



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA

MARCELA MARTINS DA SILVA NASCIMENTO

ACESSO E USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA COMUNIDADE
QUILOMBOLA DO MUNICÍPIO DE PASSIRA-PE

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA

NÚCLEO DE ENFERMAGEM

MARCELA MARTINS DA SILVA NASCIMENTO

**ACESSO E USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA COMUNIDADE
QUILOMBOLA DO MUNICÍPIO DE PASSIRA-PE**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Mariana Boulitreau
Siqueira Campos Barros

Coorientador(a): Débora Morgana
Soares Oliveira do Ó

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Nascimento, Marcela Martins da Silva.

Acesso e uso dos serviços de saúde por uma população quilombola do município de Passira-PE. / Marcela Martins da Silva Nascimento. - Vitória de Santo Antão, 2022.

34

Orientador(a): Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros

Coorientador(a): Débora Morgana Soares Oliveira do Ó

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Enfermagem, 2022.

Inclui apêndices.

1. Saúde Pública. 2. Acesso aos cuidados de Saúde . 3. Vulnerabilidade em saúde. 4. Etnia e saúde. 5. Comunidades Quilombolas.. I. Barros , Mariana Boulitreau Siqueira Campos. (Orientação). II. Ó, Débora Morgana Soares Oliveira do. (Coorientação). IV. Título.

610 CDD (22.ed.)

MARCELA MARTINS DA SILVA NASCIMENTO

**ACESSO E USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR UMA POPULAÇÃO
QUILOMBOLA DO MUNICÍPIO DE PASSIRA-PE**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 27 /10 /2022.

BANCA EXAMINADORA

Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros
Profº. Dr. Mariana Boulitreau (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Zailde Carvalho dos Santos,
Profº. Dr. Zailde Carvalho (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Fernando de Lima
Me. Fernando de Lima (Examinador Externo)
Departamento de Educação Física UFPE

Ewerton Thiago Pereira de Lima
Esp. Ewerton Thiago (Examinador Externo)
Universidade de Pernambuco

Dedico esse trabalho aos meus pais, que apesar de não terem a oportunidade, sempre acreditaram no poder da educação, batalhando no sol e na chuva para que eu conseguisse chegar aqui. À minha irmã, que sempre me apoia e está sempre ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por tudo conquistado até aqui. À minha orientadora, por toda paciência, perspicácia e carinho (não poderia ter escolhido melhor). Aos meus amigos, que junto comigo sorriram e choraram durante todo esse processo. E a minha família, que sempre me apoia e torce por mim.

RESUMO

As comunidades quilombolas no Brasil são símbolos de resistência e perpetuação socioculturais frente a diversos tipos de opressão. Alguns autores defendem que o acesso é definido a partir de quatro fatores, são eles: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. Quando falamos sobre acesso à saúde, não é apenas sobre a utilização, mas quais as condições de acesso e a qualidade dos serviços prestados. Entretanto, observa-se que apesar de preconizado pela Constituição Federal, o direito à saúde ainda tem muitos déficits, principalmente para as populações do campo e com condições socioeconômicas instáveis. A presente pesquisa objetiva compreender a percepção sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde das comunidades quilombolas do município de Passira, Pernambuco, sob a ótica das mães da comunidade quilombola, profissionais e gestores desta população. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado na Comunidade Quilombola Sítio Cha dos Negros, localizada na zona rural do município de Passira, no agreste pernambucano. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão, participarão desta pesquisa, mulheres das comunidades quilombolas no ano de 2022. Foram realizadas entrevistas individualizadas a partir de um roteiro semiestruturado, os dados coletados foram analisados com o método do Discurso do Sujeito Coletivo. Diante disso, foi exposto que a percepção das mulheres sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde na comunidade quilombola perpassa pela valorização e reconhecimento da atuação dos profissionais da atenção primária à saúde, protagonizado pelo agente comunitário de saúde.

Palavras-chave: saúde pública; acesso aos cuidados de saúde; vulnerabilidade em saúde; etnia e saúde; comunidades quilombolas.

ABSTRACT

Quilombola communities in Brazil are symbols of sociocultural resistance and perpetuation in the face of various types of oppression. Some authors argue that access is defined based on four factors: availability, acceptability, ability to pay, and information. When we talk about access to health, we are not only talking about use, but also about the conditions of access and the quality of the services provided. However, it is observed that despite being advocated by the Federal Constitution, the right to health still has many deficits, especially for rural populations and those with unstable socioeconomic conditions. This research aims to understand the perception of access to and use of health services in quilombola communities in the municipality of Passira, Pernambuco, from the perspective of mothers in the quilombola community, professionals, and managers of this population. This is a descriptive, cross-sectional study with a qualitative approach. The study was conducted in the Sítio Cha dos Negros Quilombola Community, located in the rural area of the municipality of Passira, in the Pernambuco hinterland. According to the inclusion and exclusion criteria, women from quilombola communities will participate in this research in 2022. Individualized interviews were conducted based on a semi-structured script, and the data collected were analyzed using the Collective Subject Discourse method. Therefore, it was shown that women's perception of access to and use of health services in the quilombola community involves the appreciation and recognition of the work of primary health care professionals, led by the community health agent.

Keywords: access to health services; health vulnerability; ethnic health; quilombolas; primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Discurso do Sujeito Coletivo a partir da percepção das mulheres da comunidade quilombola sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde, no Agreste pernambucano, Brasil, 2022.....	5
---	---

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
3 OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo Geral	16
3.2 Objetivos Específicos	16
4 METODOLOGIA	17
5 RESULTADOS	19
6 DISCUSSÃO	25
7 CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOBRE O ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA AS MULHERES QUILOMBOLAS	34

1 INTRODUÇÃO

Segundo Freitas *et al.*, 2011, a palavra “quilombo” que dizer acampamento de guerreiro na floresta, este termo foi muito utilizado no período colonial, pois esses espaços foram e são lugares de luta e resistência para essas comunidades e na época, os quilombolas (moradores de quilombo) eram tratados como rebeldes ao sistema escravista, porque lutavam pelo fim da escravidão. Atualmente, esses territórios tradicionais são espaços essenciais para a reprodução cultural, social e econômica dos povos e comunidades tradicionais (Brasil, 2013).

A Constituição Federal de 1988, por meio dos artigos 196 ao 200 garante o acesso à saúde (Brasil, 1988;). Estes serviços são norteados pela descentralização, atendimento integral, e participação da comunidade. A lei orgânica nº 8.080 de 1990, afirma que o Sistema Único de Saúde é um direito essencial da população, e que o Estado deve ofertar condições de acesso para promoção, proteção e recuperação da saúde. Onde firma-se, a partir dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, na oferta dos serviços e ações de saúde (Brasil, 1990).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2019 mostram que em 2013 a procura por serviço médico foi de 77,3% por pessoas brancas, enquanto entre as pessoas pretas e pardas os números foram respectivamente de 75,7% a 76,0%. Estes dados apontam que pessoas brancas, com condições socioeconômicas favoráveis têm maior cobertura dos serviços de saúde, isso em um país onde a maioria é de cor preta. A pesquisa ainda mostra que as populações residentes da zona rural comparada com a zona urbana utilizam menos os serviços de saúde, e que as mulheres são a maioria na busca pelos serviços assistenciais de saúde (IBGE, 2020).

Para responder a universalidade destes serviços, e acompanhar o avanço na oferta à saúde para a população negra, foram criadas políticas com a inserção das demandas singulares dessa população pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (Brasil, 2009), regulamentada pela Portaria nº 992/2009, que visa “diminuir as desigualdades do acesso ao SUS, através da sistematização orientada nessa política”.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) (Brasil, 2011), estabelecida pela Portaria nº 2.866/2011 visa:

Aprimorar a oferta dos serviços de saúde para essas populações, tendo em vista suas especificidades socioeconômicas, raciais e de gênero, a fim de promover um acesso equitativo e melhorar os indicadores de saúde.

De acordo com Shimizu *et al.*, (2018) entre os níveis de atenção à saúde, às populações residentes do campo ainda encontram muitos obstáculos para acessar o serviço da Atenção Primária, caracterizada pela capilaridade e alta resolutividade, em razão dos aspectos geográficos do território, e devido à escassez de recursos que auxiliam na instalação das Unidades Básicas de Saúde.

Freitas *et al.*, (2011), diz que as mulheres das comunidades quilombolas têm papel fundamental e são maioria na liderança das comunidades, além de grandes articuladoras promovendo ações sociais que acontecem dentro e fora da comunidade. Também no âmbito da saúde, tem papel fundamental, uma vez que conhecem muito bem suas comunidades e podem ser representantes de suas demandas nos plenos de saúde.

Por isso, esse estudo objetiva compreender a percepção das mulheres sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde em uma comunidade quilombola no município de Passira, Pernambuco, sob a ótica das mulheres.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Comunidades quilombolas são grupos com identidade cultural própria, que se formaram devido o processo histórico dos tempos da escravidão no Brasil. Essas comunidades simbolizam a resistência dessa população a diversos tipos de dominação (Brasil, 2015).

Conforme a Fundação Cultural dos Palmares (FCP), no Brasil existem 3.524 comunidades quilombolas, dessas, 107 novas foram registradas no ano de 2017. Esse registro é fundamental para as populações quilombolas, pois é o primeiro passo para obter a garantia de direitos. O cadastro é feito junto ao Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra), mas a expedição da certidão de auto identificação das comunidades como remanescentes é realizada pela FCP.

É de conhecimento geral que existe uma grande dívida histórica com a população negra, devido a todo racismo e opressão sofridos por anos. De acordo com a Organização Panamericana de saúde (OPAS, 2003), a manutenção das desigualdades sociais e históricas é o que determina a diminuição do acesso à saúde por parte da população negra.

Em 2004 foi criado o Programa Brasil Quilombola, um programa de ações transversais, setoriais e interinstitucionais. Tem intuito de melhorar a condição de bem estar dos quilombolas e ajudar na organização dessas comunidades. Esse programa aborda quatro eixos principais, que são: Acesso à terra; infraestrutura e qualidade de vida; desenvolvimento local e inclusão produtiva; e direitos à cidadania. Para executar essas ações a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) juntamente com outros 10 ministérios se juntaram para promover essas ações. Entre esses ministérios estão: o Ministério da Saúde; Ministério da Cultura junto com a FCP; Ministério da Educação entre outros (SEPPIR, 2004).

O Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), estabelecida pela portaria nº 2.866/2011 com intuito de atender as demandas singulares de saúde dessas populações ao promover a saúde de forma integral e equitativa, respeitando suas culturas e condições socioeconômicas, necessidades, singularidades, e trabalhando em cima dos determinantes sociais de saúde dessa população, com o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 2011).

Os determinantes Sociais da Saúde, são, de acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, “fatores socioeconômicos, culturais, raciais, psicológicos e comportamentais que podem intervir na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (Freitas, 2011, p. 939).

Além disso, existem poucos estudos abordando estas comunidades rurais. Por isso, Batista e Albuquerque (2014) apontam que existe a necessidade de realizar pesquisas voltadas para as populações de campo, uma vez que há uma escassez de dados para esta área e é indispensável conhecer suas especificidades, para ofertar um serviço de qualidade.

Almeida *et al* (2017) diz que o acesso à saúde é um dos principais aspectos para analisar a qualidade e desempenho dos serviços de saúde. E que o acesso é um conjunto de dimensões que configuram a ligação entre a busca e a entrada no serviço. Já a utilização será compreendida a partir do momento em que ocorrer esse acesso. Então apesar de acesso e utilização estarem relacionados, são como antônimos.

O conceito de acesso à saúde foi mudando ao longo do tempo, entretanto esta definição e a criação de um modelo para mensurar esse acesso têm sido motivo de muito interesse. Pois, são aspectos fundamentais para desenvolver planos mais sustentáveis no setor de saúde, visto que as desigualdades no acesso à saúde estão diretamente relacionadas à política, às políticas públicas, às condições socioeconômicas e demográficas (Sanchez; Ciconelli, 2012).

Sanchez e Ciconelli (2012) dizem que existem quatro dimensões de acesso à saúde, sendo disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação; estas serão correlacionadas aos indicadores para determinarem a complexidade do conceito de acesso.

Com isso, a disponibilidade, trata da ligação dos aspectos geográficos e físicos entre usuários e serviços de saúde, além de incorporar a qualidade e quantidade dos serviços prestados; o poder de pagamento é definido pela competência de custear a utilização dos serviços; a informação, que representa a ordem assimétrica do grau de empoderamento dos indivíduos em relação aos profissionais e a aceitabilidade, que envolve a percepção dos usuários diante dos serviços de saúde, conforme aspectos culturais e de educação (Sanchez; Ciconelli, 2012).

Então, Sanchez e Ciconelli (2012) reafirmam que apesar de existirem diversos debates a respeito do conceito de acesso a saúde, a grande maioria dos teóricos concordam que o acesso não se resume apenas a utilização desses serviços, mas é determinado a partir das oportunidades e condições que possibilitem o uso adequado para utilizá-los.

Melhores condições socioeconômicas e de escolaridade podem influenciar diretamente no padrão e utilizações dos serviços de saúde, pois indivíduos com melhores condições socioeconômicas conseguem obter mais cuidados de saúde do que pessoas mais pobres. Essa desigualdade no acesso tende a acontecer principalmente em países com o sistema de saúde privado (Almeida *et al.*, 2017).

No Brasil o acesso ocorre de várias maneiras, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas Tradicionais (UBT), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), setores de emergência dos hospitais e através do acesso direto ao especialista. Dentre esses serviços, a Atenção Primária à Saúde possibilita o primeiro contato dos usuários ao sistema, promovendo vínculo e acolhimento das pessoas do território de referência, considerando todas as necessidades de saúde do indivíduo, sem atitudes excludentes (Pessoa; Gouveia; Correia, 2017).

Acolhimento à demanda espontânea, é um modelo que tem como objetivo atender as necessidades da população, através da ampliação do acesso das demandas de urgência, ou seja, reduz o tempo de respostas para as causas urgentes, mas não abrange urgências voltas apenas ao aspecto biológico, porém, depende da necessidade do usuário e da capacidade de resposta da unidade (Almeida *et al.*, 2017).

Esse modelo é determinado pela portaria 2.436/2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), incorpora diversas vezes o acesso ao seu texto, tratando-o como um dos princípios da Atenção Básica e embasando o processo de trabalho das equipes, inferindo-a como porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde, possibilitando um aporte substancial de atendimento à população.

Ainda assim, Silva (2015) disse que é notória a ausência de pesquisa sobre o uso dos serviços de saúde pela população quilombola brasileira. Também notou que as más condições de saneamento básico, de higiene, de moradias dignas e de qualidade de vida, refletem negativamente na promoção da saúde, facilitando assim o aumento da vulnerabilidade social para essa população.

Apesar de ser preconizado pela Constituição Federal e pelo SUS, o direito à saúde não assegura às comunidades quilombolas a utilização eficaz dos serviços, e apesar do avanço do SUS no comprimento dos princípios, as desigualdades geográficas e sociais interferem não apenas na qualidade e utilização dos serviços, mas também no que diz respeito à distribuição dos recursos (Silva, 2015). Assis e Jesus (2012) dizem que é importante discutir políticas de acesso para grupos específicos a fim entender o que é equidade em saúde. E abordam a Equidade em saúde como uma diretriz de organização de ações e serviços de saúde que são oferecidos para grupos distintos, grupos socialmente desiguais, buscando superar essas desigualdades através de ações implantadas.

Além disso, é evidente que as mulheres quilombolas vivem em estado de vulnerabilidade social, pois além de enfrentar todas as dificuldades de ser mulher, ainda enfrentam o racismo, e tudo isso, se reflete na qualidade do acesso aos serviços de saúde (Souza *et al.*, 2018). Promover saúde para as comunidades quilombolas que são de áreas rurais, ainda é um grande desafio a ser alcançado pela pesquisa no Brasil, já que não dá para falar sobre equidade em saúde, quando uma população não tem os seus direitos atendidos. Por isso, a ESF, trabalha para promover condições mais equânimes. Todavia, é indispensável que sejam criadas ações mais simples de serem aplicadas para que o acesso e utilização sejam realizados efetivamente (Freitas *et al.*, 2011).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender a percepção das mulheres sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde em uma comunidade quilombola no município de Passira, Pernambuco.

3.2 Objetivos Específicos

- Levantar a disponibilidade, poder de pagamento, informação e aceitabilidade do acesso aos serviços assistenciais de saúde da população quilombola na Atenção Básica, na perspectiva das mães da comunidade, profissionais de saúde e gestores;
- Conhecer como acontece o acesso aos serviços de saúde na comunidade a partir de suas dimensões conforme SANCHEZ; CICONELLI, 2012;
- Analisar o nível de conhecimento destas mães a respeito do acesso à saúde conforme a Política Nacional da Saúde da Integral das Populações do campo e da floresta;
- Descrever os fatores, situações e condições mencionadas que facilitam e/ou dificultam o acesso da população quilombola na Atenção Básica.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de natureza qualitativa, por priorizar a subjetividade das pessoas, integrantes de um meio social, com relações intersubjetivas que auxiliam na compreensão dos fenômenos humanos (Minayo, 2017). A pesquisa foi realizada no ano de 2022 em uma Comunidade Quilombola localizada na zona rural do município de Passira, no agreste pernambucano com mulheres maiores de 18 anos, selecionadas de forma não aleatória pelo critério de intencionalidade.

O tamanho amostral foi dado por saturação, resultando em 09 entrevistas, com duração média de 12 minutos, realizadas de forma individual pela autora principal do estudo, residente e membro participante da comunidade estudada (Fontanella, 2008; Minayo, 2017a).

A população do estudo foi previamente convidada a participar da pesquisa, em um ambiente reservado, com ambiência e acessibilidade apenas ao contato com a autora principal, com a realização de registros através do dispositivo de gravação vocal do aparelho celular.

Para a coleta de dados foi aplicado um roteiro de entrevista semiestruturado elaborado pelos autores de caráter individualizado, diante do contexto em que os mesmos estão inseridos.

Esse roteiro, foi dividido em três blocos: o primeiro, de identificação e caracterização sociodemográfica dos participantes, o segundo acerca do significado do acesso ao olhar dos participantes, o terceiro, com perguntas referentes aos indicadores da disponibilidade, do poder de pagamento, informação e aceitabilidade (Sanchez; Ciconelli, 2012). As perguntas norteadoras foram: “Você poderia descrever o caminho que faz entre sua casa e o serviço de saúde mais próximo? Quais os pontos positivos e negativos do percurso que você faz até chegar no serviço?; Quanto da sua renda você tira para gastar com as questões de saúde? e com o que você gasta? ;Você conhece a história dessa comunidade quilombola? Conhece o movimento quilombola?; Como é a sua relação com os profissionais de saúde que atendem a sua comunidade? Você gosta da assistência prestada pelos profissionais?; O que você acha que os gestores deveriam fazer para melhorar a oferta de saúde no município?;Você já foi convidado para participar de alguma reunião pública da saúde? Gostaria de ser convidada?; Você costuma tomar chá

quando não está se sentindo bem? Foi indicado por algum profissional de saúde que lhe atendeu?; No geral, o que você acha do serviço de saúde prestado para você e sua comunidade?; Você conhece ou já ouviu falar sobre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta?.”

Os dados foram analisados com utilização do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), de Lefèvre e Lefèvre (2000). O método produz quantidade vasta de conteúdo, identificados e acoplados de acordo com a afinidade semântica, bem como diferenciados quanto à disparidade das opiniões centrais do sujeito (Lefèvre; Lefèvre; Marques 2009).

Para cada questionamento do instrumento de coleta, os discursos coletados foram agrupados e destes foram destacadas as expressões-chave, que dizem respeito à essência do conteúdo do discurso. Todas as expressões-chave retiradas foram somadas, formando um DSC, a partir disso, foram deliberadas as ideias centrais que descrevem de forma mais sucinta o sentido do discurso.

Para tanto, foi possível apreender as dimensões do acesso e as elocuções foram organizadas, tabuladas e analisadas com o auxílio de um software, o DSCsoft 2.0, que organiza e sistematiza pesquisas qualitativas desenvolvidas através do método do DSC (Lefèvre; Lefèvre, 2006).

Além disso, Cavalcante em 2014 abordou algumas limitações da pesquisa qualitativa que giram em torno da importância de o pesquisador manter distância da sua pesquisa, para que não haja interferência de opiniões pessoais no estudo. Também a necessidade de formular um questionário que seja claro e objetivo para que os participantes possam responder. E sobre a amostra, existe uma crítica de alguns pesquisadores sobre quantidade de participantes que sejam representativos para a população estudada, já que o método qualitativo trabalha com subjetividades.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco, respeitando a resolução 510/2016 do conselho nacional de saúde, sob CAAE: 61898122.0.0000.5208.

5 RESULTADOS

Participaram da pesquisa nove mulheres de uma comunidade quilombola, localizada no agreste pernambucano. De acordo com a caracterização do perfil sociodemográfico das participantes, observou-se que oito se identificam enquanto mulheres pretas e apenas uma, enquanto mulher branca, cinco são casadas e quatro solteiras.

Segundo a escolarização, cinco possuem ensino médio completo, uma graduação incompleta, e três apresentam ensino superior completo. Quanto à ocupação, foi visto que seis mulheres são empregadas, uma aposentada, uma é do lar, e a outra trabalha como autônoma. Em relação a renda por domicílio, quatro mulheres apresentam até um salário-mínimo, enquanto cinco participantes possuem renda mensal de dois a cinco salários-mínimos.

No que tange às condições de moradia, oito das nove participantes possuem casa própria e apenas uma reside em uma casa alugada. A iluminação de suas residências se dá através de energia elétrica e a distribuição de água em suas casas, de oito comunitárias é através de poço artesiano, enquanto a residência de uma das participantes é abastecida através de uma cisterna.

Das oito perguntas norteadoras, emergiram quatro categorias temáticas, e 24 ideias centrais que permearam sobre os pontos marcantes de seus discursos durante as falas. Importante destacar que durante as falas das mulheres, uma instintiva representação social era observada por responderem às perguntas sempre na primeira pessoa do plural, caracterizando a construção histórica de luta dessa população, uma identidade enquanto um movimento de coletividade.

Quadro 1 – Discurso do Sujeito Coletivo a partir da percepção das mulheres da comunidade quilombola sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde, no Agreste pernambucano, Brasil, 2022.

Pergunta: Você poderia descrever o caminho que faz entre sua casa e o serviço de saúde mais próximo? Quais os pontos positivos e negativos do percurso que você faz até chegar no serviço?
Categoria temática (Dimensões): Disponibilidade e Poder de pagamento
Ideia central A: O fácil acesso e a garantia dos cuidados primários à saúde: poder de pagamento facilitado
DSC 1

É de fácil acesso, vai-se pela estrada principal, uma estrada de terra. Daí passa pela comunidade, e chega na comunidade vizinha, onde está localizado o posto de saúde (Unidade básica de Saúde) que nos assiste. Se estiver chovendo, dá para ir a pé com uma sombrinha, fazendo uma caminhada, um exercício físico, que ajuda na circulação, na saúde mental, porque às vezes vai conversando, encontra uma pessoa, aí se distrai. No momento estamos “emprestados” a esse posto (Unidade básica de Saúde) da comunidade vizinha, que poderia ser em nossa comunidade quilombola. Durante esse percurso tem casas, padaria, farmácia, e gasta em média de 10 a 15 minutos se for a pé; se for de moto gasta uns 5 minutos. Apesar de não gastar tanto, não gasta nem um litro de gasolina, em média uns cinco reais, daí gasta uns dez reais, cinco pra ir e cinco para voltar se for de moto táxi. Na maioria das vezes quando eu vou, sou bem atendida. chegando lá tem uma recepção, a gente é bem atendida, não falta médico e enfermeiro. o atendimento é ótimo. Como somos atendidas pelo SUS, o hospital e o posto ficam com ambulância disponível, então caso seja necessário, a agente de saúde (ACS) faz uma ligação para o posto (Unidade Básica de Saúde) e a ambulância que está lá vem prestar o socorro. Dessa forma temos mais acesso, não gastamos tanto e facilita muito nesse momento que precisa

Ideia central B: A dificuldade geográfica de acesso e o poder de pagamento comprometido da população quilombola para chegar até os serviços de saúde

DSC 2

Não tem pontos positivos. Por ser estrada de terra, quando chove se torna muito difícil chegar até o posto, porque vamos de moto e a estrada por onde vamos tem muita lama. Principalmente quando vamos à Unidade de Saúde pelo atalho, que é um caminho mais próximo, mas pelo atalho a estrada é ruim. Pronto, durante as chuvas deste ano ninguém ia até a Unidade de Saúde porque pela estrada principal tem um rio e não deu passagem, e pelo atalho tem outro rio que também não deu passagem quando choveu, então se alguém ficasse doente não conseguiria atendimento, porque é de difícil acesso. Além disso, o caminho é cheio de curva e com ladeira, porque como moramos numa comunidade quilombola, essa comunidade fica no alto, e o posto (Unidade Básica de Saúde) que nos atende fica mais abaixo, então tem-se que descer um lugar meio acidentado para chegar até o posto (Unidade Básica de Saúde). É longe pra ir e voltar a pé, a gente sai de casa no sol, e demora para ser atendida, daí passa daquela hora estendida, e às vezes volta no sol quente, além do cansaço de ir caminhando, é de difícil acesso e não tem médico todos os dias. A gente sair da nossa casa pra ir pra outra comunidade, dificulta um pouco. Se for para a unidade básica de saúde, gasta em média uns 20 reais, se for a pé é uns 30 a 40 minutos. Se for de moto ou carro é uns 10 minutos. Porém para ir até a unidade mista é 80 reais de carro alugado, mas depende do horário, durante o dia é 80 ou 90 reais; à noite o valor multiplica. Entretanto, se for nos carros da feira, gasta mais ou menos de 12 a 20 reais de passagem.

Pergunta: Quanto da sua renda você tira para gastar com as questões de saúde? e com o que você gasta?

Categoria temática: Poder de pagamento

Ideia central A: Não alcance dos cuidados primários para o apoio diagnóstico e terapêutico e a percepção “normalizada” da violação dos direitos de acesso à saúde.

DSC1

Cerca de 50,00 a 300,00 reais por mês, em média gasto metade da renda, envolvendo medicação, alimentação, exame para os três membros da família. Mas

gastamos principalmente com remédio. Porque se gasta mais quando precisa fazer alguns exame ou quando precisa comprar alguns remédios quando estamos doentes ou para prevenir doenças, como: dipirona, paracetamol, anticoncepcional, remédio de gripe, estimulantes, vitaminas, entre outros. Os exames que fazemos, como citologia, são 400,00 reais, porém esse não é um gasto mensal.

Pergunta: Você conhece a história dessa comunidade quilombola? Conhece o movimento quilombola?

Categoria temática: Informação e aceitabilidade

Ideia central A: Conhecendo a história pelas vozes da nova geração remanescente de quilombo.

DSC 1

Conheço, não toda, porque vamos conhecendo aos poucos... ainda não conseguimos organizar a história desde o início, tem coisas que nossos pais não se lembram. A história da comunidade é um marco muito importante, o conhecer a minha história, eu nasci e me criei aqui nessa comunidade quilombola e a gente não sabia o histórico, muito menos a história dessa comunidade, até que surgiu o mapeamento. Em 2004 éramos de outro movimento, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, MST, onde, nos limites da comunidade, eles ficaram acampados numa fazenda que estava desapropriada pelo governo e isso nos acendeu uma forma de trabalhar, de ver o mundo, o movimento de outra forma. Então, íamos para muitas formações do MST, FETAPE e quilombola, descobri em meio aos documentos que a minha comunidade estava lá como comunidade quilombola e nós não sabíamos o que era quilombola, “o que é quilombola?” A partir daí começamos a pesquisar. Apesar da gente saber que a comunidade era negra, nós não tínhamos essa identificação, depois vinheram o IBGE, e algumas pessoas do Recife e, a partir daí, começou foi muito gostoso a gente saber que fazíamos parte de uma história que estava adormecida nas nossas memórias. Também passamos a entender o que é comunidade quilombola. Comunidade quilombola é uma comunidade que foi formada por negros, território quilombola, por pessoas que eram descendentes de escravos que fugiram de seus senhores de engenho e formaram aquela comunidade. Logo no início compreendemos e depois a gente foi aprofundando. Fomos para atos públicos, e o povo foi vendo, daí fomos nos entendendo, vendo os direitos que a gente tinha, e o que precisávamos ter na comunidade, que através do povo, fomos conhecendo nossos direitos e fomos nos reconhecendo. Através da minha tia sabemos sobre o coco de roda, das fazendas que elas iam, que antigamente carregava água e, depois de um tempo foi mudando tudo. Ainda conheço pouco da história, mas a gente sempre vai buscando compreender cada vez mais, porque é uma coisa. Sou articuladora, represento a comunidade aqui no município e no agreste setentrional, eu faço parte desse grupo, o qual a gente vem trabalhando como forma de intensificar a luta, intensificar o negro e os eu papel na sociedade.

Pergunta: Como é a sua relação com os profissionais de saúde que atendem a sua comunidade? Você gosta da assistência prestada pelos profissionais?

Categoria temática: Informação e aceitabilidade

Ideia central A: Construção de vínculos com os profissionais da AB e o engajamento da ACS com a população quilombola e com as pautas.

DSC 1

Boa, sem problema, é tranquilo. Temos uma ACS da comunidade e por ela saber os direitos, podemos reivindicá-los juntos, cobrar que temos direito a ter direitos; sabemos que tem recursos para isso, então... além disso, ela é bem presente, se preocupa muito com a saúde dos povos quilombolas. Quando precisamos dela ela está na ativa; ela deixa de fazer as coisas dela para nos atender, se preocupa, quando alguém fica doente ela pergunta como a pessoa está, muito atenciosa, pergunta se a gente está precisando de atendimento médico, se tiver ela traz nosso prontuário lá do postinho para as consultas que ocorrem na comunidade. A médica vem para a comunidade e faz atendimentos aqui a cada dois dias, muito boa a assistência também, fala nossa língua. A enfermeira é muito atenciosa. Faz alguns dias que eu fui, precisei ir ao posto, e ela me consultou, muito boa, é cuidadosa, conselheira, conversa, é calma, tranquila, ela passa tranquilidade. Eu achei que estava com um problema, e depois de uma consulta com ela voltei tranquila; São bons e a gente conhece, já conhece porque já convive.

Ideia central B: Perspectiva das comunitárias e profissionais sobre a assistência prestada.

DSC 2

Trabalham de forma regular. É tranquilo, mas sempre deixam uma coisa a desejar, mas não vamos discriminar tanto, mas sempre tem alguma coisa a desejar.

Pergunta: O que você acha que os gestores deveriam fazer para melhorar a oferta de saúde no município?

Categoria temática: Informação e aceitabilidade

Ideia central A: Representatividade do acesso aos cuidados primários à saúde pelas singularidades da comunidade quilombola.

DSC1

Um posto (Unidade Básica de Saúde) de saúde na nossa comunidade, que a gente não tem, facilitaria nossas vidas. A gente está em postos (Unidade Básica de saúde) diferentes, que atende outras famílias, a gente tem que se deslocar da nossa comunidade para a comunidade dos outros, é longe, e quando tem muita gente, a gente fica fora... Porque quando a gente sai para comunidade dos outros aí a gente já se sente diferente... aí tem vez que leva chuva, leva sol, porque tem muita gente. Fica difícil para as pessoas idosas se locomoverem daqui para esse posto em outra comunidade. E nestes postos, deveria ter mais algumas salas, ter mais médicos, tipo, dentistas, porque às vezes não tem... além disso, eu acho que fazendo mensalmente aqueles mutirões seria legal, e ações de promoção à saúde.

Ideia central B: Conhecer a história para prestar uma assistência equânime.

DSC 2

Eu acho que eles precisam conhecer a história da nossa comunidade, a história do nosso povo, que a partir daí eles fariam um bom trabalho. Se o nosso povo tem direito, eles precisam conhecer essas histórias, pois quando não se conhece, aí eles tratam todo mundo por igual, sabendo que o direito da gente e a atenção é muito maior, em relação à saúde, e outras coisas mais.

Ideia central C: A necessidade da assistência de profissionais médicos para a comunidade.

DSC 3
Muita coisa, principalmente na área de médico, porque quando a gente chega no hospital, não tem todas as especialidades médicas, exames que nós precisamos, a gente tem que se deslocar... até o exame de mama tivemos que fazer em outra cidade, mesmo que seja de graça, a gente sai do nosso município para outro
Ideia central D: Estratégias para a melhoria da oferta em saúde pela participação social e singularidades.
DSC 4
Eu acredito que deveriam intensificar mais essas reuniões nas comunidades e que eles deveriam chamar de fato quem mora em cada comunidade pra saber a necessidade e principalmente trabalhar junto dos agentes de saúde (ACS). Aqui na minha comunidade... a gente está vendo a possibilidade de trazer um PSF, se é um posto que pudesse atender a comunidade negra dentro das suas especificidades pra que pudéssemos trabalhar dentro do contexto do que é o negro e falar sobre diversas doenças que atacam, que são oriundas desse povo e que são carentes de informação, não só minha comunidade, mas nas quatro comunidades quilombolas do município.
Pergunta: Você já foi convidado para participar de alguma reunião pública da saúde? Gostaria de ser convidada?
Categoria temática: Informação e aceitabilidade
Ideia central A: Participação social de comunitários em plenos de saúde.
DSC 1
Já, a conferência municipal de saúde. A gente nem sabia os direitos que a gente tinha de saúde e nessa reunião a gente passou a descobrir, a conhecer. Acho importante e gosto muito, porque aí a gente vai entendendo e vai sabendo o que a gente pode e o que deve fazer, por onde começar. Gostei de participar. Nessa reunião até comentei sobre os tipos de doenças que existiam e que existem ainda na nossa comunidade, como: diabetes, pressão alta, colesterol, e principalmente anemia falciforme, que no caso do meu sobrinho... eu não vou dizer fatalidade, mas falta de conhecimento na época quando ele passou... quando descobriu que ele tinha essa anemia, os médicos ainda estavam estudando, e ele se viu de cobaia de estudo para ver se amenizava aquela situação. Se fosse hoje, seria bem diferente, os avanços da medicina, poderia acontecer o que aconteceu, mas não tão cedo.
Ideia central B: Reconhecimento da importância da participação nesses espaços de saúde
DSC 2
Não, mas acho importante.
Ideia central C: Críticas sobre a participação em plenos de saúde.
DSC 3
Sim, não vi nenhuma... as informações já foram dadas, e as decisões já foram passadas, eles já tinham o que eles queriam e eu só absorvi. aí disseram que teríamos direito a vez e a voz, mas não houve, já estava pronto lá, pautado nessa reunião de saúde.

Pergunta: Você costuma tomar chá quando não está se sentindo bem? foi indicado por algum profissional de saúde que lhe atendeu?
Categoria temática: Informação e aceitabilidade
Ideia central A: Plantas medicinais enquanto conhecimento tradicional.
DSC 1
Tomo, minha vida é tomar chá. Tomo chá de capim santo para mal-estar, que o povo chama de capim limão, colônia que é bom para a febre, chá de erva doce, de cravo, chá de boldo, chá de louro, chá de hortelã miúda. Sinto-me bem tomando esses chás. Mas eu gosto sempre de tomar e fazer uma mistura, porque muitas vezes a gente está com tanta coisa na mente e, ao invés da gente tomar remédio, tomar outras coisas, eu tomo o chá que é natural e são ervas ditas pelos nossos antepassados “tome um chazinho”, e assim, nossa mãe, irmãs, avós, bisavós, tataravós sempre tinham aquela horta de plantas medicinais... foi passando de geração para geração.
Ideia central B: Preferem utilizar a alopatia.
DSC 2
Não, nem de chá eu gosto. Conheço gente que toma, mas não é porque eu não queira, é porque eu não gosto, prefiro tomar um remédio e dormir.
Pergunta: No geral, o que você acha do serviço de saúde prestado para você e sua comunidade?
Categoria temática: Informação e aceitabilidade
DSC 1
É bom.
Pergunta: No geral, o que você acha do serviço de saúde prestado para você e sua comunidade?
Categoria temática: Informação e aceitabilidade
Ideia central A: Desconhecimento da política que trata sobre os aspectos de saúde dos remanescentes de quilombo.
DSC 1
Não, já até ouvi falar, mas não estou muito dentro desse contexto. Mas mais ou menos dá para compreender que é um benefício, é um direito nosso, mas eu não tenho muito conhecimento em relação a esse ponto. Quando se fala em campo e floresta, dá pra entender que é uma política pública que tenta dar o bem-estar ao nosso povo do campo. As meninas sempre falam... do jeito que tem a escola, que vem um dinheiro para os quilombolas, os alunos, na sala de aula pra eles. Também acho que deveria ter também para saúde, só que eles não passam isso pra gente. A da educação eu sei, minha menina até estudou, mas sobre a saúde não... porque muitas vezes as pessoas não têm conhecimento daquela doença, daquela política, dos seus direitos.

Fonte: A autora (2025).

6 DISCUSSÃO

Inicialmente, pode-se destacar a predominância de mulheres negras que participaram dessa pesquisa, isso é reflexo de como é distribuída a população quilombola, uma vez que são comunidades em sua maioria formadas por pessoas negras. Além disso, apesar do que se espera para uma comunidade do campo, a maioria das mulheres apresentam alto nível de escolaridade, todas sabiam ler e no mínimo possuíam o ensino médio completo.

Divergente do encontrado neste estudo, a percepção sobre a escolaridade nas comunidades quilombolas foi observada em outra pesquisa sob a ótica da dificuldade no acesso à educação elucidada por fatores como a necessidade de trabalhar para sobrevivência; falta de escolas que se adequem às suas realidades, por falta de incentivos; distância até a escola; questões étnico/raciais e de classe vivenciadas diariamente e a exclusão social ao qual são expostos (Silva; Menezes, 2018)

Ainda, observa-se que apenas uma das mulheres é agricultora e outra é dona de casa, as demais possuem outras fontes de renda. Isso se torna importante para análise, pois é sabido que a principal fonte de renda nas comunidades quilombolas é justamente a agricultura (Jesus *et al.*, 2019).

A percepção sobre acesso à saúde em suas diversas categorias foi pautada pelas mulheres como algo coletivo e tendo como principal foco, a atenção básica. Isso quebra a visão hegemônica, onde muitas vezes analisa-se saúde apenas na perspectiva de sua oferta pelos centros hospitalares.

Portanto, isso deve-se ao fato de a Atenção Primária à Saúde possibilitar o primeiro contato dos usuários ao sistema, promovendo vínculo e acolhimento das pessoas do território de referência, considerando todas as necessidades de saúde do indivíduo, sem atitudes excludentes (Pessoa; Gouveia; Correia, 2017).

Por outro lado, as comunidades quilombolas possuem localizações estratégicas, pois anteriormente era necessário em razão de serem refúgios para os escravos, dessa forma, essas comunidades estão localizadas em regiões mais altas e planas. Entretanto, este fato foi pontuado como algo que dificulta o acesso dessa população ao serviço que a assiste, pois o caminho percorrido para chegar até o serviço foi dito “acidentado”, por ter uma ladeira significativamente alta, além da estrada ser de terra e estar ruim.

Outro ponto de vista foi a respeito da distância, visto que dependendo da localização da residência na comunidade, essa estaria situada mais próxima, então não é tão distante ou dificultoso para ir até o serviço.

Além disso, foi relatado que não existem pontos positivos e que não se conseguem ir até os serviços de saúde do município quando chove. Ainda a Unidade Básica de saúde apresenta problemas de estrutura, não comporta a quantidade de pessoas que assiste, na maioria das vezes não supre a demanda, e é distante da comunidade.

Apesar disso, a assistência em saúde é avaliada como positiva, onde é evidenciado a amorosidade, receptividade por parte da equipe e de não faltar profissionais médicos para atendê-las.

Entretanto, é importante destacar que para minimizar essas desigualdades no acesso, o governo federal promove ações de incentivos à equidade em saúde para essas populações, onde focam na educação em saúde, habitação e saneamento, além de ações sobre segurança alimentar e nutricional, tudo isso dentro da ESF. Além disso, a portaria 1.434 de 14 de julho de 2004 estabeleceu um adicional de 50% para a Saúde da Família e Saúde Bucal nos municípios que atendem populações quilombolas e assentamentos rurais, entre outros critérios, visando mais uma vez a equidade em saúde. (Freitas *et al.*, 2011)

À medida que o poder de pagamento é citado na saúde, rapidamente é associado ao quanto se gasta com a saúde, neste caso mensalmente. Surpreendentemente, foram evidenciados dois fatos importantes, primeiro a desinformação sobre a distribuição de alguns medicamentos na Unidade básica de saúde e a ambulância que, caso necessário pode fazer o transporte do paciente até o hospital referência.

Contudo, é imprescindível que o estado deve criar ações para o fortalecimento e estímulo à informação nesses espaços, a fim de aumentar o conhecimento e empoderamento dessas pessoas nos espaços de saúde. (Baeta, 2013)

A segunda observação é a respeito da visão de que cuidar da saúde inclui apenas medicamentos, exames, mas que alimentação faz parte do se ter saúde, uma vez que a alimentação interfere diretamente no processo saúde/ adoecimento da população.

A insegurança alimentar é uma questão que voltou à tona recentemente, que

evidenciada pela pandemia do Covid 19, mas é importante destacar que é dever do estado traçar meios para que essa situação seja minimizada, já que é uma questão de saúde pública e que está diretamente relacionada com as desigualdades sociais e as relações de poderes (Aliaga; Santos; Trad, 2020).

Ao falar-se sobre a história da comunidade remanescente de quilombo, foi percebido que a maioria da população conhecia a história, e que souberam através de seus antepassados. Essa contação de histórias é algo muito comum entre esses povos originários, porque conhecer as suas histórias é importante para a continuidade da cultura.

Inesperadamente, essa comunidade começou a reconhecer a sua história após a participação em outros movimentos sociais. Apesar de ser evidente que a comunidade era em sua maioria formada por pessoas negras e as pessoas mais velhas saberem um pouco da história, os comunitários não sabiam desse reconhecimento enquanto comunidade quilombola. A partir do momento de reconhecimento, até todo histórico de luta atual, se descobrirem foi colocado como um marco muito importante que mudou a história dessas pessoas e da comunidade.

Ainda, foi observado a vivência com as plantas medicinais nessa comunidade, onde é uma prática comum entre os povos originários já que é um conhecimento passado de geração para geração.

Este conhecimento popular é importante para disseminação da cultura, entretanto é fundamental destacar que o modo de preparo e a dosagem ingeridas desses substratos tem que ser analisados, pois podem surtir efeitos tóxicos, muitas vezes não conhecidos pela população (Schek; Mix; Kochhann, 2021)

Com a finalidade de avaliar a relação desses comunitários com a equipe de saúde que a assiste, viu-se que é uma relação muito boa e que o principal vínculo é com a Agente Comunitária de Saúde, visto que seu trabalho é desempenhado com maestria, e ainda é engajada com as pautas da comunidade, isso faz com que o seu vínculo seja ainda maior.

Ainda sobre informação e a aceitabilidade, a principal questão dita pela população é a falta de uma unidade básica de saúde na comunidade, relacionada a todas as questões de dificuldade de acesso citadas acima como: a distância, a estrada ruim, a estrutura da unidade não comporta todo pessoal. Porém, para além disso é pertinente que os gestores conheçam a comunidade e quais as suas necessidades específicas para que a saúde possa ser ofertada de forma integral e

equitativa. Esse ponto se tornou evidente em uma das respostas, já que por não conhecerem a história da comunidade, ou a própria comunidade, os direitos para aquela população são negligenciados.

Quando se fala sobre a participação social dessas populações em plenos de saúde, é importante destacar a sua importância, devido a inclusão de suas pautas específicas dentro do contexto de saúde, já que são as pessoas que mais conhecem as suas necessidades. Apesar disso, ainda se nota que nem sempre é conseguido o direito à participação integral nesses espaços. A participação dessas populações em espaços de decisões é extremamente importante para tomada de decisões sobre todo contexto socioeconômico e cultural que os envolvem.

Ainda não existe um conhecimento mais aprofundado sobre as políticas de saúde que os assistem, a Política nacional de saúde integral das populações do campo e das florestas e da população negra, entretanto, a luta por seus direitos segue apesar disso.

Os vieses encontrados nesta pesquisa, foram o de não respondentes e o de memória, por isso, a entrevistadora usou um vocabulário que as entrevistadas pudessem compreender.

7 CONCLUSÃO

A percepção das mulheres sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde na comunidade quilombola perpassa pela valorização e reconhecimento da atuação dos profissionais da atenção primária à saúde, protagonizado pelo agente comunitário de saúde. A historicidade parece emergir de um processo identitário de luta e participação social que contribui para o alcance do direito à saúde e efetivação das políticas públicas. Ao mesmo tempo, a ausência de uma unidade básica em saúde pode dificultar a acessibilidade aos apoios diagnóstico e terapêutico básicos, comprometendo o poder de pagamento

Ao falar-se sobre comunidades remanescentes de quilombos, pensamos logo acerca da estrutura. Nesse estudo, observou-se que todas as casas são de tijolos, possuem energia elétrica e, a população entrevistada possuía alto grau de instrução, com no mínimo o ensino médio completo. É importante pontuar que apesar de todo desenvolvimento abordado, reconhecer suas histórias e seus direitos é um passo imprescindível para acessar outros espaços.

Dessa forma, para além da população quilombola conhecer seus direitos, é importante que os profissionais de saúde e a gestão municipal que prestam saúde a essas pessoas tenham conhecimento sobre as políticas que versam acerca de seus direitos e que conheçam a história da comunidade, o seu contexto e quais suas necessidades para que a saúde seja ofertada de forma a seguir todos os princípios do SUS.

Por fim, compreender que conhecer sua história faz parte do processo de emancipação e empoderamento em saúde, ficou evidente que essas mulheres, engajadas no movimento ou não, compreendiam a importância de conhecer seus direitos para poder lutar por eles.

REFERÊNCIAS

ALIAGA, Marie Agnès; SANTOS, Sandra Maria Chaves dos; TRAD, Leny Alves Bomfim. Segurança alimentar e nutricional: significados construídos por líderes comunitários e moradores de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Salvador, v. 36, n. 1, e00169218. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00169218>. Acesso em: 16 out. 2023.

ALMEIDA, Ana Paula Santana Coelho *et al.* Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, 50, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006661> Acesso em: 12 set. 2022

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002> Acesso em: 12 set. 2022.

BAETA, Adelaide Maria Coelho. Desinformação e conformismo na área de saúde: o caso de Belo Horizonte. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 28, n. 4, pp. 33-40. 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-75901988000400004>. Acesso em: 10 mar. 2021.

BATISTA, Marina Fenicio Soares; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de. A produção da saúde e a população do campo: uma experiência no assentamento de reforma agrária em Pernambuco – Brasil. *Acta de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 8, n. 2, p.173-194, jun. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Decreto-Nº 5.197 de 27 de agosto de 2004**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República - SEPPIR, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/D5197impresao.htm Acesso em: 16 out. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1990.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Comunidades quilombolas**. Brasília: Secretaria especial do desenvolvimento social, 2015. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/seguranca-alimentar/direito-a-alimentacao/povos-e-comunidadestradicionais/comunidadesquilombolas#:~:text=As%20comunidades%20>

[quilombolas%20s%C3%A3o%20grupos,a%20diferentes%20formas%20de%20domina%C3%A7%C3%A3o](#). Acesso em: 10 set 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para Retomada segura das atividades presenciais nas Escolas de Educação Básica no Contexto da Pandemia da COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/profissional-gestor>. Acesso em: 12 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Casa Civil, 2017.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Programa Brasil Quilombola**. Brasília: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2013. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/comunidades-tradicionais/programa-brasil-quilombola>. Acesso em: 16 set. 2022.

CAVALCANTE. Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. & Soc.:Est.**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, jan./abr. 2014.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 set. 2022.

DUTRA, Izabela Rocha. **Acesso e utilização dos serviços de atenção primária à saúde pela população urbana do município de Jequitinhonha, Minas Gerais**. 2009. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p.17-27, jan. 2008.

FREITAS, Daniel Antunes *et al.* Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 937-943, Oct. 2011.

FREITAS, Daniel Antunes *et al.* Mulheres quilombolas: profissionais na estratégia de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 12, n. 2, p. 56-62, jun. 2011.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. Fundação Palmares certifica 103 quilombos em 2017. [S. l.]: Fundação Cultural Palmares. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/?p=46307>. Acesso em: 16 set. 2022.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Quilombos ainda existem no Brasil**. [S. l.]: Fundação Cultural Palmares, 2008. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/?p=3041#:~:text=Levantamento%20da%20Funda%C3%A7%C3%A3o%20Cultural%20Palmares,pode%20chegar%20a%20cinco%20mil>. Acesso em: 22 mar. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde**: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

JESUS, Paulo Protasio de *et al.* Percepção socioeconômica de uma comunidade quilombola do município de Bequimão –MA, Brasil. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DAS CIÊNCIAS AGRÁRIAS, 4., 2021, [s. l.]. **Anais [...]** [S. l.]: PVDAgro, 2021.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O sujeito coletivo que fala. Interface: Comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 10, n. 20, p.517-524, 2006.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti; MARQUES, Maria Cristina da Costa. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p.1193-1204, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p.01-12, abr. 2017a.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Origen de los argumentos científicos que fundamentan la investigación cualitativa. **Salud Colectiva**, v. 13, n. 4, p.561-575, 14 dez. 2017.

PESSOA, B. H. S.; GOUVEIA, E. de A. H.; CORREIA, I. B. Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as “Upinhas” do Recife. **Revista Brasileira de Medicina de Família e**

Comunidade, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1–9, 2017. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1529>. Acesso em: 20 set. 2022.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, [s. l.], v. 3, n. 31, p. 260-268, 2012.

SCHEK, Gabriele; MIX, Paulo Roberto; KOCHHANN, Daniele Rita Assmann. O uso de plantas medicinais por famílias rurais. **Revista Saúde**. Guarulhos, SP, v. 15, n. 1-2, p. 35-41, 2021.

Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racia. **Programa Brasil Quilombola**. Brasília: SEPPIR, 2004.

SHIMIZU, Helena Eri *et al.* Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, p. 1-7, 12 abr. 2018.

SILVA, Marcos Henrique Paraiso. **Assistência à saúde em comunidades quilombolas**: revisão sistemática. 2015. Monografia (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

SOUZA, Suelen de Fátima Silva. Saúde das mulheres descendentes de quilombolas: uma revisão da literatura. *In*: CONGRESSO NACIONAL DA DIVERSIDADE DO SEMIÁRIDO, 1., 2018, Natal. **Anais [...]** Campina Grande: Realize Editora, 2018. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/50847>. Acesso em: 20 set. 2022

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOBRE O ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA AS MULHERES QUILOMBOLAS

1. Você poderia descrever o caminho que faz entre sua casa e o serviço de saúde mais próximo? Quais os pontos positivos e negativos do percurso que você faz até chegar no serviço?
2. Quanto da sua renda você tira para gastar com as questões de saúde? e com o que você gasta?
3. Você conhece a história dessa comunidade quilombola? Conhece o movimento quilombola?
4. Como é a sua relação com os profissionais de saúde que atendem a sua comunidade? Você gosta da assistência prestada pelos profissionais?
5. O que você acha que os gestores deveriam fazer para melhorar a oferta de saúde no município?
6. Você já foi convidado para participar de alguma reunião pública da saúde? Gostaria de ser convidada?
7. Você costuma tomar chá quando não está se sentindo bem? foi indicado por algum profissional de saúde que lhe atendeu?
8. No geral, o que você acha do serviço de saúde prestado para você e sua comunidade?