



Universidade de Brasília (UnB)

Instituto de Ciências Humanas (ICH)

Departamento de Serviço Social (SER)

Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS)

VITÓRIA FERREIRA LIMA GONÇALVES

**Acesso e utilização dos serviços de saúde por quilombolas: percepções sobre
desigualdades raciais na saúde**

Brasília, 2025

VITÓRIA FERREIRA LIMA GONÇALVES

**Acesso e utilização dos serviços de saúde por quilombolas: percepções
sobre desigualdades raciais na saúde**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília (PPGPS), como requisito para obtenção do Título de mestre em Política Social.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Lucélia Luiz Pereira

Brasília, 2025

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

GG635a Gonçalves, Vitória Ferreira Lima
 Acesso e utilização dos serviços de saúde por
 quilombolas: percepções sobre desigualdades raciais na saúde
 / Vitória Ferreira Lima Gonçalves; orientador Lucélia Luiz
 Pereira. Brasília, 2025.
 120 p.

 Dissertação(Mestrado em Política Social) Universidade de
 Brasília, 2025.

 1. Saúde. 2. Acesso à saúde. 3. Desigualdades. 4.
 Racismo. 5. Comunidade quilombola. I. Pereira, Lucélia Luiz
 , orient. II. Título.

VITÓRIA FERREIRA LIMA GONÇALVES

**Acesso e utilização dos serviços de saúde por quilombolas: percepções
sobre desigualdades raciais na saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS) do Departamento de Serviço Social (SER) da Universidade de Brasília (UNB) como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Política Social.

Dissertação de Mestrado aprovada em: 30/07/2025.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lucélia Luiz Pereira

Orientadora – PPGPS – SER/ UnB

Profa. Dra. Maria Elaene Rodrigues Alves

Membro Interno vinculado ao PPGPS – SER/ UnB

Dra. Gessiane Ambrosio Nazario

Membro Externo ao PPGPS - UFRJ

Profa. Dra. Karen Santana de Almeida Vieira

Membro Suplente - SER/UnB

DEDICATÓRIA

À Evanilde, minha mãe, e à Lucélia, minha orientadora.
Duas mulheres negras que são minha maior inspiração, e que
representam dedicação, resistência, cuidado e acolhimento.
Foram também as maiores incentivadoras desta pesquisa.
Vocês são extraordinárias!

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos à Profa. Dra. Lucélia Luiz Pereira, orientadora que, desde a graduação confiou no meu trabalho e conduziu este processo com responsabilidade, humanidade e entrega, com pleno apoio à orientação e compreensão diante das minhas falhas e atrasos.

À Profa. Dra. Maria Elaene Rodrigues Alves e à Dra. Gessiane Ambrosio Nazario, por aceitarem participar das minhas bancas de qualificação e defesa, pelas contribuições primorosas, pelo olhar atento e pela generosidade oferecidos a esta dissertação.

Aos meus pais, Maria Evanilde e Osvaldir, que, com muito trabalho, força e carinho me incentivaram a buscar meus objetivos. Agradeço por todo amor e preocupação. Amo vocês.

Ao meu companheiro de vida e amigo, Brando Franco, por todo amor e carinho, pela presença e apoio nos momentos delicados e difíceis que atravessaram essa caminhada. Amo-te.

Aos amigos Luís Henrique e Gustavo Igor, pela escuta, apoio, socorros emergenciais às dúvidas e força nos piores e melhores momentos dessa trajetória.

Aos meus filhos felinos — Tonico e Lua (saudades imensas), Chaw, Mulherzine, Minato e Alfredo — e à minha cadela maravilhosa Baratinha. Meus companheiros, o amor de vocês é o mais puro e fiel que já senti. Amo vocês.

Ao Dr. Daniel Gonçalves, por todo apoio, cuidado à saúde e escuta qualificada ao longo desses anos de acompanhamento psiquiátrico.

Aos moradores da comunidade quilombola de Mesquita-GO e demais envolvidos, por compartilharem suas trajetórias e experiências cotidianas. Um agradecimento especial a Walisson, Joelma, Osvaldir e Brando por ajudarem nas idas à comunidade e na comunicação com os moradores e profissionais de saúde entrevistados. Gratidão imensa!

Aos camaradas dos grupos de pesquisas NAAPP e GEMPP, pelo aprendizado coletivo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Política Social, especialmente aos/às professores/as que ministraram as disciplinas cursadas. Minha gratidão se estende a todas as pessoas que contribuem para este Programa, com destaque especial para Domingas Carneiro.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio por meio da bolsa de pesquisa durante os dois anos de Mestrado.

RESUMO

O acesso à saúde em comunidades quilombolas é historicamente marcado pela intersecção das desigualdades de raça, gênero e classe, opressões que estruturam a dinâmica das relações sociais e o funcionamento do próprio sistema de saúde. Esta pesquisa, de natureza qualitativa, utilizou o estudo de caso como procedimento de investigação no contexto da comunidade quilombola de Mesquita, em Goiás, com o objetivo de analisar o acesso e a utilização dos serviços de saúde por seus moradores, considerando as dimensões étnico-raciais. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas e revisão bibliográfica, fundamentando-se no método do materialismo histórico-dialético para conduzir as análises. O projeto foi submetido via Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 7438204). No total, foram entrevistados 15 moradores — 13 mulheres e 2 homens — e 7 profissionais de saúde e/ou gestores. As entrevistas ocorreram na comunidade e no município de Cidade Ocidental, com visitas às residências, à Unidade Básica de Saúde, ao Hospital Municipal e à Secretaria de Saúde. Posteriormente, os dados foram transcritos e analisados com a técnica de análise temática. Os achados evidenciam que a comunidade quilombola de Mesquita enfrenta múltiplos desafios para acessar a saúde, envolvendo barreiras geográficas, precarização das infraestruturas, restrições materiais, longas distâncias percorridas para consultas e exames, além de situações de discriminação racial no acesso aos serviços municipais de saúde. Observou-se, ainda, a omissão do Estado e a atuação de redes de poder local que buscam invisibilizar os quilombolas ou restringi-los a posições subalternizadas. O estudo revelou que as discriminações direcionadas aos quilombolas no uso dos serviços de saúde tornam os marcadores de raça e etnia determinantes no acesso e na utilização dos serviços na região. Foram identificados conflitos internos à comunidade, bem como barreiras institucionais e administrativas que dificultam a consolidação de um cuidado integral, equânime e universal. Superar essas barreiras exige o enfrentamento articulado das opressões de raça, etnia, gênero e classe, além de investimentos em infraestrutura nos serviços de saúde e programas de formação que promovam práticas antirracistas e socialmente inclusivas entre profissionais e equipes do SUS.

Palavras-chave: acesso a saúde; serviços de saúde; desigualdades; comunidades quilombolas; identidade quilombola.

ABSTRACT

Access to healthcare in quilombola communities has historically been shaped by the intersection of racial, gender, and class inequalities—oppressions that structure social relations and the functioning of the health system itself. This qualitative research employed a case study approach in the quilombola community of Mesquita, in the state of Goiás, with the aim of analyzing access to and utilization of healthcare services by its residents, considering ethnic-racial dimensions. Semi-structured interviews and a bibliographic review were conducted, grounded in the historical-dialectical materialist method to guide the analyses. The project was submitted through Plataforma Brasil and approved by the Research Ethics Committee (Opinion No. 7438204). In total, 15 residents were interviewed—13 women and 2 men—alongside 7 health professionals and/or managers. The interviews took place both in the community and in the municipality of Cidade Ocidental, including visits to households, the Primary Health Care Unit, the Municipal Hospital, and the Municipal Health Secretariat. The data were later transcribed and analyzed using thematic analysis. The findings indicate that the quilombola community of Mesquita faces multiple challenges in accessing healthcare, including geographic barriers, precarious infrastructure, material shortages, long travel distances for consultations and exams, and racial discrimination within municipal health services. State omission and the influence of local power networks seeking to invisibilize quilombolas or confine them to subordinate positions were also observed. The study revealed that discriminatory practices directed at quilombolas make race and ethnicity determining factors in access to and utilization of healthcare services in the region. Internal community tensions and institutional and administrative barriers were identified, hindering the consolidation of comprehensive, equitable, and universal care. Overcoming these barriers requires an articulated response to racial, ethnic, gender, and class-based oppressions, alongside investments in infrastructure and professional training programs that promote antiracist and socially inclusive practices among SUS health teams.

Keywords: access to health; health services; inequalities; quilombola communities; quilombola identity.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Igreja Nossa Senhora D’Abadia em Mesquita, maio de 2025.....	20
Figura 2 – Pouso de folia do Divino Espírito Santo em Mesquita, maio de 2025.....	21
Figura 3 – Produção da marmelada em Mesquita, janeiro de 2024.....	22
Figura 4 – Unidade Básica de Saúde de Mesquita, maio de 2025.....	63
Figura 5 – Mapa ilustrativo do itinerário terapêutico da população de Mesquita.....	74

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABA	Associação Brasileira de Antropologia
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABPN	Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEP/CHS	Comité de Ética Em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CONAQ Quilombolas	Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais
COVID-19	Coronavírus SARS-CoV-2
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DDS	Determinantes Sociais de Saúde
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FCP	Fundação Cultural Palmares
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GDF	Governo do Distrito Federal
GEMPP	Grupo de Estudos marxistas e Pesquisas em Política Social e Trabalho
HRAN	Hospital Regional da Asa Norte
HUB	Hospital Universitário de Brasília
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBRE	Instituto Brasileiro de Economia
IEPS	Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
IPEADATA	Base de dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
LGBTs	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais
LOA	Lei Orçamentária Anual
MDHC	Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania
MIR	Ministério da Igualdade Racial
NAAPP	Núcleo de Análise e Avaliação de Políticas Públicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PBQ	Programa Brasil Quilombola
PCDB	Partido Comunista do Brasil
PMMB	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMPB	Programa Médicos Pelo Brasil
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNGTAQ	Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental Quilombola
PNPIR	Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial
PNSIPCF Floresta	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNSIPQ	Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola
PPA	Plano Plurianual
PPGPS	Programa de Pós-Graduação em Política Social
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSF	Programa Saúde da Família
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
PROIC	Programa de Iniciação Científica da UnB
PT	Partido dos Trabalhadores

PVC	Polímero Policloreto de Vinila
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIDE	Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SIS	Síntese dos Indicadores Sociais
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
STF	Superior Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNB	Universidade de Brasília
UNICEPLAC	Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL Inquérito Telefônico	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA.....	14
A comunidade quilombola de Mesquita: memória, história e resistência.....	19
Metodologia e percurso metodológico.....	24
CAPÍTULO 1 – POPULAÇÕES QUILOMBOLAS NO BRASIL.....	29
1.1. Comunidades quilombolas na história social do Brasil.....	30
1.2. Constituição Federal de 1988 e a formulação de políticas específicas para quilombolas.....	33
1.3. Raça, etnia e comunidades quilombolas.....	40
CAPÍTULO 2 – QUILOMBOLAS E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	43
2.1. Sistema Único de Saúde e a importância da atenção primária à Saúde.....	45
2.2. Quilombolas e desigualdades de acesso à Saúde.....	50
2.3. Avanços e retrocessos das políticas de saúde para quilombolas no contexto de Contrarreformas do Estado.....	54
CAPÍTULO 3 – DIREITO À SAÚDE DE QUILOMBOLAS DE MESQUITA: DESAFIOS DO ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E OS OBSTÁCULOS NA CONCRETIZAÇÃO DO SUS.....	61
3.1. Caracterização dos serviços de saúde existentes aos quilombolas.....	62
3.2 Percepção dos quilombolas sobre os principais desafios de acesso e utilização dos serviços de saúde.....	64
3.3 Percepções dos quilombolas sobre raça e etnia no acesso e utilização dos serviços de saúde.....	76
3.4 Percepção dos profissionais de saúde sobre serviços de saúde e comunidade quilombola.....	79
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
APÊNDICE A – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTAS COM USUÁRIOS.....	112
APÊNDICE B – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	114
APÊNDICE C – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTAS COM GESTORES MUNICIPAIS.....	116
ANEXO A – PARECER FAVORÁVEL CEP/CHS.....	118

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

A Constituição Federal de 1988 trouxe ao campo do debate as políticas sociais enquanto instrumentos de inclusão social, na medida em que sua natureza de universalização tem como centralidade o enfrentamento das desigualdades sociais. Com isso, a saúde passa a ser reconhecida como um direito social de concepção universal e acesso igualitário, cabendo ao Estado o dever de implementá-la.

Regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), o Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema de atenção em ações e serviços de saúde que tem como princípios a universalidade, integralidade e equidade. Para isso, a materialização da atenção integral em saúde pressupõe a transversalidade desses princípios. Todavia, a conjuntura da política de saúde revela as dificuldades para a implementação efetiva do modelo assistencial do SUS, que apresenta, na desigualdade de oferta de serviços, uma das lacunas para sua universalização. Associado a isso, destaca-se o cenário histórico brasileiro de desproteção social, que revela inequidades sociais, econômicas e geográficas no campo da saúde, fazendo com que as comunidades quilombolas enfrentem condições de vida e sanitárias precárias, menor acesso à renda e restrito acesso às ações e serviços de saúde (PEREIRA; SILVA; SANTOS, 2015).

Estudos têm evidenciado que as regiões caracterizadas como mais carentes e remotas, distantes dos centros urbanos, de difícil acesso, e/ou em situação rural (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT; LIMA; SANTOS; SEIDL; MENDONÇA; CABRAL; GIOVANELLA, 2023) apresentam desvantagens na disponibilidade de redes de atenção em saúde, provocadas pela limitada oferta e organização dos serviços de saúde no território. Além da barreira geográfico-espacial que interfere na capacidade de deslocamento e mobilidade das pessoas, áreas de vulnerabilidade econômica e social enfrentam um problema persistente de carência de médicos no território. O cenário da distribuição geográfica de médicos expõe uma acentuada concentração nas áreas mais favorecidas economicamente — Sudeste e Centro-Oeste — enquanto regiões interioranas no Norte e Nordeste apresentam razões menores de médicos por mil habitantes (1,30 e 1,69, respectivamente) em relação à média nacional (2,27) (SCHEFFER, 2020).

Portanto, o acesso e utilização dos serviços de saúde nas comunidades quilombolas têm como obstáculos diversas desigualdades que afetam diretamente o processo saúde-doença

dessa população, vulnerabilizada em função do histórico de desproteção e das desigualdades estruturais. A utilização da sabedoria popular e de plantas medicinais apresenta-se como estratégia alternativa e/ou complementar de cuidado em saúde em algumas comunidades quilombolas no Brasil, a exemplo da comunidade quilombola analisada nesta dissertação. O cuidado em saúde vincula-se aos recursos locais e sociais disponíveis e constitui construção subjetiva e coletiva do processo de preservação e recuperação da saúde (CABRAL; MARTINEZ; ANDRADE; CHERCHIGLIA, 2011).

É possível observar essa realidade na comunidade quilombola de Mesquita-GO, localizada na área rural do município de Cidade Ocidental, Goiás, integrante da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE). A comunidade Mesquita está a cerca de 8 km da sede do município e a 48 km de Brasília-DF, sendo a comunidade quilombola mais próxima da capital federal. Foi certificada pela Fundação Palmares em 2006 e possui, segundo sua liderança, cerca de 700 famílias organizadas em um território de 4,2 mil hectares (FIOCRUZ, 2019).

Segundo Manoel Barbosa Neres, na obra *Quilombo Mesquita: história, cultura e resistência* (2016), o fortalecimento da memória oral sobre a doação das terras a três escravizadas, a continuidade dos laços de parentesco das famílias tradicionais quilombolas Pereira Braga, Pereira Dutra, Teixeira Magalhães e Lisboa da Costa, a percepção da comunidade como território negro e as informações das fontes bibliográficas comprovam que “Mesquita pode ser classificada como quilombo porque sua origem é a do tempo da escravidão (inclusive antecede a 1888, fato comprovado por registros paroquiais, desde 1854); porque guarda uma cultura específica e por seu espaço geográfico ter sido sempre associado aos negros, recebendo inclusive os títulos *Arraial dos Pretos*, *Mesquita dos Crioulos*, *Crioulos*” (NERES, 2016, p. 106).

Tendo em vista que as comunidades quilombolas enfrentam um problema persistente de desigualdades em saúde, torna-se essencial a implementação de políticas que respeitem e incorporem as especificidades desse grupo. Além disso, a insuficiência de estudos e indicadores produzidos sobre a população quilombola torna esta investigação fundamental para a produção de conhecimento na área, a fim de visibilizar a realidade desse grupo populacional. Torna-se relevante suprir a escassez de dados abordando tais temáticas, sobretudo no que se refere ao provimento de serviços de saúde em comunidades quilombolas.

Destaca-se, ainda, a importância de construir conhecimento que visibilize a iniquidade de acesso aos serviços de saúde, buscando avançar na garantia do atendimento integral das necessidades de saúde desse segmento, de forma a efetivar o modelo de atenção contemplado pelo SUS.

Ao longo dos anos, as comunidades quilombolas vêm lutando pelo reconhecimento dos seus direitos, especialmente ao território, elemento fundamental para a produção e reprodução das práticas sociais da memória, história e valores quilombolas. É imprescindível destacar sua importância na formação social brasileira, pelo caráter histórico, social e político desse segmento que representa, dentre muitos significados, resistência, memória e pertencimento.

Por meio de pesquisas que abordam os quilombolas como sujeitos da própria história, torna-se possível aprofundar a compreensão das circunstâncias que conformam as vulnerabilidades de acesso à saúde e aos direitos sociais, contribuindo para a formulação de políticas sociais capazes de contemplar essa população no acesso à cidadania.

A aproximação e o interesse pela temática surgiram a partir da realização de pesquisa de iniciação científica pelo Núcleo de Análise e Avaliação de Políticas Públicas, vinculada ao Programa de Iniciação Científica da UnB (PROIC-UnB) durante a graduação, quando foi possível observar a realidade de Mesquita marcada por limitações no acesso a direitos sociais. Esse cenário motivou reflexões em conjunto com colegas de pesquisa sobre a necessidade de desenvolver estudos que apontem caminhos para garantir o direito à saúde, especialmente em territórios rurais quilombolas. Foi a partir desse movimento que se decidiu defender a investigação no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) para obtenção do título de bacharel em Serviço Social. A experiência de pesquisa permitiu o aprofundamento na temática da saúde das populações quilombolas e evidenciou dimensões pouco exploradas relacionadas à organização da rede de atenção à saúde que atende esses grupos e às repercussões das desigualdades raciais em saúde.

Nesse sentido, a produção de pesquisas que abordam as condições de vida e saúde de segmentos tradicionalmente marginalizados, associada à participação da população nos serviços de saúde, possui dupla importância: valoriza os grupos étnicos e subsidia a interpretação da realidade social da comunidade quilombola, permitindo orientar de forma

mais competente a formulação, implementação e monitoramento de políticas de saúde voltadas ao município.

A vista do exposto, o **objeto desta pesquisa** é o acesso e utilização dos serviços de saúde por quilombolas. A investigação buscou responder ao seguinte **problema de pesquisa**: em que medida os serviços de saúde incorporam a dimensão de raça e etnia no atendimento aos quilombolas de Mesquita-GO? Para nortear o percurso investigativo, adotou-se como hipótese que os quilombolas de Mesquita-GO acessam e utilizam de forma limitada os serviços de saúde nos níveis primário, secundário e terciário. Considerando essa questão, o **objetivo geral** foi analisar o acesso e utilização dos serviços de saúde pelos quilombolas de Mesquita-GO, considerando as dimensões de raça e etnia.

Para contemplar esse objetivo, foram definidos os seguintes **objetivos específicos**:

- 1) mapear a trajetória de atendimento no SUS dos quilombolas de Mesquita, buscando compreender as interfaces de acesso e utilização aos serviços de saúde;
- 2) Analisar como a rede de serviços de saúde disponíveis está organizada para atender as necessidades em saúde dos quilombolas e se as dimensões de raça e etnia são incorporadas no atendimento;
- 3) Identificar como os profissionais de saúde, gestores municipais e lideranças da comunidade compreendem os obstáculos à implementação do atendimento integral à saúde quilombola.

De modo a cumprir os objetivos propostos, a presente dissertação está organizada em três capítulos. A Introdução situa o tema da pesquisa na realidade social e no objeto de estudo. A caracterização da comunidade quilombola apresenta aspectos históricos que circunscrevem Mesquita enquanto formação política, histórica e social de grande relevância na RIDE. A metodologia descreve as etapas de elaboração do instrumental de campo, coleta de dados, tratamento e análise qualitativa. O Capítulo I aborda a constituição e as características das comunidades quilombolas, seus processos anteriores e posteriores à Constituição Federal de 1988, a formação dos direitos quilombolas e a interseccionalidade entre as opressões de raça e etnia.

O Capítulo II discute a formação da política de saúde no Brasil, trazendo reflexões sobre o SuS enquanto direito social, as dificuldades de materialização da universalização, as desigualdades no acesso à saúde por quilombolas e os impactos das contrarreformas do

Estado no retrocesso da política de saúde e indicadores de saúde dessa população. Por fim, o Capítulo III apresenta os resultados da pesquisa e sua discussão à luz de estudos semelhantes realizados em outras comunidades quilombolas no Brasil. Para realizar o debate teórico, foram escolhidas as seguintes categorias: política de saúde, acesso e utilização, comunidades quilombolas, raça e etnia e desigualdades em saúde.

Comunidade quilombola de Mesquita: memória, história e resistência

A trajetória do Quilombo Mesquita está profundamente entrelaçada com os processos históricos de resistência e afirmação identitária dos remanescentes de quilombos no Brasil. Conforme destaca Neres (2016), sua origem remonta à doação de terras feita por membros da família portuguesa Mesquita a três mulheres negras que, segundo a tradição oral, eram então escravizadas, embora existam versões que as apontem como descendentes. Esse episódio inicial deu origem a quatro troncos familiares fundamentais: Pereira Braga, Pereira Dutra, Lisboa da Costa e Teixeira Magalhães, sendo o ramo Lisboa da Costa especialmente evidenciado por Lisbôa (2022) ao relatar sua própria ancestralidade.

A consolidação da comunidade ocorreu a partir da posse da terra e da constituição de redes de parentesco e sociabilidade que se mantêm ao longo do tempo. A religiosidade desempenha papel organizador nesses processos. No caso do Quilombo Mesquita, o catolicismo é um elemento estrutural do território, manifestado, entre outras formas, na celebração anual dedicada a Nossa Senhora d'Abadia, realizada entre 5 e 15 de agosto, com novenas, missas e atividades tradicionais. O festejo conhecido como “pouso” integra esse calendário religioso e constitui uma prática que articula dimensões rituais, organizativas e identitárias da comunidade. Grupos de foliões percorrem diferentes localidades com cantos e rezas, configurando um circuito religioso que contribui para a manutenção de vínculos sociais e para a reprodução de práticas culturais construídas historicamente.

A chegada ao quilombo envolve atividades como rezas do terço, cânticos e refeições compartilhadas, que funcionam como mecanismos de sociabilidade e reforço das relações internas. Essas práticas evidenciam a centralidade da religiosidade católica na vida social local, articulando rituais periódicos com dinâmicas cotidianas e contribuindo para a continuidade da organização comunitária. O pouso configura um momento ritual que contribui para a reafirmação de referências identitárias e para a atualização de memórias coletivas vinculadas à trajetória da comunidade. Sua realização expressa a continuidade de práticas culturais construídas historicamente e que persistem apesar de processos que, ao longo do tempo, buscaram deslegitimar ou enfraquecer essas formas de organização social.

Além disso, o pouso articula elementos da religiosidade católica com dinâmicas internas de organização comunitária, operando como mecanismo de coesão social. Nesse contexto, o ritual favorece a manutenção de padrões de reciprocidade e cooperação que estruturam a vida cotidiana no quilombo.



Figura 1 – Igreja Nossa Senhora D'Abadia em Mesquita, maio de 2025. Fonte: Registro da autora



Figura 2 – Pouso de folia do Divino Espírito Santo em Mesquita, maio de 2025. Fonte: Instagram

Ainda assim, observa-se o sincretismo religioso: práticas de matriz africana persistem, muitas vezes marginalizadas, seja na frequência a terreiros de candomblé ou na preservação de tradições como o recurso às benzedadeiras, que “possuem cura não apenas para males da saúde física, mas também espiritual” (CARVALHO, 2015, p. 17). Romão (2018) analisa que esse diálogo entre religiões foi uma estratégia para garantir a continuidade dos cultos de origem africana ao aproximá-los do catolicismo.

No aspecto econômico, a agricultura de subsistência sustentou a vida local, estruturando o trabalho coletivo e o cotidiano. O cultivo de produtos como milho, feijão, mandioca e, especialmente, o marmelo — fruto que possui importância econômica e simbólica destacada por Neres (2016) — liga o presente às raízes históricas do quilombo. A realização da Festa do Marmelo, promovida na igreja local em janeiro, simboliza a relevância dessa produção e gera recursos para melhorias comunitárias. Essa fruta, cuja história se relaciona à trajetória da comunidade, movimenta a economia local por meio da produção artesanal da renomada marmelada de Santa Lúzia. Durante visita à comunidade, foi possível observar de perto os engenhos onde o marmelo é processado de modo artesanal, preservando técnicas transmitidas por gerações. Foram adquiridos exemplares da marmelada, distribuída em pontos especializados em produtos artesanais e naturais da região de Goiás e do Distrito Federal.

O ciclo produtivo do marmelo em Mesquita possui calendário específico: os frutos amadurecem somente em janeiro, o que limita o período de colheita local. Para manter a atividade dos engenhos ao longo do ano e garantir o abastecimento do mercado, os quilombolas estabelecem intercâmbio com produtores do município de Marmelópolis, em Minas Gerais, na Serra da Mantiqueira. Essa região é conhecida pela produção em larga escala do doce de marmelo, o que possibilita a continuidade das atividades em Mesquita fora da safra local. Dessa forma, o marmelo e seus derivados constituem fonte de renda para as famílias quilombolas e conecta Mesquita a outras regiões produtoras, articulando tradições e estratégias econômicas que asseguram a vitalidade dessa prática.

O engenho, como espaço de trabalho coletivo e de reprodução cultural, reafirma o protagonismo da comunidade na manutenção de saberes tradicionais. Essas práticas agrícolas reforçam laços de solidariedade, e os mutirões expressam a ajuda mútua entre as famílias, permitindo que pequenos produtores mantenham seus cultivos ao longo do ano.



Figura 3 – Produção da marmelada em Mesquita, janeiro de 2024. Fonte: Instagram

O reconhecimento jurídico dessas terras tem sido um processo longo, iniciado formalmente junto à Fundação Cultural Palmares em 2008, embora garantido constitucionalmente desde 1988, revelando a persistência das disputas para assegurar o direito ao território. No plano político, a história do Quilombo Mesquita é marcada por enfrentamentos contínuos. Oliveira (2012) evidencia que a comunidade enfrentou tentativas de desestruturação promovidas por fazendeiros e autoridades ao longo do tempo. Ainda assim, manteve práticas e valores associados a lideranças como os irmãos Etelvino e Malaquias Teixeira Magalhães, descritos por Neres (2016, p. 39) como “mobilizadores da comunidade, animadores das orações e folias, intermediários na resolução de problemas, proativos na busca de melhorias para a população e exemplares chefes de família”.

O Quilombo Mesquita também desempenhou papel relevante na construção de Brasília. Quilombolas foram responsáveis por erguer cantinas e locais de hospedagem para acolher os candangos. As mulheres tiveram participação significativa, especialmente Onélia Pereira Braga (Dona Dé) e Enedina Teixeira Magalhães (Dona Nedina). Em período no qual a

produção de alimentos em Brasília era inexistente, cultivavam hortas e preparavam refeições servidas no Catetinho, enquanto os homens transportavam mantimentos e colaboravam nas obras (NERES, 2016). O Quilombo Mesquita expressa permanências culturais, estratégias de resistência e disputas políticas por reconhecimento e titulação. Simultaneamente, evidencia contradições do presente, pois desigualdades históricas continuam afetando o acesso a direitos como saúde, terra e condições dignas de vida, demandando políticas públicas capazes de fortalecer a autonomia e assegurar a continuidade das identidades quilombolas.

Metodologia e percurso metodológico

A investigação desta dissertação é de natureza qualitativa, utilizando o estudo de caso enquanto procedimento de investigação no contexto da comunidade quilombola de Mesquita-GO. No âmbito da pesquisa qualitativa, o estudo de caso consiste em uma abordagem que busca compreender em profundidade um fenômeno social complexo situado em seu contexto real. Conforme Yin (2015), esse procedimento é adequado quando não há fronteiras claramente definidas entre o fenômeno e o contexto, permitindo examinar processos, relações e dinâmicas específicas. Essa estratégia visa à análise situada de uma realidade concreta, capaz de revelar aspectos significativos de fenômenos mais amplos (FLYVBJERG, 2006).

No presente estudo, o uso do estudo de caso possibilitou analisar a percepção de diferentes atores sociais — usuários quilombolas, profissionais de saúde e gestores — acerca da implementação das políticas de saúde no território, bem como identificar como se manifestam práticas e expressões de racismo institucional no contexto do atendimento. O Quilombo Mesquita-GO constitui o caso investigado por apresentar elementos pertinentes ao problema de pesquisa, como trajetória histórica própria, formas específicas de organização social e interação com as políticas públicas de saúde. A análise desse caso permite apreender em profundidade as particularidades do funcionamento dessas políticas no território e compreender dinâmicas sociopolíticas que também atravessam outras comunidades quilombolas no Brasil.

Para essa pesquisa, a abordagem qualitativa permitiu um aprofundamento das dimensões relativas aos significados e às dinâmicas correlatas das relações sociais. Para apreender as diferentes percepções sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde, foi escolhida como técnica de pesquisa a entrevista semiestruturada realizada com os atores-chave: homens e mulheres quilombolas maiores de 18 anos residentes na comunidade, lideranças locais, profissionais da Equipe de Saúde da Família de Mesquita e gestores da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade Ocidental.

Optou-se pelo método do materialismo histórico-dialético para desenvolvimento dos procedimentos metodológicos, pela sua capacidade de apreensão dos processos da realidade em sua totalidade, explorando historicidade, determinações socioeconômicas e a essência do objeto a partir de sua estrutura e dinâmica (NETTO, 2011). A perspectiva dialética oferece

“as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente” (GIL, 2008, p. 14). Essa perspectiva permitiu analisar o acesso aos serviços de saúde locais, como atenção primária e secundária na Cidade Ocidental, e a utilização de serviços de saúde no Distrito Federal, especialmente no nível terciário. Foi indispensável para compreender como os quilombolas percebem o acesso a esses serviços e suas percepções sobre o atendimento das necessidades de saúde, considerando também as dimensões de raça e etnia nessa configuração.

Dessa forma, apreenderam-se a diversidade de opiniões e a riqueza das percepções dos atores-chave participantes do estudo, incluindo profissionais de saúde, lideranças comunitárias e gestores da Secretaria Municipal de Saúde. A escolha do método também se justifica por sua consonância com características relacionais, pois “foge do padrão linear e predeterminado de aproximação à realidade, visto que ele é moldado por esta realidade e incorpora o seu movimento” (ALVES, 2018, p. 34).

Quanto aos procedimentos metodológicos, realizou-se levantamento bibliográfico a fim de fundamentar a dimensão teórica do tema, utilizando bases de dados de literatura especializada relacionadas ao objeto de estudo.

Para a realização das entrevistas semiestruturadas, elaborou-se roteiro a partir do problema de pesquisa, com questões relacionadas à trajetória de atendimento no SUS, rede de serviços de saúde disponíveis, dimensões de raça e etnia no acesso à saúde, barreiras de implementação do atendimento integral e caracterização do perfil da população pesquisada. As entrevistas foram realizadas na comunidade, bem como em visitas à Secretaria Municipal de Saúde, à Unidade Básica de Saúde de Mesquita e ao Hospital Municipal da Cidade Ocidental. Utilizou-se o método de saturação.

Segundo Fontanella *et al.* (2008, p. 17)

O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

Esse conceito determina o ponto em que novos dados não acrescentam informações relevantes para a compreensão do objeto. No quadro do materialismo histórico-dialético, a saturação é alcançada quando a coleta consegue revelar contradições internas e mediações complexas do fenômeno, indicando que a totalidade foi suficientemente apreendida para os propósitos da análise.

Para garantir a integridade e os padrões éticos definidos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) e aprovada pelo parecer consubstanciado nº 7.438.204. Os procedimentos que antecederam a submissão incluíram o envio das aprovações institucionais da Secretaria de Saúde do município de Cidade Ocidental-GO e da liderança da comunidade quilombola de Mesquita.

Durante esse processo, identificaram-se desafios na obtenção das aprovações, uma vez que os esforços de comunicação com a Secretaria Municipal de Saúde e com a liderança enfrentaram dificuldades, resultando em atrasos na devolução do aceite institucional. Isso gerou desgaste para a pesquisadora, diante da baixa disposição de ambos em colaborar com o andamento da investigação. A situação se repetiu no processo de entrevistas, uma vez que não foi possível realizar conversas com a liderança comunitária e com o secretário municipal de saúde. Apesar de mais de cinco tentativas de contato, realizadas entre março e maio de 2025, nenhuma obteve retorno, configurando obstáculo significativo para a etapa de campo.

O processo de entrevistas com moradores e profissionais de saúde, porém, ocorreu de maneira tranquila e sem restrições. Um elemento que favoreceu essa etapa foi o vínculo estabelecido durante a pesquisa realizada em 2020, no âmbito do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), que resultou no Trabalho de Conclusão de Curso da pesquisadora. À época, o acesso à comunidade e às instituições envolvidas foi facilitado pela atuação da orientadora, que conduziu trâmites formais: contato com lideranças, Secretaria de Saúde, encaminhamento ao CEP/CHS e articulação com morador da comunidade que atuou como mediador entre pesquisadores e entrevistados. Esse suporte reduziu barreiras de entrada em campo.

Na pesquisa de dissertação, entretanto, todos esses procedimentos tiveram de ser realizados integralmente pela pesquisadora, sem intermediação institucional prévia. Essa diferença tornou a entrada em campo mais complexa, especialmente no contato com pessoas

de maior “prestígio social”, como a liderança comunitária e o secretário municipal de saúde, que não responderam às tentativas de comunicação. Ainda assim, retomei o contato com o morador que atuou como mediador em 2020, o que novamente contribuiu para aproximar os moradores do processo de entrevistas.

O contato com a Secretaria Municipal de Saúde ocorreu por comunicações dirigidas ao gabinete do secretário. Não foi possível entrevistar profissionais vinculados ao Hospital Municipal da Cidade Ocidental devido à indisponibilidade de horários.

Em relação às atividades de campo, foram realizadas 22 entrevistas, sendo 15 com moradores e 7 com profissionais de saúde. Todas as entrevistas com moradores ocorreram em um sábado, por visitas domiciliares. As entrevistas com profissionais de saúde foram realizadas em quatro visitas à Unidade Básica de Saúde de Mesquita, à Secretaria Municipal de Saúde e ao Hospital Municipal da Cidade Ocidental, além de uma entrevista em formato virtual devido à disponibilidade do profissional. Em um dos dias na UBS, acompanhei palestra educativa sobre doenças cardíacas promovida por estudantes de Medicina da Uniceplac.

Todos os entrevistados foram informados sobre os objetivos da pesquisa, o uso das informações, o direito ao sigilo e a interrupção da entrevista, sendo convidados a participar voluntariamente. As entrevistas foram registradas em diário de campo e gravadas com autorização dos participantes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Em relação aos atores sociais, é fundamental ressaltar que não formam grupo homogêneo, pois possuem interesses e perspectivas diversas que influenciam suas respostas. Assim, destaca-se a importância da metodologia e da sensibilidade do pesquisador na condução das entrevistas.

Minayo (2007, p. 14) afirma que:

...a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade). A metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está referida a elas.

Na etapa de análise, as entrevistas foram transcritas com apoio do programa Whisper, desenvolvido pela OpenAI, que realiza transcrições em diferentes idiomas. Optou-se por essa

ferramenta por operar localmente, sem necessidade de internet, contribuindo para resguardar a confidencialidade dos dados. Diante do volume de gravações — que ultrapassaram oito horas — o software gerou as transcrições iniciais, posteriormente revisadas e ajustadas manualmente.

Após transcritas, as entrevistas foram analisadas com base na técnica de análise temática, que visa identificar, organizar e interpretar padrões de sentido presentes em dados qualitativos. Conforme Silva e Borges (2017, p. 13), trata-se de elaborar referencial de codificação capaz de revelar temas recorrentes e suas conexões, examinando a forma como significados são produzidos e transformados no interior do discurso.

Sua compatibilidade com a abordagem dialética reside na flexibilidade, permitindo ao pesquisador mover-se entre particularidades empíricas (fenômeno) e categorias teóricas mais amplas (essência), sem imposição de quadro rígido. A construção do referencial de codificação torna-se recurso sistemático para organização do corpus e instrumento interpretativo, orientando o olhar do pesquisador para reconhecer repetições, variações e contrapontos que delineiam o fenômeno estudado.

A combinação entre a técnica e a leitura intensiva das transcrições permitiu construir temas e subtemas, tornando possível a elaboração do capítulo de resultados. Após cumprir todas as etapas e entrega da dissertação, almeja-se visitar a comunidade para compartilhar os resultados da pesquisa.

CAPÍTULO 1 – POPULAÇÕES QUILOMBOLAS NO BRASIL

A ocupação do território brasileiro teve origem com a colonização portuguesa, que desconfigurou as formas de organização e os limites territoriais pré-existentes por meio da desterritorialização de inúmeros grupos indígenas. A sobrevivência de grupos étnicos minoritários deveu-se à organização de movimentos de resistência ao regime colonial, por meio da formação de quilombos e de grupos indígenas isolados.

Os espaços conquistados pelos quilombos, definidos como “acampamentos guerreiros na floresta” (LOPES; SIQUEIRA; NASCIMENTO, 1987, p. 27-28), constituíram-se em territórios de organização, vivência e luta dos sujeitos subversivos ao sistema escravista. Com parâmetros alternativos de sociabilidade e territorialidade, os quilombos sobreviveram ao tempo e “evitaram que seus espaços vitais se reduzissem a uma parcela do território nacional” (ROCHA, 2010, p. 152). A resistência ao longo do tempo foi possível a partir de uma sobrevivência coletiva associada à formação de uma memória viva ligada à terra e a uma identidade étnica.

A formação da identidade étnica tem como pressuposto a conexão com o território, a ancestralidade, as práticas e os saberes, bem como o significado criado culturalmente pelas gerações de famílias quilombolas (ROCHA, 2010). Por isso, a manutenção dos territórios é fundamental para a produção e reprodução material e cultural da identidade étnica. O território é, na sua essência, a apropriação do espaço para além da reprodução material da vida, incorporando a construção de laços coletivos, as representações sociais e a história de um povo (CARRIL, 2006). O território expressa a importância simbólica e cultural da identidade étnica, enquanto elementos indissociáveis. A territorialidade refere-se ao significado criado culturalmente enquanto “experiência de uma localidade específica com algum grau de enraizamento, com conexão com a vida diária, mesmo que sua identidade seja construída e nunca fixa” (ESCOBAR, 2005, *apud* ROCHA, 2010, p. 155).

A construção coletiva da vida, representada pelas relações sociais comuns dos rituais, festas e costumes, é responsável por preservar os valores e práticas da memória viva das comunidades. O desenvolvimento de formas próprias de organização produtiva, definidas pelo uso comum das terras pelo modelo de agricultura familiar, determina a forma como os quilombolas se relacionam com a terra. Para a comunidade de Mesquita-GO, a formação da

sabedoria popular preservada nas tradições da benzeção e no uso de ervas e plantas medicinais — transformadas em raizadas, sumos, xaropes e infusões — demonstra o forte significado cultural das práticas ancestrais.

“O território é uma necessidade cultural, política e econômica” (PEREIRA, 2016, p. 48), por ser o elemento que confere sentido à totalidade do modo de vida quilombola. A incorporação dessas características simbólicas vincula os quilombolas ao território enquanto componente central na reprodução de sua vida, a partir de uma identidade que os diferencia de outros grupos étnicos, sendo a autoatribuição o mecanismo de reivindicação dessa identidade.

1.1. Comunidades quilombolas na história social do Brasil

O Brasil é um país marcado historicamente por desigualdades, que têm origem no processo de escravização de populações negras e indígenas. Os quase quatrocentos anos de escravização foram responsáveis pela expansão das diferentes formas de racismo na sociedade. O sistema escravagista mercantil possibilitou a formação de relações centradas na violência, exploração e expropriação do trabalho e do corpo dos negros, que encontraram nos quilombos um núcleo de resistência ao colonialismo (MOURA, 2014).

Desde os primeiros focos de resistência, os quilombos passaram a ser uma questão emergente e, mais recentemente, têm se destacado no cenário político, jurídico e acadêmico quanto à discussão do seu significado e definição. Enquanto categoria histórica e polissêmica, é possível encontrar na literatura múltiplas denominações que evidenciam as particularidades dos diferentes processos de constituição dos quilombo:

No Brasil, os remanescentes de antigos quilombos, “mocambos”, “comunidades negras rurais”, “quilombos contemporâneos”, “comunidades quilombolas” ou “terras de preto” referem-se a um mesmo patrimônio Territorial e cultural inestimável e em grande parte desconhecido pelo Estado, pelas autoridades e pelos órgãos oficiais. Muitas dessas comunidades mantêm ainda tradições que seus antepassados trouxeram da África, como a agricultura, a medicina, a religião, a mineração, as técnicas de arquitetura e construção, o artesanato, os dialetos, a culinária, a relação comunitária de uso da terra, dentre outras formas de expressão cultural e tecnológica (ANJOS, 2006, p. 206).

A primeira definição de quilombo remonta à manifestação jurídica do Rei de Portugal ao Conselho Ultramarino, de 1740, que considerava “toda habitação de negros fugidos que

passem de cinco, em parte despovoada, ainda que não tenham ranchos levantados nem se achem pilões neles” (Conselho Ultramarino: 1740 *apud* MOURA, 1994). Essa etimologia delimitava os quilombolas em princípios civilizatórios coloniais e os estigmatizava como parte de uma cultura marginal e periférica.

Quanto ao período imperial, a legislação de 1847 preservou os mesmos elementos conceituais, mas reduziu a quantidade mínima de “fugidos” para dois ou mais indivíduos (ALMEIDA, 2011). A partir da República, observa-se uma invisibilidade nos textos constitucionais sobre os quilombolas, que permaneceram esquecidos da dinâmica social até a promulgação da Constituição de 1988. O Brasil foi o último país do mundo a abolir a escravidão negra, em 1888, e, durante os cem anos seguintes, não criou nenhuma legislação para integrar a população dos antigos quilombos ao processo de desenvolvimento do país (CARVALHO, 2003). Mesmo após o fim da escravatura, foram mantidos os mecanismos de dominação ideológica herdados da sociedade escravocrata, por meio da marginalização nos centros urbanos e da concentração fundiária nas áreas rurais (GOMES, 2008).

A matriz colonial percorre o senso comum ao aproximar o conceito de quilombo ao banditismo e à criminalidade, como territórios isolados de negros fugitivos, “bárbaros selvagens” (MOURA, 1986), que por essa razão foram perseguidos e destruídos para “fazer os quilombolas retornarem à disciplina do trabalho nas plantações” (ALMEIDA, 2011, p. 68).

Esse reducionismo colonial ignorou o caráter revolucionário dos quilombos contra a sociedade escravocrata, definindo-os apenas como espaços de fuga, o que não contempla a complexidade da categoria. Pesquisas revelam que os quilombos eram heterogêneos e constituídos por diversidade étnica, variações de população, tamanho, organização social e processos de formação, englobando também a “ocupação de terras de antigas fazendas escravistas, de terras devolutas e das doações de terras feitas a ex-escravos” (ALBUQUERQUE; FRAGA FILHO, 2006, p. 294).

É nesse ponto que intelectuais quilombolas desempenham papel fundamental na redefinição epistemológica do conceito. Antônio Bispo dos Santos (BISPO, 2015) argumenta que as narrativas coloniais reduziram os quilombos a espaços físicos, ignorando sua lógica própria de organização social. Para ele, os quilombos constituem territórios de confluência, baseados em relações comunitárias, na circularidade dos saberes e na interação biointerativa com a natureza — em oposição à lógica de expropriação que moldou o território brasileiro

(BISPO, 2015). Essas reflexões rompem com a sociologia branca criticada por Clóvis Moura, que transformava as populações negras em objetos de estudo.

Givânia Maria da Silva (2022) aprofunda essa ruptura ao demonstrar que o território é espaço político e comunitário sustentado por práticas ancestrais, especialmente pelas mulheres quilombolas. Seus conhecimentos sobre cuidado, agricultura, plantas medicinais e manutenção da vida coletiva constituem processos de autonomia e resistência. Assim, a compreensão contemporânea de quilombo envolve ancestralidade, território, organização social e identidade, e não uma definição estática vinculada à fuga (SILVA, 2022).

Foram nesses territórios historicamente ocupados por seus antepassados que a maioria das comunidades quilombolas permaneceram, com configurações histórico-culturais específicas (GUIMARÃES, 1996), preservando elementos das tradições, a construção da memória viva e de uma identidade étnica. Dessa maneira:

Tais grupos podem apresentar todas ou algumas das seguintes características: definição de um etnônimo, rituais ou religiosidades compartilhadas, origem ou ancestrais em comum, vínculo territorial longo, relações de parentesco generalizado, laços de simpatia, relações com a escravidão, e principalmente uma ligação umbilical com seu território, etc (MARQUES, 2009, p.8).

A lógica de sobrevivência das comunidades quilombolas e sua concepção de terra como expressão da identidade contraria o projeto de hegemonia sobre o qual o território brasileiro foi colonizado. A Lei de Terras de 1850 foi formulada para atender à acumulação capitalista das elites agrárias, valorizando a propriedade privada como unidade de acumulação e consolidando uma classe latifundiária que concentra até hoje grandes extensões de terras improdutivas (MOURA, 1988; HOLANDA, 1995; PRADO JÚNIOR, 2000). Essa lógica conflita diretamente com a perspectiva de coletividade atribuída aos territórios quilombolas.

O aprofundamento da segregação da população negra ocorreu em termos econômicos, políticos e raciais após 1888. Instaurou-se um projeto político-ideológico de branqueamento da sociedade brasileira por meio do estímulo à imigração europeia no contexto do capitalismo monopolista. A transição do perfil de uma classe trabalhadora negra para uma classe trabalhadora imigrante branca, significaria a modernização do país, onde o negro representaria o atraso, o passado, o inadequado, enquanto o branco/europeu era símbolo do trabalho

ordenado, pacífico e progressista (MOURA, 1988). Trata-se de uma ideologia racista que se processa nas estruturas do capitalismo dando-lhe funcionalidade na reprodução do capital.

A disseminação de valores discriminatórios permeou o pensamento social coletivo por meio do racismo científico que inferiorizava as pessoas negras, além da naturalização dessa dinâmica com o mito da democracia racial para justificar privilégios (GONZALEZ, 2018). A invisibilidade, a subalternidade e a negação de direitos configuram formas primárias de exclusão da cidadania (FERNANDES, 2008; CARNEIRO, 2011).

O Estado brasileiro estabeleceu os termos de uma cidadania diferenciada, definida pela “propriedade, ocupação e acesso à educação formal” (MARQUES; GOMES, 2013), excluindo a população negra dessa representação. As estruturas de desigualdade e racismo do pós-abolição não foram superadas; elas se reconfiguraram e se adaptaram às novas fases do capitalismo dependente (FERNANDES, 2008). Muitos dos atrasos e limitações estruturais atuais decorrem da atuação de um Estado comprometido em garantir os privilégios da classe dominante (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Mesmo com inúmeras dificuldades, os antigos quilombos “desenvolveram formas próprias de organização social, produtiva e religiosa” (SILVA; SILVA, 2014, p. 195), o que possibilitou resistirem historicamente, e seus descendentes permanecessem nos territórios ocupados por seus ancestrais, hoje reconhecidos como comunidades remanescentes de quilombos.

1.2. Constituição Federal de 1988 e a formulação de políticas específicas para quilombolas

A luta pelo reconhecimento do direito ao território das comunidades quilombolas remonta ao contexto das mobilizações negras, em especial dos movimentos sociais que, a partir da década de 1970, resgataram os quilombos como símbolo de resistência negra, identidade contra-hegemônica e expressão de transgressão. Além disso, as novas formas de organização representadas pelas resistências camponesas negras, com destaque para as comunidades rurais do Pará e Maranhão, protagonizaram a luta pela permanência na terra. Mesmo antes de 1988, algumas comunidades já atuavam juridicamente por meio de

reintegração de posse e ações de usucapião contra processos de expulsão de seus territórios pelas investidas de fazendeiros e empresas (MARQUES; GOMES, 2013).

A Constituição Federal de 1988 foi um marco histórico na visibilidade das lutas quilombolas ao garantir o direito ao território por meio do artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), que estabelece: “Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos”. O reconhecimento dos direitos quilombolas estende-se também à proteção dos direitos sociais, culturais, econômicos e políticos desse grupo, conforme os artigos 215 e 216 da Carta Magna.

A Constituição Federal de 1988 inaugurou no campo político e jurídico um amplo debate envolvendo a caracterização de quilombo a partir do conceito de “comunidades remanescentes dos quilombos”. Remanescente é tudo aquilo que remanesce, sobra e resta, aludindo as comunidades que persistiram ao longo do tempo aos processos históricos dos antigos quilombos, ou seja, os descendentes das pessoas que passaram pelo processo de escravização e hoje permanecem nos locais de vivência dos antigos quilombos, compreendendo as populações quilombolas enquanto hegemônicas e cristalizadas no passado. Essa interpretação teve que ser colocada em dúvida para que houvesse um rompimento com a definição *frigorificada* que não satisfazia aos anseios de uma categoria viva que está sujeita a mudanças históricas e culturais.

De acordo com documento emitido em 1994 pela Associação Brasileira de Antropologia (ABA), tornou-se imprescindível:

desfazer os equívocos referentes à suposta condição remanescente, ao afirmar que “contemporaneamente, portanto, o termo não se referia a resíduos arqueológicos de ocupação temporal ou de comprovação biológica”. Tratava-se de desfazer a ideia de isolamento e de população homogênea ou como decorrente de processos insurrecionais (LEITE, 2000, p.341).

Reconheceu-se, assim, a necessidade de redefinir a semântica do termo, incorporando dimensões históricas, culturais e identitárias que expressam a continuidade dos quilombos como grupos vivos e sujeitos de direitos. A ABA teve papel fundamental na formulação dessa perspectiva ao conceituar “remanescente de quilombo” como termo “utilizado pelos grupos para designar um legado, uma herança cultural e material que lhes confere uma referência

presencial no sentimento de ser e pertencer a um lugar e a um grupo específico” (ABA, 1994, p.81).

A publicação do Decreto nº 4.887/2003 regulamentou o artigo 68 do ADCT e estabeleceu critérios e procedimentos para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras quilombolas. Após a autoatribuição, o processo de titulação envolve etapas burocráticas complexas, como identificação e delimitação pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), demarcação do território, concessão e registro do título (PEREIRA, 2016).

A certificação emitida pela Fundação Cultural Palmares (FCP), vinculada ao Ministério da Cultura, é fundamental para o reconhecimento formal das comunidades enquanto sujeitos de direitos e para orientar políticas públicas de saúde, educação, saneamento e infraestrutura. Entretanto, o ritmo das certificações é muito mais célere que o das titulações, revelando omissão sistemática do Estado no cumprimento dos dispositivos constitucionais (DEALDINA, 2020). Atualmente, existem 180 títulos definitivos emitidos em benefício de 142 territórios e 3.854 comunidades certificadas, dentre mais de 7.600 identificadas no país (FCP, 2024; AGÊNCIA SENADO, 2025).

A promulgação do critério de autoatribuição, enquanto passo inicial para certificação dos territórios quilombolas, expressou nos termos da lei a relevância da identidade étnica enquanto instrumento de legitimidade dos direitos quilombolas. A valorização da identidade étnica enquanto elemento exclusivo da formação própria dessas comunidades permitiu a ampliação do significado de quilombo, que se encontra em um processo permanente de construção/reconstrução identitária através dos laços de parentesco, culturais e territoriais.

A adoção da autoatribuição como critério inicial para certificação reafirmou a identidade étnica como fundamento dos direitos quilombolas. Essa identidade, ancorada no pertencimento, distingue os quilombolas de outros grupos tradicionais (PÉREZ, 2020; BARTH, 2011). A partir de 2003, políticas específicas puderam ser formalizadas por meio da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR), da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) e do Programa Brasil Quilombola (PBQ) (Brasil, 2003; SEPPIR, 2016).

Para fins de direitos e legitimação, o Programa Brasil Quilombola, criado em 2004, sob responsabilidade do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC), por meio

da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), reconhece as comunidades quilombolas enquanto:

Territórios de resistência cultural e deles são remanescentes os grupos étnicos raciais que assim se identificam. Com trajetória própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a luta à opressão histórica sofrida, eles se autodeterminam comunidades negras de quilombos, dados os costumes, as tradições e as condições culturais e econômicas específicas que se distinguem de outros setores da coletividade nacional (BRASIL, 2004a, p.6).

Em 2003, a formação da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR) buscou, nas ações afirmativas, a redução das desigualdades étnicas através da criação de programas transversais, com gestão descentralizada e democrática (BRASIL, 2003). O ano de 2007 reuniu marcos importantes da efetivação dos direitos quilombolas, a partir da concretização da Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, da inauguração do Programa de Aceleração do Crescimento Quilombola e da aprovação da Portaria 98/2007, que deu legitimidade à Fundação Palmares na emissão de certificações dos territórios quilombolas. Ademais, os anos de 2009 e 2010 foram fundamentais pela concretização, respectivamente, da Instrução Normativa nº 45 do INCRA, que viabiliza a titulação dos territórios quilombolas, e da aprovação do Estatuto da Igualdade Racial (INCRA, 2008).

Considerando que as políticas sociais são um campo de tensão permanente, expressas pelas disputas políticas de projetos societários, percebe-se, ao longo da última década, o gradual desmonte das políticas específicas para comunidades quilombolas. Até o ano de 2011, estados como o Paraná ainda não haviam incorporado iniciativas do PBQ e, mesmo em 2019, somente cerca de 28% dos municípios brasileiros haviam colocado em prática ações vinculadas à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2007; FIOCRUZ, 2019; ALVES; ALVES, 2011). No que se refere ao PBQ, Teixeira e Sampaio (2019) apontam que, embora tenha recebido em 2011 o maior volume de recursos federais desde sua criação, o programa deixou de ser incluído na Lei Orçamentária Anual (LOA) entre 2012 e 2014, enfrentando reduções orçamentárias que ultrapassaram 100% nesse intervalo.

A partir de 2014, o PBQ passou a não contar mais com transferências federais para apoiar sua implementação nos estados, o que resultou em seu encerramento (TEIXEIRA;

SAMPAIO, 2019). A incorporação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) ao Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, em 2015, enfraqueceu a participação da comunidade negra na formulação das principais políticas destinadas à população negra, comprometendo, por exemplo, a articulação do Estatuto da Igualdade Racial, do Plano de Enfrentamento à Violência contra a Juventude Negra e do Programa Brasil Quilombola, no período de outubro de 2015 a dezembro de 2022.

A destituição dos direitos que se seguiu no governo Temer foi intensificada com a ascensão do governo neofascista de Jair Bolsonaro, que, em campanha política, prometeu que não demarcaria nenhum centímetro para reserva indígena ou quilombola. Sendo assim, em 2019, obstruiu os processos de titulação das comunidades quilombolas com a transferência do INCRA para o Ministério da Agricultura, além de instaurar uma metódica política para enfraquecer a atuação da Fundação Cultural Palmares, que serviu em favor da perseguição de ativistas e grupos vulneráveis durante quatro longos anos (BRASIL, 2019).

Durante o período crítico da pandemia, evidenciaram-se dois pontos fundamentais: a ausência de ações específicas do governo federal voltadas aos quilombos e a falta de dados consistentes sobre o impacto da covid-19 nessas comunidades. Diante desse cenário, a CONAQ, em articulação com movimentos sociais, instituições e partidos progressistas, promoveu campanhas educativas, formou agentes populares quilombolas e elaborou boletins epidemiológicos para monitorar a situação (CONAQ, 2020; SILVA; SOUZA, 2021). Além disso, junto a partidos como PT, PSOL, PCdoB, PSB e Rede, protocolou no STF a ADPF nº 742, que resultou na decisão favorável obrigando o governo a adotar medidas urgentes nas comunidades quilombolas, incluindo-os entre os grupos prioritários para vacinação. Esse processo foi acompanhado por ampla campanha nacional para monitoramento de medidas direcionadas ao enfrentamento da pandemia nos territórios quilombolas e reuniu pesquisadores, artistas, organizações como o Grupo de Trabalho “Racismo e Saúde” da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e diversos apoiadores sob o lema “vidas quilombolas importam” (CONAQ, 2020; SILVA; SOUZA, 2021).

Além disso, a retirada das comunidades quilombolas do Plano Plurianual (PPA) de 2020-2023 e a destinação da quantia ínfima de 329 mil reais para a regularização dos territórios quilombolas para o ano de 2021 foram algumas das inúmeras negligências materializadas pelo racismo institucional contra a população quilombola (BRASIL, 2021).

Dessa forma, como pontua Dealdina (2020), segundo estimativa da CONAQ e da organização Terra de Direitos, considerando o ritmo das titulações, o Estado brasileiro levaria mais de seiscentos anos para titular todos os quilombos no Brasil, considerando processos abertos no Incra e os territórios ainda não certificados (DEALDINA, 2020; CONAQ; TERRA DE DIREITOS, 2023). Apesar de todos os desafios, as comunidades quilombolas perseveraram, resistem e se reconfiguram na contemporaneidade.

Um grande passo para o fortalecimento de políticas específicas para quilombolas foi a realização do Censo Demográfico de 2022. Pela primeira vez em um levantamento censitário brasileiro, a população quilombola foi recenseada enquanto grupo étnico populacional. De acordo com os resultados, o Brasil possui uma população quilombola formada por 1.330.186 pessoas, sendo a Região Nordeste a grande região de concentração (68,14%) dessa população, e a Bahia a Unidade da Federação com maior quantitativo populacional, correspondendo a 29,88% da população quilombola recenseada (IBGE, 2023b).

A realização do Censo 2022 representa uma conquista pela visibilidade sociodemográfica dessas comunidades que, há anos, ocupam um lugar de invisibilidade na sociedade brasileira frente à negligência das suas condições de saúde, educação, saneamento básico, segurança alimentar e nutricional (OLIVEIRA, 2012; AMORIM, 2013). A invisibilidade cumpre o papel de marginalizar, negar a dignidade e a existência, capaz de criar um processo de naturalização e legitimação de desigualdades, opressões e segregação, que atinge de maneira diferenciada a população negra e, particularmente, mulheres e homens negros quilombolas.

Com a eleição e posse do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em janeiro de 2023, a antiga Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) foi transformada no Ministério da Igualdade Racial (MIR), que é chefiado pela ministra Anielle Franco. Com o compromisso de combater à discriminação racial e promover políticas para a igualdade racial e étnica, a Secretaria Nacional de Políticas para Quilombolas, Povos e Comunidades Tradicionais de Matriz Africana, Povos de Terreiros e Ciganos do MIR retomou, em novembro de 2023, a Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental Quilombola (PNGTAQ). Instituída pelo Decreto nº 11.786, de 20 de novembro de 2023, essa política tem como objetivo implementar, de forma integrada, um conjunto de políticas permitindo uma autonomia das comunidades a partir de cinco eixos:

1) Integridade territorial, usos, manejo e conservação ambiental; 2) Produção sustentável, geração de renda, soberania alimentar e segurança nutricional; 3) Ancestralidade, identidade e patrimônio cultural; 4) Educação e formação voltadas à gestão territorial e ambiental; 5) Organização social para a gestão territorial e ambiental (BRASIL, 2023b).

A elaboração da PNGTAQ é fruto de uma construção coletiva de mais de dez anos, reivindicada pela Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ), em parceria com órgãos governamentais e as comunidades quilombolas, que realizaram uma série de oficinas em todo o país entre os anos de 2015 e 2018 para discutir e desenvolver uma política pública capaz de atender às necessidades específicas das comunidades quilombolas (MIR, 2023). Durante os anos de 2018 a 2022, a construção da política foi paralisada nos governos Temer e Bolsonaro, sendo retomada somente em 2023, com o governo Lula. O Ministério da Igualdade Racial (MIR) é o órgão federal encarregado de coordenar a política em âmbito nacional; porém, como envolve demais áreas, sua implementação requer colaboração com outros ministérios, como o da Educação, Desenvolvimento Agrário e Cultura (TERRA DE DIREITOS, 2024).

Ainda em termos de avanços dos direitos quilombolas, o Programa Aquilomba Brasil, instituído por meio do Decreto nº 11.447/2023, é um programa de ampliação do Programa Brasil Quilombola, de 2007 (Decreto nº 6.261, de 20 de novembro de 2007), formado por um conjunto de medidas intersetoriais destinadas a promover os direitos da população quilombola, com foco em quatro eixos principais: Eixo 1: Acesso à Terra; Eixo 2: Infraestrutura e Qualidade de Vida; Eixo 3: Inclusão Produtiva e Desenvolvimento Local; Eixo 4: Direitos e Cidadania. No artigo 5º, que trata dos objetivos do Programa, os incisos VII e X apontam, respectivamente, sobre “garantir o acesso à saúde física, mental, integral e de qualidade para a população quilombola” e “garantir a implementação de equipamentos de assistência social, de saúde e de educação nos territórios quilombolas” (BRASIL, 2023a). Torna-se fundamental a integração desses objetivos com a criação de ações planejadas com foco no atendimento integral em saúde da população quilombola, bem como reconhecer e respeitar as especificidades sociais, culturais e étnicas desse grupo populacional.

1.3. Raça, etnia e comunidades quilombolas

O conceito de raça possui dimensão temporal e assumiu diferentes significados em contextos históricos distintos (MUNANGA, 2003). No latim medieval, era utilizado para indicar descendência ou linhagem. Nos séculos XVI e XVII, a classificação por raça começou a ser especificamente aplicada nas relações de classe, sobretudo na França. No século XVII, a cor da pele passou a ser vista como critério principal para a definição das raças, apesar de ser empregada desde o início para criar uma relação de hierarquia e distinção entre as pessoas (MUNANGA, 2003).

Portanto, a utilização da raça como parâmetro de distinção entre seres humanos é um fenômeno da modernidade que remonta a meados do século XVI e está estreitamente ligado às circunstâncias históricas em que foi utilizado (ALMEIDA, 2019). A partir do projeto iluminista, que tinha o homem europeu branco como universal, surgiu então a distinção filosófico-antropológica da classificação com base nas características físicas e culturais entre civilizado e selvagem, que, no século XIX, daria lugar ao civilizado e primitivo (ALMEIDA, 2019). O discurso da inferioridade racial apoderou-se do determinismo biológico e geográfico para justificar a dominação de um povo por outro. O colonialismo e o neocolonialismo foram projetos de universalização à medida que serviram como tecnologias para a submissão e destruição de populações das Américas, da África, da Ásia e da Oceania (ALMEIDA, 2019).

No Brasil, o reforço de teorias pseudocientíficas continuou a servir de apoio ideológico mesmo após o fim da escravidão em 1888. O racismo assume um papel fundamental de naturalizar desigualdades, e durante muitos anos a sociedade brasileira insistiu em excluir esse termo do cotidiano por acreditar em uma suposta harmonia racial. No entanto, sabemos que a democracia racial é um mito criado para a manutenção das relações de poder e dominação. À medida que avançamos para a formação de uma sociedade mais democrática, movimentos populares, sociais e identitários se fortaleceram para aprimorar a discussão sobre o racismo no Brasil e na superação dessa definição colonial para uma categoria por reivindicação de direitos. Dessa forma, o atual conceito de raça pode ser utilizado para afirmar a existência do racismo, uma vez que:

Raça é não apenas uma categoria política necessária para organizar a resistência ao racismo no Brasil, mas é também categoria analítica indispensável: a única que

revela que as discriminações e desigualdades que a noção de cor enseja são efetivamente raciais e não apenas de classe (GUIMARÃES, 2002, p. 50).

Reconhecer-se enquanto negro no Brasil é um ato político, pois atravessa um processo de apropriação e positivação de uma identidade que antes era negada e apagada da sociedade. A garantia de direitos sociais para a correção de desigualdades históricas, a exemplo das ações afirmativas, conforma a transformação da realidade da concepção de ser negro em uma sociedade estruturalmente racista. Podemos observar isso com o monitoramento da autodeclaração dos Censos de 2010 e 2022. Conforme o levantamento censitário:

Tendo por base o perfil racial da população brasileira no Censo 2022, observa-se uma tendência de maior participação da população negra do que a constatada em pesquisas anteriores. Em relação a 2010, a população preta aumentou 42,3% e sua proporção no total da população subiu de 7,6% para 10,2%. A população parda cresceu 11,9% e sua proporção na população do país subiu de 43,1% para 45,3% (SÁ; SANTOS; SILVA, 2024, p.4).

O conceito de etnia está associado ao contexto de interações sociais, sendo uma organização cultural (BARTH, 2011). Portanto, a formação da identidade étnica envolve uma dinâmica relacional e contrastiva, o que possibilita distinguir o grupo de outros com os quais ele tem relações. A ideia de pertencimento que os indivíduos têm em relação aos significados culturais e aos elementos ao seu redor é fundamental ao processo de afirmação e legitimação dessa identidade. A formação de uma identidade étnica é permeada por cinco características principais que são construídas ao longo da vida: individualidade, concretude, temporalidade, socialidade e historicidade.

Identidade tem relação com individualidade – referência em torno da qual o indivíduo se constrói; com concretude – não uma abstração ou mera representação do indivíduo, articulando-se com uma vida concreta, vivida por um personagem concreto, alicerce de uma sociedade igualmente concreta e construída por vidas vividas; com temporalidade – transforma-se ao longo do tempo; com socialidade – só pode existir em um contexto social; com historicidade – vista como configuração localizada historicamente, inserida dentro de um projeto e que permite ao indivíduo alcançar um sentido de autoria na sua forma particular de existir (FERREIRA, 2009, p. 47 – grifos da autora).

O exercício das tradições e práticas culturais em um território, orientadas por uma ancestralidade em comum, faz dos quilombolas um grupo étnico com autoatribuição reconhecida constitucionalmente. A construção da identidade está intimamente ligada ao

território, uma vez que os saberes, tradições e memórias são coletivos; logo, a construção coletiva da vida materializa-se no território. Por isso, afirmar uma identidade quilombola é afirmar a continuidade de uma história de resistência e memória de uma ancestralidade. A identidade étnica não é um elemento estático, justamente por ser construída ao longo da vida, tampouco pode ser considerada homogênea entre os grupos étnicos, já que cada formação e organização étnica é única (BARTH, 2011).

Respeitar a identidade étnica é reconhecer a existência de uma trajetória histórica própria, com valorização de rituais, costumes e saberes ancestrais, muitos deles ligados à manutenção do cuidado em saúde no uso de chás, xaropes, raizadas, sumos, enquanto práticas de afirmação dessa identidade, além da relação intrínseca com o território, da utilização comum dos recursos naturais e da ancestralidade negra relacionada à resistência às opressões.

Por isso, é de extrema importância diferenciar e reconhecer as dimensões de raça e etnia ao se estudar populações quilombolas, sobretudo a relação de interseccionalidade entre esses dois marcadores, considerando as políticas sociais.

CAPÍTULO 2 – QUILOMBOLAS E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

As políticas sociais são historicamente determinadas, pois mudam e variam no tempo e no espaço (PEREIRA, 2008). A natureza das relações capitalistas, a condição estrutural do Estado e a luta de classes, de forma conjugada, delimitam as características de acesso ou restrição da classe trabalhadora, sendo mais amplas ou restritivas. Por estarem circunscritas em uma dinâmica contraditória e antagônica, as políticas sociais são uma resposta funcional às necessidades do capital, como também são fruto das reivindicações da classe trabalhadora, visto que cumprem o papel de legitimação, reprodução da força de trabalho e acumulação do capital (GOUGH, 1978).

A trajetória socio-histórica do Brasil revela que a política de saúde tinha um caráter compensatório, fragmentado e desigual, pela vinculação de acesso ao trabalho assalariado em meados da década de 30. Enquanto um contingente limitado de trabalhadores tinha acesso aos serviços de saúde, a política de saúde seguiu seletiva e sem atender de forma integrada e coordenada a população, que sofria com o agravamento das expressões da questão social¹.

As transformações que marcaram a década de 50, apoiadas pelo fortalecimento da estrutura de atendimento de natureza privada, incentivaram o avanço do modelo de sanitarismo desenvolvimentista, assim como a valorização do complexo médico-industrial. Com a concretização do golpe de 1964 e a instauração da ditadura civil-militar no país, a saúde pública e as demais políticas sociais sofreram um crescente sucateamento devido à tendência de mercantilização da vida social. O modelo privatista teve o Estado como principal financiador do sistema de saúde, direcionando recursos para a aquisição de serviços do setor privado, que se tornou o maior provedor de serviços para a sociedade brasileira. Além disso, o setor privado internacional foi consolidado como o principal fornecedor de medicamentos e equipamentos biomédicos (BRAVO, 2006).

A intervenção estatal acompanhou uma prática médica voltada para a mercantilização da saúde, restringindo o processo saúde/doença à dimensão da doença, desconsiderando o indivíduo e sua relação com os determinantes sociais da saúde. Dessa forma, as ações nas

¹ Neste trabalho, a categoria "questão social" é entendida como as diversas manifestações da relação de exploração entre capital e trabalho, refletindo a contradição intrínseca ao capitalismo, que resulta na geração simultânea de riqueza e pobreza. (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

áreas de saúde, previdência e assistência social tinham duplo propósito: legitimar o regime militar ao utilizar as políticas sociais como instrumentos de controle político (SILVA, 2011) e promover uma modernização conservadora. Embora tenha ocorrido a expansão da cobertura da política social brasileira, essa foi conduzida de maneira tecnocrática e conservadora (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Em 1974, o modelo privatista começou a demonstrar sinais de desgaste devido aos altos custos para manter esse sistema, somados à formação dos bolsões de miséria pelo país e ao esgotamento das formas de financiamento disponíveis. Assim, pensar um projeto de saúde para o país tornou-se prioridade no cenário da passagem dos anos 70 para 80, na medida em que se acompanhava os avanços do movimento social da redemocratização, que pautava, dentre muitas lutas, a defesa de condições de saúde, vida e trabalho dignas para a população. O movimento de Reforma Sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 e o processo de redemocratização foram marcos fundamentais na discussão do modelo de saúde a ser implementado no Brasil contemporâneo, por inscrever as propostas que delinearam os fundamentos da política de saúde no texto constitucional enquanto política de Estado.

Os princípios que orientaram este processo foram:

- Um princípio ético-normativo que insere a saúde como parte dos direitos humanos;
- Um princípio científico que compreende a determinação social do processo saúde doença;
- Um princípio político que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática;
- Um princípio sanitário que entende a proteção à saúde de uma forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação (FLEURY, 2009, p. 748).

A elaboração da Constituição Federal de 1988 ocorreu em um momento marcado pelo conjunto das efervescências políticas, como os movimentos sociais em franca ascensão, impulsionados pelas lutas pela redemocratização do país, pela retomada das liberdades individuais e coletivas suprimidas pela ditadura e pela ampliação dos direitos sociais. A Assembleia Nacional Constituinte era composta por oito comissões temáticas, e cada comissão era subdividida em três subcomissões, totalizando vinte e quatro subcomissões. A Comissão da Ordem Social, que tratou da seguridade social, possuía três subcomissões, sendo elas: saúde, seguridade e meio ambiente; negros, indígenas, pessoas com deficiência e minorias; e direitos dos trabalhadores e servidores públicos. Por envolver interesses políticos em disputa, quanto mais fortes eram os movimentos sociais vinculados às áreas temáticas,

maiores eram as possibilidades de pressão e conquistas, como aconteceu com a seguridade social (SILVA, 2011).

Ao final do processo constituinte, em todas as três áreas da seguridade social em construção ocorreram conquistas expressivas, se comparado ao que estava em vigência. Em relação à proteção social, o maior avanço na Constituição Federal de 1988 é a adoção do conceito de seguridade social, englobando as áreas da saúde, previdência e assistência social. Para a política de saúde, a conquista mais importante foi a inauguração de um modelo de atenção em saúde baseado no acesso democrático de caráter universal.

2.1. Sistema Único de Saúde e a importância da atenção primária à Saúde

O significado de seguridade social presente na Carta Federal anunciou uma importante reforma democrática no avanço das políticas sociais enquanto direitos dos cidadãos. Para a saúde, eliminava a seletividade ligada ao trabalho assalariado e inaugurava um modelo de saúde baseado no acesso democrático. Nesse sentido, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social e coube ao poder público o dever de garanti-lo. A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto modelo de organização da política de saúde, é a conquista constitucional mais relevante no campo da saúde brasileira. Regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), o SUS é o modelo de atenção integral responsável por organizar a política de saúde em âmbito nacional.

“O SUS tem o objetivo de prover uma atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio da gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde” (PAIM; TRAVASSOS; ALMEIDA; MACINKO, 2011, p. 11). O SUS tem como princípios de implementação a universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde. Universalidade do acesso refere-se ao direito que todos os brasileiros possuem de acessar as ações e serviços de saúde sem barreiras de qualquer natureza. Sendo assim, a universalidade confere sentido aos demais princípios e diretrizes na garantia do direito à saúde de forma integral, equânime, descentralizada e com participação popular. A universalidade marca o rompimento com a tradição meritocrática e previdenciária que abrangia o acesso à saúde de forma seletiva e fragmentada a uma parcela da sociedade brasileira, vinculada à contribuição

previdenciária. A partir desse princípio, a saúde tornou-se um direito de qualquer cidadão brasileiro.

A equidade é o princípio que assegura a equidade de acesso para todos, sem qualquer discriminação e preconceito, sendo interpretado tanto no sentido horizontal da equidade, do tratamento igual para pessoas iguais, quanto no vertical, do tratamento diferenciado entre indivíduos desiguais (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Isso significa que a equidade incorpora as diferenças entre grupos de pessoas a partir das suas necessidades distintas, que, por sua vez, têm na lógica redistributiva o sentido para alcançar a justiça social. Assim, respeita-se o direito de que todos são iguais ao mesmo tempo em que se garante aos desiguais a atenção segundo suas necessidades. Portanto, os determinantes sociais são fundamentais na operacionalização do princípio de equidade, abordando a importância do tratamento diferenciado para grupos vulneráveis, considerando fatores como renda, educação e condições de moradia (VIEIRA-DA-SILVA; FILHO, 2009).

A priorização de quilombolas, indígenas, pessoas gestantes e idosos enquanto grupos prioritários nas campanhas nacionais de vacinação, como ocorreu nos casos das vacinas contra Covid-19 e gripe, configura-se como uma clara manifestação do princípio da equidade. Essa estratégia reconhece e responde diretamente às vulnerabilidades específicas desses grupos populacionais, seja por fatores epidemiológicos, condições sociais ou características territoriais que ampliam os riscos associados às doenças. Dessa forma, a aplicação desse princípio traduz-se em ações concretas de proteção e promoção da saúde pública, reforçando o compromisso do SUS com a redução das desigualdades sociais e a proteção das populações historicamente negligenciadas.

A integralidade diz respeito ao “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de todos os níveis de atenção e complexidade” (LINARD; CHAVES; ROLIM; AGUIAR, 2011, p. 115), buscando a garantia integrada da promoção, proteção e recuperação em saúde, no nível individual e coletivo. A integralidade abarca a organização dos serviços e as garantias necessárias para a efetivação do cuidado. Sendo assim, a materialização da atenção integral em saúde supõe a transversalidade entre universalidade, equidade e acesso (PEREIRA, 2016).

É importante ressaltar que, além desses, a descentralização das ações e serviços é também uma diretriz essencial, pois distribui responsabilidades entre União, estados e

municípios, proporcionando melhor adequação dos serviços às necessidades específicas de cada território. Por permitir maior eficiência e adaptação das ações às particularidades regionais, a descentralização melhora o aproveitamento dos recursos locais e as respostas às demandas comunitárias. A participação popular, outro princípio crucial, assegura que as decisões sobre políticas de saúde sejam tomadas com a colaboração efetiva da sociedade civil, através dos conselhos de saúde, conferências e outros mecanismos democráticos. Assim, é um princípio fundante da democracia participativa ao empoderar os usuários do sistema e permitir que suas demandas sejam reconhecidas e efetivamente consideradas no planejamento e execução das políticas públicas de saúde.

Esses princípios estruturantes dialogam constantemente, criando uma rede articulada em que a universalidade ganha concretude quando alinhada à equidade, esta última assegurando atenção diferenciada aos grupos historicamente marginalizados, enquanto a integralidade garante uma abordagem ampla e continuada dos cuidados em saúde. A conjuntura da política de saúde brasileira revela as dificuldades para a implementação efetiva do modelo assistencial do SUS, que tem na desigualdade de oferta dos serviços de saúde uma das inúmeras desvantagens para sua universalização.

Esse modelo de atenção integral preconiza três eixos, agrupados por níveis de complexidade interdependentes: a atenção primária, secundária e terciária, que estão organizados na Rede de Atenção à Saúde (RAS). O conceito de rede de atenção à saúde tem sido explorado pelos mais diversos campos científicos da sociologia, administração e psicologia social. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde, uma rede de atenção à saúde define-se como uma rede que presta um conjunto de serviços de saúde de forma equânime e integral a uma determinada população (OPAS; OMS, 2011). A conceituação de Mendes (2010) traz um detalhamento semelhante quando defende que as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, que vinculam-se por uma ação cooperativa e interdependente na oferta de uma atenção contínua e integral a determinada população nos níveis primário, secundário e terciário e que funcionam sob coordenação da atenção primária à saúde.

A atenção primária é ordenadora das ações em saúde por ser o eixo de complexidade responsável pelo vínculo entre usuários, equipe de saúde e comunidade, o que permite

conhecer como a população se distribui no território e, principalmente, suas necessidades em saúde.

O conhecimento da população de uma rede de atenção à saúde envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos, sob a responsabilidade fundamental da atenção primária: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos socio sanitários; a vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de riscos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas (MENDES, 2010, p. 2301).

Um sistema de saúde que prioriza a atenção primária é mais adequado a prestar um serviço de qualidade, por se organizar a partir das necessidades de saúde da população, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças e, conseqüentemente, gerar impactos na redução de custos e procedimentos nos níveis secundários e terciários (MENDES, 2010).

O painel lançado em junho de 2025 pela parceria entre FGV, IBRE e Umane reúne informações oficiais sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, com base em fontes como Datasus, SISAB, VIGITEL, SISVAN, e-Gestor, Ipeadata e IBGE. Ele organiza indicadores segundo os quatro atributos clássicos: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002). Em relação à distribuição de recursos humanos, entre janeiro e outubro de 2024, 99% das regiões de saúde do país atingiram o parâmetro considerado satisfatório: um profissional de saúde (médico ou não médico) para cada 3.500 habitantes. No que concerne aos agentes comunitários de saúde (ACS), 78% das regiões cumpriram a meta de um ACS para cada 750 habitantes (IBRE; FGV, 2025, p. 3).

Já o índice de rotatividade revelou que, entre 2022 e outubro de 2024, 33,9% dos médicos da APS deixaram seus postos — com 31% de evasão entre médicos da Estratégia Saúde da Família. Quanto aos profissionais não médicos, a média de desligamentos foi de 22,6%, com enfermeiros apresentando uma saída de 26,7%, e os ACS registrando o menor índice, de 18,5% (IBRE; FGV, 2025, p. 3). O estudo estabeleceu relação estatística entre a rotatividade de médicos e o Produto Interno Bruto regional de 2021, demonstrando que regiões com maior PIB per capita, como Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal, apresentaram menor evasão de médicos, ao passo que estados economicamente

desfavorecidos — entre eles Maranhão e Paraíba — apresentaram os maiores percentuais de saída (IBRE; FGV, 2025, p. 3).

No campo da integralidade, o relatório apresenta que as metas do SISAB foram alcançadas em termos de atenção pré-natal (mínimo de seis consultas) nas regiões Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Nordeste. No entanto, o Norte ficou abaixo desse patamar (IBRE; FGV, 2025, p. 3). Em relação à coordenação do cuidado, o painel mostrou que as médias de internações por condições evitáveis na APS, entre janeiro e outubro de 2024, variaram e revelaram menores percentuais no Sul (17,8%), Sudeste (19,8%) e Centro-Oeste (19,0%), em contraste com Norte (23,9%) e Nordeste (22,4%) (IBRE; FGV, 2025, p. 4). Por fim, o painel revelou que nenhuma unidade da federação atingiu, em 2024, a meta de cobertura vacinal infantil (95%) para crianças menores de um ano. Os índices mais altos, de 87%, foram observados em Alagoas e no Distrito Federal (IBRE; FGV, 2024, p. 9).

Em síntese, o relatório do Observatório da Saúde Pública apresenta um retrato detalhado da atenção primária no Brasil, evidenciando avanços na cobertura da equipe de saúde, porém alertando para dimensões críticas como a elevada rotatividade de médicos, disparidades regionais em indicadores de atenção clínica e vacinal e a relação direta entre condições econômicas e estabilidade dos profissionais.

A oferta de serviços ambulatoriais e especializados hospitalares é feita nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde, que se diferenciam “por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciários mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundários e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente” (MENDES, 2010, p. 2301).

Para que essa rede funcione, é essencial a integração dos sistemas de apoio, logísticos e de governança. Os sistemas de apoio são formados por serviços que prestam apoio a todos os níveis de atenção em saúde, a exemplo do serviço de diagnóstico por imagem, os sistemas de integração de informações de pacientes e os sistemas de assistência farmacêutica. Os sistemas logísticos constituem as tecnologias que permitem a organização racional dos fluxos de pessoas, produtos e informações, a exemplo dos prontuários clínicos, a regulação de pacientes e os transportes em saúde. Os sistemas de governança são formados por atores, estratégias e procedimentos organizativos que permitem a gestão das redes de atenção à

saúde, que inclui planejar, monitorar e avaliar as estratégias e as políticas de saúde, sendo compostos pelo conselho de saúde e alta administração (BRASIL, 2018).

Dessa forma, o fortalecimento do modelo de redes integradas de saúde requer a universalização do acesso à atenção primária à saúde. Por compreender o nível de atenção que atende a grande maioria dos municípios brasileiros, a atenção primária se destaca pela redução da taxa de mortalidade infantil pós-neonatal, além de atuar nas reduções em internações hospitalares potencialmente evitáveis (PAIM; TRAVASSOS; ALMEIDA; MACINKO, 2011). Sendo assim, a atenção básica é responsável por atender grande parte das populações que vivem em áreas mais remotas e distantes dos centros urbanos e de difícil acesso, a exemplo dos indígenas e quilombolas.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) atua em áreas geográficas definidas e seus trabalhos se “concentram nas famílias e comunidades, compreendendo a atenção contínua tanto nas unidades, como nas casas dos pacientes e na comunidade” (PAIM; TRAVASSOS; ALMEIDA; MACINKO, 2011, p. 22). Assim, a ESF é organizada por Unidades de Saúde da Família, que, por sua vez, são formadas por equipes de saúde compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Em 2024, a Estratégia Saúde da Família completou 30 anos de existência, atingindo a marca histórica de 54 mil Equipes de Saúde da Família distribuídas em todo o território nacional e um contingente de aproximadamente 278 mil agentes comunitários de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024b).

Ainda que se perceba a importância do avanço das políticas direcionadas às comunidades quilombolas, é possível observar que ainda não há aparato legal suficiente para garantir a essas populações acesso equânime aos direitos básicos, como a saúde, educação, saneamento básico e trabalho. Associado a isso, o acesso e a utilização das ações de promoção e prevenção de saúde nas comunidades quilombolas atravessam um quadro de exposição a diferentes desigualdades que afetam diretamente o processo saúde e doença dessa população.

2.2. Quilombolas e desigualdades de acesso à Saúde

Os processos socio-históricos que envolvem a formação da sociedade brasileira conformaram as populações negras, e em especial as comunidades quilombolas, em um

cenário de desproteção no acesso aos direitos sociais. No que diz respeito ao campo da saúde, o enfoque dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) apresenta que as circunstâncias em que as populações vivem, trabalham e envelhecem são determinantes no processo saúde-doença (OMS, 2011). De acordo com a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (2006), o conjunto de fatores ou as características sociais, políticas, econômicas, culturais, raciais e ambientais são capazes de influenciar as condições de vida e trabalho de uma população e sua exposição a diferentes níveis de vulnerabilidade e agravos em saúde. Desse modo, o acesso e a utilização dos serviços de saúde são atravessados pelas dimensões raciais, sociais, econômicas e de gênero, que assumem importância específica na produção de iniquidades sociais, tendo como expressão as desigualdades em saúde (NUNES, 2001; BRASIL, 2017).

O conceito de acesso está relacionado a características da oferta e possibilidades de utilização de um serviço de saúde por uma população (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Contudo, a desigual oferta de serviços de saúde entre as grandes regiões do país configura uma das inúmeras desvantagens para a universalização do SUS. Embora integre os princípios e diretrizes constitucionais, a consolidação de um modelo de distribuição de recursos que priorize a equidade não tem sido operacionalizada, o que, por sua vez, compromete o processo de redução das disparidades regionais (PIOLA, 2017).

Estudos têm evidenciado que as regiões caracterizadas como mais carentes e remotas, distantes dos centros urbanos, de difícil acesso e/ou em situação rural (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT; LIMA; SANTOS; SEIDL; MENDONÇA; CABRAL; GIOVANELLA, 2023) apresentam desvantagens na disponibilidade de redes de atenção em saúde, provocadas pela limitada oferta e organização dos serviços de saúde no território. Além da barreira geográfico-espacial, que interfere na capacidade de deslocamento e mobilidade das pessoas, as áreas de vulnerabilidade econômica e social enfrentam um problema persistente de carência de médicos no território.

Tais disparidades demonstram como as desigualdades são mais prevalentes em determinados grupos sociais, a exemplo das populações quilombolas, e que, portanto, estão expostas às desigualdades na atenção à saúde. Dentre elas, destacam-se as diferenças de atenção em nível regional, urbano-rural, capital e interior (PEREIRA, 2016). As características da oferta e organização dos serviços de saúde são capazes de determinar

elementos como “disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, disponibilidade de recursos humanos qualificados, recursos tecnológicos” (CASTRO; MACHADO; CAVALCANTE; TRAVASSOS apud PEREIRA; SILVA; SANTOS, 2015, p. 29, grifos dos autores), que, por sua vez, afetam diretamente o acesso da população às ações e serviços de saúde.

As desigualdades fundadas pelo colonialismo e o escravismo deram origem aos mecanismos de exclusão, marginalização e distinção, que formam as práticas cotidianas do racismo na sociedade. O racismo é um fenômeno historicamente estruturante das relações sociais, organizado através de práticas e normas (GONZALEZ, 2018). Enquanto dispositivo de poder, o racismo faz parte de um conjunto heterogêneo “que incide na política, na economia, na cultura, nas instituições, na educação, no mercado de trabalho e em todo conjunto da vida social” (ALVES; GHIRALDELLI, 2022, p. 60). Consequentemente, o racismo se expressa pela dificuldade de acesso ou mesmo pelo não acesso a direitos, que, de forma interseccional, interfere na evolução das assimetrias de cor ou raça no Brasil.

Dados publicados pela Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (IBGE, 2019) mostram que a proporção de pessoas que consultaram um médico nos últimos 12 meses é maior entre pessoas brancas (79,4%) do que entre pretas (74,8%) e pardas (73,3%). Dados publicados em 2017, na 3ª edição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2017, p. 15), apresentam que a proporção de mães negras que tiveram no mínimo seis consultas de pré-natal, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, foi de 69,8%; enquanto que, entre as brancas, essa proporção foi de 84,9%. Devido à crise sanitária causada pelo coronavírus, a proporção de nascimentos vivos com o número adequado de consultas diminuiu em 0,54% entre mulheres brancas em comparação ao ano de 2019, enquanto, entre as mulheres negras, essa redução foi mais do que o dobro, alcançando 1,44% (COELHO; MREJEN; REMÉDIOS; CAMPOS, 2022). Conforme dados disponíveis na Síntese dos Indicadores Sociais (SIS) de 2021, do IBGE, indicou-se que, nas faixas de idades de zero a 69 anos, mulheres e homens negros pobres morreram mais do que pessoas brancas por Covid-19 (IBGE, 2021).

Em relação ao mercado de trabalho, dados publicados pela Síntese de Indicadores Sociais de 2023 (IBGE), referentes à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua 2022, revelaram que as taxas de desocupação no mercado de trabalho

foram de 11,1% para pessoas pretas ou pardas, contra 7,6% para pessoas brancas. Em relação ao rendimento domiciliar per capita médio, a PNAD atualizou que o rendimento das pessoas brancas foi de R\$ 2.118,00 por mês em 2022, enquanto o de pretas ou pardas foi R\$ 1.163,00, ou seja, um abismo de 82,1% separa essas realidades. Em praticamente todas as Unidades da Federação, a população preta e parda apresenta-se mais inserida nas ocupações informais, nos trabalhos por conta própria sem contribuição à previdência social e na taxa de extrema pobreza (IBGE, 2023a).

Esses dados revelam o quão ampliadas são as formas assumidas pelo racismo em interferir no acesso aos direitos fundamentais. Em se tratando do acesso aos sistemas de saúde, destaca-se a necessidade de combater o racismo institucional, que, segundo Werneck (2016), trata-se de:

Possivelmente da dimensão mais negligenciada do racismo, desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais. É também denominado racismo sistêmico e garante a exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados (WERNECK, 2016, p. 541).

Portanto, o racismo institucional atua na produção e reprodução da hierarquia racial, apoiando-se na limitação das dimensões material e de acesso ao poder. Baseado no modelo proposto por Jones (2002), limitar a dimensão material é tornar indisponível e/ou reduzido o acesso a políticas de qualidade, com a finalidade de legitimar condutas excludentes. A limitação do acesso ao poder consiste na indução ao menor acesso à informação, menor participação e controle social e escassez de recursos.

Como apresentado, a assistência à saúde ainda não é ofertada igualmente a todos os brasileiros, estando as populações negras e quilombolas expostas sistematicamente a uma exclusão social histórica. As comunidades remanescentes de quilombos de forma geral possuem acesso precário aos serviços de saúde, acesso limitado a água e saneamento básico, vulnerabilidades socioeconômicas e insegurança alimentar, que contribuem para a situação de saúde destes grupos (PEREIRA; SILVA; SANTOS, 2015). A implementação da política de saúde deve considerar as dimensões de raça e etnia enquanto indissociáveis na caracterização e respeito dessa população, além de essenciais na contemplação das especificidades.

Nesse cenário, torna-se relevante dialogar com experiências internacionais que, mesmo com escassez de recursos, estruturaram sistemas de saúde com forte base territorial e comunitária. É o caso de Cuba, cujo sistema nacional de saúde, universal e gratuito, possui organização centrada na Atenção Primária à Saúde, com equipes responsáveis por famílias adscritas e forte integração entre cuidado, prevenção e vínculo comunitário. Esse modelo — baseado no “médico da família e policlínico” — opera com territorialização rigorosa, planejamento local e relação contínua com o usuário, elementos que se mostram eficazes na redução de desigualdades (DALPRÁ; MINELLI; MARTINI; FETZNER; FONTANA, 2015).

A experiência cubana se tornou especialmente visível no Brasil durante o Programa Mais Médicos, no qual 79% dos profissionais alocados entre 2013 e 2014 eram cubanos. A permanência prolongada, o compromisso comunitário e o enfoque preventivo desses profissionais foram reconhecidos positivamente por usuários, inclusive quilombolas, que relatavam maior presença e atenção (PEREIRA, 2016). Essa percepção reforça a importância do vínculo territorial e da continuidade do cuidado como aspectos fundamentais para populações historicamente negligenciadas (PEREIRA, 2016).

Embora o modelo cubano não seja diretamente transferível ao contexto brasileiro, ele oferece lições valiosas: fortalecimento da APS, planejamento territorial, prevenção como eixo central, visitas domiciliares e equipe de saúde integrada (DALPRÁ; MINELLI; MARTINI; FETZNER; FONTANA, 2015). Adaptados ao SUS, esses princípios evidenciam caminhos possíveis para melhorar o cuidado em saúde nos quilombos, especialmente frente ao racismo institucional e às desigualdades estruturais que atravessam esses territórios.

Assim, o diálogo entre SUS e sistema cubano revela que superar desigualdades de acesso não depende apenas de recursos, mas da organização do cuidado a partir da proximidade comunitária, do território, do vínculo e do reconhecimento das especificidades étnico-raciais das comunidades quilombolas.

2.3. Avanços e retrocessos das políticas de saúde para quilombolas no contexto de Contrarreformas do Estado

O reconhecimento do racismo e das desigualdades raciais enquanto determinantes na formação das iniquidades em saúde fomentou a mobilização do governo federal na elaboração

de iniciativas voltadas ao combate às desigualdades no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2006, a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) inaugurou a pactuação do Conselho Nacional de Saúde com a garantia dos mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS (BRASIL, 2017).

A aprovação desta política representou um avanço histórico, considerando a limitada quantidade de programas específicos para populações quilombolas. Por isso, as iniciativas que contemplam o campo da saúde para comunidades quilombolas incorporam, como destacado por Pereira (2016, p. 64): “ações nas áreas de saneamento, infraestrutura, segurança alimentar e serviços de saúde. Ou seja, ocorre uma dispersão das ações governamentais voltadas às comunidades quilombolas com o objetivo de reduzir vulnerabilidades e de fortalecer o acesso à saúde”.

Na atual gestão do governo Lula, a política vem sendo operacionalizada por meio de diversas frentes. Em abril de 2024, a política ganhou reforço com a constituição do Comitê Técnico Interministerial de Saúde da População Negra, por meio do Decreto nº 11.996, envolvendo os ministérios da Saúde, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, além de conselhos de saúde e representações da sociedade civil, com o objetivo de monitorar, avaliar e orientar as políticas em todos os níveis federativos. Ações financiadas pelo programa “Saúde sem racismo: políticas pela igualdade racial”, lançado em novembro de 2024, incluem aporte de R\$ 100 milhões destinados a fortalecer equipes de saúde da família em comunidades quilombolas, além de investimentos em formação profissional e assistência farmacêutica voltada a agravos prevalentes na população negra, como a doença falciforme (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024d).

Em fevereiro de 2025, o Ministério da Saúde lançou o Painel Saúde da População Negra, plataforma destinada a oferecer dados desagregados por raça e etnia, de modo a embasar a tomada de decisão nos níveis subnacionais — até então, apenas 371 dos 5.570 municípios possuíam setores específicos para esse monitoramento. Em tese, a expansão desse instrumento pode favorecer comunidades quilombolas, desde que se traduza em planejamento territorial. Paralelamente, o programa AfirmasUS busca inserir ações afirmativas nos editais e ampliar a representatividade étnico-racial entre os trabalhadores do SUS, atuando especialmente na formação de estudantes e profissionais negros (MINISTÉRIO DA SAÚDE,

2024c). O caráter colaborativo com movimentos sociais — como ABRASCO, ABPN e CONAQ — fortalece o controle social e a escuta dos sujeitos historicamente vulnerabilizados.

Em síntese, a PNSIPN passou a ser implementada sob coordenação institucional consolidada, monitoramento por dados desagregados e financiamento direcionado a populações negras e quilombolas. A articulação interministerial, a participação social e a integração de ações de saúde coletiva e individual consolidam a dimensão integral da política. Restam desafios quanto à expansão efetiva dos comitês municipais, à regularidade de financiamento, à formação especializada e à continuidade dos investimentos, que serão determinantes para o cumprimento pleno de seus objetivos em prol da igualdade em saúde.

No campo das políticas de caráter universal, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), instituída em 2011, se destacou enquanto programa transversal com iniciativas voltadas às especificidades dos determinantes sociais que afetam, de forma diferenciada, as comunidades tradicionais. A cobertura de ações já existentes destina-se a estimular a equidade de acesso dos quilombolas, a exemplo do Programa de Habitação e Saneamento Rural, das ações de segurança alimentar e nutricional, do Programa Nacional de Educação do Campo, do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), do Programa Saúde da Família (PSF), dentre outros. Apesar de constituírem indicativos em atentar sobre as especificidades em saúde das comunidades quilombolas, é evidente a falha na concretização das propostas do PNSIPN e da PNSIPCF, em virtude da ausência de investimentos para a implantação efetiva da lei e de seus respectivos indicadores de avaliação e monitoramento dos impactos dessas políticas (IEPS, 2023).

A interiorização das ações de saúde faz parte do conjunto de iniciativas governamentais que visam corrigir as disparidades sanitárias que atingem os grupos populacionais de forma diferente, a exemplo das comunidades quilombolas e sua necessidade na área de atenção primária em saúde. O Programa Mais Médicos, implementado pelo governo federal no ano de 2013, é a estratégia de maior destaque no que se refere à interiorização das ações em saúde que contemplam as comunidades quilombolas. Tal estratégia teve como objetivo o provimento de médicos para atuarem nas áreas do interior do Brasil, em regiões de acentuada vulnerabilidade econômica e social.

A inclusão das comunidades quilombolas enquanto um dos públicos prioritários ao provimento de médicos teve legitimação a partir da publicação do Edital nº 22, de 2014, de adesão dos municípios ao Programa Mais Médicos, que estabelecia:

2.2. Especialmente para este chamamento público, somente poderão solicitar vagas os municípios pré-selecionados conforme tabela anexa por terem atendido simultaneamente os seguintes critérios: (...) 2.2.3. Estarem em situações de vulnerabilidade de acordo com pelo menos uma das seguintes categorias: (...) e. Municípios com população residente em comunidades remanescentes de quilombos com certidões expedidas pela Fundação Cultural Palmares, disponíveis no endereço eletrônico (<http://www.palmares.gov.br>); (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2014, Nº 62, SEÇÃO 3, ISSN 1677-7069)

A emissão da certidão pela Fundação Cultural Palmares, enquanto condição para adesão dos municípios ao PMMB, demonstra como a certificação é fundamental na efetivação de direitos básicos, a partir do momento em que esse documento é a expressão do reconhecimento dos quilombolas enquanto sujeitos de direitos. Assim sendo, o atraso nos processos de certificação e titulação dos territórios quilombolas prejudica não somente a conquista de reconhecimento legal da comunidade e de seus membros, mas afeta, sobretudo, a sobrevivência objetiva da comunidade, isto é, o acesso à saúde, à terra, à água, à moradia.

O avanço do processo de contrarreforma do Estado tem impactado profundamente a consolidação do Sistema Único de Saúde e, em particular, as ações e serviços de saúde que atendem a população quilombola. A conjugação das medidas restritivas de direitos se aprofundou com o golpe no governo Dilma e a ascensão de Temer, a partir do triunfo das políticas de austeridade fiscal que sustentam a disputa do fundo público em favor dos capitais (SILVA, 2011). A aprovação da EC nº 95/2016, que congela os limites constitucionais para as despesas primárias da administração pública por 20 anos, inclusive na área da saúde, foi a expressão máxima do desmonte do sistema público e universal.

O conjunto das medidas que viabilizam mudanças na Constituição Federal tem o objetivo central de fortalecer a expansão do mercado financeiro (CHESNAIS, 2000), ao estimular a privatização, o desmonte e a fragmentação do significado da seguridade social, por forjar a inviabilidade da saúde pública e dar lugar aos seguros privados, mantendo somente o mínimo conforme a austeridade fiscal determina, enquanto estratégia de espoliação de direitos (MOTA, 2018). Dessa forma, tais retrocessos oriundos do desfinanciamento da seguridade social tiveram repercussões na piora da qualidade das ações e serviços de saúde,

com a redução de profissionais para atuar em regiões interioranas, infraestruturas precarizadas e oferta limitada de medicamentos e tecnologias.

A aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2017, representou uma ameaça ao modelo preconizado da APS, pois reduziu o número mínimo de Agentes Comunitários de Saúde por equipe, além de reduzir as ações intersetoriais, interprofissionais e multidisciplinares. Atrelado a isso, em 2019 o programa Previne Brasil encerrou a vigência do Piso de Atenção Básica e instaurou a captação ponderada e a remuneração por desempenho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). A corrosão do acesso universal, integral e equânime aos serviços de saúde representa, na prática, a produção e reprodução do genocídio negro e quilombola, considerando que essas populações são as que mais dependem do Sistema Único de Saúde.

É importante destacar que a implementação do Programa Mais Médicos sofreu alterações no ano de 2019, com as ações tensionadas entre as diferentes partes da agenda governamental, o que impactou na redução do programa. Em 2019, com as declarações ameaçadoras e depreciativas do ex-presidente Jair Bolsonaro e o anúncio de substituição do programa pelo Médicos pelo Brasil, sob a exigência da validação de diplomas de médicos estrangeiros, o governo cubano anunciou o fim da parceria com o Brasil, retirando seus profissionais do programa. Essas mudanças afetaram diretamente as comunidades tradicionais, já que reduziram o provimento de médicos para as regiões interioranas do país, visto que a transição entre os programas não foi capaz de suprir a escassez de profissionais de saúde no nível do que era garantido pelo Mais Médicos (G1, 2018).

Com a retomada do programa em março de 2023, já no governo Lula, o Mais Médicos voltou a ganhar centralidade, com expectativas de ampliação considerável no número de profissionais envolvidos, incluindo equipes multiprofissionais formadas por odontólogos, enfermeiros e assistentes sociais. Esta reestruturação prevê alcançar aproximadamente 28 mil profissionais, atendendo cerca de 96 milhões de pessoas nas regiões mais afastadas dos grandes centros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

Uma das principais modificações introduzidas na retomada do programa foi o regime de contratação dos profissionais, que passou a oferecer as modalidades de bolsa de formação para médicos e contratação CLT pelo Programa Médicos pelo Brasil (PMPB), medida esta que oferece estabilidade profissional e visa garantir maior permanência nas localidades

atendidas. Essa mudança estrutural impacta diretamente as comunidades quilombolas, ao aumentar as chances de continuidade do atendimento médico, fator crítico em regiões historicamente negligenciadas.

Além disso, novos editais publicados pelo atual governo têm implementado políticas afirmativas, destinando cotas específicas para profissionais quilombolas, indígenas e pessoas com deficiência, reforçando o caráter inclusivo da iniciativa e alinhando-a às demandas sociais contemporâneas. Essa abordagem favorece o provimento médico e estimula vínculos sociais e culturais entre os profissionais e as comunidades assistidas. Contudo, há desafios na implementação atual do programa. O orçamento previsto para 2025 sofreu cortes expressivos, reduzindo praticamente pela metade os recursos originalmente planejados (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2025). Esse cenário gera incertezas quanto à manutenção do alcance e da qualidade dos serviços ofertados às comunidades quilombolas.

Dessa maneira, embora a certificação emitida pela Fundação Cultural Palmares continue sendo um instrumento fundamental para garantir a inclusão das comunidades quilombolas, é imprescindível acompanhar a execução do Mais Médicos no atual contexto, especialmente quanto à disponibilidade financeira e à formação especializada dos profissionais envolvidos, assegurando que os objetivos de equidade em saúde sejam plenamente alcançados.

Ainda que se perceba a importância das iniciativas governamentais ligadas à interiorização das ações de saúde, visando corrigir as disparidades sanitárias que atingem as comunidades quilombolas, é possível observar que ainda não há aparato legal suficiente para garantir a essas populações acesso equânime ao direito à saúde. Em pesquisa realizada na comunidade quilombola Kalunga, em Goiás, Vieira e Monteiro (2013, p. 616) destacam que “as desigualdades em saúde refletem, predominantemente, as desigualdades nas ações de atenção, no uso de serviços e na distribuição de recursos”. Concomitante a essa realidade, o estudo realizado por Prates, Possati, Timm, Cremonese, Oliveira e Ressel (2018, p. 853) em uma comunidade quilombola no interior do Rio Grande do Sul apresentou manifestações semelhantes sobre como “a organização da rede de saúde ainda desfavorece o acesso às ações e serviços de saúde para população quilombola”. Esse conjunto de inequidades demonstra as desvantagens a que a população quilombola está exposta, sobretudo à oferta insuficiente de recursos orçamentários destinados à política de saúde.

O cenário de fortalecimento da democracia, de um modo geral, é acompanhado pela ampliação dos espaços de negociações coletivas e dos processos de viabilidade dos princípios constitucionais. Pela primeira vez na história, o Ministério da Saúde recebeu integrantes da Coordenação Nacional de Articulação de Quilombos (CONAQ) em uma reunião que aconteceu em junho de 2024, com participação das pastas de Igualdade Racial, Direitos Humanos e da Cidadania, para a criação de um grupo de trabalho de ações interministeriais para o desenvolvimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Quilombola, uma política inédita direcionada à atenção à saúde quilombola (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024a). Podemos destacar como a atuação de entidades representativas, como as lideranças quilombolas, a CONAQ, os movimentos populares, pesquisadores e demais segmentos da sociedade, organiza a partir da pressão política sobre o Estado o reconhecimento de questões invisibilizadas, enquanto “forças sociais com efetivo poder de presença para fazer incorporar na agenda pública problemas sociais ingentes, com vista ao seu decisivo enfrentamento” (PEREIRA, 2004, p. 52). Para além disso, a questão quilombola é atemporal e contemporânea pelo seu caráter (re)emergente.

CAPÍTULO 3 – DIREITO À SAÚDE DE QUILOMBOLAS DE MESQUITA: DESAFIOS DO ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E OS OBSTÁCULOS NA CONCRETIZAÇÃO DO SUS

Para entender os obstáculos enfrentados no acesso e utilização dos serviços de saúde na comunidade estudada, é importante considerar as características dos serviços de saúde disponíveis em todos os níveis de atenção, a fim de compreender o itinerário terapêutico dessa população. Um fator crucial a ser considerado é a dependência quase total do Sistema Único de Saúde para as necessidades de saúde dos moradores. A localização dos hospitais, aliada às dificuldades de acesso ao transporte e às limitações territoriais do meio rural, faz com que os moradores de Mesquita priorizem a busca por serviços de saúde acessíveis, recorrendo com maior frequência ao posto de saúde existente na comunidade. A carência de recursos materiais e humanos em regiões rurais pode ser atribuída a múltiplos fatores, sendo a posição geográfica um dos elementos mais relevantes. Portanto, são territórios que apresentam limitações de investimento em infraestrutura e equipamentos nas unidades de saúde, condições que afetam diretamente a situação de saúde da população e a concretização do SUS.

Paralelo a esse contexto, ao revisitar a história do Quilombo Mesquita, torna-se evidente a persistência de tensões que atravessam sua formação e permanência. Registros documentais e narrativas históricas apontam para sucessivas tentativas, por parte de representantes do poder local e de grandes proprietários de terra, de fragilizar a organização comunitária e impedir o avanço de políticas públicas destinadas à população quilombola, inclusive no campo da saúde. Esses embates foram acompanhados por episódios de coerção, hostilidade e repressão, aos quais os moradores resistiram ao longo do tempo.

O processo de negação dos direitos sociais da comunidade, assim como o desrespeito à autonomia e à identidade quilombola, contribui para a manutenção de narrativas que atribuem a condição de vulnerabilidade da comunidade à sua própria natureza de quilombo. Esse discurso oculta a responsabilidade do Estado no cumprimento das garantias constitucionais voltadas à promoção da dignidade e da cidadania dessa população. Trata-se de um mecanismo racista de culpabilização que, ao inverter a lógica da responsabilidade, legitima a ausência de políticas públicas e o não reconhecimento dos direitos políticos, sociais e culturais dos quilombolas.

3.1 Caracterização dos serviços de saúde existentes aos quilombolas

A atenção primária em Mesquita é prestada pela UBS de referência, que está situada ao final da rua da Igreja de Nossa Senhora D'Abadia e funciona de segunda a sexta-feira, com horários fixos pela manhã e à tarde. A equipe da Estratégia Saúde da Família da UBS é composta por 11 profissionais, incluindo um médico de família, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde. Os profissionais da UBS destacam a importância de ações voltadas para a promoção e prevenção de doenças, como o atendimento à saúde da família, com ênfase no cuidado ao idoso e à criança, imunização, acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, visitas domiciliares e atividades educativas em grupo, em parceria com instituições privadas, como a Uniceplac, que disponibiliza ginecologistas, pediatras e médicos geriatras.

A área de cobertura da UBS de Mesquita atende aproximadamente 4 mil moradores das localidades de Mesquita e Jardim Edite. A UBS funciona em um imóvel alugado pela prefeitura da Cidade Ocidental, uma vez que ainda não foi construída uma unidade permanente em Mesquita. A equipe de saúde se adapta a essa infraestrutura limitada, oferecendo atendimento à população, com 2 salas de consultas, 1 sala de vacinação que também serve como sala de medicação e curativos, um espaço de triagem que é junto da recepção, uma copa para a equipe e uma área em formato de “garagem” destinada a atividades ao ar livre, como yoga, meditação e alongamentos.



Figura 4 – Unidade Básica de Saúde de Mesquita, maio de 2025. Fonte: Registro da autora.

Quinzenalmente, é desenvolvida uma ação de extensão em saúde, por meio da qual metade da equipe da UBS, em conjunto com profissionais de odontologia e ginecologia disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, desloca-se até o bairro Jardim Edite — localizado a 4 km da comunidade Mesquita — com o objetivo de atender a população local. Essa iniciativa busca suprir a demanda de moradores em situação de vulnerabilidade social que enfrentam dificuldades para se locomover até a UBS de referência. As atividades são realizadas de forma adaptada, em um espaço comunitário cedido pela igreja local.

A rede de atenção à saúde no município é composta por unidades como o Hospital Municipal, a Central de Regulação e o Centro de Atenção Psicossocial II, que juntos formam a base da organização dos serviços locais. Os serviços de referência e contrarreferência especializados na atenção secundária e terciária são viabilizados por meio da marcação presencial de consultas e exames na Secretaria Municipal de Saúde da Cidade Ocidental, localizada a cerca de 10 km da comunidade. Os encaminhamentos são realizados pela Central de Regulação do Estado de Goiás, que direciona os usuários para realização de exames e consultas nas cidades de Goiânia, Anápolis, Luziânia, Jataí e Uruaçu. Em relação à atenção de urgência e emergência, o principal ponto de referência é o Hospital Municipal da Cidade Ocidental, uma unidade de pequeno porte situada na mesma distância já mencionada, com equipe médica reduzida – dois médicos atuando no pronto-socorro e um médico atendendo na sala vermelha. A limitação estrutural da unidade, que não dispõe de centro cirúrgico completo nem leitos de UTI, restringe sua capacidade resolutiva.

Diante disso, os moradores de Mesquita também recorrem com frequência aos prontos-socorros dos hospitais do Gama, de Santa Maria e do Hospital de Base, todos localizados no Distrito Federal. Embora esses estabelecimentos não estejam inseridos na rede regulada pelo Estado de Goiás, destaca-se a existência de acordos interinstitucionais — como a cooperação entre o Ministério Público do DF e a coordenação regional da RIDE Entorno Sul — que têm possibilitado o acesso da população de Cidade Ocidental, especialmente no que se refere à atenção pré-natal e ao parto em hospitais de referência do DF.

3.2 Percepção dos quilombolas sobre os principais desafios de acesso e utilização dos serviços de saúde

A partir da análise das entrevistas, foi possível delinear o perfil sociodemográfico dos 15 quilombolas entrevistados neste estudo, composto por 13 mulheres e 2 homens, com idades entre 20 e 80 anos. Em relação à autodeclaração de cor/raça, todos são negros, sendo que 11 pessoas se identificaram como pretas e 4 como pardas. Com exceção de dois indivíduos, os/as entrevistados/as nasceram e foram criados na comunidade de Mesquita, vinculando sua identidade quilombola aos laços familiares e ao sentimento de pertencimento ao território, compreendido como um espaço carregado de memória, ancestralidade e significados. Paralelo a isso, surgiram falas que associam ser quilombola com acesso aos direitos concedidos pelo Estado brasileiro, como as políticas de ações afirmativas, isenção de impostos sobre a terra, benefícios de incentivo à construção de casas etc.

É sobre muita coisa, porque aqui a gente fica mais tranquilo, né? Aqui se não é quilombo, aqui ia virar cidade, aqui ia ter que pagar IPTU e nem ia arrumar as coisa direito, não faz esse saneamento básico, como é que fala... esgoto, rede de esgoto, eles não faz né, eles querem é imposto. O imposto a gente paga da terra, já não paga de urbano, né? Imagina você ter uma área grande e pagar imposto de urbano, né? (Quilombola 5, 71 anos)

Cara, eu acho bacana, né, porque a questão assim, você tem inúmeras, como é que eu posso usar a palavra, benefícios, né, por exemplo, pra você conseguir uma cota pra entrar na faculdade ou você conseguir inscrição de um concurso, é de graça, você comprovando que você é quilombola... Então, eu acho bacana. Acho muito bacana essa questão. É bom a questão assim de morar aqui e também a questão dos benefícios. Não troco uma cidade por aqui. (Quilombola 9, 20 anos)

Isso revela como a consciência de sua identidade étnica tornou-se critério importante para a formulação de políticas para quilombolas. A especificidade étnica vinculada à identidade é o que diferencia as comunidades quilombolas de outras comunidades tradicionais, a exemplo do campesinato, comunidades ribeirinhas, povos das florestas (agroextrativistas, seringueiros), povos do cerrado, dentre outros (PÉREZ, 2020; BARTH, 2011). Nesses termos, a formulação das políticas específicas para comunidades quilombolas parte do princípio exclusivo dessa identidade, de caráter étnico, enquanto via para a efetivação de direitos. A implementação dessas políticas tem enquanto finalidade a reparação de

“desvantagens históricas que afetam determinados grupos, fornecendo, desta forma, legitimidade social à implementação de políticas com recortes específicos” (PEREIRA, 2016, p. 54). A perspectiva da inclusão e da extensão de direitos a essa população conforma a política social enquanto ferramenta de correção de desigualdades históricas, à medida que atua na distribuição de renda e na superação da exclusão social.

As percepções sobre saúde, conforme revelado pelas entrevistas, demonstram distinções marcantes entre os gêneros. A maioria das mulheres participantes declarou não se considerar saudável, tendo em vista o diagnóstico de doenças como hipertensão, obesidade, doenças da coluna, diabetes e trombofilia. Por outro lado, os homens afirmaram se considerar saudáveis e, por isso, não recorrem com frequência à atenção primária local, baseando sua relação com o cuidado em saúde na ausência de doenças. De forma geral, os relatos indicam que os/as entrevistados/as valorizam a saúde e a vinculam a estilos de vida e à ausência de doenças.

As percepções sobre saúde convergem com os dados divulgados pelo Ministério da Saúde, que indicam que as mulheres são a maioria dos usuários do Sistema Único de Saúde, seja pela busca de atendimento individual ou no papel de cuidadoras, acompanhando crianças, idosos ou outros membros da família. Além disso, esse grupo apresenta índices ligeiramente superiores de morbidades crônicas, incluindo hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças respiratórias como bronquite e asma, além de condições associadas à saúde mental, como depressão, ansiedade e distúrbios do sono, bem como enfermidades como anemia e doenças osteomusculares, a exemplo de artrite e reumatismo (BRASIL, 2004b).

No contexto da prática de cuidados individual e dos filhos, o uso de ervas e plantas medicinais transformadas em remédios caseiros revelou-se nas entrevistas como uma prática comum, transmitida e preservada entre as famílias da comunidade, sobretudo entre as mulheres entrevistadas. As práticas de cuidados utilizam a sabedoria popular e conhecimentos repassados por seus ancestrais como alternativas ou complemento para manutenção da saúde:

Aquí a gente tem o costume, a gente tem raizeiros, né? Que conhecem os remédios do mato, a gente já toma, sim. Minha filha toma chá, então é um aliado importante na saúde, sim. É assim, quando tem gripe, pneumonia, tem remédios que a gente costuma tomar muito, que é marmelada de areia. E aí qualquer gripe que tenha, por mais que sim, tá mais grave, a gente leva no hospital, pra tomar uma injeção, mas

gripou? Tá aquele resfriadinho? É chá, é mel, é assa peixe, a gente faz sempre remédio caseiro. (Quilombola 3, 36 anos)

É mais quando tá com gripe que eu uso mais remédio caseiro. Minha mãe faz chá, tem vez que diz que a pressão tá alta, aí diz que folha de chuchu, tem vezes que as pessoas dizem que estão com infecção de urina toma chá de cabelo de milho, tem outras raízes também que eles encontram no mato, aí eles usam também. (Quilombola 4, 49 anos)

Minhas fia adoecia, e eu que fazia os remédio. Meu véio ia lá no mato arrancava os remédio, eu fazia os chá, eu que fazia os medicamento, até pra garganta. As vez ela tava com a garganta tão inflamada, que era longe, não tinha carro e condição e aí eu falei ‘pronto, não vai aguentar’. Amanheceu o dia deu dois caroço, dos dois lados assim, aí eu falei ‘o que é que eu vou fazer meu Deus’ aí Deus mandou ‘faz esse remédio aqui’, que eu nunca tinha feito. Peguei um dente de alho quebrei numa colher, não amassei muito não, só dei uma quebrada nele, pus açafrão, pus o óleo de mamona, dei uma fritada lá no fogo, dei uma massagem no pescoço dela. Peguei, naquele tempo usava fralda de pano, esquentei a fralda um pouquinho, aqueci ela e enrolei no pescoço. Acordou boa. (Quilombola 5, 71 anos)

Nota-se que o cuidado em saúde é constituído tanto pela busca dos serviços de saúde quanto pelos saberes tradicionais, com o uso de remédios caseiros e práticas alternativas. Embora a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014) reforce a importância de ações de promoção e proteção, observa-se que o modelo de atenção ainda é voltado para a doença e menos direcionado à promoção da saúde e à prevenção. Fatores estruturais, como o subfinanciamento da atenção básica e a fragmentação entre as políticas sociais, dificultam a efetivação de uma atenção integral e universal à saúde. Esse cenário reflete um modelo curativo historicamente centrado na lógica hospitalocêntrica do sistema de saúde, bem como na cultura biomédica da população na busca pelos serviços de saúde mediante o surgimento de doenças.

No que diz respeito ao acesso à atenção primária à saúde, as mulheres entrevistadas relataram utilizar a UBS de Mesquita para o acompanhamento contínuo de doenças crônicas, realizando consultas regulares, retirada de medicamentos, renovação de receitas, intercorrências em saúde, atualização vacinal e monitoramento da saúde dos filhos. As entrevistadas também destacaram, de forma enfática, a qualidade do atendimento oferecido pela equipe, evidenciando a confiança estabelecida entre usuários e profissionais de saúde:

Bom, eu gosto muito do posto de saúde aqui. Inclusive para a minha filha também, quando toda vez quando eu preciso mesmo, eu sempre consigo, sabe. Eu gosto muito do atendimento aqui. (Quilombola 8, 31 anos)

Tem, até que esse médico que está aí agora, ele é muito bom. Através dele, que foi descoberto essa gordura do fígado, os exames né que ele pediu, do intestino, aí foi através dele e ele ajudou muito, né? Eu nunca tinha feito. (Quilombola 2, 67 anos)

O atendimento aqui é muito bom, as pessoas são prestativos. O médico aqui é muito bom. Ele pede exames, a consulta é muito boa. Ele dá os encaminhamentos possíveis, né? Mas o que... Eu vejo que o problema maior aqui é gestão. Não é aquele problema com o pessoal. O corpo do posto de saúde é... Eles são muito bons. De acordo com o que eles têm, eles sabem fazer o possível, né? Tanto a agente comunitária de saúde, a técnica de enfermagem, o médico, todo mundo muito bom. (Quilombola 3, 36 anos)

Ficou evidente o consenso quanto às limitações da infraestrutura da Unidade Básica de Saúde de Mesquita, que funciona de modo improvisado em uma residência alugada pela prefeitura, visto que não existe a construção de uma unidade permanente. Por ser improvisada, os cômodos da casa foram adaptados para servir como consultórios, enquanto a sala de medicação e curativos, restrita a apenas um paciente, é dividida por painéis de PVC. Além disso, a área destinada à triagem coincide com a recepção, espaço que também abriga os prontuários físicos organizados em estantes, situação que compromete a execução do trabalho da equipe de saúde.

Aí o posto de saúde ali, tipo, nem pra tomar soro você vai ali. É no último, do último, do último caso. Uma consulta, ou se você quiser um atestado, aí sim você vai. A infraestrutura no geral é precária. E com uma construção de uma estrutura maior, de um posto com mais técnicos, mais médicos, mais pediatras, uma estrutura maior e que vai com um horário estendido, seria bom. (Quilombola 9, 20 anos)

A estrutura do posto não é boa. Não é boa, porque é numa casa que é alugada. E aí eu acho que é um desperdício de recurso, sabe? Porque com certeza, não sei quanto que é aluguel, eu nunca pesquisei, mas sei que não é barato, né? E aí poderia ter uma unidade dessa na comunidade, sabe? Que fosse... Mas não tem. É alugada, não tem estrutura adequada. (Quilombola 1, 39 anos)

Além disso, os depoimentos revelam que a formação de vínculos da população com o serviço de saúde se dá, sobretudo, pelas visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde, que estão cotidianamente em contato com os pacientes para acompanhamento da situação de saúde, uso de medicações, divulgação de campanhas de imunização, palestras e

disponibilidade de consultas, implementando a marcação de consultas e encaixes pelo telefone.

Eu gosto do atendimento dele, porque toda vez que eu preciso dele, ele sempre me socorre. Às vezes eu mando mensagem. Agora essa semana mesmo, eu mando mensagem para ele, era... seis e pouco da manhã, e ele já me deu o retorno, né, para marcar no posto, tipo encaixe, porque lá é marcado. Aí eu falei para ele que minha filha estava com crise de asma aí ele falou que ‘ não, pode ir, que eu já vou deixar avisado e tudo.’ Aí quando foi à tarde, ele já veio ver se eu tinha ido lá. (Quilombola 8, 31 anos)

Ela veio aqui deve ter umas duas semanas. Ela vem todo mês, então, tem uma certa regularidade, né? Ela vem todo mês. Poderia ser melhor, mas a comunidade é muito grande. E o quantitativo de pessoas é muito pequeno. Então... Para percorrer isso tudo. A comunidade é muito grande. Então, é uma casa distante da outra. E eles fazem o trabalho à pé. (Quilombola 3, 36 anos)

Ela vem, a agente de saúde, ela vem para isso, sabe? Igual a minha mãe, ela é hipertensa e diabética. Aí ela vem saber se está fazendo acompanhamento, se está conseguindo medicação. É, vem ver esse cartão das crianças, se está com as vacina em dia, e orientar quando não está, falar quanto tempo que tem que tomar. Ela passa sim. (Quilombola 1, 39 anos)

Nesse contexto, ressalta-se o papel estratégico dos Agentes Comunitários de Saúde como facilitadores do cuidado e na promoção da saúde, especialmente pela inserção direta no território e pela proximidade com as famílias, o que permite identificar demandas específicas e estabelecer vínculos com a equipe de atenção primária. Sua atuação de caráter generalista é evidenciada pela multiplicidade de atribuições, com ênfase em ações voltadas a mulheres e crianças, além do acompanhamento contínuo de grupos populacionais mais vulneráveis, como nutrízes, idosos e pessoas acamadas (LANZONI; CECHINEL; MEIRELLES, 2014). No caso de Mesquita, a ampla extensão territorial, associada à dispersão geográfica das residências e ao número limitado de ACS disponíveis para atender cerca de 700 famílias, revela o esforço desses profissionais para assegurar a cobertura assistencial.

Sobre os meios de locomoção utilizados para acessar os serviços de saúde, os participantes relataram recorrer a diferentes formas de deslocamento, como transporte próprio, caronas com conhecidos, deslocamento a pé, bicicletas e transporte público. As condições de acesso variam consideravelmente entre as famílias, uma vez que as residências estão distribuídas de maneira dispersa em um território de 4.200 hectares. Enquanto parte dos

moradores encontra-se nas proximidades da UBS, outros — como os residentes do bairro Jardim Edite — enfrentam distâncias mais extensas, o que dificulta a utilização regular do serviço.

Hoje eu vou de carro, né? Mas já fui muito a pé, porque não tinha condição de pagar o transporte, né? E aí ia a pé sim. Quando a gente era acostumado, era tranquilo de ir, né? Mas a maioria da população, ou vai usar o transporte público, ou vai a pé mesmo. Aí tudo demorava uns 40 minutos andando. Que ainda tem essa estrada de chão aqui, aí depois tá chegando. Ele é mais central, assim, mas ... Ele deveria ser mais centralizado, só para dividir, né, para as pessoas. (Quilombola 1, 39 anos)

Tem que subir até lá e pegar o ônibus. Tem vez que eu vou de bike, eu gosto de pedalar. Ou se não, até na parada mesmo eu vou de bicicleta, nunca vou a pé. Porque minha prima mora bem na beira da pista, deixo minha bicicleta trancada em um pé de árvore lá e vou. (Quilombola 4, 49 anos)

Quando as meninas não podem me levar, eu vou pra pista, pegar a vanzinha e vou. Tem as vanzinhas que correm aí, né? Aí eu pego e vou. Mas é logo ali perto da igreja, né? Na rua da igreja. (Quilombola 2, 67 anos)

Esses desafios territoriais evidenciam a importância da territorialização como ferramenta de organização da atenção primária à saúde, considerando que o reconhecimento das especificidades do território é fundamental para garantir equidade e resolutividade no cuidado (COSTA et al., 2022; MONKEN et al., 2008).

Além das barreiras geográficas, os relatos apontam entraves burocráticos significativos, como a exigência de marcação presencial de exames na sede da Secretaria de Saúde Municipal e a lentidão nos fluxos de regulação, que comprometem a continuidade do cuidado e fragilizam o acompanhamento das condições de saúde. A precarização dos serviços de saúde contribui para a expansão e adesão aos serviços ofertados pela rede privada de saúde. A burocratização excessiva, quando dissociada das realidades locais, torna-se um obstáculo ao acesso, sobretudo em contextos marcados por vulnerabilidades sociais e territoriais, como destaca Preuss (2018) ao discutir a tensão entre os modelos de gestão e as necessidades em saúde dos usuários no SUS.

Tem o laboratório do município. Aí você vai, sabe, pega o encaminhamento do posto de saúde, leva pra secretaria de saúde, pra secretaria de saúde marcar o exame, e depois você vai pro laboratório. Eu acho esse trabalho muito moroso, poderia ser uma coisa mais direta, né? Se você já tem o encaminhamento, é só você ir e marcar. Ou vai pra secretaria de saúde, a secretaria de saúde marca e você só vai. Esses

são... É longe, uma questão, eu tenho carro, mas quem não tem? Quem não tem, né? E aí, as vezes, você consegue todos os exames, as vezes não. Aí, algo você tem que pagar. (Quilombola 3, 36 anos)

Quando eles pedem pra você certo tipo de exame, é muito demorado, muito demorado. Aí fica te mandando fazer exame pra Luziânia, Jardim Ingá. Agora esse ano acho que melhorou mais um pouco, mas, a espera é muita. Tem vez que é um ano... (Quilombola 4, 49 anos)

Então, se você não pagar pelo Sabin, você vai recorrer a coisa municipal, você vai ficar horrores, de meses e dias esperando chegar ate morrer, esperando o exame sair. E é perigoso sair, e você já ter morrido. A vaga... Então, ou você faz particular, ou você fica sem fazer. Aí nesse caso, o atendimento poderia ser mais agilizado. Porque, por exemplo, uma pessoa idosa não tem condição financeira pra pagar, porque hoje a aposentadoria dá mal pra ele se alimentar. Aí você pensa comigo, comprar remédio, comprar fralda, comprar isso e aquilo. Ou você faz o exame, ou você fica sem se alimentar, ou sem tomar seus remédios. Então, poderia ter mais, como é que fala, mais bases, tipo essas seções de marcar exame pra agilizar. (Quilombola 9, 20 anos)

A escassez de investimentos, a descontinuidade de ações e a limitada capacidade de resposta às demandas da população resultam em experiências marcadas pela baixa resolutividade, o que contribui para o afastamento progressivo dos usuários e a busca por alternativas no setor privado. Esse contexto de precarização enfraquece os mecanismos de atenção integral e equânime previstos constitucionalmente, como também favorece a consolidação de uma lógica mercantil no campo da saúde, aprofundando desigualdades no acesso e na qualidade do cuidado em níveis regionais e locais (TEIXEIRA; PAIM, 2018; PESSOA, 2023). Portanto, a dinâmica de retração do Estado e de avanço do capital sobre áreas sociais estratégicas, promovendo a fragmentação dos princípios fundantes do SUS, reforça práticas seletivas e focalizadas na atenção à saúde (IAMAMOTO, 2021).

A distribuição desigual de profissionais médicos é uma realidade no Estado de Goiás e constitui um obstáculo na garantia do acesso universal à saúde. A carência de especialistas na região contribui para a formação de extensas filas de espera por consultas e exames que, embora sejam de caráter urgente, são postergados, expondo a população a riscos de agravamento das condições de saúde. Essa limitação foi amplamente destacada nos depoimentos, visto que o Centro de Regulação vinculado à Secretaria de Saúde Municipal direciona usuários para os municípios de Goiânia, Anápolis, Luziânia, Jataí e Uruaçu, em busca de atendimento especializado. Nesse cenário, tanto a limitação na cobertura de serviços

quanto as longas distâncias a serem percorridas até essas cidades configuram elementos que impactam o acesso e a continuidade do cuidado em saúde.

Acho que deveria ter mais outras especialidades pra gente não precisar de tá saindo pra fora. Tipo, tem coisa que eles te mandam pra Goiânia. Agora eu descobri que não é só pra Goiânia, manda pra qualquer lugar de Goiás onde tem vaga. Eles mandaram gente pra Nerópolis, Aparecida de Goiânia, Luziânia. (Quilombola 4, 49 anos)

Tem muito exame aqui que só oferece em Goiânia, não oferece aqui no município. E aí a gente tem que ir pra Goiânia quatro horas da manhã e voltar só dez horas, nove horas da noite. Fazer uma endoscopia? Você tem que ir pra Goiânia, né? Fazer uma endoscopia é...é fazer alguma, tipo uma avaliação, tipo no meu caso mesmo que é artrose no joelho, na coluna, então os especialistas são oferecidos só lá em Goiânia. Então a dificuldade que tem é só isso, que aqui no município não oferece essas coisas, né? A gente ainda tem que ir pra Goiânia, passar o dia todo lá. (Quilombola 10, 51 anos)

Era pra fazer com cardiologista, só que no município não tem. Cardiologista, aqui no município, se eu quiser consultar tenho que ir pra Goiânia. Aí nunca tive interesse de ir atrás só por causa disso, porque eu não tive uma boa experiência lá em Goiânia. Fiquei com trauma, aí não quis mais. Assim, foi uma consulta muito esperada, porém quando eu cheguei lá não durou dois minutos no consultório. Aí assim, mal me examinou, na verdade nem me examinou, só fez umas perguntas e pediu um exame, aí só. Foi assim, foi muitas horas de viagem e muito tempo de espera lá pra consulta não durar nem dois minutos. Aí eu voltei só a noite pra casa, então, durante o dia todinho, foi de viagem. (Quilombola 13, 27 anos)

Percorrer mais de 400 km para acessar uma unidade de saúde que poderia estar no próprio município configura uma negligência da cobertura assistencial. As falas sintetizam a percepção de que a oferta limitada de profissionais especializados no Estado de Goiás restringe o acesso e a utilização dos serviços de saúde da atenção terciária. Essa realidade, vivida em Mesquita, encontra ressonância em outras comunidades tradicionais de Goiás, a exemplo do estudo conduzido por Fontenele et al. (2015) na comunidade Kalunga, na Chapada dos Veadeiros, que analisou a distribuição desigual de médicos como reflexo de interesses econômicos.

As autoras destacam que a concentração de profissionais acompanha o poder de consumo local, favorecendo regiões mais rentáveis para o setor privado e deixando territórios rurais à margem da cobertura em saúde. Nesse mesmo caminho, dados divulgados na Demografia Médica 2025 revelam que Goiânia concentra 8.512 médicos especialistas, ou seja, 69,52% dos profissionais de todo o estado, enquanto o restante dos outros municípios

possui 3.732 médicos (BRASIL, 2025, p. 222). A disparidade torna-se ainda mais evidente quando comparada ao Distrito Federal, que, apesar de geograficamente próximo a Goiás, conta atualmente com 13.522 médicos especialistas (BRASIL, 2025, p. 314), enquanto comunidades quilombolas como a de Mesquita e Kalunga contam só com médicos generalistas, mesmo necessitando de maior atenção devido às suas especificidades territoriais e socioeconômicas.

Além disso, percorrer longos trajetos para acessar serviços de saúde é um fator de sobrecarga dos pacientes, pois o tempo gasto em deslocamentos, somado ao desconforto físico e à ansiedade pelo atendimento, pode elevar os níveis de estresse e desgaste, considerando que se dedica um dia inteiro para isso, com deslocamento de ida e volta em uma van do município junto a outros pacientes, o que soma aproximadamente seis horas de viagem. Esse contexto contradiz o que determina a Constituição Federal de 1988 e a Lei Complementar nº 141/2012, que regulamenta a EC nº 29/2000 e estabelece, em seu artigo 198, § 3º, II, que a transferência de recursos entre as esferas de governo na área da saúde deve priorizar a redução das desigualdades regionais, garantindo uma distribuição mais justa de serviços e profissionais. Porém, o que se observa na prática é um distanciamento desse princípio, com comunidades rurais historicamente marginalizadas sendo penalizadas pela ausência de políticas eficazes de interiorização, fixação de equipes multiprofissionais e investimento em infraestrutura de saúde.

Em se tratando da busca por atendimento na atenção secundária, os depoimentos evidenciaram múltiplas formas de negligência vivenciadas nos pronto-socorros. As experiências relatadas indicam um cenário crítico, marcado por longos períodos de espera, equívocos diagnósticos por parte dos médicos, insuficiência de equipes qualificadas, além de riscos à saúde dos pacientes. Soma-se a isso a distância significativa entre os domicílios e as unidades de urgência, fator que agrava ainda mais o acesso à saúde. Tais relatos expõem uma realidade mais complexa e adversa do que se supunha inicialmente, demonstrando que as desigualdades não se restringem apenas à atenção terciária, mas perpassam também os níveis intermediários do sistema de saúde.

O hospital do município é muito ruim. É... Principalmente, eu fiquei muito revoltada com o caso da minha filha né, que eu levei ela três vezes lá. Ela passando mal, e ela foi diagnosticada com infecção de urina, sendo que ela estava com

cetoacidose diabética. E aí, assim, quando o caso dela ficou muito grave, agravou muito por um erro médico, né? De lá do hospital, de não... De não é... Ela fez o exame, o exame estava lá constando o que tinha de errado, e eles entenderam que era outra coisa, e ficou por isso. Se eu não tivesse levado pra Santa Maria, ela poderia tá morta hoje. Ela ficou na UTI. Teria sido evitado se, quando eu levei no hospital, eles tivessem feito um testezinho glicêmico nela, algo tão simples na triagem e eles não fizeram em nenhuma das três vezes que ela foi. (Quilombola 3, 36 anos)

O irmão de uma menina, ali da igreja, ele foi pro ABC, aplicou remédio, aí foi pro Hospital da Ocidental, e tipo assim, o sistema não colocou que ele já tinha aplicado remédio, aplicou mais ainda, aí ele pegou e chegou a ir a óbito. Foi assim, bagaceira, processo aconteceu, foi nossa, saiu noticiário e tudo mais. Então o quanto você puder evitar, aí que tipo, você fica doente, mas você consegue ficar rápido pela questão de remédio caseiro. O bom é isso, então se você realmente for pra ficar doente, doente pra ficar internado, é Brasília. Nem o hospital do Gama, Santa Maria eu recomendo pelos relatos das pessoas, né? É o hospital de Base, é mais assim que as pessoas, acho que já, na verdade, se você for pro Gama, automaticamente quando surge uma vaga já te manda pra lá. (Quilombola 9, 20 anos)

Aí nesse caso eu vou pro DF. Porque lá tem mais assim recurso, né? A oferecer a gente, a gente vai pro DF. Porque aqui não tem não. Olha, sempre o Base ou HRAN. Mas aqui no município não tem muito recurso não. Tem o Gama também, né? A gente procura muito o Gama, que é mais próximo daqui, né? O Gama e o Santa Maria, a gente procura. O Santa Maria é precário, misericórdia. O atendimento lá é pra quem já tá na última, sabe. Já pega a senha, o vermelho, já que tá a pulseira vermelha. (Quilombola 10, 51 anos)

As entrevistas evidenciam um itinerário terapêutico marcado pela dependência da população de Mesquita em relação à estrutura hospitalar do Distrito Federal para atendimentos de maior complexidade, resultado da precarização e do subfinanciamento da rede de atenção municipal.

Na única ocasião em que estive no Hospital Municipal da Cidade Ocidental, deparei-me com um cenário marcado por fragilidades no serviço prestado. O pronto-socorro encontrava-se repleto de pacientes à espera; muitos já haviam passado pela triagem e portavam as pulseiras de classificação de risco, mas permaneciam desassistidos, espalhados pelos bancos ou até mesmo em pé do lado de fora da unidade. Entre eles estavam crianças acompanhadas de suas mães, jovens e idosos, evidenciando uma situação de descaso. Todo o atendimento emergencial, naquele momento, estava concentrado em apenas dois médicos, o que aprofundava a sensação de abandono observada no local. A seguir, um mapa com o trajeto percorrido pelos moradores de Mesquita e as respectivas distâncias ilustra os deslocamentos para os serviços de urgência.

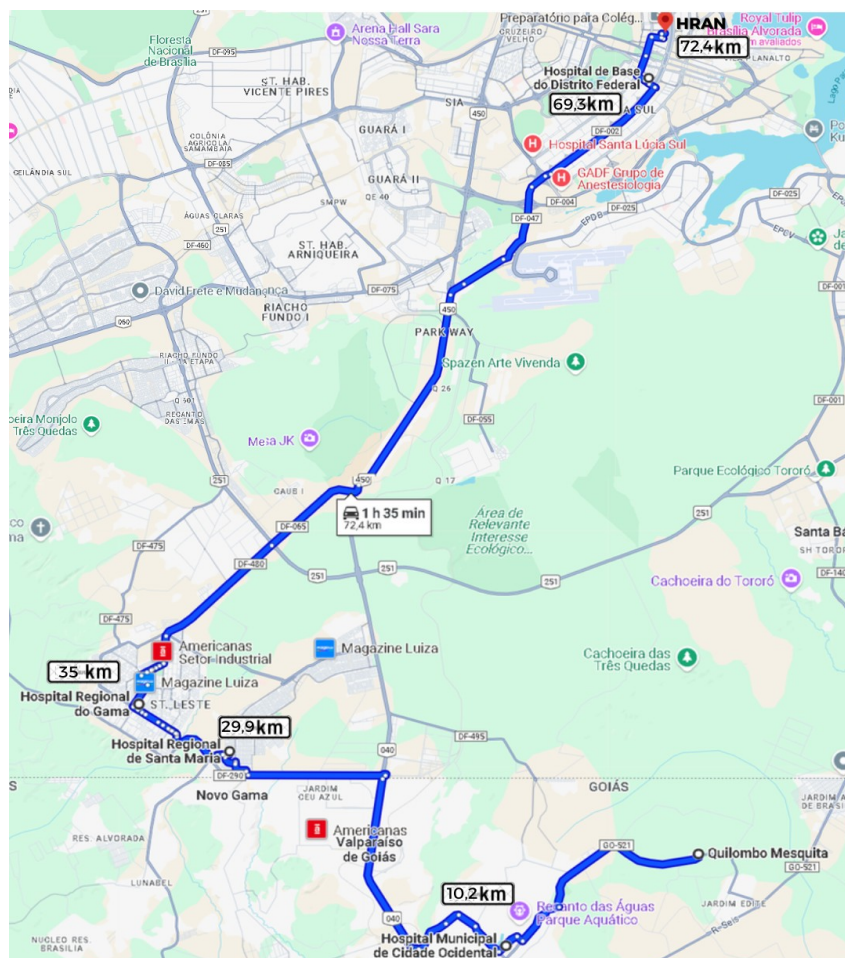


Figura 5 – Mapa ilustrativo do itinerário terapêutico da população de Mesquita, Google Maps 2025

Embora as unidades de saúde localizadas em Brasília não façam parte da rede regulada pelo Estado de Goiás, observa-se, como relatado por uma profissional da Secretaria Municipal de Saúde, a existência de acordos interinstitucionais — como a articulação entre o Ministério Público do Distrito Federal e a coordenação regional da RIDE Entorno Sul — que possibilitam, em casos específicos, o encaminhamento de gestantes da Cidade Ocidental para hospitais de referência do DF, sobretudo no acompanhamento pré-natal e na realização de partos. Tal arranjo evidencia uma desigualdade estrutural: de um lado, a concentração de recursos financeiros, infraestrutura avançada e maior densidade de profissionais no Distrito Federal; de outro, a fragilidade da rede assistencial em municípios goianos do Entorno, que enfrentam carência de serviços de média e alta complexidade. Diante da precarização dos

serviços de saúde no Estado de Goiás, foram relatadas estratégias improvisadas por alguns moradores para contornar a exigência de comprovação de endereço, de modo a viabilizar o acesso aos serviços de saúde oferecidos no Distrito Federal, que, por norma, prioriza a população residente em sua área de cobertura:

E aí quando tem essas questões assim, que a pessoa é acometida de câncer, geralmente procura Brasília. Só que Brasília tem aquela de não atender quem não reside lá. E aí tem que ficar dando um famoso jeitinho, sabe? Pra conseguir atendimento. Minha tia mesmo, ela faleceu de câncer. Aí a gente conseguiu atendimento no HUB, mas foi no jeitinho, sabe? De conseguir alguém que dê um comprovante de endereço de Brasília. E ou conheça alguém lá que pode ajudar essas coisas assim. E isso é muito ruim, porque nem todo mundo, tem um conhecido e vai conseguir isso, sabe? E aí só vai... Aqui tem muito incidência de câncer, e as pessoas morrem, sem o atendimento adequado. (Quilombola 1, 39 anos)

Eu lembro quando meu pai tava doente, meu pai já faleceu. Aí eles queriam encaminhar ele pra Goiânia, aí a gente bateu o pé e falou 'pra Goiânia ele não vai', aí eles não tavam querendo liberar ele, né? Ele tava com batimento cardíaco muito baixo. Aí a médica foi e falou assim, aí a gente falou 'não, vamos levar ele pra Brasília'. Só que a ambulância levando pra Brasília, eles não aceitam. Não aceita a pessoa de Goiás em Brasília. Não aceita. Antigamente tinha os governo, né? Eles eram interligados aí aceitavam, hoje em dia não aceita mais. Aí a gente falou pra médica, que ele meu pai já fazia acompanhamento no Hospital de Base, né... E levamo ele pra Brasília. Lá ele foi atendido, mas é bem complicado. Ele só foi atendido porque ele não tava bem. Porque lá é uma burocracia pra ser atendido, é porque agora eles já sabe o endereço. (Quilombola 4, 49 anos)

É, minha filha tem diabetes tipo 1. E aí aqui eu não consigo medicamentos dela. No Estado de Goiás não tem. Ela toma insulina, e aí, eu pego na farmácia de alto custo do Distrito Federal, no Gama. E aí ela precisa de fitas, né, pra medir a glicemia, ela tem que medir todo dia antes e depois da alimentação. Também não consigo aqui, tem que ir no Distrito Federal. Aí entra naquele sistema, burlando mesmo, eu pego o endereço do Distrito Federal pra poder pegar lá. Aqui não tem. (Quilombola 3, 36 anos)

De acordo com o princípio da universalidade do SUS, todo cidadão tem direito de acessar a rede pública de saúde em qualquer localidade do país, independentemente dos limites estaduais ou municipais. No entanto, o financiamento e a gestão da atenção primária são municipalizados, o que significa dizer que a Estratégia Saúde da Família, as Unidades Básicas de Saúde e a distribuição de medicamentos básicos são organizadas para atender exclusivamente quem mora no território cadastrado. Dessa forma, quem mora no Estado de Goiás não tem, formalmente, cobertura de atenção primária no DF. Por sua vez, o DF não dispõe de repasses federais para custear o atendimento de pacientes de outras unidades

federativas, exceto quando há pactuações formais. A necessidade de utilizar endereços de referência no Distrito Federal para acessar serviços de atenção primária revela as limitações da pactuação federativa e da regionalização do SUS na RIDE. Portanto, a adoção dessas estratégias é, acima de tudo, uma forma de sobrevivência, enquanto solução informal para viabilizar o direito à saúde, escasso no município de origem.

Essa dinâmica reforça uma histórica assimetria entre regiões metropolitanas e territórios periféricos, onde a população, mesmo não coberta pela rede distrital, recorre a ela diante da insuficiência da oferta local. Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde, a regionalização é concebida para superar desigualdades territoriais através da articulação solidária entre os entes federados (RIBEIRO et al., 2018; RIBEIRO, 2015). Contudo, a experiência da RIDE revela os limites desse princípio, uma vez que gera disputas de responsabilidade entre o Governo do Distrito Federal e o Governo de Goiás e desafia a continuidade do cuidado em saúde.

Diante disso, a regionalização exigiria a construção de governanças regionais capazes de alinhar interesses para a garantia do acesso universal e integral (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017). O caso da população de Mesquita ilustra a urgência de fortalecimento de políticas sociais que considerem as especificidades da RIDE como território interestadual de circulação e uso de serviços, superando a fragmentação entre redes estaduais e distritais. Ampliar os mecanismos de gestão compartilhada torna-se indispensável para garantir a equidade, especialmente para populações que dependem dos serviços de saúde de Brasília, mas residem em regiões historicamente subfinanciadas do Entorno de Goiás.

3.3 Percepções dos quilombolas sobre raça e etnia no acesso e utilização dos serviços de saúde

Em relação à questão racial, os/as entrevistados/as relataram situações em que perceberam que a cor da pele influencia a forma de acolhimento e abordagem durante a utilização dos serviços de saúde. As falas apontam para diferenças no olhar, na postura dos profissionais e na permissão para que certas pessoas sejam atendidas antes, mesmo fora da ordem regular, evidenciando que o racismo atravessa o cuidado e compromete a qualidade do serviço prestado.

Mas, assim, claro que você percebe, né? É uma certa diferença. Eu acho que também o grau de instrução das pessoas contribui, né? Eu sei que existe o racismo institucional, várias outras pessoas já me relataram. Eu consigo atendimento, sabe? Mas é isso. É moroso. Às vezes se deixa lá sentado mais tempo do que os outros. E isso é uma forma de racismo, né? Inclusive, eu conheço a menina que ela... Ela tinha uma gravidez de alto risco. Por falta de instrução ela perdeu a filha dela. E foi negligente, né? Tem-se essa... Essa... Que a mulher negra é a mulher forte. E aí deixa esperando por mais tempo, né. Atende uma branca em detrimento a uma pessoa negra, por esses estereótipos, né? E isso prejudica a saúde. É, ela perdeu a filha dela. Ainda tem traumas ainda, porque ela é bastante traumatizada. Ela teve outro filho e ficou assim, Nossa, ficou muito receosa e com muito medo de acontecer de novo, né? (Quilombola 1, 39 anos)

Por exemplo, no atendimento pra você chegar, eu tô doente e uma pessoa branca passar na sua frente. E aí acontece isso, né? Enquanto você tá lá quase desfalecendo, quase morrendo, a pessoa branca ela tem mais acesso às coisas pela cor dela. Não é nem porque ela é melhor, é pela questão da cor dela. Aí isso interfere muito. (Quilombola 9, 20 anos)

No hospital municipal, não dos médicos, mas dos funcionários, sim. A gente não pode reclamar. Se você fala, o poder já chama a polícia. Então é... É mais complicado. Não dos médicos, mas ali naquele pessoal de gestão, é mais... Você percebe o racismo muito grande, a parte deles. Assim, um ponto importante é você ver quando o julgamento, você consegue ver pelo que as pessoas te julgam. Se você reclama de algo e você aprende que eles chamam a polícia no ato. É, e a polícia chega com truculência, chega de forma hostil, né? Se a pessoa é branca, eles tem forma viável. Então assim, tudo pra preto é mais difícil. Ele é sempre suspeito, ele é sempre, ele tá sempre errado, ele é sempre barraqueiro, ele é sempre tudo ruim. (Quilombola 3, 36 anos)

O contexto de negligências que envolve o atraso no atendimento a pacientes negros, a ausência de escuta das demandas e a recorrente prioridade conferida às pessoas brancas demonstram como o racismo institucional ainda é prevalente no sistema de saúde (WERNECK, 2016). Essa dinâmica, por sua vez, articula-se à lógica da repressão policial. Quando a polícia é acionada para lidar com uma demanda de saúde, observa-se a policialização de uma questão social. O protesto de pessoas negras — que deveria ser acolhido como reivindicação legítima de direitos — é interpretado como ameaça à ordem. Há uma evidente deslegitimação das manifestações e criminalização dos corpos negros. O mesmo Estado que falha em garantir acolhimento e cuidado mobiliza, com rapidez, a força coercitiva para silenciar e intimidar quem exige o direito negado. A truculência, a postura de intimidação e a violência simbólica (e muitas vezes física) reforçam o lugar do corpo negro como suspeito e perigoso, alguém a ser contido, e não cuidado (ANJOS; VARGAS, 2023).

Paralelo a esse contexto, observa-se ainda uma resistência em nomear o território como “quilombo” na triagem dos serviços de saúde, bem como um tratamento desigual direcionado aos quilombolas. Tal resistência revela como a dimensão étnica ainda é ignorada e minimizada pelos moradores da Cidade Ocidental em relação aos quilombolas de Mesquita:

Você ainda não consegue colocar na sua ficha que você é quilombola. Eles não colocam, não adianta. Por mais que você fale que é quilombo Mesquita, eles vão colocar povoado Mesquita, fazenda Mesquita ou só Mesquita. (Quilombola 3, 36 anos)

Quando vai fazer a ficha eles não colocam quilombo, lá mesmo na Ocidental quando eu fui consultar, eles me perguntaram onde eu moro, eu falei que era no quilombo Mesquita, eles colocaram Mesquita, mas não colocaram quilombo. Aí eu disse ‘não, mas eu quero que o senhor coloque quilombo’, aí eles ‘não, não tem problema não’. Eu não quis debater com eles. (Quilombola 14, 75 anos)

Quando chegou a vacina pra gente, tinha muitas pessoas que criticavam, ‘ah, por que vocês estão vacinando primeiro que a gente? Não é justo’. Mas assim, nessa época dessa pandemia eu ouvia muito que não era justo a gente receber essas vacinas primeiro do que as pessoas, que a gente não era diferente de ninguém, eu ouvia muito isso de pessoas de fora, da Cidade Ocidental. Vinha pessoas de fora pra cá pra vacinar, nesse tempo também eu ouvia esse preconceito das pessoas. (Quilombola 13, 27 anos)

A escolha técnica de substituir o termo “quilombo” por “povoado” ou “fazenda”, e até mesmo omitir qualquer referência étnica ao registrar atendimentos de moradores de Mesquita, está longe de ser neutra. Historicamente, a palavra *quilombo* é carregada de simbolismo: afirma uma identidade coletiva construída na resistência e na expropriação de direitos. Quando profissionais de saúde, ou da própria gestão, evitam nomear o território como quilombo, são coniventes com a invisibilização, que retira dessa população o reconhecimento de sua identidade étnica. O racismo estrutural organiza as instituições para manter hierarquias raciais (ALMEIDA, 2019) e, no caso dos quilombolas, negar o termo “quilombo” cumpre o duplo propósito de apagar uma identidade coletiva e enfraquecer as reivindicações por políticas focalizadas. Esse processo perpetua a lógica de que a população quilombola deve se “integrar” aos padrões majoritários, ainda que, na prática, continue sendo tratada como inferior no acesso aos direitos sociais.

A reflexão de Frantz Fanon (1952) sobre o reconhecimento é crucial para a compreensão dessa realidade: o colonizador só reconhece como humano aquele que se parece

consigo mesmo. Portanto, a população urbana e os profissionais de saúde socializados nessa estrutura racista tendem a não reconhecer os quilombolas como sujeitos de direitos (FANON, 2008). Ao enxergar o outro como “inferior”, os moradores da Cidade Ocidental se incomodam em compartilhar os serviços de saúde com os quilombolas, por acreditarem em uma disputa de espaço e atendimento. Esse preconceito evidencia-se ao questionarem por que a população quilombola teve prioridade na vacinação contra a Covid-19. Assim, só se legitima o direito de quem se encaixa na imagem hegemônica de cidadão urbano, branco e não quilombola, sendo o preconceito um filtro de pertencimento; portanto, quem não se encaixa no padrão não é visto como sujeito de direitos.

3.4 Percepção dos profissionais de saúde sobre serviços de saúde e comunidade quilombola

As entrevistas foram conduzidas com profissionais de saúde que compõem a UBS de Mesquita e a Secretaria de Saúde Municipal. A atenção primária exerce um papel central por sua proximidade com a comunidade e por reduzir obstáculos que poderiam limitar o acesso aos cuidados. Cabe à UBS promover ações de prevenção, proteção e educação em saúde, assim como diagnosticar, tratar e acompanhar os usuários, contribuindo para minimizar agravos. Por ser a principal forma de entrada ao Sistema Único de Saúde, torna-se fundamental compreender como esses profissionais percebem o acesso e a utilização dos serviços pelos quilombolas, destacando as particularidades e desafios vivenciados por esse grupo no território.

A análise das entrevistas permitiu traçar o perfil dos/as 7 profissionais participantes deste estudo, dos quais 3 são agentes comunitários de saúde, 1 técnica de enfermagem, 1 enfermeira, 1 médico e 1 profissional da gerência municipal de saúde, dos quais 2 são quilombolas da comunidade, sendo 5 mulheres e 2 homens. Em relação ao tempo de trabalho na comunidade e município, os/as entrevistados/as estão vinculados de 1 a 21 anos de trabalho e possuem idades entre 29 e 50 anos.

Ao abordar a situação de saúde em Mesquita, observa-se uma diferença nas percepções entre os/as profissionais que não integram a gestão em saúde ou coordenação da unidade e aqueles diretamente ligados a essas instâncias. Os primeiros avaliam o cenário

como razoável, mas reconhecem que poderia ser melhorado diante da escassez de recursos materiais, que inclui desde a infraestrutura limitada da unidade até a ausência de especialidades como odontologia, pediatria e ginecologia, além da constante falta de medicamentos, fatores que impactam diretamente a qualidade do cuidado ofertado. Por outro lado, os/as profissionais vinculados à gestão e à coordenação tendem a descrever o panorama como satisfatório, destacando que o serviço se mantém em funcionamento, ainda que em condições básicas, e ressaltam o apoio estabelecido com instituições de ensino, como a Uniceplac, que contribui com o acompanhamento de alguns pacientes, palestras educativas e ações interativas voltadas para temas de saúde.

Eu não falo ótimo, nem ruim, mas eu acho que boa, mas assim, pode melhorar muito. Não falo em relação a questão da equipe, mas os recursos que nós temos acessível são poucos, né? Se a gente tivesse principalmente uma estrutura melhor, né? Se fosse dado pra gente mais ferramentas, daria pra fazer um trabalho bem melhor. As ferramentas são poucas de trabalho. (Profissional de saúde 4, 43 anos)

Desde quando eu entrei melhorou bastante, mas poderia ser melhor. Poderia ter atendimento odontológico e não tem, pediatria não tem. Falta medicação. É que aqui as pessoas têm dificuldade de sair daqui pra ir buscar na farmácia central da prefeitura. Aqui vem medicação, mas tem uns dois meses que não tá chegando medicação. E sempre uma vez ou outra tá faltando medicação. E a estrutura, tinha que ter uma estrutura maior, porque a equipe é boa, falta uma estrutura pra comportar todo mundo. (Profissional de saúde 3, 41 anos)

Adequado. Assim, tá precisando de melhorias, como todas as UBSs precisa, mas pra população que a gente abrange muita coisa, tipo atendimento médico, odontológico, pediatra, saúde do idoso, saúde da criança, então a gente tem especialização com todos. (Profissional de saúde 1, 30 anos)

Então eu falo que nós temos a unidade básica em funcionamento, estamos correndo agora atrás pra gente tentar fazer uma construção. Hoje a gente tem uma casa alugada. Chegou a ir lá, né? Adaptada, pequena. Até fui lá deve ter mais ou menos uns 15 dias, pra saber o que a gente pode fazer aqui? Mas como o imóvel é alugado, como que a gente faz? Então a gente não pode mexer, se a gente tem um imóvel alugado, né? Então a gente tá pleiteando até pelo PAC, nós fizemos uma inscrição pra construção de uma unidade de saúde, e se Deus quiser, a gente vai contemplar o Mesquita. Então assim, em relação a estrutura, claro que a gente precisa melhorar muito. Porém, a gente vai conseguir melhorar quando a gente de fato construir uma unidade, visto que os imóveis lá são imóveis que não suportam uma unidade básica de saúde. Então a gente tem que melhorar em relação a infraestrutura sim, né? Mas é uma unidade que tem médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde. Uma ou duas vezes por semana nós encaminhamos a van odontológica pra fazer o atendimento da população do Mesquita. Então assim, a gente tá conseguindo fazer um trabalho legal. Inclusive lá no Mesquita, não sei se você sabe, mas a Uniceplac, eles estão fazendo o trabalho lá. (Profissional de saúde 7, 42 anos)

Diante dessas dificuldades, ao serem questionados/as se a infraestrutura da unidade estaria adequada ao desenvolvimento do trabalho, grande parte dos/as profissionais entrevistados/as relatou que a precária condição da unidade interfere diretamente no desenvolvimento do trabalho e na atenção em saúde oferecida aos pacientes.

Falta sala do ACS, falta sala do atendimento, não tinha nem a sala da vacina. Interfere muito, até os pacientes. Tem dia que vem a nutricionista, falta uma sala pra ela, aqui ela atende na sala de vacina, que não pode, é errado. Ou então a enfermeira tem que sair daqui, deixar o consultório pra ela. Então falta salas, falta um monte de coisa, falta aparelhos, né? A estrutura tá precisando de uma restaurada aqui. (Profissional de saúde 2, 47 anos)

Mas acaba que aqui, com pouca estrutura em relação a sala de medicação, porque só pode um paciente ficar na sala de medicação. Um paciente com um acompanhante, às vezes chegam dois pacientes passando mal, por exemplo. Ano passado na pior parte da epidemia de dengue, às vezes com três pacientes ficava complicado, a gente tem que espalhar os pacientes. E às vezes quando vou fazer lavagem de ouvido, é ruim porque eu tenho que descartar o soro fisiológico da lavagem, acaba que a gente faz nos fundos, é improvisado. Inclusive, nós não temos uma dentista fixa na unidade, e não tem nem espaço físico para ter um consultório de dentista. Então, você vê que tem carências. (Profissional de saúde 6, 29 anos)

Tá não, nós não temos salas. A copa é minúscula, não tem uma recepção, que é triagem e recepção tudo junto. Sem espaço, não tem a sala de medicação que é junto da enfermaria. Tem vez que ela tá atendendo, a gente não pode entrar pra pegar medicação pra dispensar. A estrutura deixa muito a desejar. (Profissional de saúde 3, 41 anos)

Os relatos revelam um ambiente de trabalho que está longe de ser adequado, marcado por condições que comprometem a privacidade, o conforto e até a segurança dos pacientes. Esse cenário dificulta a realização de procedimentos com o cuidado e a atenção necessários. Além disso, trabalhar em condições de escassez e em espaços inadequados impõe uma sobrecarga emocional e física aos/as profissionais, que precisam lidar diariamente com limitações que extrapolam suas responsabilidades clínicas, afetando sua saúde mental e a própria motivação para o cuidado.

Apesar das restrições materiais e das fragilidades na infraestrutura, a Unidade Básica de Saúde registra um fluxo diário médio de cerca de 24 atendimentos, divididos entre 10 a 12 pacientes no período da manhã e outros 10 à tarde, podendo chegar, em dias de maior procura, a 15 ou até 19 atendimentos por turno, o que amplia ainda mais a sobrecarga da equipe. Algo

que se destacou no dia a dia desta unidade foi a existência de uma norma que garante que nenhum paciente vai embora sem ser atendido, seja pelo médico ou pela enfermeira. Além dos atendimentos na própria unidade, às sextas-feiras os/as profissionais dedicam-se às visitas domiciliares, contemplando pacientes acamados ou com dificuldades de locomoção. Diante disso, apresentam-se os desafios próprios de atuar em uma comunidade quilombola situada em área rural, especialmente para os agentes comunitários de saúde:

Eu tenho uma tarde na semana para fazer visita domiciliares. Temos que escolher. Não é possível fazer mais de 4 visitas. Quando fala de um contexto da cidade, é muito possível fazer 4, 5, 6 visitas. Porque são locais próximos, são casas próximas, que muitas vezes vão seguir andando. Lá precisamos... Tem que ter camionete, tem que saber... O motorista tem que saber andar na estrada de chão... Os pacientes moram longe. Então tem o contexto de... Do acesso. O seu acesso à saúde fica dificultado para os quilombolas. Fica dificultado para os que moram na parte rural. (Profissional de saúde 6, 29 anos)

Olha, aqui, as nossas visitas domiciliares é na sexta-feira a tarde. Às vezes, vem, estava vindo direto, a semana passada não veio, mas estava vindo direto. Os carros, às vezes, quebra, né? Aí, não vem. Mas às vezes, esses anos, quando passaram estava tranquilo, estava vindo direto, mas tinha uma época aí que quebrava direto. E aí, a gente avisava os pacientes. (Profissional de saúde 2, 47 anos)

A maior diferença aqui é pra locomoção, pra lá eu acho que tudo é mais fácil. Eu faço as visitas a pé, aí quando é em lugar assim mais distantes que tem muito cachorro, igual ontem mesmo meu marido me acompanhou porque eu tinha que ir numa casa que tinha muito cachorro e tinha dias que eu não ia lá por causa dos cachorros, eu quase fui mordida. Aí ontem, ele tava em casa e me acompanhou, mas se não é a pé mesmo. (Profissional de saúde 3, 41 anos)

A localização em área rural com vasto território, aliada às dificuldades dos trajetos em estradas não pavimentadas, bem como à necessidade de lidar com cães de guarda e, por vezes, se deparar com animais silvestres, como cobras e escorpiões, faz parte dos desafios encontrados no trabalho em comunidade quilombola. Esse quadro é agravado pelo subfinanciamento por parte do Estado de Goiás — que inclui a falta de veículos adequados para as visitas —, que interfere no acesso e na oferta dos serviços de saúde. Outro aspecto apontado pelos/as profissionais entrevistados/as como singular ao trabalho em uma comunidade quilombola diz respeito à dinâmica cultural e aos períodos festivos, que influenciam o fluxo de pacientes na unidade. Durante as visitas de campo, por exemplo, ocorria a Festa do Divino — uma celebração tradicionalmente católica, realizada sete semanas

após o domingo de Páscoa —, que envolve o cortejo da imagem do Divino Espírito Santo acompanhado por foliões e o chamado “pouso”, momento em que a imagem é recebida em diferentes residências, marcando um tempo de intensa devoção e convivência comunitária (SOUSA, 2017). Essa festividade mobiliza toda a comunidade, que se dedica aos preparativos e encontros, o que naturalmente altera o uso dos serviços de saúde, exigindo que o planejamento da unidade considere tais particularidades culturais.

Apesar disso, metade dos/as profissionais relatou não perceber diferenças relevantes entre atuar em uma comunidade quilombola e em áreas urbanas, destacando apenas a distância no acesso aos serviços de saúde e a carência de recursos como aspectos secundários. Por outro lado, observou-se que somente os/as profissionais quilombolas e mais um integrante da equipe reconhecem que o exercício do trabalho em um território quilombola exige uma abordagem profissional diferenciada, direcionada às especificidades desse grupo populacional. Quando profissionais ignoram essas particularidades ao tratar essa população da mesma forma que qualquer outra, reforçam modelos de atenção generalistas que não dialogam com a realidade dos pacientes, como reconhecer o racismo estrutural e institucional na produção das iniquidades em saúde. O reconhecimento dessas particularidades é condição fundamental para a concretização do princípio da equidade no SUS.

Uma observação pertinente destacada foi a maneira como os laços de parentesco presentes na comunidade influenciam a comunicação entre os pacientes e a equipe da UBS. Muitos manifestam receio de que suas condições de saúde se tornem de conhecimento geral, o que impacta o trabalho dos/as profissionais, dificultando a investigação e o acompanhamento do processo saúde-doença. Trata-se de um tabu enraizado, especialmente entre os idosos, que torna ainda mais desafiadora a concretização da atenção integral em saúde.

Tem muitos desafios aqui no Mesquita. Aí também, assim, as pessoas também às vezes ela não tem aquela...A mente aberta para a gente estar indo pesquisar e perguntar, porque a maioria é parente, né? Então as pessoas têm muita dificuldade. E como eu trabalho aqui e eu sou da comunidade, eu sou parente da maioria, eles têm muito dificuldade de falar suas doenças, de expor as doenças, né? Então eles escondem. E aí, como a gente pode ajudar as pessoas se elas não falam o seu problema, né? Então isso dificulta muito. É uma barreira grandíssima. Tem muitos aí, muita gente tem câncer, eles não falam, tem medo de estar espalhando pro povo, né? A gente vai saber depois, é muito difícil, quando eu fui fazer o cadastramento, muitas pessoas ficavam assim receosa de falar as doenças. Eu perguntava ‘a senhora tem diabetes?’, ‘não fia, não tem não’. Aí depois eu descobria que tinha, que aqui no posto ela vinha e fazia. Apesar de falar que tem o sigilo médico, eles não acreditam,

não confiam. Como vou ajudar você se não sei sua doença? Não tem como. (Profissional de saúde 2, 47 anos)

Porque por ser um quilombo e por ser familiares, tem um grande medo da gente falar, porque é tudo parente. Aí eles não falam que tem diabetes, não falam que tem pressão alta, não falam que tem câncer, se sofreu um AVC. (Profissional de saúde 6, 29 anos)

Eles tem um tabu em questão do CA. Então tipo assim, câncer, se uma família vir consultar... Porque aqui são três famílias, tem a Braga, Pereira, né? E aí, se um tá com CA, e a família pede pelo amor de Deus pra gente não saber, ou rejeita as nossas visitas, as nossas consultas. Porque aqui pra eles é como se fossem aquele interiorzinho, então a gente tá trabalhando nisso pra ver se a gente consegue tirar isso da cabecinha deles, que não é assim, que é um tratamento, que pode contar com a gente. Então tem isso. Muitas vezes as famílias não vem pra não se expor. Uma família não pode saber de uma patologia de outra. (Profissional de saúde 1, 30 anos)

Os vínculos de parentesco em comunidades quilombolas são historicamente fortes, sendo a vida social marcada por relações estreitas e interdependentes. Nesse contexto, qualquer informação sobre a saúde de um indivíduo supera o campo privado, pelo medo de que essas informações circulem como comentários entre os conhecidos. O receio de que enfermidades venham a ser comentadas entre vizinhos ameaça a intimidade, bem como pode tornar a família alvo de julgamentos e estigmas.

Essa dinâmica comunitária tem efeitos sobre o acompanhamento realizado pela atenção primária e fragiliza a integralidade do cuidado. O medo da quebra do sigilo profissional estimula a omissão de sintomas e diagnósticos e fragiliza o vínculo de confiança com a equipe da UBS. Sem acesso a informações completas e sem o compartilhamento da situação de saúde, torna-se desafiadora a elaboração de planos de cuidados que considerem a totalidade das necessidades em saúde. Dessa forma, perde-se a capacidade de monitorar doenças crônicas, oferecer orientações ou agir antecipadamente diante dos sinais de doença.

As consequências desse silêncio são concretas e graves para a saúde da população. Quando problemas como diabetes, hipertensão, câncer ou sequelas de AVC não são acompanhados de forma contínua, as complicações tornam-se mais frequentes e severas, resultando em internações evitáveis e óbitos precoces (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008). Além de potencializar o sofrimento, a falta de acompanhamento adequado sobrecarrega níveis mais complexos da rede de saúde, que passam a receber casos que poderiam ter sido evitados no âmbito da atenção primária.

No que se refere à cobertura do território, a UBS de Mesquita, além de atender a população quilombola, abrange em sua área o bairro Jardim Edite. Segundo relato de um/uma dos/as profissionais que é morador/a desse bairro, o Jardim Edite foi originado como um loteamento urbano dentro do quilombo, fruto de ocupações e compras ilegais de terras na comunidade, que foram desvinculadas posteriormente. Dessa forma, formou-se um bairro adjacente, situado cerca de 4 km da Unidade Básica de Mesquita. Por se tratar de uma área marcada por condições de pobreza, cujos moradores enfrentam dificuldades de arcar com o custo do transporte até a UBS e dependem de um sistema público de transporte precário, a equipe de saúde faz uma extensão quinzenalmente no Jardim Edite. Nessa iniciativa, metade dos/as profissionais da unidade, acompanhados por dentistas e nutricionista cedidos pela prefeitura, desloca-se até o bairro para oferecer consultas, acompanhamento, vacinação e outras ações de cuidado em uma igreja cedida pela comunidade local.

Que tem um bairro ainda ali embaixo que a gente faz a extensão, de 15 em 15 dias a gente leva metade da equipe pra lá, pra atender lá, porque muitas vezes tem gente que não tem condição de pegar a van pra cá. Eu peço a van odontológica, aí eles mandam van odontológica, mandam nutricionista e aí eu peço pra dois ACS descer, eu peço a técnica pra ir pra lá pra atualização de vacina e o médico atende, a gente faz isso de 15 em 15 dias pra ajudar a população. Agora o citopatológico eu já não consigo, porque lá é uma igreja que cedeu pra gente, aí é só uma área, e aí a gente colocou a mesa de cada um, por exemplo, pro nutricionista, pro médico, né? Coloquei afastado e não consigo fazer o citopatológico lá porque não tenho mesa, não tenho cadeira, não tenho um local, né? Apropriado pra isso. Aí o citopatológico somente aqui. (Profissional de saúde 1, 30 anos)

Eu atendo tanto os quilombolas e o bairro que hoje colada ao quilombo, que é o Jardim Edite. O Jardim Edite era a território do quilombo, que é bem precário. Muitas vezes a gente atende de 15, 15 dias lá no Jardim Edite. Improvisam o atendimento na extensão, porque os pacientes... Muitas vezes não tem dinheiro para pegar um ônibus para sair do Jardim Edite e ir lá numa Mesquita. Então são pacientes mais necessitados. (Profissional de saúde 6, 29 anos)

Por serem assistidos pela mesma unidade de saúde e considerando que o Jardim Edite se originou em terras que pertenciam a Mesquita, os/as profissionais de saúde relatam a existência de rivalidades entre os moradores e uma postura de desconfiança daqueles que não são quilombolas:

Aí o sonho deles era tirar o pessoal do Edite que compraram ilegalmente. Aí ficou uma certa ranhurazinha entre quilombo e Jardim Edite. Aí agora eu não acho assim

que ficaria legal continuar insistindo numa ideia, eu acho que sim, tem que atender a necessidade do quilombo de fato, e teria que deixar esse bairro naquele lugar, de desvincular uma coisa da outra. (Profissional de saúde 4, 43 anos)

Porque assim, como eu sou quilombola, né? Aí tem a história que vai tirar o povo que não é quilombola, aí por eu ser quilombola eles acham que eu influencio nisso. Tem pessoas que nem me recebe, ou não dá muito assunto, só fala que não precisa passar, que não precisava ir no posto. Aí eu tenho essa dificuldade, pessoas que não são quilombolas pensando que eu to ali pra ajudar a tirar eles da terra, tem essa resistência. (Profissional de saúde 3, 41 anos)

Diante dessa situação dicotômica entre as populações, os/as entrevistados/as apontam a necessidade de criar uma UBS definitiva, equipada com duas equipes de Saúde da Família para atender de forma adequada ambos os bairros. O território de Mesquita é um espaço em disputa. Por sua vez, a construção de uma UBS permanente é um dos grandes desafios impostos. Os depoimentos dos/as profissionais revelam percepções distintas: a maior parte deles, incluindo um profissional quilombola, aponta que o principal obstáculo para a realização do projeto está no impasse interno da própria comunidade, marcado por divergências entre as famílias:

Sabe que aqui é uma comunidade quilombola e ela é particular, então depende do INCRA junto com o governo aqui, né? Porque o governo, o prefeito, ele até queria fazer uma UPA aqui, mas tudo depende do local, a pessoa tem que doar, a pessoa tem que fazer a doação porque é particular. Aí tem que ver com o INCRA, aí fica essa burocracia. Tem que ter um projeto voltado pra questão da comunidade quilombola, é diferente das outras comunidades que não é a mesma coisa, então tem tudo isso. Mas tem vários projetos aqui pra UPA fazer, projeto pra posto policial. Sempre tem barreiras porque é particular e não tem onde fazer. E pra doar tem que ter toda essa questão. Aí demora, por isso que não vai pra frente aqui nada. Você vê que não tem nada aqui, que é complicado. Tem o projeto da pracinha ali na igreja, já tava quase pra finalizar, aí como é doação, aí parou. Tem essa barreira, uma família quer, outra família não quer, aí começa. Aqui era uma comunidade pra ser bem unida, mas não é unida, é desunida. Era pra ser bem unida, porque é tudo parente, mas não é. Aí começa a família de um querer uma coisa, aí a outra família do outro não quer, aí não chega a um acordo, e o governo vai deixando pra lá. Aqui mesmo ia vir uma pracinha pra cá, aí não veio e levou pro bairro do Dom Bosco, que é próximo nosso, porque não chegou a um acordo aqui. Precisa da consciência das pessoas falar 'eu quero isso pra minha comunidade, pra mim, eu já tô velha mas meus filhos vão usufruir' esse usufruto que é bom. Mas é uma comunidade muito boa, o local muito bom aqui, mas precisa dessa união de nós, quilombolas. (Profissional de saúde 2, 47 anos)

Então assim, porque veja bem, essas terras aqui elas não estão regularizadas para receber recurso público. Então o que acontece, ainda que o gestor quisesse construir, ia construir aonde? Qual a legalidade que ele tem pra colocar recurso público hoje aqui? Porque são terrenos que não tem documentos, pra construir de forma legal.

Então assim, teria que ver essa questão, se é na questão do quilombo e a viabilização de um terreno próprio pra construção. Aqui são terras familiares, parentes, mas não tem terras destinadas a área pública. Então, por essa razão... Aqui o único prédio público que construiu foi o colégio, porque foi anterior ao processo de quilombo. Aí já foi doação, né? Em outros tempos, não sei se foi da década de 90 ou foi de 80. Aí assim, naquela época ainda não tava esse processo de tornar território quilombola, aí acho que era mais fácil. (Profissional de saúde 4, 43 anos)

Porque tem uma questão de famílias que cada território pertence a uma família. E aí, uma família não quer que o posto de saúde seja no próprio terreno, e não aceita também que seja no terreno da outra família. Então, tem essa questão cultural. Tem essa questão cultural, assim, dos hábitos ali. Muitos são um pouquinho... São um pouco receosos com certas mudanças. (Profissional de saúde 6, 29 anos)

Já outros dois entrevistados/as enfatizam que a dificuldade decorre da ausência de recursos públicos para a construção e da falta de vontade política do Estado de Goiás em garantir o direito à saúde dos quilombolas:

Então, até essa questão de território que você quer saber, né? A gente vai verificar, mas não é aqui. Tem uma outra secretaria que faz parte, né? A Secretaria de Planejamentos Urbanos. Então, essa parte... Porque a Secretaria de Saúde faz mais a parte técnica. Agora está pleiteando a construção. A gente vai pleitear a verba para que faça a construção de fato, mas essa parte tanto de projeto, quanto cessão de terreno, fica tudo pra outra secretaria. A gente vai trabalhar em parceria com a prefeitura municipal também. Mas não é complicado. Eu tenho certeza que, se for uma área mesmo que faça uma desocupação de uma maneira melhor possível, porque eles também querem isso, naquele bairro. Então, acho que a gente não vai ter problemas em relação a isso, não, acho que vai ser bem fácil. Acho que o mais difícil hoje mesmo é a questão da verba, e que também já tá cadastrado no sistema. Se a gente for selecionado em um dos municípios pra receber essa verba, a gente vai estar construindo sim a unidade do Mesquita. (Profissional de saúde 7, 42 anos)

Gestores. Porque assim, eles colocam sempre a desculpa que eles falam que aqui é quilombo, que eles não podem construir, não pode mexer. E eu acredito que não seja desse jeito, eu acredito que seja ao contrário, né? Porque todo lugar que a gente vai fala assim, que não é por ser quilombo que tem uma verba maior, tem uma prioridade de fazer, e aqui é o contrário. Aí os gestores utiliza por ser quilombo não mexer, não fazer melhorias. (Profissional de saúde 3, 41 anos)

A realidade de Mesquita evidencia como a consolidação de políticas sociais é atravessada por interesses em disputa. De um lado, destacam-se os conflitos internos à comunidade, que têm uma história marcada pelos vínculos familiares e a relação particular com o território enquanto coletivo. Esse impasse revela as complexidades das relações de poder entre as famílias fundadoras do quilombo, em que questões de autoridade tornam o diálogo mais delicado. Por outro lado, há os que enxergam que o problema é determinado por

uma dimensão estrutural. Para estes, o obstáculo central está na ausência de recursos públicos destinados à construção da UBS e na falta de vontade política em priorizar a implantação da unidade, apontando fragilidades governamentais para a efetivação do direito à saúde em território quilombola.

O que se observa é que as dinâmicas internas da comunidade somam-se à negligência do Estado, produzindo um duplo entrave na construção da UBS de Mesquita. Como consequência, a vulnerabilidade se prolonga, visto que a ausência de uma unidade permanente compromete a organização da atenção primária no território e o atendimento das demandas em saúde da população.

No que se refere à organização dos serviços de saúde disponíveis e à análise se abarcam as demandas dos quilombolas em suas especificidades, observa-se uma diferença nas percepções entre os/as profissionais que integram a gestão em saúde ou coordenação da unidade e aqueles que não estão diretamente ligados a essas instâncias. Os primeiros avaliam que, em se tratando da atenção primária, os quilombolas são bem assistidos e que as orientações do Ministério da Saúde são cumpridas e concretizadas no território:

Tá bom, não tá ruim não. É igual eu falei, precisa de ampliação, né? Porém, eles não deixam ajudar eles [referindo-se ao impasse das famílias em relação ao território a ser doado para a construção da UBS], então porque pra ajudar eles a gente precisa de algum suporte também, porque aqui a gente não tem o que fazer. Então a gente tem educação física, a gente tem tudo, mas não tem onde eu colocar um educador físico aqui. Pilates mesmo, hoje teve...Pilates começa de 7:30h as 8h, eu coloco nessa área ali [se referindo a garagem da casa alugada], as vezes chovendo não tem como. Então, infelizmente tem essa dificuldade aqui. Mas porque a gente não pode comprar deles, eles não deixam vender. Eles não vendem a terra. (Profissional de saúde 1, 30 anos)

Então, não só dos quilombolas, né? O que é de fato da atenção primária, a atenção primária fornece. Sendo quilombola ou não quilombola, a atenção primária consegue andar. Nós não temos falta de profissionais no município, em relação a atenção básica. Temos médicos todos os dias, temos enfermeiros todos os dias, os profissionais na parte de agente comunitário de saúde, dentista, então ela está funcionando. O que mais poderia ser feito é, por exemplo, trazer vocês pra fazer esse estudo, os profissionais da Uniceplac. Mas o que de fato é pra acontecer, através do Ministério da Saúde, está acontecendo. O que é orientado e repassado pra nós, através desses dois órgãos, o município está cumprindo. (Profissional de saúde 7, 42 anos)

Por outro lado, os/as profissionais que não integram a coordenação da unidade e a gestão em saúde afirmam que os quilombolas não são atendidos em suas demandas e especificidades nos serviços de saúde disponíveis:

Não, pelo baixo número de especialistas, por exemplo, acaba que a fila fica grande até a consulta com especialista. A fila para realização dos exames, esses exames que são mais caros também fica complicado. Que nem a gente comentou mais cedo sobre o acesso que eles têm a realização desses exames, como é difícil a questão do deslocamento, de ter que pegar van e ficar duas horas na van até chegar, por exemplo, em Goiânia, ou então mais de uma hora pra chegar em Águas Lindas pra fazer um exame. Essas situações, essa logística seria muito melhor se tivesse o especialista ali na secretaria. (Profissional de saúde 6, 29 anos)

Não, não abarca. Lá nós tamos precisando muito, que tem uma paciente que ficou deficiente visual por causa da diabetes, 42 anos ela tem. Ela tá muito depressiva, e não tem como, né? Baixa renda, não tem como ela ir pra cidade pra passar por uma psicologia. Aí a enfermeira tá atrás pedindo uma psicóloga pra acompanhar ela em casa.... Então ela fala que é do emocional, então se não ajeita o emocional dela, as outras coisas não ajeitam. (Profissional de saúde 3, 41 anos)

Na minha opinião não, porque o atendimento é precário. Precário, precário mesmo. Não sei o que tá acontecendo com aquele hospital, esses dias mesmo levei minha cunhada lá no sábado, ela com uma falta de ar, aí fez o raio-x 'não, é só uma secreção no pulmão'. Quando veio aqui no doutor, tava com uma pneumonia já avançada. Aí lá deram alta e passou só azitromicina e paracetamol e mandou pra casa, a mulher sem dormir com falta de ar eu falei 'gente, como que pode?'. Deram alta pra ela. Profissionais não capacitados, e tem muitos lá, infelizmente. Eu prefiro mil vezes vir aqui com Dr Pedro do que procurar o hospital, porque lá tá difícil. (Profissional de saúde 5, 50 anos)

Essas diferenças revelam como cargos de liderança moldam as percepções sobre a atenção integral em saúde. Para gestores e coordenadores, prevaleceu a visão alinhada aos protocolos formais, interpretando a presença de equipes e número de profissionais como sinônimos de atendimento satisfatório. Essa leitura protege a própria atuação, validando o trabalho realizado pela unidade e pela secretaria como se já alcançasse os objetivos previstos em lei. Já entre os/as profissionais que não estão na linha de coordenação, que lidam com demandas sem necessariamente focar em números e produtividade, costumam acompanhar as queixas das famílias, reconhecendo que as demandas dos quilombolas não encontram respostas nos serviços disponíveis. Para eles, fica evidente que atender quantitativamente não garante por si só a superação das necessidades em saúde de uma comunidade quilombola.

Dessa maneira, essas percepções não se anulam, mas mostram como o cargo ocupado na instituição influencia a compreensão da atenção integral em saúde.

Em muitos momentos, as percepções dos/as profissionais ganharam ressonância com as percepções dos quilombolas, tais como a morosidade de atendimento nos níveis especializados, as longas distâncias percorridas para a realização de exames e consultas em outros municípios goianos, a precariedade do atendimento no pronto-socorro do Hospital Municipal da Cidade Ocidental e a ausência de capacitação profissional nesse serviço, o cenário caótico para acessar medicações básicas, a ausência de equiparação de investimento entre a área urbana e rural, a marcação presencial de consultas e exames. Destaca-se também a percepção da diferença de tratamento dos moradores de Mesquita nos serviços de saúde da região por parte de alguns profissionais e da população da Cidade Ocidental, bem como o reconhecimento de experiências de racismo no serviço de saúde:

O hospital é muito cheio, acaba que a demora é muito grande, e eles moram longe, acaba que é ruim. Quando eles recebem o atendimento em outra unidade básica de saúde, é, geralmente, o pessoal não gosta muito de ser atendido em outras unidades de saúde, sente-se deslocados, muitas vezes profissionais dizem pra eles serem atendidos na unidade de origem, tanto do ponto de vista do próprio local estar saturado, muitos pacientes, para poucos profissionais, quanto do ponto de vista de... um pouco de preconceito mesmo, principalmente da parte da cidade, preconceito com o pessoal que é do Mesquita, e preconceito com o pessoal que é do ABC, que também é uma área rural lá da Cidade Ocidental. Quilombolas por serem atendidos na cidade, 'o que você tá fazendo aqui, você mora longe, você tem que ser atendido lá, não é aqui'. Como se fosse uma disputa por espaço, uma disputa por atendimento. Então assim, é muito essa questão de disputa, e acaba que o próprio sucateamento do sistema acaba provocando. (Profissional de saúde 6, 29 anos)

Quando a pessoa é negra, e ainda as pessoas ficam reparando se a pessoa, se há condições financeiras, olha tudinho. Já presenciei várias, a gente sente na pele, eu sou negra e a gente sente na pele que é diferencial, mas isso tudo é uma consciência que já vem da sociedade, que colocou na mente das pessoas o racismo, né? Trata o branco diferente do negro, a gente percebe, eu mesma percebo. (Profissional de saúde 2, 47 anos)

Isso que eu comentei de ser o rural e de ser da cidade, pode ter o fator racial, mas muitas vezes eles não falam abertamente. Existe uma... uma vergonha, assim, mas existe uma certa dificuldade. Até para se expressar, também, assim, de quando vai explicar, por exemplo. Então, é uma dificuldade até de falar. (Profissional de saúde 3, 41 anos)

Paralelo a isso, alguns profissionais afirmaram não observar que os quilombolas de Mesquita sejam tratados de maneira distinta ao buscarem atendimento nos serviços de saúde

do município, nem relataram ter conhecimento de episódios de racismo nesse contexto. Contudo, ressaltaram a existência de experiências envolvendo outras formas de opressão no sistema de saúde:

Eles não tem nenhuma diferença dos demais até onde eu sei. É uma coisa que os outros são atendidos, eles não vão ter nenhuma assim, não tem um olhar específico, né? Apropriado assim, eles vão ser atendido como os demais, né? Se for pra eles tivesse alguma, se tiver alguma coisa, que garanta eles, um tratamento mais especial, eles não estão sendo. É a mesma coisa que os demais. (Profissional de saúde 4, 43 anos)

Não de racismo, eu tive de uma outra situação, né? Que é a parte dos LGBTQs, né? Aquela situação dos nomes, por exemplo. O nome social, já houve, já chegou para a gente essa situação. Até em algumas conferências também, então já está tudo sendo alinhado, tá bom? Mas em relação a racismo, não chegou até a mim. Pode ter acontecido, mas se não chegou até a mim. (Profissional de saúde 7, 42 anos)

Especificamente, nesse ponto não, eu já vi em outra situação, mas não na questão racial, é mais a discriminação de classe. Tipo assim, um pessoal morador de rua, né? Ou algo do tipo, assim, a pessoa não tá muito limpinha, né? Você percebe que a pessoa não atendeu porque não quis se expor, não quis sentir ali o cheiro, o mal cheiro, aquela coisa. Eu acho que isso também é, não deixa de ser discriminação. Se recusar de oferecer um serviço de saúde seja com a situação que a pessoa tiver, eu acho que isso aí pode caracterizar, né? Então assim, independentemente de se a pessoa tá cheiroso ou fedido, né? Você tem que atender, né? Tá na constituição. (Profissional de saúde 1, 30 anos)

As entrevistas expuseram visões contrastantes quanto ao acolhimento dos quilombolas nos serviços do município. Enquanto alguns reconhecem que há uma diferença no tratamento, percebida pelo questionamento do uso dos serviços locais, outros afirmaram não notar distinção, sustentando a ideia de tratamento igualitário entre todos. Entretanto, mesmo entre aqueles que não relataram episódios de racismo, emergiram exemplos de outras formas de opressão no cotidiano das unidades. Essa realidade estampa como as hierarquias sociais e estigmas seguem estruturando o acesso e a utilização dos serviços de saúde.

Apesar da grave situação que compromete a concretização dos princípios da integralidade, universalidade e equidade no SUS, os/as profissionais vinculados à gestão em saúde e à coordenação da unidade ressaltaram o compromisso em avançar na superação das desigualdades na saúde. Eles destacaram, ao fim das entrevistas, o anseio da concretização de iniciativas como seminários, encontros de conselhos e atividades de aperfeiçoamento direcionadas aos profissionais de saúde que atuam no território da Cidade Ocidental, visando

assegurar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e, futuramente, da Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola.

Em síntese, os achados deste capítulo deixam claro que as experiências de acesso e utilização dos serviços de saúde pelos quilombolas de Mesquita, assim como as percepções dos/as profissionais de saúde, são atravessadas por múltiplos fatores que vão além das rotinas institucionais. A precariedade da infraestrutura, as distâncias extensas e as restrições materiais fragilizam o acompanhamento das doenças crônicas e comprometem a efetividade da atenção integral. Somam-se a isso as marcas do racismo estrutural e de outras formas de opressão, que embora não sejam nomeadas diretamente, aparecem nas sutilezas do atendimento e nos constrangimentos vividos pelos usuários.

Também ficou evidente como aspectos culturais, a força dos laços comunitários e o receio da exposição interferem tanto no vínculo com a equipe quanto na procura pelos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, os relatos dos/as profissionais mostraram leituras diferentes do cenário: gestores e coordenadores tendem a considerar o cuidado já satisfatório dentro das diretrizes formais, enquanto aqueles mais próximos da realidade dos usuários apontam falhas no acolhimento das demandas específicas dos quilombolas. Diante desse quadro, é imprescindível que o Estado assuma sua responsabilidade de garantir o funcionamento da rede, investir em políticas sociais que reconheçam as singularidades do território e enfrentem de maneira concreta as desigualdades históricas que ainda hoje limitam o pleno direito à saúde da população quilombola.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população negra — em particular, as comunidades quilombolas — constitui uma parcela da sociedade que acumula desvantagens em diferentes dimensões da vida social, traduzidas em dificuldades de acesso a direitos fundamentais, dentre eles o direito à saúde. Os efeitos disso permanecem evidentes: ausência de saneamento básico, precariedade no transporte, dificuldades de acesso a serviços de saúde e distância das estruturas públicas. Essas condições são reflexo de um processo histórico de marginalização racial e territorial. As populações negras foram empurradas para os limites da cidadania, seja fisicamente, nos territórios isolados, seja simbolicamente, na forma como são tratadas pelas instituições. As desigualdades raciais, sociais e de gênero se sobrepõem e reforçam mutuamente, expressando como o racismo estrutural organiza as relações sociais no país.

Os resultados apresentados mostram que as dificuldades enfrentadas por essa população extrapolam obstáculos físicos e econômicos, visto que estão imersos em processos mais amplos, nos quais o racismo institucional se manifesta de forma persistente, naturalizando hierarquias que atravessam o cotidiano do cuidado. As percepções dos quilombolas e dos profissionais evidenciaram como o racismo opera em situações explícitas, bem como se infiltra nas rotinas de atendimento, no silêncio sobre demandas em saúde e na dificuldade em reconhecer a identidade étnica como elemento que demanda políticas específicas. Ao mesmo tempo, destaca-se o preconceito reproduzido pelos moradores urbanos da Cidade Ocidental em relação à população da área rural, muitas vezes vista como menos merecedora ou até mesmo como intrusa no sistema público.

O olhar discriminatório não surge isolado: é alimentado pela escassez crônica de recursos, que transforma o acesso à saúde em disputa, exacerbando preconceitos e legitimando desigualdades. A disputa pelo mínimo revela o impacto do sucateamento do sistema público de saúde, que retira da política sua qualidade redistributiva e a submete à lógica do capital. Diante de um município majoritariamente governado por grupos alinhados ao projeto da extrema-direita — comprometidos com a privatização e a mercantilização da vida —, a saúde pública, especialmente em territórios quilombolas e rurais, jamais foi tratada como prioridade. Não se trata de ausência de recursos financeiros, mas de escolhas políticas reiteradas que perpetuam a negação de direitos.

No dia 8 de julho de 2025, a Vara Federal Cível e Criminal da Subseção Judiciária de Luziânia (GO) determinou que o INCRA conclua, em até 12 meses, o processo de titulação das terras de Mesquita, sob pena de multa diária de R\$ 20 mil (MPF, 2025). Essa sentença, resultado de uma ação civil pública ajuizada pelo Ministério Público Federal ainda em 2008, torna-se emblemática por evidenciar a lentidão do Estado em cumprir o que a Constituição de 1988 já garantia às comunidades remanescentes de quilombo. Foram quase duas décadas de arrasto processual para que se reconhecesse um direito ancestral, numa região onde o grupo ocupa o território há pelo menos 270 anos.

Essa conquista, entretanto, não pode ser dissociada de um passado — e ainda presente — de resistência a gestões públicas que, em diversos momentos, demonstraram indisposição política e ideológica para reconhecer e garantir os direitos dos quilombolas de Mesquita. Lideranças locais denunciaram reiteradas tentativas de descaracterizar o território como quilombo, com argumentos que negavam sua historicidade e o reduziam a um simples agrupamento de afrodescendentes. Tais discursos foram interpretados como estratégias para esvaziar o conteúdo político e jurídico da identidade quilombola, dificultando o acesso a direitos territoriais e políticas públicas específicas.

Além disso, a gestão municipal que antecedeu a decisão judicial de 2025 esteve envolvida em escândalos de corrupção amplamente divulgados: investigações da Polícia Federal e da Controladoria-Geral da União apontaram desvios de recursos públicos que somam R\$ 63,5 milhões, além de indícios de enriquecimento ilícito estimado em cerca de R\$ 3 milhões ao longo do mandato (CORREIO BRAZILIENSE, 2025). O inquérito revelou ainda o uso de familiares, como o próprio filho do gestor, para ocultação de patrimônio adquirido de forma ilegal, caracterizando práticas de lavagem de dinheiro (METRÓPOLES, 2024).

Essa conjuntura evidencia o desprezo pelas políticas públicas universais e inclusivas, com impacto direto sobre a saúde e a qualidade de vida das populações mais vulnerabilizadas. Não por acaso, trata-se de uma gestão alinhada a valores e práticas da extrema-direita brasileira, com reiteradas manifestações de apoio ao ex-presidente Jair Bolsonaro — cuja atuação política foi marcada pelo desmonte de políticas sociais, ataque aos direitos das minorias e incentivo ao negacionismo científico. Nesse cenário, a negação da identidade

quilombola, o sucateamento dos serviços públicos e a reprodução de privilégios materiais por meio de redes patrimonialistas compõem um mesmo projeto político de exclusão.

Ao refletir sobre essa conjuntura, torna-se evidente que o direito à saúde dos quilombolas de Mesquita — e, por extensão, de tantas outras comunidades tradicionais — não pode ser analisado isoladamente das disputas territoriais, da omissão estatal e das redes de poder local. Quando prefeitos e governadores se alinham a projetos políticos que priorizam o capital e operam para fragilizar o SUS, o resultado é o aprofundamento das desigualdades no acesso a serviços essenciais. Exigir que pessoas percorram 400 km para conseguir um exame ou consulta não é um acidente administrativo, mas o produto de uma lógica que sempre deixou corpos negros e quilombolas nas margens do cuidado. Por essa razão, a regularização fundiária de Mesquita representa a vitória sobre séculos de expropriação e também é pré-condição para que políticas sociais — incluindo a saúde — possam ser planejadas e implementadas com o devido respeito às especificidades e aos direitos dessa população.

Em última instância, essa história evidencia o quanto o direito à saúde para comunidades quilombolas está profundamente ligado ao reconhecimento do território, ao combate à corrupção que desvia recursos que deveriam ser investidos em políticas sociais e à superação de projetos políticos que negam reparações históricas.

Ainda assim, mesmo em meio a esse contexto adverso, os quilombolas resistem e persistem na defesa do território, na valorização de práticas tradicionais e no fortalecimento dos laços comunitários, desafiando cotidianamente processos históricos que buscam invisibilizá-los ou relegá-los a condições subalternas. Esse cenário evidencia lacunas profundas que precisam ser enfrentadas. Algumas estratégias podem ser apontadas como caminhos para reverter ou, ao menos, mitigar esses processos:

1. **Concretização das políticas específicas:** Passa pela efetiva implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra — e, futuramente, da Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola —, com metas claras, orçamento assegurado e mecanismos de monitoramento que garantam que não permaneçam como normativas apenas no papel.
2. **Investimentos robustos na saúde rural e urbana no município:** É necessário romper com a lógica histórica que concentra recursos nos centros urbanos, priorizando a construção de UBS permanentes, UPAs, equipes completas e transporte adequado

que respeite as particularidades dos territórios. Torna-se imprescindível viabilizar a implantação de hospitais de grande porte, com capacidade para oferecer diversas especialidades médicas e realizar exames de alta complexidade no próprio município ou em localidades próximas, evitando que os quilombolas precisem continuar se deslocando até Goiânia para receber atendimento.

3. **Formação continuada antirracista e culturalmente sensível:** Profissionais de saúde e trabalhadores terceirizados nas unidades de saúde precisam estar preparados para compreender os determinantes sociais e culturais que estruturam a vida quilombola, enfrentando preconceitos que muitas vezes operam de modo silencioso.
4. **Ampliação da participação social:** Quilombolas devem ter voz ativa em conselhos e espaços deliberativos na Secretaria de Saúde Municipal, contribuindo na definição de prioridades e na fiscalização de políticas que impactam diretamente seu cotidiano.
5. **Integração intersetorial:** A saúde dos quilombolas deve ser pensada concomitante as políticas de acesso à terra, à segurança alimentar, ao saneamento e à educação, exigindo articulação com outras políticas sociais que reforcem a autonomia e a qualidade de vida da comunidade.

Avançar nessas ações é garantir que o direito à saúde se efetive como experiência concreta de dignidade e justiça social. Compreender o papel do SUS como reparação histórica é reconhecer que sua existência ultrapassa a lógica de uma política pública voltada unicamente ao atendimento de demandas clínicas. O Sistema Único de Saúde foi concebido como resposta a um passado marcado por exclusões estruturais, que ainda hoje organizam as formas de adoecer e morrer da população negra e quilombola no Brasil.

Ao reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, o sistema passa a carregar a responsabilidade ética e política de enfrentar as desigualdades que estruturam a sociedade brasileira. Para isso, adota como princípio a equidade, que exige tratamento diferenciado a quem vive em condições desiguais, o que inclui o reconhecimento de marcadores como raça, território, classe e gênero.

No caso das comunidades quilombolas, garantir acesso à saúde envolve considerar os modos de vida, os saberes tradicionais, o pertencimento territorial e as práticas culturais de cuidado. O SUS, em seu desenho constitucional, carrega essa missão. Ele só alcança plenamente sua finalidade quando se volta para corrigir as barreiras erguidas pela

discriminação e pela desigualdade, assegurando às comunidades negras e quilombolas o cuidado e a dignidade que lhes foram negados ao longo de gerações. Promover saúde nesses territórios, priorizando suas demandas e reconhecendo suas trajetórias, é antes de tudo um ato de justiça.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABA - Associação Brasileira de Antropologia. *Documento do Grupo de Trabalho sobre Comunidades Negras Rurais*, Rio de Janeiro: 1994, p. 81-82.

AGÊNCIA SENADO. *Resistentes, quilombolas querem reconhecimento de seus territórios*. 2025. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2025/02/resistentes-quilombolas-querem-reconhecimento-de-seus-territorios> . Acesso em 04/11/2025

ALBUQUERQUE, W; FRAGA FILHO, W. *Uma história do negro no Brasil*. Salvador: Centro de Estudos Afro-Orientais; Brasília: Fundação Cultural Palmares, 2006.

ALMEIDA, A. W. B. *Quilombolas e novas etnias* / Alfredo Wagner Berno de Almeida. – Manaus: UEA Edições, 2011. 196 p. : il. ; 23 cm. ISBN: 978-85-7883-148-6. 2011.

ALMEIDA, S. *Racismo Estrutural*. São Paulo: Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.

ALVES, L. D; GHIRALDELLI, R. *A divisão racial do trabalho na formação social brasileira*. In NEVES, Ângela Vieira GHIRALDELLI , Reginaldo (Orgs) Trabalho, Democracia e Participação no Brasil Brasília: Editora UnB, 2022, p 59 83.

ALVES, M. E. R. *“Pequena memória para um tempo sem memória”: violências e resistências entre mulheres do Serviço Social na Ditadura Civil-Militar de 1964-1985*/Maria Elaene Rodrigues Alves. – 2018.

AMORIM M. et al. *Avaliação das Condições Habitacionais e de Saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil*. Biosci. J. 2013; 29(4):1049-1057.

ANJOS, J. H. R; VARGAS, R. E. S. *Necropolítica e a estigmatização do corpo negro masculino no sistema prisional brasileiro*. Revista Faces de Clio, v.9, n.18, p. 84-99, 2023.

ANJOS, R. S. A. *Quilombolas: tradições e cultura da resistência*. São Paulo: Aori Comunicação, 2006.

BARTH, F. Grupos Étnicos e suas Fronteiras. In: POUTIGNAT, Philippe; STREIFF-FENART, Jocelyne. *Teorias da Etnicidade*, São Paulo: Ed. UNESP, 2011.

BEHRING, E; BOSCHETTI, I. *Política Social: Fundamentos e História*. São Paulo, Cortez editora, 9ª. Ed., 2006.

BISPO DOS SANTOS, A. *Colonização, Quilombos: modos e significações*. Brasília: INCTI/UnB, 2015

BRASIL. *Constituição* (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado.

_____. 1990. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988. _____. *Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. 2003. *Decreto n.º 4887*, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Disponível em www.planalto.gov.br, acesso em 24/05/2021.

_____. 2004a. *Programa Brasil Quilombola*. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), Brasília-DF

_____. 2004b. *Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. 2012. *Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012*. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

_____. 2013. *Ministério da Saúde*. *Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de Julho de 2013a*. Dispõe sobre a implementação do “Projeto Mais Médicos para o Brasil”.

_____. 2014. *Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 220, Seção 1, p. 68, 13 nov. 2014.*

_____. 2017. *Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*– 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

_____. 2018. Tribunal de Contas da União. *Guia de governança e gestão em saúde : aplicável a secretarias e conselhos de saúde*. – Brasília : TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2018.

_____. 2019. *Medida Provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019*. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 1 jan. 2019.

_____. 2021. *Lei nº 14.144, de 22 de abril de 2021* – Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2021.

_____. 2023a. *Decreto nº 11.447, de 21 de março de 2023*– Institui o Programa Aquilomba Brasil e o seu Comitê Gestor.

_____. 2023b. *Decreto nº 11.786, de 20 de novembro de 2023* – Institui a Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental Quilombola e o seu Comitê Gestor.

_____. 2025. Ministério da Saúde. *DEMOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL, 2025* / Mário Scheffer (coordenador) – Brasília. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Associação Médica Brasileira, 2025.

BRAVO, M. I. S. *Política de Saúde no Brasil*. In. MOTA, Ana Elisabete (et al) Orgs. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. ABEPSS/OPAS, 2006.

CABRAL, A. L. L. V; MARTINEZ-H. A; ANDRADE. E. I. G; CHERCHIGLIA, M. L. *Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva. Nov 2011.

CARNEIRO, S. *Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil*. SP: Selo Negro, 2011.

CARRIL, L. *Quilombo, favela e periferia: a longa busca da cidadania*. São Paulo: Annablume, Fapesp; 2006.

CARVALHO, J. M. de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 4ªed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CARVALHO, F F S. *Cultura e tradições dos remanescentes do Quilombo Mesquita e o projeto político pedagógico da Escola Municipal Aleixo Pereira Braga I*. 2015. 62 f, il. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Educação em e para os Direitos Humanos no Contexto da Diversidade Cultural)-Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

CASTRO, A. L. B., MACHADO, C. V. *A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal*. Cadernos de Saúde Pública, v.26, n.4, 2010, p.693-705.

CAVALCANTE, I. M. S. *Acesso e Acessibilidade aos Serviços de Saúde em Três Quilombos da Amazônia Paraense: um olhar antropológico*. Dissertação (Mestrado em Saúde Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Pará: Belém, 2011.

CHESNAIS. F. *Mundialização: o capital financeiro no comando*. Publicado em Les Temps Modernes, 607, 2000 e reproduzido em português com a permissão do autor e da revista. Trad. Ruy Braga.22p.

COELHO, R., MREJEN, M., REMÉDIOS, J. & CAMPOS, G. (2022). *Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020*, Nota Técnica, Instituto de Saúde para Políticas de Saúde, 2022.

CONAQ. Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas. *Relatório da Arguição de Descumprimento de Preceito Constitucional (ADPF) nº 742/ Supremo Tribunal Federal*. Brasília. 2020. Acesso em 09/07/2025. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6001379> .

CONAQ; TERRA DE DIREITOS. *Racismo e violência contra quilombos no Brasil*. 2. ed. Curitiba: Terra de Direitos, 2023. 163 p. Disponível em: <https://terradedireitos.org.br/racismoevolencia/> . Acesso em 04/11/2025.

CORREIO BRAZILIENSE, 2025. *Ex-prefeito da Cidade Ocidental é investigado em esquema de corrupção*. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/cidades-df/2025/03/7088220-ex-prefeito-da-cidade-ocidental-e-investigado-em-esquema-de-corrupcao.html#google_vignette . Acesso em 09/07/2025

COSTA, G. A ; ALVES, L. S. F; DE LIMA JÚNIOR, F. O. *A territorialização na Atenção Básica e o pensar estratégico na prevenção e promoção à saúde*. REVISTA POLÍTICA E PLANEJAMENTO REGIONAL, v. 9, p. 395-407, 2022.

DALPRÁ, K. R.; MINELLI, D. S.; MARTINI, D.; FETZNER, R. R. T.; FONTANA, K. C. *O Sistema Nacional de Saúde Cubano: caracterização dos serviços de Atenção Primária à Saúde*. TEMPUS ACTAS DE SAÚDE COLETIVA, v. 9, p. 91-103, 2015. ISSN 1982-8829

DEALDINA, S. S. Mulheres Quilombolas: territórios de existências negras femininas. *Mulheres quilombolas: defendendo o território, combatendo o racismo e despatriarcalizando a política*. 1ªed.São Paulo: Jandaíra, 2020, v. I.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2014. *Seção 3, Nº62, terça-feira, 1 de abril de 2014*. Disponível em <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/servlet/INPDFViewer?jornal=3&pagina=141&data=01/04/2014&captchafield=firstAccess> Acesso em 20/08/2024.

ESCOBAR, A. “*O lugar da natureza e a natureza do lugar: globalização ou pós-desenvolvimento?*”, in Edgardo Lander (org.), *A colonialidade do saber: eurocentrismo e as ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Colección Sur Sur, CLACSO, setembro 2005, 133-168.

FANON, F. *Pele negra, máscaras brancas*. Tradução: Renato da Silveira. Salvador: Ed. UFBA, 2008.

FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT; LIMA; SANTOS; SEIDL; MENDONÇA; CABRAL; GIOVANELLA, 2023. “*Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde*” SAÚDE E SOCIEDADE (ONLINE), V.32, p. e220382pt-14,2023.

FERNANDES, F. *A integração do negro na sociedade de classes*. Volume I/prefácio Antonio Sérgio Alfredo Guimarães – 3.ed. – São Paulo: Globo, 2008. (Obras reunidas de Florestan Fernandes)

FLYVBJERG, B. (2006). *Five Misunderstandings About Case-Study Research*. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245. <https://doi.org/10.1177/1077800405284363>

FONTANELLA, B. J B; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2008, v. 24, n. 1 p. 17-27. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkymVByhrN/abstract/?lang=pt> . Acesso em 16/01/2025

FONTENELE, S. et al. *Uma breve análise sobre a saúde na Chapada dos Veadeiros: o caso das comunidades tradicionais*. 2015.

FCP. Fundação Cultural Palmares, 2007. *Portaria FCP nº 98 de 26/11/2007*. Institui o Cadastro Geral de Remanescentes das Comunidades de Quilombos da Fundação Cultural Palmares. Brasília-DF.

_____. 2024. *Fundação Cultural Palmares destaca ações de certificação quilombola no primeiro trimestre de 2024*. Disponível em <https://www.gov.br/palmares/pt-br/assuntos/noticias/fundacao-cultural-palmares-destaca-acoes-de-certificacao-quilombola-no-primeiro-trimestre-de-2024> Acesso em 20/07/2024

FERREIRA, R. F. *Afro-descendente: Identidade em Construção*. São Paulo: EDUC/ Rio de Janeiro: Pallas, 2009.

FIOCRUZ, 2019. *Mapa de conflitos envolvendo Injustiça Ambiental e Saúde no Brasil. GO–Quilombolas de Cidade Ocidental lutam por titulação definitiva de seu território tradicional*. Disponível em <https://mapadeconflitos.ensp.fiocruz.br/conflito/go-quilombolas-de-cidade-ocidental-lutam-por-titulacao-definitiva-de-seu-territorio-tradicional/#:~:text=Com%20isto%2C%20o%20processo%20de,para%20conquistar%20a%20titula%C3%A7%C3%A3o%20definitiva.> Acesso em 30/07/2024

FLEURY, S. *Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído*. Ciência & Saúde Coletiva, 14(3), 743–752, 2009. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>

GIL, A.C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A. 2008.

GOMES, F. dos S. *Sonhando com a terra, construindo a cidadania*. In. PINSKY, J.; PINSKY, C. B. (Orgs.). *História da Cidadania*. São Paulo: Editora Contexto, 2008.

GOMES, R, F; OLIVEIRA, P, S, D; SILVA, M, L, O; MIRANDA, S, V, C; SAMPAIO, C,A . *Itinerários terapêuticos no cuidado em saúde em comunidades quilombolas*. Ciência & Saúde Coletiva 2024, Volume 29 Nº 3.

GONZALEZ L. *Lélia Gonzalez: primavera para as rosas negras*. 2018. São Paulo. UCPA Editora

GOUGH, Ian. *Economia política del Estado del bienestar*. Traducción: Gerório Rodriguez Cabrero. Madrid: H.Blume Ediciones, 1978.cap. Prefácio à edição espanhola e Cap. de 1 a 4. p.11-37; 47-155.

GUIMARÃES, A, S, A. *Classes, raças e democracia*. São Paulo: Editora 34, 2002.

GUIMARÃES, C. M. Mineração, quilombos em Minas Gerais no século XVIII. In: REIS, J. J.; GOMES,F.S. *Liberdade por um fio: história dos quilombos no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

G1. *Saída de Cuba do Mais Médicos afeta 28 milhões de pessoas, diz Confederação dos Municípios*. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2018/11/15/saida-de-cuba-do-mais-medicos-afeta-28-milhoes-de-pessoas-diz-confederacao-dos-municipios.ghtml> Acesso em 20/11/2025.

HOLANDA, S. B. *Raízes do Brasil*. 26. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IAMAMOTO, M. V. *Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo: Cortez Editora, 2021. Ebook.

IEPS. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; UMANE; INSTITUTO VEREDAS. *Saúde dos Povos Indígenas e Quilombolas*. Rio de Janeiro:IEPS, 2023

IBRE. Instituto Brasileiro de Economia; FGV. Fundação Getulio Vargas. *Relatório de Resultados de Estudo Setorial: Indicadores de Atenção Primária à Saúde FGV/Umane – Aspectos Metodológicos e Análise dos Primeiros Resultados para o Brasil – Associação Umane – Nº 6814, versão 3. Resumida*. /Fundação Getulio Vargas (FGV). Instituto Brasileiro de Economia (IBRE). Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: https://observatoriosaudepublica.com.br/static/frontend/pesquisa/RelatorioResumo_APSemNumeros.pdf Acesso em 09/07/2025

IBRE. Instituto Brasileiro de Economia; FGV. Fundação Getulio Vargas. *FGV IBRE e Umane lançam painel com indicadores sobre a Atenção Primária à Saúde no Brasil*. PressRelease, Rio de Janeiro, 2025. Disponível em: https://observatoriosaudepublica.com.br/static/frontend/pesquisa/PressRelease_APSemNumeros.pdf Acesso em 09/07/2025

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde*. Rio de Janeiro, 2019

_____. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira : 2021* / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2021.

_____. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua 2022*.

_____. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro, 2023a.

_____. *Censo Demográfico 2022: quilombolas: primeiros resultados do universo: segunda apuração*. - Rio de Janeiro: IBGE, 2023b.

INCRA. Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária , 2008. *Instrução Normativa Nº45 de 26/05/2008*, Fixa os procedimentos para legitimação de posses em áreas de até 100 (cem) hectares localizadas em terras públicas rurais da União. Disponível em https://www.gov.br/incra/pt-br/centrais-de-conteudos/legislacao/in_45_2008.pdf Acesso em 14/08/2024

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. *Governo sanciona Orçamento de 2025 e precisará repor R\$4 bi para Mais Médicos e saúde indígena*. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Not%C3%ADcias?id=229224> Acesso em 20/11/2025.

JONES, C. P. *Confronting institutionalized racism*. Phylon, Atlanta v. 50, n. 1, p. 7-22, 2002.

LANZONI; CECHINEL; MEIRELLES. *Agente comunitário de saúde: estratégias e consequências da sua rede de relações e interações*. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 123-131, 2014.

LEITE, I. B. *Os quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas*. Etnográfica, vol. 4 (2) | 333-354., 2000.

LINARD, A. G; CHAVES, E. S. ; ROLIM, I. L. T. P. ; AGUIAR, M. I. F. . *Princípios do Sistema Único de Saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família*. Revista Gaúcha de Enfermagem (UFRGS. Impresso), v. 32, p. 114-120, 2011.

LISBÔA, D. M. F. *Saúde sexual e reprodutiva das mulheres do quilombo Mesquita: entre perspectiva e direitos* / Dalila Maria de Fátima Lisboa; orientadora Lucélia Luiz Pereira. – Brasília, 2022. 115 p.

LOPES, H. T; SIQUEIRA, J. J.; NASCIMENTO, B; 1987. *Negro e Cultura Negra no Brasil*, Rio de Janeiro, UNIBRADE/UNESCO.

MARQUES, C. E. *Vinte anos da Constituição Federal Brasileira (1988-2008): algumas reflexões a respeito da categoria “remanescentes de quilombos”*. Teoria e Sociedade, 2009; 17: 176-201.

MARQUES, C. E; GOMES, L. *A Constituição de 1988 e a ressignificação dos quilombos contemporâneos: Limites e potencialidades*. REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS SOCIAIS - VOL. 28 N° 81, 2013.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2297-2305, 2010

METRÓPOLES, 2024. *Prefeito de cidade em Goiás usou filho para lavar dinheiro, diz PF*. Disponível em: <https://www.metropoles.com/colunas/tacio-lorran/prefeito-de-cidade-em-goias-usou-filho-para-lavar-dinheiro-diz-pf> . Acesso em 09/07/2025

MIR. MINISTÉRIO DA IGUALDADE RACIAL, 2023. *Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental Quilombola – Relatório Técnico sobre a retomada da elaboração da minuta de Decreto Presidencial*. Brasília, novembro de 2023.

MPF. Ministério Público Federal, 2025. *Em sentença histórica, Justiça determina conclusão do processo de regularização do Quilombo Mesquita (GO)*. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/go/sala-de-imprensa/noticias-go/em-sentenca-historica-justica-determina-conclusao-do-processo-de-regularizacao-do-quilombo-mesquita-go> Acesso em 09/07/2025

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. ISBN 978-85-326-1145-1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019. *PORTARIA N° 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019. Institui o Programa Previne Brasil*, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

_____. 2024a. *Saúde recebe lideranças para discussão de ações de saúde para quilombolas*. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/junho/saude-recebe-liderancas-para-discussao-de-acoes-de-saude-para-quilombolas> Acesso em 22/08/2024

_____. 2024b. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (SAPS), e-Gestor Informação e Gestão da Atenção Básica, *Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde, 2024*. Disponível

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaACS.xhtml> Acesso em 23/08/2024

_____. 2024c. Portaria GM/MS Nº 5.803, de 28 de novembro de 2024. *Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa Nacional de Apoio a Permanência, Diversidade e Visibilidade para Discentes na Área da Saúde - AFIRMASUS*

_____. 2024d. *Ministério da Saúde investe em pacote de medidas para enfrentar o racismo no SUS e ampliar acesso*. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/novembro/ministerio-da-saude-investe-em-pacote-de-medidas-para-enfrentar-o-racismo-no-sus-e-ampliar-acesso> Acesso em 20/11/2025

_____. 2025. *Mais Médicos abre 80 vagas para ampliar atendimento e reduzir tempo de espera no Espírito Santo*. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/espírito-santo/2025/maio/mais-medicos-abre-80-vagas-para-ampliar-atendimento-e-reduzir-tempo-de-espera-no-espírito-santo> Acesso em 09/07/2025.

MONKEN; PEITER; BARCELLOS; ROJAS; NAVARRO; GONDIM; GRACIE. *O Território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente*. In: Ary Carvalho de Miranda; Christovam Barcellos; Josino Costa Moreira; Maurício Monken. (Org.). *Território, Ambiente e Saúde*. 1ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, v. 1, p. 23-41.

MOTA, A. E. *Expropriações contemporâneas: hipóteses e reflexões*. In: BOSCHETTI, I. (org). *Expropriação e direitos no capitalismo*. São Paulo: Cortez, 2018. p. 167-186.**

MOURA, C. *Os quilombos e a rebelião negra*. 5. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986.

_____. *Sociologia do negro brasileiro*. São Paulo, SP: Ática, 1988.

_____. *Dialética Radical do Brasil Negro*. Editora Anita - São Paulo: 1994.

_____. *Rebeliões da senzala: quilombos, insurreições, guerrilhas*. 5. ed. São Paulo, SP: Anita Garibaldi/Fundação Maurício Graboys, 2014.

MUNANGA, K. *Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia*. 17 p., 2003.

NERES, M. B. *Quilombo Mesquita: história, cultura e resistência*/ Manoel Barbosa Neres, - Brasília, DF: Gráfica Conquista, 2016. 148 p.; il ; 15x21cm.

NETTO, J. P. *Introdução ao método da teoria social*. p. 38, 2011.

NUNES, A; SANTOS, J. R. S; BARATA, R. B; VIANNA, S. M. *Medindo as Desigualdades em Saúde no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001.

OLIVEIRA, S. K. M; SILVEIRA, J. C. S; PEREIRA, M. M; FREITAS, D. A. *Saúde em comunidade rural quilombola: Relato de experiência sob o prisma dos atributos da atenção primária à saúde*. Motricidade, 2012; 8(2):83-88.

OLIVEIRA, S. K. M et al. *Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2015, v. 20, n. 9, pp. 2879-2890.

OLIVEIRA, W. S. *Quilombo Mesquita: Cultura, Educação e Organização Sociopolítica na construção do pesquisador coletivo* / Wesley da Silva Oliveira. – Brasília, 2012. Monografia (licenciatura) – Universidade de Brasília, Faculdade de Educação, 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde, 2010. *Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca*. Relatório Mundial de Saúde, 2008. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde; 2010.

_____. 2011. *Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão*. Rio de Janeiro: OMS; 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE ; ORGANIZAÇÃO MUNDIA DA SAÚDE, 2011. *A Atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

PAIM. J; TRAVASSOS. C; ALMEIDA. C; BAHIA. L; MACINKO. J. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. Lancet. (Série Brasil) [Internet]. 2011.

PEREIRA, L. L., SILVA, H. P. d., & SANTOS, L. M. P. (2015). *Projeto Mais Médicos Para o Brasil: Estudo de Caso em Comunidades Quilombolas*. Revista da ABPN, v.7, n.16, p.28-51.

PEREIRA, L. L. *Repercussões do programa mais médicos em comunidades rurais e quilombolas*. 2016. 250 f., il. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)— Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

PEREIRA, P. A. P. *Questão Social no Serviço Social e Direitos da Cidadania*. In: Temporalis/Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. 2 ed. Ano 2, N.3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Gráfica Odisseia, 2004.

_____. *Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania*. In: BOSCHETTI et al. (org.) *Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas*. São Paulo, Ed. Cortez, 2008. p. 87-108.

PÉREZ, D. *Mais além das diferenças étnicas: particularidades na luta por direitos das comunidades quilombolas e ribeirinhas no contexto regional do Baixo Amazonas, Santarém, Pará*. REVISTA MUTIRÃO. FOLHETIM DE GEOGRAFIAS AGRÁRIAS DO SUL, v. 1, p. 151-167, 2020.

PESSOA, L. S. *O SUS e a crescente mercantilização dos serviços de saúde no Brasil nos anos 2010*. REVISTA DE ECONOMIA CONTEMPORÂNEA, v. 27, p. 1-28, 2023.

PIOLA, S. F.. *Transferências de Recursos Federais do Sistema Único de Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios: is desafios para implantação dos critérios da Lei Complementar 141/2012*. IPEA, Texto para Discussão 2298,. Ipea, 2017.

PRADO JÚNIOR, C. *Formação do Brasil Contemporâneo: colônia*. 24. ed. São Paulo: Brasiliense, 2000.

PRATES, L. A.; POSSATI, A. B. ; TIMM, M. S. ; CREMONESE, L. ; OLIVEIRA, G. ;RESSEL, L. B. . *Meanings of Health Care Assigned by Quilombola Women / Significados Atribuídos por Mulheres Quilombolas ao Cuidado à Saúde*. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online), v. 10, p. 847, 2018.

PREUSS, L. T. *A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta*. Revista Katalysis, v. 21, p. 324-335, 2018.

RIBEIRO; MOREIRA; OUVENEY; PINTO; SILVA. *Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais*. Ciência. saúde coletiva, 23(6), 1777-1789, 2018.

RIBEIRO, P. T. *Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da república federativa do Brasil*. Saude soc., 24(2), 403-412, 2015. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902015000200001>

RIBEIRO; TANAKA; DENIS. *Governança regional no sistema único de saúde: um ensaio conceitual*. Ciência. saúde coletiva, 22(4), 1075-1084, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28102016>

ROCHA, G. F. F. *A territorialidade quilombola ressignificando o território brasileiro: uma análise interdisciplinar*. e-cadernos CES [Online], 07 | 2010, publicado a 01 março 2010, consultado e 24 maio 2021. URL: <http://journals.openedition.org/eces/417>; DOI: <https://doi.org/10.4000/eces.417>

ROMÃO, T. L. C. *Sincretismo Religioso como Estratégia de Sobrevivência Transnacional e Translacional: Divindades Africanas e Santos Católicos em Tradução*. Trabalhos em Linguística Aplicada [online]. 2018, v. 57, n. 1, p. 353-381

SÁ, E. B; SANTOS; Y. L; SILVA, T. D. Edição Censo Demográfico 2022. *Ministério da Igualdade Racial. (Informe MIR – Monitoramento e avaliação, nº 3)*, Brasília: DF, fev/2024. 13 p.

SCHEFFER, M. et al., *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8

SILVA, C. C.; BORGES, F. T. *Análise Temática Dialógica como método de análise de dados verbais em pesquisas qualitativas*. Linhas críticas (online),v. 23, p. 245-267, 2017.

SILVA, G. G; SILVA, V. J. *QUILOMBOS BRASILEIROS: ALGUNS ASPECTOS DA TRAJETÓRIA DO NEGRO NO BRASIL*. Revista Mosaico, v. 7, n. 2, p. 191-200, jul./dez. 2014.

SILVA, G. M.; SOUZA, O. S. Quilombos e a luta contra o racismo no contexto da pandemia. *Boletim de Análise Político-Institucional*, n. 26, p. 85-91, 2021.

SILVA, G. M. O QUILOMBO DE CONCEIÇÃO DAS CRIOULAS: uma terra de mulheres - luta e resistência quilombola/Givânia Maria da Silva; Brasília, 2022. 380p.

SILVA, M. L. L. da. *Previdência Social no Brasil: (des)estruturação do Trabalho e Condições para sua universalização*. S.P: Cortez, 2011.

SOUSA, P. M. *A festa do divino Espírito Santo: memória e religiosidade em Natividade-Tocantins*. [recurso eletrônico] / Poliana Macedo de Sousa - Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2017.

STARFIELD B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

_____. The hidden inequity in health care [editorial]. *Int J Equity Health*. 2011 Apr.

TEIXEIRA, C. F. ; PAIM, J, S. *A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil*. Saúde em Debate, v. 42, p. 11-21, 2018.

TEIXEIRA, T. G.; SAMPAIO, C. A. M. *Análise orçamentária do Programa Brasil Quilombola no Brasil e no Maranhão: o caso de uma política pública*. Revista de Administração Pública, v. 53, n. 2, p. 461-480, 2019.

TERRA DE DIREITOS, 2024. *10 dúvidas sobre a Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental Quilombola*. Disponível em <https://terradedireitos.org.br/noticias/noticias/10-duvidas-sobre-a-politica-nacional-de-gestao-territorial-e-ambiental-quilombola/24021> Acesso em 30/09/2024

TRAVASSOS C, MARTINS M. *Uma Revisão Sobre os Conceitos de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde*. *Cad. de Saúde Pública*. 2004; 20(2):190-98.

TRAVASSOS C; CASTRO, M MS. *Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e Utilização de Serviços de Saúde*. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª Edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

VIEIRA, A. B. D; MONTEIRO, P.S. *Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção*. *Saude em Debate*, v. 37, 2013.

VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO. *Eqüidade em saúde: uma análise crítica de conceitos*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S217-S226, 2009.

WERNECK, J. *Racismo institucional e saúde da população negra*. *Saude soc.* [online]. 2016, vol.25, n.3, pp.535-549.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*/ Roberto K. Yin; trad. Daniel Grassi – 2.ed. – Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTAS COM USUÁRIOS



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL (PPGPS)

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR QUILOMBOLAS: PERCEPÇÕES SOBRE DESIGUALDADES RACIAIS NA SAÚDE

INSTRUMENTAL DE PESQUISA
POPULAÇÃO QUILOMBOLA

Data: ____/____/____

Entrevistado: _____

- 1) Qual sua idade?
- 2) Sexo:
- 3) Qual a sua cor/raça: () branca () preta () parda () amarela () indígena
- 4) Há quanto tempo você vive em Mesquita?
- 5) Essa área é considerada pelo governo como um território quilombola, o que você acha disso?
- 6) Você se considera quilombola? Por que?
- 7) Você se sente saudável? Por que? Se não, tem alguma doença? Faz algum tratamento ou acompanhamento em saúde?
- 8) Em que situações você procura o posto de saúde? Quais doenças cuida em casa?
- 9) Toma remédios caseiros? Como eles ajudam no cuidado da saúde?
- 10) Tem remédios que você toma ou dá para os filhos sem receita médica? Quais?
- 11) As vezes em que foi ao posto de saúde local, como foi atendida/o? O que achou do atendimento?
- 12) Quando é consultada/o, passam exames e medicamentos? Consegue fazer pelo público ou paga pelo particular?
- 13) Na comunidade tem Agentes Comunitários de Saúde? Qual a última vez que recebeu visita domiciliar?
- 14) Em algum momento você se sentiu insatisfeita/o com o atendimento ou a falta de disponibilidade de serviços de saúde?
- 15) Você mora próximo ou longe do posto de saúde? Como faz para comparecer as consultas e atividades? Como isso influencia na utilização do serviço de saúde?
- 16) Quando tem algo mais grave procura qual hospital? Quais seus hospitais de preferência? Como faz para ir até esses hospitais?
- 17) As vezes em que procurou atendimento nesses hospitais, como foi atendida/o? Acha que foi tratada de forma diferente por ser quilombola? Caso sim, como?
- 18) Qual a maior dificuldade que você encontra para ter atendimento em saúde?
- 19) Já precisou de atendimento em saúde mental? Se sim, onde e o que achou do atendimento?
- 20) Uma pesquisa do Ministério da Saúde de 2014 aponta as desigualdades na assistência à saúde das mulheres negras em relação às brancas, você enquanto paciente já sentiu que foi

tratado de forma diferente por causa da sua cor de pele por algum profissional de saúde? Se sim, pode falar sobre esse episódio?

21) Na sua opinião, os quilombolas de Mesquita são bem atendidos nos outros níveis de complexidade da região? O que você acha que falta para que os quilombolas sejam mais incluídos nos serviços de saúde do município?

22) O que precisa melhorar no sistema de saúde público? Como você acha que isso poderia ser feito?

23) Você acha que na sociedade existe diferença de tratamento entre as pessoas por causa de sua cor de pele?

APÊNDICE B – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL (PPGPS)

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR QUILOMBOLAS: PERCEPÇÕES SOBRE DESIGUALDADES RACIAIS NA SAÚDE

INSTRUMENTAL DE PESQUISA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Data: ____/____/____

Entrevistado: _____

Formação

profissional:

Idade:

Sexo:

Qual a sua cor/raça: () branca () preta () parda () amarela () indígena

- 1) Há quanto tempo trabalha na comunidade/município?
- 2) Como você descreveria a situação de saúde da população de Mesquita?
- 3) Como você avalia a organização dos serviços de saúde disponíveis, como a atenção básica e os serviços hospitalares?
- 4) Quais as principais queixas dos pacientes durante as consultas? (Carga horária dos profissionais, mais serviços, mais medicamentos, transportes/ambulância, medicamentos, exames, etc)
- 5) Qual sua avaliação sobre a infraestrutura desta unidade e se ela está adequada para o desenvolvimento de seu trabalho.
- 6) Quais principais desafios de atuar em uma comunidade quilombola? Na sua avaliação o que precisa ser aprimorado/melhorado na atenção à saúde na comunidade e no município?
- 7) Quais as principais dificuldades que você percebe entre a saúde pública ofertada nas áreas rurais e nas áreas urbanas?
- 8) Nesta UBS tem ACS? E carros disponíveis para as visitas domiciliares?
- 9) Como é o fluxo de atendimento na UBS (Ex: quantidade de pacientes atendidos diariamente, se são encaminhados para outro serviço, como é a questão da referência e contrarreferência)
- 10) Você acha que a organização dos serviços de saúde disponíveis abarca as demandas em saúde dos quilombolas em suas especificidades? Quais fatores interferem na procura e utilização dos serviços de saúde?
- 11) Como você avalia a relação de trabalho da equipe com os gestores em saúde do município?
- 12) Na sua opinião, como os quilombolas de Mesquita são atendidos nos outros níveis de complexidade da região? Por que?

13) Uma pesquisa do Ministério da Saúde de 2014 aponta as desigualdades na assistência à saúde das mulheres negras em relação às brancas, você enquanto profissional da saúde já percebeu relatos de racismo no serviço de saúde?

APÊNDICE C – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTAS COM GESTORES MUNICIPAIS



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL (PPGPS)

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR QUILOMBOLAS: PERCEPÇÕES SOBRE DESIGUALDADES RACIAIS NA SAÚDE

INSTRUMENTAL DE PESQUISA

**GESTORES MUNICIPAIS, Secretária de Saúde ou Coordenador/responsável pela
Atenção Básica e/do Hospital Municipal da Cidade Ocidental**

Data: ____/____/____

Entrevistado: _____

Tempo no cargo: _____

Sexo e idade: _____

Profissão: _____

- 1) Poderia fazer uma avaliação da situação de saúde da população de Mesquita?
- 2) Como você avalia os Serviços de Saúde ofertados pela Secretaria de Saúde para o município (Ex: a atenção básica e os serviços hospitalares)?
- 3) Que obstáculos existem na execução do SUS na comunidade quilombola? (Rede, infraestrutura, rotatividade de profissionais, recursos do governo, etc)
- 4) Quais as principais queixas que as pessoas fazem na Secretaria de Saúde? (exames, medicamentos, mais serviços, mais equipes, mais médicos, transporte, carga horária dos profissionais, etc)
- 5) O que precisa ser aprimorado/melhorado na atenção à saúde no município?
- 6) A Secretaria já teve pautas específicas sobre a atenção em saúde de Mesquita?
- 7) Como você avalia a relação de trabalho da Secretaria de Saúde com as lideranças da comunidade e os profissionais de saúde da UBS de referência a respeito dos serviços de saúde? Como esses envolvidos poderiam cooperar para o avanço da política de saúde quilombola?
- 8) Ainda em relação a estrutura dos serviços de saúde, falar sobre:
 - Relação ACS/infraestrutura disponível e que interferem na cobertura territorial da comunidade
 - Transporte/ambulância
 - Medicamentos
 - Exames: demora na entrega de resultados, não faz
 - Hospital: falar da cooperação entre a saúde do entorno com o os hospitais do GDF
- 9) Você acha que a organização dos serviços de saúde disponíveis abarca as demandas em saúde dos quilombolas em suas especificidades? Quais fatores interferem na procura e utilização dos serviços de saúde?

- 10) Uma pesquisa do Ministério da Saúde de 2014 aponta as desigualdades na assistência à saúde das mulheres negras em relação às brancas, você enquanto gestor/coordenador/responsável já teve conhecimento de relatos de racismo no serviço de saúde?
- 11) Em junho de 2024 foi anunciada a criação de um grupo de trabalho de ações interministeriais para o desenvolvimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Quilombola, uma política inédita direcionada a atenção à saúde quilombola. Na sua opinião é importante ter políticas para públicos específicos?
- 12) O município teria interesse em aderir a política para população quilombola?

ANEXO A – PARECER FAVORÁVEL CEP/CHS

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acesso e utilização dos serviços de saúde por quilombolas: percepções sobre desigualdades raciais na saúde

Pesquisador: VITORIA FERREIRA LIMA GONCALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 85450324.8.0000.5540

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Política Social

Patrocinador Principal: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.438.204

Apresentação do Projeto:

Foi apresentado a este comitê de ética as pendências relacionadas ao parecer consubstanciado número 7.392.648, relacionados ao projeto de pesquisa intitulado em "Acesso e utilização dos serviços de saúde por quilombolas: percepções sobre desigualdades raciais na saúde", de autoria da Pesquisadora Responsável: VITORIA FERREIRA LIMA GONCALVES.

Objetivo da Pesquisa:

Inalterado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ajustados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está de acordo com as resoluções do CNS 466/2012, 510/2016 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram todos apresentados.

Recomendações:

Entregar os relatórios parcial e final no prazo estipulado no cronograma.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de	
Bairro: ASA NORTE	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592	E-mail: cep_chs@unb.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB**



Continuação do Parecer: 7.438.204

Manter os currículos lattes atualizados e manter sob sigilo as coletas de dados por no mínimo 5 anos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações. A pesquisa pode ser iniciada a partir da data de assinatura deste parecer consubstanciado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2468081.pdf	27/02/2025 05:02:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetobrochura2025.docx	27/02/2025 04:57:48	VITORIA FERREIRA LIMA GONCALVES	Aceito
Brochura Pesquisa	Projetobrochura.pdf	27/02/2025 04:57:36	VITORIA FERREIRA LIMA GONCALVES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	27/02/2025 04:26:08	VITORIA FERREIRA LIMA GONCALVES	Aceito
Outros	cartadependencias.doc	27/02/2025 04:13:57	VITORIA FERREIRA LIMA GONCALVES	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	CARTADEREVISAOETICA.pdf	27/02/2025 03:34:35	VITORIA FERREIRA LIMA GONCALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2025.docx	27/02/2025 03:28:06	VITORIA FERREIRA LIMA GONCALVES	Aceito
Cronograma	Cronograma2025.docx	27/02/2025 03:27:44	VITORIA FERREIRA LIMA GONCALVES	Aceito
Outros	CurriculoLattesLuceliaLuizPereira.pdf	29/11/2024 22:47:25	VITORIA FERREIRA LIMA GONCALVES	Aceito
Outros	CurriculoLattesVitoriaFerreiraLimaGoncalves.pdf	29/11/2024 22:46:35	VITORIA FERREIRA LIMA GONCALVES	Aceito
Outros	cep_CHS_modelo_termo_de_autorizacao_para_utilizacao_de_imagem_e_som_de_voz.doc	29/11/2024 22:43:15	VITORIA FERREIRA LIMA GONCALVES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aceitesecretariadesaude.pdf	29/11/2024 22:38:58	VITORIA FERREIRA LIMA GONCALVES	Aceito
Declaração de concordância	Aceiteliderdacomunidade.pdf	29/11/2024 22:38:39	VITORIA FERREIRA LIMA GONCALVES	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



Continuação do Parecer: 7.438.204

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 13 de Março de 2025

Assinado por:
André Ribeiro da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br