

**EFICÁCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA OS POVOS
QUILOMBOLAS****EFFECTIVENESS OF PUBLIC HEALTH POLICIES FOR QUILOMBOLA
PEOPLES****EFICACIA DE LAS POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA PARA LAS
COMUNIDADES QUILOMBOLA**<https://doi.org/10.56238/ERR01v10n6-062>**Silvio Leonardo da Silva Pires**

Graduando em Direito

Instituição: Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas – Gamaliel

E-mail: silvio.pires@faculdadegamaliel.com.br**Vanesse Louzada Coelho**

Mestranda em Direitos Fundamentais

Instituição: Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas – Gamaliel

E-mail: vanesseadv@hotmail.comLattes: <http://lattes.cnpq.br/5661562129505786>**Humberto Farias da Silva Junior**

Mestre em Direito, Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional

Instituição: Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas – Gamaliel

E-mail: humbertofariasjr@gmail.comLattes: <http://lattes.cnpq.br/6138696400186242>**RESUMO**

O presente artigo analisa a eficácia das políticas públicas de saúde direcionadas aos povos quilombolas no Estado do Pará, com foco nas comunidades situadas ao longo da Rodovia Transcarnetá. Parte-se do reconhecimento constitucional da saúde como direito fundamental e da centralidade do SUS como sistema universal, discutindo-se em que medida esse direito se concretiza para populações historicamente vulnerabilizadas. Por meio de abordagem qualitativa e análise documental, são examinados o arcabouço jurídico, programas governamentais, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), a Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola (PNASQ) e dados sobre determinantes sociais da saúde. Os resultados indicam que, embora haja avanços normativos significativos, a implementação das ações é marcada pela descontinuidade, pela insuficiência de infraestrutura, pelo racismo institucional e pela falta de equipes permanentes, especialmente em territórios amazônicos. Conclui-se que a eficácia material das políticas ainda é limitada, exigindo investimentos estruturais, atuação intersetorial e participação efetiva das comunidades para garantir a plena realização do direito à saúde.

Palavras-chave: Saúde Quilombola. Políticas Públicas. Equidade. Racismo Institucional. Pará.

ABSTRACT

This article analyzes the effectiveness of public health policies directed at quilombola communities in the State of Pará, focusing on those located along the Transcarnetá Highway. Grounded in the constitutional recognition of health as a fundamental right and in the principles of Brazil's Unified Health System (SUS), the study examines the extent to which this right is effectively realized for historically marginalized populations. Through a qualitative and documentary analysis, the research evaluates the legal framework, governmental programs, such as the National Policy for the Health of the Black Population (PNSIPN) and the National Policy for the Health of Quilombola Communities (PNASQ) and the social determinants that shape health outcomes. Findings indicate that, despite normative progress, the implementation of health actions remains fragmented and insufficient, constrained by structural inequalities, lack of permanent health teams, infrastructural deficits, and institutional racism, particularly in Amazonian territories. It is concluded that the material effectiveness of these policies remains limited, demanding structural investments, intersectoral coordination, and meaningful community participation to ensure full realization of the right to health.

Keywords: Quilombola Health. Public Policies. Equity. Institutional Racism. Pará.

RESUMEN

Este artículo analiza la efectividad de las políticas de salud pública dirigidas a las comunidades quilombolas del estado de Pará, con especial atención a las ubicadas a lo largo de la Carretera Transcarnetá. Parte del reconocimiento constitucional de la salud como derecho fundamental y de la centralidad del SUS (Sistema Único de Salud) como sistema universal, y examina en qué medida se ejerce este derecho en poblaciones históricamente vulnerables. Mediante un enfoque cualitativo y el análisis documental, se examinan el marco legal, programas gubernamentales como la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (PNSIPN) y la Política Nacional de Salud Integral de la Población Quilombola (PNASQ), así como datos sobre los determinantes sociales de la salud. Los resultados indican que, si bien existen avances normativos significativos, la implementación de las acciones se caracteriza por la discontinuidad, la infraestructura insuficiente, el racismo institucional y la falta de equipos permanentes, especialmente en territorios amazónicos. Se concluye que la efectividad material de las políticas aún es limitada y requiere inversiones estructurales, acción intersectorial y una participación comunitaria efectiva para garantizar la plena realización del derecho a la salud.

Palabras clave: Salud Quilombola. Políticas Públicas. Equidad. Racismo Institucional. Pará.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objetivo analisar criticamente a eficácia das políticas públicas de saúde voltadas aos povos quilombolas no Estado do Pará, em especial nas comunidades situadas ao longo da Rodovia Transcimetá, com destaque para o território denominado “Quilombo Anilzinho – Igarapé Preto”. A Constituição Federal de 1988 consagrou a saúde como um direito fundamental de todos e um dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos e à universalidade do acesso (BRASIL, 1988, art. 196). No entanto, as desigualdades raciais, territoriais e estruturais que historicamente marcaram o país fazem com que o exercício desse direito ainda se manifeste de forma desigual entre os diferentes grupos sociais.

Os povos quilombolas representam um dos segmentos mais vulneráveis da população brasileira, historicamente excluídos dos processos de cidadania e de acesso a bens públicos essenciais. A exclusão histórica, o racismo institucional e as condições precárias de infraestrutura e saneamento básico tornam o acesso à saúde um desafio cotidiano. Conforme aponta Werneck (2016), o racismo institucional se manifesta no próprio funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), reproduzindo desigualdades e invisibilizando demandas específicas das populações negras e tradicionais. Essa realidade confirma que o direito formalmente assegurado pela Constituição ainda carece de concretização material, sobretudo nos territórios rurais e tradicionais.

Nesse sentido, compreender a eficácia das políticas públicas de saúde voltadas às comunidades quilombolas demanda mais do que o exame de dispositivos normativos exige analisar a capacidade estatal de implementação, o alcance territorial das ações, o investimento público e o diálogo intercultural entre Estado e comunidade. Como destacam Paim (2018) e Buarque (1999), a eficácia de uma política pública não se restringe à sua formulação, mas envolve o modo como ela é executada, monitorada e apropriada pelos sujeitos a quem se destina. Assim, a análise aqui proposta busca avaliar não apenas a existência de programas e leis, mas sua efetividade concreta no cotidiano dessas comunidades.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), de 2009, e a Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola (PNASQ), criada em 2025, representam avanços institucionais importantes, pois reconhecem a necessidade de estratégias específicas e diferenciadas para o atendimento a essas populações (BRASIL, 2017; 2025). Entretanto, estudos recentes revelam que a implementação dessas políticas ocorre de maneira fragmentada e insuficiente, especialmente nas regiões amazônicas, onde a dispersão geográfica e as dificuldades de transporte comprometem o acesso contínuo aos serviços (FERREIRA; ALMEIDA, 2023; IBGE, 2023).

O Estado do Pará, com uma das maiores concentrações de comunidades quilombolas certificados do país, constitui um espaço emblemático para essa análise. Embora programas estaduais,

como o “*Saúde por Todo o Pará*”, tenham ampliado a cobertura em áreas isoladas, a prestação do serviço permanece muitas vezes pontual, itinerante e sem continuidade (SESPA, 2025). Essa realidade reforça a necessidade de examinar se as políticas públicas de saúde possuem eficácia real ou se permanecem apenas como instrumentos normativos de intenção reparatória, sem resultados concretos na melhoria da qualidade de vida dos quilombolas.

Dessa forma, este trabalho busca compreender em que medida o arcabouço legislativo e as políticas governamentais – em suas esferas federal e estadual – são eficazes e eficientes para suprir as demandas das comunidades quilombolas do Pará. Para isso, adota-se uma abordagem qualitativa e analítica, sustentada em pesquisa bibliográfica e documental, com base em dados oficiais, literatura acadêmica e observações de campo. A pesquisa estrutura-se em três seções principais: a primeira discute o contexto histórico e os fundamentos constitucionais da saúde quilombola; a segunda analisa as políticas públicas implementadas e seus limites de eficácia; e a terceira examina os determinantes sociais que impactam o acesso à saúde nessas comunidades.

O propósito final é contribuir para o debate acerca da justiça social e da efetividade das políticas públicas em um país que, embora juridicamente comprometido com a igualdade, ainda convive com profundas desigualdades raciais e territoriais.

2 CONTEXTO HISTÓRICO E FUNDAMENTOS CONSTITUCIONAIS DA SAÚDE QUILOMBOLA

A trajetória dos povos quilombolas no Brasil está profundamente vinculada ao processo de resistência negra à escravidão e à luta pela autonomia territorial, cultural e política. Desde o período colonial, os quilombos constituíram espaços de liberdade e de reconstrução identitária diante da violência do sistema escravocrata. Como destaca Nascimento (1980), os quilombos não foram apenas refúgios, mas verdadeiros símbolos de organização social e de autogoverno, representando uma das formas mais autênticas de democracia comunitária e de resistência à opressão. A herança histórica dessas comunidades, no entanto, foi marcada por séculos de marginalização e exclusão estrutural, que se perpetuaram mesmo após a abolição formal da escravidão em 1888.

O reconhecimento jurídico dos quilombos como sujeitos de direitos somente se concretizou de forma expressiva com a Constituição Federal de 1988, que inseriu, em seu artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), o direito à propriedade definitiva das terras ocupadas por comunidades remanescentes de quilombos. Tal dispositivo representou um marco jurídico de reparação histórica e de reconhecimento do Estado brasileiro quanto à dívida social com esses povos (BRASIL, 1988). Ainda assim, a efetivação dos direitos previstos no texto constitucional, entre eles, o direito à

saúde, permanece uma meta distante, em virtude de fatores como o racismo institucional, a precariedade das políticas públicas e as desigualdades regionais.

No campo da saúde, o texto constitucional inovou ao estabelecer, em seu artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Essa formulação rompeu com o modelo excludente anterior, vinculado à previdência social, e inaugurou o paradigma do Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema público e universal. Entretanto, como observa Paim (2018), a universalidade do SUS convive, desde sua criação, com desigualdades que afetam principalmente grupos vulneráveis, entre os quais os povos quilombolas.

Essas desigualdades resultam de um processo histórico de racialização das políticas sociais brasileiras. Segundo Carneiro (2003), o racismo não é apenas um fenômeno interpessoal, mas uma estrutura que orienta a organização do Estado e as hierarquias sociais, impactando diretamente a formulação e execução de políticas públicas. Assim, a exclusão dos quilombolas do pleno acesso à saúde deve ser compreendida não como uma falha pontual, mas como expressão de um modelo histórico de poder que privilegia determinados grupos e invisibiliza outros. Nessa perspectiva, Werneck (2016) introduz o conceito de racismo institucional em saúde, afirmando que ele se manifesta por meio da omissão estatal, da ausência de políticas específicas e da naturalização da desigualdade no acesso aos serviços.

A partir dos anos 2000, o Estado brasileiro começou a adotar instrumentos legais e programáticos voltados especificamente às populações tradicionais, incluindo os quilombolas. Destaca-se, o Decreto nº. 6.040/2007, que instituiu a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT), reconhecendo a diversidade étnica e cultural e a necessidade de políticas diferenciadas (BRASIL, 2007). Esse marco consolidou a noção de que o atendimento à saúde dessas comunidades deveria ser construído com base na interculturalidade e na equidade, princípios que passaram a orientar programas como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e, mais recentemente, a Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola (PNASQ) (BRASIL, 2017; 2025).

Sob o prisma internacional, a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), ratificada pelo Brasil por meio do Decreto nº 5.051/2004, também assegura o direito dos povos tribais e tradicionais a condições adequadas de saúde, enfatizando a necessidade de respeito às práticas médicas tradicionais e à participação dessas populações na formulação das políticas que lhes dizem respeito (OIT, 1989). Essa dimensão participativa é essencial, pois reconhece que a eficácia de uma política

pública não se limita à sua legalidade formal, mas depende de processos de implementação que envolvam diálogo intercultural e gestão compartilhada.

No contexto amazônico, particularmente no Estado do Pará, o desafio da implementação desses direitos assume contornos ainda mais complexos. A dispersão geográfica das comunidades, as deficiências de infraestrutura e o histórico de negligência estatal produzem um quadro em que, apesar da ampla base normativa, a efetivação do direito à saúde permanece parcial. Segundo dados da Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA, 2025), apenas cerca de 52% das comunidades quilombolas do Pará possuem cobertura de atenção básica, muitas vezes restrita a ações itinerantes e descontínuas. Essa situação revela o descompasso entre o que Sen (2010) chama de “direitos formais” e “liberdades reais”, isto é, entre a existência de leis e a capacidade efetiva dos indivíduos de usufruírem dos bens e serviços prometidos.

Diante disso, torna-se imprescindível compreender a saúde quilombola como expressão da luta por cidadania e justiça social. Gomes (2017) argumenta que as políticas públicas só serão eficazes quando incorporarem as epistemologias e experiências das próprias comunidades negras, superando o modelo assistencialista e centralizador. A inclusão de saberes locais e práticas tradicionais de cura, aliada à presença constante de equipes de saúde, representa um passo fundamental para a concretização da equidade em saúde, princípio estruturante do SUS, mas ainda distante da realidade quilombola.

Portanto, o contexto histórico e jurídico da saúde quilombola no Brasil demonstra que o país possui um arcabouço normativo robusto, sustentado por compromissos constitucionais e internacionais. No entanto, a eficácia material dessas políticas depende da capacidade de superar as barreiras territoriais, raciais e institucionais que persistem. A análise dessa eficácia, mais do que uma avaliação técnica, é uma reflexão ética e política sobre o modo como o Estado brasileiro reconhece (ou negligencia) os direitos de populações historicamente subalternizadas.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE AO POVO QUILOMBOLA

A análise da eficácia das políticas públicas de saúde voltadas aos povos quilombolas demanda compreender o processo de formulação, implementação e avaliação dessas ações à luz do princípio da equidade. Como observa Buarque (1999), uma política pública é eficaz quando produz transformações concretas na realidade social que motivou sua criação, superando a distância entre o texto legal e a experiência cotidiana do cidadão. No caso brasileiro, o arcabouço jurídico-normativo é expressivo, mas sua materialização enfrenta entraves estruturais que revelam um abismo entre o plano normativo e a prática social.

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui o eixo central das políticas públicas de saúde no país. Criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, o SUS baseia-se nos

princípios da universalidade, integralidade e equidade. A universalidade garante o acesso de todos aos serviços; a integralidade assegura a atenção em todos os níveis; e a equidade reconhece as diferenças sociais e regionais, buscando corrigir desigualdades históricas (BRASIL, 1990). No entanto, como assinala Paim (2018), a concretização da equidade permanece como o maior desafio do sistema, sobretudo quando se trata de populações vulnerabilizadas, como indígenas, ribeirinhos e quilombolas.

A primeira iniciativa governamental de amplitude nacional a reconhecer a especificidade da população negra no campo da saúde foi a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria nº 992/2009 do Ministério da Saúde. Essa política teve como objetivo principal enfrentar o racismo institucional e as desigualdades étnico-raciais em saúde, buscando garantir o acesso igualitário e o respeito à diversidade cultural e religiosa (BRASIL, 2017). A PNSIPN foi construída a partir de décadas de mobilização do movimento negro e de intelectuais comprometidos com a equidade racial, como Jurema Werneck e Sueli Carneiro, que denunciaram a ausência histórica de recorte racial nas políticas públicas.

Entretanto, apesar do avanço conceitual, a implementação da PNSIPN revelou limites práticos significativos. Como demonstram Ferreira e Almeida (2023), os recursos destinados à execução da política foram insuficientes e mal distribuídos, e sua execução dependia fortemente da vontade política de gestores locais. Nas regiões amazônicas, a carência de infraestrutura e de equipes de saúde treinadas para atuar em contextos interculturais agravou as desigualdades já existentes. A ausência de indicadores específicos para monitorar o impacto da política sobre as comunidades quilombolas também dificultou a avaliação de sua eficácia.

Diante dessas lacunas, foi criada, em 2025, a Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola (PNASQ), com o propósito de direcionar ações específicas às comunidades remanescentes de quilombos. Essa política foi estruturada em torno de quatro eixos: (i) ampliação do acesso aos serviços de saúde; (ii) promoção da equidade e valorização dos saberes tradicionais; (iii) fortalecimento da atenção básica e da vigilância em saúde; e (iv) participação social. O documento reconhece que a saúde quilombola deve ser compreendida a partir de sua relação com o território, a cultura e os modos de vida comunitários (BRASIL, 2025).

Apesar de representar um avanço normativo expressivo, a PNASQ enfrenta desafios semelhantes aos que limitaram a eficácia da PNSIPN. As ações ainda se concentram em campanhas itinerantes e atendimentos emergenciais, sem continuidade e sem articulação com políticas estruturais, como saneamento básico, moradia e educação. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2023), mais de 70% das comunidades quilombolas não possuem unidades básicas de saúde em funcionamento regular, e o atendimento médico depende de deslocamentos longos e custosos. No Estado do Pará, a Secretaria de Saúde (SESPA, 2025) reconhece que mais da metade das comunidades

quilombolas têm acesso apenas parcial a serviços de atenção básica, em geral prestados por equipes móveis ou de forma eventual.

A dificuldade de concretização dessas políticas reflete o que Souza e Cardoso (2020) chamam de “inércia estrutural do Estado”, ou seja, a tendência das instituições públicas de reproduzirem padrões excludentes mesmo diante de novos marcos legais. O reconhecimento jurídico dos direitos quilombolas não têm sido suficiente para romper com as práticas históricas de negligência e com a lógica de invisibilidade que ainda permeia o poder público. A saúde quilombola, portanto, se insere em um campo de disputa simbólica e política, no qual o direito formalmente garantido precisa ser constantemente reafirmado e reivindicado pelas próprias comunidades.

Outro elemento que limita a eficácia normativa das políticas públicas de saúde é o racismo institucional, reconhecido oficialmente pelo Ministério da Saúde desde 2009 como um dos principais obstáculos à equidade (WERNECK, 2016). Essa forma de racismo não se manifesta apenas por meio de atos explícitos de discriminação, mas sobretudo pela ausência de ações efetivas que garantam a igualdade material. Como destaca Carneiro (2003), o racismo é uma tecnologia de poder que estrutura as relações sociais e institucionais, determinando quem é reconhecido como sujeito de direitos e quem é relegado à invisibilidade. No caso quilombola, o racismo institucional se expressa na falta de investimento, na precarização das unidades de saúde e na ausência de políticas de formação de profissionais sensíveis às realidades culturais locais.

Nesse contexto, torna-se necessário retomar o debate sobre o conceito de eficácia das políticas públicas, distinguindo entre sua eficácia formal e sua eficácia material. A eficácia formal refere-se à existência da norma, sua validade e aplicabilidade jurídica; já a eficácia material diz respeito aos seus resultados concretos e à capacidade de alterar as condições de vida dos beneficiários (BUARQUE, 1999). Assim, embora o Brasil possua um conjunto expressivo de instrumentos legais, a eficácia material das políticas de saúde quilombola permanece restrita, uma vez que o atendimento não atinge de forma contínua e equitativa as comunidades, e os indicadores de saúde, como mortalidade infantil, incidência de doenças infecciosas e cobertura vacinal, revelam disparidades persistentes (IBGE, 2023).

Em termos de governança, a descentralização do SUS deveria favorecer a gestão local e participativa das políticas, mas, na prática, as comunidades quilombolas raramente são incluídas nos espaços de deliberação e controle social. Conforme aponta Braga e Pedrosa (2022), a participação comunitária nas políticas de saúde ainda é incipiente e frequentemente simbólica, marcada por audiências públicas sem continuidade. A ausência de diálogo efetivo impede que as especificidades territoriais e culturais sejam incorporadas ao planejamento e à execução das ações, reduzindo a legitimidade e a eficiência das políticas.

Diante desse panorama, a eficácia das políticas públicas de saúde para os quilombolas não pode ser medida apenas pela existência de normas ou programas, mas pela capacidade de produzir transformações estruturais. Como ressalta Sen (2010), o desenvolvimento deve ser compreendido como expansão das liberdades reais das pessoas, e não apenas como criação de políticas ou instituições. No campo da saúde, isso implica assegurar condições materiais para que as comunidades quilombolas exerçam plenamente seu direito constitucional, com serviços contínuos, acessíveis e culturalmente adequados.

Assim, constata-se que a PNSIPN e a PNASQ representam avanços no plano jurídico e programático, mas sua eficácia prática é limitada pela ausência de continuidade, pela falta de investimentos estruturais e pela persistência de um modelo centralizado de gestão pública. Superar tais limites requer não apenas a ampliação de recursos, mas a reconstrução epistemológica e ética das políticas de saúde, reconhecendo os quilombolas como sujeitos ativos de direitos e não como meros destinatários de ações estatais.

4 DETERMINANTES SOCIAIS E DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS DA SAÚDE QUILOMBOLA

A compreensão da saúde quilombola, em sua complexidade, exige uma abordagem que vá além da análise normativa e da implementação de políticas públicas. É necessário considerar o conjunto de fatores socioeconômicos, ambientais, territoriais e culturais que moldam as condições de vida dessas populações. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), esses fatores constituem os determinantes sociais da saúde, definidos como as circunstâncias nas quais as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem, influenciadas pela distribuição de renda, poder e recursos no âmbito global, nacional e local. Assim, analisar a saúde quilombola implica reconhecer que as desigualdades sanitárias não decorrem de fatores isolados, mas de um sistema social estruturado por séculos de racismo e exclusão.

O modelo teórico de Dahlgren e Whitehead (1991) ilustra que os determinantes da saúde se organizam em camadas que incluem desde fatores individuais, como idade e estilo de vida, até fatores estruturais, como políticas públicas, ambiente físico e condições socioeconômicas. No caso das comunidades quilombolas da Amazônia, essas camadas se entrelaçam com elementos históricos e culturais que intensificam a vulnerabilidade. As restrições de acesso à educação, saneamento básico, transporte, renda e serviços essenciais moldam um cenário em que o direito constitucional à saúde permanece, em grande medida, formal, mas não material.

Os dados recentes do IBGE (2023) e da Fiocruz (2024) revelam que as comunidades quilombolas apresentam indicadores significativamente inferiores em relação à população brasileira

geral. Cerca de 75% dos territórios quilombolas não possuem acesso regular à água tratada, e mais de 60% carecem de saneamento adequado. No Pará, a situação é ainda mais grave, especialmente em regiões como a Rodovia Transcarnata, onde a precariedade das estradas, a distância dos centros urbanos e a ausência de transporte público inviabilizam o acesso regular a unidades de saúde. Essas condições geram um acúmulo de fatores que elevam o risco de doenças infecciosas, parasitoses, problemas respiratórios, mortalidade infantil e agravos decorrentes da falta de atendimento imediato.

Esse cenário se agrava quando se observa a presença de racismo ambiental, conceito desenvolvido por Bullard (1993) para descrever como populações racializadas e vulneráveis são expostas de forma desproporcional a situações de risco ambiental. Tal fenômeno é perceptível em comunidades quilombolas onde, além da ausência de saneamento, há contaminação de rios por atividades mineradoras ou madeireiras, desmatamento descontrolado, queimadas e degradação ambiental que afetam diretamente a saúde. No Pará, estudos apontam que muitos quilombos se encontram próximos a áreas de exploração econômica que comprometem recursos hídricos e meios tradicionais de subsistência, ampliando a vulnerabilidade sanitária (SANTOS; GUIMARÃES, 2022).

Outro elemento central é a precariedade da infraestrutura de saúde, marcada pela insuficiência de unidades básicas, pela falta de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e pela ausência de profissionais treinados para atuar em contextos interculturais. Como destaca Lopes (2020), a interculturalidade em saúde é um princípio fundamental para garantir que o atendimento respeite valores, práticas e saberes dos povos tradicionais. Contudo, a formação dos profissionais de saúde ainda permanece fortemente ancorada em modelos biomédicos e urbanos, distanciando-se da realidade quilombola. Em muitos casos, as equipes itinerantes realizam atendimentos pontuais, sem continuidade terapêutica, o que compromete a prevenção de agravos e a promoção da saúde.

Esses desafios dialogam diretamente com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, especialmente com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados à saúde e redução das desigualdades. O ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) prevê garantir vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, enquanto o ODS 10 (Redução das Desigualdades) determina a necessidade de diminuir disparidades econômicas e sociais entre grupos populacionais. No entanto, o relatório do IPEA (2023) aponta que o Brasil está distante de atingir essas metas no que diz respeito aos povos quilombolas, em razão da insuficiência de políticas estruturantes, da falta de continuidade das ações e da ausência de indicadores específicos que permitam o monitoramento adequado do progresso.

Além disso, os determinantes sociais da saúde quilombola são atravessados por fatores simbólicos, culturais e identitários. Segundo Gomes (2017), a exclusão histórica dessas populações não é apenas material, mas também epistemológica: seus modos de vida, práticas de cuidado e

conhecimentos tradicionais são frequentemente ignorados ou deslegitimados pelas instituições públicas. Essa desvalorização produz o que Bourdieu (2012) chama de violência simbólica, reforçando a ideia de inferioridade cultural e dificultando a construção de políticas que considerem as subjetividades e formas de organização próprias dessas comunidades.

Outro desafio diz respeito à participação social. Embora a legislação do SUS preveja a gestão participativa, os mecanismos de controle social, conselhos, conferências e audiências públicas, muitas vezes não alcançam os territórios quilombolas. Braga e Pedrosa (2022) destacam que a participação dessas comunidades é frequentemente simbólica, limitada a consultas formais que não influenciam de fato as decisões políticas. A distância geográfica, a falta de transporte e a ausência de canais de comunicação dificultam a presença dos quilombolas nos espaços de deliberação, contribuindo para sua invisibilidade institucional.

A ausência de conectividade e acesso à informação agrava ainda mais esse cenário. Em muitas comunidades pesquisadas na Rodovia Transcarnatã, não há serviços de internet, telefonia ou comunicação emergencial. Isso impede o acionamento de ambulâncias, o acompanhamento de tratamentos e a realização de teleconsultas, que poderiam ser ferramentas fundamentais na ampliação do cuidado em áreas remotas.

Dessa forma, os determinantes sociais que moldam a saúde quilombola constituem um conjunto complexo e interdependente de fatores que não podem ser enfrentados por meio de ações isoladas. A superação dessas desigualdades requer uma atuação intersetorial, envolvendo políticas de saneamento, educação, habitação, segurança alimentar, transporte, participação social e proteção territorial. Somente por meio de políticas integradas e continuadas será possível transformar o quadro de vulnerabilidade que compromete a saúde das comunidades quilombolas e assegurar a plena concretização do direito constitucional à saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida ao longo deste artigo evidencia que, embora o Brasil possua um arcabouço jurídico robusto destinado à proteção e promoção da saúde das populações quilombolas, persiste uma profunda distância entre o que está previsto no plano normativo e o que se verifica na realidade concreta dessas comunidades. A Constituição Federal de 1988 inaugurou um marco civilizatório ao reconhecer a saúde como direito universal e ao assegurar, no artigo 68 do ADCT, o direito à propriedade definitiva dos territórios quilombolas. Entretanto, como demonstrado, a positivação desses direitos não implica, automaticamente, sua materialização no cotidiano.

O estudo das políticas públicas analisadas, especialmente a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola

(PNASQ), revela avanços importantes no reconhecimento da especificidade histórica, cultural e territorial desses povos. Essas políticas consolidam diretrizes que dialogam com princípios constitucionais e com normativas internacionais, como a Convenção nº 169 da OIT. Contudo, tais instrumentos ainda apresentam eficácia limitada, sobretudo em regiões amazônicas, onde a deficiência de infraestrutura, a precariedade logística e a falta de equipes de saúde permanentes reduzem o impacto das ações planejadas.

Ao longo da pesquisa, verificou-se que a saúde quilombola é fortemente condicionada por determinantes sociais profundamente desiguais, como saneamento precário, ausência de serviços públicos, dificuldades de transporte, insegurança alimentar, degradação ambiental e racismo institucional. Esses fatores, que extrapolam a esfera da saúde e configuram um quadro de vulnerabilidade estrutural, dificultam o acesso a cuidados básicos e intensificam agravos que poderiam ser prevenidos. Essa realidade comprova que políticas de saúde isoladas são insuficientes para promover a equidade pretendida; é necessária uma atuação intersetorial que articule ações nos campos da educação, infraestrutura, meio ambiente, cultura e desenvolvimento econômico.

Observou-se também que os programas estaduais, como o “*Saúde por Todo o Pará*”, embora representem um avanço em termos de alcance e visibilidade, ainda não garantem a continuidade necessária para transformar indicadores de saúde. A dependência de ações itinerantes, sem presença regular das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), impede o acompanhamento de tratamentos e fragiliza a prevenção de doenças. Assim, a eficácia material dessas políticas é comprometida pela descontinuidade e pela ausência de redes locais de apoio estruturado.

Nesse contexto, o conceito de racismo institucional assume centralidade na interpretação da inefetividade das políticas analisadas. Conforme apontam Werneck (2016) e Carneiro (2003), as desigualdades vivenciadas pelos povos quilombolas não são acidentais, mas resultantes de um sistema de poder que historicamente exclui e marginaliza a população negra. Essa exclusão se expressa tanto na ausência de políticas efetivas quanto na negligência estatal em garantir condições mínimas de dignidade, como saneamento, acesso à água e unidades de saúde operantes. Portanto, a superação desse cenário exige não apenas reformas administrativas, mas também transformações estruturais na forma como o Estado se relaciona com esses povos.

Além disso, verificou-se que a participação social ainda é um desafio significativo para as comunidades quilombolas. A distância geográfica, a ausência de meios de comunicação e o desconhecimento sobre espaços de controle social do SUS impedem a atuação dessas populações nos processos decisórios. Sem participação efetiva, as políticas públicas tendem a ser elaboradas de maneira verticalizada, desconsiderando saberes tradicionais, demandas específicas e características

socioculturais dos territórios. Ampliar a representatividade quilombola na gestão da saúde é, portanto, um passo estratégico para aumentar a eficácia e a legitimidade das ações.

Diante de todos esses elementos, conclui-se que a eficácia das políticas públicas de saúde voltadas aos povos quilombolas ainda se encontra em processo de construção. Há avanços inegáveis no plano normativo e programático, mas persistem desafios profundos que demandam esforços contínuos, investimentos estruturais e reconhecimento pleno da centralidade da equidade. Superar a vulnerabilidade histórica dessas comunidades implica assumir a saúde quilombola como prioridade estratégica, não como ação pontual ou emergencial.

Por fim, reafirma-se que a efetivação do direito à saúde dos povos quilombolas depende da conjugação de múltiplos fatores: continuidade das políticas, recursos financeiros adequados, presença permanente de equipes multiprofissionais, inclusão de saberes tradicionais, fortalecimento da participação comunitária e compromisso ético-político do Estado em enfrentar o racismo institucional. Somente por meio dessas ações conjuntas será possível transformar a realidade dessas comunidades e aproximar o país dos objetivos de justiça social e equidade previstos tanto na Constituição quanto nos compromissos internacionais assumidos pelo Brasil.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA PARÁ. Governo do Estado leva saúde mental a comunidades indígenas e quilombolas com mais de 900 atendimentos em 2024. Belém: Agência Pará, 2024.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARBOZA, C. A. P. dos S. Escravizados, negros e quilombolas: reflexões sobre política de saúde. Revista Pós – UnB, Brasília, v. 4, n. 1, 2023.

BOURDIEU, P. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BRAGA, A. N. E.; PEDROSA, R. C. R. As políticas públicas destinadas às comunidades quilombolas. Revista Práticas Educativas, Memórias e Oralidades, Fortaleza, v. 3, n. 1, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Saúde da Família: guia para gestores. Brasília: MS, 2022.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Brasília: MS, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola – PNASQ. Brasília: MS, 2025.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Decreto n.º 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 fev. 2007.

_____. Decreto n.º 5.051, de 19 de abril de 2004. Promulga a Convenção n.º 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 abr. 2004.

_____. Lei n.º 8.080, 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BUARQUE, S. C. Avaliação de políticas públicas. São Paulo: Cortez, 1999.

BULLARD, R. Confronting environmental racism: voices from the grassroots. Boston: South End Press, 1993.

CARNEIRO, S. A construção do outro como não-ser como fundamento do ser. São Paulo: Selo Negro, 2003.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.

FERREIRA, M. S.; ALMEIDA, R. T. Governança e financiamento em políticas de equidade racial no SUS. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 32, n. 2, 2023.

GOMES, N. L. Movimento negro educador: saberes construídos nas lutas por emancipação. Petrópolis: Vozes, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Mapa dos Territórios Quilombolas Certificados. Brasília: IBGE, 2022.

_____. Estudos e Estatísticas sobre Comunidades Quilombolas. Brasília: IBGE, 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Desigualdades raciais e políticas públicas de saúde no Brasil. Brasília: IPEA, 2023.

LOPES, J. M. Desigualdades raciais e o direito à saúde no Brasil. Salvador: EDUFBA, 2020.

NASCIMENTO, A. O Genocídio do Negro Brasileiro: processo de um racismo mascarado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO, 2008.

PAIM, J. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública - SESPA. Saúde por Todo o Pará fortalece assistência nos territórios quilombolas. Belém: SESPA, 2025.

SANTOS, E. A.; GUIMARÃES, R. L. Território e saúde na Amazônia: desafios da atenção primária. Revista Brasileira de Geografia da Saúde, Belém, v. 5, n. 3, 2022.

SEN, A. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SOUZA, M. A.; CARDOSO, V. L. Formação intercultural e saúde: desafios para o cuidado quilombola. Revista Brasileira de Saúde e Diversidade, Salvador, v. 5, n. 2, 2020.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. Brasília: ABPN, 2016.