



Condições de saúde e relação com os serviços de saúde na perspectiva de pessoas de quilombo

Health conditions and relationship with health services from Quilombola people's perspective

Condiciones de salud y relación con los servicios de salud desde la perspectiva de las personas de quilombo

Rosimere de Freitas de Sousa¹

Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues²

Alexandre Aguiar Pereira²

Laura Maria Vidal Nogueira²

Erlon Gabriel Rego de Andrade²

Ana Kedma Correa Pinheiro³

1. Universidade do Estado do Pará, Escola de Enfermagem Magalhães Barata. Belém, PA, Brasil.

2. Universidade do Estado do Pará, Escola de Enfermagem Magalhães Barata, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Belém, PA, Brasil.

3. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Autor correspondente:

Rosimere de Freitas de Sousa.
E-mail: rosi.freitas082530@gmail.com

Recebido em 10/05/2022.

Aprovado em 28/10/2022.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0164pt>

RESUMO

Objetivos: analisar as percepções da população quilombola de Caldeirão sobre suas condições de saúde e identificar as possibilidades e dificuldades na relação com os serviços de saúde em seu território. **Método:** estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado na Comunidade Quilombola de Caldeirão, Ilha de Marajó, Pará, Brasil. A produção dos dados ocorreu no período de março a abril de 2021, por meio de entrevistas semiestruturadas individuais com 30 moradores, e aplicou-se a análise de conteúdo temática. **Resultados:** originaram-se duas categorias empíricas, revelando as percepções da população quilombola sobre suas condições de saúde e o processo saúde-doença, a relação que a comunidade mantinha com os serviços de saúde locais e as potencialidades e fragilidades inerentes a essa relação. **Conclusões e implicações para a prática:** as percepções dos quilombolas evidenciaram predomínio do saber biomédico e da visão hospitalocêntrica, além de sua relação fragilizada com os serviços de saúde locais. Espera-se que os resultados da pesquisa suscitem o diálogo acerca dessas populações, considerando que representam um grupo tradicional em situação de vulnerabilidade. É necessário realizar outras pesquisas para investigar/fortalecer o papel da Estratégia Saúde da Família e desvelar/problematizar os saberes tradicionais, frente à hegemonia do saber biomédico, no cenário das populações quilombolas.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Populações Vulneráveis; Saúde das Minorias Étnicas.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the perceptions of the *Quilombola* population of Caldeirão about their health conditions and to identify the possibilities and difficulties in the relationship with the health services in their territory. **Method:** a qualitative, descriptive and exploratory study, carried out in the *Quilombola* Community from Caldeirão, Marajó Island, Pará, Brazil. Data production took place from March to April 2021, through individual semi-structured interviews with 30 residents, and thematic content analysis was applied. **Results:** two empirical categories originated, revealing the *Quilombola* population's perceptions about their health conditions and the health-disease process, the relationship that the community had with the local health services and the strengths and weaknesses inherent to this relationship. **Conclusions and implications for practice:** *Quilombola* people's perceptions showed a predominance of biomedical knowledge and a hospital-centric view, in addition to their weakened relationship with local health services. It is expected that the research results will encourage dialogue about these populations, considering that they represent a traditional group in a vulnerable situation. It is necessary to carry out further research to investigate/strengthen the Family Health Strategy role and unveil/problematicize traditional knowledge in the face of biomedical knowledge hegemony in the scenario of *Quilombola* populations.

Keywords: Health Services Accessibility; Primary Health Care; African Continental Ancestry Group; Vulnerable Populations; Health of Ethnic Minorities.

RESUMEN

Objetivos: analizar las percepciones de la población *quilombola* de Caldeirão sobre sus condiciones de salud e identificar las posibilidades y dificultades en la relación con los servicios de salud en su territorio. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, realizado en la Comunidad *Quilombola* de Caldeirão, Isla de Marajó, Pará, Brasil. La producción de datos se llevó a cabo de marzo a abril de 2021, a través de entrevistas semiestructuradas individuales con 30 residentes, y se aplicó análisis de contenido temático. **Resultados:** se originaron dos categorías empíricas, que revelaron las percepciones de la población *quilombola* sobre sus condiciones de salud y el proceso salud-enfermedad, la relación que tenía la comunidad con los servicios locales de salud y las fortalezas y debilidades inherentes a esa relación. **Conclusiones e implicaciones para la práctica:** las percepciones de los *quilombolas* mostraron un predominio del conocimiento biomédico y una visión hospitalocéntrica, además de su debilitada relación con los servicios locales de salud. Se espera que los resultados de la investigación estimulen el diálogo sobre estas poblaciones, considerando que representan un grupo tradicional en situación de vulnerabilidad. Es necesario realizar más investigaciones para investigar/fortalecer el papel de la Estrategia de Salud de la Familia y develar/problematizar los saberes tradicionales frente a la hegemonia del saber biomédico, en el escenario de las poblaciones *quilombolas*.

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Atención Primaria de Salud; Grupo de Ascendencia Continental Africana; Poblaciones Vulnerables; Salud de las Minorias Étnicas.

INTRODUÇÃO

Os quilombolas são grupos formados por pessoas de ascendência negra, devido à sua origem africana, traficados para o Brasil entre os séculos XVI e XIX para trabalhar como escravos nas plantações de cana-de-açúcar em condições precárias. Após a abolição da escravatura, ocorreu um aumento expressivo no número de comunidades quilombolas que se constituíram no Brasil, e estima-se um quantitativo de 2.958 em todo o país, sendo que os estados da Bahia, Maranhão, Pará, Minas Gerais e Pernambuco congregam maior número de comunidades em seus territórios.¹ Apresentam um processo histórico de marginalização e segregação, a partir do qual vivenciam realidade socioeconômica de exclusão em relação à população brasileira em geral.²

Após séculos de luta e resistência e, atualmente, militando como grupo organizado por meio da participação popular, os quilombolas conquistaram o direito à posse definitiva de suas terras, o qual foi legitimado na Constituição Federal de 1988, reafirmando a importância histórica desses territórios e se distanciando do entendimento que considerava os quilombos como grupos de escravos fugitivos que representavam riscos para a ordem colonial.³ No entanto, o agrupamento dessas comunidades ocorreu marcado pelas iniquidades sociais, sofrendo efeitos da histórica segregação e expropriação racial.⁴ Permanecem residindo em comunidades com maiores vulnerabilidades sociais e de saúde, abastecimento de água e esgotamento sanitário precários, coleta irregular de lixo, baixa escolaridade e baixa renda familiar.⁵

Em face das vulnerabilidades no cotidiano da população negra brasileira, que culminaram nas lutas sociais por ela empreendidas, o Governo Federal criou, por meio da Lei nº 10.678/2003, a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), atualmente reconhecida como Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SNPIR),⁶ estabelecendo, em 2004, o Programa Brasil Quilombola e, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), visando combater as desigualdades no Sistema Único de Saúde (SUS) e promover a saúde da população negra de forma integral.⁷

Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se fundamental para o processo contínuo de cuidado integral ao indivíduo, principalmente no contexto da família e da comunidade, sendo base e estratégia para a reorientação das práticas profissionais, reorganização dos serviços prestados e qualificação efetiva dos níveis de atenção do sistema de saúde.⁸⁻⁹ Para estender a cobertura, o acesso e os serviços em todo o território nacional, a Estratégia Saúde da Família (ESF) se firmou como modelo de reorganização do atendimento no âmbito da APS.⁸ Entretanto, as comunidades quilombolas, por sua condição como populações vulneráveis, ainda não foram contempladas de modo efetivo com esses serviços.¹⁰

Essa reflexão se ampara no fato de que as vulnerabilidades, inerentes às comunidades quilombolas, são produzidas cotidianamente pela ausência de políticas públicas que enfrentem com efetividade as desigualdades sociais, visto que, mesmo em um momento histórico pós-abolição da escravatura, o Estado brasileiro produz, mantém, fortalece e perpetua condições desiguais entre a população negra

e outros grupos sociais.¹¹⁻¹² Os desafios impostos por esse cenário muitas vezes se refletem no atendimento fragmentado e insuficiente das necessidades de saúde dos quilombolas no contexto da ESF.¹³

Nas últimas décadas, embora tenham ocorrido avanços significativos nas políticas públicas de saúde das minorias étnicas e para a população negra, existem, ainda, barreiras que dificultam seu acesso aos serviços de saúde.¹⁴ Por essa razão, é imprescindível refletir sobre estratégias que possibilitem ampliar a acessibilidade e promovam transformações no cenário atual para essa população,¹⁵ subsidiando a atenção integral e a associação da identidade sociocultural da comunidade quilombola com as novas práticas de cuidado em saúde.¹¹

Portanto, a compreensão das condições de saúde dos quilombolas, a partir de suas perspectivas, pode favorecer, a profissionais e gestores envolvidos no atendimento a essas pessoas, novas possibilidades de atuação, que fortaleçam as ações de promoção à saúde e prevenção do adoecimento, fomentando evidências que reflitam a necessidade de melhores condições de saúde para elas.¹⁶ Assim, este estudo objetivou analisar as percepções da população quilombola de Caldeirão sobre suas condições de saúde e identificar as possibilidades e dificuldades na relação com os serviços de saúde em seu território.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, cuja redação foi orientada pelo guia *COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ)*,¹⁷ o qual permitiu à pesquisadora principal buscar significações do fenômeno, ouvindo os participantes e considerando seus contextos e subjetividades.¹⁸

Foi realizado em unidade de saúde da Comunidade Quilombola de Caldeirão, no município de Salvaterra, Ilha de Marajó, estado do Pará, Brasil. Nessa área, desde 2004, quinze comunidades negras rurais, com longa história de conflitos agrários com fazendeiros e madeireiros, passaram a se identificar como quilombolas, travando lutas pelo seu reconhecimento étnico e de seus territórios, dentre essas a de Caldeirão.¹⁹

Participaram da pesquisa 30 moradores cadastrados na unidade de saúde, de ambos os sexos, maiores de 18 anos e que se autodefiniram quilombolas, selecionados por conveniência. Esse quantitativo considerou 10% das famílias existentes na comunidade e a saturação dos dados, a qual foi alcançada quando nenhum novo elemento foi encontrado entre os dados e o acréscimo de novas informações não foi necessário, pois não alterou a compreensão sobre o objeto de estudo.²⁰

A produção dos dados ocorreu no período de março a abril de 2021, por meio de entrevistas individuais, realizadas pela autora principal, utilizando-se roteiro semiestruturado, elaborado pelos autores, contendo questões sobre as características sociodemográficas dos participantes e as percepções sobre as condições de saúde e o acesso aos serviços ofertados na comunidade. As questões não foram previamente testadas, contudo, visando ao melhor entendimento do público-alvo e a alcançar os objetivos, o roteiro foi elaborado com linguagem acessível e de modo a contemplar os aspectos relevantes para apreender o fenômeno estudado.

Inicialmente, apresentou-se o projeto à vice-presidente da associação dos quilombolas, ao diretor da unidade de saúde e aos demais profissionais, com o intuito de explicar a operacionalização da pesquisa e facilitar a abordagem dos possíveis participantes. O convite para participação ocorreu durante o comparecimento dos moradores à unidade, e, mediante aceite, cada participante foi conduzido a uma sala reservada, mantendo sua privacidade. Para aqueles que decidiram conceder as entrevistas em outro momento, realizou-se o agendamento prévio, conforme sua disponibilidade. É importante salientar que os dados foram produzidos no período de vigência da pandemia de COVID-19, razão pela qual os pesquisadores obedeceram aos protocolos sanitários e adotaram todas as medidas pertinentes para a proteção individual e coletiva durante o contato com a comunidade.

As entrevistas foram transcritas para composição do *corpus*, submetido à análise de conteúdo temática.²¹ Para isso, os depoimentos foram organizados por questões, em seu eixo horizontal, e por respondentes, em seu eixo vertical, classificados com base nas unidades de registro correspondentes a cada questão. Delas, extraíram-se palavras e frases-tema, agrupadas em núcleos de sentido, identificando-se, predominantemente, dez temas (unidades de registro), mediante a regularidade com que apareceram nos depoimentos, em ocorrência e co-ocorrência.

A análise propiciou duas linhas de organização, base para as categorias analíticas, sendo a 1ª linha denominada de “Dimensão saúde-trabalho-comunidade”, e a 2ª, de “A relação da população com os serviços de saúde”. Assim, os temas referentes à 1ª linha compuseram a primeira categoria, intitulada “Condições de saúde da população quilombola: percepções sobre saúde”.

Já os temas que apontaram para a 2ª linha formaram a segunda categoria: “A relação da população quilombola com os serviços de saúde: potencialidades e fragilidades”. A representatividade dos temas foi destacada nos resultados da pesquisa, com frequências absolutas e relativas que indicam sua expressão no conjunto de percepções.

O estudo atendeu à Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde,²² e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, sob Parecer nº 4.547.344, em fevereiro de 2021. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e tiveram suas identidades preservadas com a utilização de códigos alfanuméricos, compostos pela letra Q, seguida do número sequencial das entrevistas, que foram gravadas mediante consentimento.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

Dentre os participantes, 21 (70%) eram do sexo feminino; 12 (40%) estavam na faixa etária entre 20 e 31 anos; 21 (70%) estavam solteiros; 14 (46,7%) tinham ensino médio completo; 18 (60%) tinham renda familiar de até um salário mínimo; 11 (36,7%) eram donas de casa; 10 (33,3%) eram agricultores e/ou pescadores; e 17 (56,7%) estavam desempregados.

Nesse contexto, é oportuno informar que, na comunidade de Caldeirão, as principais fontes de subsistência estão relacionadas ao trabalho autônomo, em pequenos negócios familiares, como mercearias e locais de processamento de açaí. A agricultura familiar, com o cultivo de hortaliças para abastecer o comércio em Salvaterra, e a criação de animais, como suínos e aves, são atividades produtivas normalmente exercidas por mulheres, cabendo aos homens atividades nos roçados de mandioca, para a produção de farinha, e a pesca, principal fonte de renda das famílias, pois a comunidade se localiza às margens do rio Paracauari. A única fonte de emprego formal é uma empresa frigorífica de processamento de pescado, que emprega pequena parcela da população local.

Quanto à moradia, 29 (96,7%) residiam em casa de alvenaria, com abastecimento de água proveniente de poço artesiano (água não tratada) e escoamento dos dejetos sólidos e líquidos em fossas assépticas, sendo que 28 (93,3%) incineravam o lixo doméstico. No tocante aos cuidados com a saúde, 19 (63,3%) utilizaram os serviços ofertados na unidade de saúde de Caldeirão e, desses, quatro (21,1%) os utilizaram nos últimos 12 meses. Os principais motivos para a procura estavam relacionados a dores, para cinco (26,3%), e à hipertensão arterial sistêmica (HAS), para quatro (21,1%).

Apresentam-se, a seguir, as categorias organizadas a partir da análise dos resultados.

Condições de saúde da população quilombola: percepções sobre saúde

Nessa categoria, evidenciam-se as percepções dos participantes sobre suas condições de saúde e em relação ao processo saúde-doença, bem como seu entendimento sobre o que é ter saúde, baseado nos conhecimentos adquiridos por meio de suas vivências cotidianas.

Sobre o que entendem por ter saúde, 12 (40%) associaram ter saúde à ausência de doença e ser uma pessoa de aparência saudável, sem imperfeições:

Em minha opinião, uma pessoa que tem saúde é uma pessoa perfeita! (Q3).

Saúde é a pessoa estar bem, não apresentar sintomas de doença, estar sempre alerta, não estar sentindo nenhuma dor e estar sempre ativa (Q24).

Destaca-se que cinco (16,7%) relacionaram saúde com bom condicionamento físico, força e destreza para trabalhar ou realizar os afazeres domésticos, compreensão fortemente arraigada às características socioculturais das populações quilombolas:

É uma pessoa que tem saúde, força e destreza para fazer as coisas, está com vigor, está jovem e resistente, ou seja, bom de saúde para trabalhar (Q3).

Ter saúde é uma coisa muito boa, a gente tendo saúde tem tudo, pode trabalhar e fazer as tarefas de casa (Q20).

Para cinco (16,7%) participantes, uma pessoa sem saúde se torna um problema para a comunidade, pois demanda cuidados e esforços de outros, significando a doença como um acontecimento negativo, não só para o contexto individual, mas que traz prejuízos para a vida e as atividades diárias da coletividade:

Uma pessoa sadia é a coisa mais linda, já uma pessoa doente depende dos outros, e nem todo mundo trata a pessoa doente bem, além da mãe (Q1).

A doença é uma coisa ruim, porque uma pessoa doente não presta para fazer nada (Q20).

Nesse entendimento, 11 (36,7%) também associaram ter saúde com praticar bons hábitos alimentares, realizar atividade física regularmente, ter moradia adequada e estar bem mentalmente, interpretando o bom estado de saúde como uma associação entre esses elementos:

Ter saúde é se alimentar bem, não apresentar nenhuma alteração na saúde, possuir uma boa resistência corporal [...], praticar exercícios regularmente, ocupar a mente com coisas boas, porque a saúde vem da mente. Se a gente está com a mente em paz e boa, o nosso corpo está bem (Q29).

É a pessoa estar saudável, ter uma boa moradia, ter um saneamento básico considerável, não viver em condições degradantes, ter saúde física e mental. Tudo isso contribui para ter uma boa saúde (Q26).

Quanto à avaliação sobre a própria saúde, 18 (60%) a consideraram como boa ou muito boa, justificada pelo fato de procurarem poucas vezes médicos e/ou atendimento hospitalar, conhecimento atrelado ao saber biomédico e à visão hospitalocêntrica de saúde:

Muito boa, porque é difícil eu ir ao médico! (Q4).

Considero a minha saúde boa, porque estou levando a vida sem procurar muito o hospital (Q16).

A relação da população quilombola com os serviços de saúde: potencialidades e fragilidades

Essa categoria destaca a relação dos quilombolas com os serviços de saúde locais, a partir das dificuldades enfrentadas pela comunidade no acesso aos bens e serviços de saúde, muitas vezes insuficientes ou inexistentes, bem como as estratégias de enfrentamento dessas dificuldades e as expectativas para melhoria dos serviços.

Sobre suas ações na ocorrência de doença, 13 (43,3%) relataram se cuidar sozinhos, praticando automedicação. Somente em caso de ineficácia dos medicamentos, a alternativa seria procurar o serviço de saúde:

Quando estou doente, procuro tomar algum medicamento [...]. Se estiver com dor de cabeça, tenho em casa medicamento

bom para dor de cabeça; se tenho uma febre, um chazinho resolve, não acho necessário procurar um médico (Q15).

Tomo remédio da farmácia, como paracetamol. Prefiro tomar o remédio, caso não melhore, procuro o médico (Q22).

Esse comportamento parece relacionado à visão negativa sobre o atendimento prestado na unidade de saúde, pois 11 (36,7%) mencionaram que ela não atendia completamente suas necessidades, enquanto que seis (20%) disseram atender, mas em seguida relataram algum grau de insatisfação com os serviços ofertados:

Não atendem todas as minhas necessidades, porque o posto [de saúde] não tem suporte que as pessoas precisam, não tem medicação [...]. O posto tem médica, mas ela não vem todos os dias da semana, e quando vem, a pessoa tem que ir de madrugada para pegar ficha para ser atendida (Q11).

O posto atende minhas necessidades pelo fato que tem médico, mas não tem atendimento com o dentista. A dificuldade é que, às vezes, a gente vai ao posto e não tem dinheiro para comprar o remédio que o médico passou (Q9).

Ainda nesse contexto, 11 (36,7%) não frequentavam a unidade, mesmo quando estavam doentes, presumindo a má qualidade do atendimento, fazendo-os recorrer diretamente aos hospitais municipais de Salvaterra ou de Soure, localizados próximo ao território, pois, segundo os participantes, contavam com mais recursos:

Nunca procurei os serviços de saúde do posto, prefiro o hospital de Salvaterra, porque lá tem mais recursos. No posto, tem falta de remédio e médico. Pelas dificuldades do posto, a gente procura primeiro o hospital matriz (Q7).

Nunca precisei ir ao posto, mas sei que nunca tem remédio, não fazem curativo, [...] e muitas pessoas querem ser atendidas, querem levar exame para o médico olhar, mas têm dificuldade para pegar ficha (Q14).

Assim, diante das dificuldades impostas, foram apontadas as práticas mais frequentes, adotadas pela comunidade. Nesse sentido, seis (20%) participantes referiram o emprego de remédios caseiros ou algum tipo de erva medicinal, sejam para o preparo de chás ou para uso durante o banho (banho de ervas), muitos deles preferindo utilizar exclusivamente essas práticas, culturalmente perpetuadas:

Aqui, nós cuidamos da saúde primeiro usando as ervas medicinais, fazendo um chá de boldo, se é uma dor de estômago, ou de erva cidreira, se é um nervosismo, sempre tem um remédio caseiro. Depois, se não melhorar, é que vamos para o hospital recorrer para a parte médica, marcar consulta e exames, mas geralmente começamos com os remédios caseiros, dando um jeitinho de contornar a situação em casa. Em geral, quando procuramos o médico, é porque fizemos alguma coisa em casa que não deu certo (Q2).

Geralmente, aqui na comunidade, as pessoas se tratam com as plantas medicinais. Em quase todas as casas tem essas plantas, as pessoas usam para curar as pequenas doenças [...]. Nós recorremos a essas plantas, porque foi um costume que nossos avós deixaram para os nossos pais e eles nos deixaram (Q29).

O pensamento mágico-religioso também esteve presente nos depoimentos, sendo a fé uma alternativa, muitas vezes se sobrepondo à assistência à saúde, uma vez que oito (26,7%) mencionaram a fé em Deus como fundamental para a cura de doenças:

Já fui muito doente no passado, mas Deus é misericordioso e fiquei boa da asma, ele me curou e me libertou dessa enfermidade (Q3).

Quando não der para tratar em casa, aí a gente procura um médico, mas o nosso médico mesmo é Deus (Q12).

Destaca-se que, mesmo com as visões negativas e dificuldades enfrentadas no acesso aos serviços de saúde, seis (20%) reconheceram melhorias nos serviços nos últimos meses, devido à mudança na gestão da unidade:

[...] hoje, eu acho que o atendimento está aceitável, porque ocorreu uma mudança de gestão e houve uma melhora no atendimento, tem médico e enfermeiro, e está funcionando manhã e tarde (Q2).

Nessa nova gestão, o posto melhorou, agora já tem vacina para as crianças, pré-natal e algumas consultas [...] (Q6).

Essas mudanças geraram expectativas na população e trouxeram novas perspectivas para os usuários, relatadas por quatro (13,3%) participantes, que já percebiam mudanças positivas nos atendimentos e desejavam que elas continuassem a ocorrer:

Estamos no início de uma nova administração, então sempre muda uma coisa aqui, outra ali, e, com seis ou sete meses, começa a melhorar a situação. O povo espera que melhore a parte da saúde (Q16).

Hoje, o posto tem atendimento médico e de enfermagem, mas antes a gente tinha que ir para Salvaterra de madrugada para pegar ficha de consulta. Agora, facilitou um pouco e espero que facilite mais ainda (Q10).

DISCUSSÃO

As percepções dos participantes sobre saúde ainda se encontram atreladas ao saber biomédico e à visão hospitalocêntrica, entendendo-a como ausência de doença, bom condicionamento físico, força e destreza para trabalhar ou realizar os afazeres domésticos, e pouca necessidade de buscar consultas médicas e atendimento hospitalar. Essa concepção parece vinculada, principalmente, à relação fragilizada dos quilombolas com os

serviços de saúde locais, frente às dificuldades identificadas para acesso aos bens e serviços de saúde, mobilizando a busca por alternativas para o enfrentamento dessas dificuldades e gerando expectativas quanto à melhoria dos serviços.

A predominância do sexo feminino e o fato de a parcela significativa dos participantes ter se declarado como donas de casa e apresentar renda familiar de até um salário mínimo são características encontradas também em outros estudos com populações quilombolas.^{16,23-24} Todavia, a escolaridade como ensino médio completo, declarada por quase metade dos participantes, é um resultado que diverge dos encontrados em diferentes pesquisas.^{12,16,24} De todo modo, evidencia-se o papel preponderante de mulheres nas atividades domésticas nessas comunidades, pois a visão machista ainda está presente na realidade quilombola, que associa a mulher aos cuidados do lar, dos filhos e como responsável por tarefas estritamente domésticas, enquanto que, ao homem, cabe o sustento da família por meio do trabalho fora do ambiente doméstico.

Estudo realizado em área rural, com características quilombolas do interior da Bahia,²⁵ reafirmou que os quilombolas são populações tradicionais brasileiras de ascendência negra que mantêm vivas suas tradições culturais e religiosas, seu parentesco e sua identidade, marcados pela resistência à opressão, à negação de seus direitos e à segregação racial, residindo em comunidades com maiores vulnerabilidades sociais, como abastecimento de água e esgotamento sanitário precários, coleta irregular de lixo, baixo nível de escolaridade e renda familiar inadequada. Esses resultados se aproximaram aos achados desta pesquisa.

As ocorrências de dores musculares, articulares e na coluna e a HAS, destacadas como principais motivos para a busca pelos serviços de saúde, permitem inferir que o desempenho expressivo de atividades ocupacionais de subsistência, como aquelas ligadas à agricultura e à pesca, e o modo de vida particular dessa comunidade rural influenciam significativamente nas suas condições de saúde. Semelhante a esse resultado, estudo conduzido em uma comunidade quilombola de Santa Catarina²⁶ mostrou que o relato de dores musculares, articulares e ósseas se associou ao esforço físico empreendido nos afazeres domésticos por mulheres e ao trabalho braçal exercido por homens, bem como ao trabalho na agricultura e em carvoarias, atividades comumente desenvolvidas nessas comunidades.

Assim como neste estudo, a ocorrência de doenças como a HAS, em populações quilombolas, foi evidenciada em outras pesquisas, que apontaram a influência da alimentação, do sedentarismo e da inserção de outros hábitos alimentares, normalmente urbanos, de forma negativa na saúde e na qualidade de vida desses grupos humanos.^{12,27} Adicionalmente, neste estudo, verificou-se que as pessoas com HAS recorriam aos serviços de saúde somente em caso de emergências hipertensivas ou para buscar medicamentos, mas raramente para a consulta de acompanhamento e avaliação dos níveis pressóricos ou à procura de orientação sobre hábitos saudáveis.

Denota-se, portanto, que a precariedade nas condições de moradia, a falta de saneamento básico, o discreto ou inexistente

acesso à água tratada para consumo humano, o descarte inadequado de resíduos e o insatisfatório acesso aos serviços de saúde corroboram para a situação de vulnerabilidade desses grupos, contribuindo para a alta incidência e prevalência de infecções parasitárias e de patologias crônicas, como a HAS.²⁸

É oportuno ressaltar que o conceito de saúde, na ótica dos participantes, está fortemente atrelado ao estado de não adoecimento. Nesse sentido, emergiu em seu imaginário a figura de alguém com aparência saudável, concepção que desconsidera outros fatores imbricados ao conceito ampliado de saúde. O processo saúde-doença foi reduzido à mera visão da ausência de doença, pensamento ligado intimamente ao saber biomédico e curativista, mostrando que é necessário fomentar o debate acerca do conceito de saúde, na perspectiva integral e holística, englobando questões sociais, políticas, psíquicas, culturais e históricas, fortalecendo esse amplo conceito e o disseminando à sociedade.¹⁵

Notou-se, também, na definição expressa pelos participantes, a junção de fatores encarados como primordiais para ter uma vida saudável, como moradia adequada, saneamento básico, qualidade da água, bons hábitos alimentares, prática de atividade física e cuidados com a saúde mental. Assim, o conceito requer uma avaliação das condições de vida e saúde nas comunidades quilombolas, observando os vários determinantes sociais, como trabalho, renda, habitação, educação e alimentação, fundamentais para o fortalecimento dos cuidados e da dinamicidade do processo saúde-doença.¹⁵

Ainda nesse aspecto, os quilombolas consideram a força e o condicionamento físico para trabalhar como inerentes ao estado de saúde, relacionando-os à importância do trabalho para comunidades como a sua, principalmente do trabalho no campo e/ou na pesca, práticas de subsistência essenciais a elas. Desse modo, um indivíduo doente é motivo de preocupação para a coletividade, exigindo custos adicionais, atenção constante e sobrecarga de cuidados de seus familiares, tornando-se um fardo a toda comunidade, pois os cuidados com a sua saúde demandam esforços de todos. A saúde, portanto, foi intimamente atrelada à força motriz e às atividades sociais relacionadas à manutenção do sustento familiar, enquanto a doença é encarada como obstáculo para tal, sendo o autocuidado elemento fundamental no processo saúde-doença.²⁹

Essas concepções se vinculam aos modos de vida, produção e reprodução social relacionados à terra, ao trabalho e à luta para a conquista de direitos constitucionais. Nas interações com a terra, a população quilombola expressa no trabalho a sua autonomia para a manutenção da vida.³⁰

Nesse contexto, ao avaliarem seu estado de saúde, predominou a ideia de que era bom ou muito bom, por recorrerem poucas vezes aos serviços de saúde e ao médico. Estudo realizado em uma comunidade quilombola na Bahia¹² também identificou que a maioria dos participantes autoavaliou a sua saúde como boa, porém cabe ressaltar que as peculiaridades socioculturais e o sentido que o sujeito confere ao seu processo de viver são o que definem o viver com ou sem saúde e não simplesmente um índice orgânico, natural e objetivo, muito menos um estado de equilíbrio, superando, assim, o saber biomédico.³¹

No tocante aos serviços de saúde, os participantes expressaram que a oferta e o quantitativo de ações são insuficientes para suprir as demandas e expectativas da comunidade, pois não dispõem de recursos com maior complexidade e, mesmo quando o atendimento com determinada categoria profissional se encontra disponível, desafios operacionais e gerenciais limitam a possibilidade de o usuário agendar o atendimento. Entende-se que isso contribui para fortalecer concepções socioculturais que guiam o indivíduo a procurar por serviços de saúde apenas diante de um quadro mórbido, muitas vezes com complicações, e não para prevenir o adoecimento ou buscar orientação profissional.

A prática de automedicação reflete a carência de serviços para atender às demandas de saúde dos participantes, induzindo-os a optar primeiramente por se cuidarem, de forma independente, em suas casas, usando medicamentos sem prescrição médica, e, caso não obtivessem o efeito esperado ou a condição se agravasse, buscar os serviços de saúde locais como última alternativa. Pesquisa na Comunidade Quilombola de Abacatal, Pará,³² apontou que a automedicação, com o consumo de produtos farmacêuticos, também foi empregada pelos moradores, em virtude do amplo acesso e da facilidade de compra.

Dialogando com esse dado, outra investigação, sobre a satisfação de usuários de unidades de saúde em Coari, Amazonas,³³ revelou que a falta de medicamentos foi o fator predominante de insatisfação, pois acarretava prejuízos às ações de prevenção e controle de doenças crônicas, levando os usuários a recorrer a outras unidades, por vezes mais longínquas, em busca de medicamentos.

Essa insatisfação, também encontrada neste estudo, faz com que os quilombolas não busquem os serviços de saúde da comunidade, presumindo má qualidade do atendimento, concepção advinda de experiências negativas anteriores. Portanto, espera-se que um atendimento satisfatório responda às expectativas do usuário, sendo um determinante da satisfação com os serviços, devendo se pautar, entre outros aspectos, na resolutividade das ações de saúde, para que o usuário não tenha que buscar por alternativas em instituições distantes de sua localidade.³⁴

No Brasil, há forte correlação entre raça, racismo, discriminação racial, incluindo suas interseccionalidades, e renda, fazendo com que os grupos racialmente discriminados ocupem patamares inferiores na pirâmide social. Esse cenário é fruto de processos políticos e sócio-históricos que geram e perpetuam situações de desigualdade, resultando em maior vulnerabilidade para esses grupos, sujeitos à oferta de ações de saúde pública ou privada precárias.^{13,29}

Partindo dessa reflexão teórica, e considerando sua relevância e forte aplicabilidade no território nacional, é oportuno inferir que, na realidade quilombola, a dificuldade de acesso e a relação fragilizada da população com os serviços de saúde podem ser, em parte, explicadas pelo conceito de racismo institucional, configurado como a dificuldade ou impossibilidade de as instituições públicas, especialmente aquelas voltadas à promoção de direitos sociais, responderem efetivamente às desigualdades raciais.³⁵

O racismo institucional guarda relações com o conceito de vulnerabilidade programática, deslocando-se da dimensão

individual e instaurando a dimensão estrutural, que corresponde a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais.¹³ É também chamado de racismo sistêmico que, atuando como alavanca importante da exclusão diferenciada de vários sujeitos nessa população, promove a exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados,¹³ problema alimentado tanto pela crença na ausência de racismo na sociedade brasileira quanto pelo desconhecimento de suas influências negativas sobre a saúde das pessoas.³⁶

Fortalecendo essa reflexão, uma pesquisa com remanescentes de quilombos da região Norte de Tocantins²⁸ apontou que a escassez de recursos financeiros, a localização das comunidades, a carência de profissionais de saúde e as dificuldades no agendamento dos exames constituíam barreiras para o acesso da população aos serviços de saúde. Além disso, a percepção negativa da assistência recebida e o baixo comprometimento dos gestores podem refletir negativamente nos indicadores de saúde e, sobretudo, afetar a qualidade de vida e o bem-estar dos quilombolas.

Em face desse cenário, é fundamental assegurar que os serviços de saúde primem pela qualidade de suas ações e contemplem os princípios doutrinários de equidade, integralidade e universalidade preconizados pelo SUS, para que a população quilombola tenha acesso aos níveis de atenção à saúde e as suas necessidades biopsicossociais sejam valorizadas e efetivamente solucionadas. Nesse contexto, a APS se constitui elemento que promove a integralidade, pois, em virtude de sua abrangência e organização territorial, tem como função aproximar os usuários aos espaços onde as ações de saúde ocorrem em sua localidade, seja na própria unidade de saúde ou em ambientes comunitários, facilitando que esses indivíduos construam boa relação com o meio social onde vivem.³⁷

Portanto, garantir a continuidade do cuidado figura como relevante atribuição da APS, cujos profissionais devem considerar as necessidades de cada população para estabelecer e/ou fortalecer as relações de vínculo por meio da promoção do acolhimento. Nesse sentido, o acolhimento é uma ferramenta oportuna para ampliar o acesso e a valorização dos quilombolas na atenção à saúde, bem como superar fragilidades inerentes a esse contexto, pois tem potencial para melhorar, por meio do diálogo e da escuta qualificada, a autoestima do sujeito e as relações que se firmam entre os usuários e as equipes de saúde, superando estratégias antigas de organização do trabalho em saúde.³⁸

O uso de plantas e ervas medicinais como meio de tratamento, práticas tradicionais partilhadas pelos mais velhos com os jovens, perpetua-se ao longo das gerações. Dessa forma, os profundos conhecimentos sobre as plantas e ervas, bem como os diferentes modos de preparo medicinal, evidenciam a riqueza tradicional difundida pelos antepassados dessas comunidades ao longo dos anos, por meio da oralidade e das práticas de cura.³⁹

Além da tradição, compreende-se que a manutenção dessas práticas considera a confiabilidade nos efeitos benéficos das plantas e ervas, pois se entende que não apresentam riscos à saúde e, muitas vezes, são usadas como primeira estratégia terapêutica. Isso fortalece e perpetua a crença popular nesses

recursos naturais, constituindo, assim, a principal opção de tratamento de doenças para os moradores.³⁹

Nesse sentido, as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) se constituem estratégia que promove mudanças no modelo assistencial predominante em saúde, pois se propõem a produzir e legitimar saberes e práticas alternativas, priorizando a saúde ao invés da doença, enfatizando o cuidado/autocuidado, a autonomia e a promoção da saúde das pessoas e coletividades. Tais práticas proporcionam visão singular sobre o indivíduo e o processo saúde-doença, não sendo percebidas unicamente como práticas de cuidado, desvinculando-se do processo determinado e regulamentado pelo modelo biomédico e da medicalização pelas indústrias farmacêuticas, pois propõem a interpretação abrangente dos indivíduos em sua integralidade.⁴⁰ Portanto, essa reflexão dialoga com os saberes e as práticas tradicionais desvelados neste estudo, os quais figuram como elementos fundamentais do cotidiano dos participantes, pois constituem o seu imaginário e o seu mundo tangível, contribuindo para atribuir sentido à sua realidade material e sociocultural.

Observou-se expressiva manifestação do pensamento mágico e da religiosidade evidenciada pela menção de Deus, associando-o à boa saúde e cura de alguma enfermidade. Nessa perspectiva, para os participantes, a fé em Deus funciona como um alicerce, pois, ao não encontrarem nos serviços de saúde as soluções necessárias, passam a depositar suas esperanças e confiança na cura pela fé. Esse entendimento vai ao encontro dos resultados de pesquisa realizada com mulheres quilombolas no Rio Grande do Sul,⁴¹ que destacou a dimensão da religiosidade expressa nos significados que elas atribuíram à fé e a Deus, sendo a fé um recurso motivacional, e Deus, a divindade a quem elas confiavam suas vidas.

Portanto, avaliar a assistência à saúde, no contexto das comunidades quilombolas, requer que se percebam as desigualdades enfrentadas e a maior exposição aos desafios inerentes aos determinantes sociais. Isso, conseqüentemente, tornam-nas mais suscetíveis às iniquidades,²⁸ pois são fatores historicamente presentes nessas comunidades e que influenciam, de maneira direta, suas condições de vida e saúde.

É importante ressaltar que, de forma sutil ou disfarçada como dificuldades operacionais e/ou estruturais, potencialmente as marcas do racismo institucional se encontram disseminadas nos serviços de saúde. Elas impedem ou limitam que os indivíduos transponham efetivamente as barreiras impostas pelos privilégios entre os diferentes sujeitos sociais e tenham pleno direito às ações de saúde instituídas pelos serviços, as quais atendam às suas necessidades biopsicossociais e contribuam para mitigar as iniquidades e as suas repercussões entre os grupos étnico-raciais.⁴²

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O estudo permitiu compreender as percepções sobre as condições de saúde de uma comunidade quilombola na Amazônia brasileira, evidenciando o predomínio do saber biomédico, da visão hospitalocêntrica e da relação fragilizada dessa população com os serviços de saúde locais. Tendo isso em

vista, as condições de saúde referidas e o acesso aos serviços se mostraram deficitários, pois a assistência ofertada não atende totalmente às necessidades da população.

Para contemplar os princípios de equidade e integralidade do SUS e as atribuições da APS, é imprescindível priorizar as demandas dos quilombolas e ampliar a cobertura de equipes de saúde da família para atender no território dessas comunidades, inserindo-as em ações que visem à promoção/recuperação da saúde e à prevenção do adoecimento. Além disso, os gestores devem buscar reduzir as desigualdades historicamente existentes, implantando políticas públicas mais eficazes e resolutivas que atendam às demandas da população e lhe proporcionem melhores condições, observando os determinantes sociais, mas também seus saberes populares e sua identidade sociocultural.

Espera-se que os resultados da pesquisa suscitem o diálogo acerca dessas populações, buscando identificar e problematizar as suas realidades particulares, considerando que representam um grupo com ancestrais do continente africano em situação de vulnerabilidades. Essas vão além da saúde, perpassando também pela educação, pelo saneamento básico, pelo racismo e pela geração de empregos e renda, constituindo obstáculos ao alcance de melhor qualidade de vida e saúde em sua plenitude.

Os resultados demonstraram que é necessário realizar outras pesquisas para investigar e fortalecer o papel da ESF e as decisões inerentes a esse modelo de atenção no enfrentamento das iniquidades e suas repercussões, sobretudo no cenário das populações quilombolas. Frente à hegemonia do saber biomédico, também é preciso desvelar e problematizar os saberes tradicionais, no intuito de valorizá-los e ajudar a desconstruir pensamentos e práticas calcados em preconceitos que ainda ocorrem nas relações sociais, inclusive no âmbito dos serviços de saúde.

Como limitação do estudo, entende-se que parte dos resultados pode não ser passível de generalização, uma vez que foi realizado em unidade de saúde de uma comunidade quilombola que apresenta características peculiares, dotadas de imaginários e práticas influenciadas por condicionantes sociais, culturais, econômicos, políticos e regionais. Todavia, os resultados podem fomentar reflexões e o desenvolvimento de novas pesquisas sobre o tema, para robustecê-lo, disseminá-lo e propiciar a sua aplicação oportuna em intervenções na realidade dessas comunidades.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Rosimere de Freitas de Sousa. Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues. Alexandre Aguiar Pereira.

Coleta de dados. Rosimere de Freitas de Sousa.

Análise de dados. Rosimere de Freitas de Sousa. Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues. Alexandre Aguiar Pereira.

Interpretação dos resultados. Rosimere de Freitas de Sousa. Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues. Alexandre Aguiar Pereira. Laura Maria Vidal Nogueira. Erlon Gabriel Rego de Andrade. Ana Kedma Correa Pinheiro.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Rosimere de Freitas de Sousa. Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues. Alexandre

Aguiar Pereira. Laura Maria Vidal Nogueira. Erlon Gabriel Rego de Andrade. Ana Kedma Correa Pinheiro.

Aprovação da versão final do artigo. Rosimere de Freitas de Sousa. Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues. Alexandre Aguiar Pereira. Laura Maria Vidal Nogueira. Erlon Gabriel Rego de Andrade. Ana Kedma Correa Pinheiro.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Rosimere de Freitas de Sousa. Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues. Alexandre Aguiar Pereira. Laura Maria Vidal Nogueira. Erlon Gabriel Rego de Andrade. Ana Kedma Correa Pinheiro.

EDITOR ASSOCIADO

Gerson Luiz Marinho 

EDITOR CIENTÍFICO

Ivone Evangelista Cabral 

REFERÊNCIAS

1. Fundação Cultural Palmares (BR). Certificação Quilombola. Brasil: quadro geral por estados e regiões [Internet]. Brasília: Fundação Cultural Palmares; 2021 [citado 2021 set 10]. Disponível em: http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551
2. Cardoso CS, Melo LO, Freitas DA. Health conditions in quilombola communities. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2018 Apr;12(4):1037-45. <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a110258p1037-1045-2018>.
3. Leite IB. The Brazilian quilombo: 'race', community and land in space and time. *J Peasant Stud*. 2015 May;42(6):1225-40. <http://dx.doi.org/10.1080/03066150.2015.1016919>.
4. Silva EKP, Medeiros DS, Martins PC, Sousa LA, Lima GP, Rêgo MAS et al. Insegurança alimentar em comunidades rurais no nordeste brasileiro: faz diferença ser quilombola? *Cad Saude Publica*. 2017 Jun;33(4):e00005716. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00005716>. PMID:28591371.
5. Silva EKP, Santos PR, Chequer TPR, Melo CMA, Santana KC, Amorim MM et al. Oral health of quilombola and non-quilombola rural adolescents: a study of hygiene habits and associated factors. *Cien Saude Colet*. 2018 Sep;23(9):2963-78. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018239.02532018>. PMID:30281734.
6. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BR). Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Guia de orientação para a criação e implementação de órgãos, conselhos e planos de promoção da igualdade racial [Internet]. 2nd ed. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; 2021 [citado 2022 jul 25]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/consultorias/seppir/GuiaDeOrientao2021.pdf>
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS [Internet]. 3rd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2021 set 10]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
8. Lima EFA, Sousa AI, Leite FMC, Lima RCD, Souza MHN, Primo CC. Evaluation of the family healthcare strategy from the perspective of health professionals. *Esc Anna Nery*. 2016 Apr/Jun;20(2):275-80. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160037>.
9. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM, Gagno J et al. Tipologia da estrutura das Unidades Básicas de Saúde brasileiras: os 5 R. *Cad Saude Publica*. 2017 Aug;33(8):e00037316. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00037316>. PMID:28832772.

10. Oliveira SKM, Pereira MM, Guimaraes ALS, Caldeira AP. Self-perceived health among 'quilombolas' in northern Minas Gerais, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2015 Sep;20(9):2879-90. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.20342014>. PMID:26331519.
11. Oliveira EF, Camargo CL, Gomes NP, Campos LM, Jesus VS, Whitaker MCO. Follow-up consultations on growth and development: the meaning for quilombo mothers. *Esc Anna Nery*. 2018 Oct;22(1):e20170054. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0054>.
12. Araújo RLMS, Araújo EM, Silva HP, Santos CAST, Nery FS, Santos DB et al. Condições de vida, saúde e morbidade de comunidades quilombolas do semiárido baiano, Brasil. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2019 Oct;43(1):226-46. <http://dx.doi.org/10.22278/2318-2660.2019.v43.n1.a2988>.
13. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc*. 2016 Jul/Sep;25(3):535-49. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162610>.
14. Durand MK, Heidemann ITSB. Health of quilombolas women: dialog with the literature. *Rev Pesq: Cuid Fundam*. 2020 May;12:203-10. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.7226>.
15. Durand MK, Heideman ITSB. Social determinants of a quilombola community and its interface with health promotion. *Rev Esc Enferm USP*. 2019 May;53:e03451. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018007703451>. PMID:31166533.
16. Freitas IA, Rodrigues ILA, Silva IFS, Nogueira LMV. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia brasileira. *Cuid (En Línea)*. 2018 May;9(2):2187-200. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.521>.
17. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021 Jun;34:eAPE02631. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.
18. Minayo MCS, Costa AP. Técnicas que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia: pesquisa qualitativa em ação. Aveiro: Ludomedia; 2019.
19. Lima PM Fo, Silveira FLA, Cardoso LFC. O desfile da raça: identidade e luta quilombola em Salvaterra, ilha do Marajó, Pará. *Rev Ambivalências*. 2016 Aug;4(7):87-105. <http://dx.doi.org/10.21665/2318-3888.v4n7p87-105>.
20. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm*. 2018 Jan/Feb;71(1):228-33. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>. PMID:29324967.
21. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
22. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União [Internet]*, Brasília (DF), 13 jun. 2013 [citado 2021 set 10]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
23. Azevedo ADM, Peres ES. A presença negra na Amazônia: um olhar sobre a Vila de Mangueiras em Salvaterra (PA). *Rev Marupiira*. 2015 May; [citado 2021 set 10];2:8-14. Disponível em: <https://periodicos.uepa.br/index.php/marupiira/article/view/909>
24. Nascimento EA, Silva AFA, Brandão VBG. Inserção social do trabalho: um estudo acerca dos remanescentes quilombolas da Comunidade Boa Sorte da cidade de Verdelandia – Minas Gerais. *Humanid*. 2016 Jul; [citado 2021 set 10];5(2):32-47. Disponível em: https://www.revistahumanidades.com.br/artigo_no=a104.pdf
25. Silva EKP, Medeiros DS. Impact of oral health conditions on the quality of life of quilombola and non-quilombola rural adolescents in the countryside of Bahia, Brazil: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2020 Sep;18(1):318. <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-020-01567-x>. PMID:32993764.
26. Zank S, Ávila JVC, Hanazaki N. Compreendendo a relação entre saúde do ambiente e saúde humana em comunidades quilombolas de Santa Catarina. *Rev Bras Plantas Med*. 2016 Jan/Mar;18(1):157-67. http://dx.doi.org/10.1590/1983-084X/15_142.
27. Pauli S, Bairros FS, Nunes LN, Neutzling MB. Prevalência autorreferida de hipertensão e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2019 Sep;24(9):3293-303. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018249.28002017>. PMID:31508750.
28. Feitosa MO, Gomes MEA, Fontoura IG, Pereira CS, Carneiro AMCT, Oliveira MC et al. Access to health services and assistance offered to the afro-descendant communities in Northern Brazil: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jan;18(2):368. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18020368>. PMID:33418905.
29. Rosa LGF, Araújo MS. Percepção de saúde de uma população quilombola localizada em região urbana. *Aletheia*. 2020 Jan/Jul; [citado 2021 set 10];53(1):109-20. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/v53n1/v53n1a10.pdf>
30. Miranda SVC, Oliveira JL, Sampaio CA, Rodrigues JF No. Cartografia das condições de trabalho de homens quilombolas e as intersecções para a informalidade e a saúde mental. *Interface*. 2021 Apr;25:e200478. <http://dx.doi.org/10.1590/interface.200478>.
31. Janini JP, Bessler D, Vargas AB. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. *Saúde Debate*. 2015 Apr/Jun;39(105):480-90. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002015>.
32. Gama PA, Souza TC, Borges WD, Castro NJC. Práticas de cuidado e cura no quilombo Abacatal. *Mundo Amazônico*. 2019 Jan;10(1):225-42. <http://dx.doi.org/10.15446/ma.v10n1.66610>.
33. Guerrero AFH, Alves AP, Libório GL, Freitas JV, Guerrero JCH. User satisfaction with health centers in Coari, Amazonas, Brazil. *Rev Bioet*. 2020 Jul/Sep;28(3):500-6. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020283413>.
34. Siqueira SMC, Jesus VS, Camargo CL. The therapeutic itinerary in urgent/emergency pediatric situations in a maroon community. *Cien Saude Colet*. 2016 Jan;21(1):179-89. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.20472014>. PMID:26816175.
35. Cunha EMGP. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, organizers. *Saúde da população negra [Internet]*. 2nd ed. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012. p. 22-33 [citado 2021 set 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_negra.pdf
36. Faustino DM. The universalization of rights and the promotion of equity: the case of the health of the black population. *Cien Saude Colet*. 2017 Dec;22(12):3831-40. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172212.25292017>. PMID:29267702.
37. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2017 Oct/Dec;41(115):1177-86. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711515>.
38. Schweitzer MC, Zoboli ELCP, Vieira MMS. Nursing challenges for universal health coverage: a systematic review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016 Apr;24:e2676. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0933.2676>. PMID:27143536.
39. Valeriano FR, Savani FR, Silva MRV, Baracho IPS, Santos MSC, Braga JA. Uso de plantas medicinais na comunidade quilombola do Veloso, povoado de Pitangui – MG. *Braz J of Dev*. 2020 Dec;6(12):100701-18. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n12-529>.
40. Losso LN, Freitas SFT. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na atenção básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde Debate*. 2017 Sep;41(Spe 3):171-87. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s313>.
41. Prates LA, Possati AB, Timm MS, Cremonese L, Oliveira G, Ressel LB. Meanings of health care assigned by quilombola women. *Rev Pesq: Cuid Fundam*. 2018 Jul;10(3):847-55. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.847-855>.
42. Carmo TNBV, Araújo EM, Araújo RLMS, Pereira SRS, Silva HP, Souza BLM. Fatores associados a doenças crônicas não transmissíveis autorrelatadas em quilombolas do semiárido baiano. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2021 May;45(1):54-75. <http://dx.doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.n1.a3472>.