ReGeo ISSN: 2177-3246

SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: EQUIDADE ÉTNICO-RACIAL E DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO

QUILOMBOLA POPULATION HEALTH IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM: ETHNIC-RACIAL EQUITY AND IMPLEMENTATION CHALLENGES

SALUD DE LA POBLACIÓN QUILOMBOLA EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD: EQUIDAD ÉTNICO-RACIAL Y DESAFÍOS DE IMPLEMENTACIÓN

https://doi.org/10.56238/revgeov17n10-118

Data de submissão: 04/09/2026 **Data de publicação:** 19/10/2026

Marcio Silva da Conceição
Doutor em Ciências Ambientais
E-mail: marciodostz@hotmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/6178523977633290

Ananda Medeiros Bento
Farmacêutica Especialista em Farmacologia Clínica e Prescrição Medicamentosa, Especialista em Hematologia e Imuno-Hematologia, Especialista em Análises Clínicas e Especialista em Farmácia Estética
E-mail: ananda.mb@hotmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/3841704843156084

Ariane Silva Carvalho
Doutoranda em Saúde Coletiva - Bolsista CAPES
E-mail: arianesilva2_7@hotmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/7907413184308627

RESUMO

O primeiro censo a recensear separadamente a população quilombola brasileira encontrou 1.330.186 pessoas, das quais 87,4% vivem fora de territórios quilombolas. Esse dado desloca o problema da saúde quilombola do território titulado para a rede de atenção primária onde quer que essas pessoas residam, e é à luz dele que este artigo analisa o incentivo financeiro instituído em dezembro de 2025 para as equipes de Saúde da Família que atuam em territórios com população quilombola. Trata-se de pesquisa qualitativa, documental, com componente quantitativo censitário, orientada pelos procedimentos da revisão integrativa, apoiada na extração própria dos anexos das portarias ministeriais e dos dados do censo demográfico. Os resultados apontam quatro achados. Primeiro, a norma define território com população quilombola pela presença de localidade permanente de pessoas autodeclaradas, e não pela titulação fundiária, o que amplia o alcance potencial da política para além dos 12,6% que vivem em territórios reconhecidos. Segundo, o incentivo opera por três componentes, unidades de apoio, meios de transporte e profissionais acrescidos, com valores que variam de R$ 20.325,00 a R$ 42.650,00 mensais por equipe conforme a faixa do município, razão de 2,1 entre os extremos. Terceiro, a elegibilidade alcança 1.251 municípios em 25 unidades da federação, mas, por decorrer da presença de localidade e não do volume populacional, descola-se da distribuição demográfica: o Maranhão concentra 20,2% da população quilombola e 7,9% dos municípios elegíveis, enquanto Minas Gerais reúne 10,2% da população e 16,3% dos municípios. Quarto, o cadastro nacional de estabelecimentos não prevê modalidade de equipe específica para esse público, ao contrário do que

ocorre com populações ribeirinhas, fluviais e indígenas. Conclui-se que a equidade foi desenhada como acréscimo de custeio, e não como modalidade assistencial.

Palavras-chave: Saúde Quilombola. Equidade Étnico-racial. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT
The first census to separately enumerate Brazil's quilombola population found 1,330,186 people, of whom 87.4% live outside quilombola territories. This finding shifts the problem of quilombola health from titled land to the primary care network wherever these people reside, and it is in that light that this article analyzes the financial incentive established in December 2025 for Family Health teams working in territories with quilombola populations. It is a qualitative, documentary study with a census-based quantitative component, guided by integrative review procedures, drawing on the independent extraction of the annexes of ministerial ordinances and of demographic census data. Four findings emerge. First, the rule defines a territory with a quilombola population by the presence of a permanent locality of self-declared individuals rather than by land titling, which extends the policy's potential reach beyond the 12.6% living in recognized territories. Second, the incentive operates through three components, support units, means of transport and additional professionals, with values ranging from R$ 20,325.00 to R$ 42,650.00 monthly per team according to the municipality's bracket, a ratio of 2.1 between the extremes. Third, eligibility covers 1,251 municipalities across 25 federative units but, deriving from the presence of a locality rather than from population size, it decouples from the demographic distribution: Maranhão holds 20.2% of the quilombola population and 7.9% of eligible municipalities, while Minas Gerais has 10.2% of the population and 16.3% of municipalities. Fourth, the national facilities registry provides no specific team modality for this population, unlike riverside, fluvial and indigenous populations. The conclusion is that equity was designed as a funding supplement rather than as a care modality.

Keywords: Quilombola Health. Ethnic-racial Equity. Primary Health Care.

RESUMEN
El primer censo que registró por separado la población quilombola brasileña encontró 1.330.186 personas, de las cuales el 87,4% vive fuera de territorios quilombolas. Este dato desplaza el problema de la salud quilombola del territorio titulado hacia la red de atención primaria donde quiera que esas personas residan, y es a la luz de este dato que este artículo analiza el incentivo financiero instituido en diciembre de 2025 para los equipos de Salud de la Familia que actúan en territorios con población quilombola. Se trata de una investigación cualitativa, documental, con componente cuantitativo censitario, orientada por los procedimientos de la revisión integrativa, apoyada en la extracción propia de los anexos de las portarías ministeriales y de los datos del censo demográfico. Los resultados señalan cuatro hallazgos. Primero, la norma define territorio con población quilombola por la presencia de localidad permanente de personas autodeclaradas, y no por la titulación fundiaria, lo que amplía el alcance potencial de la política más allá del 12,6% que vive en territorios reconocidos. Segundo, el incentivo opera por tres componentes, unidades de apoyo, medios de transporte y profesionales adicionales, con valores que varían de R$ 20.325,00 a R$ 42.650,00 mensuales por equipo conforme el rango del municipio, razón de 2,1 entre los extremos. Tercero, la elegibilidad alcanza 1.251 municipios en 25 unidades de la federación, pero, por derivarse de la presencia de localidad y no del volumen poblacional, se desvincula de la distribución demográfica: Maranhão concentra el 20,2% de la población quilombola y el 7,9% de los municipios elegibles, mientras que Minas Gerais reúne el 10,2% de la población y el 16,3% de los municipios. Cuarto, el registro nacional de establecimientos no prevé modalidad de equipo específica para este público, a diferencia de lo que ocurre con

poblaciones ribereñas, fluviales e indígenas. Se concluye que la equidad fue diseñada como adición de financiamiento, y no como modalidad asistencial.

Palabras clave: Salud Quilombola. Equidad Étnico-racial. Atención Primaria de la Salud.

1 INTRODUÇÃO

Até 2022, o Estado brasileiro não sabia quantos eram os quilombolas. O censo demográfico daquele ano foi o primeiro a recensear essa população de forma específica, e o número encontrado, 1.330.186 pessoas, converteu em estatística oficial um contingente que até então só podia ser estimado. A existência do dado altera as condições de formulação de política pública: enquanto o universo era desconhecido, a equidade étnico-racial na saúde operava por princípio; com o dado, passa a ser possível verificar se o desenho das políticas corresponde à distribuição real da população que pretendem alcançar.

A literatura vem documentando, há anos, as condições de saúde dessas comunidades, seja por revisões sobre seus determinantes sociais (Trindade; Santana; Rezende, 2024), seja por estudos sobre desfechos específicos, como a saúde bucal (Cardoso Neves *et al.*, 2024) e a saúde mental (Ribeiro-Andrade; Ferraiuoli; Andrade, 2026). Paralelamente, examina-se a implementação das políticas de equidade voltadas à população negra no Sistema Único de Saúde, cujos obstáculos são persistentes (Figueiredo *et al.*, 2024; Dos Santos *et al.*, 2026).

Em dezembro de 2025, o Ministério da Saúde instituiu incentivo financeiro adicional de custeio para as equipes de Saúde da Família que atuam em territórios com população quilombola, alterando a Portaria de Consolidação que organiza o financiamento da atenção primária. Trata-se da primeira vez que o financiamento federal da atenção primária reconhece esse público com componentes próprios, e a norma foi editada três anos após a divulgação dos dados censitários, o que permite confrontar seu desenho com a distribuição populacional efetivamente apurada.

A pergunta de pesquisa é dupla: como se estrutura o incentivo federal destinado às equipes que atendem população quilombola, e em que medida seu desenho corresponde à distribuição territorial dessa população revelada pelo censo? A hipótese de trabalho é a de que o incentivo adota critério de elegibilidade baseado na presença de localidade quilombola no município, e não no volume populacional, de modo que a distribuição dos municípios elegíveis descola-se da distribuição demográfica, produzindo intensidades de cobertura muito distintas entre unidades da federação.

A justificativa organiza-se em três planos. No plano social, trata-se de população historicamente submetida a barreiras de acesso, cuja localização frequentemente rural e dispersa agrava as dificuldades de alcance dos serviços. No plano acadêmico, embora os determinantes sociais e os desfechos em saúde dessas comunidades venham sendo estudados, o desenho do financiamento federal específico é recente e ainda não foi confrontado com os dados censitários. No plano prático, gestores municipais precisam compreender os critérios de elegibilidade, de classificação em faixas e de credenciamento para acessar os recursos, cujo fluxo envolve etapas sucessivas e distintas.

O objetivo geral é analisar o incentivo federal às equipes de Saúde da Família que atuam em territórios com população quilombola, à luz da distribuição censitária dessa população. São objetivos específicos: (i) caracterizar a população quilombola segundo o censo de 2022; (ii) reconstituir o marco normativo e a criação do incentivo; (iii) descrever sua arquitetura de componentes, faixas e valores; (iv) confrontar a elegibilidade municipal com a distribuição populacional; e (v) descrever o fluxo que liga a elegibilidade ao custeio efetivo. O texto organiza-se em mais cinco seções: metodologia; desenvolvimento, em cinco subseções; resultados e discussão; limitações e lacunas; e conclusão.

2 METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa, de caráter documental, com componente quantitativo de natureza censitária. A dimensão bibliográfica foi orientada pelos procedimentos da revisão integrativa, que permite reunir e sintetizar, de maneira sistemática e ordenada, resultados de pesquisas sobre um tema delimitado (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

A dimensão documental apoia-se em fontes primárias obtidas na base de publicações do Diário Oficial da União e no portal da legislação da Presidência da República: o Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003; a Portaria GM/MS nº 9.572, de 22 de dezembro de 2025, que institui o incentivo; e a Portaria GM/MS nº 10.345, de 13 de março de 2026, que credencia municípios. O método de análise consistiu em decompor cada dispositivo em três elementos: a obrigação ou o benefício instituído, o critério quantitativo adotado e o ator responsável por cada etapa do fluxo.

O componente quantitativo tem três partes. A primeira é a extração, da base de dados agregados do instituto oficial de estatística, da população quilombola por unidade da federação apurada no censo de 2022, discriminada entre residentes em territórios quilombolas e fora deles (IBGE, 2023). A segunda é a extração integral do anexo da portaria instituidora que relaciona os municípios elegíveis, com sua unidade da federação, código municipal e faixa de classificação, totalizando 1.251 registros, cuja contagem foi conferida pela unicidade dos códigos municipais. A terceira é a extração dos anexos da portaria de credenciamento, que relacionam as equipes e os componentes adicionais autorizados, por município.

Todos os percentuais, razões e somatórios apresentados foram calculados pela autora a partir desses valores e são declarados como cálculo próprio. Em particular, os valores mensais máximos por faixa resultam da multiplicação dos quantitativos máximos de cada componente, fixados no anexo da portaria, pelos respectivos valores unitários de custeio, também nela fixados. Consultou-se, ainda, a relação de tipos de equipe do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, para verificar a existência de modalidade específica destinada a essa população.

As buscas bibliográficas foram realizadas em outubro de 2026 nas bases SciELO, Crossref e Google Acadêmico e nos portais de periódicos nacionais, com atenção às revistas Aracê e Lumen et Virtus. Utilizaram-se os descritores, em português, ("quilombola" OR "população negra") AND ("saúde" OR "atenção primária") AND ("equidade" OR "acesso"), e, em inglês, "quilombola" AND "health equity" AND "primary care".

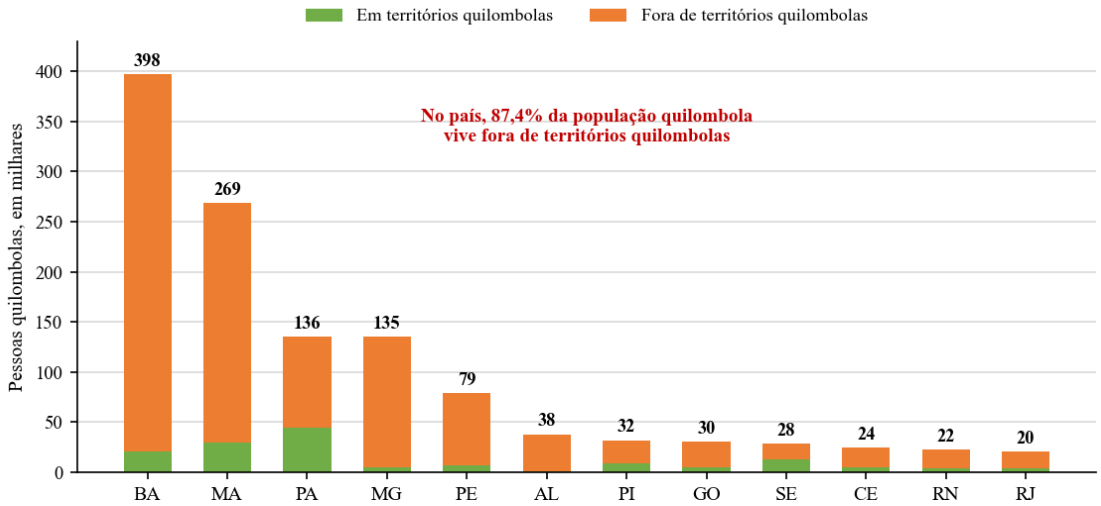
Não se apresentam quantitativos de documentos triados, pois o levantamento não seguiu protocolo censitário.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 QUEM É A POPULAÇÃO QUILOMBOLA SEGUNDO O CENSO DE 2022

O censo demográfico de 2022 recenseou 1.330.186 pessoas quilombolas no Brasil. A informação mais consequente para a política de saúde não é, porém, o total, mas sua repartição territorial: apenas 167.769 pessoas, ou 12,6%, residem em territórios quilombolas, ao passo que 1.162.417, ou 87,4%, residem fora deles (IBGE, 2023). O Gráfico 1 apresenta a distribuição nas doze unidades da federação com maior população quilombola.

Gráfico 1. População quilombola por unidade da federação, segundo a residência em territórios quilombolas, 2022



Nota: doze unidades da federação com maior população quilombola, que reúnem 1.211.328 das 1.330.186 pessoas quilombolas recenseadas em 2022. O Censo não registrou população quilombola no Acre e em Roraima.

Fonte: elaboração própria com base em IBGE (2023); participações obtidas por cálculo próprio.

A concentração regional é acentuada. A Bahia reúne 397.502 pessoas quilombolas, ou 29,9% do total do país; o Maranhão, 269.168, ou 20,2%; o Pará, 135.603, e Minas Gerais, 135.315, cada qual com 10,2%. Essas quatro unidades somam 70,5% da população quilombola brasileira. No extremo oposto, o censo não registrou população quilombola no Acre e em Roraima.

A proporção de residentes em territórios quilombolas também varia muito entre as unidades da federação, o que é visível no Gráfico 1: enquanto em Sergipe 45,3% da população quilombola reside em território reconhecido e no Pará 32,9%, na Bahia a proporção é de 5,2% e em Minas Gerais, de 3,4%. A implicação para a política de saúde é direta. Se o acesso diferenciado fosse condicionado à residência em território titulado, a política alcançaria pouco mais de um oitavo do público em âmbito nacional, e em alguns estados menos de um vigésimo.

A distinção importa também porque a titulação fundiária é procedimento administrativo autônomo, regido pelo Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, que define os remanescentes das comunidades dos quilombos como grupos étnico-raciais caracterizados segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, relações territoriais específicas e presunção de ancestralidade negra relacionada à resistência à opressão histórica sofrida (Brasil, 2003). O reconhecimento identitário, nessa definição, não depende da conclusão do processo de titulação, e o dado censitário confirma que a maior parte da população assim identificada vive fora de territórios já delimitados.

3.2 O MARCO NORMATIVO E A CRIAÇÃO DO INCENTIVO

Em 22 de dezembro de 2025, o Ministério da Saúde editou a Portaria GM/MS nº 9.572, publicada no Diário Oficial da União do dia seguinte, para alterar a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, e instituir o incentivo financeiro de custeio mensal às equipes de Saúde da Família que atuam em territórios com população quilombola, no âmbito da atenção primária do Sistema Único de Saúde. A norma acrescentou à portaria consolidada uma Seção IX-A e os artigos 79-A e seguintes (Brasil, 2025). O Quadro 1 reconstitui o marco pertinente.

Quadro 1. Marco normativo do incentivo federal à atenção primária em territórios com população quilombola

Instrumento	Data	Objeto	Relação com a política
Decreto nº 4.887	20/11/2003	Regulamenta o procedimento de identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos	Define o conceito por autoatribuição, independentemente da titulação concluída
Portaria de Consolidação GM/MS nº 6	28/09/2017	Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde	Diploma alterado para receber o incentivo quilombola
Portaria GM/MS nº 9.572	22/12/2025	Institui o incentivo financeiro adicional de custeio mensal às equipes de Saúde da Família que atuam em território com população quilombola	Cria a Seção IX-A, os componentes, as faixas e o rol de municípios elegíveis
Portaria GM/MS nº 10.345	13/03/2026	Credencia e habilita municípios à transferência dos incentivos federais de custeio no âmbito da atenção primária	Operacionaliza o credenciamento das equipes e dos componentes adicionais

Fonte: elaboração própria com base em Brasil (2003; 2025; 2026).

A definição adotada pela norma merece atenção. O parágrafo único do art. 79-A estabelece que se compreende por território com população quilombola todos os locais do território nacional onde exista uma localidade permanente de pessoas que se autodeclaram quilombolas, relacionados ao número de habitantes, à concentração de domicílios e ao pertencimento étnico quilombola. A política, portanto, não se vincula à titulação fundiária, mas ao conceito censitário de localidade quilombola. Essa escolha é coerente com o dado apresentado na subseção anterior: ao não exigir território titulado, a norma mantém no horizonte da política também os 87,4% que residem fora deles.

3.3 A ARQUITETURA DO INCENTIVO: COMPONENTES, FAIXAS E VALORES

O incentivo não se destina à equipe como um todo, mas a três componentes extras que a ela se acrescentam, enumerados no art. 79-A: unidades de apoio, meios de transporte e profissionais acrescidos à composição mínima da equipe de Saúde da Família. O art. 79-B detalha os dois primeiros, prevendo unidades de apoio preferencialmente localizadas dentro do território com população quilombola, com infraestrutura mínima para ofertar atendimento, e unidades móveis para transporte, podendo incluir embarcações de pequeno porte ou veículo terrestre automotor. O art. 79-C autoriza o acréscimo de profissionais, e o anexo correspondente relaciona onze categorias: técnico de enfermagem, com quarenta horas, e dez categorias de nível superior com vinte horas, entre as quais assistente social, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, sanitarista e terapeuta ocupacional (Brasil, 2025).

A intensidade do apoio varia conforme a classificação do município em três faixas. O § 1º do art. 79-D fixa os critérios dessa classificação: a área territorial do município, a população autodeclarada quilombola nele residente e a quantidade de localidades quilombolas identificadas pelo instituto oficial de estatística. A combinação desses três critérios define quantos componentes de cada tipo a equipe pode receber, conforme o Quadro 2.

Quadro 2. Componentes do incentivo, valores unitários de custeio e quantitativos máximos por faixa

Componente	Valor mensal de custeio	Faixa I	Faixa II	Faixa III
Unidade de apoio, como endereço complementar da unidade básica	R$ 4.500,00	1	2	3
Meio de transporte, veículo terrestre ou embarcação de pequeno porte	R$ 5.000,00	1	1	2
Técnico de enfermagem, quarenta horas	R$ 3.325,00	1	1	2
Profissional de nível superior, vinte horas	R$ 2.500,00	3	4	5
Valor mensal máximo por equipe	Cálculo próprio	R$ 20.325,00	R$ 27.325,00	R$ 42.650,00

Fonte: elaboração própria com base em Brasil (2025); valores máximos obtidos por cálculo próprio.

A razão entre o valor máximo da faixa III e o da faixa I é de 2,1, o que significa que uma equipe em município da faixa mais alta pode receber pouco mais que o dobro do apoio destinado a uma equipe da faixa mais baixa. Em termos anuais, o teto da faixa III corresponde a R$ 511.800,00 por equipe. Registre-se que se trata de valores máximos: o custeio efetivo depende do número de componentes que o município solicite e que venha a ser credenciado.

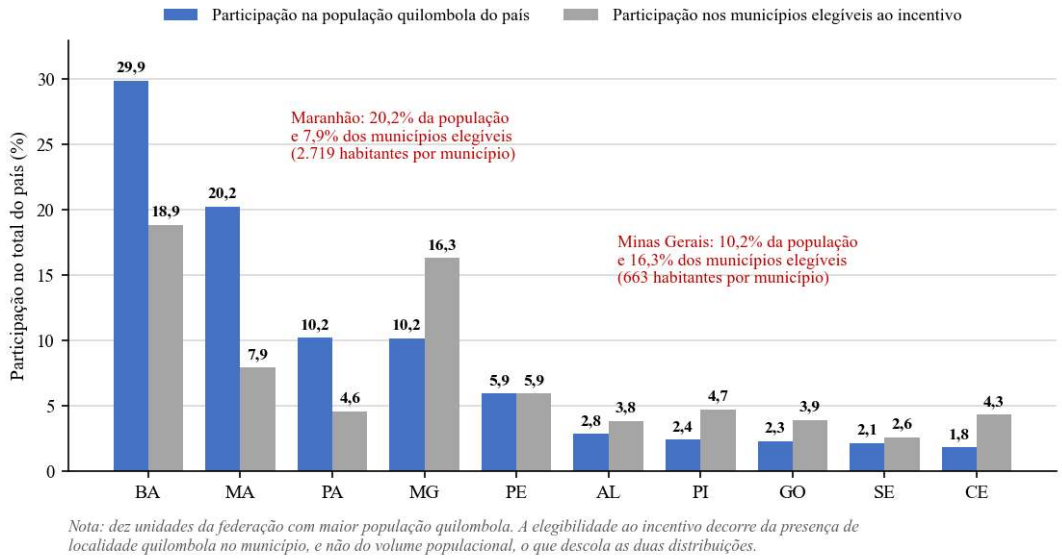
3.4 ELEGIBILIDADE MUNICIPAL E DESCOMPASSO COM A DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL

O anexo da portaria que relaciona os municípios que possuem território quilombola arrola 1.251 municípios, distribuídos em 25 unidades da federação, não figurando o Acre nem Roraima, coerentemente com a ausência de registro censitário nesses estados. A classificação por faixa reparte-se de modo relativamente equilibrado: 397 municípios na faixa I, 474 na faixa II e 380 na faixa III. A Bahia lidera com 236 municípios elegíveis, seguida por Minas Gerais, com 204, e pelo Maranhão, com 99.

É aqui que aparece o descompasso central desta análise. Como a elegibilidade decorre da presença de localidade quilombola no município, e não do volume de população quilombola nele residente, a distribuição dos municípios elegíveis não acompanha a distribuição demográfica. O

Gráfico 2 confronta as duas participações nas dez unidades da federação com maior população quilombola.

Gráfico 2. Participação na população quilombola e nos municípios elegíveis ao incentivo, por unidade da federação



Nota: dez unidades da federação com maior população quilombola. A elegibilidade ao incentivo decorre da presença de localidade quilombola no município, e não do volume populacional, o que descola as duas distribuições.

Fonte: elaboração própria com base em IBGE (2023) e Brasil (2025); participações obtidas por cálculo próprio.

Os casos extremos ilustram o ponto. O Maranhão concentra 20,2% da população quilombola do país, mas apenas 7,9% dos municípios elegíveis, o que resulta em 2.719 pessoas quilombolas por município elegível. Minas Gerais apresenta o inverso: 10,2% da população e 16,3% dos municípios, ou 663 pessoas por município elegível. Considerados todos os estados com municípios elegíveis, a razão varia de 2.719 pessoas por município, no Maranhão, a 161, no Mato Grosso do Sul, amplitude de 16,9 vezes. O Quadro 3 apresenta os valores das dez maiores populações.

Quadro 3. População quilombola e municípios elegíveis ao incentivo nas dez unidades da federação com maior população

Unidade da federação	População quilombola	Municípios elegíveis	Participação na população	Pessoas por município
Bahia	397.502	236	29,9%	1.684
Maranhão	269.168	99	20,2%	2.719
Pará	135.603	57	10,2%	2.379
Minas Gerais	135.315	204	10,2%	663
Pernambuco	78.864	74	5,9%	1.066
Alagoas	37.724	48	2,8%	786
Piauí	31.786	59	2,4%	539
Goiás	30.391	49	2,3%	620
Sergipe	28.163	32	2,1%	880
Ceará	23.994	54	1,8%	444

Fonte: elaboração própria com base em IBGE (2023) e Brasil (2025); razões obtidas por cálculo próprio.

3.5 DA ELEGIBILIDADE AO CUSTEIO: O FLUXO DE CREDENCIAMENTO

Constar do rol de municípios elegíveis não assegura o recebimento de recursos. O art. 79-E estabelece que a solicitação de credenciamento cabe ao gestor municipal ou distrital, que deve indicar a unidade básica e a equipe, com os respectivos códigos no cadastro nacional de estabelecimentos e no identificador nacional de equipe, bem como informar o nome da comunidade quilombola e a quantidade de famílias e pessoas. O art. 79-F condiciona a transferência ao credenciamento por portaria específica e ao cadastramento das unidades de apoio, dos meios de transporte e dos profissionais acrescidos. Há, portanto, três etapas sucessivas entre a elegibilidade e o custeio: a solicitação municipal, o credenciamento ministerial e o registro cadastral.

A Portaria GM/MS nº 10.345, de 13 de março de 2026, é um desses atos de credenciamento e permite observar a etapa intermediária em funcionamento. Seu anexo I credenciou três equipes de Saúde da Família com incentivo quilombola, em municípios da Bahia, do Pará e de Santa Catarina. Seu anexo II, mais extenso, credenciou componentes adicionais para 245 equipes, distribuídas em 130 municípios de 19 unidades da federação, autorizando 379 unidades de apoio, 330 meios de transporte, dos quais 16 embarcações de pequeno porte e 314 veículos terrestres, 343 técnicos de enfermagem e 902 profissionais de nível superior (Brasil, 2026). Aplicados os valores unitários do Quadro 2, esses componentes correspondem a R$ 6.750.975,00 mensais, ou R$ 81.011.700,00 anuais, em custeio federal.

Dois registros de cautela são necessários. O primeiro é que esse ato é um entre vários atos periódicos de credenciamento, de modo que os números apresentados descrevem o que foi autorizado

naquela portaria, e não o total acumulado da política, que não foi apurado nesta pesquisa. O segundo é que os 130 municípios contemplados naquele ato correspondem a 10,4% dos 1.251 elegíveis, proporção que indica estágio inicial de implementação, mas que não pode ser lida como medida de cobertura final.

Resta uma observação sobre a arquitetura assistencial. A consulta à relação de tipos de equipe do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde mostra que existem modalidades próprias para equipe de Saúde da Família ribeirinha, para equipe de Saúde da Família fluvial e para equipe multidisciplinar de atenção básica à saúde indígena, mas não há modalidade específica destinada à população quilombola. Para esse público, a diferenciação opera exclusivamente pelo acréscimo de custeio a uma equipe de Saúde da Família comum, e não pela criação de um tipo próprio de equipe com composição e processo de trabalho distintos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Respondendo à primeira parte da pergunta de pesquisa, o incentivo estrutura-se por três componentes acrescidos à equipe de Saúde da Família, graduados em três faixas municipais definidas por área territorial, população quilombola residente e número de localidades quilombolas. Os valores mensais máximos por equipe vão de R$ 20.325,00 a R$ 42.650,00, razão de 2,1 entre os extremos, e o acesso a eles percorre três etapas, da solicitação municipal ao registro cadastral, passando pelo credenciamento ministerial. A definição de território com população quilombola adotada pela norma apoia-se na localidade censitária, e não na titulação fundiária, o que é decisivo diante da constatação de que 87,4% dessa população reside fora de territórios reconhecidos.

Respondendo à segunda parte, o desenho corresponde apenas parcialmente à distribuição populacional. A hipótese de trabalho confirma-se: como a elegibilidade decorre da presença de localidade quilombola e não do volume populacional, as duas distribuições se descolam, e a razão entre população e municípios elegíveis varia de 161 a 2.719 pessoas por município, amplitude de 16,9 vezes. O efeito é que estados com população quilombola numerosa e concentrada, como o Maranhão e o Pará, dispõem de menos pontos de elegibilidade por pessoa do que estados com população mais dispersa em muitos municípios, como Minas Gerais. A classificação em faixas mitiga esse efeito, pois um dos seus critérios é justamente a população quilombola residente, mas a mitigação ocorre dentro de um teto por equipe, e não pela multiplicação do número de equipes elegíveis.

A discussão permite três proposições. A primeira é sobre a unidade de referência da política: adotar o município como unidade de elegibilidade e a equipe como unidade de custeio produz resultados desiguais quando a população se distribui de maneira muito heterogênea, o que sugere

avaliar, em revisões futuras, a vinculação do número de equipes incentivadas ao contingente populacional municipal. A segunda é sobre a natureza da diferenciação: ao optar pelo acréscimo de custeio em vez da criação de modalidade assistencial própria, como se fez para populações ribeirinhas, fluviais e indígenas, a política preserva flexibilidade administrativa, mas deixa de estabelecer parâmetros próprios de composição e de processo de trabalho, dimensão em que a literatura sobre a implementação das políticas de equidade para a população negra identifica dificuldades recorrentes (Figueiredo *et al.*, 2024). A terceira é sobre a distância entre norma e execução: a elegibilidade de 1.251 municípios é um ponto de partida, e o volume efetivamente credenciado depende da iniciativa de cada gestão municipal, o que desloca para a capacidade administrativa local parte decisiva da efetivação da equidade.

5 LIMITAÇÕES E LACUNAS

Este estudo apresenta limitações que delimitam suas conclusões. A análise do credenciamento apoia-se em uma única portaria, que é um entre vários atos periódicos, de modo que os quantitativos apresentados descrevem o que nela se autorizou e não o total acumulado da política, que não foi apurado; a proporção de 10,4% dos municípios elegíveis refere-se, portanto, àquele ato, e não à cobertura alcançada. Os valores mensais e anuais calculados correspondem ao custeio autorizado, e não ao efetivamente transferido, que depende do cadastramento posterior dos componentes e do cumprimento das demais condições previstas na norma. A razão entre população quilombola e municípios elegíveis é indicador de distribuição, e não medida de acesso ou de necessidade assistencial, pois não considera distâncias, condições de deslocamento nem a oferta preexistente de serviços. Os dados censitários referem-se a 2022 e a política é de 2025, de modo que eventuais alterações demográficas no intervalo não estão contempladas. Por fim, não foram examinados indicadores de saúde da população quilombola, nem dados de produção assistencial, de sorte que nada se afirma sobre efeitos da política sobre desfechos.

As lacunas identificadas compõem agenda de pesquisa. Falta levantamento do conjunto completo das portarias de credenciamento, que permitiria medir a cobertura acumulada e a velocidade de implementação. Falta análise da correspondência entre as faixas atribuídas aos municípios e suas características efetivas, verificando se os três critérios de classificação produzem o escalonamento pretendido. Falta estudo sobre a capacidade administrativa municipal de formular as solicitações, dimensão que a própria arquitetura do fluxo torna determinante. Falta avaliação, após alguns ciclos, do efeito do incentivo sobre indicadores de acesso e de desfecho em saúde nas comunidades alcançadas, articulando-a às evidências já produzidas sobre determinantes sociais (Trindade; Santana;

Rezende, 2024) e sobre desfechos específicos (Cardoso Neves *et al.*, 2024; Ribeiro-Andrade; Ferraiuoli; Andrade, 2026). E falta exame da articulação entre a atenção primária incentivada e o acesso à atenção especializada, etapa em que os obstáculos regulatórios do sistema são reconhecidos (Giannotti; Louvison; Chioro, 2026).

6 CONCLUSÃO

Este artigo analisou o incentivo financeiro federal destinado às equipes de Saúde da Família que atuam em territórios com população quilombola, instituído em dezembro de 2025, confrontando seu desenho com a distribuição dessa população apurada no censo de 2022. A caracterização censitária mostrou 1.330.186 pessoas quilombolas, das quais apenas 12,6% residem em territórios quilombolas, com concentração de 70,5% do total em quatro unidades da federação. A reconstituição normativa mostrou que a política define território com população quilombola pela presença de localidade permanente de pessoas autodeclaradas, e não pela titulação fundiária, escolha que amplia seu alcance potencial e é coerente com o retrato demográfico.

A contribuição principal do estudo está no confronto entre o critério de elegibilidade e a geografia da população. Como a elegibilidade decorre da presença de localidade quilombola no município, e não do número de pessoas nele residentes, as duas distribuições se descolam: o Maranhão reúne 20,2% da população quilombola e 7,9% dos municípios elegíveis, enquanto Minas Gerais reúne 10,2% da população e 16,3% dos municípios, e a razão entre população e municípios elegíveis varia dezesseis vezes entre os extremos. Soma-se a isso o fato de que a diferenciação se dá por acréscimo de custeio, e não por modalidade assistencial própria, ao contrário do que ocorre para populações ribeirinhas, fluviais e indígenas. Daí a consequência prática desta análise: o reconhecimento estatístico da população quilombola, inaugurado em 2022, tornou possível avaliar o desenho das políticas que a ela se destinam, e a primeira avaliação possível indica que a equidade, neste caso, foi traduzida em suplemento de financiamento por equipe, ficando a correspondência entre recurso e contingente populacional como questão em aberto para as revisões futuras da norma.

REFERÊNCIAS

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. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm. Acesso em: 17 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 10.345, de 13 de março de 2026. Credencia e habilita municípios a fazerem jus à transferência dos incentivos financeiros federais de custeio no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 mar. 2026. Disponível em: https://www.in.gov.br/. Acesso em: 17 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 9.572, de 22 de dezembro de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir o incentivo financeiro de custeio mensal às equipes de Saúde da Família que atuam em territórios com população quilombola. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 272, 23 dez. 2025. Disponível em: https://www.in.gov.br/. Acesso em: 17 out. 2026.

CARDOSO NEVES, E.; FREITAS DE OLIVEIRA, W.; PEREIRA DE MACEDO, M.; MEDEIROS CLAUDINO, V.; RITA LIMA LOPES, M.; MORENA CARVALHO DE ALMEIDA, L. Associação de determinantes sociais e saúde oral em comunidades quilombolas. Revista do CROMG, v. 22, supl. 4, 2024. DOI: https://doi.org/10.61217/rcromg.v22.525.

DOS SANTOS, L. R.; DA SILVA, M. C. P.; RODRIGUES, J. da R.; GRITZENCO, C. V.; TISOTT, Z. L.; SCHREINER, F. Promoção da saúde da população negra no SUS: estratégias de cuidado e equidade na prática da enfermagem. Lumen et Virtus, v. 17, n. 64, e14483, 2026. DOI: https://doi.org/10.56238/levv17n64-076.

FIGUEIREDO, F. J. B.; ORSO, L. F.; SANTOS, G. J. A.; FURTADO, K. C. N.; TEIXEIRA, G. B.; CERQUEIRA, M. dos S. Políticas de saúde para a população negra: desafios na implementação da equidade no SUS. Aracê, v. 6, n. 4, p. 18268-18280, 2024. DOI: https://doi.org/10.56238/arev6n4-425.

GIANNOTTI, E. M.; LOUVISON, M. C. P.; CHIORO, A. Acesso à Atenção Especializada no SUS: desafios para a implantação de dispositivos regulatórios produtores do cuidado. Saúde e Sociedade, v. 35, n. 1, 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/s0104-12902026240665pt.

IBGE. Censo Demográfico 2022: população quilombola, por sexo, idade e localização do domicílio. Tabela 9805. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023. Disponível em: https://sidra.ibge.gov.br/tabela/9805. Acesso em: 17 out. 2026.

RIBEIRO-ANDRADE, E. H.; FERRAIUOLI, T.; ANDRADE, E. R. de. Saúde mental em comunidades quilombolas: um estudo comparativo. Humanas Sociais & Aplicadas, v. 16, n. 46, 2026. DOI: https://doi.org/10.25242/8876164620263055.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134.

TRINDADE, W. M. dos S.; SANTANA, F. R.; REZENDE, H. J. A. Determinantes sociais da saúde de comunidades quilombolas: revisão integrativa da literatura. In: Saúde pública no século XXI: uma

abordagem sobre condições sociais e saúde. [S. l.]: Editora Científica, 2024. p. 25-43. DOI: https://doi.org/10.47094/978-65-6036-349-6/25-43.