

QUILOMBOLAS E SAÚDE: PERSPECTIVAS PARA A EQUIDADE EM CONTEXTOS TRADICIONAIS

Livia de Aguiar Valentim¹;

Universidade do Estado do Pará (UEPA), Santarém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/7004550842368363>

Victoria Valentim Aguiar²;

Faculdade Santa Teresa (FAMETRO), Santarém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/4800270302935380>

Tatiane Costa Quaresma³;

Universidade do Estado do Pará (UEPA), Santarém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/3700931713246826>

Sheyla Mara Silva de Oliveira⁴;

Universidade do Estado do Pará (UEPA), Santarém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/2221474227499391>

Franciane de Paula Fernandes⁵;

Universidade do Estado do Pará (UEPA), Santarém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/8840851253152352>

Valney Mara Gomes Conde⁶;

Universidade do Estado do Pará (UEPA), Santarém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/3354601894442779>

Leanna Silva Aquino⁷;

Universidade do Estado do Pará (UEPA), Santarém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/1472177208530315>

Cesár Ferreira Fernandes Filho⁸;

Universidade da Amazônia (UNAMA), Santarém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/3355144603925891>

Guilherme Augusto Barros Conde⁹.

Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), Santarém, Pará.

<http://lattes.cnpq.br/6925746296066635>

RESUMO: As condições de saúde das comunidades quilombolas refletem desigualdades históricas, sociais e raciais que se perpetuam em contextos marcados pela exclusão territorial e pela invisibilidade política. No Brasil, essas populações enfrentam limitações no acesso a serviços de saúde, educação, saneamento básico e segurança alimentar, agravadas pelo racismo estrutural e institucional. A análise da situação de saúde de comunidades quilombolas requer uma abordagem sensível aos determinantes sociais, considerando fatores como moradia, escolaridade, renda, trabalho, acesso à terra e respeito aos saberes e práticas tradicionais de cuidado. O isolamento geográfico, especialmente em regiões amazônicas,

impõe barreiras significativas à efetivação das políticas públicas, tornando urgente o fortalecimento de estratégias intersetoriais que promovam a equidade e a justiça social. A integração entre os saberes científicos e os conhecimentos tradicionais é fundamental para garantir ações em saúde culturalmente apropriadas, efetivas e participativas. A valorização da identidade quilombola, a defesa do território e o reconhecimento do direito à saúde como direito humano são elementos essenciais para a construção de um cuidado integral e respeitoso. A inclusão dessas populações nas políticas de saúde é um passo necessário para a superação das iniquidades e para a consolidação de um sistema de saúde verdadeiramente universal.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde quilombola. Determinantes sociais. Equidade.

QUILOMBOLAS AND HEALTH: PERSPECTIVES FOR EQUITY IN TRADITIONAL CONTEXTS

ABSTRACT: The health conditions of quilombola communities reflect historical, social, and racial inequalities that persist in contexts marked by territorial exclusion and political invisibility. In Brazil, these populations face limited access to healthcare, education, basic sanitation, and food security, exacerbated by structural and institutional racism. Analyzing the health situation of quilombola communities requires an approach sensitive to social determinants, taking into account factors such as housing, education, income, employment, access to land, and respect for traditional knowledge and care practices. Geographic isolation, especially in Amazonian regions, imposes significant barriers to the implementation of public policies, highlighting the urgency of strengthening intersectoral strategies that promote equity and social justice. The integration of scientific knowledge and traditional wisdom is essential to ensure culturally appropriate, effective, and participatory health actions. Valuing quilombola identity, defending territory, and recognizing the right to health as a human right are fundamental elements in building comprehensive and respectful care. Including these populations in health policies is a necessary step toward overcoming inequities and consolidating a truly universal healthcare system.

KEYWORDS: Quilombola health. Social determinants. Equity.

INTRODUÇÃO

A saúde das populações quilombolas não podem ser compreendida apenas a partir de indicadores biomédicos ou da lógica de acesso a serviços. É necessário reconhecer que estas comunidades carregam em seus corpos, territórios e histórias marcas profundas de um processo de exclusão social que se arrasta desde a colonização. A saúde, aqui, precisa ser pensada a partir de uma perspectiva ampliada, que inclua os determinantes sociais, culturais, territoriais e, sobretudo, raciais, que afetam profundamente a vivência e o direito à vida digna dessas populações.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é definida como

um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças (Organização Mundial da Saúde, 2011). Embora esse conceito seja muitas vezes considerado utópico, ele é essencial para compreender a complexidade que envolve a saúde de grupos étnico-raciais em situação de vulnerabilidade. No Brasil, esse entendimento foi incorporado à Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, com base na promoção de políticas que visem à redução de riscos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (Brasil, 1988). No entanto, para comunidades quilombolas, esse direito muitas vezes permanece apenas no papel.

Vários autores têm apontado que o acesso aos serviços de saúde por parte de populações negras, especialmente aquelas residentes em áreas rurais e tradicionais, é dificultado por múltiplos fatores: distância geográfica dos centros urbanos, escassez de infraestrutura, ausência de profissionais capacitados, racismo institucional e desconhecimento sobre as especificidades culturais desses povos (Oliveira et al., 2018; Weiller, 2008). Essas barreiras não são apenas logísticas, mas também simbólicas, pois envolvem a negação do reconhecimento de que esses grupos possuem modos próprios de compreender o corpo, a doença, o cuidado e o território.

Nesse cenário, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída em 2009, representou um avanço importante ao reconhecer o impacto do racismo como determinante social da saúde e ao propor estratégias para a promoção da equidade racial no SUS. Medidas como o Estatuto da Igualdade Racial (Lei 12.288/2010) e a Política Nacional de Saúde das Populações do Campo, Floresta e Águas (Portaria nº 2.866/2011) também buscaram incorporar as especificidades dos povos tradicionais ao planejamento em saúde. No entanto, conforme ressaltam autores como Freitas et al. (2011) e Silva et al. (2016), a implementação dessas políticas ainda enfrenta inúmeros desafios, sobretudo em regiões de difícil acesso como a Amazônia.

É justamente nesse contexto amazônico que se revela, com ainda mais força, a necessidade de compreender a saúde de comunidades quilombolas a partir de seus determinantes sociais. Segundo a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), fatores como moradia, renda, trabalho, escolaridade, transporte, condições ambientais, aspectos étnico-raciais e culturais influenciam diretamente o processo saúde-doença (CNDSS, 2008). O modelo de determinação social proposto por Dahlgren e Whitehead, adotado pela OMS, também contribui para essa análise, ao evidenciar as múltiplas camadas individuais, sociais e estruturais que afetam a saúde dos indivíduos e grupos (Whitehead, 1992; OMS, 2010).

Essas perspectivas são especialmente importantes quando se fala de grupos que, como os quilombolas, vivenciam cotidianamente o cruzamento entre pobreza, racismo, invisibilidade e negligência. Estudos mostram que, além da ausência de serviços de saúde em seus territórios, essas comunidades enfrentam dificuldades relacionadas à falta de saneamento básico, precariedade das habitações, baixo nível de escolaridade e insuficiência de políticas públicas que respeitem suas especificidades culturais (Melo &

Silva, 2015; Centeno, Meyer & Andrade, 2018). A ausência de dados sistematizados sobre sua condição de saúde também limita a capacidade do Estado de intervir de forma eficaz.

Ao abordar as condições de saúde das comunidades quilombolas, não se pode desconsiderar, portanto, os efeitos cumulativos da exclusão histórica, da desvalorização dos saberes tradicionais e da negação do território. É necessário avançar para além de diagnósticos epidemiológicos fragmentados, propondo ações que integrem saúde, educação, direitos humanos e justiça social, com participação ativa das comunidades nos processos decisórios.

Como destacam Farmer, Fawzi e Nevil (2003), muitas das doenças que afligem populações vulnerabilizadas seriam evitáveis, caso houvesse justiça na distribuição dos recursos e na aplicação das políticas públicas. Essa premissa é reforçada por autores brasileiros como Paim (1997) e Elias & Navarro (2006), que insistem na importância de políticas intersetoriais e na valorização da dimensão subjetiva da saúde, incluindo aí a identidade, o pertencimento e os sentidos atribuídos ao bem-estar.

Portanto, este capítulo parte da compreensão de que a saúde dos quilombolas não se limita ao tratamento de doenças, mas passa necessariamente pelo reconhecimento do racismo estrutural, da territorialidade como direito, da cultura como potência, e da equidade como premissa.

OBJETIVO

Discutir as condições de saúde das comunidades quilombolas, com ênfase nos determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença nesses territórios, especialmente em contextos amazônicos. Busca-se evidenciar as múltiplas dimensões da vulnerabilidade social, histórica e racial que afetam esses grupos, bem como refletir sobre os limites e possibilidades das políticas públicas de saúde voltadas para a promoção da equidade.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se quanto à abordagem quantitativo, por envolver a coleta e análise de dados numéricos para descrever características e condições de saúde da população estudada. Quanto à natureza, trata-se de uma pesquisa aplicada, pois busca gerar conhecimentos voltados à solução de problemas específicos relacionados à saúde de comunidades quilombolas. No que se refere aos objetivos, é classificado como um estudo descritivo, pois tem como finalidade principal observar, registrar e analisar, sem interferência, as condições sociais e de saúde da população quilombola investigada. Quanto aos procedimentos técnicos, trata-se de uma pesquisa de campo com levantamento (survey), uma vez que foram coletadas informações diretamente junto aos sujeitos da pesquisa por meio de inquérito domiciliar estruturado.

O estudo foi realizado no território quilombola Maria Valentina, localizado às margens do rio Amazonas, no município de Santarém, estado do Pará, região Norte do Brasil. Essa

comunidade está situada em área de várzea, de difícil acesso, o que contribui para a sua condição de semi-isolamento em relação aos serviços públicos essenciais, inclusive os de saúde.

A população do estudo compreendeu adultos (com 18 anos ou mais) do território de Maria Valentina. No total, foram visitadas 63 unidades domiciliares. Os dados foram obtidos por meio de um questionário estruturado, aplicado por entrevistadores previamente treinados. O instrumento incluiu variáveis relacionadas às características sociodemográficas (sexo, idade, cor/raça, estado civil, renda, escolaridade, religião), condições de moradia e saneamento, avaliação do estado de saúde, morbidade autorreferida, acesso e utilização dos serviços de saúde, estado nutricional, práticas de saúde alternativas, saúde da mulher, bem-estar emocional, consumo alimentar, hábitos de vida e composição corporal por bioimpedância.

As informações coletadas foram organizadas e analisadas com o auxílio do software Microsoft Excel e Stata, utilizando-se técnicas de estatística descritiva, com apresentação de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e dispersão. Foram realizadas análises de associação entre variáveis sociodemográficas e desfechos de saúde, por meio de testes estatísticos apropriados (como razão de prevalência e razão de chances), com nível de significância estabelecido em 5% ($p < 0,05$).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, conforme parecer nº 4.915.684, e seguiu todas as diretrizes éticas previstas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas com seres humanos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo respeitados os princípios de confidencialidade, privacidade e voluntariedade.

A utilização de métodos compatíveis com a realidade local e o envolvimento direto com a comunidade permitiram um mapeamento das condições de saúde dos quilombolas, contribuindo para o conhecimento científico e para o planejamento de políticas públicas mais adequadas às suas necessidades específicas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise revelou um conjunto expressivo de vulnerabilidades que dialogam com os determinantes sociais da saúde e confirmam os desafios enfrentados por populações tradicionais no Brasil. A condição de semi-isolamento geográfico, o acesso limitado a serviços básicos e a precariedade das condições de moradia compõem um cenário de iniquidades historicamente construídas.

Do ponto de vista sociodemográfico, a população apresenta baixa escolaridade, predominância de renda familiar inferior a um salário-mínimo e maior participação feminina nas atividades familiares e comunitárias. Esses aspectos reforçam os apontamentos de Paim (1997) sobre como a inserção econômica e o perfil sociocultural impactam o processo saúde-doença, sobretudo em populações historicamente marginalizadas.

As condições de moradia, em sua maioria, não apresentam estrutura adequada de saneamento, com descarte de resíduos e dejetos feito diretamente no ambiente natural. Conforme Elias e Navarro (2006), as condições de vida e trabalho estão diretamente associadas à ocorrência de agravos em saúde, tanto físicos quanto mentais. No caso das comunidades quilombolas, tais precariedades se intensificam em virtude da ausência do Estado e da dificuldade de acesso a políticas públicas universais.

A análise da autopercepção de saúde entre os residentes aponta para uma prevalência de avaliações negativas (regular ou ruim), o que pode refletir tanto os aspectos objetivos das condições de vida quanto as dimensões subjetivas da saúde, como o bem-estar emocional. Segundo Pavão (2013), a autopercepção de saúde é um indicador sensível para captar dimensões ampliadas do adoecer, sendo influenciada por fatores como escolaridade, presença de doenças crônicas e acesso a serviços.

A prevalência de morbidades autorreferidas, como dores crônicas, problemas respiratórios e parasitoses, reforça os achados da literatura quanto à maior carga de doenças evitáveis em populações vulnerabilizadas (Farmer; Fawzi; Nevil, 2003). A precariedade do saneamento básico, a alimentação pobre em nutrientes e o uso contínuo de fontes de água inseguras são fatores que intensificam a exposição a riscos. Freitas et al. (2018) destacam que a qualidade da água e do solo são elementos críticos na saúde de populações ribeirinhas e quilombolas na Amazônia, uma vez que estão diretamente associados à incidência de infecções e parasitoses.

Outro ponto relevante foi a utilização de práticas alternativas de cuidado, como chás, benzimentos e saberes tradicionais herdados de gerações anteriores. Essas práticas, embora frequentemente invisibilizadas pelas políticas públicas, representam estratégias legítimas de cuidado e resistência cultural. De acordo com Langdon (2014), os sistemas tradicionais de saúde são parte essencial da vida comunitária e devem ser reconhecidos como saberes válidos na construção de estratégias interculturais em saúde.

O acesso aos serviços de saúde convencionais é restrito, com longos deslocamentos por via fluvial e ausência de unidades básicas de saúde na área da várzea. Este fato corrobora os argumentos de Oliveira et al. (2018) sobre como o racismo institucional e a negligência política operam como barreiras à integralidade e à equidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda que existam políticas específicas como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, sua implementação encontra entraves estruturais, especialmente em regiões de baixa cobertura assistencial.

A análise dos dados também revelou um padrão alimentar baseado em alimentos regionais, como farinha, peixe e frutas locais, mas com consumo expressivo de produtos ultraprocessados. Essa transição alimentar é observada em diversas comunidades tradicionais e tem sido associada a um aumento de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes (Monteiro et al., 2013).

Do ponto de vista da composição corporal, os dados de bioimpedância evidenciam alterações importantes, como sobrepeso e aumento do percentual de gordura corporal em

parte da população, especialmente entre as mulheres. Esses dados estão em consonância com os estudos de Batista Filho e Rissin (2003), que destacam a coexistência da desnutrição e do excesso de peso em populações de baixa renda no Brasil, evidenciando um processo de transição nutricional marcado por desigualdades sociais.

Por fim, os achados confirmam que a exclusão vivenciada pelos quilombolas é multifacetada, envolvendo dimensões históricas, territoriais, raciais e culturais. Como aponta Breilh (2010), as iniquidades em saúde resultam de processos históricos de concentração de poder e de apropriação desigual de bens e serviços. Assim, o enfrentamento dessas desigualdades exige ações intersetoriais, planejamento participativo e políticas públicas que respeitem as especificidades culturais e territoriais dessas comunidades, reforçando a necessidade urgente de ampliação das estratégias de atenção à saúde em territórios quilombolas, integrando saberes tradicionais e práticas científicas, e reconhecendo os direitos desses povos à saúde, ao território e à dignidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões permitiram uma análise crítica sobre as condições de saúde das comunidades quilombolas, com ênfase nos determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença em contextos tradicionais. A partir do objetivo proposto, que visava discutir as vulnerabilidades enfrentadas por essas populações e contribuir para a promoção da equidade em saúde, foi possível evidenciar a inter-relação entre aspectos históricos, raciais, territoriais, econômicos e culturais que ainda condicionam o acesso desigual aos serviços e aos direitos sociais básicos.

A precariedade nas condições de moradia, a baixa escolaridade, o difícil acesso aos serviços de saúde, o adoecimento silencioso e as estratégias de cuidado baseadas em saberes tradicionais são evidências concretas da necessidade de fortalecimento de políticas públicas específicas, que reconheçam e respeitem as singularidades desses territórios.

Conforme discutido, embora existam marcos normativos importantes, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a efetivação dessas ações ainda encontra inúmeros obstáculos, sobretudo nas regiões amazônicas, onde os desafios geográficos se somam à escassez de investimentos. Nesse sentido, faz-se urgente a consolidação de estratégias intersetoriais que envolvam não apenas o setor saúde, mas também políticas de educação, infraestrutura, meio ambiente e direitos humanos, com participação ativa das comunidades quilombolas nos processos de decisão.

Reafirma-se, portanto, que o enfrentamento das iniquidades em saúde não se limita ao diagnóstico de agravos, mas exige o compromisso ético e político com a justiça social e o reconhecimento dos direitos coletivos. A saúde quilombola, nesse contexto, deve ser compreendida como expressão de luta, resistência e pertencimento, exigindo um cuidado que valorize tanto os saberes tradicionais quanto os avanços científicos, em diálogo respeitoso e inclusivo.

REFERÊNCIAS

- BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Alethéa. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. S181-S191, 2003.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Estatuto da Igualdade Racial**. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 21 jul. 2010.
- CENTENO, Cíntia da Silva; MEYER, Denise Elisabeth; ANDRADE, Maíra do Nascimento. Determinantes sociais da saúde e racismo institucional: o que aprendemos com os movimentos sociais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 3, p. 199-212, 2018.
- CNDSS – COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- ELIAS, Paulo Eduardo M.; NAVARRO, Vera Lúcia. A relação entre trabalho, saúde e condições de vida: explorando conceitos, métodos e experiências. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 329-338, 2006.
- FARMER, Paul; FAWZI, Mary C.; NEVIL, Patricia. Unjust inequities: health disparities in the developing world. In: DANIELS, Norman; KENNEDY, Bruce P.; KAWACHI, Ichiro (ed.). **Is Inequality Bad for Our Health?** Boston: Beacon Press, 2003. p. 231–241.
- FREITAS, Danielle Alves et al. Saúde da população quilombola: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 18, n. 1, p. 203-212, 2018.
- LANGDON, Esther Jean. Saberes indígenas e políticas públicas de saúde: uma questão de reconhecimento. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 29, n. 84, p. 27-42, 2014.
- MELO, José Carlos; SILVA, Diego. Comunidades quilombolas no Brasil: um retrato das desigualdades sociais e sanitárias. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 203-215, 2015.
- MONTEIRO, Carlos Augusto et al. A nova classificação dos alimentos baseada na extensão e propósito do processamento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 11, p. 2039-2049, 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conceito de saúde e seus determinantes**. Genebra: OMS, 2011.
- PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- PAVÃO, Ana Luiza Bettencourt. A saúde percebida como indicador de saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-8, 2013.
- SILVA, Caroline Lima da et al. Diagnóstico em saúde em comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 30, p. 1-10, 2016.
- VALENTIM, Livia de Aguiar. **Determinantes sociais em saúde e morbidade auto-relatada em uma população quilombola às margens do rio Amazonas, no município de Santarém, Pará**. 2020. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina,

Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

WEILLER, Teresinha Maria. Saúde da população negra: entre desigualdades e invisibilidades.

Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 72-79, 2008.

WHITEHEAD, Margaret. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.