

Fatores associados à utilização dos serviços de saúde em uma comunidade quilombola

Factors associated with the use of health services in a quilombola community

Factores asociados a la utilización de los servicios de salud en una comunidad quilombola

Nilva Regina de Souza¹, Flavia Martão Flório¹, Luciane Zanin¹

DOI: 10.1590/2358-289820261511370P

RESUMO Comunidades quilombolas apresentam especificidades socioculturais e desafios no campo da saúde, frequentemente associados a vulnerabilidades e desigualdades no acesso aos serviços. Este estudo observacional transversal foi realizado na comunidade quilombola Santa Rita do Botafogo, Tabuleiro (MG), com o objetivo de caracterizar o perfil sociodemográfico e de saúde, além de analisar sua associação com a utilização dos serviços de saúde. Participaram 108 residentes com 18 anos ou mais. Os dados foram coletados por um questionário estruturado com 29 questões sobre características sociodemográficas, condições de saúde autorreferidas, acesso e uso dos serviços. A análise incluiu estatística descritiva e testes qui-quadrado e exato de Fisher ($\alpha=5\%$). Observou-se que 92,6% dos participantes se autodeclararam pretos ou pardos, 51,9% eram mulheres e 70,4% possuíam ensino fundamental incompleto. A unidade de saúde foi indicada como principal referência de atendimento por 75,0% dos entrevistados. As condições de saúde mais relatadas foram hipertensão arterial (30,6%) e ansiedade (28,7%). A busca por atendimento médico no último ano foi maior entre mulheres (89,3%; $p=0,03$) e indivíduos com maior escolaridade ($p=0,01$). Conclui-se que, apesar da forte vinculação com a atenção primária, persistem desigualdades no uso dos serviços associadas ao gênero, à escolaridade e a determinantes estruturais.

PALAVRAS-CHAVE Quilombolas. Atenção Primária à Saúde. Acesso efetivo aos serviços de saúde. Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT Quilombola communities present sociocultural specificities and challenges in the health field, often associated with vulnerabilities and inequalities in access to services. This cross-sectional observational study was conducted in the quilombola community of Santa Rita do Botafogo, Tabuleiro (MG), with the aim of characterizing the sociodemographic and health profile and analyzing its association with the use of health services. A total of 108 residents aged 18 years or older participated. Data were collected using a structured questionnaire with 29 questions addressing sociodemographic characteristics, self-reported health conditions, and access to and use of health services. The analysis included descriptive statistics and chi-square and Fisher's exact tests ($\alpha=5\%$). It was observed that 92.6% of participants self-identified as Black or mixed-race, 51.9% were women, and 70.4% had incomplete primary education. The health unit was indicated as the main point of care by 75.0% of respondents. The most frequently reported health conditions were hypertension (30.6%) and anxiety (28.7%). Seeking medical care in the past year was higher among women (89.3%; $p=0.03$) and individuals with higher levels of education ($p=0.01$). It is concluded that, despite strong linkage with primary care, inequalities in the use of services persist, associated with gender, education, and structural determinants.

KEYWORDS Quilombola communities. Primary Health Care. Effective access to health services. Social Determinants of Health.

RESUMEN Las comunidades quilombolas presentan particularidades socioculturales y desafíos en el ámbito de la salud, frecuentemente asociados con situaciones de vulnerabilidad y desigualdades en el acceso a los servicios. Este estudio observacional transversal se realizó en la comunidad quilombola Santa Rita do Botafogo, ubicada en Tabuleiro, estado de Minas Gerais, Brasil, con el objetivo de caracterizar el perfil sociodemográfico y de salud, así como analizar su asociación con la utilización de los servicios de salud. Participaron 108 residentes de 18 años o más. Los datos se recopilaron mediante un cuestionario estructurado compuesto por 29 preguntas sobre características sociodemográficas, condiciones de salud autorreferidas y acceso y utilización de los servicios de salud. El análisis incluyó estadística descriptiva y las pruebas de chi-cuadrado y exacta de Fisher, con un nivel de significación del 5 %. Se observó que el 92,6 % de los participantes se autodeclaró negro o pardo, el 51,9 % eran mujeres y el 70,4 % no había completado la educación primaria. La unidad de salud fue señalada como el principal servicio de referencia para la atención por el 75,0 % de los entrevistados. Las condiciones de salud más frecuentemente referidas fueron la hipertensión arterial (30,6 %) y la ansiedad (28,7 %). La búsqueda de atención médica durante el último año fue mayor entre las mujeres (89,3 %; $p = 0,03$) y entre las personas con mayor nivel educativo ($p = 0,01$). Se concluye que, a pesar del fuerte vínculo con la atención primaria de salud, persisten desigualdades en la utilización de los servicios asociadas con el género, el nivel educativo y los determinantes estructurales.

PALABRAS CLAVE Quilombola. Atención Primaria de Salud. Acceso efectivo a los servicios de salud. Determinantes Sociales de la Salud.

¹Faculdade São Leopoldo
Mandic – Campinas (SP), Brasil.
nilvaregina@uol.com.br

Introdução

As comunidades quilombolas, constituídas historicamente como territórios de resistência política e cultural frente à escravidão e ao racismo, afirmam o direito à terra, à identidade e à autonomia. Apesar disso, persistem importantes iniquidades em saúde decorrentes dos determinantes sociais e do racismo institucional e estrutural¹⁻³. No Brasil, avanços legais e institucionais como o reconhecimento constitucional da posse de terras e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) buscaram enfrentar essas desigualdades e assegurar atenção integral à população negra^{4,5}.

Apesar dessas iniciativas, permanecem desigualdades no acesso e no uso dos serviços de saúde pelas comunidades quilombolas, associadas a barreiras geográficas, infraestrutura precária e rotatividade profissional⁶⁻¹⁰. Tais barreiras se somam à maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas na população negra^{6,11} e a fatores como discriminação, longas distâncias e fragilidades na oferta de serviços^{2,9}.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) é estratégica para ampliar o acesso e reduzir desigualdades. Contudo, estudos indicam limitações da APS em responder às demandas dos territórios quilombolas e lacunas na compreensão de como determinantes sociais e raciais influenciam a utilização dos serviços¹²⁻¹⁴.

Entre esses determinantes, o racismo ambiental se caracteriza pela distribuição desigual de riscos territoriais como saneamento precário, poluição e infraestrutura frágil que impactam diretamente o acesso aos serviços¹⁵⁻¹⁷. Os dados do Censo 2022 ilustram essa vulnerabilidade: 90% dos domicílios quilombolas apresentavam algum grau de precariedade sanitária, e 63% dependiam de fontes alternativas de água¹⁸. Apesar de avanços descritivos, a evidência sobre a utilização local dos serviços ainda é limitada^{6,9,12,14}.

Tais desigualdades também se manifestam de maneira diferenciada entre grupos específicos das comunidades quilombolas. Crianças

enfrentam insegurança alimentar, baixa cobertura vacinal e precariedade de saneamento, ampliando a exposição a agravos e dificultando o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)¹⁹. Mulheres quilombolas vivenciam limitações na autonomia reprodutiva, com baixo acesso a serviços de planejamento familiar e forte influência de fatores sociodemográficos como renda, escolaridade e estado civil, nas suas escolhas e riscos em saúde sexual e reprodutiva²⁰. Entre idosos, observa-se acesso extremamente restrito aos serviços odontológicos, com apenas 18,8% relatando uso regular nos últimos seis meses, reflexo de barreiras logísticas, econômicas e de percepção de necessidade²¹.

A ausência de estudos específicos sobre a comunidade quilombola de Santa Rita do Botafogo (Tabuleiro-MG) evidencia a necessidade de pesquisas que caracterizem seu perfil de saúde e compreendam como se dá a utilização dos serviços de saúde, de forma a subsidiar estratégias de promoção da saúde, ampliação do acesso e prevenção do adoecimento¹². Dessa forma, este estudo teve por objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e de saúde da comunidade quilombola de Santa Rita do Botafogo e verificar a associação com a utilização dos serviços de saúde.

Material e métodos

Trata-se de um estudo observacional, transversal, com dados primários coletados na comunidade quilombola Santa Rita do Botafogo, localizada no município de Tabuleiro, Minas Gerais. De acordo com o Censo Demográfico de 2022, a comunidade é composta por 254 habitantes, distribuídos em 70 famílias. A amostra foi definida por conveniência, sendo o estudo realizado com residentes com idade ≥ 18 anos que apresentavam preservação das funções cognitivas, avaliada de forma subjetiva a partir da clareza na comunicação e da compreensão durante a abordagem inicial, totalizando 120 indivíduos elegíveis¹⁸. A coleta

de dados foi conduzida pela pesquisadora, com o apoio de um Agente Comunitário de Saúde (ACS) quilombola vinculado à Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência e de uma enfermeira com experiência no território. Uma semana antes do início da coleta, os profissionais envolvidos foram capacitados, com o objetivo de assegurar a padronização dos procedimentos metodológicos, a abordagem ética dos participantes e a uniformidade na aplicação dos instrumentos de pesquisa.

Utilizou-se questionário estruturado com 29 perguntas, elaborado com base na Pesquisa Nacional de Saúde²² e no estudo de Pinho et al.²³. Foram coletadas informações sociodemográficas (sexo, idade, raça/cor, estado civil, escolaridade e tempo de residência), condições de saúde (hipertensão arterial sistêmica, diabetes, anemia falciforme, cardiopatias, doenças respiratórias, diagnóstico prévio de depressão e ansiedade) e acesso/uso de serviços (acesso, utilização e barreiras no território). Realizou-se teste-piloto para avaliar clareza, tempo de aplicação e sequência dos itens, e as sugestões foram incorporadas.

Para a caracterização da utilização dos serviços de saúde (variável desfecho), utilizou-se a consulta médica nos últimos 12 meses, amplamente empregada em inquéritos populacionais como a Pesquisa Nacional de Saúde²², para analisar possíveis desigualdades na utilização dos serviços de saúde.

Foram realizadas análises descritivas (frequências absolutas e relativas, médias, desvios-padrão, medianas, mínimos e máximos). As respostas foram classificadas como: Sim

(consulta ≤ 12 meses) e Não (consulta > 12 meses ou nunca). As variáveis independentes sexo, idade, escolaridade, estado conjugal, hipertensão, diabetes, anemia falciforme e presença de doenças crônicas foram associadas ao desfecho pelo teste do qui-quadrado ou pelo exato de Fisher com nível de significância de 5%. As análises foram realizadas no *software* R²⁴.

Foi utilizada a ferramenta ChatGPT exclusivamente para apoio na revisão linguística, correção gramatical e organização textual do manuscrito. Não houve utilização da ferramenta para geração de dados, análise dos resultados ou elaboração das conclusões do estudo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade São Leopoldo Mandic (CAAE 73389423.9.0000.5374), parecer nº 7.095.733.

Resultados

Dos 120 elegíveis, 108 foram incluídos (90%). Houve 12 perdas (10%), sendo que duas pessoas recusaram-se a participar e 10 não foram localizadas após três tentativas em dias e horários distintos.

A *tabela 1* descreve o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo. Do total, 51,9% eram mulheres e 92,6% autodeclararam-se pardos ou pretos. A maioria (63,0%) não possuía companheiro(a) e 70,4% tinham escolaridade até o ensino fundamental. A idade média foi de 47,2 anos (DP=18,1) e o tempo médio de residência na comunidade foi de 41,0 anos (DP=21,7).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes da comunidade quilombola de Santa Rita do Botafogo, Tabuleiro (MG), 2025 (n=108)

Variável	Categoria	Frequência (%)
Sexo	Feminino	56 (51,9%)
	Masculino	52 (48,1%)
Raça	Branca	8 (7,4%)
	Parda	34 (31,5%)

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes da comunidade quilombola de Santa Rita do Botafogo, Tabuleiro (MG), 2025 (n=108)

Variável	Categoria	Frequência (%)
Estado Conjugal	Preta	66 (61,1%)
	Com companheiro	40 (37,0%)
	Sem companheiro	68 (63,0%)
Escolaridade	Sem escolaridade	5 (4,6%)
	Ensino fundamental	76 (70,4%)
	Ensino médio	26 (24,1%)
	Nível superior	1 (0,9%)
Faixa etária (anos)	0-19	5 (4,6%)
	20-39	39 (36,1%)
	40-59	29 (26,9%)
	60-79	31 (28,7%)
	80-99	4 (3,7%)
Tempo de moradia (anos)	0-19	18 (16,7%)
	20-39	32 (29,6%)
	40-59	30 (27,8%)
	60-79	27 (25,0%)
	80-99	1 (0,9%)

Fonte: elaboração própria.

A *tabela 2* apresenta as principais condições de saúde autorreferidas pelos participantes da comunidade quilombola de Santa Rita do Botafogo. Entre as doenças crônicas, a hipertensão arterial foi a condição mais frequentemente relatada pelos indivíduos da comunidade, enquanto 8,3% declararam diagnóstico de diabetes. Condições respiratórias foram mencionadas por 13,0% dos participantes. No que se refere à saúde mental, 18,5%

relataram diagnóstico de depressão e 28,7% de ansiedade. De modo geral, a maioria dos participantes avaliou seu estado de saúde como bom (71,3%), embora 33,3% tenham referido possuir alguma doença crônica. Além disso, 13,9% relataram ter deixado de realizar atividades habituais por motivos de saúde nas duas semanas anteriores à coleta de dados, indicando impactos funcionais associados às condições de saúde presentes na comunidade.

Tabela 2. Condições de saúde autorreferidas por participantes da comunidade quilombola de de Santa Rita do Botafogo, Tabuleiro (MG), 2025 (n=108)

Variável	Categoria	Frequência (%)
Hipertensão	Não	75 (69,4%)
	Sim	33 (30,6%)
Diabetes	Não	99 (91,7%)
	Sim	9 (8,3%)
Anemia falciforme	Não	106 (98,1%)
	Sim	2 (1,9%)

Tabela 2. Condições de saúde autorreferidas por participantes da comunidade quilombola de de Santa Rita do Botafogo, Tabuleiro (MG), 2025 (n=108)

Variável	Categoria	Frequência (%)
Condições cardiovasculares	Não	93 (86,1%)
	Sim	15 (13,9%)
Doença respiratória	Não	94 (87,0%)
	Sim	14 (13,0%)
Diagnóstico de depressão	Não	88 (81,5%)
	Sim	20 (18,5%)
Diagnóstico de ansiedade	Não	77 (71,3%)
	Sim	31 (28,7%)
De um modo geral, como é o estado de saúde	Bom	77 (71,3%)
	Regular	29 (26,9%)
	Ruim	2 (1,9%)
Nas duas últimas semanas, deixou de realizar suas atividades habituais por motivos de saúde	Não	93 (86,1%)
	Sim	15 (13,9%)
Presença de doenças crônicas	Não	72 (66,7%)
	Sim	36 (33,3%)

Fonte: elaboração própria.

Nota: A porcentagem soma mais de 100% pois mais de uma resposta poderia ser selecionada.

A *tabela 3* apresenta a caracterização da utilização dos serviços de saúde pela comunidade quilombola. A maioria dos participantes (98,1%) possui cadastro na Estratégia Saúde da Família (ESF) e 88,0% utilizam regularmente os serviços. A avaliação da UBS foi positiva para 78,7% dos entrevistados. Quando necessitam de atendimento, 75,0% procuram a UBS. Apenas 8,3% relataram já ter deixado de ser

atendidos, principalmente por falta de vaga ou senha (5,6%). A maioria (89,8%) não possui plano de saúde. Quanto ao uso recente dos serviços médicos, 81,5% consultaram um médico no último ano. O motivo mais frequente da última ida à unidade foi classificado como ‘demandas clínicas gerais’ (77,8%), categoria que reúne queixas de adoecimento agudo, acidentes/lesões e problemas odontológicos.

Tabela 3. Caracterização do acesso e utilização dos serviços de saúde pelos participantes da comunidade quilombola de Santa Rita do Botafogo, Tabuleiro (MG), 2025 (n=108)

Variável	Categoria	Frequência (%)
Tem Cadastro Estratégia Saúde da Família (ESF)	Não	2 (1,9%)
	Sim	106 (98,1%)
Utiliza o serviço de saúde (ESF) regularmente	Não	13 (12,0%)
	Sim	95 (88,0%)
Como avalia os serviços de saúde local (ESF)	Muito bom	28 (25,9%)
	Bom	57 (52,8%)
	Regular	19 (17,6%)

Tabela 3. Caracterização do acesso e utilização dos serviços de saúde pelos participantes da comunidade quilombola de Santa Rita do Botafogo, Tabuleiro (MG), 2025 (n=108)

Variável	Categoria	Frequência (%)
	Ruim	2 (1,9%)
	Não utiliza o ESF	2 (1,9%)
Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde costuma procurar	Unidade básica de saúde	81 (75,0%)
	UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	23 (21,3%)
	Atendimento particular	3 (2,8%)
	Não vai ao médico	1 (0,9%)
Já deixou de ser atendido alguma vez no ESF	Não	99 (91,7%)
	Sim	9 (8,3%)
Por qual motivo não foi atendido(a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas	Não conseguiu vaga ou pegar senha	6 (5,6%)
	Não tinha médico atendendo	1 (0,9%)
	O serviço de saúde não estava funcionando	1 (0,9%)
	Não respondeu	1 (0,9%)
	Não deixou de ser atendido	99 (91,7%)
Tem algum plano de saúde (médico ou odontológico), particular, de empresa ou órgão público	Não	97 (89,8%)
	Sim	11 (10,2%)
Quando consultou um médico pela última vez	Até 1 ano	88 (81,5%)
	Mais de 1 ano a 2 anos	13 (12,0%)
	Mais de 2 anos a 3 anos	2 (1,9%)
	Mais de 3 anos	4 (3,7%)
	Nunca foi ao médico	1 (0,9%)
Que tipo de serviço utilizou na sua última ida à unidade de saúde	Demandas clínicas gerais	84 (77,8%)
	Manejo de condições crônicas	20 (18,5%)
	Ações preventivas	26 (24,1%)
	Consulta de retorno	13 (12,0%)
	Não soube responder	1 (0,9%)
	Nunca foi ao médico	1 (0,9%)
Onde foi a última consulta odontológica	Consultório particular	25 (23,1%)
	Unidade básica de saúde	74 (68,5%)
	Não vai ao dentista	9 (8,3%)
Qual o principal motivo que o fez consultar o dentista na última vez	Tratamento dentário	43 (39,8%)
	Extração	25 (23,1%)
	Dor de dente	17 (15,7%)
	Colocação/manutenção de prótese	11 (10,2%)
	Aparelho ortodôntico	2 (1,8%)
	Tratamento endodôntico	1 (0,9%)
	Primeira consulta	1 (0,9%)
	Não vai ao dentista	9 (8,3%)
	Não lembra	1 (0,9%)

Fonte: elaboração própria.

Nota: a porcentagem soma mais de 100% pois mais de uma resposta poderia ser selecionada.

A *tabela 4* apresenta os resultados da análise bivariada entre variáveis sociodemográficas e a realização da última consulta médica nos 12 meses anteriores. Observou-se associação estatisticamente significativa com a escolaridade ($p=0,0467$), sendo a frequência de consulta mais elevada entre os participantes com ensino médio ou superior (96,2% e 100,0%, respectivamente) em comparação àqueles com

ensino fundamental (77,6%) ou sem escolaridade (60,0%). Também foi observada associação estatisticamente significativa com o sexo ($p=0,0303$), com frequência maior de consultas entre mulheres (89,3%) do que entre homens (73,1%). As demais variáveis não apresentaram associação estatisticamente significativa com a realização de consulta médica ($p>0,05$).

Tabela 4. Análise de associação entre as variáveis independentes e a utilização dos serviços de saúde, comunidade quilombola de Santa Rita do Botafogo, Tabuleiro (MG), 2025 (n=108)

Variável	Categoria	Utilização dos serviços de saúde		p-valor
		Não	Sim	
Amostra global	-	20 (18,5%)	88 (81,5%)	-
Sexo	Feminino	6 (10,7%)	50 (89,3%)	10,0303
	Masculino	14 (26,9%)	38 (73,1%)	
Idade	18-29 anos	2 (8,7%)	21 (91,3%)	20,3053
	30-39 anos	3 (14,3%)	18 (85,7%)	
	40-49 anos	4 (28,6%)	10 (71,4%)	
	50-59 anos	5 (33,3%)	10 (66,7%)	
	60 anos ou mais	6 (17,1%)	29 (82,9%)	
Escolaridade	Sem escolaridade	2 (40,0%)	3 (60,0%)	20,0467
	Ensino fundamental	17 (22,4%)	59 (77,6%)	
	Ensino médio	1 (3,8%)	25 (96,2%)	
	Nível superior	0 (0,0%)	1 (100,0%)	
Estado Conjugal	Com companheiro	4 (10,0%)	36 (90,0%)	20,1226
	Sem companheiro	16 (23,5%)	52 (76,5%)	
Hipertenso	Não	16 (21,3%)	59 (78,7%)	10,2563
	Sim	4 (12,1%)	29 (87,9%)	
Diabetes	Não	20 (20,2%)	79 (79,8%)	20,205
	Sim	0 (0,0%)	9 (100,0%)	
Anemia falciforme	Não	19 (17,9%)	87 (82,1%)	20,3375
	Sim	1 (50,0%)	1 (50,0%)	
Presença de alguma doença crônica	Não	16 (22,2%)	56 (77,8%)	20,1964
	Sim	4 (11,1%)	32 (88,9%)	

Fonte: elaboração própria.

Nota: Teste de Qui-quadrado; Teste Exato de Fisher.

Discussão

Este estudo, realizado na comunidade quilombola de Santa Rita do Botafogo, em Tabuleiro (MG), evidenciou um perfil sociodemográfico marcado pela predominância de mulheres, pessoas pretas ou pardas e indivíduos com baixa escolaridade. Observou-se maior frequência de utilização dos serviços de saúde entre mulheres e associação estatisticamente significativa entre maior escolaridade e realização de consulta médica. Também foram identificadas frequências relevantes de hipertensão arterial e de relatos autorreferidos de ansiedade. A ESF foi avaliada positivamente pela maioria dos participantes e constituiu o serviço de saúde mais utilizado.

A maior frequência de consultas médicas entre mulheres está em consonância com estudos que atribuem esse padrão a fatores culturais, sociais e históricos, considerando, de um lado, as responsabilidades de cuidado e reprodução social atribuídas historicamente às mulheres e, de outro, a maior aceitabilidade de práticas preventivas e do uso regular de serviços^{8,25}. Em contraposição, a menor procura entre homens evidencia barreiras associadas à masculinidade hegemônica. Pesquisas qualitativas realizadas em comunidades quilombolas mostram que os homens enfrentam dificuldades para expressar emoções, buscar cuidados preventivos e reconhecer vulnerabilidades, devido à influência de um modelo de masculinidade que valoriza a força, o silêncio e a invulnerabilidade. Muitos relatam que só procuram os serviços de saúde quando já estão gravemente doentes, priorizando o trabalho e a manutenção da família em detrimento do próprio bem-estar²⁶. Nessa perspectiva, incentivar a participação ativa dos homens em espaços coletivos de debate sobre saúde e masculinidade pode favorecer a reflexão sobre barreiras culturais e criar oportunidades para mudanças positivas no autocuidado e na busca por serviços²⁷.

A associação entre maior escolaridade e realização de consulta médica também foi

consistente com achados anteriores. Dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística²² e do Censo Demográfico de 2022¹⁸ apontam altas taxas de analfabetismo entre pessoas quilombolas, sobretudo em faixas etárias mais avançadas e em territórios rurais, com repercussões negativas sobre o letramento em saúde e a compreensão de orientações assistenciais. Em comunidades quilombolas, o baixo letramento em saúde associa-se à menor adesão a práticas preventivas e ao seguimento clínico, limitando a autonomia dos sujeitos⁹.

Entre pessoas quilombolas com 15 anos ou mais, a taxa de analfabetismo alcançou 18,99%, valor 2,7 vezes superior ao observado na população geral brasileira (7,0%). Esse percentual é ainda mais elevado em territórios oficialmente delimitados como quilombolas, nos quais a taxa atinge 19,75%, e em áreas rurais, onde chega a 22,71%, em comparação a 13,28% nas áreas urbanas¹⁸. Esses dados evidenciam que as desigualdades educacionais não se distribuem de forma homogênea, mas são atravessadas por marcadores territoriais, étnico-raciais, geracionais e de gênero.

As diferenças segundo sexo e faixa etária também revelam dimensões importantes dessa desigualdade. Entre pessoas quilombolas, a taxa de analfabetismo é maior entre homens (20,89%) do que entre mulheres (17,11%), o que pode estar relacionado à inserção precoce no trabalho e à interrupção da trajetória escolar. O recorte etário evidencia uma situação ainda mais expressiva: entre quilombolas com 65 anos ou mais, 53% são analfabetos, percentual superior ao observado na população geral brasileira nessa mesma faixa etária. Esse dado reflete o efeito acumulado de desigualdades históricas no acesso à educação, especialmente entre gerações mais antigas¹⁸.

Esse panorama dialoga com as desigualdades observadas na população negra brasileira de forma mais ampla. O Censo Demográfico de 2022 aponta que as taxas de analfabetismo entre pessoas pretas (10,1%) e pardas (8,8%) são superiores à observada entre pessoas brancas (4,3%). Tal diferença reforça que as

desigualdades educacionais no Brasil são atravessadas por processos históricos de exclusão social, racismo estrutural e acesso desigual às políticas públicas, afetando de modo particular populações negras e quilombolas³.

No presente estudo, a associação entre maior escolaridade e maior utilização dos serviços de saúde deve ser interpretada à luz desse contexto. A escolaridade não representa apenas um atributo individual, mas também expressa oportunidades desiguais de acesso à educação, à informação e aos direitos sociais. Baixos níveis de escolaridade podem comprometer o letramento em saúde⁹, uma vez que dificuldades na compreensão de orientações terapêuticas, no reconhecimento da importância do acompanhamento contínuo e na navegação pela rede de serviços podem interferir na adesão às práticas preventivas e no seguimento clínico.

Em comunidades quilombolas, essas barreiras educacionais articulam-se a outros determinantes estruturais, como precariedade das condições de vida, racismo institucional, vulnerabilidade territorial e limitações históricas no acesso às políticas públicas. Dessa forma, os achados deste estudo reforçam a necessidade de que as ações da APS considerem o letramento em saúde, as condições socioterritoriais e as especificidades culturais da comunidade, a fim de ampliar o acesso, fortalecer a continuidade do cuidado e reduzir iniquidades¹⁸.

A prevalência de hipertensão autorreferida na população estudada foi de 30,6%, valor semelhante ao observado em outras comunidades quilombolas, como 24% na Bahia, 26% em Sergipe e 45,4% em Vitória da Conquista²⁸⁻³⁰. Em estudo multicêntrico, foi relatada média de 32,8%³¹. Na população geral, a proporção de adultos com pelo menos uma doença crônica, incluindo hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares, situa-se entre 40% e 52%, conforme a Pesquisa Nacional de Saúde 2019²². Esses achados são consistentes com a literatura que relaciona a hipertensão a condições sociais e educacionais precárias e com seu

papel como importante fator de risco para doenças cardiovasculares^{32,33}.

Quando comparados à população brasileira em geral, os resultados apontam diferenças relevantes. Embora a prevalência de hipertensão na comunidade estudada seja semelhante à observada em outros quilombos, ela permanece elevada e superior aos valores médios nacionais para hipertensão isolada, estimados em 23,9% na Pesquisa Nacional de Saúde 2019²². Compreender a hipertensão como fenômeno influenciado por determinantes sociais e comportamentais é fundamental para a formulação de estratégias de saúde pública direcionadas e culturalmente adequadas, tanto para comunidades quilombolas quanto para a população em geral³¹.

No campo da saúde mental, determinantes como baixa escolaridade, exclusão territorial, racismo estrutural e barreiras de acesso influenciam o adoecimento³⁴. Prevalências de transtornos mentais comuns variam entre 13,5% e 19,1%, superiores aos 7% a 8% observados na população geral³⁵. Nesse cenário, os achados do presente estudo, com 18,5% de depressão e 28,7% de ansiedade, evidenciam a persistência de desigualdades estruturais e regionais que afetam a saúde mental de populações vulnerabilizadas. Estudos recentes apontaram prevalência de 38,7% no norte de Minas Gerais e aproximadamente 33% no Rio Grande do Sul³⁵. A precariedade do suporte familiar, as condições de saneamento e as barreiras educacionais comprometem o autocuidado^{8,9}.

A saúde bucal também apresentou problemas relevantes, evidenciados pelo número de extrações dentárias e atendimentos por dor. A literatura indica piores indicadores entre a população negra, com maior perda dentária, autoavaliação negativa da saúde bucal e maior prevalência de cárie, frequentemente associados à discriminação racial estrutural^{36,37}. Na comunidade quilombola de Santa Rita do Botafogo, a água consumida é proveniente de minas naturais não fluoretadas, o que pode contribuir para maior risco de

desenvolvimento da cárie dentária. Embora a ESF seja a principal porta de entrada para os serviços de saúde, a utilização permanece centrada em demandas agudas, caracterizando um cuidado predominantemente reativo. Estratégias que promovam o uso proativo da atenção básica, com ações contínuas de prevenção e promoção da saúde, tendem a fortalecer a APS como espaço de cuidado longitudinal e produção de saúde³⁸⁻⁴⁰. Essas ações são essenciais para ampliar o acesso a serviços culturalmente sensíveis⁴¹⁻⁴⁵.

Em comunidades quilombolas, o cuidado em saúde não se limita aos serviços formais. Ele também se expressa em práticas tradicionais transmitidas entre gerações, como o uso de plantas medicinais, preparos caseiros, rezas, benzimentos e redes comunitárias de apoio. Esses saberes integram os modos de vida da população e constituem formas legítimas de proteção da vida, acolhimento e enfrentamento do adoecimento. Em muitos contextos, tais práticas antecedem ou coexistem com a busca pelos serviços profissionais de saúde, compondo itinerários terapêuticos que articulam cuidado familiar, comunitário e institucional⁴⁶⁻⁴⁸.

Na comunidade quilombola de Santa Rita do Botafogo, essa perspectiva é relevante para interpretar os achados do presente estudo. Embora a UBS tenha sido reconhecida como principal referência assistencial pela maioria dos participantes, os resultados indicam que a utilização dos serviços ainda se concentra em demandas clínicas gerais, episódios agudos e necessidades curativas, incluindo atendimentos odontológicos motivados por dor, extrações e tratamentos. Esse padrão sugere que a disponibilidade formal da APS, embora fundamental, não garante isoladamente a construção de um cuidado integral, preventivo e culturalmente sensível.

Nessa direção, a PNSIPN orienta o enfrentamento do racismo estrutural e institucional como condição para a promoção da equidade em saúde⁵. Assim, condições observadas neste estudo, como hipertensão arterial, sofrimento

psíquico, baixa escolaridade e uso predominantemente reativo dos serviços, não devem ser interpretadas apenas a partir de escolhas individuais ou comportamentos isolados. Esses achados podem ser compreendidos como expressão de processos históricos de exclusão social, vulnerabilidade territorial, racismo ambiental e acesso desigual às políticas públicas¹⁵⁻¹⁷.

A desvalorização ou invisibilização dos saberes tradicionais pelos serviços formais pode produzir distanciamento entre comunidade e UBS, fragilizando o vínculo, reduzindo a adesão às ações preventivas e reforçando barreiras simbólicas de acesso. Por outro lado, o reconhecimento das práticas locais de cuidado pode fortalecer a relação entre profissionais e comunidade, favorecendo uma atenção mais resolutiva, humanizada e coerente com os modos de vida do território.

Estratégias fundamentadas na educação popular em saúde, como rodas de conversa, escuta qualificada, participação comunitária e valorização das práticas tradicionais, podem contribuir para a construção compartilhada do cuidado, fortalecer o vínculo entre profissionais e comunidade e ampliar a efetividade das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos⁴⁹.

Este estudo apresenta limitações próprias do delineamento transversal, que não permite estabelecer relações de causalidade. O uso de informações autorreferidas também pode ter introduzido vieses de memória e desejabilidade social. Além disso, por ter sido conduzido em uma única comunidade, os resultados refletem uma realidade local e não podem ser generalizados para todos os territórios quilombolas.

Apesar dessas restrições, o estudo oferece contribuições relevantes. A coleta de dados primários no território permitiu captar aspectos locais de acesso, uso dos serviços e organização do cuidado pouco acessíveis em estudos baseados em fontes secundárias. O trabalho disponibiliza evidências inéditas sobre a utilização dos serviços de saúde em uma comunidade quilombola de Minas Gerais, destacando a centralidade do ACS no acesso

e no fortalecimento do vínculo com a APS. A maior utilização dos serviços por mulheres e o menor acesso entre homens revelam barreiras culturais que precisam ser consideradas nas ações de cuidado. Ao integrar essas dimensões, o estudo amplia a compreensão dos determinantes que estruturam o uso dos serviços em comunidades quilombolas e oferece subsídios para o aprimoramento de práticas e políticas de saúde mais responsivas às especificidades culturais desse grupo populacional.

Conclusões

A comunidade quilombola Santa Rita do Botafoço apresenta vulnerabilidades sociais expressas pela baixa escolaridade e pela elevada frequência de hipertensão arterial e ansiedade autorreferidas. O predomínio de mulheres na população estudada deve ser compreendido à luz das desigualdades de gênero, que podem repercutir nas condições de vida, na sobrecarga de cuidado e no uso dos serviços de saúde. Apesar dessas vulnerabilidades, observou-se forte vínculo com a unidade de saúde local, reconhecida como referência pela ampla maioria dos residentes.

Entretanto, a análise da utilização dos serviços revelou que mulheres e indivíduos com

maior escolaridade apresentaram maior probabilidade de procurar atendimento médico, indicando que o acesso formalmente disponível não se traduz, necessariamente, em uso equitativo dos serviços. Os achados apontam a persistência de barreiras relacionadas à escolaridade, às condições socioambientais, ao gênero e às especificidades socioculturais do território, as quais interferem no uso efetivo da atenção à saúde.

Assim, recomenda-se o fortalecimento de ações intersetoriais, atividades educativas e estratégias que ampliem o alcance da APS de forma culturalmente sensível, dialógica e articulada aos modos de vida e aos saberes locais da comunidade. Tais ações devem contribuir para a redução das iniquidades, o fortalecimento do vínculo entre serviço e território e a garantia do direito à saúde da população quilombola.

Contribuições de autoria

Souza NR (0000-0003-1886-9559)* e Zanin L (0000-0003-0218-9313)* contribuíram igualmente para elaboração e revisão do manuscrito. Flório FM (0000-0001-7742-0255)* contribuiu para a revisão final do manuscrito. ■

Referências

1. Araújo RLMS, Araújo EM, Silva HP, et al. Condições de vida, saúde e morbidade de comunidades quilombolas do semiárido baiano, Brasil. *RBSP*. 2019;43(1):226-46. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2019.v43.n1.a2988>
2. Pereira RN, Mussi RFF. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise da produção bibliográfica. *ODEERE*. 2020;5(10):280-303. DOI: <https://doi.org/10.22481/odeere.v5i10.6938>
3. Gusmão NMM. Quilombos, quilombolas: dizeres acadêmicos, jurídicos e políticos. In: Carvalho APC, Oliveira OM, Mombelli R, organizadores. *Quilombos: direitos e conflitos em tempos de pandemia*. Brasília, DF: ABA; 2023. p. 19-52.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN). Dossiê Quilombos. Rio de Janeiro: IPHAN; 2007.
5. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. 3ª ed. Brasília, DF: MS; 2017.
6. Durand MK, Heidemann ITSB. Determinantes sociais de uma comunidade quilombola e a interface com a promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03451. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018007703451>
7. Mota AN, Maciel ES, Quaresma FRP, et al. A look at vulnerability: analysis of the lack of access to health care for quilombolas in Brazil. *J Hum Growth Dev*. 2021;31(2):302-9. DOI: <https://doi.org/10.36311/jhgd.v31.11404>
8. Nascimento VB, Arantes ACV, Carvalho LG. Vulnerabilidade e saúde de mulheres quilombolas. *Saúde Soc*. 2022;31(3):e210024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210024pt>
9. Rosa LGF, Araújo MS. Percepção de saúde de uma população quilombola localizada em região urbana. *Aletheia* [Internet]. 2020 [acesso em 2026 ago 3];53(1):109-120. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942020000100010&lng=pt
10. Dimenstein M, Belarmino VH, Martins ME, et al. Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural. *Amazonica Rev Antropol*. 2020;12(1):205-29. DOI: <https://doi.org/10.18542/amazonica.v12i1.8303>
11. Ministério da Saúde (BR). Boletim de Saúde da População Negra. Brasília, DF: MS; 2023.
12. Pereira RN, Mussi RF. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola. *ODEERE*. 2020;5(10):280-303 DOI: <https://doi.org/10.22481/odeere.v5i10.6938>
13. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica – Atualização 2023. Brasília, DF: MS; 2023.
14. Bittencourt LJ, Santana KSO, Santos DSM. Saúde da população negra na atenção primária: incompreensão que legitima iniquidade em tempos de Covid-19. *Saúde Debate*. 2023;47(137):31-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313702>
15. Félix-Silva AV, Oliveira MMS, Bezerra LLS. Cartografia da luta e resistência de uma comunidade de pesca artesanal. *Saúde Debate*. 2020;44(Esp 2):303-315. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E221>
16. Jesus V. Racializando o olhar (sociológico) sobre a saúde ambiental em saneamento da população negra: um continuum colonial chamado racismo ambiental. *Saude Soc*. 2020;29(2):e180519. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180519>
17. Rodrigues JF. Racismo ambiental. *Refir*. 2024;7(1):150-61. DOI: <https://doi.org/10.29327/2695797.1-12>
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: quilombolas: primeiros resultados do universo [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [acesso 2026 ago 3]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=2102016&view=detalhes>
19. Lacerda EP, Lima SF, Oliveira BLCA. Health of quilombola children as a challenge for the Sustainable Development Goals: a scoping review. *Rev Bras Enferm* 2024;77:e20240106. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0106>
20. Marques GCM, Ferreira SL, Almeida ES, et al. Factors associated with the health and reproductive autonomy of Quilombola women in Brazil. *Invest Educ Enferm*. 2024;42(1):e10. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v42n1e10>
21. Silva-Sobrinho AR, Lima NLB, Ramos LFS, et al. Access to dental services in an elder population of African descent in Brazil. *Gerodontology*. 2024;41(1):54-8. DOI: <https://doi.org/10.1111/ger.12726>

22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso em 2026 ago 2]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?id=2101764&view=detalhes>
23. Pinho L, Dias RL, Cruz LMA, et al. Condições de saúde de comunidade quilombola. *J Res Fundam Care*. 2015;7(1):1847-55. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1847-1855>
24. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing [Internet]. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2024 [acesso em 2025 abr 24]. Disponível em: <https://www.R-project.org/>
25. Cobo B, Cruz C, Dick PC. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(9):4021-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>
26. Santos FV, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, et al. Knowledge and practices about health among Quilombola men: contributions to health care. *Rev Bras Enferm*. 2023;76(Supl 2):e20230138. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0138>
27. Silva FR, Gomes WS. Masculinidades quilombolas: características e produção de adoecimento em um quilombo urbano do Nordeste brasileiro. *Interface (Botucatu)*. 2025;29(Supl 1):e240331. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.240331>
28. Pauli S, Bairros FS, Nunes LN, et al. Prevalência autorreferida de hipertensão e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(9):3293-303. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.28002017>
29. Santos DMS, Prado BS, Oliveira CCC, et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica em comunidades quilombolas do Estado de Sergipe, Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2019;113(3):383-90. DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.20190143>
30. Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, et al. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(9):1889-902. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164912>
31. Borges VM, Kimura L. Panorama da hipertensão arterial nos quilombos do Brasil: uma revisão narrativa. *Physis*. 2023;33:e33050. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333050>
32. Matos FB, Vasconcelos LRC, Rocha SV, et al. Subdiagnóstico de hipertensão arterial. *RSD*. 2021;10(2):e37210211055.
33. World Health Organization. Hypertension: fact sheet [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [acesso em 2026 ago 2]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
34. Batista EC, Rocha KB. Saúde mental em comunidades quilombolas. *Interações*. 2020;21(1):35-50.
35. Queiroz PSF, Rodrigues Neto JF, Miranda LP, et al. Transtornos Mentais Comuns em quilombolas rurais do Norte de Minas Gerais, Brasil [Common Mental Disorders in rural “quilombolas” in the North of Minas Gerais, Brazil]. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(6):1831-1841. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.15022022>
36. Henshaw MM, Karpas S. Oral health disparities and inequities in older adults. *Dent Clin North Am*. 2021;65(2):257-73. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cden.2020.11.004>
37. Jamieson LM. Racism and oral health inequities: an introduction. *Community Dent Health*. 2021;38(2):131-2. DOI: https://doi.org/10.1922/CDH_IADRJamiesonIntro01
38. Prado NMBL, Santos AM. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. *Saúde Debate*. 2018;42(Esp 1):379-95. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S126>

39. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(2):186-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900026>
40. Oliveira LGF, Fraccolli LA, Castro DMCL, et al. Longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: explorando a continuidade do cuidado ao longo do tempo. *Arq Cienc Saude UNIPAR.* 2023;27(7):3385-95. DOI: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i7.2023-009>
41. Müller MR, Lima RC, Ortega F. Repensando a competência cultural nas práticas de saúde no Brasil: por um cuidado culturalmente sensível. *Saúde Soc.* 2023;32(3):e210731pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210731pt>
42. Matos DM, Cunha RO, Elias GP, et al. Iniquidades raciais no acesso a serviços odontológicos: uma revisão integrativa. *Arq Odontol.* 2024;60:e15. DOI: <https://doi.org/10.35699/2178-1990.2024.48929>
43. Reis LAO, Miranda SS, Fonseca BR, et al. Associação entre iniquidades raciais e condição de saúde bucal: revisão sistemática. *Ciênc saúde coletiva.* 2024;29(3):e04882023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.04882023>
44. Santos IN, Black TLP, Silva KV, et al. O racismo estrutural e seu impacto na saúde do adolescente afrodescendente brasileiro. *Physis.* 2024;34:e34025. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434025pt>
45. Silva LWS, Souza GA, Barbosa AAL, et al. Saberes de quilombos nas práticas de saúde: um estudo de revisão sistemática de literatura. *ODEERE.* 2024;9(3):134-58. DOI: <https://doi.org/10.22481/odeere.v9i3.15023>
46. Santos RC, Silva MS. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *Saúde Soc [Internet].* 2014;23(3):1049-63. [acesso em 2026 maio 12]. Disponível em: https://revistas.usp.br/sausoc/pt_BR/article/view/88586
47. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [acesso 2026 maio 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
48. Gomes RF, Oliveira PSD, Silva MLO, et al. Itinerários terapêuticos no cuidado em saúde em comunidades quilombolas. *Ciênc saúde coletiva.* 2024;29(3):e01602023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.01602023>
49. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 20 nov 2013; Seção 1:62.

Recebido em 28/11/2025

Aprovado em 03/07/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Camila Elizandra Rossi, Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Realeza (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4570265927067952>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0925-0703>, e-mail: camilarossi@uffs.edu.br