

Saberes, práticas e desafios da promoção da saúde no território Quilombola Kalunga

Knowledge, practices, and challenges of health promotion in the Kalunga Quilombola territory

Conocimientos, prácticas y desafíos de la promoción de la salud en el territorio Quilombola Kalunga

Vânia Marra Passos

Nutricionista, Mestra em Saúde Coletiva, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Goiânia, GO, Brasil;
E-mail: marravana@gmail.com; ORCID: 0000-0001-5637-9978

Fabiana Ribeiro Santana

Enfermeira, Doutora em cotutela/dupla titulação em Enfermagem em Saúde Pública e em Ciências da Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil;
E-mail: fabianasantana@ufg.br; ORCID: 0000-0002-8696-6775

Hamilton José Amorim Rezende

Fonoaudiólogo, Mestre em Saúde Coletiva, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Goiânia, GO, Brasil;
E-mail: hamiltonjose50@gmail.com; ORCID: 0000-0002-1755-1453

Naraiana de Oliveira Tavares

Psicóloga, Doutora em Neurociências, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil;
E-mail: naraiana_tavares@ufg.br; ORCID: 0000-0003-3953-3958

Thaís Rocha Assis

Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil;
E-mail: thaيسfisio@ufg.br; ORCID: 0000-0001-5908-2870

Contribuição dos autores: VMP e FRS contribuíram para o delineamento do estudo, a coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. HJAR e NOT contribuíram para o delineamento do estudo, a coleta e análise dos dados, e revisão final do manuscrito. TRA contribuiu para o delineamento do estudo e revisão final do manuscrito. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Próprio.

Recebido em: 02/12/2024

Aprovado em: 01/09/2025

Editor responsável: Frederico Viana Machado

Resumo: Objetivo: Este estudo objetivou analisar o lugar da promoção da saúde voltada às comunidades remanescentes de quilombos Kalunga, Goiás, Brasil. **Método:** Trata-se de uma pesquisa-ação de abordagem qualitativa, desenvolvida com lideranças quilombolas, controle social, gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) dos municípios de Monte Alegre de Goiás, Teresina de Goiás e Cavalcante. Entre os dias 17 e 25 de novembro de 2021 realizou-se 15 entrevistas individuais e seis entrevistas coletivas, com a participação de 35 indivíduos. Também se desenvolveu a observação participante com registro em diário de campo. **Resultados:** A análise de conteúdo apontou inconsistência teórica do conceito de promoção da saúde, ausência de políticas públicas de equidade em saúde no território quilombola e inabilidade do Estado de enfrentar os determinantes sociais de saúde que interferem no processo de saúde-doença-cuidado de comunidades remanescentes de quilombos. A pesquisa também identificou saberes e práticas de trabalhadores, gestores e lideranças quilombolas alinhadas com o referencial da promoção da saúde. Destaca-se que o enfrentamento das iniquidades em saúde acontece pelas próprias lideranças e comunidades quilombolas e que os saberes tradicionais atuam como ferramenta de promoção da saúde no território. **Conclusão:** Destaca-se a importância de se efetivar um planejamento participativo em saúde junto às comunidades quilombolas, e, por fim, fortalecer a parceria intersetorial, visando alcançar equidade, justiça social e o bem viver.

Palavras-chave: Promoção da saúde; Quilombolas; Equidade em saúde; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; Saúde Pública.

Abstract: Objective: The aim of this study was to analyze the place of health promotion in the remaining quilombo communities of Kalunga, Goiás, Brazil. **Methods:** It is action research with a qualitative approach, developed with quilombola leaders, social control, managers and workers from the Unified Health System (SUS) in the municipalities of Monte Alegre de Goiás, Teresina de Goiás and Cavalcante. Between November 17 and 25, 2021, 15 individual interviews and six collective interviews were conducted, with the participation of 35 individuals. Participant observation was also carried out and recorded in a field diary. **Results:** The content analysis pointed to the theoretical inconsistencies in the concept of health promotion, the absence of public policies for health equity in the quilombola territory and the

inability of the state to address the social determinants of health that interfere in the health-disease-care process of the remaining quilombola communities. The research also identified the knowledge and practices of quilombola workers, managers and leaders in line with the health promotion framework. It is noteworthy that health inequalities are addressed by quilombola leaders and communities themselves, and that traditional knowledge serves as a tool to promote health in the territory. **Conclusion:** The importance of participatory health planning in quilombola communities is highlighted, as well as the need to strengthen intersectoral partnerships to achieve equity, social justice and well-being.

Keywords: Health promotion; Quilombola communities; Health equity; Primary Health Care; Unified Health System; Public Health.

Resumen: Objetivo: El objetivo de este estudio fue analizar el lugar que ocupa la promoción de la salud dirigida a las comunidades remanentes de quilombos Kalunga, Goiás, Brasil. **Método:** Se trata de una investigación-acción de enfoque cualitativo, desarrollada con líderes quilombolas, control social, gestores y trabajadores del Sistema Único de Salud (SUS) de los municipios de Monte Alegre de Goiás, Teresina de Goiás y Cavalcante. Entre el 17 y el 25 de noviembre de 2021 se realizaron 15 entrevistas individuales y seis entrevistas colectivas, con la participación de 35 personas. También se llevó a cabo una observación participante con registro en un diario de campo.

Resultados: El análisis de contenido señaló la inconsistencia teórica del concepto de promoción de la salud, la ausencia de políticas públicas de equidad en salud en el territorio quilombola y la incapacidad del Estado para hacer frente a los determinantes sociales de la salud que interfieren en el proceso de salud-enfermedad-cuidado de las comunidades remanentes de quilombos. La investigación también identificó conocimientos y prácticas de trabajadores, gestores y líderes quilombolas alineados con el referencial de la promoción de la salud. Cabe destacar que el enfrentamiento de las desigualdades en salud se lleva a cabo por los propios líderes y comunidades quilombolas y que los conocimientos tradicionales actúan como herramienta de promoción de la salud en el territorio. **Conclusión:** Se destaca la importancia de llevar a cabo una planificación participativa en materia de salud junto con las comunidades quilombolas y, por último, fortalecer la

colaboração intersectorial, com o fim de lograr a equidade, a justiça social y el buen vivir.

Palabras clave: Promoción de la Salud; Quilombola; Equidad en Salud; Atención Primaria de Salud; Sistema Único de Salud; Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde, compreendida como uma política pública saudável que preza pelos princípios da amorosidade, integralidade e equidade, apresenta o grande desafio de gerar empoderamento¹ individual e coletivo, estreitar parcerias intersectoriais e reorientar os serviços de saúde¹.

No Brasil, as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde fundamentam-se nos princípios e nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)² e trazem, em sua base, o conceito ampliado de saúde e o enfrentamento dos determinantes sociais, com ampla participação popular. Todas reconhecem a autonomia e a cidadania, respeitando a diversidade, o conhecimento popular e suas diferentes formas de produzir saúde e trocas de saberes^{1,2}.

Essas políticas têm como objetivo central a promoção da equidade, a melhoria da qualidade de vida e a redução de vulnerabilidades determinadas socialmente. Corroboram, ainda, para a integralidade da atenção à saúde nas redes do Sistema Único da Saúde (SUS), ressignificando os espaços sociais com práticas de cuidado humanizado, ampliando a corresponsabilidade dos sujeitos e coletivos para o cuidado e o autocuidado. Nesse sentido, defendem uma gestão democrática, participativa e transparente, com planejamento participativo e garantia de financiamento^{1,2}.

As políticas de equidade no SUS, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), reafirmam a responsabilidade dos entes federativos na efetivação das ações por meio de parcerias intersectoriais, visando garantir o acesso aos bens e serviços de saúde e, dessa forma, contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde dessas populações³⁻⁵.



¹O empoderamento refere-se ao processo de intervenção que estimula sujeitos e coletivos a assumirem o controle sobre decisões e escolhas de modos de vida adequados às suas condições socioeconômicas e culturais^{1:26}.

Essas políticas de equidade vêm se constituindo em um reordenamento institucional e em novas estratégias de gestão e de cuidado, com potencial para promover a integração de políticas e programas voltados ao desenvolvimento sustentável e à promoção da saúde de comunidades remanescentes de quilombos³⁻⁵.

Os quilombos representam símbolos de resistência e insurreição negra, fundados como estratégia de enfrentamento ao sistema escravocrata e, historicamente, se perpetuam⁶. Os negros mantêm-se invisibilizados pelo racismo institucional e ambiental, os quais se encontram imbricados, uma vez que a omissão de políticas públicas provoca iniquidades étnico-raciais e agrava consideravelmente determinantes sociais e ambientais⁷. Embora o Brasil demonstre empenho em institucionalizar políticas de promoção da equidade em saúde no SUS, ainda existem lacunas na implementação. Há imensa fragilidade nas redes de atenção à saúde, com barreiras de acesso e invisibilidade de populações vulnerabilizadas, como a população quilombola⁸⁻¹⁰.

Ao longo da história, a estrutura de poder exerce influência sobre a população quilombola, privando-a do direito ao sistema de saúde, mesmo esse direito sendo garantido por lei, e excluindo-a em virtude de um racismo que amplia as iniquidades sociais e étnico-raciais⁹⁻¹¹. Nesse contexto, a população negra é submetida a posições menos qualificadas, convivendo com um mercado laboral precarizado, associado à insuficiência de infraestrutura de serviços básicos e à limitação do acesso à saúde. As comunidades quilombolas apresentam vulnerabilidade ainda maior, por viverem majoritariamente em territórios rurais, historicamente marcados por intensas desigualdades sociais e pela negação de direitos¹².

A determinação social da comunidade quilombola perpassa sua história, cultura e seu território, marcados por injustiça, discriminação e invisibilidade, lançando-a em um sistema excludente que desrespeita sua cultura e seu bem viver⁹. O desafio para superar as iniquidades em saúde requer a promoção da justiça social, demanda demandas complexa que exige o cumprimento de princípios como cooperação, solidariedade, parcerias intersetoriais, democracia com ampla participação da comunidade e combate à austeridade econômica, em prol de um Estado de direito^{1-3,13}.

Em relação ao acesso aos serviços de saúde pelas comunidades quilombolas, observa-se uma lacuna na atenção básica, evidenciando-se vazios assistenciais e prevalecendo o modelo biomédico, centrado na cura, medicalização e fragmentação do cuidado. O enfrentamento desse paradigma requer profundo conhecimento das condições de vida e saúde dessa população, onde quer que esteja, para efetivar o planejamento de ações de promoção da saúde¹⁴. Este estudo, desenvolvido em povoados Kalunga pertencentes aos municípios de Cavalcante, Monte Alegre de Goiás e Teresina de Goiás, identificou que a assistência à saúde é realizada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de forma precária, com problemas relacionados ao número reduzido de unidades, equipes e profissionais, especialmente médicos, dentistas e enfermeiros¹⁵.

Diante disso, objetivou-se analisar o lugar da promoção no cuidado em saúde de comunidades remanescentes de quilombos Kalunga, em Goiás, Brasil, visando contribuir efetivamente para a avaliação e a melhoria das políticas, dos programas e das ações de promoção da saúde, no contexto da atenção básica, bem como assegurar o bem viver dessa população.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa-ação, de abordagem qualitativa, desenvolvida com lideranças quilombolas Kalunga, representantes do controle social do SUS, além de gestores e trabalhadores da ESF^{II} e do Programa Academia da Saúde (PAS)^{III} da Atenção Básica^{16,17} dos municípios de Monte Alegre de Goiás, Teresina de Goiás e Cavalcante, Goiás, Brasil.

A pesquisa-ação possibilita “intervir no decorrer do processo de forma inovadora e não apenas como mais uma metodologia, cuja recomendação se dá ao final de uma pesquisa”^{18:12}. Assim, a organização da investigação organiza-se “em torno da concepção do desenrolar e da avaliação de uma ação planejada”^{18:12}. Dessa forma, a pesquisa-ação assegura uma perspectiva aberta e dialética de investigação, construída com atores sociais, considerando seus problemas cotidianos e tendo como objetivos a produção de conhecimentos e a transformação social¹⁸.

^{II}A Estratégia Saúde da Família (ESF) é reconhecida como a principal estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica à Saúde no âmbito SUS.

A composição mínima da equipe inclui médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.

Podem, ainda, integrar a equipe o agente de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal, como cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal¹⁶.

^{III}O Programa Academia da Saúde é um serviço da Atenção Básica em Saúde do SUS, destinado à promoção da saúde e à produção do cuidado, incentivando modos de vida saudáveis junto à população¹⁷.

A pesquisa qualitativa dialoga com a pesquisa-ação por também produzir conhecimento a partir de um olhar crítico sobre processos e práticas sociais, construindo significados mediante interações e trocas de saberes com os participantes do estudo¹⁹.

O processo de escolha do campo ocorreu a partir do critério de vulnerabilidade social, considerando os baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado de Goiás e o fato de abrigar o maior quilombo do Brasil, que corresponde a uma extensa área de cerrado conservado na microrregião da Chapada dos Veadeiros²⁰. Nessa região, encontram-se comunidades quilombolas Kalunga. Os quilombos são símbolos de insurreição negra, constituídos como ferramenta de resistência ao sistema escravocrata e que historicamente se perpetua²¹. O termo Kalunga tem origem no tronco linguístico banto, de matriz africana, e significa “lugar sagrado, de proteção”, remetendo à preservação da cultura e da sustentabilidade^{22:1}.

A aproximação ao campo iniciou-se em setembro de 2020, a partir de contatos e reuniões remotas (aplicativo *WhatsApp* e/ou *Google Meet*) com o presidente e a secretária da Associação Quilombo Kalunga (AQK), a presidente da Associação de Mulheres Quilombolas Kalunga de Monte Alegre de Goiás, a coordenação da Regional de Saúde da Região Nordeste I da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás (SES-GO) e os gestores municipais. O objetivo foi estabelecer um diálogo sobre a pesquisa e os resultados esperados, estimulando a participação dos atores sociais na pesquisa.

O aprofundamento teórico-metodológico da investigação e o planejamento do trabalho de campo foram realizados entre fevereiro e novembro de 2021, por meio de reuniões do Ciclo de Estudos e oficinas do núcleo de pesquisa da universidade. A imersão no campo da pesquisa ocorreu entre 17 e 25 de novembro de 2021. Nesse período, foram realizadas 15 entrevistas individuais e seis coletivas, com base em um instrumento orientador semiestruturado, composto por perguntas fechadas e abertas, que permitiram aos participantes discorrer livremente sobre as ações de promoção da saúde desenvolvidas nas comunidades quilombolas¹⁹. Complementarmente, realizou-se observação participante, com registros em diário de campo.

Participaram da pesquisa 35 indivíduos: três lideranças quilombolas, dois representantes dos conselhos municipais de saúde, sete gestores do SUS e 23 trabalhadores da ESF e/ou do Programa Academia da Saúde, vinculados à Atenção Básica. Foram realizados contatos prévios com os participantes, por e-mail e telefone, a fim de promover o diálogo, convidá-los a integrar a pesquisa e agendar as entrevistas nos locais e horários de sua escolha. As entrevistas foram gravadas em gravador digital, *tablet* e celular e, posteriormente, transcritas na íntegra por meio da plataforma digital Sonix (<https://sonix.ai/>). O conteúdo das entrevistas resultou em 416 páginas, revisadas manualmente pelos dois primeiros autores deste artigo. Para preservar o anonimato e a confidencialidade, todos os participantes foram identificados por meio de códigos (E1, E2... E35).

Após a produção de dados, realizaram-se cinco oficinas no núcleo de pesquisa da universidade, com o objetivo de instrumentalizar os dois primeiros autores quanto ao método analítico. A análise compreendeu três fases: pré-análise; exploração do material, tratamento dos resultados e inferência; interpretação dos dados²³. Essa etapa foi sustentada pelo referencial teórico da promoção da saúde¹. Ademais, fez-se a discussão dos achados da pesquisa em duas reuniões do núcleo de pesquisa da universidade e treze oficinas de devolutivas com os participantes da pesquisa in loco. Por fim, os procedimentos éticos foram rigorosamente observados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CEP/HC-UFG/EBSERH) (CAAE 39332420.0.0000.5078) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Excelência em Ensino, Pesquisas e Projetos Leide das Neves Ferreira (CEP/CEEPP-LNF) (CAAE 39332420.0.3001.5082).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise das entrevistas e dos diários de campo, foram identificadas duas categorias temáticas e cinco subcategorias, em consonância com o objetivo da investigação. O Quadro 1 apresenta a síntese dessas categorias e subcategorias:

Quadro 1. Síntese das categorias e subcategorias temáticas da pesquisa

Categorias temáticas	Subcategorias temáticas
Promoção da saúde em comunidades quilombolas: conceitos da liderança quilombola, controle social, gestão e atenção básica	Discurso preventivista
	Discurso sanitário: direito à saúde
Desenvolvimento da promoção da saúde em comunidades quilombolas	Políticas públicas e financiamento
	Organizações públicas, privadas e da sociedade civil
	Promotores da saúde quilombolas

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Categoria 1 – Promoção da saúde em comunidades quilombolas: conceitos da liderança quilombola, controle social, gestão e atenção básica

Essa categoria expressa a compreensão da promoção da saúde por parte das lideranças quilombolas, do controle social, de gestores, trabalhadores da ESF e do Programa Academia da Saúde do SUS. Na subcategoria “discurso preventivista”, trabalhadores e gestores do SUS reproduzem uma perspectiva de caráter campanhista e preventivista, ainda distante do modelo contemporâneo de promoção da saúde. Os fragmentos apresentados a seguir ilustram essa inferência:

Pesquisadora: Para você, quais são as políticas, programas e ações de promoção da saúde desenvolvidas junto às comunidades quilombolas Kalunga?

E2: Todos, no geral: Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do homem (E2, gestor).

Segundo E4, a gestão em saúde leva profissionais para o território para orientações, aferição de pressão, vacina e outros procedimentos. Atendem várias demandas da comunidade nesses mutirões. Considera que não é o ideal, mas que isso ajuda a diminuir o agravamento das doenças (Diário de pesquisa, 18 de novembro de 2021).

Fazer um trabalho antes do paciente ficar doente, orientação, grupos de saúde, acompanhamento do hipertenso, acompanhamento do diabético. Eu vou promover ele antes, para que ele não precise chegar na fase de estar doente (E26, gestor).

[...] uma comunidade com um pouco mais de duas mil pessoas, de zero a qualquer idade, e que não tem uma unidade de saúde própria uma atenção básica ou não tem um PSF [...]. E para poder vir até aqui na cidade eles pagam passagem em pau de arara (E16, trabalhador da atenção básica).

A equipe de saúde da família (E30 a E34) nos disse que leva medicação e outros serviços [...]. Acredita que o coração da unidade de saúde é o médico [...]. Afirma que a comunidade quilombola tem uma resistência com as orientações [...]. Embora ofereça a prevenção, eles não aderem (Diário de pesquisa, 24 de novembro de 2021).

As dificuldades dos participantes da pesquisa (E2 e E26) em distinguir os conceitos de promoção e prevenção estão relacionadas à construção socio-histórica e aos referenciais da medicina moderna e da saúde pública. A racionalidade científica exerceu significativo papel na formação de representações sobre o processo saúde-doença-cuidado²⁴.

As ações de prevenção definem-se como intervenções que objetivam evitar o aparecimento ou reduzir o risco relacionado às doenças infecciosas, crônicas não-transmissíveis ou outros agravos, diminuindo sua incidência e prevalência na população. Desse modo, sua base relaciona-se ao conhecimento epidemiológico tradicional, e suas práticas pautam-se na divulgação de informações e orientações normativas voltadas à mudança comportamental²⁴.

Por outro lado, a promoção da saúde envolve ações de responsabilidade do Estado, em âmbito local e global, que consideram a realidade social e a autonomia dos atores. Nesse sentido, a promoção da saúde pressupõe o empoderamento individual e coletivo para o enfrentamento da determinação social. Assim, ultrapassa o caráter da técnica, norma ou ação programática, não se restringindo ao conhecimento das doenças e de seu controle²⁴.

A visão reducionista expressa pelos participantes da pesquisa tem origem na formação em saúde, que não contempla, em seus currículos, novos conhecimentos e abordagens, “um novo fazer”, a exemplo dos saberes e modos de viver dos povos e das comunidades tradicionais, a exemplo dos quilombolas. A formação em saúde, muitas vezes, mantém-se alheia à organização e ao debate crítico da gestão dos serviços e do controle social, perpetuando modelos conservadores preventivistas, centrados em tecnologias especializadas²⁵.

A medicina preventiva sustenta-se em um discurso biologicista, no qual o conhecimento científico está restrito ao campo biomédico, compreendido como domínio privilegiado desse saber²⁶. Ampliando-se o conceito, a medicina preventiva é concebida como prática médica restrita a uma lógica liberal e individualista, que se mantém em um universo conservador e

atende às demandas capitalistas, nas quais a vida é transformada em mercadoria. Nesse contexto, a medicina preventiva contempla a produtividade e a exploração do trabalho²⁷.

Torna-se urgente repensar a formação inicial e a educação permanente a partir do referencial do quadrilátero da saúde, que integra ensino, gestão, atenção e controle social. Esse referencial propõe a implementação de processos com impacto nos quatro segmentos e exerce papel indutor na mudança de práticas e de formação, pela valorização e pelo conhecimento adequado do SUS²⁵. É igualmente fundamental incluir nos cursos da área de saúde discussões sobre direitos humanos, desigualdades sociais, interseccionalidade, justiça social e equidade em saúde, a fim de desenvolver competências culturais que sustentem um cuidado humanizado e digno às populações quilombolas¹².

Na subcategoria “Discurso sanitário: direito à saúde”, gestores, lideranças quilombolas e trabalhadores do SUS avançam para uma perspectiva sanitária, compreendendo a saúde como um direito. Os recortes abaixo evidenciam tal inferência:

Ter um olhar diferenciado e fazer acontecer o princípio da equidade. É uma população diferente, tem que ser tratada como ela é [...]. As necessidades aqui são outras, acho que teria que ter um olhar, como é que fala, diferenciado mesmo, tratar eles de acordo com a necessidade (E1, gestor).

Promoção da saúde está conectada com a vivência, ela está conectada com o saber, com o local, ela está conectada aos direitos, às políticas sociais. Então, promoção da saúde vai para além do que é do entendimento do que é saúde-doença [...] (E3, liderança quilombola).

Promoção da saúde, o que eu penso é que é um direito a todos [...] exerce aquele direito que vem assegurado na Constituição Federal brasileira [...]. As políticas para nós são assim, no papel elas são muitas. A realidade é diferente para nós (E16, trabalhador da atenção básica).

Promoção à saúde é você dar qualidade, acessibilidade para as pessoas terem direito a exercer o direito dela, de ter acesso à saúde (E19, trabalhador da atenção básica).

O discurso sanitário expresso pelos participantes da pesquisa (E1, E3, E16 e E19) apoia-se em um novo pensamento e em uma nova ética, baseados tanto na construção e produção de conhecimentos em saúde quanto na prática

política voltada para a transformação social. Essa concepção de saúde tem como base intelectual o marxismo, que contempla a determinação social da doença e compreende a política como componente essencial para a mudança dos quadros sanitários²⁸.

Para Breilh²⁹, a determinação social opera nas dimensões da vida social (reprodução social), abrangendo aspectos materiais e imateriais, que se manifestam na qualidade da atividade profissional, nas modalidades típicas de consumo e nas formas de organização, relações políticas, culturais e ecológicas. O autor evidencia, contudo, a necessidade de pensar o desenvolvimento humano e a epidemiologia crítica a partir de uma perspectiva radical e emancipadora, na qual a ideia de saúde coletiva transcende o modelo preventivista centrado em fatores de risco. Nessa perspectiva, ampliam-se os campos de desenvolvimento da necessidade social em saúde, mediante planejamento participativo das ações, mecanismos de controle e avaliação social, bem como pela reconstrução de sistemas de informação capazes refletir a determinação social nos processos de saúde-doença.

Assim, a saúde não deve ser compreendida como uma condição exclusivamente individual, mas como um processo socialmente determinado. Esse pressuposto, entretanto, é frequentemente ofuscado pelo pensamento dominante da saúde pública, marcado pela hegemonia do modelo biomédico e preventivista, que reduz o problema aos limites estreitos dos distúrbios ou doenças, sua cura e prevenção em nível individual. Por outro lado, a determinação social considera a dialética entre as dimensões geral, particular e singular³⁰. Nesse sentido, discutir a saúde com os atores sociais da pesquisa, sob a perspectiva da promoção da saúde, mostrou-se fundamental para a construção de um planejamento participativo, capaz de problematizar, refletir e propor soluções voltadas à melhoria do bem viver da comunidade.

Categoria 2 – Desenvolvimento da promoção da saúde em comunidades quilombolas

Essa categoria evidencia tanto as fragilidades quanto as possibilidades no desenvolvimento da promoção da saúde em comunidades quilombolas. Na subcategoria “Políticas públicas e financiamento”, destacam-se dificuldades

relacionadas à garantia de direitos constitucionais básicos, em especial o acesso à saúde. Lideranças quilombolas, gestores e trabalhador da atenção básica analisam algumas das causas e efeitos dessas iniquidades em saúde:

Fatores econômicos, esses são os mais prejudiciais, porque, assim, muitas das vezes, o SUS não consegue cobrir tudo o que a gente necessita para ter um bem viver, para ter uma boa saúde, alimentação saudável [...]. Economicamente, nós estamos fora. Estamos fora dessas estatísticas de saúde [...] praticamente nós somos invisíveis para o que é econômico (E3, liderança quilombola).

Nós estamos aqui num local conhecido como corredor da miséria. O IDH [Índice de Desenvolvimento Humano] é muito baixo e infelizmente a pobreza aqui é extrema. Esse é o maior problema que nós temos. E para corrigir isso é difícil, porque infelizmente os nossos políticos hoje só olham os municípios grandes que têm votos (E27, gestor).

[...] os municípios quilombolas deveriam ter um investimento maior e uma política diferenciada [...]. Então, assim, precisa ter um olhar diferenciado para essa comunidade quilombola, devido à dificuldade de acesso, seria usar o princípio do SUS, que é a equidade (E2, gestor).

[...] A dificuldade de implantar essas políticas públicas eu digo que é falta de querer da gestão, seja ela no nível federal, estadual ou municipal (E16, trabalhador da atenção básica).

A liderança quilombola (E3) ressalta o fator econômico como o determinante social de saúde mais limitante para alcançar melhorias na qualidade de vida. Na fala do gestor (E27), o fator econômico também é citado como o maior entrave para a implantação de políticas de promoção da saúde.

Apesar do direito ao acesso universal e igualitário estar garantido na Constituição Federal e nos princípios do SUS, esse direito não é respeitado quando se trata de comunidades quilombolas. Tal realidade resulta do racismo institucional, compreendido como processo de naturalização e reprodução da desigualdade racial, praticado por instituições e organizações, que gera barreiras de acesso à saúde, iniquidades e violação de direitos humanos³¹. Além disso, a lei, por si só, não transforma realidades, é preciso mobilização, denúncia e fiscalização para que seja efetivada enquanto política pública.

O discurso do gestor (E2) e do trabalhador da atenção básica (E16) também desvela o racismo institucional, manifestado na ausência de políticas públicas no território. Esses achados corroboram com os resultados da pesquisa desenvolvida por Sousa, Santana e Santos³², que constatou a inexistência de políticas de promoção da equidade em saúde voltadas às comunidades remanescentes de quilombos no Estado de Goiás, bem como nos municípios estudados.

Desse modo, observa-se que o direito à saúde da população quilombola, por vezes, é inexistente ou débil, por não estar estruturado em um plano de políticas públicas, permanecendo um grande desafio³³. Fica evidente a invisibilidade dessa população, marcada por indicadores sociais como raça/cor, gênero e etnia, exposta à negligência do Estado, à ausência de políticas públicas e ao descumprimento dos princípios do SUS. Diante desse cenário, faz-se necessário investir em políticas de enfrentamento do racismo e em pesquisas que revelem suas lógicas de funcionamento. No campo da saúde, esses mecanismos de controle da vida podem ser compreendidos como dispositivos de biopoder, analisados a partir de uma perspectiva racial³¹.

Na subcategoria “Organizações públicas, privadas e da sociedade civil”, foram identificadas dificuldades dos serviços na implementação de políticas de promoção da saúde. Participantes da pesquisa refletem sobre a atuação da atenção básica, do Conselho Municipal de Saúde e de Organizações Não Governamentais no território quilombola:

[...] acho que ela [atenção básica] precisava fazer muito mais. Então, eu sugeri que a saúde fosse até as comunidades, para facilitar o acesso dessa população, que eles não têm, e a atenção básica não faz isso. Eles vão às vezes com a vacina, vão agora. Por quê? Porque têm que cumprir metas, entendeu? Parece que estão mais preocupados com o resultado da meta, porque gera recursos, do que pela saúde daquele povo (E1, gestor).

Política em termos de saúde é zero, zero mesmo, né [...]. Essa política de promoção de saúde, no meu ver, no quilombo, é zero [...]. Não tem promoção de saúde para dentro das comunidades, envolvendo a comunidade. A única coisa é esse acompanhamento de agente de saúde mesmo (E24, liderança quilombola).

Aqui no município não vejo tantas políticas. Acho que precisaria, na verdade, existir mais políticas públicas voltadas para a saúde. Acho que a gente não tem um

conselho municipal de saúde eficiente e eficaz, para que de fato pudesse aplicar as políticas públicas, voltadas para a saúde nas comunidades quilombolas. Eu vejo que há um déficit muito grande decorrente da falta de inúmeros serviços que acabam não sendo ofertados (E29, trabalhador da atenção básica).

O postinho de saúde parou para reforma e já tem tempo. E esse posto de saúde foi construído por uma ONG [Organização Não Governamental] em meses, sabe? Eles vieram aqui e construíram o postinho de saúde. Construíram um prédio da escola, com dois banheiros, com três salas de aulas e depois entregaram para a prefeitura, né? Só que está abandonado (E23, liderança quilombola).

Embora haja o reconhecimento da presença do agente comunitário de saúde nos territórios quilombolas, bem como de iniciativas de prevenção – como a vacinação contra a Covid-19 – e do apoio de Organizações Não Governamentais (ONGs), evidencia-se a fragilidade na construção e implementação de políticas de equidade em saúde.

Outra evidência refere-se à ineficácia dos Conselhos Municipais de Saúde enquanto controle social, uma vez que não cumprem seu papel de garantir o direito humano à saúde, deixando de debater e deliberar pautas de promoção da equidade voltadas às populações quilombolas. O controle social possui papel crucial na legitimidade das reivindicações, ao exercer pressão sobre a agenda de governo, influenciando a opinião pública e desconstruindo discursos e representações estigmatizantes, com vistas ao cumprimento das políticas públicas³⁴.

Por parte dos órgãos públicos federais, foi criado o Programa Brasil Quilombola (PBQ), financiado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), direcionado às comunidades tradicionais. O PBQ articula diversos outros programas, entre eles os de transferência de renda, inclusão produtiva e segurança alimentar e nutricional, visando potencializar a rede de proteção e promoção social³⁵. Para sua execução, o MDS estabelecia convênios com estados e municípios com o propósito de consolidar o compromisso nacional com o desenvolvimento social, provendo inclusão, autonomia sociopolítica e econômica dos povos tradicionais e, por fim, garantindo a dignidade de sobrevivência com sustentabilidade³⁵. Entretanto, a partir de 2019, o PBQ foi fortemente impactado com a política de austeridade, com drásticos cortes financeiros e destituição do Conselho

Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, comprometendo significativamente os programas de alimentação e, consequentemente, a segurança alimentar e nutricional dessa população.



A Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), revisada em 2017, também sofreu retrocessos, com redução de equipes e da cobertura da ESF, além da mudança no modelo de organização e financiamento, configurando uma lógica segmentada e fragmentada³⁶. Em 2019, o lançamento do Programa Previne Brasil (PPB) instituiu alterações no modelo de financiamento³⁷, desestruturando por completo a lógica da atenção básica e impactando negativamente o princípio da universalidade, ao descaracterizar a orientação do cuidado e atender aos anseios do capital nesse nível de atenção³⁶.

Esse novo modelo provocou mudanças profundas na política de atenção básica à saúde. O financiamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família foi extinto ou deixado a critério dos municípios, desarticulando a implementação de ações multiprofissionais e reduzindo as equipes da ESF, o que descaracterizou a lógica da atenção básica para orientação do cuidado. Enfatizou-se, ainda, o componente de desempenho, pautado em ferramentas gerencialistas, configurando um “SUS operacional” e impactando negativamente o princípio da universalidade. Essa escassez de recursos promoveu o estrangulamento do SUS e favoreceu tendências de privatização, constatando o poder neofascista do Estado³⁸. Cabe destacar que esse processo de mudança coincide com a política de austeridade e de arrocho fiscal, marcada pelo congelamento orçamentário na saúde por duas décadas, o que tem provocado o estrangulamento do SUS³⁶.

A fim de enfrentar as fragilidades locais, faz-se necessária a adoção da promoção da saúde como estratégia intersetorial, com ampla participação social, visando garantir o direito à saúde da população quilombola.

Na subcategoria “promotores da saúde quilombolas”, as associações quilombolas e a própria comunidade desempenham papel ativo na promoção da saúde:

É um local onde eles têm suas associações, têm os grupos que buscam melhorias para comunidade (E4, gestor).

Nossos braços, nossas pernas, são as associações, que sempre estão no território mesmo, assim, defendendo nos momentos de dificuldade [...]. A gente consulta advogado, faz ofício, Ministério Público. A gente vai com nossos direitos por ser uma comunidade tradicional e daí a gente vai buscar recursos sim (E23, liderança quilombola).

[...] primeiro a gente faz o tratamento aqui. Às vezes ajuda muito, né? Ah, é uma dor de cabeça, só uma dor de estômago, então a gente usa. Vai usando os remédios naturais. Quando não tem mais jeito nenhum, não tem remédio que cura aquela dor, ou aquela angústia, aí busca outros meios. Aí busca o médico, busca, vai na cidade [...]. Então, não é toda vez que sentir uma dor que vamos para a cidade, né? Então o uso de ervas medicinais é constante e todo mundo usa, né? (E24, liderança quilombola).

Evidenciam-se, nas falas (E4, E23 e E24), o empoderamento das lideranças quilombolas e suas estratégias de enfrentamento das iniquidades em saúde, corroborando o referencial da promoção da saúde, ao defenderem o fortalecimento das comunidades enquanto ferramenta importante para o alcance da equidade e da justiça social. Reconhece-se que o Estado nunca garantiu os direitos dos quilombolas: eles foram violados durante o período escravista e somente após um século e meio da abolição, suas terras lhes foram asseguradas pela Constituição Federal de 1988. Ainda hoje persistem irregularidades nas demarcações dos territórios tradicionais, gerando tensões e conflitos e, por consequência, o adoecimento físico e mental dessas comunidades³⁵.

O SUS e a sociedade em geral perpetuam disparidades e dispensam tratamento desigual a negros, quilombolas e indígenas, o que resulta em graves prejuízos à saúde desses grupos, em contraste com a população branca. Ademais o sistema de vigilância, ao levantar dados epidemiológicos, frequentemente deixa de agregá-los segundo raça/cor, gerando profundo impacto na saúde da população negra, em razão do racismo e das iniquidades raciais³⁹.

No âmbito internacional, estudo realizado nos Estados Unidos apontou que, para os afro-americanos e hispânicos que vivem em zona rural, as barreiras de acesso podem indicar desigualdades raciais. Nesse sentido, reconhece-se que o racismo sistêmico e histórico continua a moldar o acesso aos serviços de saúde⁴⁰.

No Brasil, nos séculos 20 e 21, as lideranças negras e os movimentos sociais tiveram papel central de luta, contribuindo efetivamente para o reconhecimento e a valorização dos seus direitos sociais⁴¹. Essa luta é permanente e está presente no discurso dos participantes da pesquisa, que destacam a importância das representações quilombolas, por meio de associações, para a conquista dos direitos sociais e para a garantia dos recursos necessários à sobrevivência, permanência e sustentabilidade dos territórios.

Os dados da pesquisa também ressaltam os conhecimentos tradicionais, em especial o uso de plantas medicinais como ferramenta de promoção da saúde. Os quilombolas detêm vasta experiência nessa prática, resultado de séculos de estreito contato e dependência da biodiversidade local, tanto como meio de subsistência quanto como recurso terapêutico⁴². Esses saberes, enraizados na sabedoria ancestral, permanecem vivos no território quilombola, uma vez que o cuidado é a ferramenta essencial para lidar com a negligência dos órgãos governamentais e a falta de políticas de promoção da equidade em saúde.

Segundo Lacerda⁴³, nas comunidades quilombolas, mesmo com os avanços culturais, ainda prevalece a cultura de subsistência, cujas manifestações possuem forte vínculo com o passado. Para essas comunidades, a concepção de saúde é fundamentada por princípios culturais expressos em práticas como a dança de roda e as músicas folclóricas, imbricadas nos saberes e nas práticas de saúde ancestrais que se perpetuam de geração em geração. Esses princípios civilizatórios afro-brasileiros garantem a promoção da saúde e a preservação cultural dessa comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, evidenciou-se que a promoção da saúde no território quilombola Kalunga ainda está longe de ser efetivada, constituindo um grande desafio para as lideranças e comunidades quilombolas, o controle social, gestores, trabalhadores do SUS, universidades, entre outros. Constatou-se a presença de inconsistências teóricas no conceito de promoção da saúde, a ausência de políticas de equidade em saúde

direcionadas ao território quilombola e a inabilidade do Estado no enfrentamento dos determinantes sociais de saúde.

Observou-se também certo apagamento da cultura quilombola por parte dos participantes da pesquisa, expresso pela negação de seus saberes e fazeres tradicionais, sem reconhecimento de suas práticas de cuidado e reforçando o paradigma da responsabilidade individual pela saúde. A pesquisa mostra ser urgente conhecer e compreender os processos de precarização e vulnerabilização a que as comunidades quilombolas estão submetidas, de modo a respeitar e fortalecer seus conhecimentos e sua cultura, garantindo, assim, o direito à vida.

Identificou-se, ainda, escassez de estudos relacionados a população quilombola Kalunga na literatura nacional, evidenciando a necessidade de novos projetos de pesquisa comprometidos com a produção de conhecimentos científicos que contemplem a promoção da equidade em saúde. É igualmente fundamental a inserção desse tema nos currículos de graduação e pós-graduação em saúde. A pesquisa revelou, por outro lado, potencialidades como os saberes e as práticas de trabalhadores, gestores e lideranças quilombolas alinhados ao referencial da promoção da saúde. Destaca-se que o enfrentamento das iniquidades em saúde acontece, sobretudo, pelo protagonismo das próprias lideranças e comunidades quilombolas, cujos saberes tradicionais atuam como potentes ferramentas de promoção da saúde no território.

A pesquisa comprovou, portanto, o potencial da educação popular e da promoção da saúde no processo de valorização dos diferentes saberes, no fortalecimento da participação popular e no reconhecimento da capacidade do coletivo de elaborar planejamento participativo com propostas de solução. Faz-se necessário, então, estabelecer um diálogo humano e empático para identificar fragilidades, necessidades, potencialidades e desafios, com vistas à efetivação de um planejamento participativo entre os segmentos da saúde, sociedade civil, controle social e lideranças quilombolas. Desse modo, é possível deliberar coletivamente sobre ações de promoção da saúde a serem desenvolvidos com a comunidade quilombola, capazes de promover empoderamento, visibilidade e sustentação de seus modos de permanência, com práticas produtivas sustentáveis centradas nos

saberes e fazeres ancestrais, assegurando sua existência e o cumprimento de seus direitos sociais.



Por fim, ressalta-se a importância de novos estudos relacionados à população quilombola, sendo crucial que a universidade dê continuidade aos projetos de pesquisa e extensão que aproximem o conhecimento científico da gestão estadual, local e da comunidade estudada, fortalecendo as parcerias intersetoriais e as políticas públicas do SUS, bem como de sustentabilidade ambiental, com vistas a alcançar equidade e melhorias no bem viver da comunidade.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Associação Quilombo Kalunga e à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás pela coparticipação na pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado em 9 abr. 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Políticas de promoção da equidade em saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado em 9 abr. 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_proccao_equidade_saude.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3ª ed. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 9 abr. 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado em 9 abr. 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Guia de diretrizes para a atenção integral à saúde das populações do campo, floresta e águas (CFA) e povos e comunidades tradicionais (PCTs). Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado em 9 abr. 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt->

br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-do-campo-da-floresta-das-aguas-povos-e-comunidades-tradicionais/guia-de-diretrizes-para-a-atencao-integral-a-saude-das-populacoes-do-campo-floresta-e-aguas-cfa-e-povos-e-comunidades-tradicionais-pcts.pdf/view



6. Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas. Racismo e violência contra quilombos no Brasil. Curitiba: Terra de Direitos; 2018. Disponível em:

[https://terradedireitos.org.br/uploads/arquivos/\(final\)-Racismo-e-Violencia-Quilombola_CONAQ_Terra-de-Direitos_FN_WEB.pdf](https://terradedireitos.org.br/uploads/arquivos/(final)-Racismo-e-Violencia-Quilombola_CONAQ_Terra-de-Direitos_FN_WEB.pdf)

7. Jesus V. Racializando o olhar (sociológico) sobre a saúde ambiental em saneamento da população negra: um continuum colonial chamado racismo ambiental. Saude Soc [Internet]. 2020 [citado em 9 abr. 2023];29(2):e180519. doi:10.1590/S0104-12902020180519.

8. Paiva SG, Klautau-Guimarães MN, Oliveira SF. Dinâmicas socioeconômicas e demográficas de comunidades quilombolas do Brasil Central: uma abordagem descritiva. Clim [Internet]. 2022 out [citado em 9 abr. 2023];22(6):611-25.

Disponível em:

<https://www.scilit.com/publications/b4dc3d5eee7d7ae24c934766e9413a58>

9. Gomes WS, Gurgel IGD, Fernandes SL. Determinação social da saúde numa comunidade quilombola: análise com a matriz de processos críticos. Serv Soc Soc [Internet]. 2022 jan [citado em 9 abr. 2023];143:140-61. doi:10.1590/0101-6628.275.

10. Castro AM. A assistência à saúde pública de idosos negros: um estudo em uma comunidade quilombola [dissertação na Internet]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2023 [citado em 9 abr. 2023]. Disponível em:

https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/27347?locale=pt_BR

11. Almeida CB, Santos AS, Vilela ABA, Casotti CA. Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira. Av Enferm [Internet]. 2019 abr [citado em 9 abr. 2023];37(1):92-103. doi:10.15446/av.enferm.v37n1.69141.

12. Freitas Jr RAO, Santos CAD, Lisboa LL, Freitas AKMSO, Garcia VL, Azevedo GD. Incorporando a competência cultural para atenção à saúde materna em população quilombola na educação das profissões da saúde. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2018 abr [citado em 9 abr. 2023];42(2):100-9. doi:10.1590/1981-52712015v42n2RB20170086.

13. Organização Mundial da Saúde. Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão [Internet]. Rio de Janeiro: Organização Mundial da Saúde; 2011 out [citado em 9 abr. 2023].

Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf>

14. Cardoso CS, Melo LO, Freitas DA. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. Rev Enferm UFPE [Internet]. 2018 abr [citado em 9 abr. 2023];12(4):1037-45. doi:10.5205/1981-8963-v12i4a110258p1037-1045-2018.

15. Vieira ABD, Monteiro PS. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da bioética de intervenção. Saude Debate [Internet]. 2013 out [citado em 9 abr. 2023];37(99):610-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GwYSxxVb5DCDkyrXhSxW4JG/>

16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 28 jul. 2025]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=22/09/2017&pagina=68>

17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017: consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 28 jul. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/legislacao/portaria-de-consolidacao-no-05-de-28-de-setembro-de-2017.pdf/view>

18. Bezerra AAC, Tanajura LLC. Pesquisa-ação sob a ótica de René Barbier e Michel Thiollent: aproximações e especificidades metodológicas. Rev Eletr Pesq Educ [Internet]. 2015 jun [citado em 9 abr. 2023];7(13):10-23. Disponível em: <https://periodicos.unisantos.br/pesquiseduca/article/view/408>

19. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Cienc Saude Colet [Internet]. 2012 mar [citado em 9 abr. 2023];17(3):621-6. doi:10.1590/S1413-81232012000300007.

20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e estados [Internet]. Brasília: IBGE; 2021 [citado em 9 abr. 2023]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/go/cavalcante.html>

21. Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas. Racismo e violência contra quilombos no Brasil [Internet]. Curitiba: Terra de Direitos; 2018 out [citado em 9 abr. 2023]. Disponível em: [https://terradedireitos.org.br/uploads/arquivos/\(final\)-Racismo-e-Violencia-Quilombola_CONAQ_Terra-de-Direitos_FN_WEB.pdf](https://terradedireitos.org.br/uploads/arquivos/(final)-Racismo-e-Violencia-Quilombola_CONAQ_Terra-de-Direitos_FN_WEB.pdf)

22. Assembleia Legislativa do Estado de Goiás. Comunidade Kalunga com suas tradições e cultura é mostrada na série Nossa História das redes sociais da Alego [Internet]. Goiânia: Assembleia Legislativa do Estado de Goiás. 2021 set [citado em 12 jun. 2024]. Disponível em: <https://portal.al.go.leg.br/noticias/120038/comunidade-kalunga-com-suas-tradicoes-e-cultura-e-mostrada-na-serie-nossa-historia-das-redes-sociais-da-alego>

23. Bardin L. Análise de Conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2015.

24. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. Em: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 43-57.

25. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis [Internet]. 2004 jan [citado em 9 abr. 2023];14(1):41-65. doi:10.1590/S0103-73312004000100004.

26. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; São Paulo: Editora Unesp; 2003.

27. Costa RP, Misoczky MC, Abdala PRZ. Do dilema preventivista ao dilema promocionista: retomando a contribuição de Sérgio Arouca. Saude Debate [Internet]. 2018 [citado em 9 abr. 2023];42(119):990-1001. doi:10.1590/0103-1104201811916.

28. Lemos CLS. A educação permanente em saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2023.

29. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.
30. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Publica [Internet]. 2013 dez [citado em 9 abr. 2023];31(supl 1):13-27. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12028727002>
31. López LC. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2012 jan [citado em 9 abr. 2023];16(40):121-34. doi:10.1590/S1414-32832012005000004.
32. Sousa SR, Santana FR, Santos FR. Políticas e programas de equidade em saúde das comunidades quilombolas de Goiás. Em: Moura AJ, organizadora. Saúde pública no século XXI: uma abordagem sobre condições sociais e saúde: Recife: Omnis Scientia; 2024. p. 12-27. doi:10.47094/978-65-6036-349-6/9-24.
33. Figueiredo AM. Política pública à população quilombola: a realidade de Sertão/RS [dissertação na Internet]. Erechim (RS): Universidade Federal da Fronteira Sul; 2021 [citado em 9 abr. 2023]. Disponível em: <https://rd.uffs.edu.br/handle/prefix/4662>
34. Dalosto CD. As políticas públicas e o problema da concretização dos direitos quilombolas no Brasil: o exemplo Kalunga [dissertação na Internet]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás; 2016 [citado em 9 abr. 2023]. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/items/bd762000-a98c-4a7f-9430-14cb78079e04>
35. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Guia de políticas sociais quilombolas: serviços e benefícios [Internet]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2009 [citado em 9 abr. 2023]. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/estante/guia-de-politicas-sociais-quilombolas-servicos-e-beneficios-do-mds/>
36. Macdowell PL, Santana FR. Análise do contexto de implantação das mudanças do modelo de financiamento da Atenção Básica em uma região de saúde paraense. Em: Tobias R, Leles FG, Lima MCRF, organizadores. Planejamento e Políticas de Saúde na Amazônia: fundamentos e caminhos. Porto Alegre: Rede Unida; 2024. p. 201-37. doi:10.18310/9786554621397.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Previne Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
38. Mendes A, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. Cad Saude Publica [Internet]. 2022 [citado em 9 abr. 2023];38(2):e00164621. doi:10.1590/0102-311X00164621.
39. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saude Soc [Internet]. 2016 [citado em 9 abr. 2023];25(3):535-49. doi:10.1590/S0104-129020162610.
40. Caldwell JT, Ford CL, Wallace SP, Wang MC, Takahashi LM. Intersection of living in a rural versus urban area and race/ethnicity in explaining access to health care in the United States. Am J Public Health [Internet]. 2016 [citado em 9 abr. 2023];106(8):1463-69. doi:10.2105/AJPH.2016.303212.
41. Sateles AJ, Lacerda RS. Desafios, concepções e vivências da promoção da saúde em comunidades quilombolas de Sergipe. Em: Seminário Nacional de Sociologia; 1-15 jan 2020; São Cristóvão (SE), Brasil. São Cristóvão (SE): Universidade Federal de Sergipe; 2020 [citado em 9 abr. 2023]. Disponível em:

<https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/13853/2/DesafiosConcepcoesVivenciasQuilombolas.pdf>

42. Oliveira DR, Krettli AU, Aguiar AC, Leitão GG, Vieira MN, Martins KS et al. Ethnopharmacological evaluation of medicinal plants used against malaria by quilombola communities from Oriximiná, Brazil. J Ethnopharmacol [Internet]. 2015 [citado em 9 abr. 2023];15(173):424-34. doi:10.1016/j.jep.2015.07.035.

43. Lacerda RS. Territorialidade, saúde e meio ambiente: conexões, saberes e práticas em comunidades quilombolas [tese na Internet]. São Cristóvão (SE): Universidade Federal de Sergipe; 2017 [citado em 9 abr. 2023]. Disponível em: <https://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/7928>

