

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO**

EDVANIA BARBOSA SANTOS

**SAÚDE DOS QUILOMBOLAS NA REGIÃO NORDESTE:
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

**CUITÉ - PB
2023**

EDVANIA BARBOSA SANTOS

**SAÚDE DOS QUILOMBOLAS NA REGIÃO NORDESTE:
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Nutrição Clínica.

Orientador: Prof. Dr^a. Nilcimelly Rodrigues Donato

Coorientador: Me. Renally de Lima Moura

**CUITÉ - PB
2023**

S237s Santos, Edvania Barbosa.

Saúde dos Quilombolas na região Nordeste: uma revisão de literatura. /
Edvania Barbosa Santos. - Cuité, 2023.
36 f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) -
Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde,
2023.

"Orientação: Profa. Dra. Nilcímely Rodrigues Donato; Ma. Renally de
Lima Moura".

Referências.

1. Antropologia. 2. Cultura afrobrasileira. 3. Quilombolas. 4. Saúde de
grupos étnicos. 5. Saúde dos Quilombolas. I. Donato, Nilcímely Rodrigues.
II. Moura, Renally de Lima. III. Título.

CDU 39(043)

EDVANIA BARBOSA SANTOS

SAÚDE DOS QUILOMBOLAS NA REGIÃO NORDESTE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Nutrição Clínica.

Aprovado em 02 de maio de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Nilcimelly Rodrigues Donato

Universidade Federal de Campina Grande

Orientadora

Ma. Renally Lima de Moura

Coorientadora/Examinadora Externa

Prof. Dra. Mayara Queiroga Estrela Abrantes Barbosa

Universidade Federal de Campina Grande

Examinadora Interna

Cuité – PB

2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, a Ele toda a honra e glória e por ter me dado forças para continuar ao longo da minha jornada.

Aos meus pais Eva e Damião que me apoiaram incondicionalmente desde criança me deram incentivo para continuar a estudar e a vencer na vida, e mesmo distante nestes últimos anos, apoiaram e aplaudiram as minhas pequenas conquistas. Amo vocês!

Aos meus irmãos Edilene, João Pedro e Jessika Cristina que sempre me deram apoio e consolo nos momentos difíceis do caminho.

A minha família, tias, tios, primos e primas que torciam pelo meu sucesso, em especial a minha tia Maria José que me acolheu em sua casa no início do curso e cuidou de mim e meus irmãos como uma segunda mãe e ao seu esposo José da Penha que me ajudou e me transportou em segurança nas estradas de Pombal a Cuité durante esses anos. A vocês a minha gratidão.

Aos meus queridos Avós Francisca Maria (Chiquinha) (*in memoriam*) e Francisco Amancio (Gobira) (*in memoriam*), que nunca duvidaram da minha capacidade, de onde estiverem sei que estão orando por mim, espero que estejam orgulhosos.

Aos meus amigos que fiz durante a minha estadia na cidade de Cuité e na residência universitária em especial as meninas do quarto 6. Aos meus queridos e grandes amigos do grupo Bagaceiras saibam que foram essenciais nos momentos de tristeza e de alegria durante o curso, foram mais que amigos, são família.

Ao meu eterno grupo R3, Socorro (Naná) e Lucas por serem meus pilares nas horas felizes e principalmente nos momentos de tristeza, agradeço por todas as conversas/risadas e brigas no quarto 6, saibam que tem um lugar especial em meu coração.

Às meninas desbravadoras, Naná, Aline e Eduarda Gama por estarem comigo no início de tudo, numa cidade desconhecida e me acolherem, serão sempre os primeiros presentinhos do país Cuité.

A minha family prodigy, Álvaro Gustavo e Flávia por mesmo de longe me apoiarem e serem anjos na minha vida.

Ao meu marido Junior por ser meu porto seguro nos dias mais difíceis e um dos maiores motivadores na realização do meu sonho. Te amo!

Agradeço também à minha orientadora Melly e à minha co-orientadora Renally por todo o apoio e disposição na construção desse trabalho.

Coragem!

Nilcimelly Donato

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) busca amparar através dos seus princípios de igualdade, universalidade e equidade minimizar as desigualdades sociais enfrentadas pela população negra no Brasil. Diante do exposto, objetiva-se revisar a literatura atual acerca do quadro de saúde da população remanescente quilombola nordestina. Foi realizada uma revisão de literatura através de pesquisa nas bases de dados *Nacional Library of Medicine* (PUBMED), sites governamentais, *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Google Acadêmico, dos últimos 10 anos. Foram encontrados 30 artigos dos quais 23 foram excluídos por não preencherem os requisitos de inclusão. Os resultados da pesquisa afirmam a autopercepção negativa em relação as condições de saúde das comunidades quilombolas em relação as demais populações, estando propensos ao aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis as quais estão intimamente relacionadas com as condições socioeconômicas e o ambiente em que vivem. A dificuldade no acesso aos serviços de saúde aumenta as desigualdades, assim como as doenças étnicas que, na maioria dos casos, é tratada de forma inadequada pelos profissionais de saúde e pelas limitações devido ao isolamento geográfico. Sendo assim, o acesso das comunidades quilombolas, tanto aos profissionais de saúde quanto aos serviços de saúde, é insuficiente para suprir as necessidades dessas comunidades, o que mostra que o sistema de saúde brasileiro precisa facilitar ainda mais o acesso à saúde nessas comunidades, para que no futuro os jovens não tenham as doenças que atingem os mais velhos.

Palavras-chave: Saúde de grupos étnicos; afrodescendentes, negros.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) seeks to support through its principles of equality, universality and equity to minimize the social inequalities faced by the black population in Brazil. Thus, the objective of this research is to review the current literature about the health status of the remaining Northeastern quilombola population. A literature review was carried out through research in the National Library of Medicine (PUBMED), government websites, Scientific Electronic Library Online (Scielo) and Google Scholar databases, in the last 10 years. 30 articles were found, of which 23 were excluded for not meeting the inclusion requirements. The research results affirm the negative self-perception regarding the health conditions of the quilombola communities in relation to other populations, being prone to the appearance of chronic non-communicable diseases and which are directly linked to the socioeconomic conditions and the environment in which they live. The difficulty in accessing health services increases inequalities, as well as ethnic diseases that, in most cases, are treated inadequately by health professionals and the limitations due to geographic isolation. Therefore, the access of quilombola communities, both to health professionals and to health services, is insufficient to meet the needs of these communities, which shows that the Brazilian health system needs to further facilitate access to health in these communities, so that in the future young people do not have the diseases that affect the elderly.

Keywords: Health of ethnic groups; Afro-descendants, blacks.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Comunidades Remanescentes Quilombolas (CRQs) reconhecidas por região pela Fundação Cultural Palmares

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Posição dos estados da região nordeste segundo as variáveis do Panorama de saúde local (2020).

Tabela 2: Resultados encontrados na literatura sobre a saúde dos quilombolas nordestinos

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CRQs	Comunidades Remanescentes Quilombolas
CONAQ	Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas
FCP	Fundação Cultural Palmares
IEPS	Instituto de Estudos para Políticas de Saúde
MS	Ministério da Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	15
2.1. OBJETIVO GERAL.....	15
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1. Quilombolas na região nordeste do Brasil	16
3.2. Sistema Único de Saúde (SUS).....	17
3.3. A saúde na região Nordeste.....	18
3.4. Relação entre a saúde e os quilombolas no Nordeste	21
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	23
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	24
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS.....	32

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos mais complexos sistemas de saúde pública no mundo, incorporando desde o mais simples procedimento como aferição de pressão arterial na Atenção básica até o transplante de órgãos, sendo assim imprescindível para a concretização dos princípios de equidade, integralidade e universalidade para toda população. A gestão dos serviços e ações deve ocorrer de forma participativa e solidária entre as unidades de federação: a União, os Estados e os municípios. A rede do SUS é ampla e engloba serviços de saúde e ações na atenção primária, média e alta complexidade. Nenhum nível de complexidade, de forma isolada é suficiente para atender as demandas dos indivíduos ou população (GALVÃO *et al*, 2019; BRASIL, 2022b).

O Brasil possui profundas desigualdades enraizadas desde o período escravocrata, onde os negros estão mais representados por indicadores negativos. Segundo Goes *et al.*, (2020) na atenção à saúde, o atendimento, a atenção e o cuidado às pessoas se dá pela sua etnia e cor, criando um sistema de hierarquia de "deixar viver ou morrer".

As comunidades remanescentes quilombolas (CRQs) consiste em um grupo de pessoas que vivem em busca do resgate de suas tradições. Localizadas na maioria das vezes na Zona rural, enfrentam inúmeras dificuldades, com destaque para questões culturais, sociais e de saúde. Foram reconhecidas pela Constituição de 1988, delegando a Fundação Cultural Palmares aos cuidados de todas as questões referentes aos quilombos (MINISTÉRIO DA CULTURA, 2022).

A população quilombola possui condições de vulnerabilidade para doenças que incluem aspectos das diversas fases de crescimento da vida (SARDINHA *et al*, 2019). As transformações socioeconômicas e culturais nas comunidades quilombolas modificaram a alimentação desse grupo, havendo um maior consumo de alimentos processados e ultraprocessados e diminuindo o consumo de produtos advindos da agricultura familiar.

A alimentação do passado, onde as famílias possuíam suas próprias terras era o que elas produziam, além de mandioca e suas variedades, outras diferentes espécies como arroz, café, feijão, gergelim, jerimum, milho, maxixe, melancia entre outros (ALVES; FITA, 2023). As mudanças econômicas, como o acesso a empregos

formais e programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, podem influenciar os hábitos alimentares dos indivíduos, por permitirem a aquisição de um maior número de produtos industrializados, assim mudando o perfil alimentar e nutricional dessas populações acarretando o surgimento das doenças crônicas degenerativas, responsáveis pelas elevadas taxas de mortalidade da população nos últimos anos (ARAÚJO, 2017; MARTINELLI, CAVALLI, 2019).

Segundo ARAÚJO (2019), o perfil das comunidades é caracterizado em situação de extrema pobreza, com a maior prevalência das doenças de ordem genética devido a situação socioeconômica, a exemplo a pobreza, que é dependem em sua maior totalidade de benefícios de transferência direta de renda do governo federal.

Logo, indaga-se que o perfil de saúde da comunidade quilombola não é tão bom quanto deveria ser, assim como, a dificuldade da acessibilidade ao SUS, tendo em vista que esta comunidade reivindica nos últimos anos direito à saúde plena e integral.

Diante do exposto, objetivou-se revisar a literatura científica acerca do estado de saúde da população remanescente quilombola do nordeste do Brasil.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Revisar a literatura atual acerca do quadro de saúde da população remanescente quilombola do Nordeste Brasileiro.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar a literatura sobre a saúde dos quilombolas no nordeste brasileiro nos últimos 10 anos;
- Pontuar as patologias e os riscos mais comuns instalados nessa população;
- Avaliar a acessibilidade da comunidade quilombola as políticas públicas;
- Investigar o acesso da comunidade ao Sistema Único de Saúde (SUS).

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Quilombolas na região nordeste do Brasil

O termo quilombo é oriundo da história que significava resistência e autoafirmação diante do movimento escravocrata (ARAÚJO *et al.*, 2017).

“Quilombos foram alternativas de sobrevivência coletiva de escravos que se recusaram a aceitar regras impostas pelo sistema colonial brasileiro racista. Hoje eles constituem expressão da história de resistência à exclusão dos negros que adquiriram formas específicas de organização social, de relação com a terra e hábitos de vida e saúde (SILVA *et al.*, 2020).”

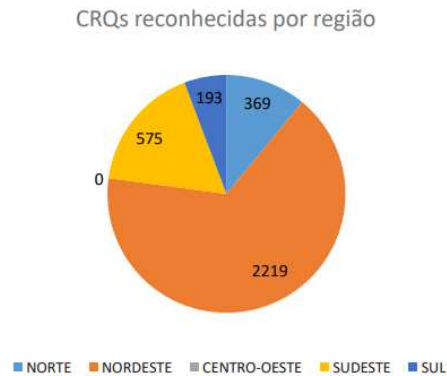
Ainda segundo o Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, “consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, para os fins deste Decreto, os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida.”

Segundo o IBGE (2020), o agrupamento de quilombolas é o conjunto de 15 ou mais indivíduos quilombolas de uma ou mais moradias no mesmo território geográfico, onde mantêm vínculos familiares ou comunitários e pertencentes à comunidade quilombola.

As comunidades remanescentes quilombolas são caracterizadas por serem étnico-raciais, de ancestralidade negra, que são mantidas por seus integrantes/grupo ou pelo desejo de manter as memórias que fortalecem a sua identidade ao longo dos tempos, ligadas à cultura de subsistência e trabalhos rurais, devido ao distanciamento geográfico dos grandes centros e pela sua manifestação cultural e religiosa (ARAÚJO *et al.*, 2017; MUSSI *et al.*, 2016).

Devido à época da escravidão a população quilombola ficou concentrada principalmente no Nordeste do Brasil, onde apresentam características heterogêneas e trajetórias próprias de resistência física, social, cultural e práticas religiosas que perduram até os dias atuais (SILVA *et al.*, 2017; FERREIRA e TORRES, 2015).

Figura 1: Comunidades Remanescentes Quilombolas (CRQs) reconhecidas por região pela Fundação Cultural Palmares



Fonte: <https://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/quadro-geral-por-estados-e-regioes-22-08-2022.pdf>)

A região Nordeste possui atualmente 1.743 certidões expedidas e 2.219 comunidades remanescentes quilombolas certificados (dados atualizados mensalmente pela Fundação Cultural Palmares que reserva de acordo com o 4º do art. 3º do Decreto nº 4.887/2003 a competência pela emissão de certidão as comunidades e inscrição no cadastro geral).

A Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ) é uma organização de domínio nacional, sem fins lucrativos, que representa as comunidades quilombolas do Brasil e visa o uso coletivo do território, a implantação de projetos de desenvolvimento sustentável e políticas públicas levando em consideração a organização da(s) CRQs, pela educação e coerência pelo modo de viver dos quilombos, protagonismo e autonomia das mulheres e permanência do jovem no quilombo e uso comum das terras, recursos naturais e equilíbrio com o ambiente (CONAQ, 2022).

3.2. Sistema Único de Saúde (SUS)

O SUS é garantido pela Constituição Federal de 1988, e regulamentada pela Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Os serviços e ações públicas de saúde ou serviços privados contratados ou conveniados são desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas e obedecendo os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Grande parte do funcionamento do SUS é oriundo dos impostos, os quais são pagos pela própria população, fazendo assim com que todos tenham o direito de utilizar esses serviços, os quais são pagos pela própria população, e não deve haver diferenciação entre os usuários. Até mesmo a população estrangeira que esteja no Brasil e precise desse atendimento, pode fazer uso de forma gratuita.

Esse sistema é articulado por um conjunto de políticas públicas de saúde que se encontram coordenadas pela União, Estados e Municípios que devem funcionar com a estrutura organizada para o País todo, demonstrando que o SUS compõe uma rede regionalizada e hierarquizada, sob a responsabilidade da União, que estabelece as regras gerais e financeiras (FIGUEIREDO, 2021).

Apesar dos inúmeros avanços na assistência desde a atenção básica até as de maior complexidade, existem muitos desafios a serem enfrentados e as insatisfações com o desempenho são visíveis pela população (MENDES e BITTAR, 2014).

3.3. A saúde na região Nordeste

Embora ao longo dos anos os serviços de saúde tenham avançado, as dificuldades no acesso, a demora e baixa qualidade do atendimento ainda persistem (ARRAIS *et al*, 2016).

Gonçalves *et al* (2019) afirma que a região nordeste possui a menor disponibilidade de consultas médicas no País. Pereira e Mussi (2020) dizem que o acesso às políticas públicas de saúde no Nordeste é escasso devido as desigualdades sociais e fazem parte do grupo de vulnerabilidade.

A nota técnica lançada pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), que avaliou o panorama de saúde dos estados brasileiros no período de 2010 a 2020, diz que a região Nordeste apresenta um dos piores indicadores de atenção básica, recursos e mortalidade, e morbidade quando comparados às demais regiões brasileiras (Tabela 1).

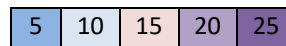
A desigualdade regional é um fator que marca o sistema de saúde brasileiro no ranking em relação aos gastos. O Nordeste apresenta junto com a região Norte um dos piores índices quando se fala de investimento Estadual e municipal, onde reforça desigualdades conhecidas e a necessidade da identificação da causa dos problemas (IEPS,2020; UCHIMURA *et al*, 2017).

Em seu estudo, Arrais et al (2016) observaram que a população da região Nordeste é adepta a prática de automedicação, principalmente pelo sexo feminino, seja por quadros crônicas ou presença de doenças, que na maioria dos casos são adquiridos sem prescrição médica, porém os mesmos não são isentos de riscos e podem gerar agravos a saúde ou prováveis intoxicações.

TABELA 1: Posição dos estados da região nordeste segundo as variáveis do Panorama de saúde local (2020).

NORDESTE	ATENÇÃO BÁSICA				RECURSOS				MORTALIDADE E MORBIDADE				GASTOS ESTADUAIS			GASTOS MUNICIPAIS				
	SE	70,6	92,7	66,0	11°	1,2	44,9	121,0	1,7	24°	459,8	94,8	13,6	5°	390,9	664,6	13°	316,4	724,7	20°
	RN	69,6	85,7	68,6	13°	1,2	52,8	191,4	1,5	18°	487,0	102,2	12,7	8°	381,3	552,5	16°	410,9	893,4	11°
	PI	71,5	99,2	59,4	10°	1,3	46,1	222,6	1,3	13°	983,6	108,0	17,0	26°	407,3	662,2	12°	399,3	1.084,7	8°
	PE	71,7	82,0	68,9	16°	1,3	64,8	197,8	1,6	12°	682,9	99,9	11,1	12°	383,6	724,2	11°	292,5	684,8	22°
	PB	72,6	97,8	69,6	6°	1,6	55,0	182,8	1,6	10°	583,7	104,4	13,5	14°	303,2	405,9	25°	310,4	892,8	14°
	MA	60,1	87,8	49,6	23°	1,2	35,5	191,0	0,9	22°	1.175,8	112,9	17,8	27°	286,1	432,0	24°	249,9	744,7	23°
	CE	86,8	87,8	69,2	5°	1,3	54,9	179,4	1,4	20°	723,4	91,2	12,3	11°	338,9	516,6	19°	330,0	899,2	13°
	BA	69,6	84,3	61,7	19°	1,4	50,9	175,0	1,4	19°	777,8	88,3	14,9	17°	278,5	477,1	23°	317,6	751,9	19°
	AL	72,1	83,3	66,9	15°	1,2	42,1	161,2	1,4	23°	470,6	113,5	15,6	20°	315,0	482,5	20°	271,8	878,7	17°
	Cob. Vacinal Poliomielite (%)	Cobertura AB (%)	Pré-Natal Adequado (%)	Total	Enfermeiros (Por 1.000 Hab.)	Leitos Não-SUS (Por 1.000 Hab.)	Leitos SUS (Por 1.000 Hab.)	Médicos (Por 1.000 Hab.)	Total	Hospitalizações CSAP (Por 100.000 Hab.)	Mortalidade Ajust.Causas Evitáveis	Mortalidade Infantil (Por 1.000 NVs)	Total	Despesa em Saúde com Rec. Próprios do Estado	Despesa Total do Estado com Saúde	Total	Despesa em Saúde com Rec. Próprios do Município	Despesa Total do Município com Saúde (Por Hab., Const)	Total	

Posição



Fonte: Indicadores estaduais extraídos do Portal IEPS Data (iepsdata.org.br) (2020). Adaptada pelo autor (2022).

3.4. Relação entre a saúde e os quilombolas no Nordeste

O Ministério da Saúde (MS) criou em 2009 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria GM/MS nº992, de 13 de maio de 2009, que tem o objetivo de assegurar a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS (BRASIL, 2017).

O MS reconhece a necessidade que as instituições promovam mecanismos que garantam a saúde integral da população negra e enfrentamento do racismo institucional, com o intuito de superar os índices negativos na precocidade de óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência. A Política reafirma a responsabilidade das esferas na gestão – governo federal, estadual, municipal - assim articulando com outros setores para garantir o acesso a população negra de forma adequada, melhorando as condições de saúde e redução das desigualdades de cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual e de classe (BRASIL,2017).

Uma pesquisa realizada em 2013 pela política nacional de saúde (PNS), mostra que a população negra possui posição desfavorável em vários aspectos de saúde, como: acesso aos serviços, saúde da mulher, sífilis em gestantes, mortalidade materna, medicamentos e internações e Doença de chagas.

A cor da pele pode evidenciar a falta de atendimento no SUS e quando se é associado ao sexo e predisposição genética para algumas doenças é cada vez maior (PEREIRA *et al*, 2022). As doenças genéticas e hereditárias que mais acometem a população negra são: anemia falciforme, diabetes mellitus tipo II, hipertensão arterial e deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (BRASIL,2017; CARDOSO *et al*, 2018).

Dentre as patologias que mais acometem a população negra, destaca-se a anemia falciforme, transmitida através dos genes dos pais quando são multados com a hemoglobina S de ambos. Essa patologia tem influência tanto por fatores hereditários, quanto por fatores adquiridos, como por exemplo o nível socioeconômico. Ela possui sintomas variados, podendo ser assintomático, necessitando de pouca transfusão de sangue ou até mesmo nenhuma, tendo uma qualidade de vida ótima, porém outras tem crises muito graves desde dores ósseas,

na barriga, infecções de repetição podendo levar a morte. Em crianças a palidez e o branco dos olhos amarelados assim como na hepatite como chamamos de icterícia, são características da anemia falciforme. Já nos adultos as crises mais frequentes são dores nos ossos e complicações ao longo da vida e nos principais órgãos, como fígado, os pulmões, o coração e os rins (BRASIL, 2007; SILVA, 2021).

O diabetes mellitus II representa um dos maiores problemas de saúde pública devido aos altos custos envolvidos no seu tratamento. E a forma mais comum da doença ocorre geralmente na vida adulta e prevalece conforme aumento de idade, sendo associada aos hábitos alimentares, sedentarismo, excesso de peso e obesidade na maioria dos casos (FREITAS, 2019).

Segundo Santos et al (2016) a deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase é um efeito enzimático das hemácias que pode causar episódios de hemólise aguda, ou anemia hemolítica crônica, podendo ser assintomático, o que ocorre na maioria dos casos. É um importante marcador genético de etnias e populações e comum em toda espécie humana com maior frequência em negros e em povos mediterrâneos, e manifestados em indivíduos com homozigose dos genes afetados (PRADO *et al*, 2021).

Silva e seus colaboradores (2017), observaram em sua pesquisa que 38,1% das famílias quilombolas residentes em zonas rurais apresentam insegurança alimentar. Esse dado mostra a precariedade de moradias, trabalho ou acesso a transferência de renda e baixos níveis econômicos e de escolaridade.

Devido as condições de moradias precárias, maior taxa de desemprego e maior dificuldade de acesso à bens e serviços à população negra possui maior vulnerabilidade se inserindo nas classes sociais D e E, possuindo condições socioeconômicas precárias atuando de forma negativa no processo doença. As comunidades vivem na presença de doenças crônicas-degenerativas em razão das doenças infecciosas devido a transição epidemiológica atual.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), é um dos problemas mais frequentes e de alta prevalência associados a reflexos cardiovasculares na população negra. A HAS possui níveis altos em classes desfavorecidas, devido à falta de conhecimento das tendências genéticas por conta da baixa escolaridade, estresse e o indevido manejo dietético e farmacológico (CARDOSO *et al*, 2018).

4. MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão de literatura simples, realizado entre os meses de novembro e dezembro de 2022, por meio de pesquisas nas bases de dados: *Nacional Library of Medicine* (PUBMED), Sites governamentais, *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo) e Google Acadêmico utilizando a combinação dos seguintes descritores: “Saúde no Nordeste”, “Quilombolas no Nordeste” e “Quilombos”, e suas respectivas traduções para o idioma inglês.

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos publicados entre 2012 e 2022, textos completos, disponíveis na íntegra, no idioma português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão foram: temas irrelevantes, literatura cinzenta e artigos repetidos.

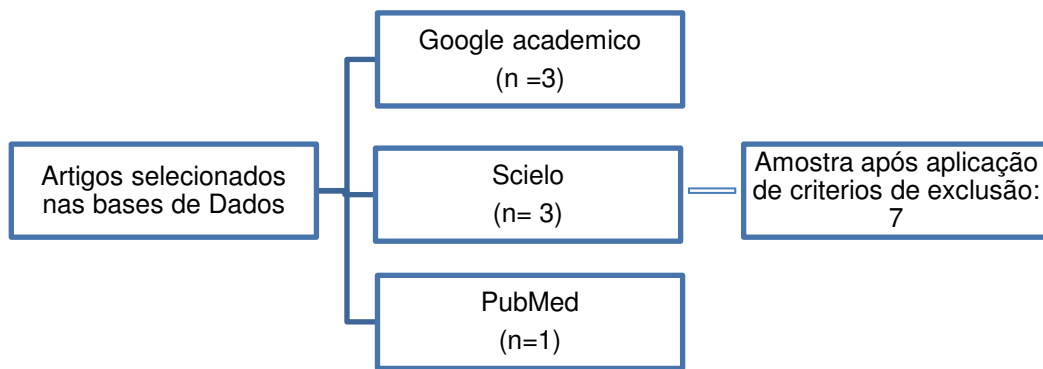
Para escolha das publicações, realizou-se leitura minuciosa dos títulos, resumos e palavras-chave de todas as publicações completas localizadas, através das bases de dados as quais foram confrontadas com os critérios de inclusão e exclusão, conforme estabelecidos. Desta forma, as publicações foram analisadas, passando-se novamente por uma leitura criteriosa na íntegra guiada pela pergunta norteadora desta revisão.

Após leitura criteriosa de cada material selecionado, a fim de verificar a pertinência do estudo com a pergunta norteadora, verificou-se que 7 produções científicas serviram como fonte de dados para esta pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após uma busca criteriosa foram selecionados 30 artigos nas bases de dados Google Acadêmico, Scielo e PubMed. Após a aplicação dos critérios de exclusão, foram selecionados 7, por estarem de acordo com os critérios definidos para o trabalho. Os artigos escolhidos apresentavam em seu título as palavras chaves “saúde and quilombolas and nordeste”, ou similares para então compreender a situação de saúde da população negra nordestina ao longo dos anos demonstrado na figura 2.

Figura 2: Artigos selecionados nas bases de dados.



Fonte: Autoria própria, 2022.

No quadro abaixo é possível identificar os estudos na literatura que avaliam a saúde dos quilombolas no Nordeste e seus resultados encontrados.

Tabela 2: Resultados encontrados na literatura sobre a saúde dos quilombolas nordestinos

Autor/ano	Nome do artigo	Objetivo	Resultados encontrados
KOCHERGIN, PROIETTI E CÉSAR (2014)	Comunidades de quilombolas de vitória conquista, Bahia,	Estimar a prevalência da autoavaliação ruim/muito	a Presença de doenças crônicas e inatividade física em 74,2% dos

	Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados.	nessa população e verificar os fatores demográficos, sociais, comportamentais e psicossociais associadas a autoavaliação de saúde, estratificada por sexo.	e entrevistados. Mulheres tendem a se consultar mais que homens e se justifica devido à dificuldade de acesso aos serviços nas comunidades rurais.
FERREIRA E TORRES (2015)	Comunidade quilombola na Região nordeste do Brasil: saúde de mulheres e crianças antes e após sua certificação.	caracterizar a situação de saúde de mulheres e crianças antes e após sua certificação.	Prevalência no excesso de peso e circunferência da cintura nas mulheres e alta prevalência de anemia e diarreia nas crianças entre os anos de 2008 e 2012.
SILVA, FERREIRA E RODRIGUES (2016)	Saúde Quilombola no Maranhão.	Coletar dados empíricos dos principais problemas de saúde enfrentados pelos povos quilombolas, a fim de divulgar e relatar as dificuldades experimentadas por	Alta incidência de gravidez na adolescência e falta de assistência pré-natal adequada, falta de estratégia de prevenção de doenças principalmente doenças étnicas que são tratadas

			população na com descaso e obtenção de número serviços de saúde insuficiente de pública adequados médicos e centros.
CARDOSO, MELO E FREITAS (2018)	Condições de saúde nas comunidades quilombolas.	de nas evidencias produção científica sobre a saúde dos quilombolas.	as de preocupação com a saúde dos quilombolas e suas vulnerabilidades, a dificuldade de acesso a bens e serviços, predominância de doenças-crônicas, ganho de peso e atendimento pontual e curativista.
ARAÚJO et al (2019)	Condições de vida, saúde e morbidade das comunidades quilombolas do semiárido baiano, Brasil.	Analisara as condições de saúde e morbidade referidas pelas comunidades quilombolas do semiárido baiano.	as de estudo e observaram que a comunidade raramente procura serviços de saúde, se encontram em situação de vulnerabilidade que necessita de intervenções sociais e de saúde para melhoria da

				condição de vida e saúde quilombolas.
SILVA <i>et al</i> (2020)	Acesso da população negra a serviços de saúde: uma revisão integrativa.	Evidenciar da discutir ocorre o acesso da população negra aos serviços de saúde.	e Os resultados desse estudo reafirmam a dificuldade de acesso aos serviços pelos usuários, a dificuldade de os profissionais trabalharem com a diversidade e garantir o acesso e a adesão.	
MENESES (2022)	Situação vacinal contra a Covid-19 na população quilombola dos estados nordestinos brasileiros.	Caracterizar a situação da cobertura vacinal no combate a Covid-19 na população quilombola dos estados nordestinos brasileiros.	Nenhum estado conseguiu atingir o indicador preconizado pelo Ministério da saúde e demonstram um desafio a aplicação das vacinas de Covid-19.	

Kochergin et al (2014) afirmam em seu estudo que a autoavaliação e percepção das condições de saúde das comunidades quilombolas é negativa em relação a população brasileira. Variáveis da situação de saúde como a presença de doenças crônicas e a falta de atividade física diária corroboram com esse resultado. Resultado oposto foi encontrado por Silva (2018) onde observou que as mulheres

climatéricas também tem a autopercepção negativa de saúde onde essa percepção se associa a presença de doenças crônicas e também com o uso de medicamentos que passa uma sensação de fragilidade nas condições de saúde. Em razão disso, vemos que autoavaliação da população positiva ou negativa está ligada diretamente a presença de comorbidades que trazem limitações no dia a dia e com o autocuidado.

Ferreira e Torres (2015) observaram em seu estudo que tinha como objetivo caracterizar a situação de saúde de mulheres e crianças quilombolas antes e após sua certificação e notou-se a prevalência no excesso de peso corporal e circunferência da cintura nas mulheres e alta prevalência de anemia e diarreia nas crianças entre os anos de 2008 a 2012. Viu-se também que a alimentação das famílias é rica de alimentos ultra processados, alta densidade calórica e baixo valor nutritivo e em contra partida, baixo consumo de frutas, verduras e legumes, embora que com a certificação quilombola através da fundação cultural palmares a população adquiriu maior visibilidade, ainda existem muitas lacunas que permeiam o acesso dos serviços e bens de saúde. Assim, o excesso de peso corporal é preocupante, visto que é um fator de risco para o desenvolvimento de DCNTs, decorrente de um estilo de vida sedentário e má alimentação.

A assistência médica nas comunidades quilombolas do Maranhão é precária quando se fala em frequência médica, pois existe ausência de médicos e, quando há atendimentos, o mesmo não é adequado, visto que a forma de atendimento não respeita a privacidade e individualidade do paciente, já que são feitos coletivamente. Ainda devido à falta dos médicos, se torna responsabilidade dos agentes comunitários (ACS) informar a população sobre doença/saúde, o que talvez justifique a cobrança da sua presença que deixa a desejar, visto que os mesmos realizam apenas uma visita mensalmente. No entanto, sabemos que essa função não cabe aos ACS, pois existem diversas situações que a presença do médico torna-se extremamente necessária, a exemplo de gestante em acompanhamento de pré-natais ou pós-partos. Dessa forma, com a ausência desses profissionais, há a obrigação do deslocamento da população para outros locais, até mesmo para outras cidades (SILVA et al, 2016).

Cardoso *et al* (2018) diz que negros morrem mais do que brancos pelas doenças geneticamente adquiridas (anemia falciforme) e DCNT (hipertensão, cardiopatias), adquiridas pelo ambiente que vivem (desnutrição, morte violenta). E

por pertencerem a classes socioeconômicas inferiores, isso reflete no processo saúde/doença. Existe grande dificuldade no acesso aos serviços de saúde, desde a falta de transporte, acessibilidade dos serviços ou até mesmo a busca de remédio nas localidades rurais, tornando a desigualdade ainda mais visível. A dificuldade de ter acesso aos serviços apesar do aumento de equipes ao longo dos anos é um fator que reforça o aparecimento de doenças devido aos fatores de risco (tabaco, inatividade física, uso prejudicial do álcool e dietas não saudáveis). Neste sentido, uma intervenção precoce ou ações educativas poderiam diminuir o número de mortes.

Pellense e colaboradores (2021) em seu estudo que avaliavam a mortalidade na população quilombola por doenças cardiovasculares, viram que a maioria dos óbitos ocorriam entre a população branca por aterosclerose (62,14%), na parda (28,38%) e da negra (5,87%). E ainda é possível perceber a prevalência de óbitos por doenças hipertensivas na população parda e negra, onde a soma dos seus índices ultrapassam da branca. Desse modo, quando se fala de doenças ligadas às condições socioeconômicas e ambiente que vive, a população negra se encontra com maiores chances de mortalidade.

No estudo desenvolvido por Araújo e colaboradores (2019) observaram que nas comunidades do estado da Bahia as doenças e agravos de maior prevalência foram doenças de coluna, ansiedade, doenças parasitárias e hipertensão arterial, doenças essas ligadas ao estilo de vida e condições de moradia. Silva *et al* (2016) afirma que 81% da população entrevistada tem desconhecimento das doenças étnicas e as mais conhecidas são a anemia falciforme, hipertensão e AVC. A Pesquisa nacional de saúde de 2013 e Souza (2021) mostram que 45% da população brasileira referiu ter pelo menos um DCNT, sendo mais frequente dor de coluna ou nas costas, diabetes, artrite ou reumatismo, depressão, hipertensão, e asma ou bronquite, o que ocasiona a maior frequência na alta demanda dos serviços de saúde, dos profissionais e a perda da qualidade de vida. Desse modo a explicação para a prevalência dessa condição crônica determinada pela raça/cor, pode-se destacar a maior susceptibilidade genética.

Os fatores que dificultam o acesso aos serviços de saúde podem está relacionadas com a falta de informação e a baixa renda. Aspectos socioeconômicos determinam as condições de vida de uma população onde as mulheres quilombolas, apesar de procurarem mais por serviços de saúde do que homens, tem acesso

desqualificado. O racismo institucional também é um obstáculo no acesso aos serviços preventivos para mulheres negras (SILVA *et al*, 2020), o que difere quando se fala no acesso e na busca pela população brasileira no estudo de (STOPA,2017), que indicam níveis satisfatórios quando se fala em obter medicamentos (92,4%) e uso de serviços, que vem aumentando nos últimos anos, porém existe dificuldade nos grupos sociais distintos.

Assim, caberia ações para a população negra, pois são a maioria entre os usuários do SUS; que possuem os piores indicadores de saúde e sociais com base nos dados cor/raça; pela necessidade de atingir os três pilares do sistema com equidade, universalidade e integralidade, apesar de serem negligenciados, se baseando na justiça social. Werneck (2016) diz o racismo é sim um dos fatores que dificultam ainda mais o acesso a saúde por homens e mulheres negras em todas as regiões do país, níveis de escolaridade e renda e fases de vida.

Segundo MENESES *et al* (2022) a população quilombola sofre por não ter acesso as políticas públicas com as limitações devido ao isolamento geográfico o que dificultou a vacinação contra a covid observada nos indicadores de cobertura vacinal do Covid-19 (coronavírus), que identificou que os estados do Nordeste apresentaram os menores índices em relação as demais regiões do país, visto que enfrentam situação de vulnerabilidade e locais de difícil acesso que impossibilitam o rápido deslocamento. Dados do Rede Nacional de Dados de Saúde (RNDS) mostram a porcentagem de doses aplicadas por raça/cor em brancos (34,58%) e em pretos (4,31%) a nível nacional. Percebe-se uma grande diferença na porcentagem, visto que a maioria da população brasileira e composta por negros.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, percebe-se que a literatura sobre o uso de serviços de saúde pela população quilombola nordestina brasileira é escassa, bem como a quantidade de pesquisa e investigações que tratem do tema também é limitado. Isso mostra que é necessário a realização de novos estudos. Os serviços de saúde na maioria das vezes não chegam devido à dificuldade do acesso e a falta de médicos.

Portanto, faz-se necessário visibilidade para essa população, conscientização dos gestores e educação permanente nos profissionais para as doenças étnicas, pois muitas das vezes não estão capacitados para transmitir informações, seja por preconceito ou porque também não tiveram acesso ou até mesmo a falta de protocolos na rotina de preparo.

REFERÊNCIAS

ALVES, E, S, F; FITA, D, S. As roças e o extrativismo na comunidade quilombola do Jacarepagua, Santa Luzia do Pará, Nordeste Paraense. **Revista NERA**, v.26, n.66, p.123-151,2023.124.

ARAÚJO, Rayane Larissa Santos de. **Avaliação do consumo alimentar de estudantes da comunidade quilombola Negros do Riacho no município de Currais Novos, no Rio Grande do Norte, Brasil. 2017.** Monografia (Graduação em Nutrição) - Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, 2017.

ARAÚJO, R. L. M. S.; ARAÚJO, E. M.; SILVA, H. P.; NERY, F. S.; SANTOS, D. B.; SOUZA, B. L. M. Condições de vida, saúde e morbidade de comunidades quilombolas do semiárido, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**. V.43, n. 1, p. 226-246. 2019.

ARRAIS, P. S; FERNANDES, M. E; PIZZOL, T. D; RAMOS, L. R; MENGUE, S. S., LUIZA, V. L; TAVARES, N. U; FARIAS, M. R., OLIVEIRA, M. A; BERTOLDI, A. D. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. **Rev Saúde Pública**. 50(suppl 2), 13s. 2016.

CARDOSO, C.S; MELO, L.O de; FREITAS, D.A. Condições de saúde nas comunidades Quilombolas. **Revista de Enfermagem – UFPE Online**. Recife, 12(4): 1037-45, abr, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS/Ministério da Saúde –3. ed.–**Brasília: Editora do Ministério da Saúde, v. 44, 2017.

BRASIL, Decreto nº 4.887 de 20 de novembro de 2003. **Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm > .Acesso em 23 nov 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Estrutura, princípios e como funciona. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso: 01 dez 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual da anemia falciforme para a população / Ministério

da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 24 p

CONAQ. **Quem Somos**. Disponível em: <http://conaq.org.br/nossa-historia/>. Acesso em: 25 de novembro de 2022.

FERREIRA, Haroldo da Silva; TORRES, Zaiara Maria Camerino. **Comunidade quilombola na Região nordeste do Brasil: saúde de mulheres e crianças antes e após sua certificação**. Revista Brasileira de saúde materno Infantil. 15(2) Abr-Jun, 2015.

FIGUEIREDO, A. M. **Política Pública de Saúde á População Quilombola: a realidade de Sertão/RS**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Fronteira Sul, Programa de Pós-graduação em Educação, Erechim, RS, 2021.

FREITAS, MAUREM MINUZZO. **Prevalência de sarcopenia e fatores associados em pacientes com diabetes melito 2**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós -Graduação em Ciências Médicas: Endocrinologia, Porto Alegre, 2019.

GOES, E. F.; RAMOS, D. de O; FERREIRA, A. J. F. **Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19**. SciELO Preprints, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00278. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/635>. Acesso em: 22 nov. 2022.

GONÇALVES, R.F; BEZERRA, A.F.B; TANAKA, O.Y; SANTOS, C.R; SILVA, K.S.B; SOUSA, I.M.C. Influência do Mais Médicos no acesso e na utilização de serviços de saúde no Nordeste. **Revista Saúde Pública**. 2019;53:110

GALVÃO, J.R; ALMEIDA, P. F; SANTOS, A.M; BOUSQUAT, A. **Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro**. Cad. Saúde Pública. 2019.

PEREIRA, R. das N.; MUSSI, R. F. de F. **Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica**. ODEERE, [S. l.], v. 5, n. 10, p. 280-303, 2020. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/odeere/article/view/6938>. Acesso em: 23 nov. 2022.

MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. **Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS**. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 35–39, 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/18597>. Acesso em: 6 dez. 2022.

MENESES, B. F; JÚNIOR, D. G. A; SOUZA, A. L. S; LIMA, S. F; SILVA, M. R; SOUSA, B. V.C. Situação vacinal contra a Covid-19 na população quilombola dos estados nordestinos brasileiros. **Research Society e Develomped**. [S.l.] V.11, n.16. 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/38229>. Acesso em: 7 dez. 2022.

Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares - FCP. **Certidão Quilombola**. Disponível:< https://www.palmares.gov.br/?page_id=37551> . Acesso em: 22 de novembro 2022.

Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares - FCP. **Certidão Quilombola**. Disponível:<<https://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/quadro-geral-por-estados-e-regioes-22-08-2022.pdf>> . Acesso em: 23 de novembro 2022.

SILVA, N. N.; FAVACHO, V. B. C; BOSKA, G. A; ANDRADE, E. C; MERCES, N. P; OLIVEIRA, M. A. F. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

KOCHERGIN, C. N.; PROIETTI, F. A.; CÉSAR, C. C. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 1487-1501, 2014.

PELLENSE, M. C.S; AMORIM, M.S; DANTAS, E.S.O; COSTA, K.T.S; ANDRADE, F.B.Avaliação da mortalidade por doenças cardiovasculares no brasil: uma série temporal de 2015 a 2019. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 3, p. 202-219, 2021.

PRADO, D. E. F; MACHADO, L.S; ASSUNÇÃO, V.V,S; SANTOS, A.C.A; ISOTON. D.A. **Anemia alterações eritrocitárias em população de susceptibilidade genética na comunidade quilombola da baixada cuiabana**. Monografia (Graduação em biomedicina) UNIVAG-Centro universitário de várzea grande, 2021.

RACHE, R; MREJEN, M; ROSA, L; ROCHA, R. **A Saúde dos Estados em Perspectiva Comparada: Uma Análise dos Indicadores Estaduais do Portal IEPS Data**. Nota Técnica n. 28. IEPS: São Paulo.2022.

SARDINHA, A.H.L; ARAGÃO, F.B.A; SILVA, C.M; RODRIGUES, Z.M.R; REIS, A.D; VARGA, I.V.D. **Qualidade de vida em idosos quilombolas no nordeste brasileiro**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2019.

SANTOS, S. L. F; PRADO, R.M. S; OLIVEIRA, C.P.A; PESSOA, C.V.P; BORGES, R.N; BARROS, K. B.N. Associação da deficiência da glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD) em população brasileira afrodescendente. **Boletim Informativo Geum**, v. 7, n. 1, p. 106, 2016.

SILVA, C. B. R.; FERREIRA, C. G. S; RODRIGUES, F. L. Saúde quilombola no Maranhão. **Revista Ambivalências**, v. 4, n. 7, p. 106-133, 2016.

SILVA, E. K. P; MEDEIROS, D.S; MARTINS, P .C; SOUSA, L. A; LIMA, G. P; RÊGO, M.A. S; SOILVA, T. O; FREIRE, A. S; SILVA, F. M. **Insegurança alimentar em comunidades rurais no Nordeste brasileiro: faz diferença ser quilombola?** Cadernos de Saúde Pública, v. 33, p.4. e00005716, 2017.

SILVA, WILLIAM JARDIM. **Anemia falciforme: Características fisiopatológicas, diagnóstico e tratamento**. Monografia (Graduação em Biomedicina) – RUNA – Repositório Universitário da Ânima – São Judas, Mooca, 2021.

SILVA, V. H.; ROCHA, J.S.B; CALDEIRA, A. P. Fatores associados à autopercepção negativa de saúde em mulheres climatéricas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1611-1620, 2018.

SILVA, THALITA COSTA DA ET AL. **Risco nutricional e cardiovascular em idosos quilombolas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 219-230, 2022.

SOUZA, Talita Araújo de. **Condições de saúde da população negra: análise das desigualdades raciais nas doenças crônicas não transmissíveis e pandemia da Covid-19. 2021**. 72f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021

STOPA, R. S; MALTA, D. C; MONTEIRO, C. N; SZWARCOWALD. GOLDBAUM, M; CESAR, C. L. G. **Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa nacional de saúde 2013**. *Revista saúde pública*. 51 suppl, jun, 2017.

UCHIMURA, L.Y.T; FELISBERTO, E. FUSARO, E.R; FERREIRA, M.P; VIANA, A.L.A. **Avaliação do desempenho das regiões de saúde no Brasil**. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 17 (Supl.1): S271-S282 out., 2017.

WERNECK, Jurema. **Racismo institucional e saúde da população negra**. *Saúde Soc. São Paulo*, v.25, n.3, p.535-549, 2016.