23 DESAFIOS NO ACESSO À SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA NO AGRESTE PERNAMBUCANO

Glebson Costa Alves[1]
Melba Santiago Menezes[2]
Robson Cruz Ramos da Silva[3]
Leonardo de Barros Lopes[2]
Vitor Nascimento Goes[2,4]

[1]Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[3]Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[4]Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap23

RESUMO

O presente relato de experiência detalha a articulação entre universidade, gestão estadual e lideranças locais para implantar um projeto de extensão e realizar o levantamento das necessidades de saúde do Quilombo Serra Verde, em Caruaru-PE. O objetivo central foi compreender as dinâmicas de saúde e identificar os principais entraves enfrentados pela comunidade no cotidiano do território. Os achados revelam que as necessidades de saúde da população transcendem a assistência clínica convencional, estando profundamente vinculadas aos determinantes sociais e às barreiras estruturais. A vivência

evidenciou que o acesso é limitado por barreiras geográficas que dificultam grande parte do cuidado em saúde na rede municipal. Destacam-se o protagonismo feminino na organização comunitária, os impactos da urbanização e a persistência de lacunas assistenciais históricas. As discussões reforçam que o fortalecimento de normativas nacionais e o aporte de recursos financeiros recentes são passos decisivos para mitigar marginalizações históricas. Conclui-se que a promoção da equidade em saúde no contexto quilombola exige uma escuta sensível às especificidades do território, integrando saberes tradicionais, o fomento à intersetorialidade e a implementação efetiva de políticas públicas para assegurar a dignidade humana no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Equidade no acesso aos serviços de saúde, Quilombolas, Políticas públicas de saúde

INTRODUÇÃO

A população quilombola enfrenta diversos desafios no Brasil, pois historicamente são atravessadas pelas desigualdades sociais, que impactam diretamente nas condições de saúde e no acesso aos serviços disponíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS)[1].

As comunidades quilombolas são reflexos dos processos históricos de exclusão, racismo estrutural, invisibilidade, vulnerabilidade e grande parte destes territórios enfrentam dificuldades de acesso na Atenção Primária à Saúde (APS), barreiras geográficas relacionadas a distância dos serviços de saúde, escassez de transporte, saneamento básico precário, além de políticas públicas insuficientes para atender às realidades socioculturais desta população[2].

Dessa forma, é essencial discutir a equidade em saúde, compreendendo como a Determinação Social da Saúde tem relação direta com o processo saúde-doença dessas populações. Soma-se a isso, a necessidade de reconhecer os saberes tradicionais, as lideranças comunitárias, entendendo como a comunidade quilombola

se organiza socialmente, para a construção de práticas de cuidados pautadas na justiça social e culturalmente adequadas[3].

Nesse sentido, existem normativas nacionais que asseguram e representam avanços nas garantias de direitos, apesar de existir lacunas significativas para a sua efetivação e implementação nos territórios quilombolas, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA)[4,5].

Vale ressaltar que a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) criou a Coordenação de Atenção à Saúde dos Povos e Comunidades Tradicionais (CASPCT) em 2024. Pioneira no país, a pasta foi estabelecida para atender às demandas específicas e acompanhar a saúde dessas populações, que abrangem 33 etnias distintas, entre elas a população quilombola.

Diante do pressuposto, o presente relato de experiência busca apresentar a vivência no território quilombola Serra Verde, no município de Caruaru-PE, demonstrando as percepções acerca das condições de acesso à saúde, as principais demandas identificadas e necessidades deste território.

METODOLOGIA

O cenário da atividade é o município de Caruaru, localizado no Agreste de Pernambuco, a aproximadamente 130 km da capital, Recife. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística[6], o município possui uma extensão territorial de 979.069 km² e uma população estimada em 318.048 habitantes.

A experiência vincula-se ao projeto de extensão em Fisioterapia em Comunidades Quilombolas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) que, após atuações nos quilombos Onze Negros, no Cabo de Santo Agostinho-PE e em Ilha das Mercês em Ipojuca-PE, pretende expandir suas atividades para o Quilombo de Serra Verde, em Caruaru-PE.

A iniciativa é realizada em parceria com a SES-PE, por meio da CASPCT. O projeto prevê visitas mensais à comunidade, fundamentadas na necessidade de acompanhamento por equipes multiprofissionais e na dificuldade de acesso a esses serviços, visando promover e ampliar a assistência à saúde no território.

Para a viabilização da proposta no quilombo Serra Verde, realizou-se uma articulação prévia entre a CASPCT, a liderança local e os residentes de Saúde do Campo que atuam no território quilombola, com a finalidade de alinhar o diálogo entre as partes. A reunião ocorreu no Instituto de Mulheres Quilombolas de Caruaru-Dandara's, instituição fundada pela união de mulheres focada em melhorias comunitárias e reconhecida legalmente pela Fundação Cultural Palmares em 2024, o encontro teve a duração de 2h.

A reunião de articulação iniciou-se com a apresentação de todos os presentes em uma roda de conversa, contando com a participação da coordenadora da CASPCT-SES/PE, cinco representantes do quilombo Serra Verde, incluindo a liderança local, uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), quatro residentes em Saúde do Campo e dois residentes em Saúde Coletiva.

Durante o momento, questionou-se aos representantes do quilombo sobre o interesse na adesão ao projeto de extensão em Fisioterapia da UFPE para a comunidade. A proposta obteve anuência do grupo, que reiterou a importância da iniciativa como uma possibilidade adicional de cuidado e promoção à saúde, ainda que com periodicidade mensal. Na sequência, utilizou-se como estratégia pedagógica a pergunta disparadora: "O que vocês acham que falta no território de vocês em relação à saúde?".

Esse questionamento foi oportuno de ser realizado, tendo em vista o levantamento das necessidades de saúde da população, considerando as diretrizes da Portaria GM/MS nº 9.572/2025, que dispõe sobre o incentivo financeiro para a cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) em territórios quilombolas, visando reduzir as disparidades históricas de acesso nessas comunidades[7].

RESULTADOS

A vivência no território quilombola permitiu identificar que a assistência à saúde, especificamente as ações de imunização, pré-natal e puericultura, está centralizada na USF Base, localizada a 12 km de distância da comunidade. No que tange aos sistemas de informação, verificou-se uma lacuna no registro dos atendimentos, uma vez que a falta de recursos tecnológicos impede o uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) em tempo real, somada a entraves operacionais da equipe de base.

Quanto à estrutura da Atenção Primária, observou-se uma cobertura insuficiente de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com apenas uma profissional para toda a extensão territorial, resultando em áreas desassistidas. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) apresentou fragilidades na regulação para especialistas e suporte insuficiente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

No perfil da comunidade, identificou-se a prevalência de sobrepeso entre crianças e adolescentes da escola local. Observou-se também que a maioria da população trabalha no centro urbano de Caruaru e que as mulheres exercem o papel de lideranças locais. Por fim, constatou-se uma marcante resistência dos homens em buscar os serviços de saúde disponíveis.

DISCUSSÃO

Os resultados indicam que as necessidades de saúde da comunidade são atravessadas por Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e barreiras geográficas que comprometem a longitudinalidade do cuidado. A distância da unidade de referência e a dificuldade de registro de dados impactam diretamente a prática dos residentes e a continuidade da assistência.

O perfil nutricional de sobrepeso na população infantojuvenil reflete mudanças nos hábitos alimentares, corroborando estudos que indicam uma tendência ao excesso de peso em crianças quilombolas, mesmo em situações de vulnerabilidade[8]. Essa

dinâmica é influenciada pelo processo de urbanização, visto que o fluxo laboral para o centro de Caruaru altera a rotina e os costumes locais.

A organização social evidenciada pelo protagonismo das mulheres nas lutas comunitárias reflete a feminização do cuidado[9]. Em oposição, o comportamento dos homens é discutido à luz de estereótipos de gênero e da masculinidade hegemônica, que atuam como barreiras para o autocuidado e influenciam a produção de adoecimento nessa população específica do Agreste Pernambucano como em outros quilombos[10].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões evidenciaram as lacunas assistenciais no território quilombola, destacando que o aporte financeiro da Portaria GM/MS nº 9.572/2025 é um recurso imprescindível para mitigar processos históricos de marginalização. Conclui-se que a garantia do direito à saúde transcende a oferta de consultas, exigindo a superação de barreiras geográficas, o fomento à intersetorialidade e a aplicação ética dos recursos. Somente através de um olhar sensível às especificidades locais será possível melhorar os indicadores de saúde e garantir a dignidade do acesso para essa população.

REFERÊNCIAS

1. Silva GM, Fonseca VEB, Sant'Ana JCF, VelosoCSM. Acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) pela população quilombola mineira. Rev Bras Estud Jurid [Internet]. 2025; 19(1).
2. Barros ARV, Oliveira BLCA, Pinto CS, Santos Junior GR. Utilização de serviços de saúde por idosos quilombolas. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 2023; 56(3). doi: 10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2023.204791 .
3. Pereira RN, Mussi RFF. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. ODEERE [Internet]. 2020;5(10). doi: doi.org/10.22481/odeere.v5i10.6938

4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2026 May 14]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br

5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2026 May 14]. Available from: https://www.gov.br/saude

6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Caruaru [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2025 [cited 2026 May 14]. Available from: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/caruaru.html

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 9.572, de 22 de dezembro de 2025. Diário Oficial da União [Internet]. 2025 Dec 23 [cited 2026 May 14];Seção 1:272-278. Available from: https://www.in.gov.br

8. Souza EMR, Silva NJ, Fagundes AA. Análise de tendência da cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional entre crianças quilombolas no Brasil. Cien Saude Colet. 2025;30(2):1-11. doi:10.1590/1413-81232025302.09422023.

9. Souza ML, et al. A saúde da população quilombola: invisibilidade, racismo estrutural e acesso ao SUS. Saude Debate [Internet]. 2022;46(spe 6):156-170.

10. Silva FR, Gomes WS. Masculinidades quilombolas: características e produção de adoecimento em um quilombo do agreste pernambucano, PE, Brasil. Interface (Botucatu). 2025;29:e240331. doi:10.1590/interface.240331.