




C A P Í T U L O 1

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS NO BRASIL: AVANÇOS, DESAFIOS E A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO POPULAR

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.628112610021>

Cícero Floriano De Santana

Licenciatura Plena Em Ciências Biológicas (Fafopa); E Em Matemática (Unifaveni).

Raquel De Jesus Sena

Especialização Em Docência Do Ensino Superior (Fatec); E Em Psicopedagogia Institucional (Fafopa); Licenciatura Plena Em História (Fafopa); E Em Pedagogia (Fafopa).

Kathiane Oliveira Diniz

Especialização Em Coordenação Pedagógica (Isespi); E Em Psicopedagogia Institucional (Isespi); Licenciatura Plena Em Pedagogia (Facite)

Maria Das Dores De Holanda Carvalho Alves

Especialização Em Psicopedagogia Institucional (Montenegro);
Licenciatura Plena Em Pedagogia (Isep).

Maria Jayane Freire Cavalcante

Especialização Em Língua Portuguesa (Fafopa), E Psicopedagogia (Fafopa);
Licenciatura Plena Letras Português/Inglês E Respectivas Literaturas (Fafopa), Em Pedagogia (Fafopa) E Educação Física (Univasf).

Marina Lopes De Sousa

Especialização Em Psicopedagogia Institucional E Clínica (Unimaís); E Neuropsicopedagogia E Educação Inclusiva (Faveni); Licenciatura Plena Em Pedagogia (Facite).

Juliana De Andrade Silva

Especialista Em Atendimento Educacional Especializado - Aee (Unopar);
Licenciatura Plena Em Ciências Biológicas (Fafopa); E Pedagogia (Fafopa).

Marinalva De Oliveira Venuto

Especialização Em Psicopedagogia Institucional E Clínica (Farj); E Em Geografia, História E Sustentabilidade (Faveni). Licenciatura Plena Em Pedagogia (Facite), E Em Geografia (Fafopa).

Vera Lúcia Pereira Ricarte

Licenciatura Plena Em Letras – Habilitação Em Português /Inglês E Respectivas Literatura (Fafopa) E Em Pedagogia (Fafopa).

Cláudio Alencar

Mestre Em Dinâmicas De Desenvolvimento Do Semiárido (Univasf). Especialista Em Gestão Pública (Univasf), Gestão Pública Municipal (Univasf), Tecnologias Digitais Aplicadas A Educação (Ifsertãope), Mba Em Gestão De Projetos (Faveni), Eja - Educação De Jovens E Adultos E Informática Da Educação (Faveni), E Gestão Ambiental De Empresas (Faveni). Bacharelado Em Administração (Cruzeiro Do Sul), Licenciatura Plena Em Pedagogia (Facite), E Geografia (Cruzeiro Do Sul).

Auriélia Coelho Isaque Floriano

Mestranda Em Dinâmicas De Desenvolvimento Do Semiárido (Univasf). Licenciatura Plena Em Pedagogia (Facite) E Educação Especial (Unifaveni); Bacharelado Em Terapia Ocupacional (Unifaveni).

RESUMO: O presente estudo analisa as políticas públicas de saúde direcionadas às comunidades quilombolas no Brasil, destacando seus avanços institucionais, desafios estruturais e a relevância da participação popular na efetivação do direito à saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza descritivo-analítica, fundamentada em revisão bibliográfica e análise documental de legislações, programas governamentais e normativas relacionadas à temática. A discussão parte da compreensão das políticas públicas como instrumentos de concretização de direitos sociais, situando as ações voltadas à população quilombola no contexto das desigualdades raciais e sociais historicamente construídas no país. Os resultados evidenciam que, a partir dos anos 2000, houve importantes marcos institucionais, como a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial e do Programa Brasil Quilombola. Contudo, persistem entraves relacionados à burocracia institucional, insuficiência de recursos, fragilidade na infraestrutura e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária. Conclui-se que a promoção da equidade em saúde para as comunidades quilombolas exige fortalecimento intersetorial das políticas públicas, investimentos contínuos e ampliação da participação social como mecanismo de democratização e controle das ações estatais.

Palavras-chave: Comunidades quilombolas; Equidade em saúde; Participação social.

PUBLIC HEALTH POLICIES FOR QUILOMBOLA COMMUNITIES IN BRAZIL: ADVANCES, CHALLENGES, AND THE IMPORTANCE OF SOCIAL PARTICIPATION

ABSTRACT: This study analyzes public health policies aimed at quilombola communities in Brazil, highlighting institutional advances, structural challenges, and the importance of social participation in ensuring the right to health. It is a qualitative,

descriptive-analytical research based on bibliographic review and documentary analysis of legislation, governmental programs, and normative frameworks related to the topic. The discussion is grounded in the understanding of public policies as instruments for the implementation of social rights, situating health actions directed at quilombola populations within the broader context of historically constructed racial and social inequalities in Brazil. The findings indicate that, since the 2000s, significant institutional milestones have been established, including the creation of the Special Secretariat for the Promotion of Racial Equality Policies, the National Policy for the Promotion of Racial Equality, and the Brazil Quilombola Program. However, challenges remain, such as institutional bureaucracy, insufficient funding, inadequate infrastructure, and barriers to accessing primary health care services. The study concludes that promoting health equity for quilombola communities requires strengthened intersectoral public policies, sustained investments, and expanded social participation as mechanisms for democratization and public accountability.

KEYWORDS: Quilombola communities; Health equity; Social participation.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história brasileira, populações afrodescendentes foram submetidas a processos sistemáticos de exclusão social, política e econômica, que contribuíram para a construção de hierarquias raciais e para a marginalização de seus modos de vida, saberes e identidades. Essa estrutura de desigualdade reverbera até os dias atuais, especialmente por meio do racismo estrutural e institucional, que se manifesta também no âmbito da saúde. Nesse contexto, observa-se a permanência de práticas e estruturas hegemônicas que privilegiam determinados grupos sociais em detrimento de outros, resultando em barreiras no acesso equitativo aos serviços de saúde (SILVA, 2017; TELES et al., 2020).

A Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988). No entanto, apesar desse marco legal, persistem profundas desigualdades no acesso e na qualidade da assistência ofertada a determinados segmentos populacionais. Entre esses grupos, destacam-se as comunidades quilombolas, que historicamente enfrentam negligência do poder público, associada às precárias condições de vida, infraestrutura limitada e dificuldades de acesso aos serviços essenciais (ALMEIDA et al., 2019).

Embora iniciativas como o Programa Brasil Quilombola (PBQ) tenham representado avanços na formulação de políticas voltadas a essas comunidades, a literatura aponta que ainda há lacunas significativas no que se refere à efetivação

dos direitos sociais e à garantia plena de acesso às políticas públicas (BRANDÃO; JORGE; DALT, 2016; TELES, 2020). As vulnerabilidades vivenciadas pelas populações quilombolas expressam-se nas dimensões de renda, moradia, educação, saneamento e saúde, sendo atravessadas por marcadores sociais como raça, gênero, orientação sexual e localização geográfica, que potencializam situações de exclusão (CARMO; GUIZARDI, 2018; MONTEIRO, 2011; PIZZIO, 2010).

No que concerne especificamente à promoção da saúde, estudos indicam fragilidades na organização da Atenção Primária à Saúde (APS) voltada às comunidades quilombolas, comprometendo a integralidade e a qualidade da assistência (CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018). Considerando que a APS, quando estruturada de forma resolutiva e articulada intersetorialmente, é capaz de promover diagnóstico precoce, prevenção de agravos e melhoria dos indicadores de saúde (LIMA et al., 2019), torna-se imprescindível analisar como essas políticas vêm sendo implementadas nesse contexto.

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo apresentar um panorama das políticas públicas, com ênfase nas políticas públicas de saúde direcionadas às comunidades quilombolas no Brasil, destacando as principais características dessa população, as iniquidades em suas condições de vida e a relevância da participação social na construção e efetivação de políticas públicas mais equitativas.

REVISÃO DE LITERATURA

O conceito de políticas públicas apresenta múltiplas definições na literatura, refletindo a complexidade do campo e sua interface com a ciência política, a administração pública e as ciências sociais (SOUZA, 2006). Mead (1995) compreende as políticas públicas como um campo de estudo que analisa a ação governamental diante de questões públicas relevantes, enquanto Dye (2013) as define como tudo aquilo que o governo decide fazer ou deixar de fazer.

Nessa mesma perspectiva, Dias e Matos (2015) entendem as políticas públicas como ações ou omissões do Estado orientadas à promoção de condições de equidade social, visando à melhoria da qualidade de vida e à garantia da dignidade humana. Assim, as políticas públicas constituem instrumentos de concretização de direitos previstos nas legislações nacionais, estaduais e municipais, traduzindo em ações práticas os princípios estabelecidos nas normas jurídicas.

Além de sua função normativa, as políticas públicas são frequentemente compreendidas como mecanismos de enfrentamento de problemas sociais. Gelinski e Seibel (2008) destacam que essas ações governamentais são direcionadas à resolução de necessidades coletivas, enquanto Lopes, Amaral e Caldas (2008) as definem como

o conjunto de decisões e estratégias elaboradas pelos governos para responder — ou não — às demandas da sociedade, promovendo o interesse público. Nesse sentido, as políticas públicas envolvem processos dinâmicos que incluem formulação, implementação e avaliação, compondo o chamado ciclo das políticas públicas (TUDE, 2015). Esse ciclo abrange etapas interdependentes, como a formação da agenda, a análise de alternativas, a tomada de decisão, a implementação e a avaliação dos resultados (LOPES; AMARAL; CALDAS, 2008), podendo ainda contemplar fases mais detalhadas, como diagnóstico do problema, institucionalização, estruturação da gestão, alocação de recursos, monitoramento e revisão das ações (BRASIL, 2021).

No campo tipológico, as políticas públicas podem ser classificadas como distributivas, redistributivas, regulatórias e constitutivas (SOUZA, 2002). As distributivas tendem a beneficiar grupos específicos, enquanto as redistributivas buscam corrigir desigualdades sociais ao direcionar recursos a segmentos mais amplos ou vulneráveis (TUDE, 2015). As regulatórias estabelecem normas e mecanismos de controle para assegurar o interesse coletivo, e as constitutivas definem regras institucionais que organizam a criação e execução das demais políticas (MONTEIRO, 2022). Há ainda classificações que distinguem políticas sociais, macroeconômicas, administrativas e setoriais (DIAS; MATOS, 2012), entre as quais se inserem as políticas públicas de saúde.

As políticas públicas em saúde configuram-se como um campo estratégico da ação estatal, voltado à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva (LUCHESE, 2004). No Brasil, a Constituição Federal de 1988 consolidou a saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo os princípios da universalidade, equidade e integralidade, bem como as diretrizes de descentralização e participação social na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) (AGUIAR, 2004). O SUS constitui-se como uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços, organizada de forma descentralizada e com comando único em cada esfera de governo, fundamentando-se na universalização do acesso, na integralidade da assistência e na participação popular (WARGAS, 2004). Entretanto, embora normativamente estruturado sob bases igualitárias, o sistema enfrenta desafios relacionados às desigualdades históricas que atravessam a sociedade brasileira.

Nesse contexto, a análise das políticas públicas de saúde voltadas às comunidades quilombolas requer a compreensão histórica e sociocultural dessas populações. A origem do termo “quilombola” remonta aos povos de língua bantu da África Central, cujas experiências de resistência durante o período escravocrata deram origem aos quilombos no Brasil (MUNANGA, 1996; XAVIER FILHO, 2020). Esses espaços constituíram-se como territórios de resistência, organizados a partir de valores culturais, religiosos e políticos próprios, representando estratégias coletivas de sobrevivência e afirmação identitária (FURTADO; PEDROZA; ALVES, 2014; ARRUTI, 2009). Ao longo do tempo, essas comunidades consolidaram-se como grupos

remanescentes de quilombos, portadores de especificidades históricas e culturais que fundamentam sua identidade social (SOUZA, 2008; CARVALHO, 2014).

Apesar do reconhecimento jurídico e dos avanços normativos, as comunidades quilombolas permanecem em situação de vulnerabilidade social. Indicadores sociais demonstram que fatores como renda, escolaridade, moradia, saneamento e acesso à saúde evidenciam desigualdades persistentes (IBGE, 2021). A dimensão racial constitui elemento estruturante dessas iniquidades, uma vez que a herança do período escravocrata e a manutenção de práticas discriminatórias contribuíram para a consolidação de desigualdades socioeconômicas e sanitárias que afetam majoritariamente a população negra (BENTO; BEGHIN, 2005; ROMERO; MAIA; MUSY, 2019). Embora a ciência rejeite a existência de distinções biológicas entre raças humanas (PEARCE et al., 2004), a construção social da raça influencia diretamente as condições de vida, de adoecimento e de acesso aos serviços de saúde (SANTOS; SILVA, 2014).

No que se refere às comunidades quilombolas, a exclusão social é apontada como elemento central para a compreensão de seu perfil epidemiológico (BEZERRA et al., 2014). Muitas dessas comunidades localizam-se em áreas rurais ou periféricas, historicamente constituídas em contextos de isolamento como estratégia de proteção (FREITAS et al., 2011). Na região Nordeste, concentra-se expressivo número de comunidades reconhecidas, incluindo significativo contingente no estado de Pernambuco (CPISP, 2022), realidade que reforça a necessidade de políticas públicas contextualizadas às especificidades territoriais.

Estudos indicam que o acesso aos serviços de saúde por parte das populações quilombolas é frequentemente dificultado por fatores como distância geográfica, ausência de transporte coletivo, infraestrutura precária e limitações na oferta de serviços (CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018; NEVES, 2021). Embora a assistência seja, em geral, vinculada às Unidades Básicas de Saúde da Família, observa-se predominância de práticas pontuais e curativistas, centradas nos aspectos biológicos do processo saúde-doença, em detrimento de abordagens integrais e culturalmente sensíveis. Soma-se a esse cenário a rotatividade de profissionais, a fragilidade estrutural das unidades e a presença de racismo institucional, fatores que contribuem para a ampliação das desigualdades em saúde e comprometem a efetividade dos princípios do SUS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de natureza descritivo-analítica, fundamentado em pesquisa bibliográfica e documental. A investigação buscou analisar as políticas públicas de saúde direcionadas às comunidades quilombolas

no Brasil, bem como discutir a importância da participação popular na construção e efetivação dessas políticas.

A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir de artigos científicos, livros, dissertações e teses disponíveis em bases de dados como SciELO, Google Acadêmico e documentos institucionais publicados por órgãos oficiais. Foram utilizados descritores como “políticas públicas”, “saúde pública”, “comunidades quilombolas”, “Sistema Único de Saúde”, “promoção da igualdade racial” e “participação social”, combinados por meio de operadores booleanos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A consolidação de políticas públicas voltadas às comunidades quilombolas no Brasil ganhou maior visibilidade a partir dos anos 2000, período marcado pela ampliação do debate sobre equidade racial e justiça social. A criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), em 2003, representou um marco institucional relevante, ao conferir centralidade política às demandas históricas da população negra e quilombola (DA SILVA, 2018). Ainda nesse contexto, a instituição da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR), também em 2003, estabeleceu diretrizes voltadas à redução das desigualdades étnico-raciais por meio da implementação de programas e ações em diferentes áreas sociais (CARRIL, 2017).

Em 2004, a criação do Programa Brasil Quilombola (PBQ) consolidou uma estratégia interministerial voltada especificamente às comunidades remanescentes de quilombo. Estruturado em quatro eixos — acesso à terra; infraestrutura e qualidade de vida; desenvolvimento local e inclusão produtiva; e direitos e cidadania — o programa buscou integrar ações de diferentes pastas governamentais, reconhecendo o caráter multidimensional das vulnerabilidades vivenciadas por essas populações (BRANDÃO; JORGE; DALY, 2016; TELES, 2020). No âmbito da saúde, tais iniciativas dialogam com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no que se refere à equidade e à integralidade do cuidado.

O Programa de Aceleração do Crescimento Quilombola (PAC Quilombola), criado em 2007, reforçou esse movimento ao priorizar investimentos em infraestrutura, saneamento básico, abastecimento de água, construção de unidades de saúde e regularização fundiária, compreendendo que os determinantes sociais influenciam diretamente as condições de saúde dessas comunidades (DE FAVELAS, 2010). Do mesmo modo, instrumentos normativos como a Portaria nº 98/2007 da Fundação Cultural Palmares e a Instrução Normativa nº 57/2009 do INCRA foram fundamentais para o reconhecimento e titulação dos territórios quilombolas, aspecto central para a garantia de direitos sociais e sanitários (ARAÚJO, 2007).

Entretanto, apesar dos avanços institucionais observados ao longo da primeira década do século XXI, persistem desafios significativos na efetivação dessas políticas. A burocracia administrativa, a limitação de recursos humanos qualificados, a insuficiência de infraestrutura e a localização geográfica de muitas comunidades em áreas rurais e de difícil acesso configuram entraves concretos à implementação das ações previstas (PIRES, 2019). Além disso, a reestruturação ministerial ocorrida em 2015, que resultou na incorporação da SEPPIR a outras pastas, representou um enfraquecimento simbólico e político das pautas relacionadas à igualdade racial (DA SILVA, 2018), impactando a continuidade e a priorização das ações específicas.

Nesse cenário, a participação popular emerge como elemento fundamental para a consolidação de políticas públicas mais efetivas e contextualizadas. Considerando que o Nordeste concentra a maior parte das comunidades quilombolas reconhecidas (EMBRAPA, 2019), torna-se imprescindível fortalecer mecanismos de controle social e participação comunitária, especialmente nos conselhos de saúde e nas instâncias deliberativas locais. A participação social possibilita que as demandas específicas dessas populações sejam incorporadas ao planejamento das ações, garantindo maior aderência das políticas às realidades territoriais.

A promoção da saúde, nesse contexto, ultrapassa a dimensão assistencial e assume caráter intersetorial, voltado à transformação dos determinantes sociais que impactam o processo saúde-doença-cuidado (MACHADO et al., 2021). Estratégias como mobilização social, educação em saúde e fortalecimento comunitário contribuem para ampliar a autonomia das populações quilombolas, favorecendo o exercício da cidadania e a reivindicação de direitos (DURAND; HEIDEMAN, 2019).

Observa-se, portanto, que embora o arcabouço normativo brasileiro tenha avançado na formulação de políticas públicas direcionadas às comunidades quilombolas, a efetivação dessas ações ainda enfrenta limitações estruturais e institucionais. A superação dessas barreiras exige fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, investimentos contínuos em infraestrutura e, sobretudo, ampliação da participação popular como mecanismo de democratização e controle social das políticas públicas. Somente por meio de ações integradas, intersetoriais e comprometidas com o princípio da equidade será possível reduzir as iniquidades históricas que marcam as condições de vida e saúde das comunidades quilombolas no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar os fundamentos que estruturam o campo das políticas públicas, direcionando a discussão para as políticas públicas de saúde voltadas às comunidades quilombolas no Brasil. Ao longo da revisão,

evidenciou-se que as políticas públicas constituem instrumentos essenciais de materialização de direitos sociais, resultantes de processos que envolvem formulação, implementação e avaliação, além da atuação articulada entre Estado e sociedade civil.

No que concerne às políticas públicas de saúde destinadas às comunidades quilombolas, observa-se que, embora tenham ocorrido avanços significativos a partir dos anos 2000 — especialmente com a criação da SEPPIR, da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial e do Programa Brasil Quilombola — ainda persistem entraves estruturais que dificultam a plena efetivação dos direitos assegurados constitucionalmente. Questões como burocracia institucional, fragilidade na alocação de recursos, descontinuidade administrativa, localização geográfica das comunidades e permanência do racismo institucional limitam o acesso equitativo aos serviços de saúde.

Verifica-se que a consolidação de políticas públicas eficazes para os povos quilombolas exige não apenas o fortalecimento normativo, mas também compromisso político contínuo, financiamento adequado e estratégias intersetoriais que considerem os determinantes sociais da saúde. Nesse contexto, a participação popular assume papel central, pois possibilita que as demandas específicas dessas comunidades sejam incorporadas ao planejamento e à execução das ações governamentais, promovendo maior legitimidade e efetividade às políticas implementadas.

Conclui-se que a promoção da equidade em saúde para as comunidades quilombolas demanda ações estruturantes que transcendam a perspectiva assistencialista, incorporando práticas de educação em saúde, fortalecimento comunitário e ampliação dos espaços de controle social. Somente por meio de políticas públicas sustentadas pelo princípio da equidade e pela valorização da identidade e da territorialidade quilombola será possível enfrentar as iniquidades históricas que ainda marcam as condições de vida e saúde dessa população.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D. Políticas públicas em saúde. In: LUCHESE, P. T. R. (org.). **INFORMAÇÃO PARA TOMADORES DE DECISÃO EM SAÚDE PÚBLICA: POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE**. São Paulo: BVS, 2004. p. 3-10.

ALMEIDA, C. B. et al. **REFLEXÃO SOBRE O CONTROLE DO ACESSO DE QUILOMBOLAS À SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA**. *Avances en Enfermería*, v. 37, n. 1, p. 92-103, 2019.

ALVES, L. P. S.; ALVES, D. M. C. **PROGRAMA BRASIL QUILOMBOLA E A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE PALMAS, PR**. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SOCIEDADE, 4., 2011, Curitiba. Anais [...]. Curitiba: UTFPR, 2011.

ANDRADE, L.; TRECCANI, G. **TERRAS DE QUILOMBO**. In: LARANJEIRA, R. (org.). Direito agrário brasileiro. São Paulo: LTr, 2000.

ARAÚJO, E. M. **PORTARIA Nº 98, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2007**. Brasília, DF: Fundação Cultural Palmares, 2007.

ARRUTI, J. M. **QUILOMBOS**. *Jangwa Pana*, v. 8, n. 1, p. 102–121, 2009.

BENTO, M. A. S.; BEGHIN, N. **JUVENTUDE NEGRA E EXCLUSÃO RADICAL**. *Boletim de Políticas Sociais*, v. 11, p. 194-197, 2005.

BEZERRA, V. M. et al. **INQUÉRITO DE SAÚDE EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE VITÓRIA DA CONQUISTA, BAHIA (PROJETO COMQUISTA): ASPECTOS METODOLÓGICOS E ANÁLISE DESCRITIVA**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 6, p. 1835-1847, 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E O SUS: AÇÕES AFIRMATIVAS PARA AVANÇAR NA EQUIDADE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **POLÍTICA PÚBLICA EM DEZ PASSOS**. Brasília: TCU, 2021.

BRANDÃO, A.; JORGE, A. L.; DALT, S. **PROGRAMA BRASIL QUILOMBOLA: AVANÇOS E DESAFIOS**. 2016.

CALHEIROS, F. P.; STADTLER, H. H. C. **ETHNIC IDENTITY AND POWER: QUILOMBOS IN BRAZILIAN PUBLIC POLICY**. *Revista Katálysis*, v. 13, n. 1, p. 133-139, 2010.

CANDEIAS, N. M. F. **CONCEITOS DE EDUCAÇÃO E DE PROMOÇÃO EM SAÚDE: MUDANÇAS INDIVIDUAIS E MUDANÇAS ORGANIZACIONAIS**. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

CARDOSO, C. S.; MELO, L. O.; FREITAS, D. A. **CONDIÇÕES DE SAÚDE NAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS**. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 12, n. 4, p. 1037-1045, 2018.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. **O CONCEITO DE VULNERABILIDADE E SEUS SENTIDOS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 3, e00101417, 2018.

CARVALHO, A. S.; OLIVEIRA E SILVA, D. **PERSPECTIVAS DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO QUILOMBO DE TIJUAÇU, BRASIL.** *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, n. 50, 2014.

CARRIL, L. F. B. **OS DESAFIOS DA EDUCAÇÃO QUILOMBOLA NO BRASIL.** *Revista Brasileira de Educação*, v. 22, n. 69, p. 539-564, 2017.

CPISP. **QUILOMBOLAS NO BRASIL.** São Paulo: Comissão Pró-Índio de São Paulo, 2022.

DA SILVA, A. R. F. **POLÍTICAS PÚBLICAS PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS: UMA LUTA EM CONSTRUÇÃO.** *Política & Trabalho*, n. 48, p. 128-145, 2018.

DIAS, R.; MATOS, F. **POLÍTICAS PÚBLICAS.** São Paulo: Atlas, 2012.

DIAS, R.; MATOS, F. **POLÍTICAS PÚBLICAS: PRINCÍPIOS, PROPÓSITOS E PROCESSOS.** São Paulo: Atlas, 2015.

DURAND, M. K.; HEIDEMANN, I. T. S. **DETERMINANTES SOCIAIS DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA E SUA INTERFACE COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 53, e03451, 2019.

DYE, T. R. **UNDERSTANDING PUBLIC POLICY.** 14. ed. Boston: Pearson, 2013.

EMBRAPA. **ANÁLISES DE CONTEXTO AGRÁRIO, RURAL E AGRÍCOLA PARA O INCRA DAS ÁREAS QUILOMBOLAS (2014-2019).** Brasília: EMBRAPA, 2019.

FREITAS, D. A. et al. **SAÚDE E COMUNIDADES QUILOMBOLAS: REVISÃO DA LITERATURA.** *Revista CEFAC*, v. 13, n. 5, p. 937-943, 2011.

FURTADO, M. B.; PEDROZA, R. L. S.; ALVES, C. B. **CULTURA, IDENTIDADE E SUBJETIVIDADE QUILOMBOLA.** *Psicologia & Sociedade*, v. 26, n. 1, p. 106-115, 2014.

GELINSKI, C. R. O. G.; SEIBEL, E. J. **FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: QUESTÕES METODOLÓGICAS RELEVANTES.** *Revista de Ciências Humanas*, v. 42, n. 1, p. 227-240, 2008.

HERINGER, R. **DESIGUALDADES RACIAIS NO BRASIL.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, supl., p. S57-S65, 2002.

IBGE. **SÍNTESE DE INDICADORES SOCIAIS: UMA ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA 2021.** Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

LOPES, B.; AMARAL, J. N.; CALDAS, R. W. **POLÍTICAS PÚBLICAS: CONCEITOS E PRÁTICAS**. Belo Horizonte: SEBRAE/MG, 2008.

LUCCHESE, P. T. R. (org.). **POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE PÚBLICA**. São Paulo: BVS, 2004.

MADEIRA, Z.; GOMES, D. D. O. **PERSISTENTES DESIGUALDADES RACIAIS NO BRASIL CONTEMPORÂNEO**. *Serviço Social & Sociedade*, n. 133, p. 463-479, 2018.