

Qualidade de vida e condições de saúde na comunidade Quilombola do Pastinho, Município de Tanhaçu, Estado da Bahia (BA), Brasil

**Quality of life quality of life and health conditions in the Quilombola Community of Pastinho,
Municipality of Tanhaçu, State of Bahia (BA), Brazil**

**Calidad de Vida y condiciones de salud en la comunidad Quilombola de Pastinho, Municipio de
Tanhaçu, Estado de Bahía (BA), Brasil**

Recebido: 16/10/2025 | Revisado: 03/11/2025 | Aceitado: 04/11/2025 | Publicado: 06/11/2025

Maria Luiza Silva Pires

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5743-1713>
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil

E-mail: malusilvapires104@gmail.com

Sandra Mara Bispo Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6322-2570>
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil

E-mail: sandra.mara@uesb.edu.br

Resumo

O Brasil, marcado pela miscigenação e pelo legado da escravidão, apresenta profundas desigualdades sociais que ainda afetam comunidades negras e quilombolas, refletindo-se em acesso limitado a serviços de saúde e elevada prevalência de doenças. Este estudo teve como objetivo analisar a qualidade de vida dos moradores da comunidade quilombola do Pastinho, situada em Tanhaçu-BA e reconhecida em 2013 pela Fundação Cultural Palmares. A pesquisa, de caráter descritivo e quantitativo, foi realizada entre janeiro e março de 2025, por meio de questionários estruturados abordando variáveis sociodemográficas, condições de moradia, saúde, alimentação e trabalho, aplicados a 69 das 110 famílias da comunidade. Os dados foram organizados em planilhas e analisados no software JASP, utilizando estatística descritiva e o teste do qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5% ($p<0,05$). Os resultados evidenciaram predominância feminina entre os respondentes (95,65%) e idade média de 45,49 anos. Observou-se fragilidade educacional, com 50,72% com ensino fundamental incompleto e 18,84% analfabetos. A maioria trabalha em ocupações informais, especialmente na agricultura, e a comunidade enfrenta ausência de saneamento básico, água potável e coleta de lixo. Em termos de saúde, 57,97% relataram pelo menos uma doença crônica, como hipertensão ou diabetes, e cerca de 20% convivem com múltiplas comorbidades; não houve relatos frequentes de doenças monogênicas, como anemia falciforme. Conclui-se que a comunidade do Pastinho apresenta vulnerabilidades sociais e sanitárias significativas, evidenciando a necessidade de políticas públicas específicas que promovam equidade em saúde.

Palavras-chave: Comunidades quilombolas; Qualidade de vida; Saúde da população negra.

Abstract

Brazil, marked by miscegenation and the legacy of slavery, presents deep social inequalities that still affect Black and quilombola communities, reflected in limited access to healthcare services and a high prevalence of diseases. This study aimed to analyze the quality of life of residents in the Pastinho quilombola community, located in Tanhaçu-BA and officially recognized in 2013 by the Fundação Cultural Palmares. The research, descriptive and quantitative in nature, was conducted between January and March 2025 through structured questionnaires addressing sociodemographic variables, housing conditions, health, nutrition, and work, applied to 69 of the 110 families in the community. Data were organized in spreadsheets and analyzed using the JASP software, with descriptive statistics and Pearson's chi-square test, adopting a significance level of 5% ($p<0.05$). Results showed a predominance of female respondents (95.65%) with a mean age of 45.49 years. Educational fragility was observed, with 50.72% having incomplete primary education and 18.84% being illiterate. Most residents work in informal occupations, especially in agriculture, and the community faces the absence of basic sanitation, safe drinking water, and waste collection. In terms of health, 57.97% reported at least one chronic disease, such as hypertension or diabetes, and about 20% reported multiple comorbidities; there were no frequent reports of monogenic diseases, such as sickle cell anemia. It is concluded that the Pastinho community presents significant social and health vulnerabilities, highlighting the need for specific public policies to promote health equity.

Keywords: Quilombola communities; Quality of life; Black population health.

Resumen

Brasil, marcado por la mestización y el legado de la esclavitud, presenta profundas desigualdades sociales que aún afectan a las comunidades negras y quilombolas, reflejándose en un acceso limitado a los servicios de salud y una alta prevalencia de enfermedades. Este estudio tuvo como objetivo analizar la calidad de vida de los habitantes de la comunidad quilombola de Pastinho, situada en Tanhaçu-BA y reconocida oficialmente en 2013 por la Fundación Cultural Palmares. La investigación, de carácter descriptivo y cuantitativo, se realizó entre enero y marzo de 2025 mediante cuestionarios estructurados que abordaron variables sociodemográficas, condiciones de vivienda, salud, alimentación y trabajo, aplicados a 69 de las 110 familias de la comunidad. Los datos fueron organizados en hojas de cálculo y analizados con el software JASP, utilizando estadística descriptiva y la prueba de chi-cuadrado de Pearson, con un nivel de significancia del 5% ($p<0,05$). Los resultados evidenciaron predominio femenino entre los encuestados (95,65%) y una edad media de 45,49 años. Se observó fragilidad educativa, con 50,72% con educación primaria incompleta y 18,84% analfabetos. La mayoría trabaja en ocupaciones informales, especialmente en la agricultura, y la comunidad carece de saneamiento básico, agua potable y recolección de basura. En cuanto a la salud, el 57,97% informó al menos una enfermedad crónica, como hipertensión o diabetes, y alrededor del 20% convive con múltiples comorbilidades; no se reportaron frecuentemente enfermedades monogénicas, como la anemia falciforme. Se concluye que la comunidad de Pastinho presenta vulnerabilidades sociales y sanitarias significativas, lo que evidencia la necesidad de políticas públicas específicas que promuevan la equidad en salud.

Palabras clave: Comunidades quilombolas; Calidad de vida; Salud de la población negra.

1. Introdução

O conceito de qualidade de vida tem se consolidado como um eixo central em pesquisas das áreas da saúde, ciências sociais e políticas públicas, uma vez que abrange múltiplas dimensões que ultrapassam a mera ausência de doenças. Estudos desenvolvidos em comunidades quilombolas utilizando o instrumento WHOQOL-BREF têm evidenciado vulnerabilidades específicas que refletem desigualdades estruturais e contextuais (Fernandes, 2020; Silva et al., 2019; Souza, 2025). Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, inserida no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais está envolvido, em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1995). Assim, trata-se de um construto multidimensional que engloba aspectos físicos, psicológicos, sociais, econômicos, ambientais e culturais (Minayo et al., 2000).

A análise da qualidade de vida em comunidades quilombolas demanda, contudo, a compreensão de seu contexto histórico e cultural. No Brasil colonial, indivíduos que resistiam à escravidão fugiam e se estabeleciam em áreas de difícil acesso, formando os chamados quilombos (Reis, 1996). O termo “quilombo” possui origem banto e remete a acampamento, fortaleza, povo ou lugar (Freitas et al., 2011). Schmitt et al. (2002) destacam que a noção de quilombo se refere não apenas a um espaço físico, mas também a um legado cultural e material que assegura identidade, pertencimento e continuidade histórica aos descendentes de africanos escravizados.

As comunidades quilombolas contemporâneas constituem, portanto, expressões históricas de resistência, autodeterminação e preservação cultural. Segundo o Censo Quilombola do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), aproximadamente 1,3 milhão de pessoas se identificam como quilombolas, sendo que 61,7% residem em áreas rurais, proporção que atinge 87,4% nos territórios oficialmente reconhecidos. Essa predominância rural e o consequente isolamento geográfico resultam em implicações profundas no acesso a direitos fundamentais, como moradia adequada, saneamento básico, educação e serviços de saúde, aspectos diretamente relacionados à qualidade de vida e à equidade social.

No fim do século XIX, o higienismo no Brasil foi influenciado por ideias europeias marcadas pela eugenia e pelo determinismo ambiental, associando raça a patologias físicas e morais. A população negra, vista como vetor de doenças, foi alvo de políticas de higienização urbana que reforçavam o racismo sob a justificativa da saúde pública. Essa ideologia alimentou políticas voltadas ao “clareamento” racial, embora o discurso sanitário da época defendesse a intervenção no meio ambiente como estratégia para erradicar doenças, na prática, as ações seguiam uma lógica racial excludente, como também ocorria em países europeus e nos Estados Unidos. Nesse contexto, enfermidades que afetavam majoritariamente a populaç

negra, como a tuberculose e a varíola, foram sistematicamente ignoradas pelas políticas públicas. Essas práticas deixaram um legado de exclusão institucional que, ao longo do século XX, contribuiu para o acesso desigual da população negra ao sistema único de saúde (SUS) e para a persistente invisibilidade de suas demandas sanitárias (Maio & Santos, 2010).

A inclusão da população negra nas discussões sobre saúde pública no Brasil começou a ganhar maior visibilidade a partir dos anos 2000, especialmente após a Conferência Mundial contra o Racismo, realizada em Durban em 2001. A partir desse marco, organizações sociais e pesquisadores passaram a pressionar o Estado brasileiro a reconhecer o racismo como determinante das iniquidades em saúde. Esse processo marcou uma inflexão importante no campo da saúde coletiva latino-americana, ao incorporar a questão racial como elemento analítico e político central nas ciências sociais em saúde, culminando na formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Minayo & Coimbra, 2005).

Ao longo do tempo, diversas iniciativas e políticas públicas foram desenvolvidas com o objetivo de promover a atenção à saúde da população negra. Com destaque para o Painel de Saúde da População Negra criado em 2024, que oferece dados desagregados por raça/cor sobre doenças transmissíveis, mortalidade, acesso ao SUS, violência e outros determinantes sociais, em 2001, foi criado o Programa Nacional de Anemia Falciforme, voltado para o diagnóstico e tratamento dessa doença que afeta principalmente a população negra e 2007, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra foi estabelecida para promover a saúde integral desse grupo, focando na redução das desigualdades étnico-raciais, no combate ao racismo nas instituições de saúde, na capacitação dos profissionais do SUS e na divulgação de informações, com o objetivo de melhorar as condições de saúde, educação, moradia e trabalho e o Programa Brasil Quilombola e Secretaria Especial de Políticas e Promoção para a Igualdade Racial (SEPPIR) (Brasil, 2010; Brasil, 2024).

A respeito das evidências citadas e a falta de escassez de estudos que possibilitem visibilidade às condições de qualidade de vida e saúde das populações quilombolas no Brasil, este estudo tem como objetivo analisar a qualidade de vida dos indivíduos da comunidade quilombola do Pastinho, no município de Tanhaçu-BA.

2. Metodologia

Realizou-se uma pesquisa social com uso de questionários, num estudo de natureza quantitativa (Pereira et al., 2018) e com uso de estatística descritiva simples com classes de dados e valores de frequência absoluta e frequência relativa percentual (Shitsuka et al., 2014) e com análise estatística (Vieira, 2021). Desta forma, apresenta-se o tipo de estudo realizado em termos de metodologia científica. O estudo foi conduzido na comunidade quilombola do Pastinho, localizada no município de Tanhaçu-BA. A comunidade foi reconhecida em 2013 como remanescente de quilombo pela Fundação Cultural Palmares (FCP) (Fundação Cultural Palmares, 2024). O município de Tanhaçu possui uma área territorial de 1.277,515 km² e uma população estimada em 21.741 habitantes (IBGE 2024). De acordo com a líder da comunidade, Maria Leôncia dos Santos a comunidade conta com aproximadamente 417 habitantes.

A coleta de dados foi realizada por meio de visitas domiciliares. Durante essas visitas, os participantes foram informados, de forma clara e objetiva, acerca dos objetivos, procedimentos e implicações da pesquisa e questionados acerca da aceitação em participar. Após a manifestação de concordância, os indivíduos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o questionário sobre a qualidade de vida era aplicado.

As informações foram obtidas por meio da aplicação de um questionário estruturado de qualidade de vida, realizado no período de 20 de janeiro a 7 de março de 2025, contemplando informações sociodemográficas e aspectos relacionados às condições de moradia, trabalho, saúde e alimentação dos participantes.

Os dados foram tabulados em planilha Excel e analisados com o auxílio do software JASP (versão 0.19.3). Foram realizadas análises descritivas, por meio de frequências absolutas e relativas, para a caracterização da amostra. Em seguida,

empregou-se o teste do qui-quadrado de Pearson para verificar associações entre variáveis categóricas, adotando-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UESB sobre parecer CAAE: 76949623.9.0000.0055.

3. Resultados e Discussão

Os resultados deste estudo evidenciam o perfil epidemiológico da comunidade quilombola do Pastinho do município de Tanhaçu - BA, revelando indicadores sensíveis das condições de vida dessa população tradicional. Esses achados estão em consonância com investigações realizadas em outras regiões do Brasil, que também demonstraram elevadas prevalências de doenças crônicas, vulnerabilidades socioeconômicas e barreiras no acesso aos serviços de saúde entre comunidades quilombolas (Silva et al., 2025; Costa et al., 2022; Mielke et al., 2020; Freitas et al., 2018; Viana et al., 2014; Bezerra et al., 2013; Brasil, 2001).

Foram entrevistadas 69 famílias, das 110 famílias residentes na comunidade. O número de famílias não incluídas no estudo deveu-se à recusa em participar da pesquisa e, em sua maioria, à ausência de moradores nas residências após quatro tentativas consecutivas de visita. Observou-se uma frequência maior do sexo feminino (95,65%) nas respostas dos questionários em relação ao sexo masculino. Verificou-se que a média de idade é de 45,49 anos (IC 95%). Contudo, praticamente mais da metade do principal provedor de renda na família tem o ensino fundamental incompleto (50,72%) e 18,84% não sabem ler e nem escrever (Tabela 1).

A predominância do sexo feminino (95,65%) superior ao sexo masculino, reflete um padrão já observado em estudos com comunidades quilombolas. Essa maior representação feminina pode estar relacionada tanto a fatores demográficos quanto ao protagonismo das mulheres nas questões de saúde, atividades domésticas e organização comunitária (Bezerra et al., 2013; Silva, 2007; Amorim et al., 2013 Souza et al., 2022).

Em relação à idade, a maioria dos participantes tinha entre 30 e 59 anos (60,46%), evidenciando uma população em idade produtiva, faixa equivalente à encontrada na comunidade quilombola de Curiaú, Macapá (AP) (Ferreira, 2015). No entanto, a presença significativa de idosos (20,29%) aponta para o envelhecimento da comunidade, o que exige atenção das políticas públicas, especialmente no que se refere ao acesso a cuidados em saúde e à seguridade social, conforme também abordado pelo IBGE (2022).

A maioria (60%) dos trabalhadores exercem atividades informais, com predominância de ocupações ligadas à agricultura e trabalham entre 20-40 horas semanais, no entanto, mais de 90% se sente satisfeito com sua situação de trabalho. Quanto ao ensino escolar, mais de 40% dos entrevistados o classificaram como regular. A comunidade não possui uma escola própria, o que obriga crianças e adolescentes a percorrerem longas distâncias para acessar a educação formal. Algumas mães relatam contar com o apoio de uma professora formada residente na própria comunidade, que oferece aulas de reforço. Apesar das dificuldades, boa parte delas afirmam que todos os seus filhos estão frequentando a escola regularmente. Todos os entrevistados se autodeclararam quilombolas e negros (entendendo negro enquanto categoria social, que inclui pretos e pardos), exceto 3 pessoas que se autodeclararam branca (Tabelas 1 e 2).

Um dado importante revelado por este estudo, que confirma resultados já presentes na literatura, refere-se à condição de trabalho da população quilombola: mais de 63,77% atuam no setor informal. Essa situação é comum a todas as comunidades remanescentes de quilombos, destacando-se especialmente as funções de lavrador e agricultor, que representam a maior parte das ocupações informais (Silva, 2007; Amorim et al., 2013; Cabral-Miranda et al., 2010; Santos & Silva, 2014).

O limitado acesso à educação formal tem sido identificado como um dos principais elementos na perpetuação da pobreza e da informalidade no mercado de trabalho entre as pessoas negras. Evidências apontam que comunidades

quilombolas enfrentam vulnerabilidades diretamente relacionadas à baixa escolarização e à predominância em estratos socioeconômicos menos favorecidos. De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) do IBGE (2024), brancos estudam em média 10,8 anos, enquanto negros estudam em média 9,2 anos, resultando em uma diferença de 1,6 ano a menos para os negros. Essa desigualdade educacional contribui para o acesso restrito a ocupações formais e de maior valorização social, mantendo significativa parcela da população negra em contextos de trabalho informal (Batista et al., 2013; Cruz, 2006).

Observou-se que mais da metade da amostra (50,72%) possuía apenas o ensino fundamental incompleto, e 18,84% se declararam analfabetos. Esses índices superam consideravelmente a média nacional. De acordo com o Censo Demográfico de 2022, a taxa de analfabetismo entre a população quilombola com 15 anos ou mais é de 18,99%, quase três vezes maior do que a observada na população geral do país (6,0%) (IBGE, 2022). Esses números refletem o histórico de exclusão educacional enfrentado por essas comunidades, associando-se à falta de escolas próximas, à evasão escolar e à baixa permanência no sistema educacional (IBGE Educa, 2022).

Tabela 1 - Caracterização das condições demográficas e socioeconômicas da comunidade do Pastinho, Bahia, Brasil - 2025.

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	66	95,65
Masculino	3	4,35
Idade (anos)		
17-29	11	15,92
30-44	25	36,23
45-59	17	24,23
≥ 60	14	20,29
Escolaridade do principal provedor de renda		
Analfabeto (a)	13	18,84
Médio completo	14	20,29
Médio incompleto	2	2,90
Fundamental completo	2	2,90
Fundamental incompleto	35	50,72
Superior completo	3	4,35
Qualidade do ensino		
Bom	23	33,33
Regular	30	43,47
Ruim	16	23,19

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Tabela 2 - Caracterização das condições demográficas e socioeconômicas da comunidade do Pastinho, Bahia, Brasil – 2025.

Variável	n	%
Situação atual de trabalho		
Lavrador (a)	44	63,77
Aposentado (o)	19	27,54
Desempregado (a)	4	5,80
Trabalhador formal (a)	2	2,90
Carga horária de trabalho semanal		
20 hr	18	26,09
20-40 hr	44	63,77
40hr ou mais	7	10,14
Principal fonte de renda da família		
Agricultura	59	85,51
Benefício Social	10	14,49
Tipo de benefício social		
Bolsa família	53	76,81
Benefício de Prestação Continuada	1	1,45
Nenhum	15	21,74
Frequência de falta de dinheiro		
Às vezes	57	82,61
Muitas vezes	13	18,84
Sempre	3	4,35
Satisfação com o trabalho		
Satisfeito	67	97,10
Insatisfeito	2	2,90
Melhoria na situação de emprego e renda		
Criação de oportunidades de emprego na região	36	52,17
Melhorias no acesso à educação e saúde	24	34,79
Aumento no valor dos benefícios sociais	5	7,25
Maior apoio para atividades autônomas e empreendedoras	4	5,78

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Apesar de 76,81% receberem o bolsa família, muitas pessoas ainda estão em condição de vulnerabilidade social permanecem sem o amparo efetivo das políticas públicas, realidade que também se verifica em diversas comunidades quilombolas espalhadas pelo território nacional (Brasil, 2012).

A ausência total de água potável, rede de esgoto e coleta de lixo na comunidade quilombola do Pastinho (Tabela 3) demonstra uma grave desigualdade ambiental que afeta diretamente suas condições de vida e saúde. O estudo da Fiocruz Minas (2025) sobre a comunidade de Croatá (MG) confirma a precariedade do acesso à água tratada: os moradores dependem de captação de água da chuva ou de caminhões-pipa sem qualquer controle de qualidade e recorrem ao uso do rio para higiene, o que pode causar parasitoses e outras enfermidades.

A precariedade das condições sanitárias em vastos territórios quilombolas representa um risco significativo à saúde dessas populações. Neste estudo, observou-se que 100% das moradias não dispõem de sistema de esgotamento sanitário, sendo os dejetos destinados principalmente a fossas rudimentares, situação que se repete em diversas comunidades quilombolas brasileiras (Bezerra et al., 2013; Silva, 2007; Santos & Silva, 2014; Melo & Silva, 2015). Além disso, segundo IBGE (2022) em áreas rurais quilombolas, 83,37 % dos domicílios não dispõem de rede de esgoto, índice 8 pontos percentuais superior ao 75,37 % registrado nas demais zonas rurais do país.

No que diz respeito à gestão de resíduos sólidos na comunidade em estudo, constatou-se que 100% dos domicílios não dispõem de coleta regular de lixo, resultando na queima ou descarte em terrenos baldios. Esse cenário se mostra mais crítico do

que em outras comunidades quilombolas: na Bahia, por exemplo, 93,4% dos resíduos são queimados ou enterrados, ao passo que no Pará essa proporção é de 87,5%, e na Paraíba, de 86% (Melo & Silva, 2015; Silva, 2007).

Tabela 3 - Características das condições ambientais da comunidade do Pastinho, Bahia, Brasil - 2025.

Variável	n	%
Qualidade da moradia		
Boa	51	73,91
Regular	17	24,64
Ruim	1	14,5
Número de cômodos		
Até 5	15	26,09
6-10	48	69,56
11 á mais	3	43,5
Quantidade de automóveis de passeio		
1-4	53	76,81
Não possuir	16	23,19
Abastecimento de água		
Sim	69	100
Origem da água consumida		
Rio ou açude	69	100
Rede de saneamento básico		
Não possuir	69	100
Destino do lixo		
Queima ou enterra	69	100
Satisfação com as condições gerais da casa		
Satisffeito	44	63,77
Muito satisffeito	21	30,43
Insatisffeito	4	5,80

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Quanto às condições de saúde, mais de 70% dos participantes autoavaliaram sua saúde física e mental como boa nas quatro semanas anteriores à pesquisa. No entanto, 47,83% relataram buscar atendimento médico apenas em casos de emergência, e mais de 80% nunca haviam realizado consultas com profissionais da psicologia ou psiquiatria, indicando possível negligência ou barreiras no cuidado com a saúde mental. Além disso, mais da metade dos entrevistados declarou ter pelo menos uma doença crônica, com destaque para hipertensão arterial, diabetes mellitus, depressão, ansiedade, glaucoma, artrose, epilepsia, gastrite e enxaqueca. Ressalta-se ainda que mais de 20% convivem com duas ou mais dessas condições simultaneamente. No que se refere à “pessoa com deficiência”, 10,14% relataram possuir um tipo de “deficiência”, sendo elas deficiência intelectual, paralisia infantil, autismo, transtorno bipolar, e síndrome não especificada, enquanto 2,9% convivem com dois tipos distintos (Tabela 4).

Todavia, com relação a autoavaliação de saúde mental e física mais de 70% avaliou como boa, um dado similar se reflete num levantamento conduzido em 2014 no município de Vitória da Conquista (BA) e Alcântara (MA) (2014) que investigou a autoavaliação do estado de saúde e seus fatores associados, apontando que 44,5% e 37% dos participantes consideravam sua saúde como boa, enquanto 43,1% e 48,1% a classificaram como regular, respectivamente. Já em relação à 47,83% só irem ao médico em caso de emergência corrobora com um estudo com mulheres quilombolas do norte de Minas Gerais (Oliveira, 2024) que destaca justamente esse comportamento: nos casos de doenças graves, a atenção inicial raramente é procurada em serviço formal, muitas vezes é prestada por familiares ou vizinhos, e apenas posteriormente ocorre a ida ao

atendimento especializado, sobretudo por dificuldade de acesso e transporte inadequado à unidade de saúde. Apesar de mais de 80% nunca ter ido à consulta psicológica ou psiquiátrica, estudos conduzidos por Queiroz et al (2023) em uma comunidade quilombola de Minas Gerais, apontaram que mais de 60% dos entrevistados apresentam “algum sentimento depressivo”.

A respeito das doenças crônicas nos sujeitos estudados, 57,97% relataram que têm pelo menos um tipo e 26,09% convive com dois ou mais tipos de doenças crônicas simultaneamente, com destaque para hipertensão arterial com maior frequência (25,74%). Contrariamente a esses resultados, um estudo com a comunidade Mola, no Pará (Melo, 2015), 87,1% dos adultos apresentavam doenças crônicas relacionadas ao sistema digestivo, 50,9% tinham problemas de pele e 48,1% apresentaram pré ou hipertensão arterial, valores muito superiores ao estimado na população geral. Já em estudos de Queiroz et al (2023) em uma comunidade quilombola de Minas Gerais demonstrou a prevalência de hipertensão arterial de 35,7%, todavia, essa prevalência se mostrou inferior à de outras pesquisas realizadas com quilombolas do Maranhão (70,4%) mostrando a alta prevalência de hipertensão arterial em cada comunidade estudada (Silva et al., 2016).

Embora 13,04% dos entrevistados tenham algum tipo de “deficiência funcional” não existe até então um estudo quantitativo diretamente comparável em outras comunidades quilombolas, a abordagem etnográfica de Silva (2021) confirma que a “deficiência funcional” está presente e inserida culturalmente. Esse percentual encontrado reflete uma expressão válida desse grupo invisibilizado, reforçando a necessidade de reconhecimento e apoio comunitário.

Tabela 4 - Caracterização da situação de saúde e hábitos de vida da comunidade do Pastinho, Bahia, Brasil - 2025.

Variável	n	%
Autoavaliação da saúde mental		
Boa	51	73,91
Regular	15	21,74
Ruim	3	7,25
Autoavaliação da saúde física		
Boa	54	78,26
Regular	10	14,49
Ruim	5	7,25
Frequência de consultas médicas		
Regularmente	23	33,33
Ocasionalmente	13	18,84
Somente em emergências	33	47,83
Atendimento psicológico/psiquiátrico		
Às vezes	18	26,09
Muitas vezes	2	2,90
Nunca	49	59,50
Participação em programas de prevenção à saúde		
Sim	69	100
Presença de doenças crônicas		
Sim	40	57,97
Não	29	42,03
Tipo de doença crônica		
1 tipo	22	31,88
2 ou mais	18	26,09
Nenhum tipo	22	31,88
Presença de pessoas com deficiência		
Sim	9	13,04
Não	60	86,96
Tipo de deficiência		
Um tipo	7	10,14
Dois tipos	2	2,90
Nenhum tipo	60	86,96
Tipo de parente com deficiência		
Filho(a)	2	2,90
Irmão(a)	2	2,90
Neto(a)	1	1,45
Sobrinho(a)	1	1,45
Primo(a)	1	1,45
Tio(a)	1	1,45
Nenhum tipo	60	86,96

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

A tabela 5 apresenta as frequências das doenças multifatoriais e monogênicas encontradas na comunidade, com relação às doenças monogênicas, como a anemia falciforme, não houve relatos frequentes. Estudos indicam que a anemia falciforme acomete entre 0,1% e 0,3% da população negra no Brasil (Loureiro et al., 2005). No entanto, em algumas comunidades quilombolas, como na Paraíba, foi identificada uma prevalência de 17,1% do traço falciforme (Soares et al., 2017). Em outras localidades, como no Pará, a prevalência de hemoglobina S na forma homozigota foi de 0,5%, semelhante à encontrada em cidades brasileiras onde a doença falciforme acomete de 0,1% a 0,3% da população negra (Loureiro et al.,

2005). Essas variações podem ser atribuídas a fatores como consanguinidade, migração e histórico genético específico de cada comunidade.

Tabela 5 - Frequências de doenças crônicas da comunidade do Pastinho, Bahia, Brasil - 2025.

Origem Multifatorial	%	Origem Monogênica	%
Ansiedade	1,98	Anemia falciforme	0,99
Artrose	0,99		
Colesterol	15,84		
Depressão	1,98		
Diabetes	12,87		
Enxaqueca	0,99		
Epilepsia	0,99		
Gastrite	0,99		
Glaucoma	1,98		
Hipertensão	25,74		

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Cerca de 80% das famílias entrevistadas apontaram a distância até a unidade de saúde mais próxima como o principal obstáculo para o acesso aos serviços de saúde, sendo frequente a necessidade de deslocamento até a zona urbana mediante pagamento de transporte particular, com custo médio de R\$150 reais por viagem.

Na comunidade estudada, observou-se que aproximadamente 80% dos participantes utilizam plantas medicinais, e mais de 70% fazem uso de dois ou mais tipos, sendo as mais frequentes chamadas popularmente de capim-da-lapa (capim santo), erva-cidreira e hortelã (Tabela 7). Esse padrão de uso múltiplo e comprovado está bem documentado em outros territórios quilombolas como em Furadinho-Vitória da Conquista, BA (Oliveira, 2015), um estudo etnobotânico revelou que 14 mulheres identificaram 30 espécies de plantas. De forma semelhante, pesquisa na comunidade quilombola Tijuaçu- BA Filgueira et al (2024) entrevistaram 104 pessoas e constataram que 101 usavam de plantas medicinais, com as três espécies mais mencionadas sendo erva-cidreira, capim-santo e erva-doce, especialmente na forma de chás medicinais, com destaque para erva-cidreira, capim-santo e hortelã-grosso. Já estudos etnobotânicos sobre a utilização de plantas medicinais em comunidades quilombolas no estado do Pará Prata et al. (2021) também documentaram o uso de 275 espécies, entre elas o capim-limão (capim-santo), erva-cidreira e hortelã, indicando um repertório vasto e consistente entre os quilombolas.

No que se refere à alimentação, mais de 60% apontaram o alto custo dos alimentos como a principal barreira para a manutenção de uma dieta saudável e de qualidade (Tabela 6). Apesar dessas dificuldades, observa-se que todos os entrevistados (100%) reconhecem o fortalecimento das tradições e da cultura local, o que reforça a identidade comunitária.

Em relação aos hábitos de consumo, mais de 40% relataram o uso de bebidas alcoólicas, enquanto mais de 90% afirmaram não fazer uso de outras drogas ou substâncias psicoativas. É importante destacar, neste estudo, identificou-se um consumo de álcool de 36,23% entre os participantes, esse percentual é consideravelmente baixo comparado a outras investigações realizadas em comunidades quilombolas com consumo médio de 40% (Amorim et al., 2013). Uma pesquisa transversal realizada por Cardoso et al., (2011) com 750 quilombolas adultos do interior da Bahia apontou uma prevalência de consumo alcoólico de 41,5%, sendo que 10,7% apresentavam padrões considerados de risco. Tais resultados sugerem que pode haver certa hesitação por parte dos entrevistados em relatar hábitos considerados sensíveis, como o consumo de bebidas alcoólicas, o que possivelmente influencia na obtenção de percentuais mais próximos da realidade. Em relação ao tabagismo, identificou-se que 7,25% dos participantes fazem uso de cigarro, uma taxa inferior à observada em outras pesquisas com adultos quilombolas, nas quais o índice médio de consumo foi de 19,5% (Batista et al., 2013). Em contraste com os resultados encontrados no presente estudo, uma pesquisa nacional realizada em 2014, voltada à triagem de sintomas depressivos em

comunidades quilombolas, identificou uma prevalência mais elevada do uso de cigarro, chegando a 26,4%. Essa diferença pode ser explicada pela abrangência do estudo, que considerou uma média nacional, englobando diversas comunidades quilombolas distribuídas pelo Brasil (Barroso et al., 2014).

Além disso, há uma frequência considerável de pessoas que se deslocaram para outras cidades como, São Paulo, Tanhaçu, Ituaçu, Tucum, Minas Gerais e entre outros, por motivos de casamento, estudos e principalmente em busca de melhores condições de trabalho. O principal motivo relatado para a saída de moradores foi a busca por melhores condições de trabalho, além de casamento e estudos, indicando que a comunidade enfrenta limitações estruturais que comprometem a permanência dos indivíduos em seu território. Esse fenômeno se alinha a estudos que apontam a migração como uma estratégia de sobrevivência diante da escassez de oportunidades em áreas rurais e tradicionais (Santos et al., 2021; Silva, 2019). No entanto, a migração não é apenas uma resposta econômica, mas também evidencia o impacto do racismo estrutural e da exclusão histórica na reprodução das desigualdades. Quilombolas frequentemente vivenciam restrições no acesso a políticas públicas de saúde, educação e emprego, o que os coloca em situação de vulnerabilidade e os leva a buscar alternativas fora de suas comunidades (Almeida, 2018). Esse processo pode gerar um esvaziamento populacional, fragilizando vínculos comunitários e dificultando a transmissão de saberes culturais e identitários.

Tabela 6- Frequências da situação de saúde e hábitos de vida da comunidade do Pastinho, Bahia, Brasil - 2025.

Variável	n	%
Uso de plantas medicinais		
Sim	61	84,41
Não	8	11,59
Tipos de plantas medicinais		
Um tipo	12	17,39
Dois tipos	49	71,01
Nenhum tipo	8	11,59
Frequência de atendimento de saúde		
Não	69	100
Existência de agente de saúde		
Não	69	100
Dificuldades para acessar os serviços de saúde		
Distância até o posto	59	85,51
Falta de profissionais de saúde	7	10,14
Falta de medicamentos	3	4,35
Consumo de álcool na família		
Sim	25	36,23
Não	44	63,77
Consumo de drogas ou substâncias		
Sim	5	7,25
Não	64	92,75
Frequência de consumo de frutas/verdura e legumes/leite e queijo		
Diariamente	28	40,58
Diariamente/algumas vezes	26	37,68
Diariamente/raramente	13	18,84
Diariamente/nunca	2	2,90
Dificuldades para obter uma alimentação de qualidade		
Custo elevado dos alimentos	48	69,57
Baixa renda	8	11,59
Distância até os locais de venda	11	15,94
Falta de oferta na região	9	13,04

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Tabela 7 - Frequência das plantas medicinais da comunidade do Pastinho, Bahia, Brasil - 2025.

Plantas Medicinais	%
Açafrão (<i>Curcuma</i> sp.)	1,98
Boldo (<i>Peumus</i> sp.)	2,97
Camomila (<i>Matricaria</i> sp.)	1,98
Canela (<i>Cinnamomum</i>)	1,98
Capim da lapa (<i>Cymbopogon citratus</i>)	38,61
Erva cidreira (<i>Melissa officinalis</i>)	37,62
Hortelã (<i>Mentha</i> sp.)	11,88
Laranja (<i>Citrus</i> sp.)	1,98

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Os resultados obtidos através do teste do qui-quadrado demonstraram que existe uma associação estatisticamente significativa entre idade versus a presença de doenças crônicas, idade versus o tipo de doença crônica e idade versus a escolaridade do principal provedor da família com $p < 0,05$. Cabe destacar que outras combinações de variáveis, como estilo de vida versus consumo de álcool, idade versus uso de plantas medicinais, mas não evidenciaram associação estatística significativa (Tabela 8).

Tabela 8 - Associação entre idade e variáveis sociodemográficas da comunidade do Pastinho, Bahia, Brasil - 2025.

Idade	Value	df	p
Presença de doenças crônicas	14,845	3	0,002
Tipos de doenças crônicas	25,772	6	0,001
Escolaridade do principal provedor da família	27,214	15	0,027

Fonte: Dados da pesquisa (2025).

A análise estatística revelou uma associação significativa ($p = 0,002$) entre a variável idade e a presença de doenças crônicas, indicando que indivíduos de faixas etárias mais elevadas apresentaram maior prevalência de doenças crônicas. Esse achado é coerente com estudos realizados em comunidades quilombolas do Pará, que apontaram a idade avançada como um importante fator de risco para o desenvolvimento de condições crônicas, como a hipertensão e o diabetes (Melo & Silva, 2015). Além disso, observou-se também uma associação significativa ($p = 0,001$) entre a idade e os tipos de doenças crônicas, o que sugere que o envelhecimento está diretamente relacionado não apenas à maior ocorrência, mas também à diversificação dessas enfermidades, ao acúmulo de comorbidades, à intensificação da gravidade clínica e à maior complexidade no manejo terapêutico. Resultados semelhantes foram relatados em comunidades quilombolas da Bahia, onde o número de comorbidades aumenta progressivamente com a idade (Bezerra et al., 2013). Outro dado relevante é a associação estatística ($p = 0,027$) entre a idade e a escolaridade do principal provedor da família. Tal resultado pode indicar que famílias chefiadas por pessoas mais velhas tendem a ter níveis mais baixos de escolaridade, refletindo as desigualdades históricas de acesso à educação formal enfrentadas pelas populações quilombolas, conforme discutido por Batista et al. (2013).

4. Conclusão

Apesar das limitações enfrentadas, este diagnóstico inicial teve um papel essencial ao dar visibilidade às condições de vida e saúde da comunidade quilombola estudada, caracterizada por elevada vulnerabilidade social e que não tinha estudos como esse até então. Os resultados obtidos permitem não apenas o reconhecimento das desigualdades enfrentadas, mas também a formulação de hipóteses relevantes para orientar futuras investigações e possíveis sugestões de intervenções. Dada a magnitude dos problemas identificados, como ausência total de saneamento básico, prevalência significativa de doenças crônicas e baixa cobertura de atenção em saúde mental, torna-se imprescindível o aprofundamento de estudos que busquem compreender os determinantes sociais envolvidos e identificar fatores associados às patologias observadas. Essa abordagem é crucial para subsidiar políticas públicas mais eficazes, alinhadas às reais necessidades dessas populações historicamente negligenciadas.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer, primeiramente, à Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), por me proporcionar a estrutura e as oportunidades necessárias para o avanço desta pesquisa. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo auxílio financeiro com a bolsa de iniciação científica. Expresso também minha gratidão à minha orientadora, coautora e amiga Sandra Sousa, pelas trocas de conhecimento, parceria e ensinamentos compartilhados ao longo desse processo. Um agradecimento mais que especial à líder da comunidade, Maria Leôncia dos Santos que me acompanhou durante todo o percurso das visitas às residências, oferecendo apoio e acolhimento fundamentais para a realização deste estudo. Agradeço, com profundo carinho, ao meu pai, Duca que me levou diariamente à comunidade, sempre com um sorriso no rosto, tornando possível a continuidade e o sucesso desta pesquisa. Estendo minha gratidão aos parentes da comunidade e, principalmente, a todos os moradores da comunidade do Pastinho, que me receberam com tanta generosidade, permitindo-me entrar em suas casas, em suas vidas e compartilhar suas histórias. A cada um de vocês, minha sincera e eterna gratidão.

Referências

- Almeida, S. L. de. (2019). Racismo Estrutural. São Paulo: Editora Pólen. <https://www.ufpe.br>.
- Amorim, M. M., Tomazi, L., Silva, R. A. A., Gestinari, R. S. & Figueiredo, T. B. (2013). Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. *Bioscience Journal*, Uberlândia, 29(4), 1049–57. <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/BioscienceJournal/article/view/1238>.
- Amorim, M. M. et al. (2013). Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. *Bioscience Journal*, 29(4), 1049–57. <https://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/view/17084>.
- Barroso, S. M., Melo, A. P. S. & Guimarães, M. D. C. (2014). Depression in former slave communities in Brazil: screening and associated factors. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, Washington, 35(4), 256–63. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9875>.
- Batista, L. E., Monteiro, R. B. & Medeiros, R. A. (2013). Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. *Saúde em Debate*, 37(99), 681–90 <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dSrtGvFGghDZtDL7NkDjhyp/?lang=pt>.
- Bezerra, V. M. et al. (2013). Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(9), 1889–902. <https://www.scielosp.org.org>.
- Bedoya, G. et al. (2006). Admixture dynamics in Hispanics: A shift in the nuclear genetic ancestry of a South American population isolate. *PNAS*, 103(9), 7234–9. <https://doi.org/10.1073/pnas.0508716103>.
- Brasil. (2001). Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd06_09.pdf.
- Brasil. (2012). Secretaria de Promoção da Igualdade Racial. Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas [Internet]. Brasília (DF): Secretaria de Promoção da Igualdade Racial. <https://www.mdh.gov.br/biblioteca/igualdade-racial/diagnostico-de-acoes-realizadas-programa-brasil-A7ode-2012-1.pdf>.
- Brasil. (2024). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brancos estudam, em média, 10,8 anos; negros, 9,2 anos. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/educacao/noticia/2024-03/brancos-estudam-em-media-108-anos-negros-92-anos>.

- Brasil. (2010). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-sem-racismo/publicacoes/politica-nacional-de-saude-integral-da-populacao-negra-1-edicao-2010>.
- Brasil. (2024). Painel Saúde da População Negra será lançado nesta segunda-feira (16). <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/painel-saude-da-populacao-negra-sera-lancado-nesta-segunda-feira-16>.
- Cabral-Miranda, G. et al. (2010). Enteroparasitos e condições socioeconômicas e sanitárias em uma comunidade quilombola do semiárido baiano. *Revista de Patologia Tropical*. 39, 48–55. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/revistadepatologiatropical/article/view/9656>.
- Cardoso, L. G. V., Melo, A. P. S. & César, C. C. (2015). Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 20(3), 809–20. <https://www.scielosp.org/article/csc/2015.v20n3/809-820/>.
- Costa, A. S. V. et al. (2022). Survey of the living conditions and health status of older persons living in Quilombola communities in Bequimão, Brazil: the IQUIBEQ Project. *Ciência & Saúde Coletiva*. 27(1), 219–30. <https://www.scielosp.org/article/csc/2022.v27n1/219-230/>.
- Cruz, I. C. F. (2006). Saúde e iniquidades raciais no Brasil: o caso da população negra. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 5(2). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-23665>.
- De Queirós Mattoso, K. M. (1990). Ser escravo no Brasil. (3 ed). Editora Brasiliense.
- Filgueira, D. M. et al. (2024). Conhecimento popular e tradição: uso de plantas medicinais em um quilombo no Nordeste do Brasil. *Contexto & Saúde*. 24(48), e14319. <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaudade/article/view/14319>.
- Fiorucci, A. M. F. (2025). Pesquisa avalia acesso a água e saneamento básico em comunidade quilombola de MG. Fiocruz Minas. <https://minas.fiocruz.br/pesquisa-avalia-acesso-a-agua-e-saneamento-basico-em-comunidade-quilombola-de-mg>.
- Fernandes, J. S. (2020). Avaliação da condição de saúde e qualidade de vida em quilombolas. *Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)* – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande. https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UEPB_f797a63a8aeae2de55feb970781e4315.
- Ferreira, J. N. (2015). Condições de saúde de população negra remanescente de quilombo em Alcântara, MA. *Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)* – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Tese USP.
- Freitas, D. A., Caballero, A. D., Marques, A. S., Hernandes, C. J. V. & Antunes, S. L. N. O. (2011). Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev. CEFAC*. 15(5), 937–43. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000033>.
- Freitas, I. A. et al. (2018). Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. *Revista Cuidarte*, Bucaramanga (Colômbia). 9(1), 2051–62. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-963437>.
- Fundação Cultural Palmares. (2024). Comunidades certificadas. <https://www.gov.br/palmares/pt-br/mídias/arquivos-menu-departamentos/dpa/comunidades-certificadas/crqs-certificadas-03-06-2024.pdf>.
- Graham, R. (2002). Nos tumbeiros mais uma vez? O comércio interprovincial de escravos no Brasil. *Afro-Ásia*. 27, 121–60. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77002704>.
- Guimarães, C. M. (1988). Os quilombos do século do ouro (Minas Gerais - século XVIII). *Estudos Econômicos*. 18, 7–43. <https://www.revistas.usp.br/ee/article/view/157513/152849>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2025a) Censo 2022: 94,6% dos quilombolas em áreas rurais convivem com precariedades no saneamento básico. Agência de Notícias IBGE. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/43313-censo-2022-94-6-dos-quilombolas-em-areas-rurais-convivem-com-precariedades-no-saneamento-basico>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2025b). Censo Demográfico 2022: Quilombolas – principais características das pessoas e dos domicílios, por situação urbana ou rural do domicílio. Saneamento Hoje, 13 maio 2025. <https://saneamentohoje.com.br/censo-2022-946-dos-quilombolas-em-areas-rurais-convivem-com-precariedades-no-saneamento-basico>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2025). Os quilombolas no Censo 2022. IBGE Educa, 2025. <https://educa.ibge.gov.br/criancas/brasil/nosso-povo/22325-os-quilombolas-no-censo-2022>.
- Loureiro, M. M., Silva, E. M., Souza, R. M. et al. (2005). Epidemiologia de internações por doença falciforme no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 39(3), 451–6. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/wVxbBMcsMy8LZYhRRGtcZ8c/?format=html&lang=pt>.
- Melo, M. F. T.; Silva, H. P. (2015). Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*. 7(16), 168–89. <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/103>.
- Mielke, G. I. et al. (2020). Determinantes sociodemográficos associados ao nível de atividade física de quilombolas baianos, inquérito de 2016. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília. 29(3), e2018511. <https://www.scielosp.org/article/ress/2020.v29n3/e2018511/>.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A. & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. 5(1), 7–18. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/20545>.
- Oliveira, D. S. P. et al. (2024). O itinerário de cuidados das mulheres em situação de urgência e emergência em comunidade quilombola no norte de Minas Gerais. *Cadernos de Saúde Pública*. 29(3), e01762023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.01762023>.

Oliveira, L. R. de. (2015). Uso popular de plantas medicinais por mulheres da comunidade quilombola de Furadinho em Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Revista Verde*, Pombal-PB, 10(3), 25–31. <https://doi.org/10.18378/rvads.v10i3.3408>.

Pereira, A. S. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [free ebook]. Santa Maria. Editora da UFSM.

Prata, R. F. et al. (2021). Uma revisão de estudos etnobotânicos sobre a utilização de plantas medicinais em comunidades quilombolas no estado do Pará. *Anais do Simpósio de Plantas Medicinais do Brasil*. <https://resumos.sbpmed.org.br/index.php/spmb/article/view/166>.

Queiroz, F. S. P. et al. (2023). Transtornos mentais comuns em quilombolas rurais do Norte de Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(6), 1831-41. <https://www.scielosp.org/article/csp/2023.v28n6/1831-1841/>.

Ribeiro, J. S. P. (2012). A formação do povo brasileiro e suas consequências no âmbito antropológico. UNIESP, 4–14. https://unesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20180403114148.pdf.

Reis, J. J. & Gomes, F. S. (1996). Liberdade por um fio: história dos quilombos no Brasil. Editora Companhia das Letras. <https://archive.org/details/liberdadeporumfi0000unse>.

Santos, O. A. (2025). Estratégias de sobrevivência e territorialização quilombola da Comunidade Santo Antônio. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo. <https://www.usp.br/biblioteca>.

Santos, R. C. & Silva, M. S. (2014). Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *Saúde e Sociedade*, 23(3), 1049–63. <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Xp7pyKzP7wQdWZjRwtfJMF/?lang=pt>.

Schmitt, A., ManzoliTuratti, M. C. & Carvalho, M. C. P. (2002). Atualização do conceito de quilombo: identidade e territórios nas definições teóricas. *Ambiente e Sociedade*, 5(10), 1-6. <https://doi.org/10.1590/S1414-753X2002000100008>.

Shitsuka, C., Shitsuka, R., & Corrêa, M. S. N. P. (2014). Rugosidade superficial das resinas compostas: estética e longevidade clínica. *Revista da Faculdade de Odontologia – UPF*, 19(2), 258-261. <https://doi.org/10.5335/rfo.v19i2.3619>.

Silva, C. B. R., Ferreira, C. G. S. & Rodrigues, F. L. (2016). Saúde quilombola no Maranhão. *Revista Ambivalências*, Sergipe, 4(7), 106–33. <https://doi.org/10.21665/2318-3888.v4n7p106-133>.

Silva, D. J. de S. (2019). A territorialização como resistência: o caso da Comunidade Quilombola de Invernada Paiol de Telha – Fundão/ES. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual do Espírito Santo. <https://www.ufes.br>

Silva, E. K. P. et al. (2025). Condições de vida, qualidade da alimentação e fatores associados em mulheres e crianças de comunidades quilombolas em Goiás, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 30(2). <https://www.scielosp.org/article/csc/2025.v30n2/e07502023/>.

Silva, E. S. da. (2021). Todo mundo tem problema”: deficiência, diversidade e cuidado na comunidade quilombola de João Surá. Dissertação (Mestrado em Antropologia e Arqueologia), Universidade Federal do Paraná (UFPR). <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/1884/71724/1/R%20-%20D%20-%20EBER%20SANTOS%20DA%20SILVA.pdf>

Silva, G. S. & Silva, V. J. (2014). Quilombos brasileiros: Alguns aspectos da trajetória do negro no Brasil. *Revista Mosaico*, v. 7, p. 191–200. <https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/mosaico/article/view/4120>.

Silva, J. A. N. (2007). Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade quilombola do estado da Paraíba. *Saúde e Sociedade*, 16(2), 111–24. <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/dYjQ4BjJMYx7h8QZ6hzpcnm/?lang=pt>.

Silva, J. A. et al. (2019). Qualidade de vida e síndrome metabólica em comunidades quilombolas brasileiras: estudo transversal. *Journal of Human Growth and Development*, 29(3), 295-303. <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/152182>

Soares, L. F., Soares, M. A., Silva, D. M. et al. (2017). Prevalência de hemoglobinas variantes em comunidades quilombolas no estado do Piauí, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(11), 3773-80. <https://www.scielo.br/j/csc/a/FWHPqdxLHc9VmHmVkr9HVG/?format=html&lang=pt>

Souza, M. A. (2025). Análise situacional das condições de vida e saúde das comunidades quilombolas na perspectiva do inventário WHOQOL-BREF Lagarto-SE. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) – Universidade Federal de Sergipe, Lagarto., <https://ri.ufs.br/handle/riufs/21013>

Viana, E. M. et al. (2014). Inquérito de saúde em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19(6), 1835–46. <https://www.scielo.br/j/csc/a/mNCFXysmdgNpKpnDZGWBL5f>.

Viana Filho, L. O. (1988). O negro na Bahia. Editora Nova Fronteira.

Vieira, S. (2021). Introdução à bioestatística (6^a ed.). Editora Elsevier.

Whoqol Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8560308>.