

‘Deixa para lá’: itinerário terapêutico e acesso à saúde em comunidades rurais do Cerrado goiano

‘Leave it alone’: Therapeutic itinerary and access to health in rural communities of the Cerrado biome of Goiás

Reginaldo Teixeira Mendonça¹, Gustavo Vinicius dos Santos Espíndula¹, Pabline Gonçalves Ferreira da Silva¹

DOI: 10.1590/2358-28982026E210723P

RESUMO Os itinerários terapêuticos são adaptados ao contexto sociocultural, revelando-se modos de cuidado com o corpo. Nesse sentido, objetivou-se descrever os itinerários terapêuticos de pessoas que vivem em dois assentamentos rurais e em uma comunidade quilombola do Cerrado goiano. Os dados foram obtidos a partir da representação dos atores sociais sobre o processo saúde-doença, utilizando abordagem qualitativa com observação participante, entrevistas semiestruturadas e diário de campo. Os itinerários terapêuticos de moradores de ambientes rurais do Cerrado possuem trajetória sócio-histórica, percorrendo trajetos tortuosos. Exigem experiências de busca por saúde, desvendando os caminhos possíveis. Desse modo, têm-se os acessos à saúde, conhecimentos e aceitações sobre: a) trajetos rurais percorridos por seus moradores, seja na vegetação de árvores tortuosas do Cerrado goiano, seja nos caminhos sinuosos, com estradas intrafegáveis ou inexistentes; b) sofrimentos, aflições e agravos do corpo e da sua saúde, divergentes entre conhecimentos populares e os considerados científicos; c) produtos utilizados e do ambiente onde são buscados. As experiências de moradores rurais revelaram os modos de sobrevivência ou de cuidado com o corpo e com a biodiversidade do Cerrado, demonstrando as dificuldades, os perigos e males, incluindo os de injustiça social e os de um suposto progresso urbano.

PALAVRAS-CHAVE Acesso efetivo aos serviços de saúde. Saúde da população rural. Itinerário terapêutico. Quilombolas.

ABSTRACT *Therapeutic itineraries are adapted to the sociocultural context, revealing themselves as ways of caring for the body. In this sense, the objective was to describe the therapeutic itineraries of people living in two rural settlements and a quilombola community in the Cerrado region of Goiás. Data were obtained from the social actors' accounts of the health-illness process, using a qualitative approach with participant observation, semi-structured interviews, and field diaries. The therapeutic itineraries of residents in rural Cerrado environments have a socio-historical trajectory marked by complex and often difficult pathways. They require experiences of seeking healthcare and the identification of possible routes. Thus, access and accessibility, knowledge, and acceptance are considered in relation to: a) the rural routes taken by their residents, whether in the twisted trees vegetation of the Cerrado in Goiás, or on winding roads, with poor or non-existent roads; b) experiences of suffering, illness, and bodily harms and their health as well as health practices that diverge between popular and scientific knowledge; and c) the resources used and the environment where they are obtained. The experiences of rural residents revealed ways of survival or care for the body and for the biodiversity of the Cerrado, demonstrating the difficulties, dangers, and harms, including those of social injustice and of a presumed urban progress.*

KEYWORDS *Effective access to health services. Rural health. Therapeutic itinerary. Quilombola communities.*

¹Universidade Federal de Goiás (UFG) – Goiânia (GO), Brasil.
reginaldo_mendonca@ufg.br

Introduzir-se em percursos

Os itinerários terapêuticos ou os percursos socioculturais, amparados por indivíduos ou por toda a coletividade, exigem conhecimentos em profundidade sobre os trajetos contextualizados dos agravos ao corpo e à saúde humana e sobre os processos terapêuticos¹. Os cuidados com o corpo são constituídos coletivamente, possibilitando acesso (ser passível de se adentrar) à saúde. No entanto, a existência de um serviço, ter um trajeto até este, ter rampas e escadas não significa que ele proporcionará utilização². O serviço deverá, assim, ser aceito e compreendido por quem o utiliza.

Por meio dos itinerários terapêuticos, é possível compreender os sentidos atribuídos a diferentes perspectivas sobre a doença: a científica ou dos serviços de saúde institucionalizados, a individual e a da coletividade. Podemos acrescentar que isso ocorre ao nos referirmos a biografias individuais, institucionais e coletivas. As escolhas terapêuticas são analisadas a partir do contexto e das possibilidades existentes, decorrentes das experiências com o outro em processos históricos e culturais dinâmicos¹.

Sabe-se que a distância entre serviços de saúde institucionalizados, como um hospital ou centro de saúde, e a capacitação dos profissionais devem se associar aos recursos disponíveis e a suas correspondências com as necessidades de usuários/as. Além disso, devem ser consideradas as barreiras financeiras, organizacionais, geográficas e de informação³. O itinerário terapêutico se revela por meio de um longo trajeto sócio-histórico, pautado por diferentes ações, pelos conflitos entre saberes encontrados no rural e na cidade, mas será pela perspectiva desta que se ordena o que se deve conhecer e visualizar.

Nesse sentido, podemos nos referir a um itinerário terapêutico rural brasileiro sob a perspectiva macro e microsocial. No rural, observam-se as desconstruções de escolas, a ausência de serviços de saúde, a baixa densidade populacional, as atividades de agricultura, pecuária e uso de recursos naturais⁴ como processo terapêutico.

Por meio do rural, constitui-se capital simbólico, determinam-se o *habitus*, os modos de vida⁵, as marcas do que se chama 'caipira'.

Ir à cidade pode representar gastos financeiros e identificações, intensificações de hierarquias sociais e incompreensões sobre as redes de cuidado à saúde. Ter acesso a serviços urbanos significa ir além da capacidade de chegar ao serviço⁶. O trabalho braçal, as características da pele, a força física, a vestimenta e a própria aparência, relacionada aos cuidados com o corpo, podem identificar um morador rural. Assim, estamos nos referindo a ser e estar no rural. Por meio do itinerário terapêutico, o acesso à saúde pode ser problematizado.

Nessa soma de dificuldades, encontraremos discriminações envolvendo o rural como marcador social, definidor de preconceitos e hierarquias. Nesse contexto, serão formados itinerários terapêuticos aliados aos cursos de vida. Caminhar do rural até um serviço de saúde na cidade poderá representar sofrimentos históricos, lembranças de discriminações, não sendo objetivados nos sintomas da aflição daquele momento de procura, evidenciando descaso, exploração, morte. Será a partir do urbano que se negará o rural, que se produzirão marcadores sociais e teorias consideradas científicas, como teorias raciais⁷.

Tomar decisões sobre o próprio corpo e seus cuidados possibilita construir identidades performativas⁸, permitindo definir itinerários terapêuticos. Todavia, o processo de definição de pessoas por outrem e de seus espaços pode pertencer a um projeto coercitivo e discriminatório, surgindo a detenção do título de 'dono' (incluindo aqui de pessoas, animais, terras, casas, máquinas, indústrias, empresas e 'verdades') e de 'não dono' (trabalhadores/as para os 'donos'). O sentido de 'dono' e 'não dono/a' é utilizado como produtor de imaginário. Aqui, preferiu-se ainda utilizar o termo 'dono', no masculino, por se verificar que a concentração de poder ainda se relaciona com os homens. Desse modo, dona de casa será diferente de dono da casa. O itinerário terapêutico revela compreensões e experiências sobre corpo, saúde e doença na

busca por cuidados em diferentes contextos socioculturais¹, envolvendo relações de poder e hierarquias⁵. Nessas buscas, individuais ou coletivas, o acesso à terapêutica é destacado.

Assim, trabalhar na terra não significará ser dono(a) da terra. Nessa perspectiva, podemos nos remeter a um projeto contínuo de escravidão, pois a ausência de escravidão deveria significar domínio sobre o trabalho. A ausência da terra, sendo esta vinculada ao trabalho, não significa liberdade. O racismo, por ser um projeto urbano-científico-europeizante de homens, pode tentar definir o rural como de negros/as e seus itinerários terapêuticos, moldando o acesso e as opções para cuidar da saúde.

Se, em um primeiro momento, na ocorrência da escravidão brasileira, pessoas negras e terras eram propriedade de alguém, reservavam-se somente as terras ditas improdutivas àqueles/as que não aceitassem a dominação. Logo, constituíram-se quilombos⁹ e assentamentos rurais em territórios com essas características.

As ações descontextualizadas de saúde no rural a partir do urbano podem colaborar para iatrogenias, transformando problemas sociais em problemas de saúde¹⁰. Nessa lógica, o urbano, apesar de possuir centros empresariais e comerciais, transforma o rural em palco à inserção de produtos industrializados, como medicamentos, agrotóxicos, alimentos, maquinários. A inserção de produtos industrializados revela um paradoxo: a tentativa de desvincular terra e subsistência a partir da alteração de produtos naturais em fabricados. A terra como lar passa a não se importar, justificando escolhas pela capacidade de produção de capital e consumo, favorecendo alterações no *habitat*⁴.

Nesse seguimento, estamos a dizer sobre identidades de comunidades rurais, não como formação para o capital, mas para a sobrevivência, evitando agressividades ao meio onde se vive. Além disso, ao possibilitar respeito à identidade, preservará a biodiversidade, sendo assim ser e estar no rural (viver e trabalhar no rural) como marcador social, originando discriminações em um processo hierarquizante,

afetando a saúde. Ademais, ser e estar no rural pode se associar sinergicamente a outros marcadores sociais, como a cor, a dificuldade de compra de produtos produzidos na cidade, o gênero, os modos de vida rural, constituindo interseccionalidades¹¹. Com a saúde tratada como mercadoria, a interseccionalidade, interligada ao itinerário terapêutico, torna-se determinante para ter ou não saúde.

Ter controle sobre trabalhadores/as e seus corpos representa, às resistências, ações punitivas e disciplinares. Associam-se, assim, terapêutica e poder, política e biologia (biopolíticas) na simulação de controle¹², produzindo medos e contenções. É a partir dessas resistências que podemos definir quilombo, como ameaça às hierarquias exploradoras de mão de obra escrava, no período escravocrata brasileiro até o ano de 1888¹³.

As imposições para que ocorram subalteridade e ganhos de capital passam por usos da ciência, tentando produzir hierarquização e exploração do corpo. Dessa forma, considerando o quilombo como local que abrigava escravizados/as fugitivos/as, é importante enfatizar que o diagnóstico psiquiátrico do médico norte-americano Samuel A. Cartwright, criado no meio do século XIX e pautado em teorias racistas, foi empregado como uma tentativa de justificar a escravidão e a inferioridade de pessoas negras, dizendo que todos/as sofriam de drapetomania e de *dysaesthesia aethiopica*, sendo a escravidão necessária como terapêutica. A drapetomania era descrita como mania ou loucura de fuga, pois o/a escravizado/a rompia com submissão decorrente das normas naturais da sociedade e da vontade de Deus, tendo o açoite como uma das formas de tratamento prescritos. A *dysaesthesia aethiopica* se referia a algo considerado específico da população negra, principalmente das pessoas libertas ou livres, descrita como falta de vontade de trabalhar e presença de sonolência, uso de bebidas, sendo também utilizado o açoite como tratamento preferido¹⁴.

Como ocorre em locais fechados (a exemplo dos hospícios), a periferia é um lugar aberto,

mas com muros simbólicos, o que dificulta a integração de saberes. Nesse sentido, podemos nos referir ao rural como periferia produzida por processo de industrialização e hierarquização, distanciando aqueles/as que não se adequaram às explorações do capital, como ocorre em assentamentos rurais e/ou quilombolas. São segregações em terras de pouco interesse; todavia, a qualquer vislumbre de ganho de capital, o olhar sobre a periferia é transformado. Nesse momento, começam as negociações e as possessões hierarquizantes.

Quando comparamos os moradores rurais, podemos verificar que determinadas características socioculturais preponderarão. De acordo com o Censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 61,71% dos 1.330.186 quilombolas vivem no Brasil em áreas rurais, chegando a 87,37% nos territórios oficialmente delimitados, enquanto a média nacional é de 12,6%, sendo que os territórios quilombolas estão marcados pela relativa precariedade de saneamento básico (94,62%). Os dados também mostraram que, até a idade de 54 anos, a média de mortalidade entre os quilombolas é maior do que a média nacional, sendo a diferença mais expressiva entre 0 e 29 anos de idade¹⁵.

Assim, devemos impedir uma espécie de ‘etnocentrismo urbano’, evitando o surgimento de condições hierarquizantes e degradantes à sobrevivência. O cansaço de donos de escravizados/as imposto por ações pacíficas de não sujeições dos/as escravizados/as e ex-escravizados/as e pelos custos financeiros induziu a um ‘deixa para lá’, visto que os refúgios tenderam a se concentrar em locais de difícil acesso – um ‘deixa para lá’ que é responsabilidade do Estado brasileiro. Nesse refúgio, com o intuito de preservar a si, ocorre a fusão com a casa que os/as acolhem (o Cerrado), ampliando o verbo ‘estar’ para o ‘ser’. Nessa lógica, trata-se de impor e preservar identidades.

Supõe-se que os morros do Cerrado impedem as tecnologias e a mercantilização da vida rural. Entretanto, isso muda quando se encontram em situação de maior chance

de ganho de capital, como ocorreu com os garimpos na região do município de Goiás/GO, com impactos ambientais⁹. Qualquer acesso possível, incluindo à saúde, efetiva-se apenas quando está associado a ganhos financeiros.

O rural passa por um modo de produção mais intenso com uso de agrotóxicos e maquinários, principalmente as terras férteis planas e com facilidade para locomoção de tratores e colheitadeiras. As terras consideradas férteis, palco de disputas e aberturas ao agronegócio, possuem sua história encoberta por monoculturas (soja, cana-de-açúcar etc.), levando a população a migrar para as cidades¹⁶. São imposições comerciais associadas aos desmanches de escolas e de campos de futebol, à ausência de serviços de saúde e de energia elétrica, às estradas ruins, ao trabalho exaustivo no sol que levaram o rural como local de morada a se desfazer, fixando-o como negócio. Além disso, desconstrói-se o lazer rural, interligando-o exclusivamente às cidades. Necessita-se, então, pensar no rural como lar, evitando que seja reduzido a negócio, o que possibilitará a preservação da biodiversidade do Cerrado.

Nesse sentido, a presente investigação teve como objetivo analisar o itinerário terapêutico e o acesso à saúde de moradores residentes em dois assentamentos rurais e de uma comunidade quilombola do Cerrado goiano, tendo em vista as formas que elaboram e utilizam os produtos para a saúde e as ações/interações que se estabelecem com os serviços de saúde.

Caminhos metodológicos dos itinerários terapêuticos

Os locais de coleta de dados da pesquisa ocorreram no contexto do Cerrado goiano, em dois assentamentos rurais (Bom Sucesso e Buriti Queimado) do município de Goiás/GO e em uma comunidade quilombola rural (São Domingos) do município de Cavalcante/GO, por meio de abordagem qualitativa, descrevendo o acesso e a compreensão das escolhas ou

caminhos na busca por saúde de moradores rurais (itinerário terapêutico)¹.

Assim, tornou-se possível elucidar os processos sociais de grupos específicos por meio de seus discursos e vivências, realizando entrevistas semiestruturadas, observação participante e diário de campo. Dessa forma, procurou-se mergulhar no campo de investigação, observar os eventos pela perspectiva dos/as participantes e intercambiar experiências mediante o ouvir, falar, o olhar, o experimentar e o vivenciar¹⁷.

A coleta de dados aconteceu nos assentamentos rurais durante o ano de 2016 (parecer do Comitê de Ética em Pesquisa/UFG 1182250), e em São Domingos, nos meses de janeiro e fevereiro de 2025 (parecer do Comitê de Ética em Pesquisa/UFG 7.049.058), ambos com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 46839015.0.0000.5083.

Os dois assentamentos possuem semelhanças quanto à condição de vida nos assentamentos e de criação. Antes da desapropriação, as terras pertenciam a uma mesma família, e as comunidades se mostram interligadas, haja vista a relação de parentesco, amizade e trabalho/negócio existente entre os/as moradores/as, além da proximidade com o parque de preservação ambiental Serra Dourada.

O município de Goiás/GO está situado na região noroeste do estado de Goiás, com população de aproximadamente 24 mil pessoas¹⁵. Buriti Queimado é o assentamento com maior trecho de estrada de chão dentre as 23 comunidades de Goiás/GO (35 km com estradas mal construídas, esburacadas e com acesso pela travessia de pinguela ou grotas).

A amostra nos assentamentos rurais foi composta por 58 participantes (33 homens e 25 mulheres) de 40 famílias: em 17 delas, entrevistaram-se o casal ou duas pessoas; nas demais, apenas um integrante. Registrou-se a recusa por indisponibilidade em 15 casas. Já na comunidade quilombola, participaram 23 pessoas (11 homens e 12 mulheres) de 19 famílias: em 4 residências, houve 2 entrevistados, totalizando 2 casais e 2 com mãe e filho. Com relação a pessoas acima de 60 anos de idade,

nos assentamentos rurais, foram entrevistadas 13 pessoas (4 casais e 5 indivíduos), e na comunidade quilombola, 14.

Em ambas as pesquisas, utilizou-se o mesmo roteiro de entrevista semiestruturado, com os mesmos questionamentos, com visitas às casas dos moradores durante as estadias dos pesquisadores no campo, realizadas no período diurno. A escolha das residências ocorreu por indicação dos moradores da região e por meio de observação participante, priorizando aquelas cujos habitantes vivenciavam algum problema de saúde. Esclarecemos que os nomes verdadeiros dos/as entrevistados/as foram substituídos por nomes fictícios.

O assentamento Buriti Queimado serviu de base para estadia da equipe de pesquisa, local onde moravam familiares de um/a dos/as autores/as, permitindo dormir, acordar, alimentar e se relacionar, no dia a dia, com as pessoas ao modo dos assentados, em diferentes períodos do ano de 2016, incluindo verificar a permanência da problemática pesquisada. Condição semelhante ocorreu em São Domingos, tendo uma pesquisadora familiares morando no local.

A coleta de dados da pesquisa sobre itinerário e acesso à saúde foi retomada em 2025, ampliando-se para a comunidade quilombola, distante cerca de 60 km da cidade de Cavalcante/GO. De acordo com o Censo de 2022 do IBGE, Cavalcante é a terceira cidade brasileira com maior número de quilombolas (57% ou 5.473 habitantes se autodeclararam quilombolas)¹⁵, sendo relatada, em 2019, a presença de 77 famílias em São Domingos¹⁸.

Os locais onde os quilombos se estabeleceram em Cavalcante/GO são de difícil acesso, o que interfere nos itinerários terapêuticos. A região inclui o parque Chapada dos Veadeiros e pode ser descrita como justificativa de refúgio:

Os caminhozinhos estreitos fazem curvas e sobem cada vez mais, quase perdidos no meio do mato. Depois, do outro lado, os paredões de pedra caem quase a pique nas terras baixas dos vales, como muralhas impossíveis de ultrapassar⁹⁽²³⁾.

Nesse ponto de vista, os itinerários terapêuticos e os fatores relacionados ao acesso à saúde emergiram como resultado da codificação e categorização dos dados obtidos, por meio de análise de conteúdo¹⁷. Na redação do presente estudo, foi preservada a identidade das pessoas participantes. Por meio da abordagem qualitativa, podem-se descrever os caminhos das falas em busca de tratamento, caminhos que se entrecruzam, que possibilitam interseção, interseccionalidade, hierarquias, visualizador de distinções e de discriminações e conflitos.

O tempo transcorrido entre as coletas de dados em uma pesquisa qualitativa não se configura como o fator mais significativo, mas sim a capacidade de o contexto sociocultural ser refletido e problematizado. Nesse sentido, os pesquisadores-atores, por ampliarem as relações intersubjetivas vivenciadas continuamente, extrapolam a análise restrita ao tempo da coleta, possibilitando desenvolvimento em profundidade. Nas abordagens qualitativas, o conhecimento sobre o contexto, mesmo considerando a dinâmica sociocultural¹⁷, torna-se mais importante do que o número de participantes. Se o tempo e o número de participantes fossem a prioridade, a pesquisa não poderia representar (sequer minimamente) a compreensão sobre o rural goiano. Desse modo, concentramo-nos na dinâmica sociocultural que envolve o contexto do Cerrado goiano, expressando, justamente, a perpetuação de configurações mesmo diante da dinâmica temporal.

Resultados e discussão: entrecruzando itinerários

“Pegar estrada pra cidade, lá tem recurso?” (Florence)

As experiências vividas pelos assentados e quilombolas estão entrelaçadas durante o percurso da pesquisa, explanando as articulações

de ações que refletem o itinerário terapêutico, envolvendo acesso à saúde. Nesse contexto, quando nos referimos ao itinerário terapêutico, estamos a refletir sobre o usuário e sua compreensão sobre o corpo, saúde, doença e processos terapêuticos, não se limitando à identificação da disponibilidade de serviços, mas aos significados dados às escolhas terapêuticas a partir do contexto sociocultural¹, aqui representado pelo Cerrado rural goiano. Apesar de enumerarmos diferentes formas de acesso à saúde, tratamos como constituição destas o contexto possibilitador das escolhas. Desse modo, o itinerário terapêutico revela-se como um avaliador do acesso à saúde.

Procuramos estabelecer algumas aproximações entre os diferentes campos investigados. Entre as 58 pessoas assentadas e 23 quilombolas, relatou-se maior frequência de hipertensão e dores de cabeça, na coluna, no corpo, além de incidentes ocorridos no contexto rural, como as quedas devido ao terreno irregular e os acidentes na lida com animais.

Os locais pesquisados podem ser caracterizados como espaços de busca por liberdade, os quais preservam memórias de aprisionamento e resistência. Historicamente, pessoas escravizadas concentravam-se no trabalho das minas de ouro, inclusive na região do atual Parque Estadual da Serra Dourada, na cidade de Goiás/GO, e na zona rural de Cavalcante, que viria a se tornar um refúgio àqueles/as que fugiam da escravidão⁹. O sonho dourado para escravizados/as estava além das minas de ouro. Assim, teremos itinerários característicos de acordo com o trajeto sócio-histórico.

Observamos que, além da venda da força de trabalho para fazendeiros da região, a renda nos assentamentos rurais era proveniente de aposentadoria, da comercialização de leite e derivados (queijo, requeijão e doces), mel, rapadura, ovos e frangos caipiras. Já em São Domingos, a renda era proveniente da criação de animais, da venda de ‘garrafadas’, da comercialização de produtos derivados da agricultura e da pecuária, além do trabalho na escola local e de benefícios de aposentadoria.

Por meio dos itinerários terapêuticos, perpassam os acessos e as disponibilidades de recursos, em um processo de vivência e experiência daqueles que buscam tratamentos:

A idéia de itinerário terapêutico remete a uma cadeia de eventos sucessivos que formam uma unidade. Trata-se de uma ação humana que se constitui pela junção de atos distintos que compõem uma unidade articulada. Aqui, novamente, temos dois aspectos a observar: primeiro, o itinerário terapêutico é o resultado de um determinado curso de ações, uma ação realizada ou o estado de coisas provocado por ela. Estabelecido por atos distintos que se sucedem e se sobrepõem, o itinerário terapêutico é um nome que designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição¹⁽¹³³⁾.

Os itinerários terapêuticos mostraram, como primeira opção, a busca por recursos ou tratamentos imediatamente disponíveis, como o uso de plantas medicinais, xaropes ou garrafadas feitas por moradores, para que, em seguida, procurassem serviços de saúde, com exceção das urgências (como quebrar uma perna ou um ferimento profundo). No entanto, mesmo nesses casos, um não substitui o outro, mas são utilizados ao mesmo tempo.

Quanto ao uso de medicamentos industrializados, duas possibilidades interligadas de itinerários terapêuticos foram evidenciadas: a) sem prescrição de serviços de saúde, conseguindo seus tratamentos por meio de seus conhecimentos, familiares, vizinhos, amigos, vendedores e de trabalhadores de drogarias; b) com prescrição de serviços de saúde, adquirindo os tratamentos em hospitais, unidades básicas de saúde, consultórios médicos e odontológicos, farmácias ou drogarias.

Nos diferentes locais, relataram a carência de serviços de saúde, como uma unidade de saúde da família fixa, existindo apenas serviços itinerantes, com atendimentos realizados por profissionais de saúde em locais alternativos (como escola e igreja). Os serviços de saúde,

incluindo unidades de atenção básica, estão concentrados na zona urbana. Os trabalhadores e os serviços de saúde vão ao rural, mas não estão nele.

Embora a coleta de dados nos assentamentos rurais da cidade de Goiás/GO tenha ocorrido há cerca de dez anos, as informações permanecem sócio-historicamente relevantes, principalmente nas regiões rurais. Elas evidenciam processos de exploração herdados do período da escravidão, que ainda produzem exclusão social e dificultam o acesso às redes de cuidado. Além disso, esses registros mostram-se atuais e próximos da realidade observada nos dados mais recentes coletados na comunidade de São Domingos, o que demonstra a continuidade das condições sociais historicamente construídas no rural brasileiro do Cerrado goiano. Além disso, notamos que o acesso ao conjunto de possibilidades e características terapêuticas (uso de plantas medicinais, medicamentos e redes de serviços de saúde) permanece, não sendo implantados hortos medicinais, farmácias vivas ou novos serviços públicos de saúde.

Os itinerários terapêuticos possibilitam respostas a esta pergunta: o que está disponível (acesso) para buscar saúde e como compreendo e interpreto o que está disponível? Nessa lógica, observa-se que os tratamentos populares foram enfatizados como primeira opção, sendo, em sua maioria, realizados pelos próprios usuários. Diante das dificuldades encontradas para ter acesso a serviços de saúde, há a facilidade para encontrar plantas medicinais, como relatado por um entrevistado quilombola: *“Pois é, por isso eu não beiro não [serviço de saúde]. Por que que é que Deus deixou a raizada? A raizada de mato? Não foi pra pessoa usar? Não foi?”* (Timóteo).

Não ter acesso a carro ou mesmo a ausência de estradas foram relatados como fatores dificultantes, colaborando para o expressivo uso de plantas medicinais entre os quilombolas:

“Não tinha carro, não. Pra senhora sair daqui, pra ir pra Cavalcante, a senhora tinha que ter o animal pra senhora ir montar pra lá, ó.”

(Timóteo). Ademais, as dificuldades financeiras demonstram persistência das dificuldades para chegar à cidade:

Vou lá não. [...] só dá vez que ela foi aposentar, só de frete de carro que eu paguei aqui pra ela ir de 4 pessoas foi 350 [...] e dinheiro pra eles comer lá (Timóteo).

Ante a impossibilidade de solucionar ou prevenir agravos à saúde no âmbito das comunidades, os moradores buscam na cidade seus tratamentos, frequentemente utilizando serviços privados, demonstrando a dificuldade de acesso contínuo a serviços públicos. Essa condição se associa aos gastos com alimentação e locomoção, além dos gastos com consultas e exames, como também mostrados¹⁹.

Pessoas acamadas ou com alguma deficiência acabam por deixar a morada rural, transferindo sua residência para a cidade devido aos gastos com as idas à cidade, ao sofrimento dos animais sob seu cuidado e ao cansaço das viagens. A soma dos gastos com a diminuição do ganho por se estabelecerem na cidade provoca, por vezes, a venda de todo o patrimônio.

Desse modo, visualizar o acesso à saúde de moradores rurais permite descrever o contexto sociocultural não como uma geometria ordenada, mas como experiência¹. O social e o cultural se elaboram e são elaborados, assim como os significados atribuídos aos tratamentos e à doença, amparados pela capacidade de comunicação e interpretação daqueles que nascem e vivem no ambiente rural. Acreditamos que, por meio das possibilidades de escolhas ou do acesso à saúde, ocorre um processo de aculturação entre o rural e o urbano, entre a ciência e as práticas populares. Nesse sentido, a ausência ou a presença de serviços de saúde moldará os significados dados aos tratamentos disponíveis.

As ações preventivas baseadas em produtos naturais foram pouco destacadas nos assentamentos, enquanto, em São Domingos, foram expressivas. Além disso, os moradores quilombolas nasceram e vivem nos quilombos,

com pouco contato com a cidade, enquanto a trajetória de vida do/a assentado/a tende a estar mais próximo da convivência urbana.

A distância dos assentamentos do município de que fazem parte – Goiás/GO – considerada longa, destacando-se a má qualidade das estradas, com falta de pavimentação asfáltica e presença de córregos e atoleiros que prejudicavam as idas e vindas de profissionais de saúde e dos assentados. Assim, a chegada ao destino escolhido foi relatada com a possibilidade de não se concretizar, principalmente em períodos chuvosos. Além disso, desconhecer as estradas no meio rural, com suas bifurcações, pode conduzir os motoristas, como os de ambulância, a não chegarem rapidamente ao destino desejado. Sobre isso, um entrevistado assentado disse:

Eu cortei meu braço era duas horas da tarde, sabe que hora eu fui ser salvo? 7 horas da noite. [...] Pegou eu, colocou numa cama, amarrou eu e levou eu lá pra aquela porteira da saída. Samu encostou lá. Eles demorou tanto é porque eles rodaram, de Goiás Velho eles foram pra Colônia e voltou pra Lajinha. Olha o balão que eles deu. Cheguei em Goiás, dizendo eles lá, 'manda ele embora que ele vai morrer na estrada' [...]. Fui pra Goiânia, pro Hugo lá [Hospital de Urgências de Goiás] (Justino).

As dificuldades não se restringem a distância e tempo gasto para percorrer, mas se ampliam para o modo como se sentem durante o trajeto. Ambulâncias deveriam estar equipadas para esse contexto rural, bem como a tração do carro, o tipo de pneu, a presença de ferramentas para desatolar, estrutura mais acolchoada para conduzir pessoas e evitar solavancos, além de sinalização nas estradas como informes sobre localização. O condutor deve ter noções dos trajetos ou da região, assim como a equipe de profissionais de saúde deveria conhecer acerca de saúde rural.

Além disso, muitos tratamentos alongam o caminho, sendo direcionados a grandes centros urbanos, como Brasília/DF

(distante cerca de 370 km de São Domingos) ou Goiânia/GO (distante cerca de 570 km de São Domingos e 160 km dos assentamentos), como disse outro assentado:

Eu já fui ofendido por cobra aqui [...] Se fosse pra ficar esperando aqui eu poderia ter me prejudicado, [...], porque na época a estrada, a ponte tava quebrada, eu tive que pegar um desvio (Anselmo).

Acredita-se que as dificuldades encontradas na busca por serviços de saúde na cidade favoreçam o seu uso restrito a ações curativas em detrimento das preventivas, haja vista a ausência de serviços de saúde no meio rural: “Hoje vem um médico e daí às vezes mês que vem arrisca que ele não vem e você precisa de um remédio e tem que ir lá [na cidade de Goiás/GO]” (Ronaldo).

Além das dificuldades de acesso devido às estradas, há as financeiras, que podem, no meio rural, em perspectiva interseccional, somar-se ao envelhecimento, como demonstra uma entrevistada idosa:

[...] eu recebo o salário, aí eu já passo na farmácia do... [...] já fica logo 400 reais, só de remédio que eu uso de um mês no [...] Tudo, minha pressão é alta, tem Chagas, tem bloqueio, tem arritmia (Iracema).

Não sair de casa: itinerário terapêutico e as distâncias simbólicas

Sofrimentos de homens e mulheres mostraram itinerários terapêuticos diferentes, representando silenciamentos diversos. O ‘medo’ de estar doente representa a evidência das condições econômicas (‘medo de gastar dinheiro’), sendo mais expressivos nos homens entrevistados e na comunidade quilombola. Assim, a resistência se refere não só a ir aos serviços, mas também a utilizá-los, preferindo soluções rápidas para o retorno imediato ao meio rural, à sua casa. A demora nos atendimentos ou

a necessidade de ficar vários dias na cidade impedem o desejo de se cuidar, principalmente de cuidados preventivos.

Nota-se que o medo de se considerar insuficiente está associado à produção e ao trabalho, principalmente por parte dos homens rurais, que podem adiar os cuidados à saúde. Os afazeres rurais exigem força física, trabalho braçal, associando-se à masculinidade. Essa condição leva a constante demonstração de força, como comparar a capacidade de carregar objetos (madeira, levantar ou segurar um animal etc.).

Nesse sentido, o consumo de bebidas destiladas, como a cachaça, também será associado à masculinidade, como beber intensamente e não cair, representando ‘macho forte’. Admitir estar doente passa por um parâmetro: não dar conta dos afazeres do campo. Mesmo o corpo não suportando a necessidade dos esforços do trabalho, restará o grito de que ainda conseguirá continuar.

Nessa perspectiva, dizer que o/a outro/a, em condições desfavoráveis de poder, é forte condiz com a indução à exploração da força de trabalho. Essa prática se liga ao meio rural, o que pode ser reforçado pelo racismo. Assim, medidas preventivas de agravos à saúde serão evitadas, visto também que cuidar-se ou ser cuidado demandará tempo. Reelabora-se uma moral ao sofrimento ou suporte à dor associada ao trabalho rural, favorecendo segregações.

Hierarquias entre cidade e campo reforçam medos de hospitais, agulhas, pois estes participam também de processos de exclusão, como diz um entrevistado quilombola:

Tenho, eu tenho muito medo. Uma vez que eu sofri dessa vez lá em... Eu fui pro Campos Belos, Brasília, sofri muito lá, eu tomei medo de hospital [de internar]. E aí tenho medo até da agulha levar (Ambrósio).

Além disso, ocorrem outros tipos de hierarquias. As dificuldades relacionadas à gravidez demonstram uma indução para as mulheres morarem na cidade, somando seccionalmente marcadores sociais (mulher, mãe, sem acesso

direto a dinheiro, grávida, negra, moradora de zona rural, quilombola, assentada, entre outros), que poderão dificultar a busca por saúde.

[...] se uma mulher tá barriguda, tá com dor, tem de ficar lá, moendo pau lá, ó, até... Não tem uma né, mesmo que pras mulher é mais difícil, que é mais perigoso, mas as pessoas que adoecem, assim, pra socorrer mais ligeiro, né? [...] Não tem mais ninguém aqui. Sequer pesar o menino... Quem dá conta de carregar com a mulher e menino? (Anastasia).

Desse modo, os períodos de gestação, o parto e o pós-parto, incluindo a criança, deixam de ser plenamente acompanhados por serviços de saúde permanentes. Salienta-se a importância de conhecimentos tradicionais, como a presença de parteiras, como observado em outros quilombos, favorecendo cuidados e a diminuição das idas à cidade ou a mudança à cidade²⁰.

As distâncias e as dificuldades para chegar a um destino em busca de socorro foram enfatizadas por ambos os campos de pesquisa, sendo que as distâncias simbólicas e geográficas se destacaram mais nas entrevistas de quilombolas:

Aí, no outro dia cedo, nós rompemo lá e eu escoreguei. E a espingarda não tava, não sei, e eu tava com ela calcando. Eu não tô mais lembrando. A corunha pra frente e o canto pra trás, né? Aí escoreguei e soltei os trens. A espingarda detonou bem aqui, ó [...]. E: Foi lá com o animal, na rede, pra mode eu vim montado, falei, não aguento não [...]. Só no Hospital de Base eu fiquei três meses e eu sozinho (Timóteo).

Observou-se falta de esclarecimento ou informação sobre qual serviço se deveria procurar, que atende determinada comunidade, como uma assentada esclarece:

Tem aquele negócio: 'você não pertence a esse posto'. Vamos supor, você sai daqui doente, chega lá no posto: 'ah aqui tem vaga?' Aí eles vai ver.

'Ah, dá onde você é?' 'Lá do Bom Sucesso'. 'Ah não, então aqui não é desse setor aqui não' [...] (Calista).

Quando as idas e vindas se tornam mais frequentes e inevitáveis, principalmente decorrentes da cronicidade de doenças, a ida ocorre sem uma vinda, requerendo que se estabeleçam na cidade, como disse um dos assentados: “[...] esse ano agora foi sério [câncer], e não pode mais ficar na fazenda, tem que ficar perto do recurso, precisar correr pro hospital, tem que tá lá” (Casimiro). Os caminhos e as distâncias percorridas passam a ser interpretados como dores e sofrimentos ao corpo, reelaborando a concepção sobre a doença e a terapêutica.

Além disso, o modo de falar, de vestir e os costumes típicos do campo se opõem à realidade observada em centros urbanos e seus serviços de saúde, ampliando distanciamentos e marginalização do rural em relação ao urbano. Profissionais e moradores do ambiente rural se tornam simbolicamente ainda mais distantes, impedindo interações e diálogos, interferindo na garantia do direito à saúde.

“É só um remedinho, é mais rápido” (Constância)

Com as dificuldades para terem acesso às consultas médicas, demandando maior tempo, a automedicação se torna frequente, remodelando o itinerário terapêutico. Dessa forma, as idas à cidade enfatizaram o vínculo criado com os profissionais de farmácia ou drogarias, utilizando os medicamentos a partir de sintomas, não especificamente como terapêutica baseada em diagnóstico. Em São Domingos, foi relatada a presença de um mascate que também vendia medicamentos aos quilombolas. Supõe-se que pessoas como raizeiros, curandeiros e mesmo profissionais de saúde sejam substituídas por vendedores, com explicações sobre doenças restritas aos sintomas, desfazendo-se de explicações contextualizadas e científicas.

O mascate representa uma assiduidade maior do que a dos profissionais de saúde, uns relatando que ele vai à comunidade a cada 15 dias e outros, todo mês. Por meio do mascate, tem-se acesso a medicamentos e outras mercadorias de uso no cotidiano: “*mascate vem. Todo dia 8, hoje mesmo ele chega*” (Ambrósio).

Afinal, foi considerado pelos assentados que um diagnóstico elaborado com acompanhamento médico poderia causar prejuízos financeiros ao demandar mais tempo e dedicação às consultas e tratamentos. Assim, existe a dificuldade de verificarem os cuidados com a saúde como provenientes de um trabalho em equipe de profissionais de saúde. Uma assentada relatou:

Sempre o meu esposo prefere ir na farmácia, se não for uma coisa tão grave né, mas ele prefere ir na farmácia, [...], é melhor que ficar lá no hospital esperando e você acaba não sendo atendido (Vera).

Relataram também o uso de plantas medicinais para os seguintes agravos à saúde de assentados/as: a) cansaço nas pernas: cipó-do-canduê, cupisco-preto, folha de pocová com vinhático; b) para gripe ou tosse: quina, fedegoso mentrasto, porrete-de-malina, capitão com jatobá; c) anti-inflamatório: semente de abacate, banana de Imbé, pacari, mangabeira; d) diabetes: berinjala, guatambu, aroeira; e) calmante: erva-cidreira, hortelã; f) cólica menstrual: mastruz; g) antibiótico: erva-de-lagarto; h) depurativo: algodãozinho; i) próstata: cansaço; j) diarreia: rubi; l) dor na coluna: nó-de-cachorro; m) cólica renal: esporão-de-galo, congonha-de-burro; folha de tamarindo; escorrega-macaco; porrete-de-malina e quina; cana-de-macaco e amora; ameixinha com quebra-pedra; pé-de-perdiz com velame-branco, algodãozinho, mama-cadela, raiz da salsinha e carrapichim.

O uso de plantas medicinais foi mais destacado em São Domingos do que nos assentamentos. Uma entrevistada de São Domingos revela a convergência de perspectiva (indústria farmoquímica e plantas medicinais) com a

‘sacola’, como ela disse, de medicamentos (dipirona, perindopril, arginina, indapamida, anlodipino, vitaminas, cálcio, famotidina, dimeticona, domperidona, sinvastatina, metformina, pantoprazol, paracetamol, ácido acetilsalicílico, metoprolol) e as plantas medicinais (colônia, erva-cidreira, folha de chuchu, velame-branco, velame-vermelho, pé-de-perdiz, roseta, salsa, caroba, carobinha). Contudo disse:

O chá, pra botar em garrafada também. Garrafada que eu falo, um vinho branco, uma água inglesa. Aí é próprio pra nós mulher mesmo, né? Mas eu tenho... lh, do tempo que eu mudei de igreja, eu nunca mais bebi esses trem (Odete).

O uso de garrafadas envolvendo diferentes plantas medicinais e, até mesmo, com medicamentos, seja feita em vinho branco ou mesmo cachaça, além dos xaropes, foi destacado pelos moradores de São Domingos.

Parar de usar garrafadas ou plantas medicinais também passa por interferência religiosa. Acredita-se que esteja relacionada à inserção de igrejas protestantes, tanto nos assentamentos quanto na comunidade quilombola. Todavia, observa-se que, no passado, o catolicismo possuiu maior influência⁹, podendo, no presente, estar sendo substituído, como disse uma moradora de São Domingos: “*É. Depois as igrejas revelou que era macumba, e eu falei, tô aqui, o que Deus quiser, seja feita, né*” (Iracema). Em São Domingos, não foram observadas religiões de matriz africana, como candomblé ou umbanda.

A interação entre a indústria e o Cerrado se encontra nos cuidados com o corpo. Não se tratando de utilizar uma e outro, mas um com a outra. Medicamentos são misturados com plantas medicinais, como disse uma entrevistada quilombola:

Em gota, em gota. Mas quando é comprimido, eu não gosto de beber muito, porque o reforço é mais, e o que eu coloco é 30 gotas da dipirona líquida, no xarope. Eu bebi, e dei para meus meninos também (Jovita).

Os medicamentos mais destacados em assentamentos e em São Domingos foram os utilizados para dor e inflamação (dipirona, nimesulida, diclofenaco, Torsilax[®], entre outros). Acredita-se que esteja relacionado às atividades desenvolvidas, provocando dores e lesões, como carregar pesos, trabalhar em posição desconfortável, machucados devido a quedas.

O planejamento do acesso à saúde de moradores rurais envolve potencialidades de cada contexto; e possibilitar desenho universal se faz necessário, isto é, capacidade de estar acessível a qualquer pessoa. Por exemplo, a Cartilha do Programa Aquilomba Brasil²¹ poderia ser aplicada a qualquer comunidade rural, haja vista que pessoas negras estão presentes em diferentes comunidades quilombolas ou não, seja como acesso à terra, infraestrutura, qualidade de vida, inclusão social, direitos e cidadania.

Não nos referimos a um ‘universal’ enquanto modelo estático, promotor de poder e discriminação, a exemplo das teorias racistas eugênicas que se originaram de um paradigma europeu (eurocentrismo). Tais teorias serviram como referência colaborativa para a exclusão social, utilizando como marcadores características fenotípicas, como a cor da pele⁷. Desse modo, o itinerário terapêutico se amplia para itinerário da sobrevivência, definindo escolhas e caminhos históricos e sociais de resistências.

Notamos, no Cerrado, um ambiente de disputa e conflito, em que coexistem demandas sociais e de proteção do bioma com a exploração dos recursos naturais e de trabalhadores/as, produzindo violência ambiental e fragilidade da saúde. Nesse sentido, a sobrevivência impõe o êxodo, fazendo retirantes, revelando a continuidade de um processo colonizante. O meio rural perde, assim, o seu significado de ‘lar’. Por outro lado, sabe-se que as políticas atuais de saúde integral para as populações do campo, da floresta e das águas e para os povos e comunidades tradicionais buscam a equidade e a justiça social, respeitando valores culturais e analisando vulnerabilidades²²⁻²⁴. Entretanto, ainda há um longo caminho para que se proteja

e respeite o bioma Cerrado, reafirmando o seu sentido de lar e morada, de estar sobre o seu solo e sob seu teto.

Em um processo de colonização, podemos visualizar diferentes fronteiras, marcadores territoriais representados pelo comércio, agronegócio e industrialização, distinguindo hierarquias e tempos sociais. As fronteiras marcam as diferenças na vegetação por meio do tipo de plantio, aparências e existências de casas, presença de moradores permanentes ou transitórios²⁵. Nas fronteiras, evidenciam o *habitus*⁵ como marcador social fundido à flora e à fauna do Cerrado. Desse modo, os calos nas mãos, a cor da pele e seus efeitos provocados pelo sol, as vestimentas, a relação tempo-espço e a linguagem daqueles que são e estão no rural se diferenciam dos que estão a explorar o rural.

Ao descrever itinerários terapêuticos, torna-se possível uma análise sócio-histórica na qual o acesso à saúde pode ser representado também por efeitos iatrogênicos¹⁰ em um processo de aculturação. Ademais, as escolhas terapêuticas (plantas medicinais do Cerrado rural e medicamentos da cidade) se destacam como fronteira, evidenciando a permanência de conflitos e destacando a existência de um ‘aqueles outros’ (não de um ‘nós’), referindo-se aos que devem ser deixados para lá, sem cuidado, quando não subservientes. Além disso, o acesso à saúde pode não significar cuidado, podendo se apresentar como estratégia de subalternidade.

É interessante observar que, ao incluir o sentido de ser e estar no rural à palavra ‘agricultura’ (cuidar da terra), cultura, cuidado e terra se fundem²⁶, aproximando-se de perspectivas agroecológicas¹⁶. Logo, cuidar de si significaria cuidar da terra. Desse modo, acreditamos que práticas agroecológicas poderão integrar conhecimentos relacionados ao contexto do Cerrado, permitindo aprofundamentos sobre uma cultura – no sentido de cuidar – do Cerrado.

Observamos historicamente que os itinerários terapêuticos se interligam às

discriminações e às hierarquias sociais, levando-nos às encruzilhadas, interseções e interseccionalidades. Por meio do itinerário terapêutico, podem-se visualizar cores e poderes diferentes de acordo com o lugar social. Notam-se cores diferentes nas 'casas-sede' ou 'casas-grandes' em relação às existentes nos chamados 'retiros', locais onde se vive e trabalha. 'Retiro' tem significado de local de descanso para os ricos e de local de trabalho para os pobres. Assim, a palavra 'retiro' conecta-se a conceitos como 'deixa para lá', segregação e ao termo 'retirante'. O que quilombos e assentamentos rurais buscam é a equidade: dar ao 'retiro' descanso e paz, autogestão, significado de lar com trabalho, sem a necessidade de o sujeito sair do meio rural e se transformar em retirante nas periferias urbanas, em ambiente vigiado, controlado e disciplinador, ampliando disputas entre os moradores e dependências de outrem à sobrevivência. O itinerário terapêutico une conhecimentos: dar ciência ao popular e vice-versa.

Além dos destinos terapêuticos: considerações finais

Acreditamos que esta pesquisa possa colaborar para melhor análise da situação de saúde e mapa da saúde da população rural, além de favorecer especificamente comunidades quilombolas por meio da efetivação ou concretização da Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola (PNASQ), cuja implementação é essencial. Desse modo, é preciso ampliar ou intensificar ações propostas em nossas conclusões. Propomos, assim, a construção de serviços do rural e da comunidade, o que os diferencia de serviços de saúde voltados apenas para atender o rural.

Os itinerários terapêuticos revelam histórias de iniquidades em saúde, necessidade de priorizar equipes multiprofissionais de saúde permanentes no rural. Além da atenção

básica, sugere-se a estruturação de serviços especializados que integrem o conhecimento científico ao popular, como a criação de hortos medicinais e farmácias vivas, fundamentados na perspectiva de Saúde Única²⁷ e da agroecologia¹⁶. Tal abordagem requer ações intersetoriais (saúde, educação, meio ambiente), envolvendo profissionais da saúde humana e animal, ciências agrárias e ciências sociais, incluindo um sistema de vigilância em saúde rural.

A melhoria do acesso exige infraestrutura, como manutenção permanente de estradas, transporte coletivo regular, meios de comunicação e internet de qualidade, e expansão da telessaúde. É fundamental estabelecer um desenho universal de acesso à saúde que respeite as diferenças socioculturais, independentemente das diferenças sociais e culturais dos/as moradores/as. Salientamos a necessidade de o planejamento da saúde rural ser autônomo em relação ao urbano, sendo fortalecido por efetivação de conselhos de saúde rurais e na educação voltada às necessidades rurais, ocorrendo o surgimento de pactos de gestão.

Respeitar o ser e estar no rural, tanto em quilombos quanto em assentamentos, demanda profissionais qualificados e ações preventivas que combatam injustiças e iniquidades, garantindo uma promoção de saúde que valorize a identidade, a territorialidade e o saber das comunidades, possibilitando o empoderamento dos/as moradores/as rurais e a preservação da biodiversidade.

Contribuições de autoria

Mendonça RT (0009-0008-5860-8947)* contribuiu para concepção, coleta, análise e interpretação de dados, escrita, revisão crítica e final do manuscrito. Espíndula GVS (0009-0006-3929-5063)* contribuiu para escrita, coleta e análise de dados do manuscrito. Silva PGF (0009-0006-8228-2823)* contribuiu para escrita, coleta e análise de dados e revisão final do manuscrito.■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Alves PCB, Souza IMA. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA, organizadores. *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 125-138.
- Freitas MC. Educação inclusiva: diferenças entre acesso, acessibilidade e inclusão. *Cad Pesqui*. 2023;53:e10084. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980531410084>
- Ó DMSO, Santos RC, Sousa FOS, et al. Barreiras de acessibilidade à atenção básica em assentamento em Pernambuco, Brasil, sob a ótica de camponesas, profissionais de saúde e gestão. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(10):e00072322. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT072322>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [acesso em 2025 maio 30]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/rural_urbano/#/home
- Bourdieu P. *O senso prático*. Rio de Janeiro: Vozes; 2011.
- Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(6):e00213816. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816>
- Cunha R O, Leite ICG, Nogueira MC, et al. Raça e racismo: aspectos conceituais, históricos e metodológicos para pesquisas antirracistas em saúde. *Saude soc*. 2024;33(4):e230590pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230590pt>
- Butler J. *Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2023.
- Ministério da Educação (BR), Secretaria de Educação Fundamental. *Uma história do povo Kalunga* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Educação; 2001 [acesso em 2025 maio 30] Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/133/o/Historia_do_povo_Kalunga_MEC.pdf
- Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
- Collins PH, Bilge S. *Interseccionalidade*. São Paulo: Boitempo; 2021.
- Foucault M. *Vigiar e punir*. Petrópolis, RJ: Vozes; 1987.
- Soares IP. Ainda guardo o direito de algum antepassado da cor: luta quilombola brasileira. *Rev Katálysis*. 2018;21(1):574-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02592018v21n3p574>
- Bravo J, Silva CG, Buta FL. *Drapetomania-Diagnóstico Controverso do passado*. [local desconhecido]: [data desconhecida] [acesso em 2025 maio 30]. Disponível em: https://www.uc.pt/site/assets/files/1265516/jo-anabravo_1.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2022: quilombolas: primeiros resultados do universo: segunda apuração*. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [acesso em 2025 maio 30]. Disponível em: biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3104/cd_2022_quilombolas.pdf
- Rigotto RM, Santos VP, Costa AM. Territórios tradicionais de vida e as zonas de sacrifício do agronegócio no Cerrado. *Saúde Debate*. 2022;46(Esp 2):13-27. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E201>
- Minayo MC S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2014.
- Scalize OS, organizador. *Diagnóstico dos municípios que integram o Projeto SanRural: Cavalcante, Goiás – 2019*. Goiânia: Cegraf UFG; 2022.

19. Gomes RF, Oliveira PSD, Silva MLO, et al. Itinerários terapêuticos no cuidado em saúde em comunidades quilombolas. *Ciênc saúde coletiva*. 2024;29(3):e01602023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.01602023>
20. Oliveira PSD, Miranda SVC, Queiroz PSF, et al. Itinerários terapêuticos de mulheres quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2024;29(3):e01762023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.01762023>
21. Ministério da Igualdade Racial (BR). Cartilha aquilomba Brasil políticas públicas para quilombolas [Internet]. Brasília, DF: MIR; 2025 [acesso em 2025 maio 30]. Disponível em: <https://www.gov.br/igualdade-racial/pt-br/assuntos/Aquilomba-Brasil/cartilha-aquilomba-brasil-site.pdf>
22. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2026 jan 10]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf
23. Presidência da República (BR). Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2007 fev 8 [acesso em 2026 jan 10]; Seção I;316. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm
24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Guia de diretrizes para a atenção integral à saúde das populações do campo, floresta e águas (CFA) e povos e comunidades tradicionais (PCTs) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2026 jan 10]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_diretrizes_populacoes_campo_floresta.pdf
25. Martins JS. Fronteira: a degradação do Outro nos confins do humano. São Paulo: Hucitec; 1997.
26. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
27. Rizzotto MLF, Costa AM, Dias AP, et al. Saúde Única – um conceito ambíguo sob debate. *Saúde Debate*. 2024;48(143):e143ED. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982024143ED-P>

Recebido em 01/06/2025

Aprovado em 20/02/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Guilherme Franco Netto, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5162760718464160>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8861-8897>, e-mail: guilherme.netto@fiocruz.br