doi: 10.5123/S2176-6223202501753

Entre saberes e direitos: saúde, cultura e resistência nas comunidades quilombolas da Amazônia sob a perspectiva da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)

Between Knowledge and Rights: Health, Culture, and Resistance in Amazonian Quilombola Communities from the Perspective of the National Policy for the Comprehensive Health of the Black Population (PNSIPN)

Edna Cristina Santos Franco[1,2,3], Amanda Moutinho Ataíde[3], Ana Paula Ferreira Pantoja[3], Danielle de Souza Chaves[3]

[1] *Universidade do Estado do Pará, Departamento de Desporto, Belém, Pará, Brasil*
[2] *Instituto Evandro Chagas, Seção de Patologia, Ananindeua, Pará, Brasil*
[3] *Centro Universitário da Amazônia, Curso de Medicina, Belém, Pará, Brasil*

RESUMO

OBJETIVO: O presente estudo analisa as desigualdades em saúde enfrentadas por comunidades quilombolas da Amazônia brasileira, considerando determinantes sociais, barreiras de acesso, saberes tradicionais de cuidado e os desafios de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). MATERIAIS E MÉTODOS: A pesquisa consistiu em uma revisão de literatura, com enfoque antropológico, abrangendo artigos científicos, documentos governamentais e multilaterais, além de livros que contextualizam aspectos históricos, legais e culturais. Os descritores utilizados foram: "quilombolas", "saúde pública", "antropologia médica", "políticas públicas em saúde" e "Amazônia". RESULTADOS: A saúde quilombola está intimamente ligada à territorialidade, espiritualidade e práticas ancestrais, sendo afetada por múltiplos determinantes sociais e estruturais. A precariedade no acesso aos serviços básicos de saúde, invisibilidade estatística e racismo institucional são barreiras significativas à efetivação da equidade. A pesquisa evidencia ainda a centralidade dos saberes tradicionais e da resistência das mulheres quilombolas no cuidado em saúde. A discussão mostra que, embora a PNSIPN represente um avanço normativo importante, sua implementação é desigual, especialmente em áreas remotas da Amazônia, carecendo de estratégias territorializadas e interculturais. CONCLUSÃO: A promoção da saúde quilombola requer um olhar interdisciplinar, atento às singularidades culturais, históricas e territoriais, alinhados aos ODS 3 e ODS 10. A Antropologia médica oferece ferramentas para reconhecer e valorizar saberes tradicionais, promovendo diálogo intercultural e subsidiando políticas públicas mais inclusivas. A superação do racismo estrutural e a adoção de práticas que respeitem singularidades históricas, culturais e territoriais são essenciais para assegurar o direito à saúde integral dessas populações.

Palavras-chave: Ecossistema Amazônico; Antropologia Médica; Quilombolas; Racismo Estrutural; Políticas de Saúde; Saúde das Minorias Étnicas.

ABSTRACT

OBJECTIVE: This study analyzes the health inequalities faced by *quilombola* communities in the Brazilian Amazon, considering social determinants, access barriers, traditional care practices, and the challenges in implementing the National Policy for the Comprehensive Health of the Black Population (PNSIPN). MATERIALS AND METHODS: The research consisted of a literature review with an anthropological approach, covering scientific articles, governmental and multilateral documents, and books addressing historical, legal, and cultural aspects. The descriptors used were: "quilombolas," "public health," "medical anthropology," "public health policies," and "Amazon." RESULTS: *Quilombola* health is closely linked to territoriality, spirituality, and ancestral practices, and is affected by multiple social and structural determinants. Limited access to basic health services, statistical invisibility, and institutional racism are significant barriers

Correspondência / Correspondence:
Edna Cristina Santos Franco
Universidade do Estado do Pará – Campus III CCBS,
Avenida João Paulo II, 817. Cep: 66095-490 – Bairro Marco – Belém, Pará, Brasil.
Tel.: + 55 (91) 3284-9803
E-mail: edna.franco@uepa.br

to achieving equity. The study also highlights the centrality of traditional knowledge and the resistance of *quilombola* women in health care. The discussion shows that although the PNSIPN represents an important normative advance, its implementation is uneven, especially in remote areas of the Amazon, requiring territorialized and intercultural strategies. CONCLUSION: Promoting *quilombola* health requires an interdisciplinary perspective sensitive to cultural, historical, and territorial specificities, aligned with SDG 3 and SDG 10. Medical Anthropology provides tools to recognize and value traditional knowledge, promote intercultural dialogue, and support more inclusive public policies. Overcoming structural racism and adopting practices that respect historical, cultural, and territorial singularities are essential to ensuring the right to comprehensive health for these populations.

Keywords: Amazonian Ecosystem; Anthropology, Medical; Quilombola Communities; Systemic Racism; Health Policy; Health of Ethnic Minorities.

INTRODUÇÃO

Conforme o Art. 2º do Decreto nº 4887/03, que regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades quilombolas, estas são definidas como "grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida"[1]. A regulamentação sobre o tema é fundamental e está intrinsecamente relacionada a questões histórico-culturais, uma vez que a abolição formal da escravatura no Brasil, ocorrida em 1888, ignorou inúmeros registros sobre a contribuição de negras e negros para a formação da sociedade brasileira, produzindo um silenciamento que, ao longo dos anos, resultou em desigualdades persistentes entre brancos e negros[2-4].

No estado do Pará, por exemplo, um estudo identificou 55 comunidades quilombolas distribuídas em cinco regionais: Guajarina I, Guajarina II, Nordeste Paraense, Tocantins e Marajó[2]. Essas comunidades têm origem no período colonial, quando a população negra escravizada chegou em grande número a partir da década de 1750 para trabalhar nos engenhos e nas frentes agrícolas da região[5]. Desde então, esses grupos enfrentam processos de apagamento, silenciamento e exclusão estruturados no racismo institucional, com repercussões na educação, na moradia, no acesso a direitos e, de modo particular, na saúde[2].

Em um contexto de intensas transformações socioambientais, as desigualdades raciais têm impacto direto sobre as condições de saúde da população quilombola[6]. A saúde, entendida como direito humano básico, está indissociavelmente ligada ao direito à vida e às condições de existência digna[7]. Os significados atribuídos à saúde e à doença variam entre comunidades, sendo atravessados por fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, espirituais e ambientais[8]. Estudos apontam que a ausência de infraestrutura básica, saneamento e transporte público limita o acesso aos serviços de saúde, sobretudo para comunidades distantes dos grandes centros. Nos centros urbanos, persistem barreiras simbólicas, como o preconceito e a discriminação no atendimento[9-11]. Além disso, para os quilombolas, a saúde está intimamente relacionada à terra, à produção alimentar, ao trabalho, ao uso de plantas medicinais e aos saberes tradicionais transmitidos oralmente[10,11].

Nesse cenário, o presente artigo dialoga com as reflexões propostas na seção temática da Revista Pan-Amazônica de Saúde: *Saúde e Meio Ambiente na Pan-Amazônia: ciência, território e resistência em frente às crises climáticas*, enfatizando que os modos de cuidado quilombolas não podem ser compreendidos sem considerar os impactos das mudanças climáticas e das desigualdades socioambientais. Tal perspectiva exige reconhecer a centralidade da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que incorpora o racismo como determinante social da saúde e busca reduzir as iniquidades no Sistema Único de Saúde (SUS). Ao mesmo tempo, relaciona-se aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente o ODS 3, sobre Saúde e Bem-estar, e o ODS 10, sobre Redução das Desigualdades, reforçando a atualidade e relevância do debate.

Do ponto de vista teórico, adotamos o decolonialismo como chave interpretativa, valorizando o protagonismo e os saberes quilombolas no enfrentamento das crises climáticas e na produção de práticas próprias de cuidado. Assim, este artigo tem como objetivo analisar as desigualdades em saúde enfrentadas por comunidades quilombolas da Amazônia brasileira sob uma perspectiva antropológica, com ênfase nos modos tradicionais de cuidado, nos impactos do racismo estrutural e nos desafios das políticas públicas. Pretende-se, portanto, promover uma reflexão crítica sobre as inter-relações entre saúde, doença, meio ambiente e cultura, articulando saberes tradicionais e modelo biomédico a partir de uma leitura decolonial.

MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa consiste em uma revisão de literatura, de caráter descritivo e interpretativo, com enfoque antropológico. A escolha pela revisão narrativa se justifica por possibilitar a reunião, organização e interpretação abrangente dos achados disponíveis, permitindo uma discussão ampliada sobre as desigualdades em saúde enfrentadas por comunidades quilombolas na Amazônia, em diálogo com perspectivas decoloniais e análises culturais.

Foram realizadas buscas por literatura científica nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico, SciELO e PubMed/Medline, durante o primeiro semestre de 2025. Os descritores utilizados foram: Amazônia, antropologia médica, saúde pública, políticas públicas em saúde e quilombolas, além de seus correspondentes em inglês. Foram selecionados artigos publicados, preferencialmente, entre 2020 e 2025, disponíveis na íntegra, em português, inglês ou espanhol. Alguns artigos anteriores a esse período foram incluídos devido à sua relevância e caráter estruturante para a análise.

Também foram considerados documentos governamentais e multilaterais diretamente relacionados ao tema, como a PNSIPN, relatórios do Ministério da Saúde, documentos normativos do SUS e relatórios da OPAS/OMS sobre determinantes sociais da saúde. Incluíram-se ainda livros e capítulos que forneceram suporte para a contextualização histórica, antropológica e teórica. Esses materiais permitiram compreender a organização social das comunidades quilombolas, os determinantes sociais da saúde e as perspectivas decoloniais adotadas na análise.

Os critérios de inclusão foram: (1) estudos que abordassem diretamente a população quilombola no contexto amazônico; (2) pesquisas que tratassem de políticas públicas de saúde, com ênfase na PNSIPN; (3) trabalhos com enfoque em determinantes sociais, saúde coletiva ou antropologia médica; (4) documentos oficiais de órgãos governamentais ou multilaterais relacionados ao tema. Os critérios de exclusão incluíram: (1) publicações que não abordassem a população quilombola ou a temática da PNSIPN; (2) estudos exclusivamente clínicos ou laboratoriais sem relação com determinantes sociais ou políticas públicas; (3) trabalhos que tratassem apenas de outras populações tradicionais sem inclusão de quilombolas; (4) documentos duplicados ou versões preliminares de estudos já publicados.

A seleção dos materiais ocorreu em duas etapas. Inicialmente, realizou-se a leitura de títulos e resumos para triagem, seguida da leitura integral para confirmação da elegibilidade. A análise foi conduzida por abordagem temática, categorizando as informações em eixos relacionados a determinantes sociais e barreiras de acesso à saúde, aplicação e efetividade da PNSIPN e aspectos culturais e antropológicos da promoção da saúde quilombola. Ao final, 22 artigos científicos, seis documentos governamentais e multilaterais e três livros compuseram o conjunto de fontes analisadas, cujos resultados estão apresentados nas seções seguintes.

RACISMO ESTRUTURAL, DESIGUALDADES EM SAÚDE E A PNSIPN

A PNSIPN, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006 e institucionalizada pela Portaria nº 992/2009, estabelece como prioridade a promoção da saúde integral da população negra, reconhecendo as desigualdades étnico-raciais históricas no acesso aos serviços de saúde e a necessidade de integrar saberes tradicionais ao cuidado. A PNSIPN propõe um modelo de atenção que articula saúde, território, cultura e memória histórica, buscando reduzir os efeitos do racismo estrutural no SUS[12,13].

A formulação da PNSIPN consolidou-se a partir dos anos 2000, impulsionada pelas reivindicações do movimento negro, pelos debates da 2ª Conferência Nacional de Saúde da População Negra e pela criação, em 2004, do Comitê Técnico de Saúde da População Negra no Ministério da Saúde. Esse processo resultou na aprovação da política pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006 e na sua institucionalização pela Portaria nº 992/2009, que reconheceu o racismo como determinante social da saúde e orientou o SUS à promoção da equidade racial[8,12,13]. Atualmente, a PNSIPN passa por revisão e fortalecimento de sua implementação, com o Ministério da Saúde ampliando a articulação intersetorial e o monitoramento de indicadores de equidade. Persistem desafios na territorialização das ações e na formação de profissionais com competência étnico-racial, embora se observem avanços, como a criação de planos locais e observatórios voltados à saúde da população negra[12-14].

Apesar do marco normativo robusto, a implementação da PNSIPN enfrenta obstáculos concretos, especialmente em territórios de difícil acesso, como os quilombos amazônicos. Entre esses desafios estão a escassez de profissionais capacitados para atuar em contextos isolados, a inexistência de estratégias territorializadas, a limitada valorização dos saberes tradicionais e a ausência de monitoramento sistemático de indicadores específicos[12,14]. Tais lacunas refletem a persistência do racismo estrutural, evidenciado pela invisibilidade das populações negras nos planos de saúde, na coleta de dados e na formulação de políticas públicas[6,15].

As comunidades quilombolas surgiram no século XVII como refúgio de afrodescendentes fugidos da escravização colonial e, ao longo de quatro séculos, consolidaram modos de vida característicos, marcados por práticas culturais, coletivas e de resistência[2,5,16]. No entanto, o acesso aos serviços de saúde continua limitado. Estudos indicam que mulheres quilombolas enfrentam dificuldades significativas no acompanhamento de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, devido à escassez de exames e ao atendimento local, relatando: "Pra nós do quilombo, tudo é mais difícil"[17].

A infraestrutura das unidades básicas de saúde (UBS) em regiões afastadas evidencia essas desigualdades, já que apenas 49% possuem acesso à internet e 19% dispõem de geladeiras para armazenamento de medicamentos[6]. A ausência de dados desagregados por etnia reforça a invisibilidade estatística e dificulta o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas, repetindo padrões já observados entre povos indígenas[6,15]. O racismo institucional manifesta-se ainda no desprezo pela territorialidade,

espiritualidade e saberes tradicionais quilombolas, resultando em pior acesso a exames preventivos, maior mortalidade materna e baixa qualidade do cuidado[18-20].

Nesse contexto, a resistência quilombola constitui elemento central na preservação da saúde e da cultura. Mulheres quilombolas assumem papéis de liderança como guardiãs da memória coletiva, transmitindo saberes de cuidado baseados em práticas terapêuticas tradicionais, uso de plantas medicinais e espiritualidade de matriz africana[21-23]. Um marco desse processo foi a Resolução nº 715/2023 do Conselho Nacional de Saúde, que reconhece casas de religião e unidades de matriz africana como equipamentos complementares do SUS, evidenciando o potencial de integração entre saberes tradicionais e saúde formal[12].

Entretanto, avançar na efetivação da PNSIPN ainda exige estratégias que combinem o reconhecimento cultural e territorial dos quilombolas, o fortalecimento das redes comunitárias de cuidado, a formação de profissionais de saúde com sensibilidade étnico-racial, o monitoramento de indicadores específicos que permitam avaliar a política e a valorização das práticas tradicionais como componente legítimo da atenção à saúde[9,12,14]. Somente a articulação desses elementos permitirá que a PNSIPN se transforme de um marco legal em uma política efetiva, capaz de reduzir desigualdades históricas e enfrentar o racismo estrutural que atravessa o acesso à saúde no Brasil, garantindo a integralidade do cuidado à população negra, especialmente às comunidades quilombolas amazônicas[2,12-14,19-24].

DETERMINANTES TERRITORIAIS E CULTURAIS DA SAÚDE DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS NA AMAZÔNIA

A saúde das populações quilombolas na Amazônia é moldada por determinantes históricos, territoriais, sociais e culturais, que extrapolam fatores biomédicos. Por serem descendentes de africanos escravizados, essas comunidades apresentam identidade social e histórica própria, marcada por ancestralidade comum, formas específicas de organização política e social e elementos linguísticos e religiosos[5,15,25].

A Amazônia Legal abriga a maior concentração de pessoas quilombolas do Brasil. Segundo o Censo 2022, cerca de 32,11% da população quilombola reside nessa região, totalizando mais de 426 mil pessoas, sendo o Pará o estado com o maior número de territórios quilombolas oficialmente delimitados[26]. Conforme o Instituto de Terras do Pará (ITERPA), há 98 territórios registrados, dos quais 56 possuem título de posse da terra, a maioria localizada no Nordeste Paraense[27]. Estudos indicam que o número total de quilombos no estado ultrapassa 520, embora a maioria ainda não possua reconhecimento oficial[2,15].

A insegurança territorial, marcada pela dificuldade de titulação das terras quilombolas, impacta diretamente a saúde dessa população, restringindo o acesso a políticas públicas essenciais, como saneamento, atenção primária à saúde e segurança alimentar. Embora o Decreto nº 4.887/2003 estabeleça os procedimentos de identificação e titulação, fatores como racismo estrutural e institucional — reconhecidos pela PNSIPN — continuam a gerar barreiras simbólicas e discriminatórias que, somadas às condições socioeconômicas, educacionais e à localização geográfica, influenciam o acesso e o uso dos serviços de saúde[13].

A literatura disponível sobre saúde quilombola ainda é limitada, tanto pelo gigantismo da região amazônica quanto pelo baixo número de pesquisas realizadas na região Norte. Estudos apontam três elementos estruturantes da vida quilombola: (i) o modo de vida rural; (ii) a luta pela titulação e permanência no território; e (iii) as relações étnico-raciais que moldam seus modos de viver e cuidar da saúde[11].

ANTROPOLOGIA DA SAÚDE: PERSPECTIVAS CULTURAIS SOBRE SAÚDE E DOENÇA NO CONTEXTO QUILOMBOLA

A Organização Mundial da Saúde define saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades"[28]. A aplicação dessa definição em políticas e serviços de saúde frequentemente segue padrões urbanos e "brancos", desconsiderando a diversidade cultural das populações tradicionais, como os quilombolas, que vivem em territórios rurais afastados dos grandes centros[16].

Estudos indicam que, enquanto a população urbana dispõe de acesso mais regular a serviços de saúde e infraestrutura, os quilombolas enfrentam barreiras territoriais, socioeconômicas e culturais que contribuem para maior prevalência de doenças crônicas, parasitoses, infecções respiratórias e problemas de saúde materno-infantil[9,18]. Ademais, nas comunidades quilombolas, a saúde é compreendida de forma ampla, articulando cuidados com o corpo, a comunidade e o território. O processo de adoecimento não é entendido apenas como falha orgânica individual, mas como desequilíbrio social, ambiental e espiritual, integrando relações com plantas medicinais, animais e o espaço natural. Nessa perspectiva, a tríade "curador-doente-comunidade" ilustra essa interdependência[10,11,18,22].

Essa compreensão dialoga com observações da Comissão Pastoral da Terra, que destaca que as práticas de cuidado nas comunidades estão profundamente relacionadas à proteção do território, ao manejo dos recursos naturais e à valorização das tradições locais, como o plantio de matas ciliares, a conservação de nascentes e a preservação de saberes espirituais e ancestrais[29,30]. Tais práticas, associadas ao uso de ervas medicinais, à atuação de parteiras e rezadeiras e a rituais de espiritualidade, demonstram que a saúde nessas comunidades não se restringe ao atendimento médico, mas se articula com a sustentabilidade ambiental, a vida coletiva e a resistência cultural[31].

Essa valorização dos saberes tradicionais e a resistência às práticas hegemônicas de cuidado refletem uma perspectiva decolonial, ao reconhecer que a saúde não pode ser dissociada do território, das memórias históricas e da cultura local. Essa abordagem enfatiza a importância da espiritualidade, da coletividade e do território no processo de cura, articulando práticas tradicionais com estratégias interculturais de atenção à saúde[17,21,24,31]. Nesse sentido, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável reforçam essa visão integrada: o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) e o ODS 10 (Redução das Desigualdades) dialogam diretamente com as necessidades quilombolas, ao promover acesso universal, respeitar diferenças culturais e geográficas e considerar determinantes sociais[13,28]. Estudos apontam a centralidade do território, da socioecologia e dos saberes comunitários no cuidado à saúde, enquanto relatórios da Comissão Pastoral da Terra reforçam que a saúde nas comunidades quilombolas está intrinsecamente ligada à luta pela terra, à espiritualidade e à vida coletiva, articulando-se com os ODS na construção da justiça social e na redução das desigualdades[10,11,18,29,30].

Em síntese, a saúde quilombola articula práticas de cuidado tradicionais, resistência cultural e estratégias comunitárias frente às desigualdades estruturais. A valorização desses saberes, associada à implementação territorializada de políticas públicas e ao alinhamento com as metas dos ODS, constitui caminho fundamental para superar a percepção hegemônica da saúde e garantir bem-estar integral às populações tradicionais. Considerando o conjunto dos resultados discutidos nos tópicos anteriores, elaborou-se a Tabela 1, que apresenta de forma resumida os principais estudos, documentos e livros analisados, destacando seus objetivos, metodologias, contextos e contribuições para a compreensão do racismo estrutural, das desigualdades em saúde e da efetivação da PNSIPN.

À luz dos textos analisados, observa-se que a incorporação dos saberes tradicionais quilombolas ao SUS constitui eixo essencial para a efetividade da PNSIPN e para a construção de uma atenção culturalmente sensível. Essa integração manifesta-se na atuação de agentes comunitários quilombolas, no uso de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas e no reconhecimento de práticas espirituais e terapêuticas de matriz africana como complementares ao cuidado biomédico[20,28,31].

Experiências relatadas em comunidades do Pará, Rio Grande do Norte e Alagoas demonstram que a articulação entre saberes locais e práticas profissionais fortalece o vínculo entre serviço e comunidade, ampliando o acesso e a continuidade do cuidado[17,20,28,31]. Ademais, a Resolução nº 715/2023 do Conselho Nacional de Saúde, que reconhece casas de religião e espaços de matriz africana como equipamentos complementares do SUS, representa marco nesse processo, evidenciando o potencial da integração entre ciência, território e ancestralidade[22,24,25-31].

Tabela 1 – Síntese dos estudos e documentos analisados sobre racismo estrutural, desigualdades em saúde e a PNSIPN

Autor/Ano	População ou Contexto	Principais achados / contribuições	Relevância para a PNSIPN
Penha, Silva e Machado[2]	Comunidades quilombolas amazônicas	Evidenciam o racismo institucional na gestão pública e a precarização do acesso à saúde nos quilombos.	Fundamenta a necessidade de territorializar a PNSIPN e valorizar saberes tradicionais.
Santos Brito et al.[11]	Mulheres quilombolas	Relata dificuldades de acesso ao pré-natal e ao atendimento no SUS.	Destaca desigualdades raciais e de gênero na saúde reprodutiva.
Ministério da Saúde[13]	Política pública federal	Institui a PNSIPN como estratégia de combate ao racismo e de promoção da equidade em saúde.	Marco normativo da saúde da população negra.
Batista et al.[14]	População negra e determinantes sociais	Identificam desigualdades na atenção a doenças crônicas e ausência de monitoramento de indicadores raciais.	Reforça a importância de dados desagregados por raça/cor para a efetivação da PNSIPN.
Oliveira et al.[17]	Quilombolas do Pará	Apontam barreiras logísticas e culturais no acesso à atenção básica.	Demonstra falhas na implementação local da PNSIPN.
Gomes[19]	Movimento negro no Brasil	Analisa o papel do movimento negro na construção de políticas afirmativas e de equidade.	Contextualiza a gênese política da PNSIPN e o enfrentamento do racismo estrutural.
OMS[28]	Populações vulnerabilizadas	Reafirma o racismo estrutural como determinante social da saúde.	Sustenta a necessidade de monitoramento racial em perspectiva global.
Resolução CNS nº 715/2023[32]	Casas de religião de matriz africana	Reconhece espaços tradicionais como promotores de saúde.	Amplia o conceito de cuidado e legitima práticas de saúde afro-brasileiras.

Fonte: autores

LIMITAÇÕES DO ESTUDO E LACUNAS DE EVIDÊNCIA

A produção científica sobre a saúde quilombola permanece marcada por lacunas estruturais decorrentes da invisibilidade histórica dessas populações nos sistemas de informação e na agenda nacional de pesquisa. A maior parte dos estudos concentra-se em contextos urbanos ou nas regiões Sul e Sudeste, enquanto a Amazônia — que abriga a maior população quilombola do país — segue sub-representada. Além disso, a ausência de dados desagregados por raça/cor, território e cultura limita a compreensão das desigualdades em saúde e dificulta o monitoramento da implementação da PNSIPN.

A literatura tende a privilegiar abordagens biomédicas, desconsiderando dimensões simbólicas, espirituais e ecológicas que estruturam o cuidado quilombola. Essa perspectiva reforça lacunas epistemológicas e invisibiliza práticas de cura e cuidado baseadas na ancestralidade e na relação com o território. Evidencia-se, portanto, a necessidade de pesquisas que incorporem epistemologias de base comunitária e saberes tradicionais, promovendo ciência socialmente engajada e capaz de sustentar políticas públicas efetivas e culturalmente sensíveis.

As lacunas de evidência indicam a urgência de ampliar estudos empíricos sobre a efetividade da PNSIPN em contextos quilombolas, além de desenvolver investigações que abordem a interface entre racismo estrutural, saúde e território. Faltam ainda pesquisas que articulem saberes tradicionais às práticas biomédicas no âmbito do SUS, de modo a subsidiar políticas públicas interculturais, territorializadas e sustentáveis, especialmente em regiões historicamente negligenciadas, como a Amazônia.

CONCLUSÃO

Compreender a realidade das comunidades quilombolas na Amazônia exige mais do que reconhecer seus modos de vida e a luta histórica pela terra, requer também a formulação e implementação de políticas públicas que respeitem suas especificidades culturais e assegurem acesso efetivo à saúde de forma integral e equitativa.

Nesse contexto, os determinantes sociais da saúde devem ser considerados em estudos e práticas voltadas às comunidades remanescentes de quilombos, a fim de construir modelos eficazes de atenção, baseados em evidências e alinhados às realidades locais. Para isso, é fundamental que os profissionais de saúde conheçam os territórios, valorizem a sabedoria presente nas comunidades, estejam sensibilizados às suas experiências, reconheçam os saberes tradicionais e atuem com empatia e respeito às formas próprias de viver e cuidar.

Garantir saúde com justiça para as comunidades quilombolas da Amazônia não se limita à ampliação do acesso aos serviços. Requer a implementação e o fortalecimento de políticas públicas que respondam aos anseios dessas comunidades, como a garantia da titulação dos territórios, o fortalecimento da atenção primária com equipes multidisciplinares capacitadas para o trabalho intercultural e a criação de protocolos de atenção à saúde quilombola que considerem as dimensões simbólicas e espirituais do cuidado. A escuta ativa e a valorização dos saberes locais são fundamentais nesse processo e o cuidado deve ser entendido como forma de resistência e afirmação da identidade diante das exclusões historicamente impostas.

Recomenda-se ainda a inserção permanente dos saberes tradicionais nos processos de formação em saúde, por meio de disciplinas, estágios e projetos de extensão desenvolvidos nos territórios quilombolas. A integração entre práticas populares e conhecimentos biomédicos deve ser estimulada no Sistema Único de Saúde, por meio de políticas de fitoterapia, hortas medicinais comunitárias e valorização de parteiras, raizeiros e benzedeiras, conforme experiências exitosas descritas em diferentes regiões do país.

Conclui-se que a promoção da saúde quilombola na Amazônia requer olhar interdisciplinar, crítico e comprometido com os princípios da equidade e da justiça social, alinhado aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) e ODS 10 (Redução das Desigualdades). A antropologia médica contribui de modo significativo ao oferecer ferramentas para analisar diálogos, reconhecer e valorizar saberes comunitários e promover interculturalidade na construção de políticas públicas mais inclusivas.

A efetiva aplicação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e o avanço da Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola dependem da superação do racismo estrutural, da participação social ativa das comunidades quilombolas nos espaços de decisão e da adoção de práticas que respeitem suas singularidades históricas, culturais e territoriais, reafirmando o direito à saúde integral e à vida com dignidade.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a todos os profissionais e estudantes que dedicaram seu tempo para apoiar as etapas de coleta de dados desta pesquisa.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declararam não haver conflitos de interesses.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

ECSF e DSC participaram da concepção e delineamento do estudo. ECSF, AMA e APFP realizaram a coleta de dados e a redação do manuscrito. ECSF e DSC efetuaram a revisão crítica do texto. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1 Brasil. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 4 (21 nov., 2003).

2 Penha KS, Silva GM, Machado MC. Quilombos e quilombolas na Amazônia: os desafios para o (re) conhecimento. Brasília: ECAM/CONAQ, 2020. Disponível em: https://ecam.org.br/wp-content/uploads/2020/06/Quilombos-e-Quilombolas-na-Amaz%C3%B4nia-Os-Desafios-para-o-re-conhecimento.pdf Acesso 28 abr. 2025

3 Alves ECS, Rocha ACC. A discriminação da população negra no mercado de trabalho brasileiro pós abolição. Iniciaç. Form. Docente. 2021; 8(2): 428-440.

4 Santos JA. Por uma abolição a contrapelo: trabalho, cotidiano e resistência da população negra em Maceió (1879–1897). 2023. Disponível em: http://www.repositorio.ufal.br/jspui/handle/ 12 3456789/13240. Acesso 28 abr. 2025

5 Trindade GP, Santos GV. História da Amazônia e os quilombos: uma breve reflexão sobre a existência das comunidades quilombolas na Amazônia como parte de sua formação histórica. Rev. Saberes da Amazôn. 2023; 8(14): 219-236. DOI: https://doi.org/10.31517/rsa.v8i14.91

6 Rocha R, Camargo M, Falcão L, Silveira M, Thomazinho G. A saúde na Amazônia legal: evolução recente e desafios em perspectiva comparada. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2021. Disponível em: https://ieps.org.br/sdc_ download/13411/?key=hpslkj2q7axua72jeigemrix4bh0i8. Acesso 28 abr. 2025

7 Alvarenga RZ. Direitos humanos e direitos fundamentais: conceito, objetivo e diferença. Revista Eletrônica do TRT9. 2019; 8(78): 22-31. Disponível em: https://hdl.handle.net/20.500.12178/159631. Acesso 28 abr. 2025

8 Siqueira, CA, Paula AC. Políticas de saúde quilombola no Brasil: gênese, desenvolvimento e avaliação. Rev. Odeere. 2024; 9(3): 6. DOI: 10.22481/odeere.v9i3.15277

9 Pereira RN, Mussi RFF. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. Rev. Odeere. 2020; 5(10): 280-303. DOI: 10.22481/odeere.v5i10.6938

10 Gomes WS, Gurgel IGD, Fernandes SL. Saúde quilombola: percepções em saúde em um quilombo do agreste de Pernambuco/Brasil. Saúde Soc. 2021; 30, e190624. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902021190624

11 Santos Brito R, Silva Santos MA, Luders Fernandes S, Parra-Valencia L. Práticas de cuidado em saúde numa comunidade quilombola do agreste alagoano. GeoUECE. 2024; 13(25), 1-20. DOI: https://doi.org/10.52521/geouece.v13i25.12467

12 Araújo ILF, Ribeiro LP. A saúde da população negra e as políticas no século XX: é nas encruzilhadas que encontramos resistências, emancipações e mortes. Cad. Saúde Pública. 2025; 41, p. e00080224. DOI: 10.1590/0102-311XPT080224

13 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

14 Batista LE, Barros S, Silva NG, Tomazelli PC, Silva A, Rinehart D. Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Saúde Soc. 2020; 29(3): p. e190151. DOI: 10.1590/S0104-12902020190151

15 Pereira VDC, Galvão JAS, Vilhena AT, Vilhena WNM. Comunidades tradicionais quilombolas do estado do Pará, territórios e políticas públicas de saúde. Contrib. cienc. soc. 2024; 17(5): 1-14. DOI: 10.55905/revconv.17n.5-037

16 Ravena Cañete TM. "POPULAÇÕES TRADICIONAIS": ORIGENS, DEFINIÇÕES E USOS DENTRO DA ANTROPOLOGIA BRASILEIRA. Vivência: Revista de Antropologia. 2023; 1(61), 325-358. DOI: 10.21680/2238-6009.2023v1n61ID28044.

17 Oliveira PSD, Miranda SVC, Queiroz PSF, Santos BA, Neto JFR, Sampaio CA. Itinerários terapêuticos de mulheres quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2024; 29, p. e01762023. DOI: 10.1590/1413-81232024293.01762023

18 Filgueiras LA, Silva HP. Socioecologia e saúde de populações Quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. Tessituras. 2020; 8(2): 351-370. DOI: https://doi.org/10.15210/tes.v8i2.18448

19 Gomes NL. O movimento negro educador: saberes construídos nas lutas por emancipação. Petrópolis: Vozes, 2017.

20 Lessa MSDA, Nascimento ER, Coelho EDAC, Soares IDJ, Rodrigues QP, Santos CADST *et al*. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. Ciênc. Saúde colet. 2022; 27, 3881-3890. DOI: 10.1590/1413-812320222710.01282022

21 Lima CRM, Faustino ES, Castro MR, Simões KO, Ferreira, AGC. A farmácia de plantas medicinais e fitoterápicos para doenças comuns nas crianças pequenas nas comunidades quilombolas. Rev. Bibliomar [online]. 2025; 24(1): 1-24. Disponível em: http://hdl.handle.net/10183/292340

22 Nascimento MTA, de Carvalho JFC, da Silva BCM, de Castro Farias IS, de Castro, NJC. Vida quilombola na comunidade de Itacuruçá, Pará. Novos Cad. NAEA (Online), 2023; 26(2), 89-110. DOI: 10.18542/ncn.v26i2.12861

23 Araújo IMM, da Silva JF, Peixoto HJA, Vieira KFA, Silva MFB. Saberes e práticas populares em saúde da comunidade tradicional Acauã, Rio Grande do Norte: plantas quilombolas e ecologia decolonial. Rev. Ed. Popular, 2024; 23(3), 109-124. Disponível em: file:///C:/Users/PC/Downloads/Saberes_e_praticas_populares_em_saude_da_comunidad.pdf Acesso em: 20 set. 2025.

24 Tsing AL. Viver nas ruínas: paisagens multiespécies no Antropoceno. Horiz. Antropol. 2019; 25(55): 353-357. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832019000300015

25 Amador EO, Pinheiro PNQ, Silva PA, Sandim DB, Dias EGR, Lima LNGC *et al*. Determinantes sociais em saúde como fator de impacto na assistência em saúde para populações quilombolas: uma revisão sistemática. Rev. Eletrônica Acervo Saúde. 2024; 24(4): e14922-e14922. DOI: https://doi.org/10.25248/reas.e14922.2024

26 Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Territórios quilombolas: informações territoriais e sociodemográficas. 1ª edição. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://www.ibge.gov.br. Acesso em: 15 jun. 2025.

27 Instituto de Terras do Pará (ITERPA). Territórios quilombolas. Belém: ITERPA, 2021. Disponível em: https://www.iterpa.pa.gov.br/quilombolas. Acesso em: 16 jun. 2025.

28 Organização Mundial da Saúde. Social determinants of health. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health. Acesso em: 15 jun. 2025.

29 COMISSÃO PASTORAL DA TERRA. Terra, corpo e território. 2020. Disponível em: https://cptnacional.org.br/2020/07/14/terra-corpo-e-territorio/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 20 set. 2025.

30 COMISSÃO PASTORAL DA TERRA. Jornal Pastoral da Terra, 2025; 263(49),1-9. Disponível em: https://cptnacional.org.br/wp-content/uploads/2025/03/jornal-pastoral-da-terra-ed-263.pdf?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 20 set. 2025.

31 Sousa RDFD, Rodrigues ILA, Pereira AA, Nogueira LMV, Andrade EGRD, Pinheiro AKC. Condições de saúde e relação com os serviços de saúde na perspectiva de pessoas de quilombo. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2023; 27, e20220164. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0164pt.

32 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 715, de 20 de julho de 2023. Dispõe sobre as diretrizes para a Política Nacional de Promoção da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF (21 jul., 2023).

Recebido em / Received: 25/8/2025
Aceito em / Accepted: 21/10/2025

Este artigo compõe a Seção Temática "Saúde e Meio Ambiente na Pan-Amazônia: Ciência, Território e Resistência em tempos de crise climática" em alusão à 30ª Conferência das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas (COP 30).

Como citar este artigo / How to cite this article:

Franco ECS, Ataíde AM, Pantoja APF, Chaves DS. Entre saberes e direitos: saúde, cultura e resistência nas comunidades quilombolas da Amazônia sob a perspectiva da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Rev Pan Amaz Saude. 2025;16:e202501753. Doi: https://doi.org/10.5123/S2176-6223202501753