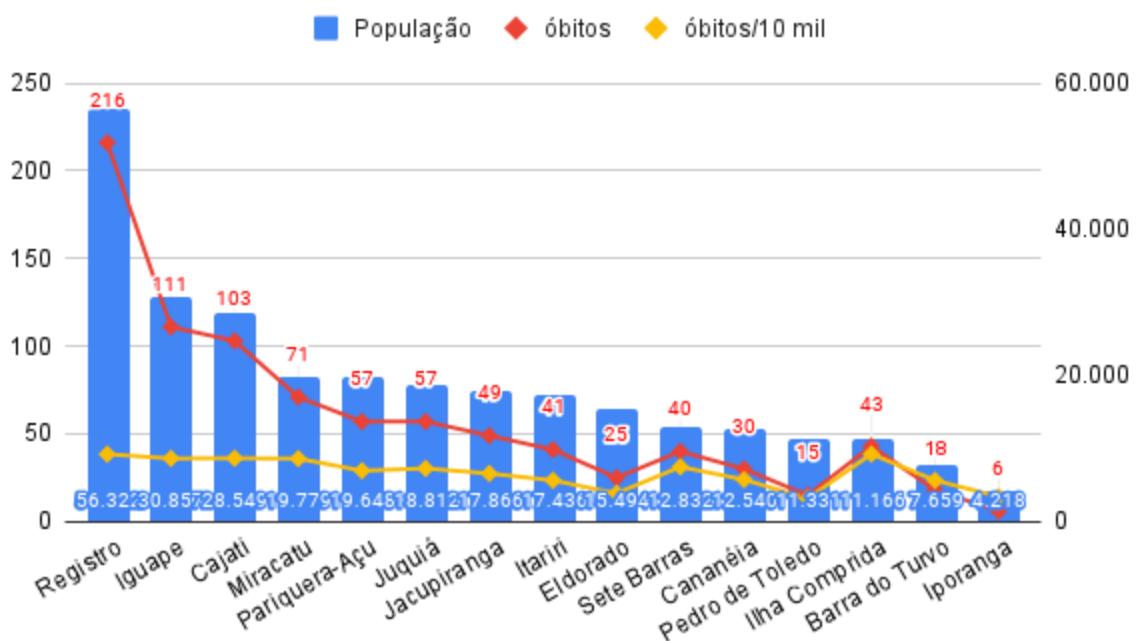
Apesar da curva do número de casos/10.000 se mostrar mais suave, em termos quantitativos, a variação é substancial, haja vista a diferença entre o maior e o menor (383,9 e 1.622,5 por 10 mil habitantes), levando-se em conta que esses dados já estão quantitativamente padronizados e, portanto, podem ser diretamente comparados. Essa diferença pode estar relacionada a diversos fatores como qualidade dos serviços de saúde, afluxo de pacientes de municípios vizinhos, entre outros.

DRS DE REGISTRO - RELAÇÃO ENTRE NÚMERO DE CASOS E CASOS/10 MIL



O segundo gráfico contém basicamente as mesmas informações do anterior, exceto os dados de população, de modo a permitir uma melhor visualização, notadamente nos dados referentes a Cajati e Iguape, Ilha Comprida e Cananéia, e de Iporanga de Pedro de Toledo.

DRS DE REGISTRO - RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO, NÚMERO DE ÓBITOS E ÓBITOS/10 MIL

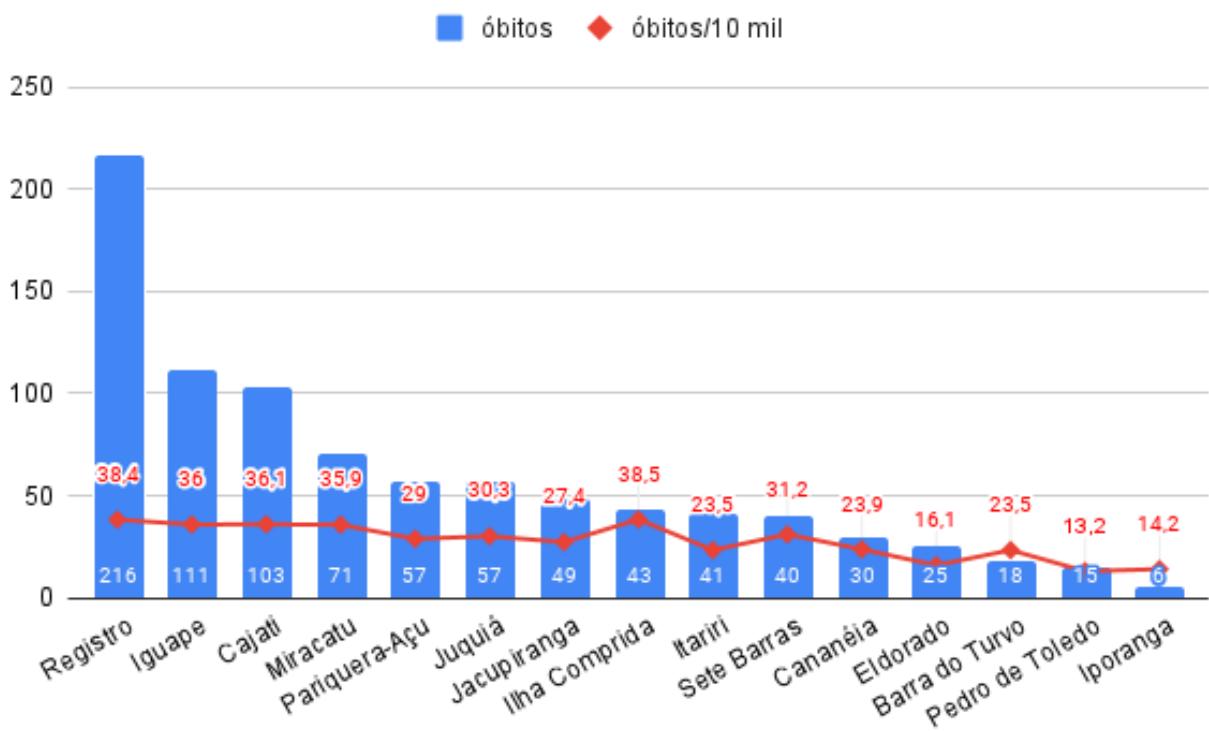


O gráfico do número de óbitos em relação à população é relativamente estável. Apenas os municípios de Eldorado (25 óbitos), Pedro de Toledo (15) e Ilha Comprida (43) diferem substancialmente da linha de tendência, os dois primeiros para menos e o último para mais. Os extremos vão de 216 óbitos em Registro a apenas 6 óbitos em Iporanga.

Relativo a óbitos/10 mil, destacam-se Eldorado (16,1), Pedro de Toledo (13,2), e Iporanga (14,2), para menos, e Sete Barras (32,2) e Ilha Comprida (38,5), para mais. Dos municípios de menor população, poderia ser citado ainda o caso de Barra do Turvo, com 23,5 óbitos/10 mil habitantes.

O gráfico da página seguinte destaca a informação anterior.

DRS DE REGISTRO - RELAÇÃO ENTRE NÚMERO DE ÓBITOS E ÓBITOS/10 MIL



O próximo gráfico destaca o índice de letalidade. Como pode ser visto no gráfico, a letalidade não apresenta nenhuma correlação com a população. Suas causas devem-se, basicamente, a fatores circunstanciais (sistemas de saúde, comorbidades, profilaxia e, especialmente, subnotificação).

O índice de letalidade nesse departamento é, em média, de 2,5 a 3,5 por cento. Extremos ficam por conta do Iguape (4,24) e Pedro de Toledo (3,45) para mais, e Eldorado (1,54) e Iporanga (1,05) para menos. Importante destacar que o índice de letalidade pode ser facilmente distorcido em virtude de subnotificação.

DRS DE REGISTRO - RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO E LETALIDADE

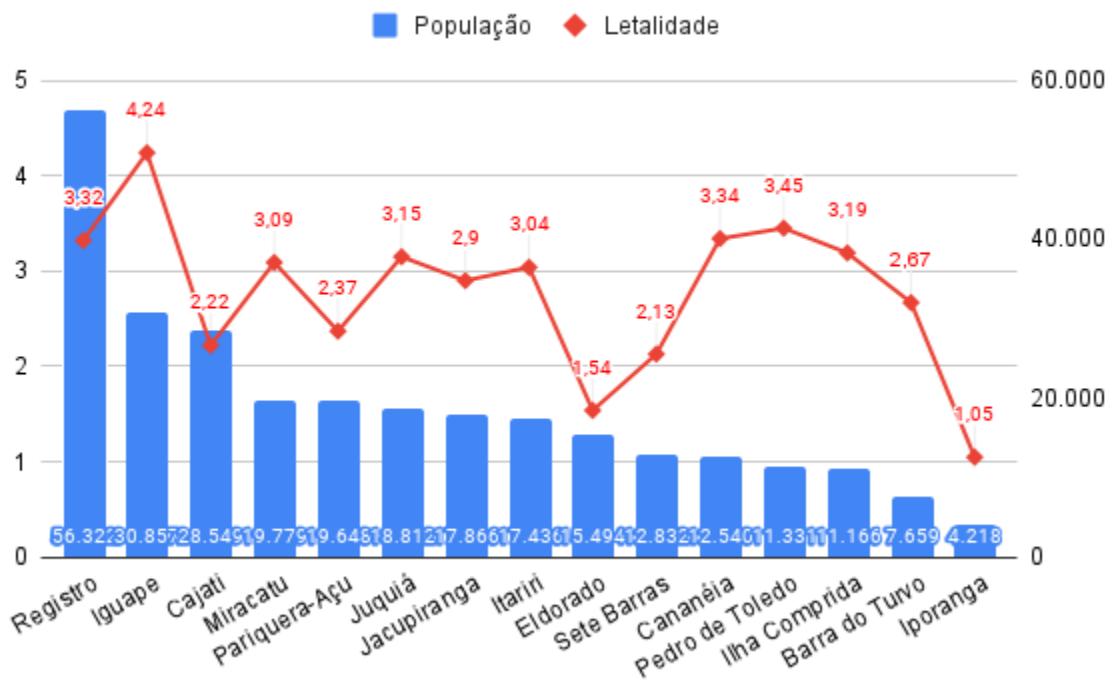


Tabela 16 - Departamento Regional de Saúde de Sorocaba

Departamento Regional de Saúde de Sorocaba						
Município	População	casos	casos/ 10 mil	óbitos	óbitos/ 10 mil	Letalidade
Apiaí	24.374	1.732	710,6	86	35,3	4,97
Barra do Chapéu	5.724	434	758,2	5	8,7	1,15
Itaoca	3.328	284	853,4	8	24,0	2,81
Itapiroapuã Paulista	4.241	554	1.306,3	4	9,4	0,72
Ribeira	3.340	441	1.320,4	4	12,0	0,91
Tapiraí	7.807	846	1.083,6	10	12,8	1,18
Alambari	6.025	677	1.123,7	12	19,9	1,80
Alumínio	18.628	1.602	860,0	52	27,9	3,25
Angatuba	25.228	3.179	1.260,1	75	29,7	2,36

Araçariguama	22.364	2.074	927,4	69	30,9	3,33
Araçoiaba da Serra	34.146	3.061	896,4	83	24,3	2,71
Boituva	60.997	6.523	1.069,4	186	30,5	2,85
Bom sucesso de Itararé	3.954	257	650,0	6	15,2	2,33
Buri	19.878	2.671	1.343,7	93	46,8	3,48
Campina do Monte Alegre	6.024	609	1.011,0	21	34,9	3,45
Capão Bonito	47.138	5.955	1.263,3	71	15,1	1,19
Capela do Alto	20.706	1.615	780,0	35	16,9	2,17
Cerquilho	48.949	6.456	1.318,9	156	31,9	2,40
Cesário Lange	18.148	2.324	1.280,6	67	36,9	2,88
Guapiara	17.157	2.302	1.341,7	85	49,5	3,69
Guareí	18.520	3.401	1.836,4	30	16,2	0,88
Ibiúna	78.878	4.954	628,1	132	16,7	2,66
Iperó	37.133	3.085	830,8	52	14,0	1,69
Itaberá	17.556	2.397	1.365,3	64	36,5	2,67
Itapetininga	163.901	17.189	1.048,7	547	33,4	3,18
Itapeva	94.354	10.549	1.118,0	427	45,3	4,05
Itararé	50.503	6.106	1.209,0	242	47,9	3,96
Itu	173.939	22.806	1.311,1	477	27,4	2,09
Jumirim	3.367	536	1.591,9	8	23,8	1,49
Mairinque	47.150	4.313	914,7	60	12,7	1,39
Nova Campina	9.755	876	898,0	37	37,9	4,22
Piedade	55.348	5.988	1.081,9	155	28,0	2,59
Pilar do Sul	29.185	3.010	1.031,4	80	27,4	2,66

Porto Feliz	53.098	9.122	1.718,0	143	26,9	1,57
Quadra	3.804	228	599,4	8	21,0	3,51
Ribeirão Branco	16.444	2.002	1.217,5	59	35,9	2,95
Ribeirão Grande	7.673	511	666,0	9	11,7	1,76
Riversul	5.524	544	984,8	28	50,7	5,15
Salto	118.663	14.238	1.199,9	417	35,1	2,93
Salto de Pirapora	45.422	4.200	924,7	173	38,1	4,12
São Miguel Arcanjo	32.931	2.077	630,7	70	21,3	3,37
São Roque	91.016	6.789	745,9	101	11,1	1,49
Sarapuí	10.285	512	497,8	5	4,9	0,98
Sorocaba	679.378	75.512	1.111,5	2.790	41,1	3,69
Taquarivaí	5.852	512	874,9	19	32,5	3,71
Tatuí	121.766	9.377	770,1	456	37,4	4,86
Tietê	42.076	4.369	1.038,4	118	28,0	2,70
Votorantim	122.480	11.478	937,1	511	41,7	4,45
TOTAL	2.534.157	270.277	1.067,1	8.346	32,9	3,09

Fonte: Elaborada pelo autor a partir dos dados fornecidos pela Fundação SEADE - 02/09/21

Departamento Regional de Saúde de Sorocaba - dados gerais: 48 municípios (06 integram o Vale do Ribeira)

População total - 2.534.157 habitantes

Número de casos acumulados: 270.277

Número de óbitos acumulados: 8.346

Número de casos/10 mil: 1.067 (valor calculado)

Número de óbitos/10 mil: 33 (valor calculado)

Letalidade: 3,09

O município mais populoso do departamento é Sorocaba, com 679.378 habitantes. Apresenta também o maior número de casos (75.512) e o maior número de óbitos (2.790), no entanto, ocupa a 22^a posição em casos/10 mil (1.112), a 7^a posição em óbitos/10 mil (41,1), e a 11^a posição em letalidade (3,69) entre os 48 municípios do DRS.

O Município menos populoso é Itaóca, um dos formadores do Vale do Ribeira, com 3.328 habitantes, seguido por Ribeira, outro formador do Vale. Itaóca é o antepenúltimo colocado em número de casos (284), o 42º em número de óbitos (8) e, 23º em letalidade (2,81). No que se refere aos casos/10 mil, ocupa a 38^a posição (853,4). Já em relação aos óbitos por/10 mil, ocupa a 30^a posição (24). A letalidade é da ordem de 2,81, representando a 23^a posição entre os 48.

Considerando-se em termos de valores médios a população está em torno de 52.795; número de casos (5.631); e o número de óbitos (174) por município.

Os municípios deste departamento que compõem o Vale do Ribeira estão destacados na primeira parte da tabela, e aqui reproduzidos separadamente para análise mais aprofundada.

Tabela 17 - Departamento Regional de Saúde de Sorocaba - municípios do Vale do Ribeira

Departamento Regional de Saúde de Sorocaba						
Município	População	casos	casos/10 mil	óbitos	óbitos/10 mil	Letalidade
Apiaí	24.374	1.732	710,6	86	35,3	4,97
Barra do Chapéu	5.724	434	758,2	5	8,7	1,15
Itaoca	3.328	284	853,4	8	24,0	2,81
Itápirapuã Paulista	4.241	554	1.306,3	4	9,4	0,72
Ribeira	3.340	441	1.320,4	4	12,0	0,91
Tapiraí	7.807	846	1.083,6	10	12,8	1,18
TOTAIS	48.814	4.291	879,1	117	23,97	2,73

Fonte: Elaborada pelo autor a partir dos dados fornecidos pela Fundação SEADE - 02/09/21

Comparando as duas tabelas é possível perceber que os municípios de departamento que integram o Vale do Ribeira apresentam melhores resultados nos três indicadores considerados.

DRS DE SOROCABA - RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO, NÚMERO DE CASOS E CASOS/10 MIL



De acordo com a linha de tendência do número de casos, Apiaí, Barra do chapéu e Itaóca, nesta ordem, são os que apresentam os melhores resultados, facilmente verificáveis pelos valores da curva do número de casos por 10 mil (710, 758 e 853 respectivamente). Tapiraí, Itapirapuã Paulista e Ribeira (1.083, 1.306 1.320 casos por 10.000, respectivamente) fecham a sequência. A diferença entre os dados do primeiro e do último colocado chega a 610, valor expressivo a ser considerado.

A título de esclarecimento, o número de casos/10 mil, superior ao número de casos absolutos observados no gráfico acima, decorre do fato dos municípios, à exceção de Apiaí, apresentarem dado populacional inferior a 10 mil habitantes.

DRS DE SOROCABA - RELAÇÃO ENTRE NÚMERO DE CASOS E CASOS/10 MIL

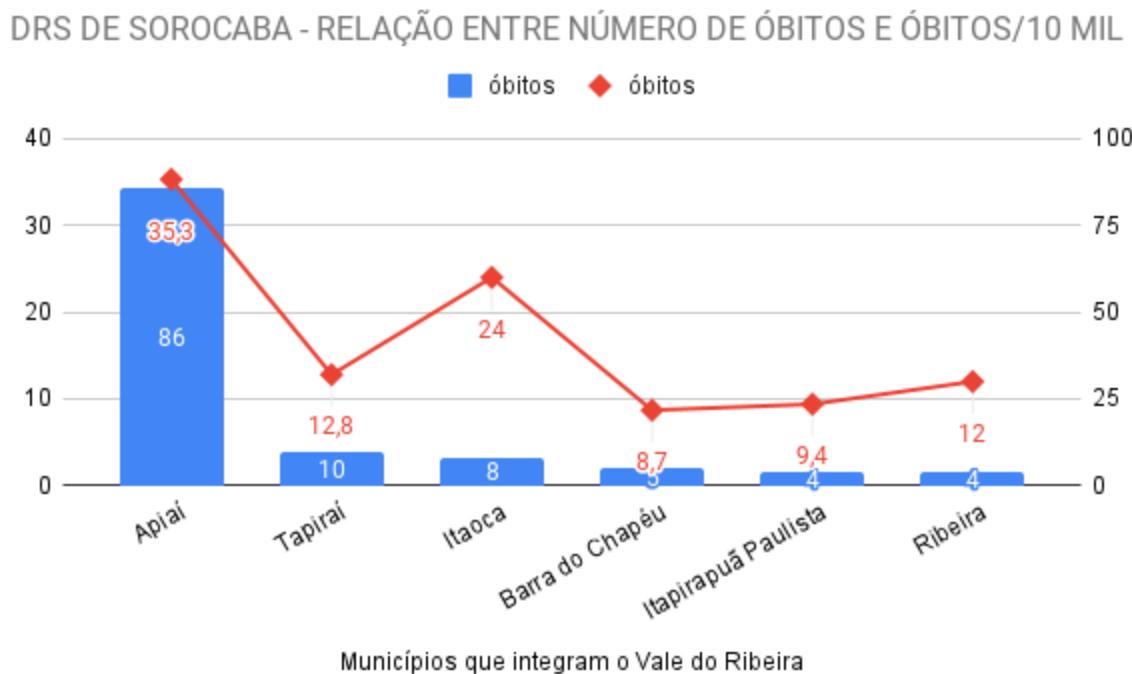


Neste gráfico, a leitura do número de casos deve ser feita no eixo direito e o de casos/10 mil, no esquerdo. Destaca-se a relação entre o número de casos e casos/10 mil, independente do dado populacional por município. A informação que pode ser extraída refere-se ao número de casos que cada município apresentaria, caso sua população fosse de 10.000 habitantes, a partir do número de casos absolutos apresentados.

DRS DE SOROCABA - RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO, NÚMERO DE ÓBITOS E ÓBITOS/10 MIL

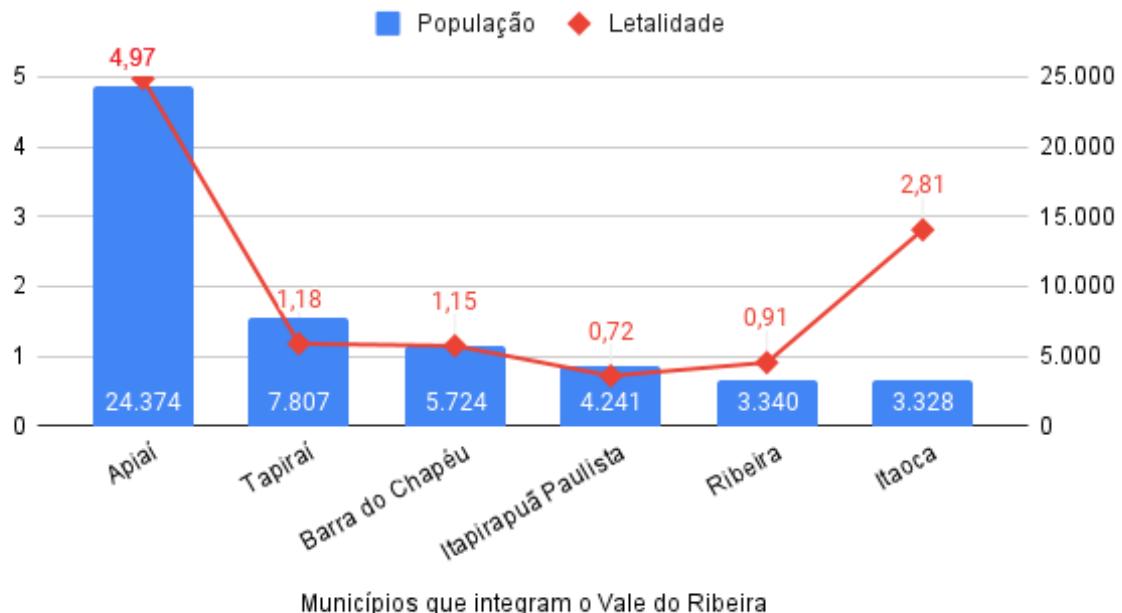


Relativo ao número de óbitos, verifica-se uma ligeira inclinação a partir de Itapirapuã Paulista, acentuando-se substancialmente em Itaóca que, com população similar à de Ribeira, apresenta o dobro do número de óbitos por 10.000, ficando em situação mais favorável apenas que a de Apiaí neste indicador.



Outro gráfico que relaciona valor absoluto *versus* relativo, conforme visto no exemplo do penúltimo gráfico, alterando apenas a variável (número de óbitos absolutos e número de óbitos/10 mil). Neste gráfico, o número de óbitos é lido no eixo direito e o número de óbitos/10 mil, no eixo esquerdo.

DRS DE SOROCABA - RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO E LETALIDADE



De modo geral, a correlação entre população e letalidade é baixa, tendo em vista que elas não se relacionam diretamente. Nesse caso, coincidentemente, a região central da curva acompanha a linha de tendência da população, ainda que haja pequenas oscilações para mais ou para menos. Essa regularidade é quebrada justamente pelos municípios com maior e menor população: Apiaí, com letalidade de 4,97 e Itaóca, com letalidade de 2,81. Os quatro municípios intermediários apresentam o índice de aproximadamente 1,0 +/- 0,3 (índice 1,0, com variação de 0,3 para mais ou para menos).

Para dados sobre os demais municípios do departamento, consulte o APÊNDICE A.

Tabela 18 - Departamento de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo

Departamento de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo						
Município	População	casos	casos/ 10 mil	óbitos	óbitos/ 10 mil	Letalidade
Juquitiba	31.444	1772	563,5	75	23,9	4,23
S. Lourenço da Serra	15.825	685	432,9	37	23,4	5,40
Arujá	89.824	8.249	918,4	331	36,8	4,01
Barueri	274.182	33.764	1.231,4	1.135	41,4	3,36
Biritiba Mirim	32.598	1.512	463,8	101	31,0	6,68
Caieiras	101.470	9.439	930,2	321	31,6	3,40
Cajamar	76.801	5.321	692,8	232	30,2	4,36
Carapicuíba	400.927	32.758	817,1	1.117	27,9	3,41
Cotia	249.210	15.613	626,5	630	25,3	4,04
Diadema	423.884	26.033	614,2	1.348	31,8	5,18
Embu das Artes	273.726	10.511	384,0	598	21,8	5,69
Embu-Guaçu	69.385	5.029	724,8	212	30,6	4,22
Ferraz de Vasconcelos	194.276	10.236	526,9	481	24,8	4,70
Francisco Morato	175.844	11.720	666,5	434	24,7	3,70
Franco da Rocha	154.489	12.931	837,0	387	25,1	2,99
Guararema	29.798	2.161	725,2	97	32,6	4,49
Guarulhos	1.379.182	62.435	452,7	4.822	35,0	7,72
Itapecerica da Serra	175.693	8.026	456,8	451	25,7	5,62
Itapevi	237.700	12.731	535,6	685	28,8	5,38
Itaquaquecetuba	370.821	19.836	534,9	977	26,3	4,93
Jandira	124.937	7.792	623,7	310	24,8	3,98

Mairiporã	100.179	6.698	668,6	228	22,8	3,40
Mauá	472.912	31.530	666,7	1.500	31,7	4,76
Mogi das cruzes	445.842	32.598	731,2	1.621	36,4	4,97
Osasco	698.418	45.177	646,8	2.558	36,6	5,66
Pirapora do Bom Jesus	18.895	1.621	857,9	21	11,1	1,30
Poá	117.452	8.819	750,9	385	32,8	4,37
Ribeirão Pires	123.393	8.896	720,9	347	28,1	3,90
Rio grande da Serra	50.846	2.171	427,0	84	16,5	3,87
Salesópolis	17.139	649	378,7	53	30,9	8,17
Santa Isabel	57.386	6.124	1.067,2	252	43,9	4,11
Santana de Parnaíba	139.447	15.118	1.084,1	365	26,2	2,41
Santo André	718.773	65.067	905,3	3.023	42,1	4,65
São B. do Campo	838.936	74.507	888,1	3.220	38,4	4,32
São Caetano do Sul	161.127	19.560	1.213,9	904	56,1	4,62
São Paulo	12.252.023	944.963	771,3	37.219	30,4	3,94
Suzano	297.637	23.181	778,8	928	31,2	4,00
Taboão da Serra	289.664	18.331	632,8	912	31,5	4,96
Vargem Grande Paulista	52.597	2.665	506,7	110	20,9	4,13
TOTAL	21.734.682	1.606.229	739,01	68.511	31,52	4,27

Fonte: Elaborada pelo autor a partir dos dados fornecidos pela Fundação SEADE

Departamento Regional de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo -
dados gerais: (39 municípios, apenas 02 integram o Vale)

População total - 21.734.362 habitantes

Número de casos acumulados: 1.606.229

Número de óbitos acumulados: 68.511

Número de casos/10 mil: 739,01 (valor calculado)

Número de óbitos/10 mil: 31,52 (valor calculado)

Letalidade: 4,27

O município mais populoso do departamento é a capital paulista, com 12.252.023 habitantes. Apresenta também o maior número de casos (944.963) e o maior número de óbitos (37.219), no entanto, ocupa a 23^a posição em casos/10 mil (771,30), a 20^a posição em óbitos/10 mil (30,4), e a 29^a posição em letalidade (3,94), considerando-se os 39 municípios do departamento.

O Município menos populoso é São Lourenço da Serra, um dos formadores do Vale do Ribeira, com 15.825 habitantes, o 38º em número de casos (685), o 35º em número de óbitos (37) e, 7º em letalidade (5,4). No que se refere aos casos/10 mil, ocupa a 37^a posição (432,9). Já em relação aos óbitos/10 mil, ocupa a 34^a posição (23,4).

Salesópolis possui a 2^a menor população, a 2^a menor taxa de casos/10 mil, o 3º menor número de óbitos absolutos e o 22º lugar em óbitos/10 mil. Apresenta, contudo, a maior letalidade do departamento, provavelmente em função da subnotificação de casos. Outro município que merece destaque é São Caetano do Sul, que apresenta o 2º maior número de casos/10 mil (1.213,90) e o segundo maior número de óbitos/10 mil. Isto se deve à estrutura etária da população do município, que apresenta um grande número de idosos e, consequentemente, mais vulneráveis. Outro detalhe importante é que este departamento apresenta os 3 maiores índices de letalidade da amostra: Salesópolis, com 8,17, Guarulhos, 7,72 e Biritiba Mirim, 6,68.

Considerando-se em termos de valores médios a população do departamento é de aproximadamente de 557.300; número de casos (41.185); e o número de óbitos (1.757) por município.

Os municípios deste departamento que compõem o Vale do Ribeira estão destacados na primeira parte da tabela, e aqui produzidos separadamente para análise mais aprofundada.

Tabela 19 - Departamento de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo

Departamento de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo						
Município	População	casos	casos/10 mil	óbitos	óbitos/10 mil	Letalidade
Juquitiba	31.444	1772	563,5	75	23,9	4,23
S. Lourenço da Serra	15.825	685	432,9	37	23,4	5,40
TOTAIS	47.269	2.457	519,79	112	23,69	4,59

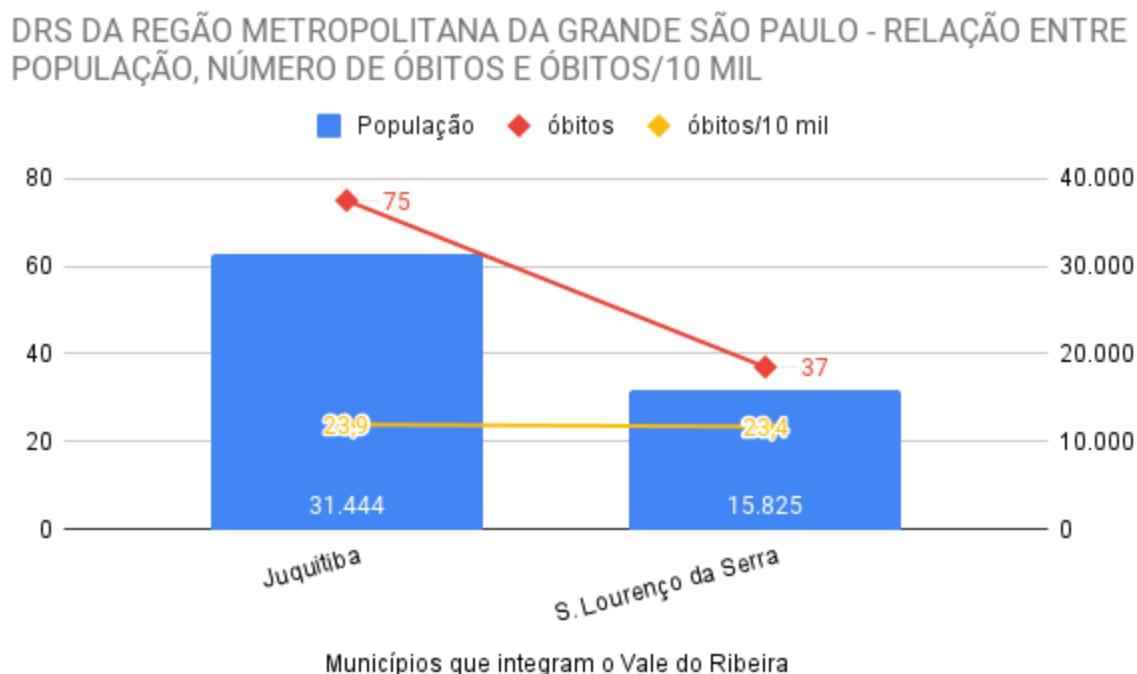
Fonte: Elaborada pelo autor a partir dos dados fornecidos pela Fundação SEADE

Comparando os dados dos dois municípios com os demais na Região Metropolitana notamos que o número de casos/10 mil (519,79) é menor que a média da região (739,01), assim como o número de óbitos/10 mil (23,69) contra 31,52 na média dos demais. Por outro lado, o índice de letalidade (4,59) é maior que a média (4,27).

DRS DA REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE SÃO PAULO - RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO, NÚMERO DE CASOS E CASOS/10 MIL

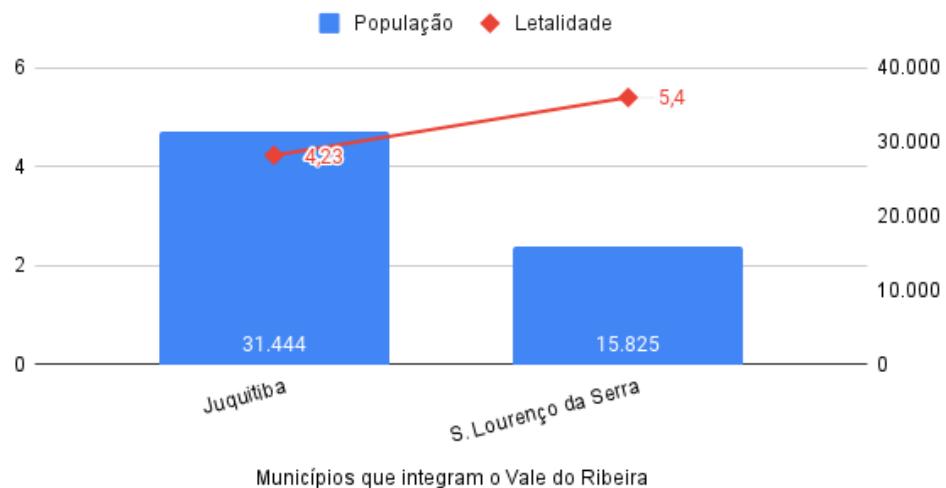


O gráfico é auto explicativo: o declive acentuado na reta do número de casos absolutos é justificada pela maior proporção no número de casos verificados em Juquitiba, situação que fica mais clara quando se observa o número de casos por 10.000.



Neste caso específico, os dois municípios guardam proporção muito similar. Juquitiba tem aproximadamente o dobro da população de São Lourenço, o dobro do número de óbitos, e praticamente o mesmo índice de mortalidade (linha amarela do gráfico praticamente paralela ao eixo horizontal). Os dados referentes aos demais municípios podem ser consultados no APÊNDICE A

DRS DA REGÃO METROPOLITANA DA GRANDE SÃO PAULO - RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO LETALIDADE



Em relação à letalidade, São Lourenço da Serra apresenta um valor bem mais alto, mais uma vez mostrando a falta de correlação deste indicador e a população.

Tabela 20 - Municípios do Vale do Ribeira no estado do Paraná

município	população	casos	casos/10 mil	óbitos	óbitos/10 mil	letalidade
Adrianópolis	5.919	1.417	2.394,0	29	49,0	2,05
Bocaiúva do Sul	12.944	2.178	1.682,6	27	20,9	1,24
Campina Grande do Sul	44.072	5.994	1.360,0	184	41,75	3,07
Cerro Azul	17.779	1.472	827,9	50	28,1	3,40
Doutor Ulysses	5.580	361	647,0	8	14,3	2,22
Guaraqueçaba	7.554	760	1.006,09	19	25,15	2,50
Itaperuçu	28.634	3.889	1.358,2	121	42,3	3,11
Rio Branco do Sul	32.397	5.679	1.752,9	158	48,8	2,78
Tunas do Paraná	8.769	788	898,6	22	25,1	2,79
TOTAL	163.648	22.538	1.377,22	618	37,76	2,74

Fonte: Elaborada pelo autor a partir dos dados fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Paraná(SESA)

O quarto grupo considerado neste estudo é formado pelos municípios que integram o Vale do Ribeira no estado do Paraná.

Municípios do Vale do Ribeira no Paraná - dados gerais: (09 municípios)

População total - 163.648 habitantes

Número de casos acumulados: 22.538

Número de óbitos acumulados: 618

Número de casos/10 mil: 1.377,22 (valor calculado)

Número de óbitos/10 mil: 37,76 (valor calculado)

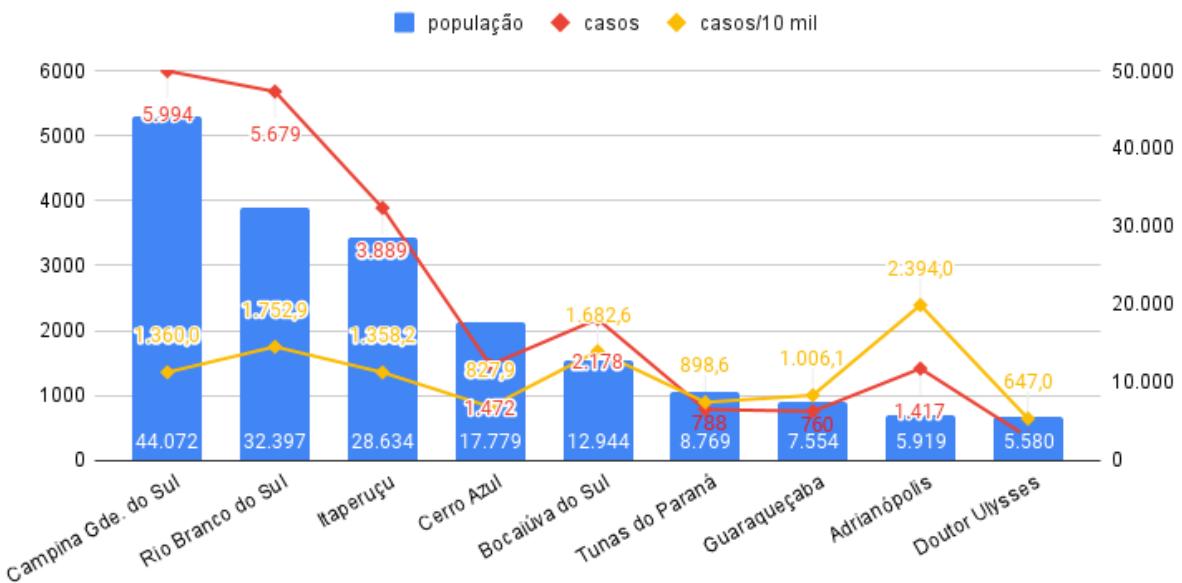
Letalidade: 2,74

O município mais populoso do grupo é Campina Grande do Sul, com 44.072 habitantes. Apresenta também o maior número de casos (5.994) e o maior número de óbitos (184), no entanto, ocupa a 4^a posição em casos/10 mil (1.360), a mesma posição em óbitos/10 mil (41,75), e a 3^a maior taxa de letalidade (3,07).

O Município menos populoso é Doutor Ulysses, com 5.580 habitantes, que apresenta também os menores índices em quase todos os indicadores entre os 9 municípios considerados: número de casos (361), número de óbitos (8), casos/10 mil (647) e óbitos/10 mil (14,3). A exceção fica por conta da taxa de letalidade (2,22), a terceira menor entre os nove municípios.

Considerando-se em termos de valores médios a população está em torno de 18.183; número de casos (2.504); e o número de óbitos (68,7) por município.

MUNICÍPIOS DO PARANÁ: RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO, NÚMERO DE CASOS E CASOS/10 MIL

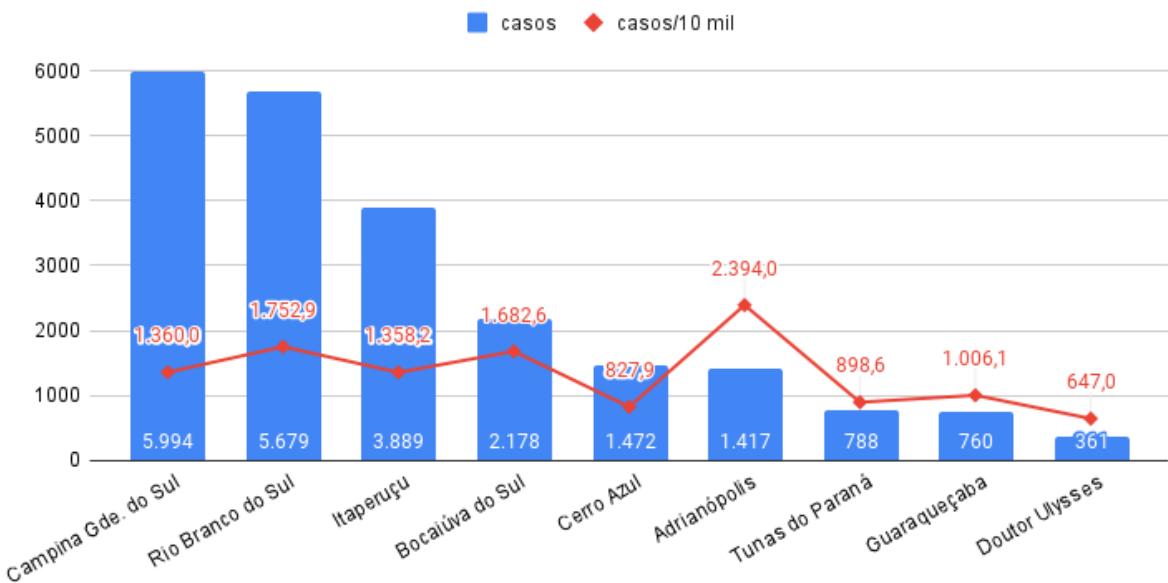


A relação entre população, número de casos absolutos e de casos/10 mil apresenta grandes variações, como destaque para o grande número de casos em Adrianópolis, Rio Branco do Sul e Bocaiúva do Sul. Em Adrianópolis, o número de casos/10 mil chega a 2.394. Mesmo quando considerado em termos absolutos, a incidência de casos no município é da ordem de 24% da população total.

Acima de 1.500 casos/10 mil temos Rio Branco do Sul e Bocaiúva do Sul. Segue-se a estes um bloco de municípios com valores entre 1.000 e 1360 casos/10 mil. O último bloco é formado por três municípios que apresentam valores entre 647 e 898 casos/10 mil.

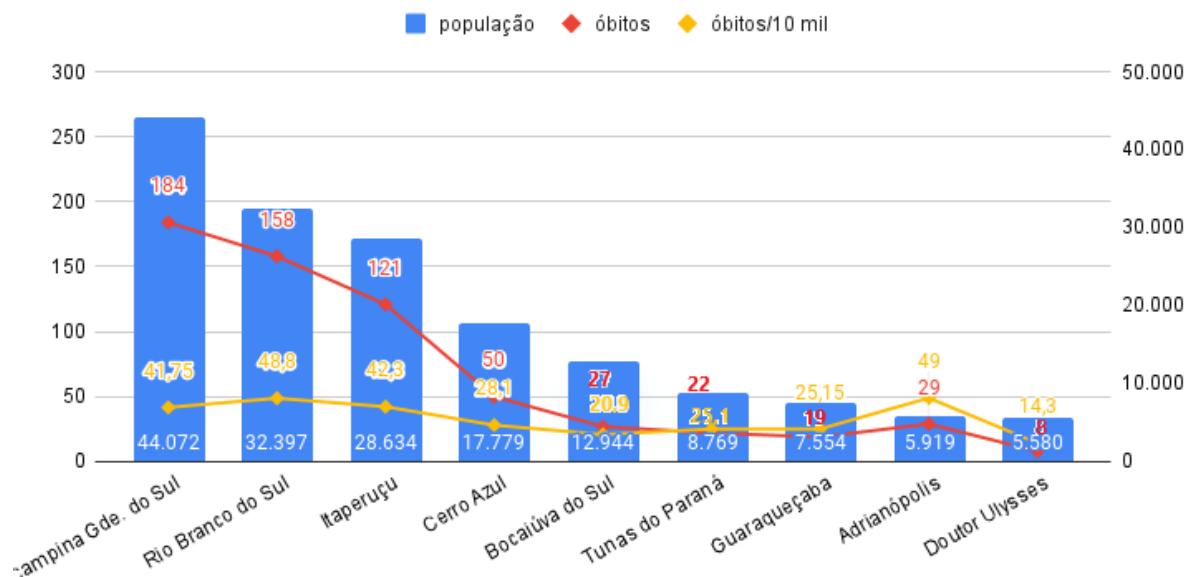
Como dito anteriormente, Campina Grande do Sul é o município mais populoso mas apresenta apenas o quarto maior número de casos, com peso bastante significativo para os valores totais do grupo, principalmente por se tratar de um município que não possui nenhuma comunidade quilombola.

MUNICÍPIOS DO PARANÁ: RELAÇÃO ENTRE NÚMERO DE CASOS E CASOS/10 MIL



Relativo ao número de casos absolutos e casos/10 mil, este gráfico destaca a informação do anterior, mostrando um pico bastante elevado em Adrianópolis, e dois menores, em Rio Branco do Sul e Bocaiúva do Sul.

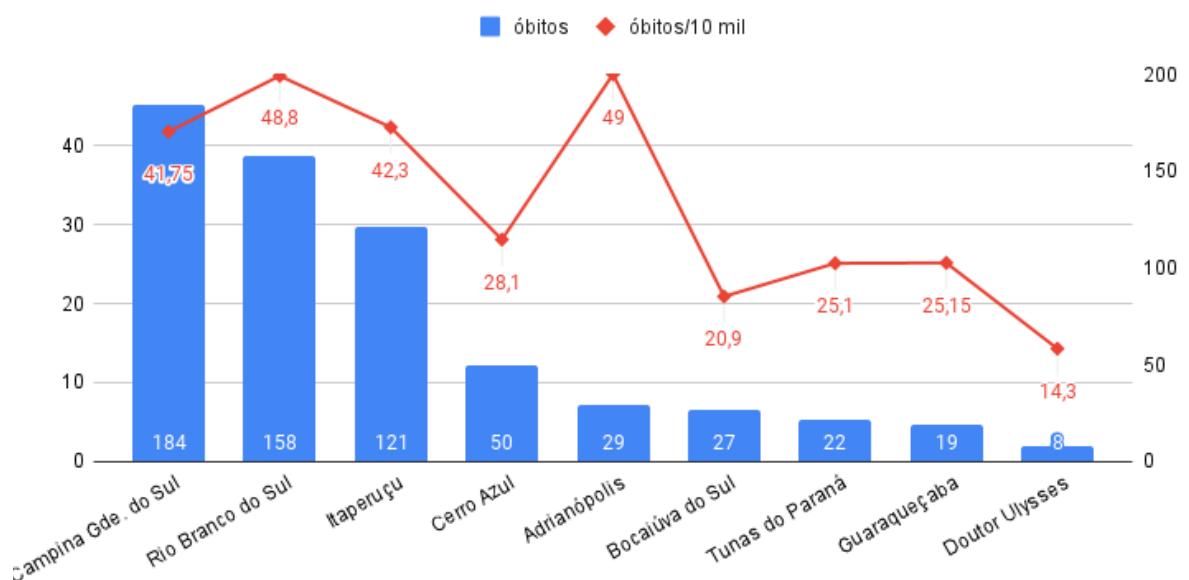
MUNICÍPIOS DO PARANÁ: RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO, NÚMERO DE ÓBITOS E ÓBITOS/10 MIL



Quanto ao número de óbitos absolutos em relação à população merece destaque a situação de Adrianópolis em relação a Doutor Ulysses, ambos com população da mesma ordem de grandeza, enquanto o primeiro apresentou 29 óbitos, o segundo apresentou apenas 8. Situação similar é observada em relação aos óbitos/10 mil (49,0 e 14,3 respectivamente). Aqui, observa-se também uma pequena variação para mais em relação a Tunas do Paraná. Os três municípios mais populosos apresentaram taxa de mortalidade acima de 40/10 mil.

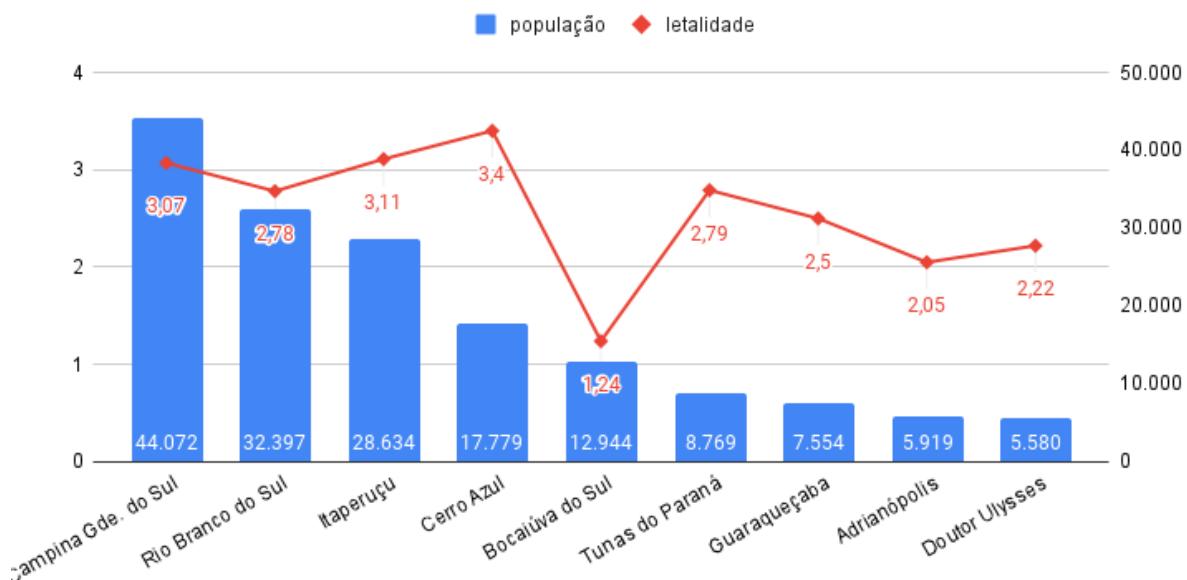
O próximo gráfico, que relaciona o número de óbitos e óbitos/10 mil, evidencia a informação anterior. Para que a leitura ficasse mais evidente, plotamos a variável número de óbitos, neste gráfico, no eixo direito.

MUNICÍPIOS DO PARANÁ: RELAÇÃO ENTRE NÚMERO DE ÓBITOS E ÓBITOS/10 MIL



Nele, observa-se a discrepância no número de óbitos/10 mil, relativo a Adrianópolis, em relação aos municípios de menor número absoluto de óbitos (Adrianópolis: óbitos/10 mil, 49; Doutor Ulysses, 14,3), bem como os valores elevados em relação aos três municípios com maior número de casos.

MUNICÍPIOS DO PARANÁ: RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO E LETALIDADE



Mais uma vez observa-se que o índice de letalidade não guarda qualquer proporção seja com a população, seja com mortalidade (representada por óbitos/10 mil).

3.3 - Comparação entre os quatro grupos de municípios do Vale do Ribeira sobre a COVID-19.

Nesta parte final, comparamos os dados dos quatro grupos considerados em sua totalidade e, na sequência, levando em conta apenas os municípios que integram o Vale do Ribeira, finalizando com os dados das comunidades.

Relativo a informações sobre leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) devem ser feitas algumas ponderações. De acordo com a Resolução nº 2.271/202³⁸ do Conselho Federal de Medicina (CFM), as UTIs podem ser classificadas em dois tipos, conforme o nível de atenção que atendem e o grau de complexidade de recursos humanos e tecnológicos que oferecem:

³⁸

Disponível

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.271-de-14-de-fevereiro-de-2020-253606068>

em:

- Tipo III: atendem a pacientes que necessitam de nível de atenção muito alto.
- Tipo II: atendem a pacientes que necessitam de nível de atenção alto.
- As Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) ou unidade semi-intensiva destinam-se a pacientes com risco moderado de desenvolver falência aguda de órgãos ou que estejam se recuperando de condições mais críticas, mas que requerem intensidade de cuidados superior ao que é oferecido nos leitos de enfermaria. Tanto as UTIs quanto as UCIs podem ser mistas, quando admitem pacientes clínicos e/ou cirúrgicos de várias especialidades, ou especializadas, quando concentram pacientes de uma única especialidade (coronariano, queimados, etc). Podem ser classificadas ainda quanto à faixa etária dos pacientes em neonatal, pediátrica e adulta. Portanto, para finalidade estatísticas é possível uma série de arranjos, que podem não refletir, necessariamente, as demandas do local, apesar de estar dentro dos parâmetros recomendados.

Para efeito de quantificação do número de leitos, são utilizados alguns critérios citados acima: leitos clínico-cirúrgicos (enfermaria) e complementares (UTI e UCI). Os leitos complementares, quando habilitados pelo Ministério da Saúde, passam a ser chamados de leitos SUS. Leitos complementares não SUS são aqueles não utilizados no âmbito dos SUS (hospitais e rede privada), ou utilizado no âmbito do SUS mas não habilitado pelo Ministério da Saúde (hospitais públicos ou privados).

A OMS e o Ministério da Saúde, recomendam a relação de 1 a 3 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes como sendo a ideal(ou 10 a 30 para cada 100 mil). Esta relação, no Brasil, era de 2,6 leitos/10 mil habitantes. Esses parâmetros, assim como o índice observado no Brasil, correspondem ao período pré-pandemia.

A partir do momento em que a pandemia recrudesceu no país, houve a necessidade de criação de novos leitos em todos os equipamentos de saúde que atendiam a este nível de complexidade, uma vez que os leitos complementares do sistema público de saúde, em diversas localidades, sequer eram suficientes para os

casos regulares uma vez que, nem todo leito existente está habilitado. Para o tratamento de pacientes com covid 19, é exigido leito específico com suporte ventilatório e outros equipamentos, conforme modelo do ANEXO D. Grande parte dos hospitais que possuíam leitos de UTI tiveram que habilitar boa parte deles para tratamento exclusivo de casos graves de COVID-19. Além desses, novos leitos foram criados por meio de convênios com os governos estaduais, e quando houve saturação completa da rede, os municípios montaram hospitais de campanha para tentar atenuar a situação.

De acordo com os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o Brasil tinha, em junho de 2020, aproximadamente 46.000 leitos, sendo 19.825 exclusivos de UTI COVID-19, assim distribuídos: 19.117 UTI tipo II - adultos, e 708 pediátricos. Desse total, 8.764 eram leitos SUS e 11.061, leitos não SUS. Já a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) encontrou valores bem mais altos para o mesmo período: 54.457 leitos existentes, sendo 25.564 leitos SUS e 29.158 leitos não SUS, o que revela uma grande flutuação na quantidade de leitos habilitados, sobretudo, em virtude da pandemia de COVID-19

Em São Paulo, os dados de leitos complementares totais informados pela AMIB são de 14.387 leitos existentes, sendo 6.341 leitos SUS e 8.046 leitos não SUS. os valores encontrados pelo CNES no mesmo período para o estado são de 5.133 leitos de UTI COVID, sendo 4.995 leitos adultos e 138 pediátricos. Desse total, 2.052 são leitos SUS e 2.056 não SUS. O portal de notícias G1 de Santos e região informa que o número de UTIs do SUS no estado de São Paulo praticamente triplicou do início da pandemia até 01 de junho de 2021, saltando de 3,5 mil para mais de 10 mil. A expansão ocorreu também ocorreu no Vale do Ribeira, onde o número saltou de 19 para 53 leitos de UTI, além da ativação de 76 leitos clínicos exclusivos para assistência a pacientes com Covid-19³⁹

De acordo com informações divulgadas pela Secretaria Estadual de Saúde, por meio do **Plano São Paulo**, em maio de 2020, o número de leitos exclusivos de

³⁹Disponível

em:

<https://g1.globo.com/sp/santos-regiao/mais-saude/noticia/2021/06/01/vale-do-ribeira-tem-100percent-dos-leitos-de-uti-de-covid-19-adulto-ocupados-diz-drs.ghtml>

UTI para casos de COVID-19 no estado era de 20,9 para cada 100 mil habitantes. Para os DRS de nosso interesse, os números são os seguintes:

- DRS da RM da Grande São Paulo:
 - Capital - 30,5/100 mil habitantes
 - Microrregião Leste - 16,1/100 mil habitantes
 - Microrregião Norte - 19,8/100 mil habitantes
 - Microrregião Oeste - 19,0/100 mil habitantes
 - Microrregião Sudeste - 30,5/100 mil habitantes
 - Microrregião Sudoeste - 10,3/100 mil habitantes
- DRS de Registro: 10,7/100 mil habitantes
- DRS de Sorocaba: 9,8/100 mil habitantes
- A informação referente ao estado do Paraná⁴⁰ é de 18 leitos/100 mil habitantes.

Em setembro de 2021, os dados informados pela Fundação SEADE foram os seguintes:

- São Paulo (estado) - 18,5
- Reg. Metr. Grande SP - 18,0
- DRS de SOROCABA - 14,0
- DRS de REGISTRO - 15,8
- PARANÁ (estado) - 18,0

Convém salientar que manter um leito habilitado representa custo para o sistema e só se justifica se o mesmo for extremamente necessário. Não por acaso, os hospitais de campanha tiveram duração de cerca de três meses. Mesmo os leitos existentes nos hospitais podem ser desativados por certo tempo caso não estejam em uso. Isso explica, em parte, as divergências encontradas nos dados fornecidos por fontes diferentes. Outras são muito grandes e podem ter ocorrido no processo de obtenção dos dados.

⁴⁰ <https://www.saude.pr.gov.br/Noticia/Parana-tem-1723-leitos-exclusivos-para-pacientes-de-Covid-19>

O sistema de gerenciamento da saúde no Vale do Ribeira é feito pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ribeira e Litoral Sul (CONSAÚDE)⁴¹. Criado em 1989, inicialmente como o Consórcio de Desenvolvimento Intermunicipal do Vale do Ribeira e Litoral Sul (CODIVAR), em 2001 desmembra-se desta organização, de caráter mais geral, voltado para a economia e desenvolvimento, para se dedicar com exclusividade à saúde.

Trata-se de uma organização ligada à Secretaria de Saúde do Estado e é constituída por uma assembleia geral, constituída pelos 15 prefeitos do DRS de Registro, mais os prefeitos de Apiaí, Itaóca e Tapiraí, do DRS de Sorocaba, e de Itanhaém, do DRS da Baixada Santista. A estrutura administrativa é formada, além da assembleia geral, por um presidente, superintendente, diversos conselhos, e uma diretoria.

As unidades administradas pelo consórcio são descritas abaixo:

- HRLB (Hospital Regional Doutor Leonardo Bevílaqua) - Localizado no município de Paríquera-Açu, possui ao todo, 1013 funcionários entre técnicos e operacionais. Trata-se da estrutura ampliada do antigo Hospital Regional do Vale do Ribeira e é o hospital de referência para a região e atende boa parte das demandas da Rodovia Régis Bittencourt. A unidade possui atualmente:
 - 10 leitos uti covid
 - 09 leitos uti geral
 - 14 leitos uti neonatal
 - 01 UTI móvel
 - 12 leitos enfermaria covid
- CAR (Complexo Ambulatorial Regional) - Localizado no município de Registro, onde são realizados os atendimentos ambulatoriais de diversas especialidades. Conta com 40 funcionários.

⁴¹<https://www.consaude.org.br/wp-content/uploads/2021/02/RELAT%C3%93RIO-CONSA%C3%93ADE-2020.pdf>

- Laboratório Regional - Também localizado em Registro, faz parte da Divisão de Laboratórios Regionais do Instituto Adolf Lutz. Realiza exames laboratoriais clínicos e conta com 25 funcionários
- (HRJR) - Hospital Regional Jorge Rossmann, localizado em Itanhaém, possui 94 leitos, dos quais 52 de internação, 10 de UTI geral, 10 de UTI neonatal, 19 leitos na maternidade e três leitos de pré-parto humanizado. Atende aos municípios de Mongaguá, Itanhaém, Peruíbe, Itariri e Pedro de Toledo.
- (CEFORH) - Centro Formador de Recursos Humanos - mantido pela Secretaria de Educação, destina-se à formação, capacitação e treinamento do quadro de pessoal da saúde.

A região possui diversos outros equipamentos de saúde, tanto públicos como privados. Alguns deles são apontados de forma resumida na sequência.

- Serviço de Atendimento às Urgências (SAMU)
- Hospital Regional de Registro - construído pelo governo do Estado, é mantido por uma instituição filantrópica. Mantém 86 leitos, dos quais 10 de UTI adultos e 10 pediátricos.
- Hospital São João, pertencente à rede privada, localizado em Registro, integrou o consórcio de 2003 a 2010)
- Hospital e Maternidade São José - Localizado em Registro, pertence à rede privada e atende diversas especialidades médicas.

No DRS de Registro, ao todo, são 40 leitos de UTI adulto para atender à rede pública do Vale do Ribeira, composta por 15 cidades⁴².

Na região do Alto Vale, que concentra os municípios do DRS de Sorocaba, o principal equipamento é o (HRA) - Hospital Regional de Apiaí “Dr. Adhemar de Barros” que, juntamente com a Estratégia de Saúde da Família de Ribeirão Branco, formam a Associação Beneficente de Apiaí e prestam atendimento de média complexidade, abrangendo a maioria dos municípios do DRS de Sorocaba no Vale: Apiaí, Itaóca, Barra do Chapéu, Itapirapuã Paulista e Ribeira. Possui 30 leitos de enfermaria. O município de Apiaí celebrou recentemente, convênio de cooperação técnica com a Santa Casa de Misericórdia de Itapeva.

A cidade de Sorocaba, que é a sede do DRS de mesmo nome, tem um total de 70 leitos de UTI, sendo 10 no Conjunto Hospitalar, 30 na Santa Casa e outros 30 no novo Hospital Regional de Sorocaba “Dr. Adib Domingos Jatene”⁴³. De acordo com informações da Secretaria de Saúde ao portal de notícias G1 - Sorocaba e Jundiaí, a Santa Casa de Misericórdia da Cidade tem 20 leitos de UTI e dez leitos de enfermaria.

O estado Paraná possui 1.723 leitos hospitalares exclusivos para pacientes com Covid-19 sendo 549 leitos de UTI adulto, 37 leitos de UTI pediátricos e 1.137 de enfermaria, dos quais 67 pediátricos. A macrorregião Leste, a maior das quatro em que está dividido o estado, e onde estão situados os municípios do Vale do Ribeira paranaense possui um total de 669 leitos - 282 de UTI e 387 de enfermaria⁴⁴. Dos nove municípios que fazem parte do Vale Ribeira, o único que possui hospital com vagas de UTI é Campina Grande do Sul. No entanto, vários municípios vizinhos dispõem de boa estrutura: Paranaguá, Curitiba, Campo Largo e Castro, entre outros.

⁴² Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/santos-regiao/mais-saude/noticia/2021/03/24/vale-do-ribeira-tem-ocupacao-total-de-leitos-covid-19-e-idoso-morre-aguardando-vaga.ghtml>.

⁴³ Disponível em: <https://www.smetal.org.br/imprensa/rede-publica-de-saude-em-sorocaba-tem-100-das-vagas-uti-OCUPadas/20200622-161244-I855>

⁴⁴ Disponível em: <https://www.coronavirus.pr.gov.br/Campanha/Pagina/Transparencia-Leitos-SUS-para-COVID#planilha>

Tabela 21 - Análise comparativa dos dados da COVID-19 entre os quatro grupos para todos os municípios

Grupo	População	Casos	Casos/10 mil	Óbitos	Óbitos/10 mil	LETALIDADE
Municípios no Paraná	163.648	22.538	1.377,22	618	37,76	2,74
DRS de Registro	284.509	30.746	1080,60	882	31,00	2,87
DRS de Sorocaba	2.534.157	270.277	1.066,54	8.346	32,93	3,09
DRS RM Grande SP	21.734.682	1.606.229	739,01	68.511	31,52	4,27
TOTAIS	24.524.416	2.132.636	869,60	78.357	31,95	3,67

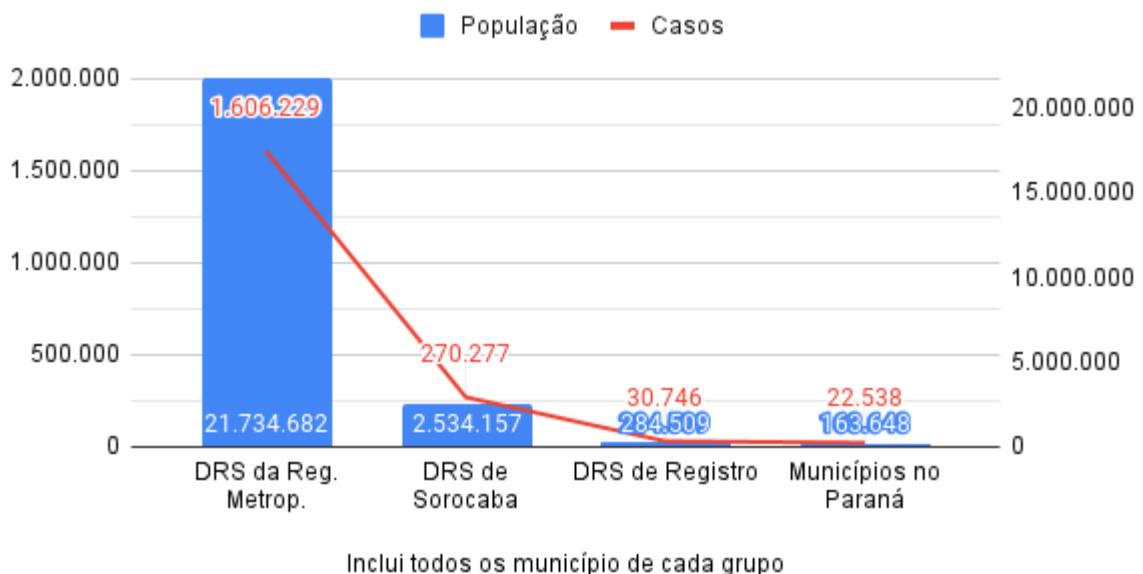
Fonte: Elaborada pelo autor a partir dos dados fornecidos pela Fundação SEADE e SESA-PR

A tabela 21 acima apresenta os dados gerais de população em ordem crescente para todos os municípios de cada um dos grupos/departamentos. No quesito população observa-se que o grupo dos municípios do Vale no Paraná tem uma população equivalente a pouco mais da metade que a do DRS de Registro. Quanto às três DRS do Estado de São Paulo, observa-se um incremento de aproximadamente 10 vezes o valor do grupo imediatamente anterior, considerando a sequência Registro-Sorocaba-Região Metropolitana. Sobre o número casos, a situação é parecida, porém, observa-se um decréscimo proporcional relativamente constante, a partir dos municípios do Paraná, até chegar ao DRS da Região Metropolitana, informação evidenciada pelo número de casos/10 mil (739,01 na Região Metropolitana e 1.377,22 nos municípios do Paraná) conforme apresentado nos dois gráficos abaixo.

A partir dos dados apresentados podemos especular que aqueles grupos nos quais as zonas rurais têm grande importância (dos nove municípios do Paraná, pelo menos cinco tem população predominantemente rural, parte do DRS de Registro e mesmo uma parcela dos municípios do DRS de Sorocaba), apresentam maior propensão para atingir uma determinada proporção - por exemplo, 10% - de contaminação da população que um município com dois milhões de habitantes. Numa população pequena, poucos casos iniciais podem deflagrar a contaminação de um grupo grande de indivíduos de forma que, ainda que o número de casos absolutos seja pequeno, torna-se grande quando considerados relativamente ao tamanho da população. Percentualmente a tabela mostra o número de casos

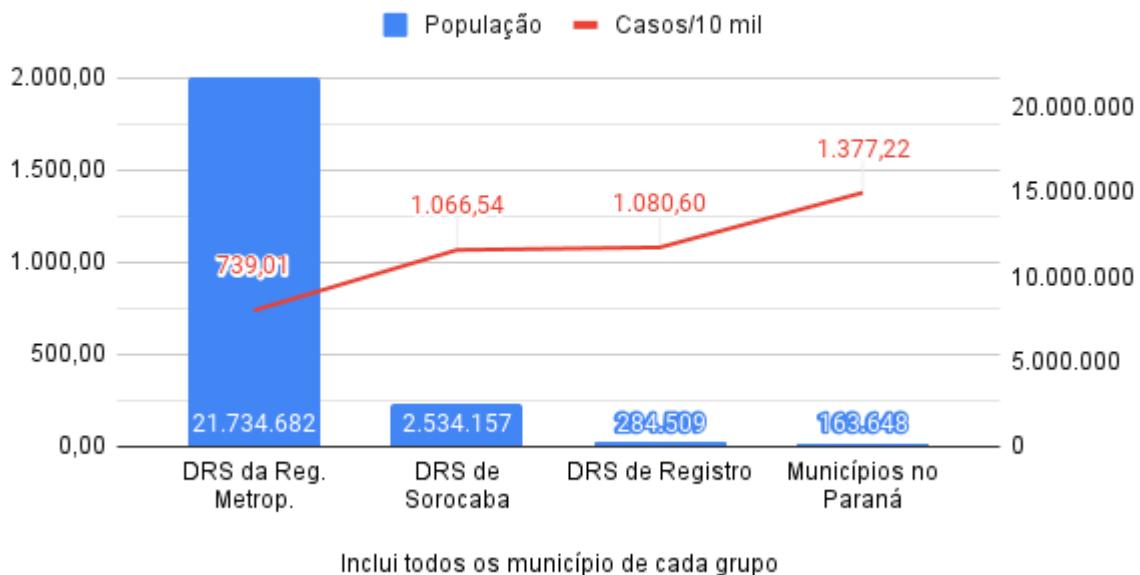
incidentes na população: Municípios do PR (13,8%); Registro (10,8%); Sorocaba (10,7%) e Região Metropolitana (7,4%), valores estes que corroboram com a hipótese descrita acima.

COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS: RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO E NÚMERO DE CASOS



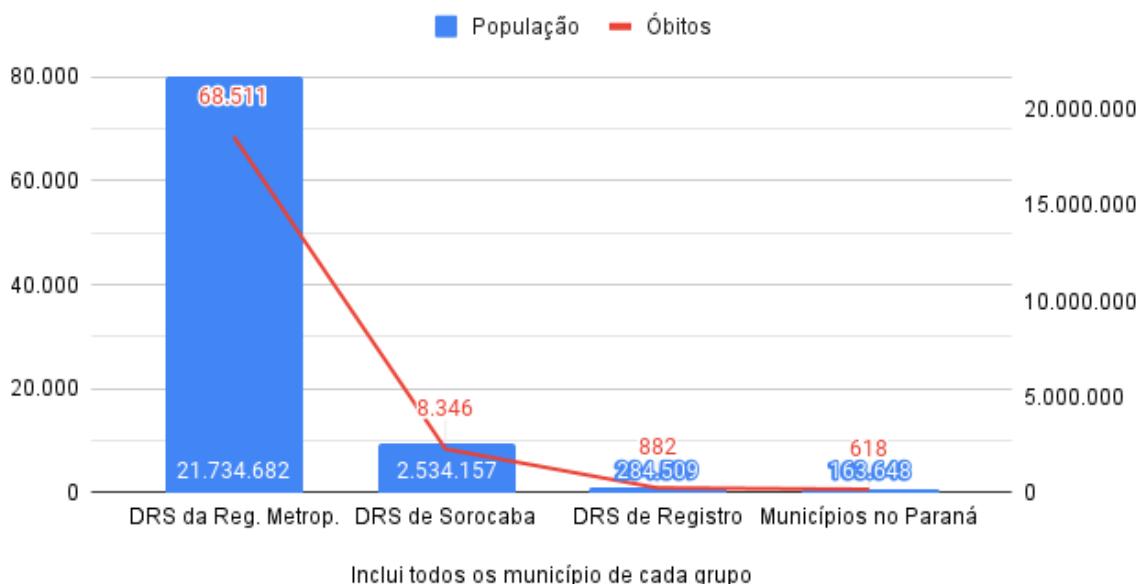
Neste gráfico, em função da escala, só é possível identificar visualmente as informações dos dois primeiros grupos, mas os dados quantitativos ratificam a ideia levantada no último parágrafo da página 116 sobre os efeitos do fator rural/urbano. Neste sentido, o gráfico seguinte, sobre a relação entre população e casos/10 mil não deixam dúvidas: o número de casos/10 mil (ou percentual, se quiserem) no grupo dos municípios do Paraná é praticamente o dobro do valor no DRS da Grande São Paulo.

COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS: RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO E NÚMERO DE CASOS/10 MIL



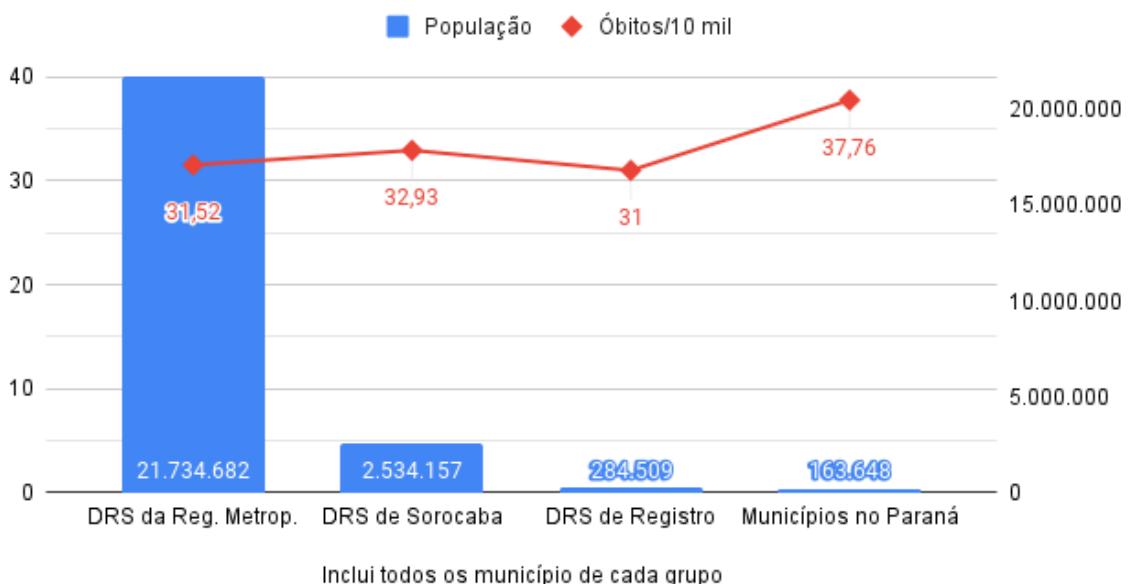
Relativo à situação dos óbitos, observa-se uma alteração significativa na qual o DRS de Registro apresenta a menor taxa de mortalidade (31), valor bem próximo ao da DRS da Região Metropolitana (31,52), e na sequência, Sorocaba e os municípios do Paraná, conforme gráficos apresentados na próxima página: o primeiro mostra a relação entre a população e o número absoluto de óbitos; o segundo mostra o valor relativo, ou mortalidade, ou valor percentual (deslocando a vírgula duas casas decimais à esquerda conforme nota 36 deste trabalho).

COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS: RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO E NÚMERO DE ÓBITOS



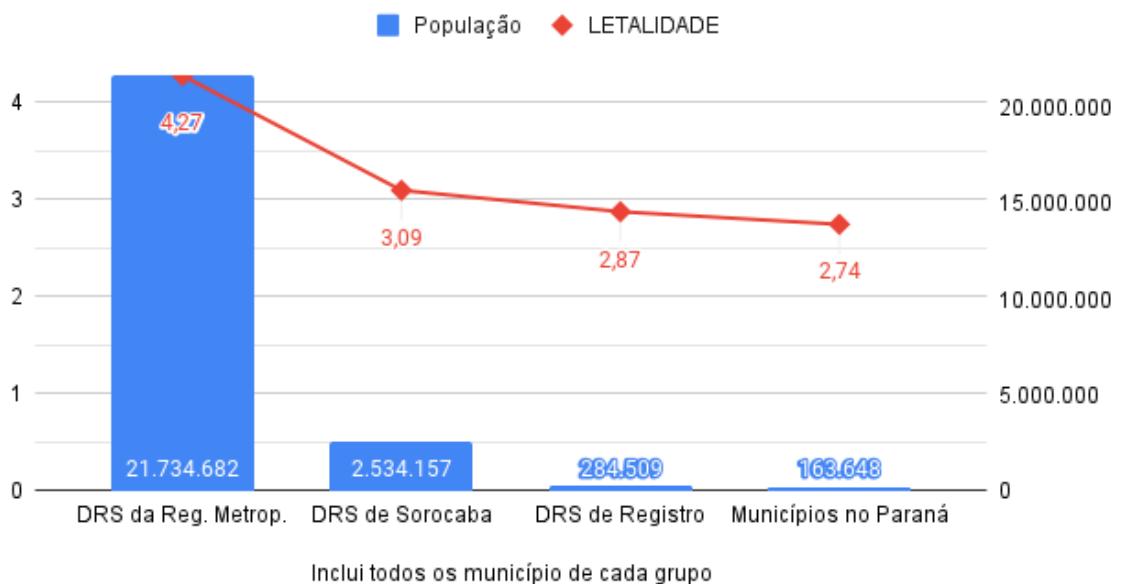
Assim como no caso anterior, a escala não permite identificação visual para os grupos do DRS de Registro e municípios do Paraná. Novamente, o gráfico relativo à mortalidade evidencia essas informações:

COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS: RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO E NÚMERO DE ÓBITOS/10 MIL



A letalidade, por sua vez, deve ser analisada com um certo cuidado, pois não representa o dado da população geral, nem mesmo da soma de parcelas de 10.000 ou 100.000 da população mas, tão somente, daqueles indivíduos que foram infectados e notificados. Desta forma a aparente linearidade no sentido municípios do Paraná-Região Metropolitana apresenta, na verdade, correlação negativa em relação ao número de casos/10 mil, por exemplo. Paradoxalmente, os municípios com maior número de casos/10 mil são os que apresentam o menor índice de letalidade, enquanto aqueles que apresentam o menor número de casos/10 mil apresentam maior letalidade. Essa informação pode perfeitamente decorrer do já mencionado fato da subnotificação. Sua confirmação, porém, depende de comprovação por meio de investigação mais criteriosa.

COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS: RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO E LETALIDADE



À exceção do DRS de Registro, os grupos com maior mortalidade (número de óbitos por 10.000) são justamente os que apresentam menor letalidade. Em outras palavras, considerando-se o exemplo dos municípios do Paraná, com um grande número de casos proporcionais em relação à sua população, o índice de mortalidade é bastante elevado em relação aos demais grupos e, ainda assim, é o

grupo que apresenta o menor índice de letalidade, isto é, ou ocorre uma grande subnotificação dos casos, ou boa parte das pessoas que contraem a doença acabam se recuperando, em proporção bem maior do que aqueles que encontram-se nos grandes centros urbanos.

Passamos a analisar agora, os mesmos grupos, porém, considerando apenas os municípios desses grupos que integram o Vale do Ribeira. A tabela 22 apresenta os dados desses grupos: 09 municípios no Paraná, 15 municípios no DRS de Registro, 6 municípios no DRS de Sorocaba e 2 municípios no DRS da Região Metropolitana, totalizando 32 municípios.

Tabela 22 - Análise comparativa dos dados da COVID-19 entre os quatro grupos considerando apenas os municípios do Vale do Ribeira

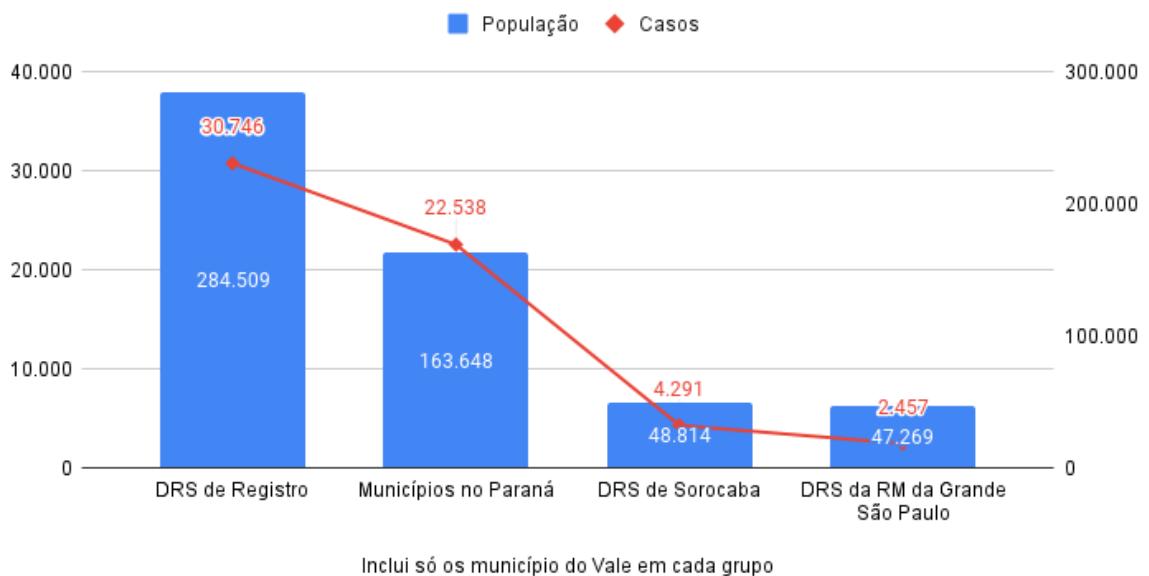
Grupo	População	Casos	Casos/10 mil	Óbitos	Óbitos/10 mil	LETALIDADE
DRS da Reg. Metrop.	47.269	2.457	519,8	112	23,69	4,56
DRS de Sorocaba	48.814	4.291	879,1	117	23,97	2,73
Munic. do Paraná	163.648	22.538	1.377,22	618	37,76	2,74
DRS de Registro	284.509	30.746	1.080,6	882	31,00	2,87
TOTAIS	544.240	60.032	1.103,04	1.729	31,77	2,88

Fonte: Elaborada pelo autor a partir dos dados fornecidos pela Fundação SEADE e SESA-PR

Neste caso, verifica-se uma grande diferença, especialmente dos grupos mais urbanizados, a despeito de que esses grupos (Grande São Paulo e Sorocaba) praticamente ficaram descaracterizados nessa nova configuração adotada na análise. No departamento de Sorocaba, o número de casos/10.000 apresenta queda de 1.066,54 para 879,1, quando excluídos os municípios de Sorocaba e os demais que não integram o Vale do Ribeira. O mesmo acontece com os óbitos/10 mil, que cai de 32,93 para 23,97. Idem em relação ao índice de letalidade (cai 3,09 para 2,73). Dito de outra forma, neste grupo, a situação dos municípios que integram o Vale do Ribeira é bastante favorável em relação aos demais municípios.

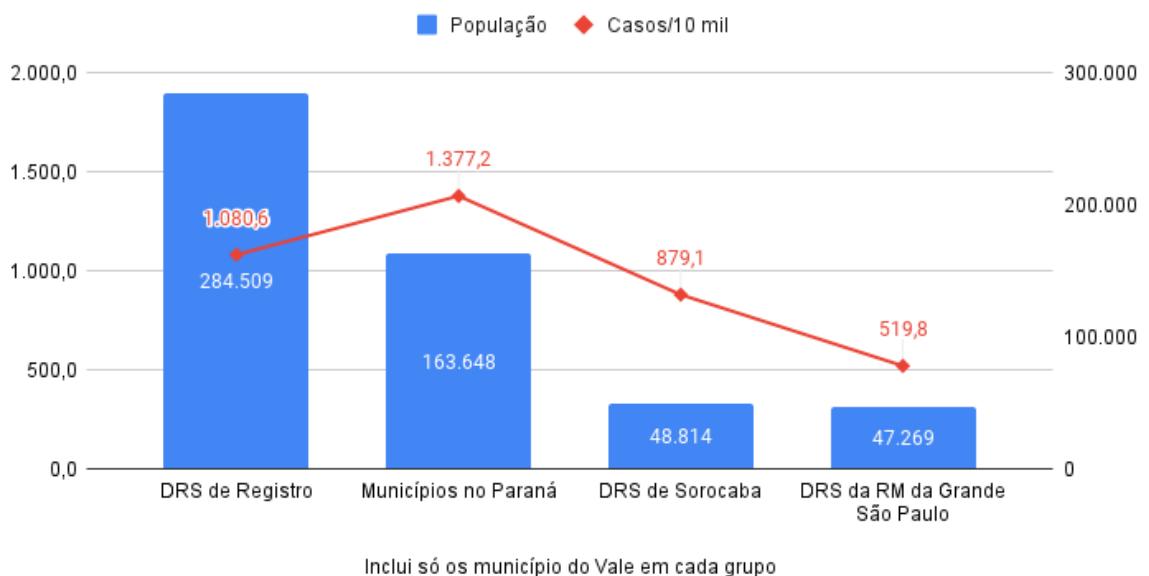
Em relação à Região Metropolitana, quando considerados apenas os dois municípios do Vale do Ribeira, o número de casos/10.000 cai de 739,01 para 519,79, e o número de óbitos/10 mil, de 31,52 para 23,69. Em relação à letalidade, ocorre um ligeiro aumento (de 4,27 para 4,56). A sequência de gráficos abaixo ilustram as situações acima descritas.

COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS: RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO E NÚMERO DE CASOS

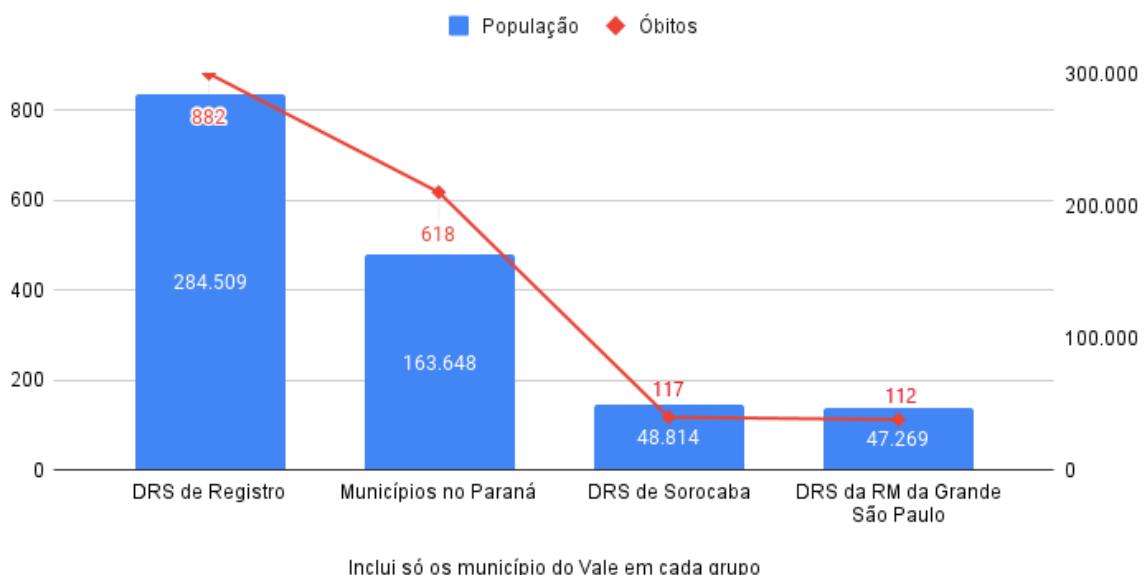


Este gráfico e o próximo relacionam população, número de casos e casos/10 mil. Os municípios do Paraná e o DRS de Registro apresentam as maiores taxas.

COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS: RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO E NÚMERO DE CASOS/10 MIL

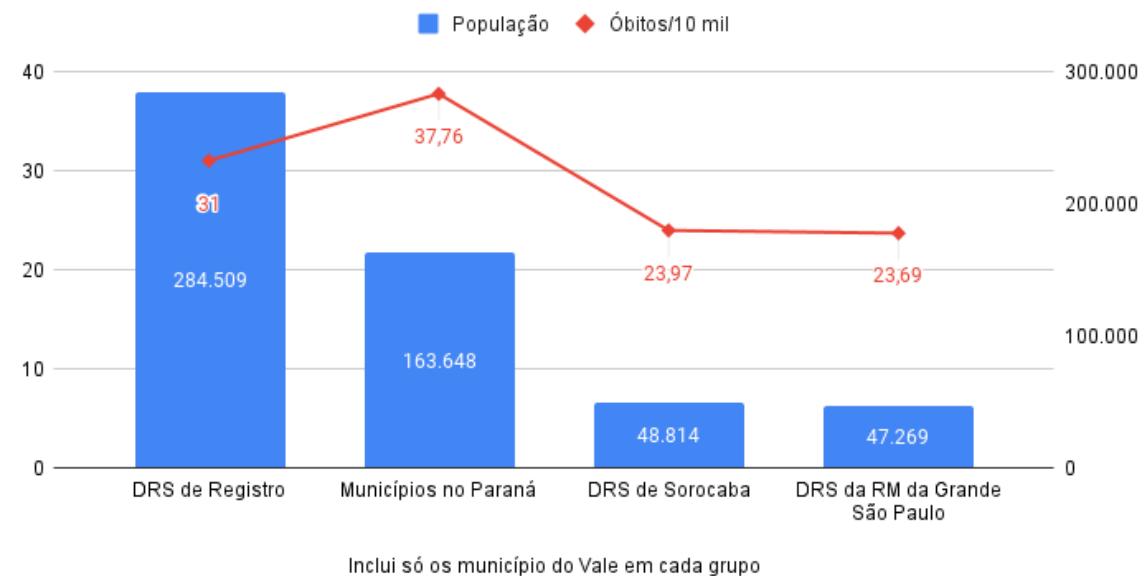


COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS: RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO E NÚMERO DE ÓBITOS

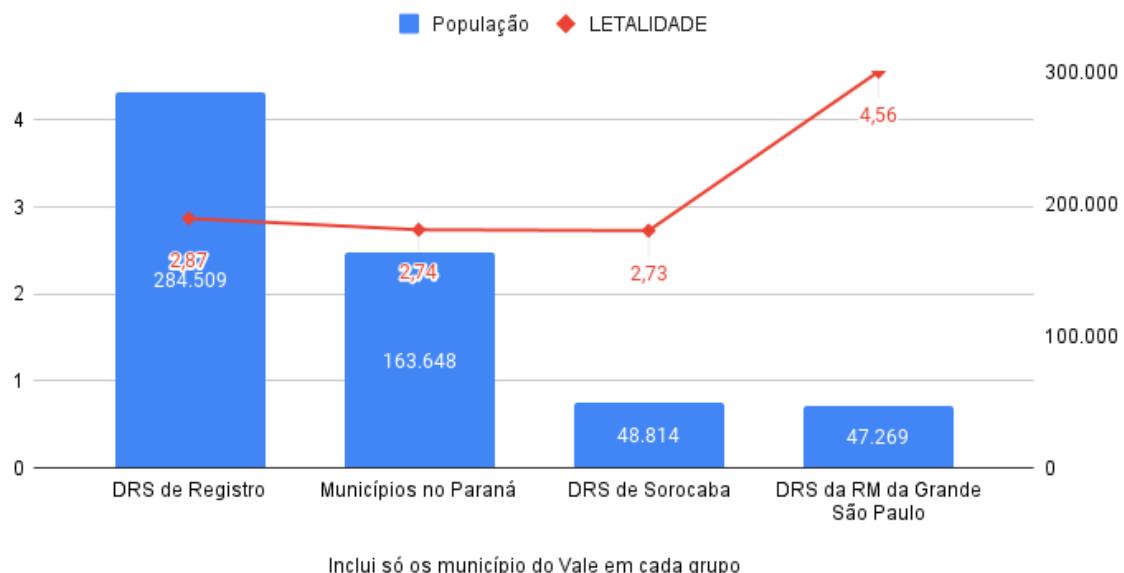


Assim como no número de casos/10 mil, a curva dos gráficos praticamente se repetem com relação à mortalidade, com os municípios do Paraná, seguidos pelo DRS de Registro apresentando os maiores índices.

COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS: RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO E NÚMERO DE ÓBITOS/10 MIL



COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS: RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO E LETALIDADE



Considerando apenas as comunidades pesquisadas temos os seguintes índices estimados, conforme a tabela abaixo:

Tabela 23 - Análise comparativa dos dados da COVID-19 entre as comunidades quilombolas pesquisadas

Comunidade	População*	Casos	Casos/10 mil	Óbitos	Óbitos/10 mil	LETALIDADE
lvaporunduva	350	25	714,29	0	0,00	0
Sapatu	284	8	281,69	0	0,00	0
Nhunguara	s/inf.	s/inf.	s/inf.	s/inf.	s/inf.	s/inf.
TOTAIS	634	33	520,50	0	0,00	0,00

Fonte: Elaborada pelo autor a partir dos dados fornecidos pelas lideranças das comunidades

*população estimada

A apresentação dos dados das comunidades não tem qualquer finalidade de comparação para classificação ou hierarquização, emissão de juízo de valor ou equivalente. A ideia de incluir tais informações neste estudo tinha inicialmente, como objetivo, identificar a dinâmica e evolução da pandemia nestes grupos de

relativa vulnerabilidade, bem como associá-las às dificuldades de acesso à saúde por tais grupos, situação já problemática mesmo antes da pandemia. A pequena quantidade de comunidades que aderiram à proposta, a impossibilidade de contar com o apoio da EAACONE, que poderia ter sido a fonte por excelência para fornecimento de dados, informações e articulação com as comunidades, alterações nas composições das lideranças em virtude do final da gestão anterior, assim como a impossibilidade da realização de trabalho do campo, entre outros problemas decorrentes da situação pandêmica em que ainda nos encontramos, foram fatores decisivos para que os resultados obtidos neste ponto, relativo às comunidades, ficasse aquém do esperado. Aproveito o ensejo para agradecer ao Senhor Carlos, da Comunidade Ivaporunduva, ao Senhor Josias, da Comunidade Sapatu, e à senhora Daniele, da comunidade Nhunguara, lideranças à época, que prestaram informações relevantes.

Em relação aos resultados, há que se considerar o fato de que em populações pequenas, poucos casos têm grande impacto (flutuação aleatória), o que reforça a inviabilidade de usá-los para fins de comparação. O número de casos/10 mil reportados na comunidade Sapatu é o menor, considerados todos os grupos e todos os arranjos (281,69). Em relação a Ivaporunduva (714,29), encontramos o segundo menor índice (superior apenas aos dois municípios da região metropolitana - 519,79). A comunidade Nhunguara não forneceu dados sobre casos ou óbitos. Há que se considerar ainda que os dados informados pelas comunidades podem não coincidir com os dados oficiais, aos quais não tivemos acesso, uma vez que, boletins epidemiológicos apresentam os dados agregados aos da população geral. Da mesma forma, a população da comunidade Ivaporunduva foi estimada, uma vez que as informações disponíveis se referem ao número aproximado de famílias da comunidade.

Em 14 de setembro de 2021, a plataforma Quilombos Sem Covid-19, reportava a existência de 7146 casos no Brasil, sendo 5.654 confirmados e 1492 monitorados. Reportava ainda 298 óbitos quilombolas. No estado de São Paulo não foi registrado nenhum óbito quilombola até o momento. No estado do Paraná ocorreram seis óbitos, nenhum deles porém na região do Vale do Ribeira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises bibliográfica e documental, combinadas com os dados obtidos por meio de questionários e entrevistas, mais os dados obtidos a partir do Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo nos permitiram chegar às conclusões que seguem.

O acesso aos serviços de saúde pelas comunidades quilombolas estudadas é precário, tendo em vista que a grande maioria das comunidades não possui equipamentos de saúde adequados, senão um posto médico, às vezes em espaço improvisado, que, em geral, recebe a visita de um médico a cada oito ou quinze dias.

De acordo com as lideranças entrevistadas, não houve implementação de nenhuma medida específica para estes grupos, exceto distribuição de kits de higiene, material informativo, e de algumas cestas básicas em algumas poucas comunidades.

Algumas ações oficiais foram colocadas em prática pelo poder público, porém, com grande atraso, e com alcance insuficiente, de modo que as comunidades sequer tomaram conhecimento de boa parte delas. Uma das primeiras medidas específicas que podem ser citadas é a lei 14.021, de 07 de julho de 2020, que só entrou em vigor em 27 de agosto de 2020 e instituiu medidas de vigilância sanitária e epidemiológica e criou o Plano Emergencial de Enfrentamento à COVID-19, nos territórios indígenas. Quanto aos quilombolas, a parte que lhes diz respeito, citada no final das "Disposições Preliminares" é: "estipula medidas de apoio às comunidades quilombolas, aos pescadores artesanais e aos demais povos tradicionais para o enfrentamento à COVID-19". Não bastasse isso, a lei, que possui apenas 19 artigos, foi sancionada com 16 vetos (incluindo artigos completos, parágrafos e incisos).

Outras medidas específicas somente foram adotadas pelo governo federal quando formalmente obrigado a fazê-lo, em especial, pelo Ministério Público, relativo à vacinação, e pelo STF, relativo à elaboração de um plano nacional de enfrentamento à pandemia de COVID-19, em decorrência da aprovação da ADPF 742.

A FCP não teve qualquer protagonismo em relação às comunidades quilombolas neste período, mantendo-se inerte, exceto pelos disparates proferidos pelo seu atual presidente, Sérgio Camargo, cuja narrativa baseia-se na meritocracia.

As próprias comunidades se organizaram para realizar barreiras de contenção em seus territórios. As organizações representativas das comunidades realizaram importantes ações frente ao abandono das comunidades por parte do poder público, sendo a mais importante delas a ADPF 742 junto ao STF.

Nas comunidades em que foi possível realizar a coleta de dados, os casos de covid-19 foram relativamente poucos até novembro de 2020. Neste mês, houve um surto da doença na Comunidade Ivaporunduva, acometendo 17 pessoas, com quadro leve, do qual todos tiveram recuperação plena, número que chegou a 25 até o final do ano.

O relativo isolamento dessas comunidades, fundamental em outros momentos históricos, representa alguns empecilhos nos dias atuais, tanto no que diz respeito ao acesso à saúde, quanto a outros serviços, como educação, lazer, transporte e comunicação, etc. Por outro lado, especificamente em relação à COVID-19, o relativo isolamento retardou a ocorrência de casos da doença. A distância entre as residências, também tenderia a facilitar o isolamento social dos moradores. Na Comunidade Sapatu foram contabilizados apenas 8 casos até abril de 2021.

O portal Quilombos Sem COVID-19, projeto do Instituto Socioambiental em parceria com a CONAQ, não registra, até o presente momento, nenhum óbito quilombola no Vale do Ribeira Paulista nem no estado de São Paulo. Em outra publicação da CONAQ, é citado um óbito quilombola no estado de São Paulo, mas sem informação do local de origem. No estado do Paraná ocorreram seis óbitos de quilombolas, mas nenhum deles ocorreu nos municípios que integram o Vale.

Uma das possíveis causas para que o vírus não tenha atingido as comunidades quilombolas do Vale do Ribeira com a mesma intensidade e severidade que atingiu a população urbana pode estar associada ao modo de vida dessas comunidades, compreendido enquanto condição de vida (aspectos materiais necessários à sobrevivência) e estilo de vida (formas sociais e culturais, como vida ativa, alimentação saudável, baixos níveis de estresse e ansiedade) que podem, de

alguma maneira, favorecer a resistência às doenças e, em conjunto com um ambiente saudável, livre de poluição e outras iniquidades, propiciar uma melhor qualidade de vida. Essa situação pode não se verificar em comunidades situadas em outras localidades, dada a diversidade de condições e diferenças regionais presentes em nosso país.

Alguns pontos devem ser levados em consideração em relação aos dados sobre a COVID-19 na análise: as diferentes escalas (nacional, regional, local), a falta de dados da estrutura populacional das comunidades e a consequente falta de dados padronizados para comparação, o tamanho das populações - muito pequenas nos casos das comunidades - que pode levar a flutuações aleatórias, e a conclusões pouco fidedignas.

A análise dos dados sobre a COVID-19 nos 111 municípios que compõem os quatro grupos investigados indicam que, em termos absolutos, o número de casos e óbitos verificados nas áreas com predomínio da população urbana foi muito grande, tendo em vista as condicionalidades destas áreas, o intenso contato social que nelas acontecem diariamente, mesmo sob restrição imposta pelos governantes, no sentido de promover o distanciamento. Entretanto, em termos proporcionais, os dados parecem apontar em outra direção. Desta forma, os grupos analisados mostraram uma tendência a apresentar, em termos gerais, índices mais elevados em área com predominância de população rural. De forma geral, o grupo de municípios do Paraná apresentou os maiores índices na maioria das variáveis analisadas, seguidos pelos municípios do DRS de Registro, DRS de Sorocaba e DRS da Região Metropolitana da Grande São Paulo, nesta ordem. Eventualmente, ocorreram algumas inversões em determinados indicadores, sem alterar, contudo, o panorama descrito. Letalidade foi o único indicador que não seguiu o padrão. Estranhamente, ela apresentou os menores valores justamente onde houve maior incidência de casos e maiores taxas de mortalidade, notadamente nos municípios do Paraná, mas também nos outros grupos. Os maiores índices de letalidade foram verificados nos municípios do DRS da Grande São Paulo e de Sorocaba.

Em virtude da ausência de dados substanciais das comunidades, não foi possível conhecer a verdadeira dimensão da pandemia nestes locais, ficando essa tarefa a cargo de futuros pesquisadores que possam contar com maior apoio das

entidades representativas e das próprias comunidades. Grosso modo, podemos dizer que os efeitos da pandemia nas comunidades pesquisadas do Vale do Ribeira se mantiveram dentro dos parâmetros esperados, não necessariamente em virtude de melhores condições de acesso ao SUS, mas pelas razões apontadas anteriormente.

Em resumo, a partir do estudo constatamos que o acesso aos serviços de saúde pelos quilombolas, que já era precário, não recebeu nenhuma atenção especial em virtude da pandemia de COVID-19; houve inação por parte do governo e, quando provocado, atuou de forma ineficaz; as próprias comunidades se organizaram para realizar barreiras de contenção em seus territórios, bem como as organizações representativas destas comunidades realizaram importantes ações frente ao abandono das mesmas por parte do poder público; o relativo isolamento geográfico das comunidades e o espaçamento das habitações teve papel importante no controle da doença, retardando a chegada do vírus; o modo de vida saudável, bem como a estrutura da população, podem ter contribuído para que os casos notificados fossem leves ou moderados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A.W.B. "Os quilombos e as novas etnias" In: LEITÃO, S. (org.) **Direitos Territoriais das Comunidades Negras Rurais - Documentos ISA nº 05**. São Paulo, Instituto Socioambiental, 1997.

_____. **Terra de quilombo, terras indígenas, "babaçuais livre", "castanhais do povo", faxinais e fundos de pasto: terras tradicionalmente ocupadas, 2ª edição**. Manaus, UFAM, 2008.

ALMEIDA, S. L. **Racismo Estrutural, Feminismos Plurais**. São Paulo, Sueli Carneiro/Pólen, 2019.

ANDRADE, A. M. e TATTO, N. E (ed.) **Inventário Cultural de Quilombos do Vale do Ribeira**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2013.

ARRUTI, J. M. et al. "O impacto da Covid-19 sobre as comunidades quilombolas." **Informativos Desigualdades Raciais e Covid-19, AFRO-CEBRAP, n.6**, 2021.

_____. "Propriedade ou território?". **Tempo e Presença**. v. 21, n.307, set.-out.1999. (p.10-3)

_____. "Quilombos". In: PINHO, O e SANSONE, Lívio (orgs.) **Raça: Novas Perspectivas Antropológicas [livro eletrônico]**. 2ª edição revisada. Bahia: ABA//EDUFBA, 2008.

BARBOSA, M. I. **Racismo e Saúde**. São Paulo, 1998. [Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

BARROSO, L. V. "Técnicas de geografia da Saúde". In: VENTURI, L.A.B.(org). **Geografia: práticas de campo, laboratório e sala de aula**. São Paulo: Sarandi, 2010.

BARRY, J.M. **A Grande Gripe**. São Paulo: Intrínseca. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Senado Federal. **Estatuto da igualdade racial**. Brasília: Senado Federal, 2003.

CAMPOS, M. C.; GALLINARI, T. S. Permanência e resistência das comunidades remanescentes de quilombos no Paraná. **Geosaberes**, Fortaleza, v. 8, n. 15, p. 131 - 142, ago. 2017. ISSN 2178-0463. Disponível em: <<http://www.geosaberes.ufc.br/geosaberes/article/view/576>>. Acesso em: 19 de novembro de. 2021. doi: <https://doi.org/10.26895/geosaberes.v8i15.576>.

CARDOSO, C. C.; FREITAS, D.A.; MELO, L.O. “Condições de saúde nas comunidades quilombolas” In: **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife, 12(4):1037-45, abr., 2018.

CARNEIRO, Edison. **O quilombo dos Palmares**. São Paulo: Editora Nacional, 1988.

CAVALCANTE, J. L. “A Lei de Terras de 1850 e a reforma do poder básico do Estado sobre a terra”. In: **Histórica: Revista online do Arquivo Público do Estado de São Paulo**. Ano 01, número 02, p. 1-7. São Paulo, s/d. PDF disponível em: <http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao02/materia02/LeideTerra.pdf>. Acesso em 01 de dezembro de 2021.

DOIMO, A. M. **A vez e a voz do popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70.** Rio de Janeiro, Relume-Dumará: ANPOCS, 1995.

GUIMARÃES, R. B.; PICKENHAYN, J. A.; LIMA, S. C. **Geografia e saúde sem fronteiras.** Uberlândia: Assis Editora, 2014.

FREITAS, D.A.; Caballero, A.; MARQUES, A.S.; HERNÁNDEZ, C.I.V.;ANTUNES, S.L.N.O. “Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura.” **Rev CEFAC.** fev, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/151-10.pdf> Acesso em 10 de agosto de 2020.

IBGE. **Base de Informações Geográficas e Estatísticas sobre os indígenas e quilombolas para enfrentamento à Covid-19: notas técnicas.** Rio de Janeiro, 2020.

IBGE. **Censo Brasileiro de 2010.** Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

ITESP. Fundação Instituto de Terras do Estado de São Paulo. Portal da Secretaria de Justiça e Cidadania do Estado de São Paulo [on-line]. Acesso em 20 de março de 2021.

KRIEGER, Nancy. “Does Racism Harm Health? Did Child Abuse Exist Before 1962? On Explicit Questions, Critical Science and Current Controversies: An Ecosocial Perspective.” In: **American Journal of Public Health.** 2003 February; 93(2): 194–199. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447716/#> Acesso em 22 de setembro de 2020.

MONTEIRO, S. “Desigualdades em saúde, raça e etnicidade: questões e desafios). In: MONTEIRO S.; & SANSONE, L. (orgs.) **Etnicidade na América Latina:** um

debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2004, p.45-56.

_____ e MAIO, M. C. "Saúde: Cor/Raça e Política no Brasil (1995-2006". In: PINHO, O e SANSONE, L. (orgs.) **Raça: Novas Perspectivas Antropológicas** [livro eletrônico]. 2^a edição revisada. Bahia: ABA//EDUFBA, 2008.

MOURA, C. **Rebeliões da Senzala**. Porto Alegre: Mercado Aberto, 4^a edição, 1988.

MOURA, G. "Quilombos contemporâneos no Brasil." In: CHAVES, Rita; SECCO, Carmen; MACEDO, Tânia (orgs.) **Brasil/África como se o mar fosse mentira**. São Paulo: editora Unesp; Luanda, Angola: editora Chá de Caxinde, 2006.

PACHI, Priscilla. "Migrações e um novo desafio face à pandemia do novo coronavírus" In: **Migramundo Equipe (on-line)**. Publicado em 19/05/2020. Disponível em <https://www.migramundo.com/migracoes-e-um-novo-desafio-face-a-pandemia-do-coronavirus/amp/> Acesso em 20 de agosto de 2020.

_____. "Mobilidade humana e Coronavírus: A fronteira social do confinamento e o direito à cidade." In: <https://www.museudaimigracao.org.br/blog> Publicado em 17 de agosto de 2020. Disponível em <http://museudaimigracao.org.br/blog/migracoes-em-debate/mobilidade-humana-e-coronavirus-a-fronteira-social-do-confinamento-e-o-direito-a-cidade>. Acesso em 24 de agosto de 2020.

PASINATO, R. **Planejamento Territorial Participativo – Relato de experiências em comunidades quilombolas do Vale do Ribeira/SP**. São Paulo, ISA, 2012.

PRIORI, A., et al. Comunidades quilombolas no Paraná, capítulo 4, pág. 47-58. In _____ . **História do Paraná: séculos XIX e XX** [online]. Maringá: Eduem, 2012. Acesso em 18 de novembro de 2021.

ROSA, L. S. **Os quilombos do Vale do Ribeira e o movimento social: o movimento dos ameaçados por barragens do Vale do Ribeira (MoAB).** (dissertação). Araraquara, Unesp, 2007.

ROSSI, R.C. e SILVA, S.A. “O Consórcio do Nordeste e o federalismo brasileiro em tempos de COVID-19”. In: **Espaço e Economia: Revista brasileira de geografia econômica** ano **IX**, nº **18**, 2020. Disponível em <https://journals.openedition.org/espacoeconomia/13776#:~:text=O%20federalismo%20brasileiro%20em%20tempos%20de%20Covid%2D19,-37Conclu%C3%ADmos%20que&text=O%20enfrentamento%20direto%20entre%20os,tem%20vivenciado%20nos%20%C3%BAltimos%20anos>. Acesso em 20 de agosto de 2020.

SCHWARCZ. Lilia Moritz. Previsões são sempre traiçoeiras: João Baptista de Lacerda e seu Brasil branco. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan.-mar. 2011, p.225-242.

SEGURO, P. S. e VALÉRIO, E. F. Comunidades remanescentes quilombos e Ministério Público. PDF online disponível em: [comunidades remanescentes de quilombos e ministério público](http://www.consaude.org.br/wp-content/uploads/2021/02/RELAT%C3%93RIO-CONSA%C3%93ADE-2020.pdf) São Paulo, 2014. Acesso em 06 de novembro de 2021.

SOUSA FILHO, C.F M. “Introdução - Terras de Preto”. In: LEITÃO, S. (org.) **Direitos Territoriais das Comunidades Negras Rurais - Documentos ISA nº 05**. São Paulo, Instituto Socioambiental, 1997

Páginas e Sites da Internet

<https://www.consaude.org.br/wp-content/uploads/2021/02/RELAT%C3%93RIO-CONSA%C3%93ADE-2020.pdf>. Acesso em 22 de dezembro de 2021.

<https://www.coronavirus.pr.gov.br/Campanha/Pagina/Transparencia-Leitos-SUS-para-COVID#planilha>. Acesso em 22 de dezembro de 2021.

<https://covid19.ibge.gov.br/categorias/saude.php>. Acesso em 02 de setembro de 2021

<https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/2627/Direitos-Fundamentais>. Acesso em 20 de janeiro de 2021

INFORME ENSP, nº 473, maio/2008, “Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde apresenta relatório inédito”. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/bibsp/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=239&sid=103> Acesso em 07 de outubro de 2020.

<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/06/brasil-tem-8-94-0-leitos-de-uti-habilitados-para-pacientes-com-covid-19> Acesso em 01 de dezembro de 2021.

https://www.seade.gov.br/coronavirus/?utm_source=portal&utm_medium=banner&utm_campaign=boletim-completo#. Acesso em 02 e 03 de setembro de 2021.

<https://www.saude.pr.gov.br/Noticia/Parana-tem-1723-leitos-exclusivos-para-pacientes-de-Covid-19>. Acesso em 19 de dezembro de 2021,

<https://g1.globo.com/sp/santos-regiao/noticia/2020/06/19/vale-do-ribeira-tem-aumento-no-numero-de-internacoes-de-covid-19-e-volta-para-a-fase-vermelha.ghtml>
<https://www.ilhacomprida.sp.leg.br/institucional/noticias/coronavirus-vale-do-ribeira-avanca-novamente-para-a-fase-laranja>

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.271-de-14-de-fevereiro-de-2020-253606068>. Acesso em 15 de dezembro de 2021.

<https://www.saopaulo.sp.gov.br/planosp/>

<https://www.saopaulo.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/9-balanco-plano-sp-31072020.pdf><https://www.quilombosdoribeira.org.br/vale-do-ribeira>. Acesso em 20 de abril de 2021.

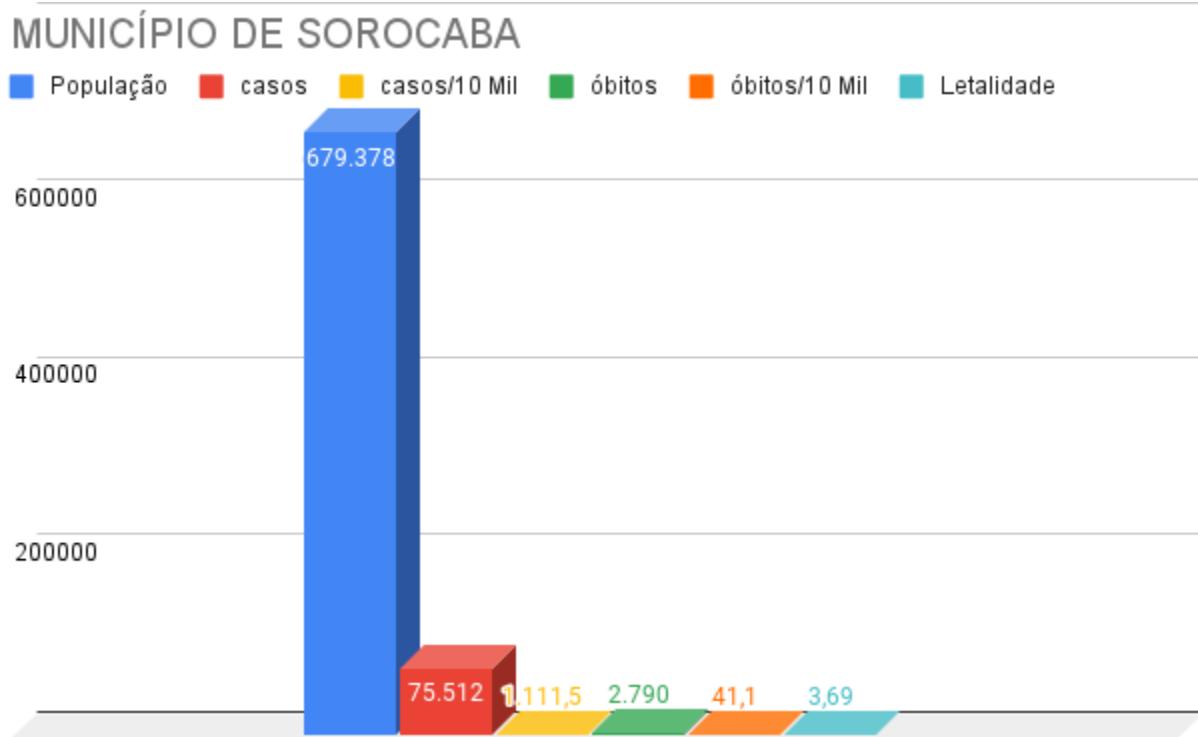
<https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/vale-do-ribeira-dois-estados/>. Acesso em 18 de agosto de 2021

<http://servconcontabil.com.br/cidades/cidadesprincipal.html>. Acesso em 20 de dezembro de 2020.

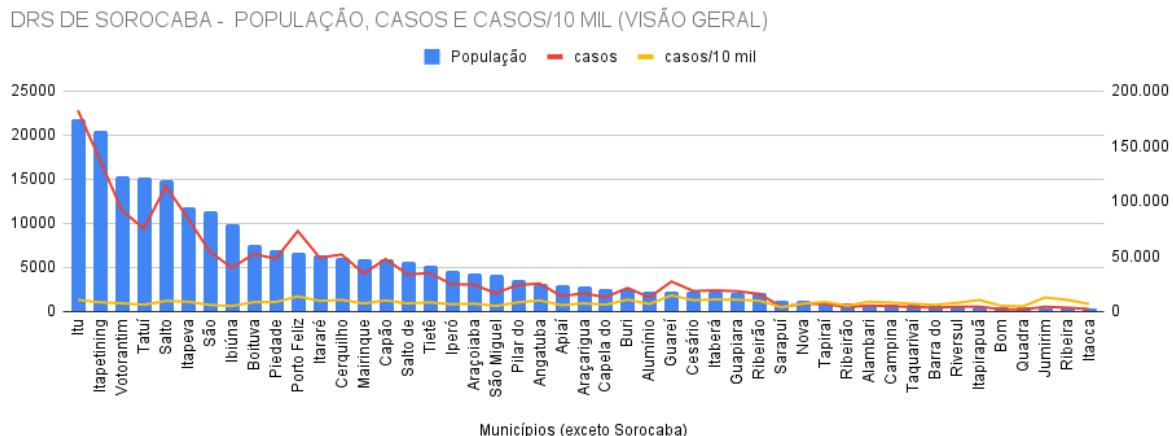
APÊNDICE - Dados e gráficos complementares dos DRS da Região Metropolitana da Grande São Paulo e de Sorocaba

O departamento Regional de Saúde de Sorocaba, assim como o da Região Metropolitana apresenta um número muito grande de municípios, o que torna a representação geral pouco efetiva. Em virtude disso, optamos por representar no corpo do texto apenas os dados dos municípios destes departamentos que integram o Vale do Ribeira. Os dados dos demais municípios são apresentados graficamente nesta seção, incluindo os dois mais populoso da amostra: São Paulo e Sorocaba. Em parte por se tratar de material complementar, em parte devido a menor relevância da informação, algumas categorias de dados poderão estar ausentes, porém, sem comprometer a compreensão da temática em análise.

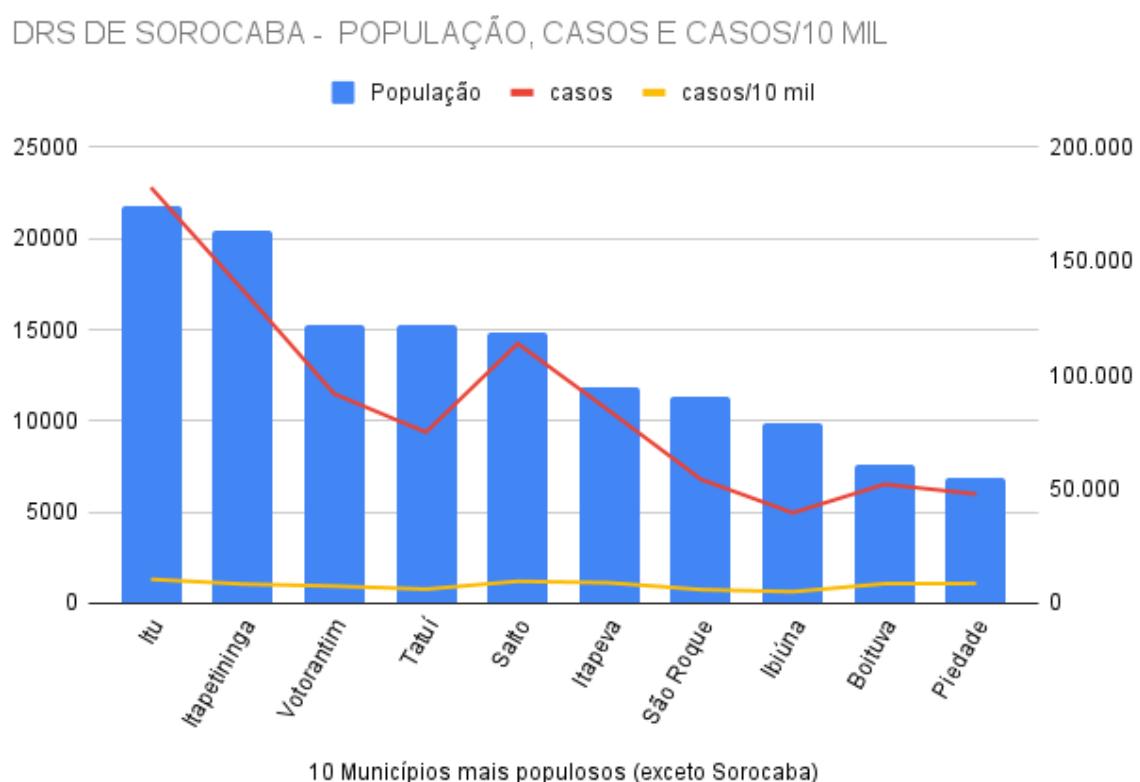
DRS DE SOROCABA - MUNICÍPIO DE SOROCABA



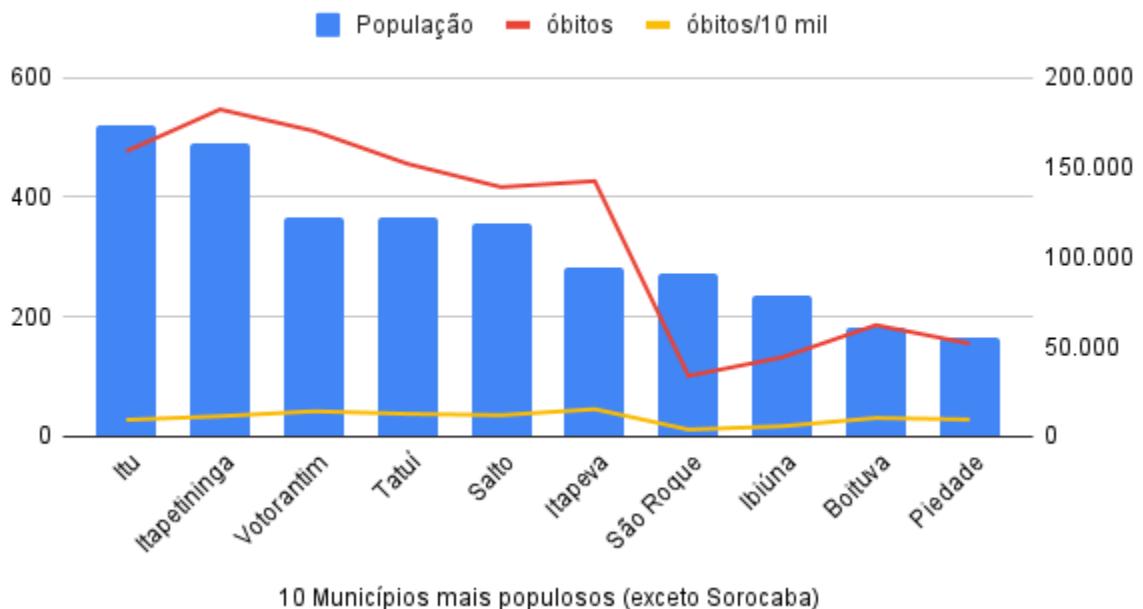
DRS DE SOROCABA - VISÃO GERAL DOS MUNICÍPIOS (EXCETO SOROCABA)



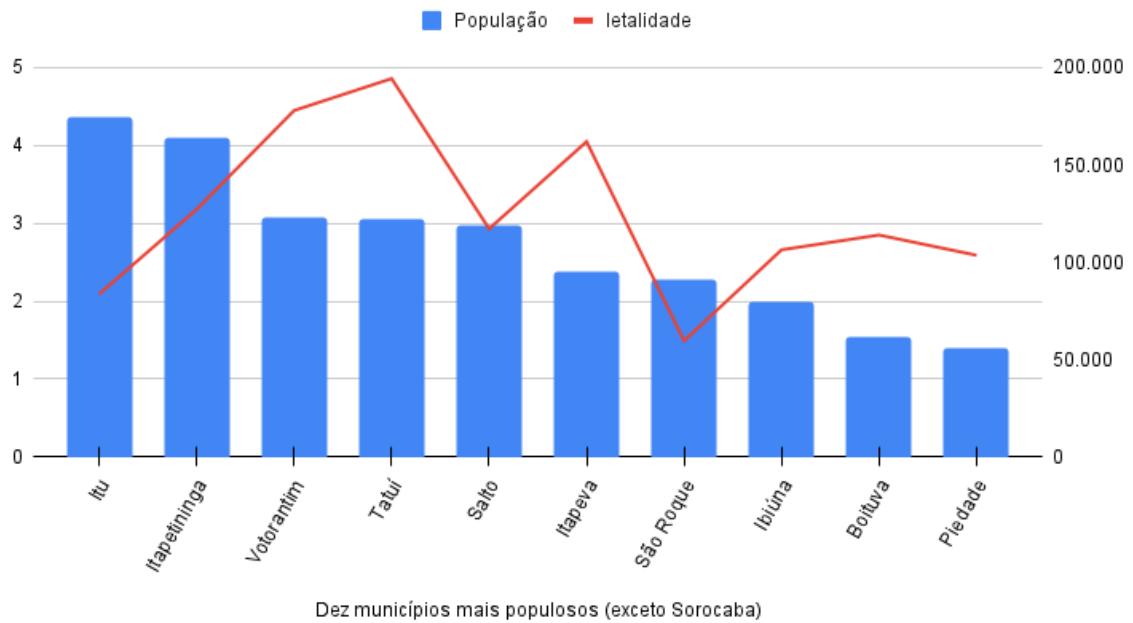
DRS DE SOROCABA - OS 10 MUNICÍPIOS MAIS POPULOSOS



DRS DE SOROCABA - POPULAÇÃO, ÓBITOS E ÓBITOS/10 MIL

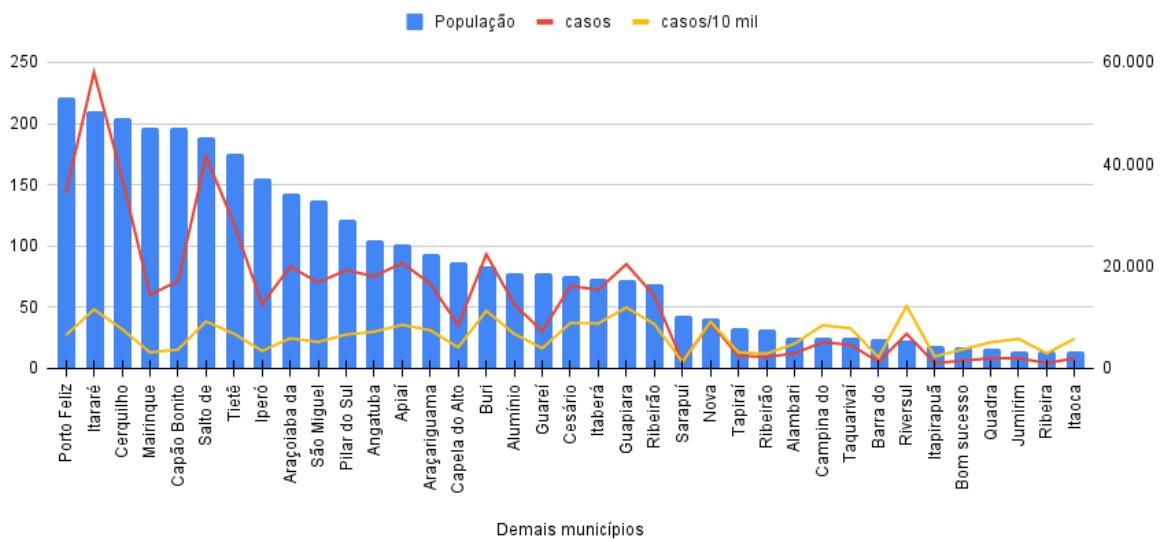


DRS DE SOROCABA - RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO E LETALIDADE

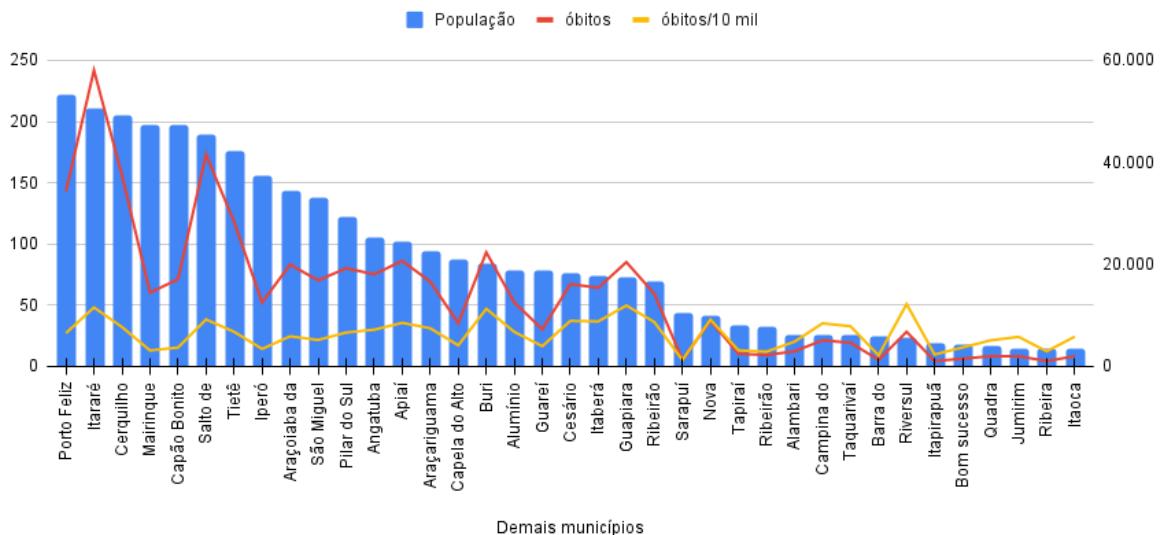


DRS DE SOROCABA - DEMAIS MUNICÍPIOS (EXCETO SOROCABA E OS 10 MAIS POPULOSOS)

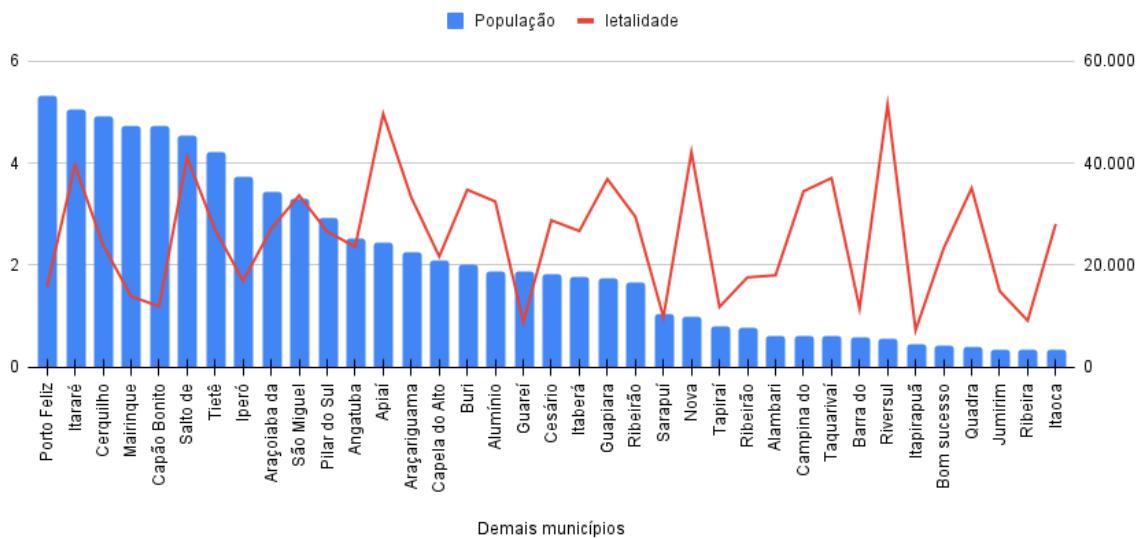
DRS DE SOROCABA - POPULAÇÃO, CASOS E CASOS/10 MIL



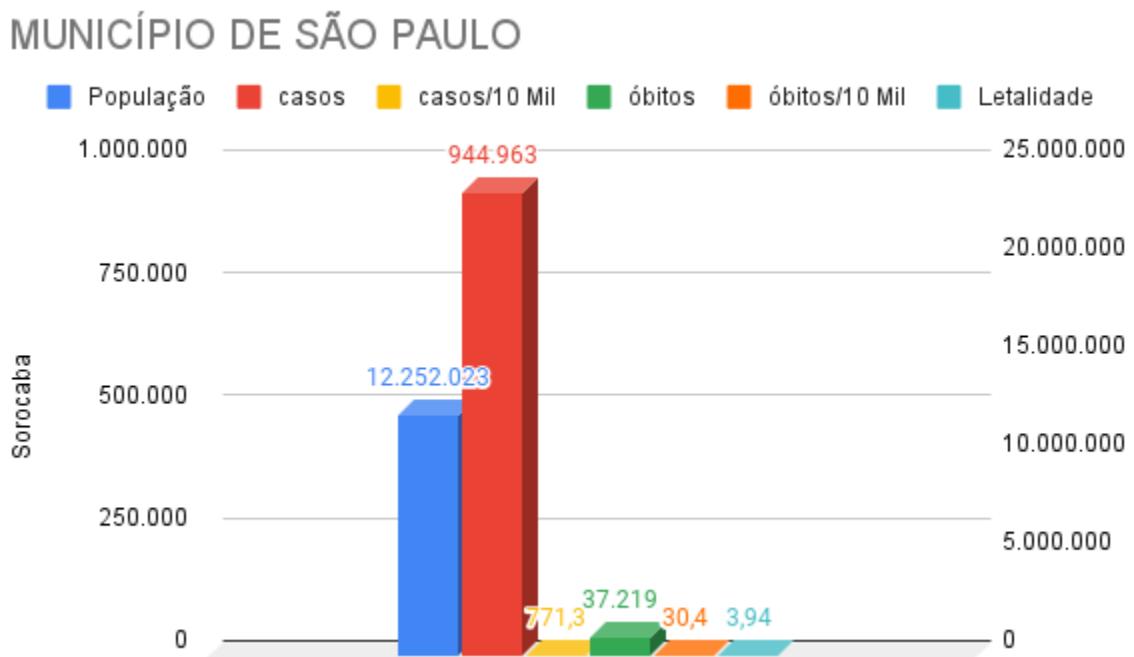
DRS DE SOROCABA - POPULAÇÃO, ÓBITOS E ÓBITOS/10 MIL



DRS DE SOROCABA - RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO E LETALIDADE

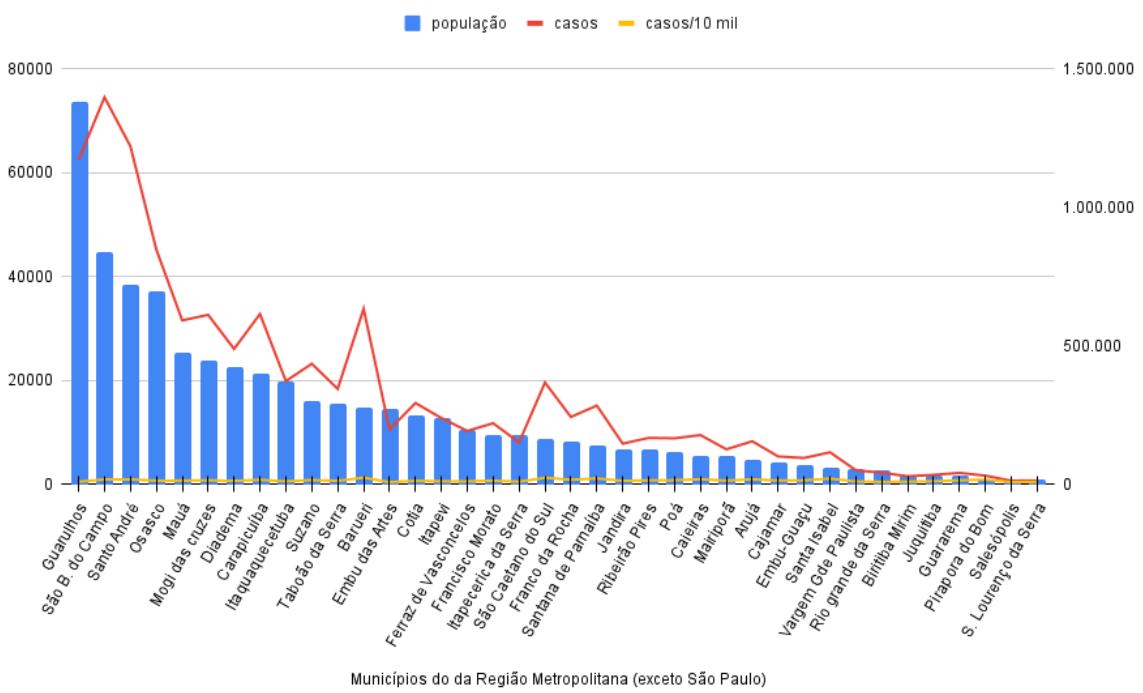


DRS DA REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE SÃO PAULO - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

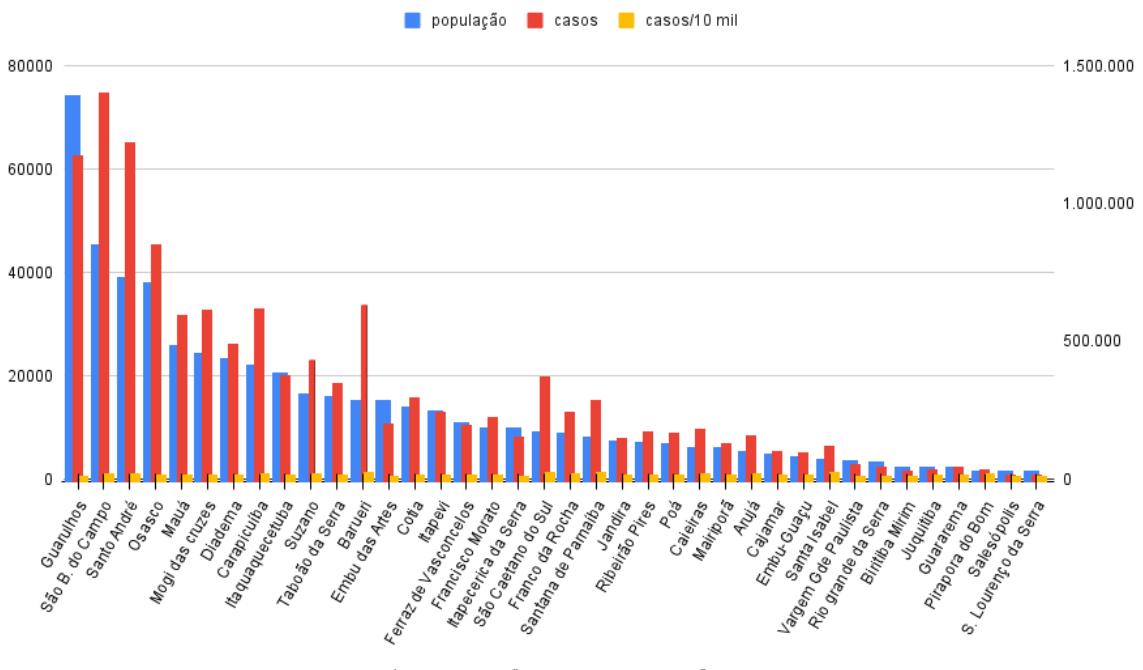


DRS DA REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE SÃO PAULO - VISÃO GERAL DOS MUNICÍPIOS (EXCETO SÃO PAULO)

DRS R. METROPOLITANA - POPULAÇÃO, CASOS E CASOS/10 MIL (VISÃO GERAL)

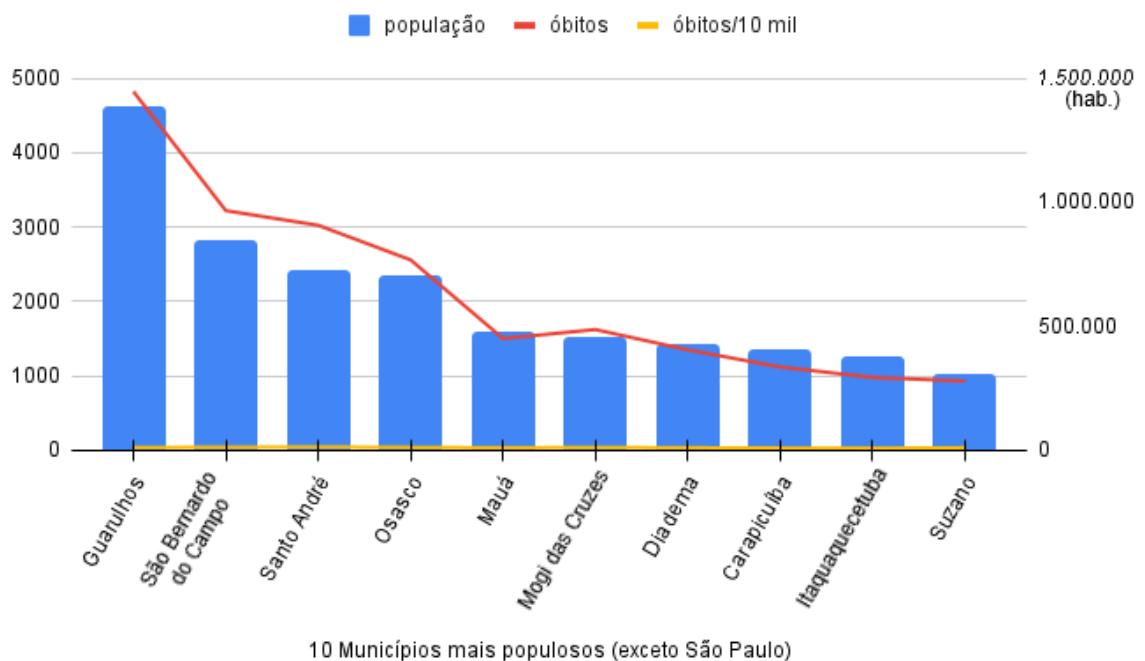


DRS R. METROPOLITANA - POPULAÇÃO, CASOS E CASOS/10 MIL (VISÃO GERAL)

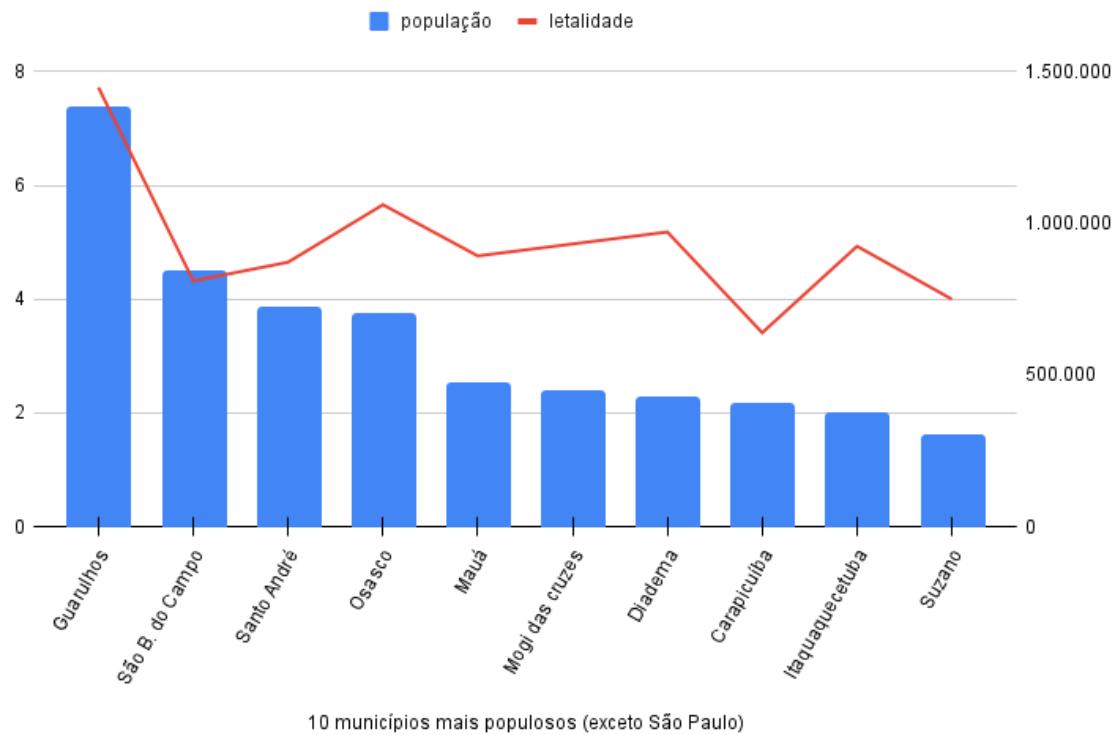


DRS DA REGIÃO METROPOLITANA - OS 10 MUNICÍPIOS MAIS POPULOSOS

DRS R. METROPOLITANA - POPULAÇÃO, ÓBITOS E ÓBITOS/10 MIL

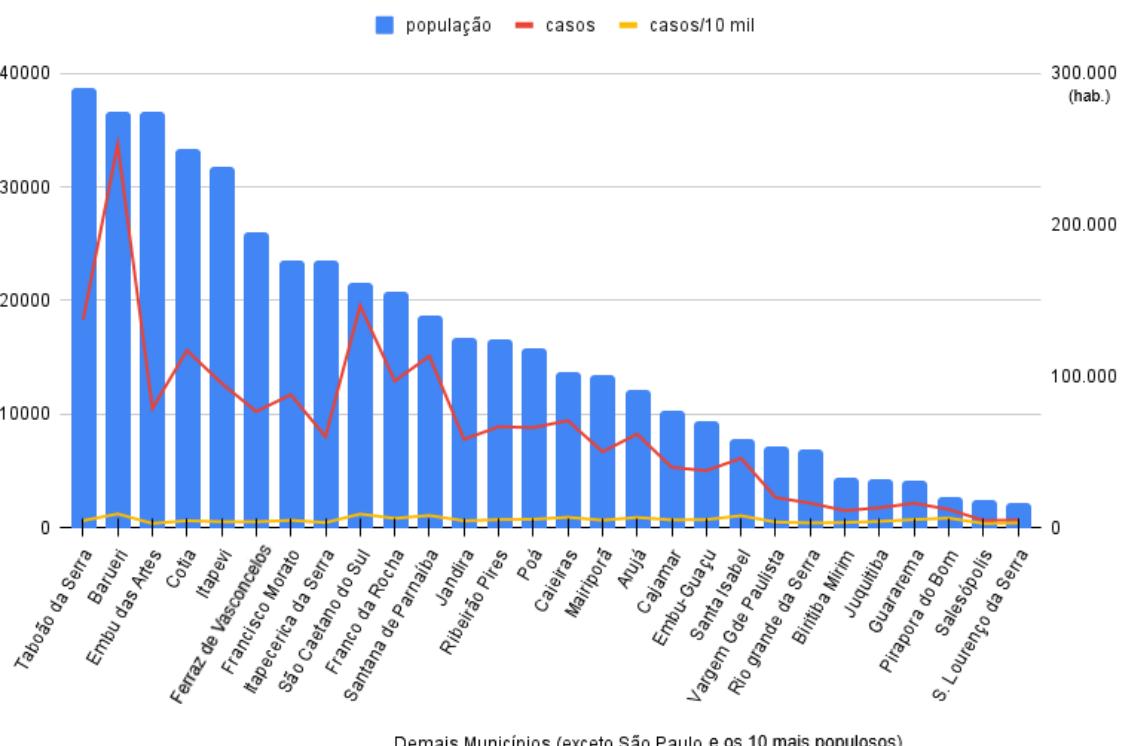


DRS R. METROPOLITANA - RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO E LETALIDADE

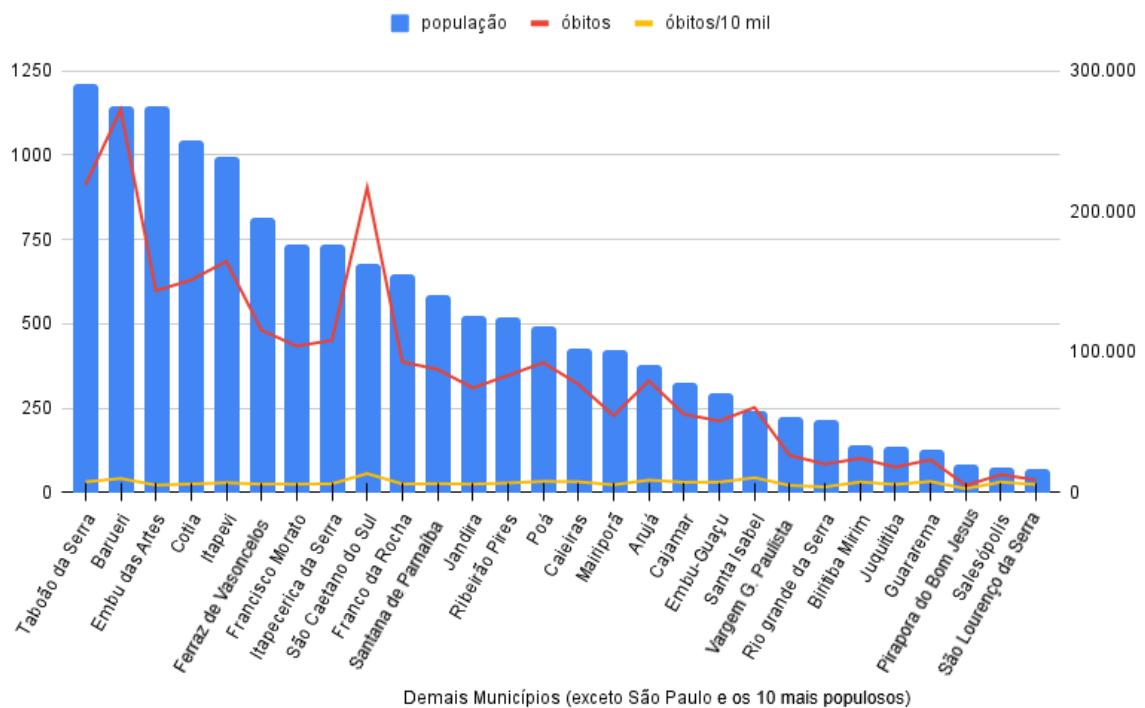


DRS DA REGIÃO METROPOLITANA DA GRANDE SÃO PAULO - DEMAIS MUNICÍPIOS (EXCETO SÃO PAULO E OS DEZ MAIS POPULOSOS)

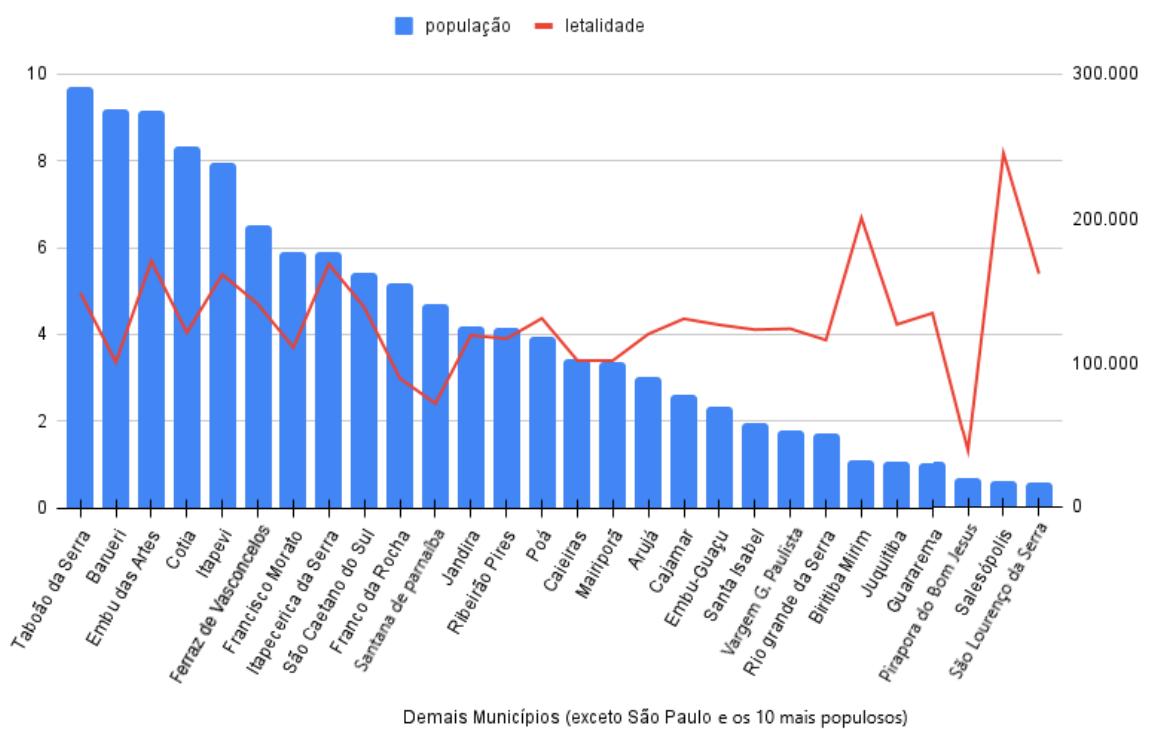
DRS R. METROPOLITANA - POPULAÇÃO, CASOS E CASO/10 MIL



DRS R. METROPOLITANA - POPULAÇÃO, ÓBITOS E ÓBITOS/10 MIL



DRS R. METROPOLITANA - RELAÇÃO ENTRE POPULAÇÃO E LETALIDADE



ANEXOS

ANEXO A - Modelo de questionário aplicado nas comunidades

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas

Departamento de Geografia

Levantamento de dados sobre acesso à saúde.

Caro(s) Colaborador(es): Vimos solicitar a sua valiosa colaboração, respondendo a este questionário, o qual, constitui parte de um levantamento de dados a ser realizado junto às comunidades quilombolas do Vale do Ribeira sobre acesso à saúde, sob a responsabilidade do discente JOSÉ VILSON DE SOUSA, do Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Prof^a Dr^a MARTA INEZ MEDEIROS MARQUES. Suas respostas ajudarão a compreender a problemática e, a partir daí, possibilitar a proposição de eventuais medidas de melhorias. Outrossim, declaramos que as informações aqui prestadas terão caráter de confidencialidade, e serão utilizadas exclusivamente para efeito desta pesquisa, não sendo objeto de uso para qualquer outra finalidade. Desde já, agradecemos a sua colaboração.

Caracterização da comunidade:

Nome da Associação/Comunidade: _____

Situação Fundiária: Reconhecida () Certificada () Titulada ()

Número de Famílias _____ Número total de pessoas _____

Principais atividades desenvolvidas na comunidade:

Moradores da comunidade trabalham em outros lugares/cidades? _____

Page 10 of 10

Há presença de posseiros? _____ Quantas famílias? _____

A relação com esses posseiros é de harmonia() tolerância() conflito()

Há casos de moradores beneficiários de programas de assistência social (Bolsa Família, auxílio emergencial e similares?

*Quantas famílias em cada programa? *(resposta facultativa)

Outras informações relevantes para a caracterização da comunidade (transportes, distâncias, comunicação, etc.): _____

ANEXO B - Roteiro básico de entrevista (As perguntas podem ter sido feitas de forma diferente, em função das demandas e das respostas dadas).

1 - A comunidade possui equipamento público de saúde (UBS, USF)?

2 - A Comunidade possui outros equipamentos públicos?

3 - Quais são os tipos de serviços de saúde prestados na comunidade e quem são os responsáveis? _____

4- Em casos de doenças crônicas, que necessitam de acompanhamento ou tratamento, quais os procedimentos? _____

5 - E em casos de emergência? _____

6 - Houve implementação de medidas específicas para a comunidade por parte do poder público? _____ quais? _____

Houve eficácia? _____

7 - Houve implementação de medidas preventivas por parte da comunidade?
____ quais? _____

Eficácia: _____

8 - Houve implementação de medidas por parte de instituições representativas das comunidades ou da sociedade civil? _____

Eficácia _____

9 - Sobre a covid-19: Incidência (número de casos cumulativos)

gravidade (leve/moderada/severa) _____

número de óbitos _____ profilaxia
(individual e social adotadas) _____

10 - Algumas considerações sobre o papel da CONAQ, EEACONE, ISA, INSTITUTO FLORESTAL e outras entidades representativas _____

11 - Algumas considerações a respeito da ADPF 742 _____

12 - Acredita que o racismo está presente/interfere no acesso à saúde? De que maneira? _____

13 - Outras considerações a respeito de demandas da comunidade que julga serem necessárias _____

(Anexar fotos/ilustrações caso queira.)

ANEXO C - A Redenção de Cam



A Redenção de Cam, 1895

Modesto Brocos

Óleo sobre tela, c.i.d.

166,00 cm x 199,00 cm

Fonte: reprodução

ANEXO D - Modelo de Unidade de Terapia Intensiva

Conheça uma UTI

Médico Intensivista
Profissional qualificado e titulado pela AMIB. Responsável pelo tratamento e monitoramento do paciente e pela coordenação da equipe de UTI.

Monitor Beira Leito
Equipamento para monitorização de sinais vitais do paciente, tais como Saturação de Oxigênio no Sangue, Rítmo Cardíaco, Pressão Arterial, Temperatura, Concentração de Gás Carbônico na expiração, entre outros.

Bomba de alimentação enteral
Oferece alimentação contínua com controle de temperatura, taxa de fluxo, volume acumulado e fonte.

Ventilador Mecânico
Equipamento encontrado em diversos modelos responsável por bombear ar aos pulmões e possibilitar a sua saída de modo cíclico para oferecer suporte ventilatório ao sistema respiratório. Pode ser adaptado aos pacientes por meio de uma prótese traqueal ou através de máscaras especiais.

Diprifusor
Administração de medicamentos por infusão alvo controlada em anestesia e sedação.

Régua de Oxigênio
Ar Comprimido, Vácuo, Oxigênio, conforme a necessidade do paciente.

Estativa
Permite organizar o espaço para maior conforto do paciente e acesso do Médico e Enfermeiro com segurança e máxima higiene.

Nosso paciente
Mais do que um paciente, um ser humano que recebe não só tratamento clínico mas todo o cuidado necessário para uma recuperação física e psicológica.

Equipe de UTI
Profissionais de UTI que auxiliam o Médico Intensivista no tratamento e monitoramento do paciente. São eles: enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos e fonoaudiólogos.

Bombas de Infusão
As Bomba de Infusão, encontradas em diversos modelos, são aparelhos médico-hospitalares utilizados para infundir líquidos através de um circuito plástico tais como drogas ou nutrientes, com controle de fluxo e volume nas vias venosa, arterial ou esofágica.

Equipamento de Diálise
Substitui a função do rim comprometido eliminando substâncias tóxicas do organismo através da urina. O sangue do paciente passa por tubos e é filtrado através de sistemas próprios do aparelho, com total segurança.

Desfibrilador
Aparelhos, fabricados em diversos modelos, que restabelecem o ritmo cardíaco através de descargas elétricas no paciente, graduadas de acordo com a necessidade.

Leito de UTI
Leitos especiais que se adaptam a toda e qualquer necessidade do paciente, com ajustes automáticos e leitores acoplados.

Fonte: <https://www.amib.org.br/informacao/publico-geral/uti-adulto/> Acesso em 20 de novembro de 2021.