

## **Acesso e integralidade na atenção à saúde de mulheres quilombolas: desafios à equidade e à garantia do direito à saúde**

**Access and comprehensiveness in health care for quilombola women: challenges to equity and guaranteeing the right to health**

**Acceso e integralidad en la atención de la salud de las mujeres quilombolas: desafíos para la equidad y la garantía del derecho a la salud**

Recebido: 25/06/2022 | Revisado: 09/07/2022 | Aceito: 14/07/2022 | Publicado: 20/07/2022

### **Geanne Maria Costa Torres**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1998-1278>  
Secretaria Municipal de Saúde, Salitre, Ceará, Brasil  
E-mail: gmctorres@hotmail.com

### **Ana Patrícia Pereira Morais**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6188-7897>  
Universidade Estadual do Ceará, Brasil  
E-mail: anapatricia.morais@uece.br

### **Antonio Germane Alves Pinto**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4897-1178>  
Universidade Regional do Cariri, Brasil  
E-mail: germane.pinto@urca.br

### **José Maria Ximenes Guimarães**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5682-6106>  
Universidade Estadual do Ceará, Brasil  
E-mail: jose.ximenes@uece.br

### **Resumo**

Este ensaio teórico teve por objetivo refletir sobre desigualdades no acesso à saúde e à produção do cuidado integral de mulheres quilombolas, com foco na equidade, integralidade e garantia do direito à saúde. Adotou-se como referencial as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde e, mais especificamente, na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Foram organizados dois eixos reflexivos, quais sejam: “Acesso ao cuidado em saúde e racismo: desafios à equidade em saúde e à garantia do direito à saúde” e “Integralidade na atenção à saúde de mulheres quilombolas: políticas e práticas de cuidado na atenção primária”. Identificam-se desigualdades de acesso aos serviços de saúde, demarcadas pelas vulnerabilidades econômicas e sociais, além de práticas de discriminação principalmente racial, as quais impactam negativamente nas condições de vida da população negra. Apesar dos avanços no contexto, social e econômico, torna-se necessário o fortalecimento nas instâncias de diálogo para dirimir os entraves evidenciados nas políticas públicas que atendam às demandas dessa população. Além disso, percebem-se a necessidade de enfrentamento do racismo, a discriminação, as vulnerabilidades e injustiças que dificultam a promoção do cuidado integral à saúde das mulheres quilombolas no âmbito da atenção primária à saúde.

**Palavras-chave:** Grupo com ancestrais do continente africano; Integralidade em saúde; Políticas equânimes de saúde; Atenção primária à saúde.

### **Abstract**

This theoretical essay aims to reflect on inequalities in access to health and the production of comprehensive care for quilombola women, focusing on equity, integrality and guaranteeing the right to health. The policies of Equity Promotion in Health and, more specifically, the National Policy of Integral Health of the Black Population (PNSIPN) were adopted as a reference. Two reflective axes were organized, namely: "Access to health care and racism: challenges to equity in health and ensuring the right to health" and "Integrality in health care for quilombola women: policies and care practices in primary care". Inequalities of access to health services are identified, demarcated by economic and social vulnerabilities, in addition to practices of discrimination mainly racial, which negatively impact the living conditions of the black population. Despite the advances in the social and economic context, it is necessary to strengthen the instances of dialogue to resolve the obstacles evidenced in public policies that meet the demands of this population. In addition, it is perceived the need to confront racism, discrimination, vulnerabilities and injustices that hinder the promotion of integral health care for quilombola women in primary health care.

**Keywords:** African continental ancestry group; Integrality in health; Public nondiscrimination policies; Primary health care.

## Resumen

Este ensayo teórico tiene como objetivo reflexionar sobre las desigualdades en el acceso a la salud y la producción de atención integral para las mujeres quilombolas, centrándose en la equidad, la integralidad y la garantía del derecho a la salud. Se adoptaron como referencia las políticas de Promoción de la Equidad en Salud y, más específicamente, la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (PNSIPN). Se organizaron dos ejes reflexivos, a saber: “Acceso a la salud y racismo: desafíos para la equidad en salud y la garantía del derecho a la salud” e “Integralidad en la atención a la salud de las mujeres quilombolas: políticas y prácticas de atención en la atención primaria”. Se identifican desigualdades de acceso a los servicios de salud, demarcadas por vulnerabilidades económicas y sociales, además de prácticas de discriminación principalmente racial, que impactan negativamente en las condiciones de vida de la población negra. A pesar de los avances en el contexto social y económico, es necesario fortalecer las instancias de diálogo para resolver los obstáculos que se evidencian en políticas públicas que atiendan las demandas de esta población. Además, se percibe la necesidad de enfrentar el racismo, la discriminación, las vulnerabilidades e injusticias que dificultan la promoción de la atención integral a la salud de las mujeres quilombolas en la atención primaria de salud.

**Palabras clave:** Grupo de ascendencia continental africana; Integralidad en salud; Políticas públicas de no discriminación; Atención primaria de salud.

## 1. Introdução

A trajetória de grupos minoritários no Brasil é permeada pela dicotomia “privilegiados” e “despossuídos”. A população negra foi historicamente explorada pelo monopólio mercantilista rentável de vários países, em que comerciantes e grandes senhores exploraram o trabalho escravo. Com isso, estruturou-se no país uma sociedade marcada por profunda desigualdade entre as raças, ancorada nas precárias condições econômicas, sociais e de acesso à saúde dessas populações, consideradas vulneráveis.

Neste contexto, configuraram-se as comunidades remanescentes de quilombolas como espaços de luta e resistência contra o sistema escravocrata-colonial. Aproximadamente cem anos após a assinatura da Lei Áurea, os quilombos ainda eram considerados locais com grandes concentrações de negros que se rebelaram contra este regime. Com a Constituição Federal de 1988, o termo “quilombo” ampliou o conceito passando a ser entendido como comunidades remanescentes com importante legado histórico e cultural em virtude dos valores éticos e morais, dos saberes presentes em suas manifestações culturais, pelas tradições e pelo respeito à ancestralidade (Brasil, 2003).

Secularmente, os afrodescendentes têm sido discriminados pela cor e excluídos socialmente, sobretudo a mulher negra. Esta, quanto à intersecção de gênero e classe, apresenta-se mais vulnerável comprometendo a identidade pessoal, imagem corporal e autoconceito, enfim, a saúde (Lima et al., 2016). Esta vulnerabilidade se caracteriza em complexos processos de fragilização biossocial que traduzem, de maneira inextricável, valores biológicos, sociais e existenciais (Oviedo & Czeresnia, 2015). No tocante às comunidades quilombolas, evidencia-se a ausência de serviços de saúde locais, fazendo com que, ao surgirem doenças, sejam obrigados a percorrer grandes distâncias em busca de ajuda, acabando por impactar negativamente nos indicadores de saúde dessa população (Freitas et al., 2011).

Nesta perspectiva, convém assinalar que as evidências das desigualdades colocam em pauta o paradoxo do Sistema Único de Saúde (SUS), fundado em princípios como universalidade e equidade, mas que ainda persistem dificuldades de acesso da população negra, que representa 70% dos usuários. Este quadro se mostra mais grave, quando se identifica que este grupo populacional apresenta elevadas taxas de mortalidade materno-neonatal e violências (Brasil, 2013). Porquanto, para reduzir as desigualdades em saúde vivenciadas pelos negros no país, torna-se premente a redução das desigualdades sociais e do nível de pobreza, além de se promover equidade na distribuição dos bens e serviços de saúde oferecidos a essa população (Santos et al., 2016).

No entanto, a situação tem se agravado uma vez que a Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta fragilidades, com destaque para a baixa cobertura das equipes de Saúde da Família Quilombolas, sendo esporádica a presença de profissionais de

saúde na maioria das comunidades, onde há muitas pessoas com doenças crônicas como hipertensão, diabetes e doença falciforme, que necessitam de acompanhamento regular. Acrescente-se que essas pessoas estão no grupo de risco para COVID-19, aumentando sua chance de morrer ao ter que buscar serviços de saúde nas áreas urbanas (Silva & Silva, 2020).

Destaca-se, ainda, o fato de que as pesquisas sobre violência evidenciam uma “vertente” específica e velada, o racismo, apontando com urgência a necessidade de estudos voltados para a população negra, pois, embora esta seja majoritariamente violentada, é invisível socialmente. Em diversos países, as mulheres negras aparecem como maioria das vítimas nos índices de violações de direitos humanos, e percebe-se que no Brasil não é diferente (Carrijo & Martins, 2020). Vivenciar as lacunas que perpassam a garantia de direitos iguais à população quilombola é reforçar a necessidade de superar o racismo em todas as suas formas de expressão, avançar nas legislações que garantam seus direitos, além de outros que visem à melhoria nas condições de vida e de saúde.

Nesta mesma direção, se ratificam a violação multifatorial embasada no racismo, no sexismo e nas condições socioeconômicas e culturais, da garantia do acesso universal e equitativo à saúde, assim como da utilização dos serviços. O acesso - utilização dos serviços e insumos de saúde – é condição importante para a manutenção e o reestabelecimento da saúde, ainda que não seja o único fator responsável por uma vida saudável e de qualidade (Goes & Nascimento, 2013). Desse modo, as comunidades remanescentes quilombolas convivem com poucas oportunidades de acesso aos serviços de saúde, além de outros fatores relacionados ao espaço interacional na dinâmica da produção do cuidado.

Ademais, estudos apontam desigualdade no conhecimento dessa população sobre as políticas de saúde e a garantia do direito à saúde, além das barreiras geográficas e sociais no acesso ao SUS, o que resulta em dificuldade de materialização de processos inclusivos e de produção do cuidado integral (Vieira & Monteiro, 2013; Gomes et al., 2017). Apesar dos avanços evidenciados na implementação do SUS, com ampliação da oferta de serviços e do acesso à população em geral, ainda persistem entraves e desenlaces para a materialização da saúde como direito, quando se trata de grupos minoritários.

Os problemas dos quilombolas no Brasil vão desde as vulnerabilidades até a resistência étnica, cultural e histórica, permeada pelos efeitos nocivos dos marcadores sociais, espaciais, gênero, classe, raça/etnia que os afetam negativamente na busca pelo acesso e no uso dos serviços de saúde, repercutindo em iniquidades que impacta no aparecimento e agravamento de doenças bem como na (des)qualificação do cuidado assistencial (Pereira & Mussi, 2020). Nesse sentido, o acesso à saúde nas comunidades quilombolas ainda é um grave problema para muitos debates que abordam as questões da exclusão-inclusão, desigualdade-igualdade, iniquidade-equidade, do gerenciamento do sistema sanitário e do respeito à cultura e identidade étnica (Cobo et al., 2021).

Ante ao exposto, este ensaio objetiva refletir sobre desigualdades no acesso à saúde e à produção do cuidado integral de mulheres quilombolas, com foco na equidade, integralidade e garantia do direito à saúde. Resulta das reflexões emanadas na disciplina Tópicos Avançados de Pesquisa, ofertada no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, na Universidade Estadual do Ceará.

Compreende-se, então, que a relevância deste estudo reside no convite à reflexão sobre as desigualdades em saúde e a produção do cuidado integral à saúde de mulheres quilombolas, considerando o contexto de vulnerabilidade e os desafios do SUS para efetivação do direito à saúde. Assim, busca-se evidenciar dimensões como racismo e violência institucional que perpassam a vida da população negra na sua busca por cuidado, na perspectiva de promover maior abertura e acolhimento à diversidade humana, respeitando a subjetividade, singularidade e as relações intersubjetivas no processo do cuidar/cuidado no cotidiano do trabalho em saúde, particularmente na Atenção Primária à Saúde.

Ressalta-se que a análise reflexiva foi empreendida com base em um amplo e abrangente estudo da literatura que adotava como objeto as mulheres quilombolas, considerando o racismo, as vulnerabilidades, o acesso aos serviços de saúde e o cuidado integral – estes com eixo na equidade, integralidade e garantia do direito à saúde. Inicialmente, procedeu-se a leitura

das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde (PPES) e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Posteriormente, realizou-se uma vasta busca nas bases de dados nacionais e internacionais, como Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e pelo Portal de Periódicos da CAPES, sem limitação temporal, utilizando-se de palavras-chaves associadas ao tema (Grupo com Ancestrais do Continente Africano, Integralidade em Saúde, Equidade, Acesso aos serviços de saúde), usando-as isoladas ou associadas a partir do *booleano* AND. Todo o material bibliográfico relacionado ao objeto desta reflexão foi lido com vistas a identificação e melhor compreensão das categorias de análise eleitas nesse ensaio.

Espera-se com este ensaio teórico induzir deslocamentos em direção à redução das iniquidades em saúde, ainda presentes quando se trata da atenção à saúde de mulheres quilombolas, com vistas a construção de novos modos de produção de saúde, pautados numa ética do cuidado comprometida com efetividade do direito à saúde, considerando o sujeito em sua singularidade e suas necessidades sociais de saúde. Porquanto, contribuir para reduzir as lacunas existentes no campo do conhecimento e na realização das práticas de integralidade.

## **2. Acesso ao Cuidado em Saúde e Racismo: Desafios à Equidade em Saúde e à Garantia do Direito à Saúde**

As reivindicações da população negra e de movimentos sociais por mais e melhor acesso ao sistema de saúde público nos vários períodos da história das mobilizações negras, em especial, no período pós-abolição, intensificaram-se na segunda metade do século XX, por meio dos movimentos populares de saúde na participação dos processos que emergiram na Reforma Sanitária e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, as contribuições para um sistema universal de saúde com integralidade, equidade e participação social não foram suficientes para, o novo Sistema, incorporar mecanismos cristalinos para sobrepujar os obstáculos enfrentados pela população negra no acesso à saúde, particularmente aqueles oriundos do racismo (Werneck, 2016).

Estudos mostram que os negros correspondem a 50,7% da população brasileira que moram afastadas socialmente dos espaços urbanos, residindo nas periferias e em favelas sob condições insalubres, vitimadas pelo desemprego, subemprego e/ou trabalho escravo, baixa escolaridade, estando susceptíveis aos diversos tipos de violência que aumentam as mortes por homicídios e de morbimortalidade por violências decorrentes da falta de acesso, prevenção e cuidados de saúde ofertados pelo SUS (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019). Como visto, nas diversas situações de vida da população negra, evidencia-se um entrelaçamento de direitos negados pelas condições específicas de vulnerabilidade, expostas aos riscos à saúde, ao racismo e à violência institucional nos diversos serviços de saúde, ocasionando o menor acesso a estes lugares.

No contexto da população negra quilombola, a compreensão do processo saúde-doença demanda, sobretudo, no entendimento das dificuldades de acesso à saúde, enraizado pelo legado racista histórico e impulsionado pelas iniquidades brasileira, configurando-se em um importante instrumento de vulnerabilização desses sujeitos (Pereira & Mussi, 2020). Sendo assim, os entraves em todos os aspectos da vida da população negra quilombola persistem pela condição histórica de exclusão social, perpassando pelos fatores sociais, econômicos, culturais, geográficos, étnico-raciais, entre outros, imersos nos determinantes sociais em saúde e no processo saúde-doença que afetam a qualidade de vida dessas populações.

Esta relação demonstra o grau de desgaste na qualidade de vida dessas populações “remanescentes de quilombo”, especialmente as mulheres, por enfrentarem ambientes de discriminação, preconceito, desrespeito e violências, reivindicando constantemente seus direitos e cidadania (Durand & Heidemann, 2019). O espaço interacional na dinâmica da produção do

cuidado com as mulheres quilombolas necessita de políticas públicas equânimes e eficazes para reduzir as desigualdades nas ações de atenção à saúde, serviços e distribuição de recursos.

Reconhecidamente, o SUS tem avanços na materialização de seus princípios e diretrizes, os quais direcionam sua organização e funcionamento, contemplando a universalidade, integralidade e equidade, na prestação de serviços de saúde à população. Contudo, reforça-se a necessidade de um (re)pensar nas melhorias das políticas de saúde no Brasil, particularmente, nas populações em situação de vulnerabilidade, como as comunidades quilombolas, tendo em vista que a garantia do acesso universal no SUS depende da identificação de eventuais barreiras vinculadas a características e necessidades da população, bem como no conhecimento de suas diferenças/heterogeneidade que remete ao princípio básico do SUS, a equidade (Trad et al., 2012).

Partindo do pressuposto que a equidade preconiza que os desiguais devem ser tratados de maneira desigual, depreende-se que o cuidado e a atenção à saúde nas comunidades quilombolas têm sofrido de modo potencializado, pois acumula fragilidades estruturais do sistema agregadas às vulnerabilidades que permeiam a histórica trajetória de formação dessas comunidades (Rezende et al., 2020). Nesse contexto, o alcance da equidade ainda está distante para esta parcela da sociedade que apresentam dificuldades de acesso aos serviços de saúde, além das vulnerabilidades individuais e sociais, que impõem repercussões negativas na sua saúde e qualidade de vida. Diante disso, torna-se fundamental políticas públicas que atendam às demandas dessa população.

Nesse sentido, a superação do déficit de equidade na provisão de assistência à saúde é ainda um desafio ao Estado brasileiro (Costa, 2017). E para a promoção da equidade, pensando nas especificidades das diferentes políticas de atenção integral à saúde, desenhadas para cada um dos grupos vulneráveis, o Ministério da Saúde as reuniu no que denominou de Políticas de Equidade (Camuri & Dimenstein, 2010). Por conseguinte, percebe-se avanços sociais na área da saúde com uma atenção aos grupos em situação de vulnerabilidade, tais como populações negras; população de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais; população em situação de rua e população privada de liberdade, populações do campo e da floresta, dentre outros.

Estas políticas apresentam diretrizes que orientam a discriminação, buscando superar as históricas práticas discriminatórias presentes na sociedade brasileira, expressas no desrespeito às diferenças, sobretudo no que se refere à raça/cor, à religião, ao gênero e sexualidade, entre outras (Siqueira et al., 2017). Nessa perspectiva, buscou-se descortinar os (des)compassos da invisibilidade de grupos vulneráveis para atender as suas especificidades visando a garantia do direito à saúde e o respeito à cidadania.

A discriminação racial percorre o Brasil e outros países, como os Estados Unidos, sendo um sério problema de saúde, trazendo consequências à saúde física e mental, além de comportamentos em saúde. Ressalta-se que grupos específicos de afro-americanos encontram níveis extremamente altos de discriminação racial ao longo da vida em ambientes interpessoais e em instituições de educação, saúde e outros lugares (Burgard et al., 2017). Evidencia-se, então, que as dificuldades de acesso dessa população aos serviços de saúde acontecem no Brasil e em outros países, sendo necessário e efetivação de políticas públicas que promovam ascensão social e condições dignas de vida e saúde.

Desse modo, para fortalecer a assistência à saúde da população negra, foi lançada, em 2009 no Brasil, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), para o enfrentamento das desigualdades em saúde que acometem esta população e o reconhecimento de que as suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do país (Brasil, 2017). Portanto, a PNSIPN surge como uma estratégia importante na reestruturação da saúde, com vistas a atender à demanda e à realidade do país (Neto et al., 2015).

A PNSIPN, enquanto política pública, debruça-se sobre o racismo e sobre as desigualdades que se desdobram dele como determinantes sociais em saúde, que geram precariedade no atendimento e carecem de atenção especial para inclusão da população negra no sistema de saúde (Centero, 2016). De modo complementar, Batista et al. (2020) apontam que, dentre os

entraves para implementar a Política, o racismo é colocado como o principal desafio. Esse racismo se expressa na dificuldade do Ministério da Saúde em subsidiar os gestores estaduais e municipais com dados desagregados por raça/cor; na falta de apoio dos chefes do executivo e secretário nomeado para a pasta da saúde; no racismo dos outros técnicos da secretaria, que veem a universalidade como estruturante no sistema de saúde.

Entre as potencialidades evidenciadas na PNSIPN, como por exemplo, o seu caráter universal, necessário se faz ainda muito se avançar para a efetivação do direito à saúde, de forma acolhedora, humanizada, equânime e integral, imbuída na melhoria da qualidade na assistência à saúde e na relação entre serviços-profissionais-negros. Diante disso, os movimentos negros ecoam seus gritos lutando pela garantia de todos os direitos e sem preconceitos. Para Maio e Monteiro (2005), apesar das políticas de reparação e das ações de enfrentamento do racismo, pesquisas apontam que há um acesso desigual aos cuidados. Verifica-se, ainda, uma invisibilização da população negra e a *fortiori*, dos quilombolas, em relação ao tratamento de doenças específicas.

Com efeito, a Constituição Federal de 1988 reconhece os quilombolas como sujeitos de direito, pois traz a garantia de regularização dos seus territórios e da manutenção das suas culturas. O marco constitucional abriu o caminho para a implementação de políticas de reparação à opressão histórica sofrida, bem como iniciou um debate nacional sobre o lugar dos negros na sociedade brasileira (Cavignac, 2018). No entanto, as PPES ainda não são implementadas em comunidades quilombolas por diversos fatores, como questões geográficas até dificuldades no âmbito político, não havendo ações eficazes para combater o racismo, a discriminação, as vulnerabilidades e iniquidades sociais.

Mesmo com os avanços ao longo do tempo, as PPES necessitam superar os desconcertos existentes nos espaços de invisibilidade e desigualdade que se entrelaçam, dificultando o direito à saúde, em especial, das mulheres negras e quilombolas que continuam buscando se fazer ouvir, lutando pelo grito de equidade, igualdade e justiça. Para Almeida e Athayde (2016), o que se observa é um desafio para atingir a eficiência da equidade em meio a austeridade das políticas públicas vigentes.

No entanto, os desafios enfrentados são muitos, cabendo ao Governo e a sociedade a atenção para as estratégias de solução dos problemas identificados, como por exemplo, na gestão do sistema e no subfinanciamento da saúde (Paiva & Teixeira, 2014). A questão do financiamento do SUS é um entrave que dificulta sua operacionalidade, favorecendo o não cumprimento de seus princípios e das políticas implementadas, tendo em vista que os poucos recursos na saúde não atende as necessidades da população, principalmente, as pessoas em situação de vulnerabilidade.

Reforça-se, então, a saúde como um direito fundamental, devendo os governantes fomentar investimentos para sua garantia com qualidade para toda população, em conformidade com suas necessidades. Para isso, torna-se fundamental a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS para a garantia das ações e serviços de saúde, consumando-se numa assistência equânime, integral e de qualidade. Segundo Firmino Júnior et al. (2021), para oportunizar à população quilombola, o acesso às políticas públicas e à saúde, torna-se necessário que haja um diálogo efetivo entre governos e sociedade civil no enfrentamento ao racismo institucional, uma vez que este se revela, muitas vezes, de forma sutil e tem, como base estruturante, a formação da sociedade brasileira.

### **3. Integralidade na Atenção à Saúde de Mulheres Quilombolas: Políticas e Práticas de Cuidado na Atenção Primária**

Cuidados e práticas em saúde permeadas pela integralidade revelam-se como desafios constantes na APS, necessitando de mudanças subjetiva e objetiva, expressas por um olhar diferenciado, rompendo-se com antigos padrões nos espaços de saúde. Algo desafiador, tendo em vista a forte influência das práticas médicas e prescritivas que se revelam no

tratamento do indivíduo, não se evidenciando um cuidado integral que se expressa nas relações intersubjetivas, na pessoa doente, no seu modo de viver e de ser no mundo.

A integralidade e o cuidado apontam para as dimensões do viver humano que integram espaços, condições e expressões singulares que permitem reafirmar a complexa unidade humana. Nesse sentido, as atitudes, as ações e os fazeres dos profissionais de saúde devem valorizar os aspectos objetivos e subjetivos desse viver humano, respeitando o livre-arbítrio dos sujeitos na coprodução da saúde individual e coletiva (Viegas & Penna, 2015). Desta forma, torna-se inconcebível práticas assistenciais dissociadas, evidenciando a necessidade de fortalecimento das redes de atenção à saúde e de maior compreensão das necessidades do outro, com práticas direcionadas à ampliação de dialogar e de um repensar nas atitudes, posturas e condutas no cuidado em saúde às mulheres quilombolas.

A reflexão sobre integralidade na APS perpassa pela compreensão das suas diferentes dimensões, tornando-se fundamental entendê-las no processo produtivo da saúde. Para Oliveira & Cutolo (2018, p. 149-50) a integralidade abrange vários sentidos, como sendo “[...]reconhecimento e ação sobre a necessidade do sujeito”; “resposta à necessidade do sujeito”; “cuidado interdisciplinar”; “cuidado intersetorial”; “boa prática clínica”; “concepção de mundo, concepção de sujeito, concepção de saúde”; “cuidado humanizado[...]”. Independente de seus múltiplos sentidos,

A integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. A ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. Nesse sentido, a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada desde o serviço expressa o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se apreender as necessidades de um grupo populacional. Diálogo que serve como ponto de partida para outras tantas ampliações, que ainda estão por ocorrer (Mattos, 2006, p. 59).

Neste sentido, a busca pela integralidade deve, necessariamente, incorporar um espectro mais amplo de saberes que exigem a superação do modelo médico hegemônico, que privilegia uma perspectiva biologicista dos problemas e necessidades de saúde, restringindo as estratégias de cuidado à sua vertente biológica, negligenciando a sua interdependência com fatores sociais, econômicos e culturais (Comes et al., 2016). Com isso, os profissionais que atuam na APS, especialmente, nas comunidades quilombolas devem fortalecer as relações dialógicas nos diferentes espaços do cuidado, sendo capaz de acolher e escutar sobre suas vivências e crenças, atentando-se para as subjetividades que permeiam o pensar, o agir e o cuidar da saúde, na perspectiva da integralidade.

Sendo a APS organizada a partir de bases territoriais, representa *locus* privilegiado para a efetivação de importantes elementos da integralidade, sobretudo, em função da sua proximidade com os espaços nos quais os indivíduos vivem, interagem e constroem boa parte das relações entre si e com o meio em que vivem (Camut, 2017). No entanto, a utilização dos serviços de saúde destinados à população quilombola revela-se que quase todas as particularidades da APS não estão adequadamente presentes na assistência à saúde. Ainda se propaga o paradigma de saúde biomédico centrado na cura e medicalização do atendimento fragmentando a atenção à saúde (Vieira & Monteiro, 2013; Marques et al., 2014).

A fragmentação sistêmica traz consequências negativas à eficiência e efetividade das ações em saúde, contribuindo para o aumento das iniquidades e vulnerabilidade no que tange, sobretudo, ao acesso e utilização dos serviços e integralidade do cuidado (Malta, 2017). A fragilidade nas articulações entre os níveis de atenção à saúde, serviços ofertados e práticas realizadas pelos diversos profissionais, segregam as ações e serviços de saúde ocasionando dificuldades no acesso e na continuidade do cuidado, especialmente, nas pessoas em situação de maior vulnerabilidade social que necessitam de espaços de atenção à saúde que valorizem a integralidade do cuidado.

Cuidar para se ter qualidade de vida é, portanto, ser cúmplice das estratégias de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, cura e reabilitação; e, assim, esses segmentos compõem um dispositivo maior, que é a integralidade em saúde (Viegas & Penna, 2015). E quando se expressa em seus múltiplos sentidos ainda se evidencia a necessidade de superação de muitas barreiras no cuidado ofertado aos usuários, em especial, às mulheres quilombolas, tendo em vista uma prática com foco na doença, permeada por uma assistência à saúde desumanizada, mecanizada e um cuidar apenas na perspectiva de tratar, sem o estabelecimento de interconexões que envolvem o processo saúde e doença, o ser social.

O cuidado prestado pelos profissionais de saúde pode se produzir desde o saber científico até às novas formas de dar resposta aos indivíduos e às coletividades, ajudando a fazer com que princípios e conceitos norteadores do SUS, como integralidade da atenção e redução de vulnerabilidades, sejam concretizados no cotidiano (Ayres, 2017). Partindo dessa premissa, suas práticas em saúde devem ser pautadas pela ética, empatia, respeito mútuo, escuta qualificada e abordagem holística, valorizando as singularidades e subjetividades das mulheres quilombolas nas distintas formas de interação, sem estigmas, preconceitos e julgamentos, buscando construir espaços que ampliem e potencializem a integralidade na atenção à saúde.

Sob esta discussão, a Política Nacional de Atenção Básica apresenta diretrizes que direcionam para a organização do cuidado, por meio do entendimento do processo saúde-doença da população. Nesta perspectiva, as PPES levam em consideração grupos vulneráveis que precisam de uma assistência à saúde mais efetiva e integral, em consonância com os princípios do SUS, estando incluída a PNSIPN que prima pelo respeito à diversidade no cuidado, igualdade racial e acesso a saúde com qualidade. Para Mattos (2009), as práticas de cuidado devem estar fortemente direcionadas para dar respostas adequadas ao sofrimento das pessoas ou para evitá-lo. Diante disso, o desafio de um SUS mais humano, o desafio de todas as políticas voltadas para as transformações das práticas de saúde.

Ao se estabelecer essas reflexões, compreende-se que a situação de iniquidade e vulnerabilidade que afeta a saúde da população negra - precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência, reconhecendo que o racismo incide negativamente nesses indicadores, compromete-se o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde, já que a boa qualidade da saúde gera condições para a inserção dos sujeitos nas diferentes esferas da sociedade de maneira digna, promovendo sua autonomia e cidadania (Brasil, 2017). Sobre isso, desafios precisam ser superados para que as políticas públicas de saúde possam ser acessíveis e equânimes para toda população, sendo necessário mudanças urgentes, tanto no setor político quanto ideológico, agregando-se aos esforços de gestores e profissionais da saúde com espírito de coletividade para transformação nos processos de trabalho em saúde, voltado para atender as diversas necessidades da população quilombola.

Depreende-se, então, que lacunas precisam ser superadas para o cuidado se constituir como fator-chave na assistência à saúde às mulheres quilombolas, especialmente, na perspectiva da integralidade. Para isso, necessário se faz fortalecer as ações de intersetorialidade, interdisciplinaridade e o trabalho em rede, bem como combater o racismo nas suas diversas formas, ampliando o olhar sobre os aspectos macro da vida e da saúde nas dimensões que perpassam pelo processo de produção de saúde. Para Souto et al. (2016) esta compreensão torna-se substancial para instrumentalizar a elaboração de políticas e programas voltados para o combate às desigualdades, principalmente na saúde, onde se busca construir um SUS equitativo no acesso e pautado na integralidade da saúde.

#### **4. Considerações Finais**

A elaboração deste ensaio teórico-reflexivo sobre a produção do cuidado integral em mulheres quilombolas no âmbito da atenção primária à saúde, permitiu um refletir sobre o cuidado e a atenção à saúde ofertada a estes grupos, trazendo



questionamentos sobre a necessidade de revigorar as políticas públicas visando à promoção da equidade em saúde nas camadas mais vulneráveis da sociedade para romper com a invisibilidade marcada pela exclusão histórica.

Compreendeu-se ser preciso avançar na perspectiva de fortalecimento das instâncias de diálogo, trazendo o protagonismo da população negra e de demais segmentos da sociedade na perspectiva de uma caminhada longe de esvaziamentos, buscando dirimir os entraves evidenciados nas PPES, dialogando e avançando nas questões discriminatórias na rede de atenção à saúde, primando pelo respeito, humanização e compreensão das singularidades e intersubjetividades nos diversos espaços de encontro. No entanto, ainda há muito o que se dialogar, há demais para se avançar e progredir na busca da garantia do direito à equidade, justiça e acesso à saúde para as comunidades quilombolas.

Nesta perspectiva, a escassez de investimentos, a fragilidade do processo democrático, o envolvimento deficitário da sociedade, o racismo nas diferentes formas e os atores envolvidos comprometem o cuidado com garantia da equidade e integralidade nos diferentes grupos sociais. Apesar dos avanços no contexto, social e econômico, percebem-se vulnerabilidades e injustiças que dificultam a promoção do cuidado integral à saúde das mulheres quilombolas no âmbito da APS, perpassando os aspectos individual e institucional, bem como as relações sociais e as subjetividades humanas, ocasionando sofrimento psíquico e repercussões negativas nos indicadores de saúde.

## Referências

- Almeida, A. R., & Athayde, F. T. S. (2016). Promoção da saúde, qualidade de vida e iniquidade em saúde: reflexões para a saúde pública. *Tempus, actas de saúde colet*, 9(2), 165-172. <https://doi.org/10.18569/tempus.v9i2.1818>
- Ayres, J. R. C. M. (2017). Care: work, interaction and knowing health practices. *Rev. Baiana Enferm*, 31(1), e21847. <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i1.21847>
- Batista, L. E., et al. (2020). Avaliação do processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Saude soc*, 29(3), e190151. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190151>
- 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*. 21 nov. 2003. <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/98186/decreto-4887-03>
- Brasil (2013). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Políticas de Promoção da Equidade em Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 16p. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_prococao\\_equidade\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_prococao_equidade_saude.pdf)
- Brasil (2017). 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde. 44 p.* [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3d.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf)
- Burgard, S. et al. (2017). Differential reporting of discriminatory experiences in Brazil and the United States. *Cad. Saúde Pública*, 33(Sup 1), e00110516. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00110516>
- Camuri, D., & Dimenstein, M. (2010). Processos de Trabalho em Saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. *Saúde Soc*, 19(4), 803-813.
- Camut, L. (2017). Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde debate*, 41(115), 1177-1186. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>
- Carrijo, C., & Martins, P. A. (2020). A violência doméstica e racismo contra mulheres negras. *Rev Estud Fem*, 28(2), 1-14. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n260721>
- Cavignac, J. A. (2018). Desafios identitários e experiências patrimoniais; o programa Tronco, Ramos e Raízes. *Extensão e Sociedade*, 9(ed. especial), 89-100. <https://doi.org/10.21680/2178-6054.2018vn0ID14743>
- Centero, S. R. (2016). *As representações de sujeito na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN): uma abordagem de gênero e raça/cor*. [dissertação]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 120 p. <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/143212>
- Cobo, B., et al. (2021). Gender and racial inequalities in the access to and the use of Brazilian health services. *Ciênc. Saúde Colet*, 26(9), 4021-4032. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>
- Comes, Y., et al. (2016). A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet*, 21(9), 2729-2738.
- Costa, N. R. (2017). Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. *Ciênc. Saúde Colet*, 22(4), 1065-1074.

- Durand, M. K., & Heidemann, I. T. S. B. (2019). O acesso em uma comunidade quilombola: dimensões da equidade em saúde. *Rev Fun Care*, 11(4), 1017-1024. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1017-1>
- Firmino Júnior, F. C., et al. (2021). Comunidades quilombolas no Rio Grande do Norte: trajetória de luta para o direito à saúde. In: Barbosa LS, Aiquoc KM, Souza TA. *Raça e saúde: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil* [recurso eletrônico], Natal, RN: EDUFRN, p. 35-48. <https://ufm.br/imprensa/noticias/53417/e-book-reune-olhares-sobre-a-saude-da-populacao-negra-no-brasil>
- Freitas, D. N., et al. (2011). Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev. CEFAC*, 13(5), 937-943. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000033>
- Goes, E. F., & Nascimento, E. R. (2013). Black and white women and the accessibility to preventive health services: an analysis of inequalities. *Saúde debate*, 37(99), 571-579.
- Gomes, I. C. R., et al. (2017). Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra na Bahia. *Rev Baiana Enferm*, 31(2), e21500. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i2.21500>
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) [internet]. *Atlas da Violência 2019*. Brasília; Rio de Janeiro; São Paulo: IPEA; FBSP. [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&id=34784](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=34784)
- Lima, M. R. A., et al. (2016). Nurses' performance on indigenous and African-Brazilian health care practices. *Rev Bras Enferm*, 69(5), 840-846. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690504>
- Maio, M. C., & Monteiro, S. (2005). Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. *Hist cienc saúde-Manguinhos*, 12(2), 419-446.
- Malta, D. (2017). No horizonte, o enfrentamento das iniquidades em saúde. *Saúde Amanhã*. <https://saudeamanha.fiocruz.br/no-horizonte-o-enfrentamento-das-iniquidades-em-saude-2/#.YliVeehKhPY>
- Marques, A. S., et al. (2014). Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciênc. Saúde Colet*, 19(2), 365-714. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.02992013>
- Mattos, R. A. (2006). Os sentidos da integralidade: Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA (Org). *Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco, p. 41-66.
- Mattos, R. A. (2009). Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*, 13(1), 771-780. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500028>
- Neto, J. A. C., et al. (2015). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciênc. Saúde Colet*, 20(6), 1909-1916. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.17212014>
- Oliveira, I. C., & Cutolo, R. L. A. (2018). Integralidade: Algumas Reflexões. *Rev bras educ med*, 42(3), 146-152. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3RB20170102r1>
- Oviedo, M. R. A., & Czeresnia, D. (2015). The concept of vulnerability and its biosocial nature. *Interface (Botucatu)*, 19(53), 237-253. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>
- Paiva, C. H. A., & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist cienc saúde-Manguinhos*, 21(1), 15- 36. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>
- Pereira, R. N., & Mussi, R. F. F. (2020). Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. *Relações Étnicas: Identidades, Raízes e Reconhecimento*, 5(10), 280-303. <https://doi.org/10.22481/odeere.v5i10.6938>
- Rezende, L. C., et al. (2020). Prática do enfermeiro em comunidades quilombolas: interface entre competência cultural e política. *Rev Bras Enferm*, 73(5), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0433>
- Santos, V. C., et al. (2016). Condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas. *Texto Contexto Enferm*, 25(2), e1300015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001300015>
- Silva, H. P., & Silva, G. M. (2020). *A situação dos quilombos do Brasil e o enfrentamento à pandemia da Covid-19*. Abrasco: GT Racismo e Saúde. <https://www.abrasco.org.br/site/gtracismoesaude/2020/09/22/a-situacao-dosquilombos-do-brasil-e-o-enfrentamento-a-pandemia-da-covid-19-artigo-de-hilton-psilva-e-givania-m-silva>
- Siqueira, S. A. V., et al. (2017). Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*, 22(5), 1397-1406. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33552016>
- Souto, K. M. B., et al. (2016). State and equity policies in health: participatory democracy? *Saúde debate*, 40(n. spe), 49-62. <https://doi.org/10.1590/0103-11042016s05>
- Trad, L. A. B., et al. (2012). Acceso a la atención básica de familias negras en comunidad popular de Salvador, Brasil. *Rev Saúde Pública*, 46(6), 1007-1013.
- Viegas, S. M. F., & Penna, C. M. M. (2015). As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *Interface (Botucatu)*, 19(35), 1089-100. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0275>
- Vieira, A. B. D., & Monteiro, P. S. (2013). Quilombola community: analysis of the persistent problem in health attention under the focus of the Intervention Bioethics. *Saúde debate*, 37(99), 610-618.
- Werneck J. (2016). Institutional racism and black population health. *Saúde Soc*, 25(3), 535-549. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>