



**UNILAB**

**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL  
DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA  
INSTITUTO DE HUMANIDADES E LETRAS DOS MALÊS  
BACHARELADO EM HUMANIDADES**

**VANESSA CRISTINA BATISTA DE ALMEIDA**

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA NA COMUNIDADE  
QUILOMBOLA DO MONTE RECÔNCAVO (BA): ANÁLISE DIAGNÓSTICA**

**SÃO FRANCISCO DO CONDE**

**2023**

**VANESSA CRISTINA BATISTA DE ALMEIDA**

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA NA COMUNIDADE  
QUILOMBOLA DO MONTE RECÔNCAVO (BA): ANÁLISE DIAGNÓSTICA**

Projeto de Pesquisa apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso ao Bacharelado em Humanidades da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Humanidades.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Zelinda dos Santos Barros.

**SÃO FRANCISCO DO CONDE**

**2023**

**VANESSA CRISTINA BATISTA DE ALMEIDA**

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA NA COMUNIDADE  
QUILOMBOLA DO MONTE RECÔNCAVO (BA): ANÁLISE DIAGNÓSTICA**

Projeto de Pesquisa apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso ao Bacharelado em Humanidades da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Humanidades.

Aprovado em: 04/12/2023.

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Zelinda dos Santos Barros (Orientadora)**

Universidade Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cláudia Gomes de Souza**

Universidade Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB

**Prof. Dr. Rafael Palermo Buti**

Universidade Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>6</b>
2.1	GERAL	6
2.2	ESPECÍFICOS	6
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>9</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>12</b>
<b>6</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>14</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>15</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Invadido em 1500 pelo império português, o território batizado com o nome do Brasil conta com uma enorme diversidade étnica, cultural e racial, e essa diversidade é o fruto do processo colonização e da escravidão que aconteceu no país durante quase quatro séculos. Sendo o último país do mundo a “abolir” legalmente a escravidão, o país hoje é considerado um dos países mais miscigenados do mundo, contando com um mosaico populacional de indígenas, negros e brancos. Com a abolição, o Estado brasileiro herdou as relações sociais baseadas nas categorias raciais. Socialmente, a população branca situa-se lugar de privilégio e indígenas e negros em posições de subalternidade, servidão e de acesso restrito em todas as esferas da vida: social, política, econômica, cultural, etc.

A falta de acesso da população “não branca” a serviços públicos no país prevalece até os dias atuais e atinge as comunidades rurais negras afro-brasileiras. Como denunciam Duarte Vieira e Sadi Monteiro (2013), a situação das comunidades rurais negras afro-brasileiras, denominadas comunidades remanescentes de quilombos, comunidades quilombolas ou quilombos contemporâneos, faz parte das grandes questões emergenciais da sociedade brasileira. Ao longo do tempo, tais comunidades vêm resistindo às influências externas e lutando pela inclusão social por meio das ações de atenção integral.

Conforme o art. 2º do Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, “[...] os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”. Através do Processo nº 01420.003419/2006-39, a comunidade quilombola do Monte Recôncavo foi reconhecida pela Fundação Palmares, em 13 de março de 2007. Considerando as especificidades da história e dos modos de vida da comunidade quilombola do Monte de Recôncavo, em São Francisco do Conde (BA), esta pesquisa pretende analisar como funcionam os serviços públicos de saúde disponíveis na comunidade e como a população é afetada por estes serviços.

Os quilombolas vivem em espaços comunitários étnicos organizados e ocupam, há séculos, diversos Estados brasileiros (Vieira e Monteiro, 2011). O Censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aponta a existência de 1.327.802 quilombolas no Brasil, o que representa 0,65% do total de habitantes do país. O Nordeste é a região com o maior número de quilombolas, com 68,19% do total desta população, e a Bahia é o estado com maior

número de quilombolas: 29,9%. Por conta do grande número de comunidades quilombolas no estado e da minha condição de quilombola, optamos por realizar o estudo na comunidade quilombola do Monte Recôncavo, em São Francisco do Conde, Bahia.

A população quilombola do Monte Recôncavo, em São Francisco do Conde (BA), enfrenta desafios significativos no acesso aos serviços públicos de saúde. Esta pesquisa busca analisar o acesso a esses serviços, que afeta diretamente a qualidade de vida dessas comunidades.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Analisar o acesso da população quilombola aos serviços públicos de saúde disponíveis na comunidade quilombola do Monte Recôncavo, em São Francisco do Conde (BA).

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Identificar os problemas de saúde recorrentes na população da comunidade quilombola de Monte Recôncavo;
- Examinar o processo de implementação de políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) voltadas à população negra na comunidade quilombola do Monte Recôncavo e o seu impacto no acesso efetivo aos serviços de saúde;
- Mapear os serviços públicos de saúde em funcionamento na comunidade, identificando as principais deficiências e analisando como essas deficiências afetam diretamente o acesso da população quilombola;
- Evidenciar a influência das práticas tradicionais de cuidado à saúde da comunidade quilombola do Monte Recôncavo no atendimento dos profissionais dos serviços públicos de saúde da comunidade;
- Propor recomendações e sugestões de políticas públicas que visem melhorar a qualidade dos serviços de saúde na comunidade quilombola do Monte Recôncavo.

### 3 JUSTIFICATIVA

A Constituição de 1988 assumiu o caráter de Constituição Cidadã em virtude de seu compromisso com a criação de uma nova ordem social. Essa nova ordem tem a seguridade social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988, art. 194). Esta política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana (Brasil, 1988, art. 1º, inc. II e III), do repúdio ao racismo (Brasil, 1988, art. 4º, inc. VIII), e da igualdade (Brasil, art. 5º, caput). É igualmente coerente com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (Brasil, 1988, art. 3º, inc. IV). Será que a existência da Leitem sido suficiente para garantir para população negra, e especificamente quilombola, um acesso adequado aos serviços públicos?

No artigo intitulado “Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura”, Freitas et. al. (2011) mencionam que as comunidades remanescentes de quilombos fazem parte de uma época triste da história do Brasil e que a escravidão deixou profundas marcas no país, onde a exclusão, desigualdades e racismo institucionalizado marcam as lutas das comunidades de remanescentes quilombolas por acesso e políticas inclusivas para suas populações. Neste contexto, o acesso à saúde no Brasil, ainda é uma questão muito polêmica desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), criando a necessidade de reivindicação do direito à saúde plena e integral das populações quilombolas.

Considerando a Constituição de 1988 e a literatura, como abordado no artigo 'Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura' (*op. cit.*), torna-se evidente que apesar dos avanços legais, as comunidades quilombolas, especialmente em São Francisco do Conde, enfrentam desafios persistentes no acesso à saúde.

A saúde pública precária em São Francisco do Conde tem sido um verdadeiro martírio para as comunidades quilombolas do Monte Recôncavo, refletindo-se em insuficiência de profissionais, transporte e estrutura nos postos de atendimento, exacerbando o sofrimento da população. Quando não conseguem a ambulância, que muitas vezes não se encontra presente no Posto de Saúde da Família para deslocá-las ao hospital, são amparados por vizinhos ou se deslocam em outros veículos disponíveis. Mesmo havendo um ponto de atendimento nessas comunidades, que são os postos de atendimento à família, a falta de estrutura e a má gestão dos recursos afetam e impossibilitam até mesmo simples procedimentos para a realização de

atendimento.

Segundo o líder da comunidade, é que escolaridade média da comunidade do Monte Recôncavo é de 2º grau completo e a renda média é de até 2 salários mínimos por cada família, pois as atividades econômicas predominantes são a agricultura, a pecuária e até mesmo o artesanato, tornando assim a população mais vulnerável, escancarando o racismo estrutural. No que tange ao uso dos serviços públicos de saúde, é notável perceber-se que as comunidades quilombolas não estão tendo a atenção adequada.

A cidade de São Francisco do Conde apenas conta com um hospital e 18 postos de saúde. Dentro da comunidade pesquisada, há uma Unidade de Saúde da Família, que se encontra em estado precário, com falta de equipamento e profissionais de saúde e espaço físico pequeno, que não atende às necessidades da população. Todos os elementos supracitados contribuem para dificultar o acesso da população local aos serviços públicos e o próprio abandono contribui para aumentar o baixo nível socioeconômico. Devido ao isolamento geográfico, por ser uma área rural, as baixas perspectivas de emprego dificultam as chances de se conseguir trabalho e renda. Todo um conjunto de baixas condições estão ligadas a esse atraso na melhoria das condições de vida. É muito importante e viável conhecer o contexto dos serviços de saúde prestados nesta comunidade, entender a importância de um bom planejamento de ações preventivas voltadas a saúde da população quilombola.

Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) garantiu o acréscimo de 50% nos valores repassados por equipes de saúde a municípios que atendessem populações quilombolas e de assentamentos de reforma agrária, conforme a Portaria nº 822/GM/MS, alterando os critérios de definição das modalidades da estratégia de saúde da família. Essas comunidades foram também citadas em alguns outros documentos como na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em 2009, e na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, instituída pela Portaria nº 2.866/2011. Esses documentos afirmam a necessidade de respeito às práticas e saberes dessas comunidades, a garantia de participação dos representantes de monitoria das ações e a necessidade de estabelecer metas para a melhoria nos indicadores de saúde. Apesar das iniciativas do Ministério da Saúde, a realidade em São Francisco do Conde revela lacunas significativas na prestação de serviços de saúde para a comunidade quilombola do Monte Recôncavo.

A compreensão dos indicadores de saúde, características socioeconômicas e a estrutura do sistema de saúde é essencial para instrumentalizar a formulação de políticas e programas destinados a combater desigualdades, especialmente na área da saúde. É com este propósito que

o Ministério da Saúde propôs a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), equitativo no acesso e fundamentado na integralidade da saúde (Brasil, 2017, p. 13).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, revelou disparidades significativas no acesso à saúde entre a população negra e branca no Brasil. Diversos indicadores destacam essa desigualdade, apontando para uma posição desfavorável dos negros em vários aspectos de saúde. No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, os dados da PNS indicam que a proporção de pessoas que consultaram um médico nos últimos 12 meses é maior entre a população branca (74,8%) em comparação com a população preta (69,5%) e parda (67,8%). Isso coloca as pessoas negras (pretos e pardos) abaixo da média nacional, que é de 71,2%. No contexto odontológico, a proporção de pretos (38,2%) e pardos (39,2%) que consultaram um dentista nos últimos 12 meses é menor do que a de pessoas brancas (50,4%) e também inferior à média nacional, que foi de 44,4%. Quanto à obtenção de medicamentos prescritos, 82,5% das pessoas conseguiram obter todos os medicamentos no último atendimento de saúde. No entanto, a proporção de pessoas brancas que obteve todos os medicamentos (84,2%) foi maior do que a observada entre pessoas de cor parda (80,4%) e preta (81,1%).

No que diz respeito à saúde da mulher, a PNS 2013 destacou que 60% das mulheres brasileiras, entre 50 e 69 anos, realizaram exame de mamografia nos últimos dois anos anteriores à pesquisa. Contudo, as maiores proporções foram observadas entre as mulheres brancas (66,2%) e aquelas com ensino superior completo (80,9%), enquanto as menores proporções foram registradas entre as mulheres pretas (54,2%), pardas (52,9%) e aquelas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (50,9%) (Ministério de Saúde, 2017, p.14).

Como moradora nativa da comunidade quilombola do Monte Recôncavo, minha motivação pessoal impulsiona esta pesquisa. Com os seus resultados, espero contribuir para a melhoria dos serviços de saúde prestados na comunidade quilombola do Monte Recôncavo e contribuir para o avanço do conhecimento sobre as necessidades específicas de comunidades quilombolas na área da saúde.

#### **4 REFERENCIAL TEÓRICO**

A iniquidade racial é uma questão profundamente enraizada na sociedade brasileira, como destacado por Silva e Figueiredo (2013). Essa problemática persiste ao longo do tempo, alimentada por mecanismos que, de forma vigorosa, perpetuam a exclusão da população negra

para os estratos mais marginais da sociedade. A invisibilidade das demandas desse grupo é ocultada sob a aparência de neutralidade ou universalidade, mascarando a realidade das desigualdades raciais.

A análise de Silva e Figueiredo (*op. cit.*) sobre políticas públicas de saúde revela que, embora tenha havido esforços para estabelecer um sistema equânime, universal e integral, os resultados têm sido discrepantes entre brancos e negros no Brasil. A expansão do acesso à saúde não tem se traduzido igualmente para ambos os grupos, mantendo disparidades alarmantes. Os negros continuam enfrentando as maiores taxas de mortalidade infantil, mortalidade materna, mortes por causas externas e evitáveis, além de apresentarem uma menor expectativa de vida. No caso das populações negras de comunidades quilombolas, fatores como localização geográfica, condições socioeconômicas e histórico de discriminações contribuem para o aumento das desigualdades.

Diante desse cenário, torna-se crucial abordar não apenas as barreiras de acesso aos serviços de saúde, mas também reconhecer e confrontar as estruturas sistêmicas que perpetuam a iniquidade racial. O entendimento da "discriminação indireta" destaca a importância de examinar as políticas públicas sob uma lente racial, a fim de promover mudanças substanciais que abordem as raízes profundas desse problema social.

Utilizando a noção de “discriminação indireta” apresentada por Barbosa (2001), não podemos afirmar se a falta de acesso a serviços de saúde pela população quilombola do Monte Recôncavo está ou não relacionada à discriminação intencional, mas podemos afirmar que essa população vem enfrentando dificuldades no acesso a serviços hospitalares e sanitárias e não podemos descartar quesito racial neste contexto, pois as barreiras são muitas: falta de infraestrutura, discriminação no atendimento e dificuldades de deslocamento.

A desigualdade racial é um componente estruturante da desigualdade social no Brasil, evidenciando barreiras que impedem a participação igualitária dos negros em vários setores da vida social. Essas desigualdades e discriminações resultam em impactos não apenas para os negros, mas também para a sociedade como um todo. O racismo, especialmente o racismo institucional, coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos em desvantagem no acesso aos benefícios proporcionados pelas instituições e organizações. Isso se reflete, por exemplo, na morosidade da implementação de políticas públicas, o que aponta para a necessidade adotar, no estudo a ser realizado, uma discussão interseccional que evidencie como as questões de gênero, classe social e outras categorias podem se entrelaçar com as iniquidades raciais na população quilombola.

O Ministério da Saúde reconhece a situação de iniquidade e vulnerabilidade que afeta a saúde da população negra – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência – e que o racismo vivenciado pela população negra incide negativamente nesses indicadores, comprometendo o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde, já que a boa qualidade da saúde gera condições para a inserção dos sujeitos nas diferentes esferas da sociedade de maneira digna, promovendo sua autonomia e cidadania. (2017, p.15)

Silva e Figueiredo (2017, p. 430) concluíram, em sua análise crítica das políticas de saúde no Brasil, que os avanços na implementação do SUS na década de 1990 foram notáveis, contrastando com outros setores que não alcançaram o mesmo êxito na aplicação dos princípios estabelecidos pela Constituição de 1988. No entanto, é importante destacar que esses avanços não atenderam às expectativas da população negra, resultando na persistência das desigualdades em saúde entre brancos e negros.

Ricardo Henriques (2001 *apud* Silva; Figueiredo, 2017) analisou as condições de vida da população brasileira durante a década de 1990, utilizando o recorte racial com o intuito de mapear as desigualdades raciais no país. Sua investigação abrangeu diversos aspectos, incluindo a distribuição racial em termos de localização geográfica, idade e gênero, bem como a composição da pobreza, desigualdades de renda e educação, ocupação no mercado de trabalho, habitação e consumo de bens duráveis. Apesar de identificar avanços positivos nas condições de vida da população brasileira, Henriques constatou que esses progressos não resultaram na redução das desigualdades raciais, destacando de maneira incontestável a necessidade de políticas públicas voltadas para a superação dessas disparidades.

Se em diversas instâncias estruturais da sociedade brasileira, como trabalho/renda, educação e habitação, as desigualdades entre negros e brancos permaneceram e, em alguns aspectos se agravaram, fica a pergunta se poderia acontecer de outro modo no âmbito da saúde, já que nenhuma ação foi desencadeada para reverter o quadro de desigualdades. As conclusões apresentadas por Silva e Figueiredo (2017) na "Crítica sobre políticas, ações e programas de saúde implementados no Brasil" estabelecem uma ligação crucial com o problema de pesquisa relacionado às iniquidades raciais em saúde. Embora reconheçam avanços significativos na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) durante a década de 1990, as autoras destacam que esses avanços não produziram o impacto desejado pela população negra, mantendo-se as desigualdades em saúde entre brancos e negros.

Ao trazer Ricardo Henriques (2001, apud Silva e Figueiredo 2017) para a discussão, o texto enfatiza a análise das condições de vida da população brasileira na década de 1990 com um recorte racial. Henriques observa avanços positivos nas condições de vida, mas ressalta que esses avanços não se traduziram em reduções na desigualdade racial. Isso reforça a necessidade de desenvolver políticas públicas específicas para superar as desigualdades raciais.

A conexão com o problema de pesquisa reside na constatação de que, apesar dos avanços em diversos setores da sociedade, as desigualdades raciais persistem e, em alguns casos, se agravam. A pergunta crucial é levantada sobre se o mesmo padrão se aplica ao âmbito da saúde, considerando a falta de ações específicas para reverter as desigualdades. O texto sugere que o "universalismo cego" predominante tem contribuído para a reprodução das desigualdades, pois ele não considera ignora as disparidades iniciais, não reconhece determinantes sociais específicos, reproduz padrões existentes, assim impedindo a democratização dos benefícios no setor da saúde. Portanto, as conclusões de Silva e Figueiredo sublinham a necessidade de abordagens mais específicas e direcionadas para enfrentar as iniquidades raciais na saúde brasileira. Isso implica o reconhecimento da diversidade e a elaboração de políticas focalizadas que levem em consideração as diferentes necessidades e experiências de grupos raciais específicos. Além disso, é crucial considerar os determinantes sociais que influenciam o acesso a oportunidades, serviços e recursos.

Um aspecto essencial é a Participação Ativa das Comunidades. Ao adotar políticas focalizadas, há um reconhecimento da importância da participação ativa das comunidades afetadas. Isso possibilita uma abordagem mais colaborativa e inclusiva na formulação e implementação de políticas, garantindo que as intervenções sejam sensíveis às necessidades específicas das comunidades afetadas.

## **5 METODOLOGIA**

Esta pesquisa adotará duas abordagens: qualitativa e a quantitativa. Segundo Gerard e Silveira (2009), a pesquisa qualitativa permite uma compreensão mais aprofundada do funcionamento e acesso dos usuários aos serviços de saúde na comunidade quilombola de Monte Recôncavo, por meio da realização de pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo.

Para a pesquisa bibliográfica, serão exploradas bases de dados e portais de pesquisa relevantes, como Scielo, Google Acadêmico e SaúdeLegis. Além disso, serão consultados

documentos e publicações governamentais para obter insights sobre termos técnicos e conceitos relevantes. Conforme Cervo e Barvian (1976), a pesquisa bibliográfica é essencial para fundamentar teoricamente o estudo, pois me permitirá compreender e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado sobre a situação atual da saúde pública em comunidades quilombolas no Brasil.

Conforme Gilberto de Andrade (2017), abordagem quantitativa é um método de coleta e análise de dados que se baseia em números e estatísticas. Ela é utilizada para medir variáveis, estabelecer relações causais e realizar generalizações sobre uma população com base em uma amostra representativa. Neste tipo de pesquisa, são coletados dados numéricos que são tratados estatisticamente. Exemplos comuns de métodos de pesquisa quantitativa incluem questionários, experimentos controlados e análises estatísticas de dados secundários.

Então com isso, faremos pesquisa de campo que terá duração de 3(três) meses e incluirá um levantamento de dados quantitativos por meio de questionários estruturados, aplicados com consentimento informado aos usuários dos serviços de saúde. Os questionários abordarão temas como acesso, utilização e avaliação da qualidade dos serviços de saúde, bem como as condições de saúde dos entrevistados. A avaliação *in loco* compreenderá visitas aos postos de saúde, análise dos equipamentos disponíveis e avaliação das condições de trabalho dos profissionais de saúde na comunidade quilombola.

Com base nos resultados da pesquisa, serão formuladas recomendações específicas, considerando as necessidades identificadas durante a coleta de dados, visando aprimorar a qualidade dos serviços de saúde na comunidade quilombola do Monte Recôncavo.



## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Dezembro de 2011.  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866\\_02\\_12\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html)
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 822, de 17 de abril de 2006**.  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0822\\_17\\_04\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0822_17_04_2006.html)
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília: FUNASA, 2005.
- CARDOSO, Clarissiane Serafim; MELO, Letícia Oliveira de; FREITAS, Daniel Antunes. “Condições de saúde nas comunidades quilombolas”. **Revista de Enfermagem UFPE** (Online), v. 12, n. 4, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a110258p1037-1045-2018>
- FREITAS, Daniel Antunes; CABALLERO, Antonio Diaz; MARQUES, Amaro Sérgio; Clara HERNÁNDEZ, Inés Vergara; ANTUNES, Stéffany Lara Nunes Oliveira. “Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura”. 2011. **Revista CEFAC**, n. 13, v. 5, out 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000033>
- GOMES, Joaquim Barbosa. **Ação Afirmativa e princípio constitucional da igualdade: o Direito como instrumento de transformação social. A experiência dos EUA**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.
- I-PATRIMÔNIO. “Reconhecimento da comunidade quilombola do Monte Recôncavo por Fundação Palmares”. Disponível em <https://www.ipatrimonio.org/sao-francisco-do-conde-quilombo-monte-reconcavo/#!/map=38329&loc=-12.62308650748478,-38.670164027578174,17>. Acesso dia 20 de outubro de 2023.
- LEITE, Dennis Soares et al. **Racismo, saúde e comunidades remanescentes de quilombos: reflexões da fisioterapia**. Revista PET Interdisciplinar e Programa Conexões/UFPA On-line. Vol. 01 – 2016.
- VIEIRA, Ana Beatriz Duarte; MONTEIRO, Pedro Sadi. “Comunidade Quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de intervenção”. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 610-618, out/dez 2013.  
<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a08v37n99.pdf> acesso em: 16 de outubro de 2019.