

População quilombola no Norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde

The population slave descendents in the North of Minas Gerais: invisibility, inequalities, and denial of access to the public health system

Amaro Sérgio Marques^I, Antônio Prates Caldeira^{II}, Lucas Ramos Souza^{III},
Paola Zucchi^{IV}, Wesley Diego Antunes Cardoso^V

Resumo

Embora a Constituição de 1988 determine a inclusão cidadã das populações quilombolas, prevendo a titulação de suas terras e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo o direito à saúde, estes ainda não foram efetivados para toda a população brasileira. Pesquisas mostram que a população negra tem tido menos acesso à saúde do que a população branca. O artigo relata a situação de saúde de duas comunidades quilombolas do norte de Minas. Uma das comunidades é atendida por uma equipe de Saúde da Família, mas os moradores da outra percorrem longas trilhas para ter acesso a uma unidade de saúde. Estas comunidades ainda não foram tituladas e vivem sob constante ameaça dos fazendeiros da região. Disputas pela terra, falta de assistência técnica para o cultivo e ausência de políticas de geração de renda deixam as comunidades em situação de risco alimentar e social. A ausência do poder público na proposição de ações efetivas de acesso à saúde tem colocado as comunidades à margem do SUS, invisibilidade que amplia os obstáculos para sua inclusão.

Palavras-chave: Quilombola; saúde; equidade

Abstract

Although the 1988 Constitution determines the citizenry inclusion of the slave descendent population, including title to land and the inclusion into the Sistema Único de Saúde (Single Health System - SUS), establishing the right to health care, these have not yet been carried out for the whole of the Brazilian population. Surveys show that the black population has less access to health care than the white population. The article relates the health care situation of two slave-descendent communities in the North of Minas Gerais. One of the communities is served by a team of Saúde da Família (Family Health Care Plan), but the inhabitants of another one need to follow long tracks to have access to a health care unit. These communities have still not received title and live under constant threat of local regional farmers. Land disputes, lack of technical assistance for crops and the absence of policies to generate income leave the communities at risk for food and socially. The absence of government in the proposal for effective action for access to health care has left the communities outside the SUS, invisibility which increases the obstacles for inclusion.

Key-words: Slave descendent population; health; equity

^IAmaro Sérgio Marques (amarosergiomarques@gmail.com) é mestre em Desenvolvimento Social e professor de Antropologia da Saúde do Curso Médico da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

^{II}Antônio Prates Caldeira (antonioprates@viamoc.com.br) é doutor em Saúde Coletiva e professor do Curso Médico da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

^{III}Lucas Ramos Souza (lukasouz@yahoo.com.br) é acadêmico de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

^{IV}Paola Zucchi (pzucchi@cpes.org.br) é doutora em Saúde Coletiva e professora da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

^VWesley Diego Antunes Cardoso (wesleydiegoac@yahoo.com.br) é acadêmico de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

Introdução

Paralelamente à instituição dos direitos constitucionais de saúde para todos e do reconhecimento e titulação de territórios quilombolas, as medidas neoliberais do recém-eleito governo Collor reduziram significativamente o repasse de recursos para a saúde, restringindo a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Atendendo à lógica do mercado, houve ampliação importante dos planos de saúde e de seguridade social privados. Assim, os governos subsequentes não conseguiram ainda mudar significativamente o acesso e disponibilidade de serviços de saúde para as camadas carentes da população brasileira, incluindo a quilombola. Uma grande parcela das comunidades quilombolas ficou à margem do processo de construção do SUS e a maioria ainda luta pelo seu reconhecimento, titulação e inclusão nas políticas de saúde.

Relatando sobre o processo de visibilização dos quilombos no Estado de São Paulo,

“(...) desde os anos 90, ao identificarem-se como comunidades quilombolas, ganharam visibilidade e começam a atrair a atenção de vários segmentos governamentais e da sociedade civil. Cada vez mais se alargam as redes de contato formadas pelas comunidades negras e diferentes atores sociais, como Igrejas, ONGs, Universidades e representantes de órgãos públicos. Muitas destas intervenções visam ao desenvolvimento sócio-econômico da região. Objetivam garantir que os quilombolas possam permanecer, com qualidade de vida, no seu território”¹⁰.

Diversas pesquisas reforçam a tese de que a população negra tem tido menos acesso à saúde do que a população branca⁷.

As comunidades quilombolas Bom Jardim da Prata e Buriti do Meio, reconhecidas pela Fundação Palmares respectivamente em 30/09/2005 e 10/12/2004, enfrentam o problema de isolamento, falta de transporte, falta de assistência médica adequada e a ausência da posse da terra. Este é um relato da viagem exploratória da disciplina de Antropologia da Saúde do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros (UNI-

MONTES) a duas comunidades quilombolas, localizadas na zona rural do município de São Francisco, no norte de Minas Gerais, para o delineamento de pesquisa sobre mortalidade materno-infantil.

História da saúde da população negra e quilombola no Brasil

Segundo o Guia de Políticas Sociais Quilombolas (2009), quilombos são grupos de pessoas com características próprias determinadas por modo peculiar de vida extrapolando o conceito simplista de serem negros fugitivos do antigo regime escravocrata.

Os portugueses começaram a trazer os africanos de suas colônias como mão de obra escrava a partir do século XVI, para trabalhar nas fazendas de açúcar do Nordeste. A partir do século XVIII, o contingente escravizado era destinado preferencialmente às minas de ouro. Tratados como mercadoria, os negros eram submetidos a condições desumanas de transporte, de trabalho e de vida^{vi}. Os constantes castigos físicos e sua penúria geral ocasionavam frequentes revoltas e fugas, constituindo os quilombos, comunidades bem organizadas, onde viviam em liberdade e onde podiam praticar sua cultura, falar sua língua e exercer seus rituais religiosos. O quilombo mais famoso foi o de Palmares, comandado por Zumbi.

No processo de ocupação territorial do Norte de Minas, os fazendeiros da região forjaram documentos de terras nos cartórios e foram grilando terras de negros, inicialmente devolutas. Assim, a situação atual dos remanescentes de quilombos é precária, pois seus territórios são pequenas glebas encurraladas dentro de grandes fazendas³.

A Constituição Federal (1988), Art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias^{vii}: reza que “Aos remanescentes das comunidades de quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos”. Em 2005 foram abertos processos no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) para titulação das terras dessas comunidades que, todavia, ainda não se efetivaram.

Apesar de a população negra ou afrodescendente no Brasil não ser minoria numérica, os grupos de remanescentes de quilombos, os chamados quilombolas, se enquadram no termo *minoría*, sendo um dos grupos que ainda lutam pela equidade na saúde. Neste traba-

⁷Cf. <http://www.suapesquisa.com/historiadobrasil/escravidao.htm>. Acesso em 16/04/2010.

¹⁰Cf. http://www.dji.com.br/constituicao_federal/cfdistra.htm. Acesso em 19/04/2010.

famílias originam-se de um quilombola proveniente do Município de Grão Mogol, cujo nome era Eusébio Gonçalves Gramacho, o primeiro morador da comunidade.

Os quilombolas relatam que, após o reconhecimento da Fundação Palmares, em 10 de dezembro de 2004, houve melhorias significativas para a população, como o saneamento básico, com construção de 105 banheiros pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); recursos do Banco do Brasil para projetos; criação de um Telecentro Comunitário (projeto de inclusão digital) e recursos do Instituto Novas Fronteiras da Cooperação (INFC), com a construção de quatro galpões para a comercialização de artesanato quilombola e a aquisição de dois microtratores e um caminhão F-350.

Grande parte dos moradores recebe benefícios governamentais como Bolsa Família, para complementar a renda, pois o território disponível para a agricultura não é suficiente para uma venda rentável.

A comunidade recebe energia elétrica desde 1999, é atendida pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e pelo Programa Nacional de Agricultura Familiar (PRO-NAF). Quando há escassez de água, um caminhão pipa vindo de São Francisco abastece a comunidade.

Na margem esquerda do rio São Francisco, a 15 km da cidade, e a 5 km, após a travessia de balsa, seguindo pela estrada em direção à Serra das Araras, localiza-se a comunidade quilombola de Bom Jardim da Prata^{xii}, no distrito de Santa Isabel. Segundo relatos da quilombola dona Generosa Rodrigues, a ocupação territorial da comunidade iniciou-se no século XIX, com a vinda de quilombolas da região do rio Gurutuba. As primeiras famílias a residirem no local procuravam um lugar seguro para morar, fugindo da violência do canção e das disputas de terras. Outro morador relata que, na época, ali moravam índios que, supostamente, ensinaram os quilombolas a se adaptar à mata, caçando, pescando e construindo as moradias, dentre outras habilidades indígenas. Bom Jardim da Prata é o principal núcleo de uma grande área historicamente ocupada por quilombolas.

Atualmente, a comunidade está *ilhada* por fazendas. Essa ocupação teve início em meados do século passado, com grileiros ocupando ou adquirindo grande parte do território tradicional a preços irrisórios e trazendo bastante transtorno à população, pois foi marcada por vários conflitos. Houve tempos em que os fazendeiros enviavam seus jagunços para invadir o quilombo e afugentar os moradores que se escondiam no entorno, o que não é muito diferente do que ocorre nos tempos atuais, pois uma moradora relata que, recentemente, foi ameaçada de morte por um fazendeiro vizinho que almeja tomar o pouco de terra que lhe resta.

Reconhecida pela Fundação Palmares em 30 de setembro de 2005, neste mesmo ano os quilombolas enviaram solicitação de titulação de seu território ao INCRA, porém, como no caso de Buriti do Meio, seu processo encontra-se em andamento. Atualmente moram no quilombo cerca de 40 famílias, segundo relato dos líderes comunitários.

Descrição geral das comunidades

Ambas as comunidades apresentam agricultura de subsistência intimamente ligada à culinária típica dos afrodescendentes. Cultivam-se, nas pequenas glebas, o milho, usado no preparo do angu, pamonha, ou cozido; feijão e mandioca. Também são criados frangos caipiras e porcos.

Habitação

Bom Jardim da Prata

As casas de algumas famílias são de pau-a-pique, cobertas de amianto ou palha. Outras, como a da foto 2, são de alvenaria, com telhado cerâmico, sem reboco e piso em cimento. Muitas delas ainda não possuem instalações sanitárias completas, aumentando o índice de verminoses.

A água da comunidade não é tratada para consumo humano. Há duas fontes de água: uma é o rio São Francisco, de onde a água é tirada com latas e a outra é um poço artesiano, que beneficia 14 famílias. As maiores queixas dos moradores são a poluição do rio e a má qualidade da água consumida^{xiii}. Atualmente a população é abastecida por carros pipas da Defesa Civil, mas o armazenamento da água é feito em condições precárias.

As condições de saneamento e higiene também são inadequadas e a maioria dos moradores possui pocilgas próximas às casas. A comunidade utiliza fossa séptica.

A FUNASA^{xiv} instalou um sistema de abastecimento de água no local e realizou melhorias sanitárias domiciliares (MSD) – banheiro com pia, chuveiro e vaso sanitário.

^{xii}Cf. <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 21/04/2010.

^{xiii}Cf. http://www.cpisp.org.br/comunidades/html/brasil/mg/mg_mapa_zoom2.html#. Acesso em 23/04/2010.

^{xiv}Cf. http://www.cedefes.org.br/index.php?p=projetos_detalhe&id_pro=54. Acesso em 23/04/2010.

^{xv}Cf. http://www.cedefes.org.br/index.php?p=projetos_detalhe&id_pro=48. Acesso em 24/04/2010.

As residências são em alvenaria, mas de baixo padrão construtivo, muitas delas ainda de chão batido. Não há coleta de lixo.

Emprego e Renda

Bom Jardim da Prata

A renda dos moradores provém de atividades agrícolas e trabalho em centros urbanos próximos. Os jovens não possuem perspectivas de emprego que lhes garantam o sustento e muitos migram sazonalmente para Unaí e São Gotardo, trabalhando na cultura do alho e café. Assim, permanecem distantes por longos períodos e, devido à carência, acabam tendo relações sexuais nos grandes centros urbanos e contraindo doenças venéreas que são introduzidas na comunidade. Além disso, muitas famílias vivem da aposentadoria dos idosos e dos benefícios sociais, como bolsa família e auxílio maternidade.

Buriti do Meio

Sua renda provém de atividades agrícolas e trabalhos para fazendeiros da região, e muitas famílias recebem benefícios sociais. Outra fonte de renda é o artesanato de argila, que mobiliza parte da comunidade, com a produção de vasos, adornos, painéis, “negras namoradeiras”, estátuas e outros.

Arte, Cultura e Religiosidade

Bom Jardim da Prata

As danças e folguedos tradicionais ainda são praticados pelos moradores de Bom Jardim da Prata. O Batuque, o Lundu e a Dança do Carneiro acontecem durante as festas de Santos Reis e São Sebastião. Na comunidade ainda há um antigo cemitério e uma capela.

Buriti do Meio

Uma das artesãs mais conhecidas dessa comunidade é dona das Neves, uma das líderes da comunidade, que produz potes e vasilhas de barro. Embora os artesãos tenham boa produção de cerâmica, encontram dificuldade para escoá-la.

A comunidade comemora as festas de São Geraldo e Nossa Senhora Aparecida, a folia de Bom Jesus e a de Reis. Praticam ainda a Dança da Coruja, do Carneiro, o Maculelê e o Lundu.

Saúde e doenças prevalentes na população negra e quilombola

A anemia falciforme é uma doença genética prevalente em africanos que habitavam regiões endêmicas de malária. Com a escravidão e a miscigenação, ela também pode ser encontrada em pessoas brancas. Caracteriza-se pela alteração da hemoglobina S, modificando sua afinidade pelo oxigênio e seu formato, adquirindo aspecto de foice. As pessoas portadoras do gene mutante apresentam dificuldade de circulação nos pequenos vasos, com comprometimento progressivo dos órgãos vitais e até a perda de sua função. Estima-se que anualmente nasçam no País 200 mil crianças com o traço falciforme^{5, 9, 12}.

Estima-se que a deficiência de Glicose-6-Fosfato Desidrogenase no Brasil atinja até 10% dos negros nas diversas regiões⁹. Esta doença se caracteriza por:

“Nos glóbulos vermelhos, a glicose 6-fosfato desidrogenase (G6PD) é uma enzima importante para a manutenção da integridade da membrana. Uma deficiência ou inatividade dessa enzima leva a anemia hemolítica. Em outros casos, uma enzima variante está presente, que normalmente tem atividade suficiente para manter a membrana, mas falha sob condições de estresse oxidativo. Uma mutação dessa leva a uma proteína com constantes cinéticas normais, mas com uma estabilidade térmica diminuída. Essa condição é, especialmente, crítica para os glóbulos vermelhos, uma vez que são desprovidos de capacidade de sintetizar proteína e não podem renovar enzimas quando elas desnaturam. O resultado final é uma grande diminuição no tempo de vida desses glóbulos vermelhos que têm G6PD instável. Esses glóbulos vermelhos são também suscetíveis à hemólise induzida por drogas”⁵.

O diabetes tipo II, também denominado *diabete melito não-insulino-dependente*, é uma doença causada por acentuada redução da sensibilidade dos tecidos-alvos aos efeitos metabólicos da insulina, descrita como *resistência à insulina*. Essa síndrome é muito mais comum do que a do tipo I, uma vez que acomete cerca de 80 a 90% de todos os casos de diabete. Na maior parte dos casos, o início da diabete tipo II ocorre depois dos 40 anos de idade, frequentemente entre 50 e 60 anos, e se desenvolve de forma gradual. Por conseguinte, essa síndrome é, comumente, denominada de *diabete de início adulto*.

^{xiii}Cf. http://www.cedefes.org.br/index.php?p=projetos_detalle&id_pro=48. Acesso em 25/04/2010.

^{xiv}Cf. <http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/not/not2005/not123.htm>. Acesso em 29/04/2010.

“(…) há evidências de que a frequência do diabetes tipo 2 está aumentada na população negra mais do que na população branca, tendo triplicado nos últimos trinta anos, enquanto apenas duplicou na população branca. Atualmente nos EUA, a prevalência de diabetes é 1,4 vezes maior entre os negros do que entre brancos”⁹.

Para Oliveira⁹, “(...) no universo adulto de quatro comunidades rurais do médio São Francisco, Bahia, com populações predominantemente negras, a prevalência de hipertensão arterial (HA) foi de 14,3%, com variação entre 8,1% e 19,5%” (p. 115). Desta forma, se faz necessário um olhar mais aprofundado para a saúde da população negra para garantir saúde integral a todo cidadão brasileiro.

Bom Jardim da Prata

A comunidade quilombola de Bom Jardim da Prata não recebe ações permanentes da Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco, exceto campanhas esporádicas de vacinação. Não obtivemos dados epidemiológicos oficiais desta população. O relato sobre a situação de saúde de Bom Jardim da Prata foi obtido conversando com moradores e líderes comunitários (vide entrevista). Suas principais doenças seriam o câncer de estômago, de próstata, anemia, diabetes e hipertensão. Também foi salientada a preocupação com a gravidez na adolescência e o uso de drogas e álcool. Doenças parasitárias também acometem a comunidade, dadas as precárias condições de saneamento e fornecimento de água.

Buriti do Meio

Essa comunidade recebe visitas da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), da Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco, composta por enfermeira, técnica de enfermagem, três agentes comunitários de saúde e dentista e por uma equipe de suporte composta por assistente social, psicóloga, farmacêutica, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudióloga e educador físico.

Os atendimentos de enfermagem consistem em exames de prevenção do câncer de colo uterino, puericultura, pré-natal, vacinação, visitas domiciliares, atendimento a grupos de hipertensos e diabéticos e planejamento familiar, efetuando encaminhamentos para ginecologia, cardiologia, neurologia e psiquiatria e acesso a meios diagnósticos, como ultrassonografia e endoscopia digestiva alta.

Conforme relatos da equipe de ESF, as doenças mais prevalentes são hipertensão arterial, doença de chagas,

diabetes, alcoolismo, câncer de garganta, parasitoses, diarreias e distúrbios mentais.

Entrevista (realizada em janeiro de 2010): Informante 1 - Bom Jardim da Prata

1) Como é a saúde prestada pelo município?

Para mim a saúde aqui é precária, pois ninguém da saúde vem aqui. Temos que procurar médico em São Francisco. Mas quando a gente chega lá... não tem médico! É muito difícil! Não tem Programa de Saúde da Família... A gente já pediu... mas até hoje nada.

2) Qual o tamanho da comunidade atualmente?

Acho que hoje a comunidade de Bom Jardim da Prata tem umas 600 pessoas, não sei ao certo... pois fica todo mundo muito espalhado, margeando o rio (Rio São Francisco).

3) Quais as doenças que mais ocorrem aqui com os membros da comunidade?

O que a gente mais ouve o povo se queixar é de câncer de estômago e de próstata...tem uns com anemia... diabetes, e também pressão alta (hipertensão).



Boneca “Namoradeira”, artesanato de Dona das Neves, de Buriti do Meio - São Francisco (MG)

Foto: Acervo Amaro Sérgio Marques

4) Vocês aqui têm a posse da terra e o reconhecimento?

Em 2003, eu acho, foi reconhecido como Quilombo. Aqui a comunidade é toda de negros! São cerca de 3 hectares a nossa terra, da nossa família apenas, mas ainda não temos a posse. Olha...eles foram tomando nossas terras, os fazendeiros...

5) O que vocês plantam, qual a renda de vocês?

Planto mandioca, milho na várzea, a gente faz farinha de mandioca...e criamos uns porquinhos e temos ainda galinhas...

6) Vocês têm escola para as crianças?

A escola é até a oitava série, e depois quem puder e quiser tem que mandar os filhos pra cidade, em São Francisco, pois só lá tem segundo grau...

7) Vocês possuem água tratada?

A água vem de carro pipa da Defesa Civil. Tem uns que usam as cacimbas. Mas a água do rio São Francisco serve apenas para banho.

8) Quais outros problemas de saúde vocês teriam aqui na comunidade?

Chagas, hum... deixa eu pensar...tem drogas; tem meninas que ficam grávidas antes do tempo.

9) A comunidade aqui utiliza ervas e chás para curar as doenças?

Eu uso... nem sempre a gente tem dinheiro pra remédio...



Dona das Neves, artesã de Buriti do Meio - São Francisco (MG)

Foto: Acervo Amaro Sérgio Marques



Membros da comunidade do quilombo de Bom Jardim da Prata - São Francisco (MG)

Fonte: Acervo Amaro Sérgio Marques

**Entrevista (realizada em janeiro de 2010):
Informante 2 - Buriti do Meio**

1) Como é a saúde prestada pelo município?

Aqui a gente tem Agente Comunitária de Saúde, e a enfermeira vem quase toda semana. Acho bom sim.

2) E médico?

Estamos sem médico há cinco meses mais ou menos.

3) E como a comunidade faz, quando precisa de médico?

Tem que arrumar transporte particular, ou táxi, que custa uns R\$70,00 a R\$80,00 para São Francisco.

4) E são quantas famílias em Buriti do Meio?

São cerca de 169 famílias.

5) E como são as condições de saneamento e das instalações sanitárias?

Das 169 famílias, 105 possuem casas com banheiros.

6) E quais as doenças mais frequentes na comunidade?

Acho que diabetes, chagas e hipertensão. Para mim Chagas está ampliando. Temos duas crianças com Anemia Falciforme. Mas tem outras doenças, como osteoporose e diarreia.

7) Como é a água da comunidade? Tem água tratada?

A água daqui é de um poço artesiano, mas não tem tratamento não.

8) Vocês têm o documento de posse da terra?

Não.

9) Como é a relação com os fazendeiros da região?

Os fazendeiros vêm imprensando a gente, acabam tomando as terras...

10) E vocês usam chás, ervas para curar as doenças?

Uso sim, várias ervas que a gente consegue aqui no mato mesmo.

11) O que vocês plantam aqui?

Plantamos milho, feijão, mandioca, feijão fava, cata-dor (feijão) e tem horta também...

12) Vocês recebem o Bolsa Família do Governo?

Sim.

13) Tem escola aqui?

Tem sim, só até a oitava série.

14) Vocês têm outra fonte de renda?

Aqui temos o artesanato de barro.

Conclusão

Percebemos que a saúde das comunidades quilombolas visitadas são diferenciadas, pois Buriti do Meio tem a presença de profissionais da ESF, mas a de Bom Jardim da Prata não é assistida por este programa da Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco.

Notamos que os problemas de abastecimento de água e saneamento são mais acentuados em Bom Jardim da Prata, abastecida o ano todo por carros pipas da Defesa Civil. No entanto, ambas as comunidades não têm redes de esgoto.

Quanto ao perfil epidemiológico, desenvolveremos estudos para levantar estes dados posteriormente. O isolamento das comunidades, a falta de investimentos públicos e a não implementação satisfatória das políticas públicas têm sido alguns dos empecilhos para a melhoria da assistência à saúde destes grupos.

Não podemos deixar de incluir na discussão o contexto da luta pelos direitos civis, da ampliação do conceito de cidadania e do direito à saúde como um dos direitos fundamentais dos seres humanos⁴.

Mostra-se imperiosa, assim, a ampliação de estudos e atenção dos pesquisadores a esta parcela da população que ainda precisa, além de um perfil epidemiológico, ser incluída nas políticas públicas de saúde.

Referências

1. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Guia de políticas sociais quilombolas: serviços do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília; 2009.
2. Champe PC, Harvey RA, Ferrir DR. Bioquímica: ilustrada. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
3. Costa JBA. Processos de territorializações e o esvaziamento de conteúdos da etnicidade quilombola em Agreste. Relatório. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais; 2009.
4. Cowan JK, Dembour MB. Culture and Rights: anthropological perspectives. Cambridge: The Press Syndicate of the University Of Cambridge [online]. 2004 [acesso em: 24 maio 2010]. Disponível em: URL: <http://assets.cambridge.org/9780521793391/sample/9780521793391ws.pdf>.
5. Devlin TM. Manual de bioquímica: com correlações clínicas. 4. ed. São Paulo: Edgard Blücher; 1998.
6. Gayton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A; 2002.
7. Lopes F. Raça, saúde e vulnerabilidades. BIS 2003; (31):7-11.
8. López M. Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico. 5 ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2004.
9. Oliveira F. Saúde da população negra: Brasil ano 2001. 2. ed. Brasília: Organização pan-americana da saúde; 2002.
10. Paes GSM. Considerações sobre o passado e o presente. In: Volochko A, Batista LE, organizadores. Saúde nos Quilombos. São Paulo: GTAE – SESSP; 2009. p. 31-56.
11. Paixão M. Os indicadores de Desenvolvimento Humano (IDH) como instrumento de mensuração de desigualdades étnicas: o caso do Brasil. BIS 2003; (31): 4-6.
12. Salvador (BA). Secretaria Municipal de Saúde. Doença falciforme: manual para população. Salvador; 2009.
13. Volochko A, Batista LE. Saúde nos Quilombos. São Paulo: Instituto de Saúde – SESSP/GTAE – SESSP; 2009.