



Agente Comunitário de Saúde Quilombola e o Programa Saúde com Agente: reflexões sobre educação e saúde

Walter Atalpa de Freitas Neto, Universidade Estadual de Feira de Santana, atalpa@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9776-5509>;

Livia Ferreira da Cruz, Programa de Saúde da Família Marciana Andrade do Carmo, liviacferreira6@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0008-9989-701X>;

Rivaldo de Almeida Barros, Instituto de Saúde Coletiva, almeidarivaldo17@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0004-8889-9619>;

Itamara dos Santos, Associação Quilombola do Engenho da Cruz, Cachoeira, Bahia, dossantositamara589@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0009-6674-9982>;

Micael Sampaio da Silva, Universidade Federal de São Carlos, micaelsampaio@estudante.ufscar.br, <https://orcid.org/0000-0003-0642-8238>;

Hítalo Rodrigues Couto Conceição, Instituto Ayrton Senna, hittalocouto@hotmail.com, <https://orcid.org/0009-0002-1336-420>;

João de Deus Cabral Júnior, Universidade Federal do Maranhão, joao.dcj@ufma.br, <https://orcid.org/0000-0003-2339-9635>;

Mariangela Kraemer Lenz Ziede, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, mariangelaziede@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4796-7513>.

Resumo. Relatar a experiência de uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) Quilombola vivenciada como cursista do Programa Saúde com Agente e suas percepções sobre a condição de saúde da comunidade Quilombola em que desenvolve as suas atividades laborais. Estudo de abordagem qualitativa descritiva na modalidade de relato de experiência, considerando a reflexão sobre educação e saúde de uma ACS, residente na comunidade Quilombola do Engenho da Cruz, Cachoeira, Bahia. O curso melhorou a atuação da ACS e foram identificados desafios como transporte inadequado e falta de integração com Agentes de Combate às Endemias. Políticas públicas são necessárias para melhorar as condições de saúde e educação de Quilombolas.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Quilombolas; Formação Profissional.

Quilombola Community Health Agent and the Health with Agent Program: reflections on education and health

Abstract. Reporting the experience of a Quilombola Community Health Agent (CHA), experienced as a student of the Health with Agent Program and her perceptions of the health condition of the Quilombola community in which she develops her work activities. This is a qualitative descriptive study in the form of an experience report, considering the reflection on the education and health of a CHA living in the Quilombola community of Engenho da Cruz, Cachoeira, Bahia. The course improved the performance of the CHA and challenges were identified such as inadequate transportation and lack of integration with Endemic Combat Agents. Public policies are needed to improve the health and education conditions of Quilombolas.

Keywords: Community Health Agent; Quilombola Communities; Professional Training.



1. Introdução

Os fundamentos e a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) foram concebidos em 1988, após a promulgação da nova constituição brasileira, que definiu a saúde como um direito universal de todos os cidadãos e uma responsabilidade do Estado, pavimentando o caminho para sua implantação em 1990 (Casa Civil, 1988).

Os serviços fornecidos pela rede do SUS incluem atividades de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de indivíduos com doenças e agravos de saúde, além da promoção e manutenção do bem-estar. No Brasil, o acesso universal e gratuito a esses serviços é um direito assegurado pela Constituição Federal de 1988 e pelo SUS (Paim *et al.*, 2011). No entanto, o acesso a esses serviços é condicionado tanto pela oferta e disponibilidade quanto pela percepção e necessidades do indivíduo e da comunidade (Caram *et al.*, 2021; Palmeira *et al.*, 2022).

No que concerne a população quilombola, estão localizadas em maior parte na região nordeste, sobretudo nos estados do Maranhão e Bahia, predominantemente localizados na zona rural (Silva, 2007) com população majoritariamente preta, onde prevalecem problemas básicos de saúde vinculados às precárias condições de vida (Miranda *et al.*, 2020; Oliveira *et al.*, 2015), enfrentam dificuldades no acesso à educação e à saúde (De Jesus *et al.*, 2022) e apresentam sequelas do racismo institucional e maior vulnerabilidade socioeconômica decorrente do processo histórico desses territórios (Câmara *et al.*, 2024).

Considerando que a utilização dos serviços de saúde constitui um conjunto amplo e complexo de ações, especialmente no contexto político, é fundamental acompanhar a evolução da cobertura desses serviços. Esse acompanhamento é essencial para identificar algumas das barreiras ao acesso aos serviços de saúde e para contribuir na formulação de políticas de saúde informadas (Giovanella *et al.*, 2021; Vieira; Monteiro, 2013).

No contexto das políticas públicas brasileiras, desde a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana, estabelecidas pela Lei nº 10.639 de 2004 (Conselho Nacional de Educação, 2004). Tem-se observado pouco avanço no que diz respeito ao acesso de pessoas negras ao ensino brasileiro, e as políticas afirmativas que promovem a equidade no país. Além disso, apesar da Lei nº 12.288 de 2010, que institui o Estatuto da Igualdade Racial, ainda há muito a ser feito para que a igualdade de oportunidades se torne uma realidade (Casa Civil, 2010).

Neste sentido, é necessário refletir sobre a “descolonização” (perspectiva desconstrutiva) do pensamento e práticas de manutenção dos sistemas de Estado (educação e saúde) sobre a ótica europeia e propor alternativas para que se efetive a equidade no país, a partir dos movimentos que envolvam a inclusão de diferentes tipos de conhecimentos sem qualquer exclusão, dando voz a múltiplas visões da realidade (Lima; Kosop, 2019).

A educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano, que embora admita divergências, assumem um mesmo princípio norteador de valorização do indivíduo como ser livre, ativo e social (Pereira, 2003). Nesta perspectiva, emerge o Programa Saúde com Agente, iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, criado com o objetivo de



qualificar 200 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) (UFRGS, 2022).

Considerando o ACS ser fundamental para a consolidação da Estratégia Saúde da Família, seguindo o que foi preconizado pela declaração de Alma-Ata, que enfatizou os cuidados primários a saúde (1978, p.1), além da necessidade de se entender sobre a integração educação e saúde prevista no Projeto Saúde com Agente, optou-se entrevistar uma cursista Quilombola e estruturar questionamentos em dois eixos: educação e saúde, haja vista observar estudos que apresentam registro de autopercepção de saúde muito ruim/ruim (Kochergin; Proietti; César, 2014; Oliveira *et al.*, 2015), bem como, a carência de políticas públicas de educação para pessoas Quilombolas (Silva, 2018).

Propõe-se relatar a experiência de uma Agente Comunitária de Saúde Quilombola vivenciada como cursista do Programa Saúde com Agente e suas percepções sobre a condição de saúde da comunidade Quilombola em que desenvolve as suas atividades laborais.

2. Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa descritiva na modalidade de relato de experiência, adotando como resultados a entrevista com uma ACS Quilombola, residente na Bacia e Vale do Iguape, Engenho da Cruz, Cachoeira, Bahia, realizado no mês de maio de 2024, na qual foi realizada no dia 15 de maio, através do Microsoft Teams.

As comunidades Quilombolas são caracterizadas como espaços habitados secularmente por negros livres e descendentes de escravizados (Costa; Scarcelli, 2016). Cabe destacar que grupos étnicos de origem Quilombola mostram padrões diferenciados de vulnerabilidade quando comparados com a população urbana e rural do país. Apesar de alguns avanços, a melhoria das condições de vida nas comunidades Quilombolas caminha a passos lentos (Cherol; Ferreira; Sales-costa, 2021)

Constituída por 18 comunidades remanescentes Quilombolas localizadas em Cachoeira, Bahia, município do Recôncavo Baiano, a 130 km da capital Salvador. Considerado monumento nacional entre o período colonial e meados do século XIX, o município foi considerado um dos mais importantes centros produtores de açúcar e fumo do país e, por isso, possuía uma quantidade considerável de engenhos de açúcar e, conseqüentemente, muitos escravos, negros (pessoas pretas e pardas) (De Jesus *et al.*, 2022; Silva, 2017).

As comunidades Quilombolas da Bacia e Vale do Iguape estão localizadas no entorno da Baía de Todos os Santos e da Reserva Extrativista Marinha da Baía do Iguape (Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade). Desde 2008, treze comunidades, localizadas no distrito de Santiago do Iguape, estão compreendidas no Conselho Quilombola da Bacia e Vale do Iguape, sendo elas: Kaonge, Kalembá, Kaimbongo Velho, Kalolé, Dendê, Imbiara, Engenho da Ponte, Engenho da Praia, Engenho da Vitória, Tombo, Engenho Novo, Engenho da Cruz e Brejo da Guaíba (Bassi; Tavares, 2017).

Importante pontuar que a produção desse relato de experiência começou a ser planejado durante a coleta de dados do projeto *Condições de vida e saúde das comunidades Quilombolas da Bahia e de Sergipe*, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia e Coordenado pelo Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, e Universidade Federal de Sergipe, em setembro de 2023.



Na ocasião, um dos coletadores entrevistou a ACS como cumprimento do projeto supracitado e aventou-se a possibilidade de uma produção científica sobre as experiências vivenciadas pela ACS nos processos educacionais do Programa Saúde com Agente.

O modelo adotado para relatar a experiência da ACS e cumprir com o objetivo deste estudo foi o roteiro proposto por Mussi, Flores e Almeida (2021), que elenca seções com elementos essenciais para a construção de um relato de experiência que permita a compreensão, crítica e reflexão diante das vivências, destacando-se pela descrição da intervenção realizada. Sendo assim, o relato da experiência foi organizado em blocos de duas seções a serem questionadas à entrevistada: educação e saúde. Pontua-se que a intervenção deste estudo foi a imersão da cursista no Programa Saúde com Agente e suas experiências enquanto ACS na comunidade em que trabalha.

Este estudo considerou procedimentos essenciais para a preparação de entrevistas para análise segundo Alberti (1990). A entrevista foi transcrita imediatamente após concluída, pelo mesmo condutor, no dia 13 de maio. Após a transcrição, fez-se necessário realizar a conferência de fidedignidade, que consistiu em ouvir a gravação com o texto transcrito em mãos, verificando cada frase, mudança de entonação, interjeição e interrupção. Em seguida, a entrevista foi revisada e validada pelos demais autores a fim de evitar supressão de informação e reavaliar o direcionamento da pesquisa.

No Quadro 1 é possível observar as questões abertas utilizadas durante a entrevista com a ACS:

Quadro 1: Questionamentos feitos à Agente Comunitária de Saúde em entrevista realizada no mês de maio de 2024.

| Bloco da Educação | Bloco da Saúde |
|---|--|
| 1- A forma de como você presta os atendimentos em visitas domiciliares mudou após você realizar o curso? Se sim, o que mudou? | 1- Você acha que existe obstáculos no acesso a saúde entre os moradores do Engenho da Cruz? Se sim, quais? |
| 2- As atividades propostas nos módulos educacionais apoiaram no seu desenvolvimento profissional como ACS? | 2- Considerando o controle de doenças e agravos de saúde pública, qual a principal doença se apresenta como mais frequente na unidade de saúde que você trabalha? |
| 3- O curso fez você se sentir mais preparada e segura para atuar na Estratégia de Saúde da Família (ESF)? Se sim, de que forma? | 3- Como você observa a integração do ACS e ACE para a resolução de agravos importantes para a saúde pública? |
| 4- Você incluiria algum assunto/Módulo na metodologia de ensino do Curso Saúde com Agente? Se sim, qual? | 4- A saúde é um direito de todos e dever do Estado: você consegue citar políticas públicas necessárias para uma melhor condição de vida e saúde da sua comunidade? |
| 5- Você acha que a sua equipe nota diferenças no seu modo de atuação na Estratégia de Saúde da Família? Se sim, exemplifique? | 5- Existe integração entre o saber popular e práticas integrativas à saúde na prestação do cuidado entre os profissionais da sua unidade de saúde? |

Fonte: Elaboração própria

O Programa teve o apoio financeiro do Ministério da Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAAE



60867922.6.0000.5347), por meio da resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e os participantes desta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido disponível no Moodle¹

3. Resultados

O presente relato de experiência se baseou em uma entrevista com cinco perguntas referentes a questões relacionadas à educação e cinco outros questionamentos sobre condições de saúde. Por se tratar de uma entrevista com uma única participante, optou-se por registrar os resultados deste estudo em formato de entrevista.

3.1 Bloco da Educação

Pergunta 1: A forma de como você presta os atendimentos em visitas domiciliares mudou após você realizar o curso? Se sim, o que mudou?

Resposta: *Sim, eu acredito que sim, por entender as necessidades de contribuição junto à comunidade e poder transformar vidas. Isso foi significativo, então eu achei que mudou de forma significativa a minha participação, o prazer de fazer é como se eu ganhasse munhões para isso, para executar melhor assim. Acrescentando que eu senti uma responsabilidade e a minha assistência.*

Pergunta 2: As atividades propostas nos módulos educacionais apoiaram no seu desenvolvimento profissional como ACS?

Resposta: *Sim, eu creio que sim, melhorou muito, tipo a questão do tablet, que nos ajuda a enviar dados em tempo real e corrigir de forma mais precisa as informações, é mais ou menos assim.*

Pergunta 3: O curso fez você se sentir mais preparado e seguro para atuar na Estratégia de Saúde da Família (ESF)? Se sim, de que forma?

Resposta: *Pessoalmente, sim. Em alguns pontos, inclusive, muitos agentes falaram que deveria ter sido para toda a equipe do posto da unidade para que todos tivessem a consciência daquilo que a gente aprendeu lá e terem a consciência daquilo que a gente aprendeu lá. Sobretudo o que que é preciso para que se tenha uma realidade de um atendimento Quilombola com precisão.*

Pergunta 4: Você incluiria algum assunto/Módulo na metodologia de ensino do Curso Saúde com Agente? Se sim, qual?

Resposta: *Não, não incluiria nenhum outro tema, penso que tudo que foi abordado foi útil para que eu pudesse prestar uma ótima assistência na minha comunidade da minha área de abrangência, apenas acho que o curso deveria contemplar todos os integrantes da minha unidade, não apenas os ACS, como já falei.*

Pergunta 5: Você acha que a sua equipe nota diferenças no seu modo de atuação na Estratégia de Saúde da Família? Se sim, exemplifique?

Resposta: *Sim, na maneira de executar as atividades com precisão, no tratamento com os demais integrantes de ESF e no atendimento da minha comunidade.*

¹Moodle é o acrônimo de "Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment", um software livre que se constitui em uma plataforma online de estudo e aprendizagem.



3.2 Bloco da Saúde

Pergunta 1: Você acha que existe obstáculos no acesso a saúde entre os moradores do Engenho da Cruz? Se sim, quais?

Resposta: *Eu acho que poderia ser reformulado os critérios para o atendimento das pessoas que procuram o serviço, um alinhamento para cada atendimento para a melhoria do acesso. Outro obstáculo é o transporte, quando um idoso ou outra pessoa precisa se deslocar da comunidade, a falta do transporte é um problema que muitas vezes dificulta uma assistência mais adequada.*

Pergunta 2: Considerando o controle de doenças e agravos de saúde pública, qual a principal doença se apresenta como mais frequente na unidade de saúde que você trabalha?

Resposta: *Diabetes e hipertensão, e isso não atinge apenas os idosos.*

Pergunta 3: Como você observa a integração do ACS e ACE para a resolução de agravos importantes para a saúde pública?

Resposta: *Particularmente, não vejo o ACE integrado com a nossa unidade, uma vez que não estão presentes na comunidade e isso é um problema. Existe essa necessidade de integrar para uma melhor condição de vida da comunidade.*

Pergunta 4: A saúde é um direito de todos e dever do Estado: você consegue citar políticas públicas necessárias para uma melhor condição de vida e saúde da sua comunidade?

Resposta: *Seria importante que toda a sociedade soubesse o que é uma Unidade de Saúde Quilombola, na verdade, já mudaria tudo. Por exemplo, estratégias educacionais para os profissionais de saúde que com certeza saberiam que falta saneamento básico, transporte, coleta constante de lixo, visto que só passam uma vez na semana.*

Pergunta 5: Existe integração entre o saber popular e práticas integrativas à saúde na prestação do cuidado entre os profissionais da sua unidade de saúde?

Resposta: *Eu, enquanto ACS, faço, até porque tudo que serviu para mim eu passo adiante, não fico para mim. Então eu acho que quando eu indico um chá, uma folha para alguém que tem um efeito, vamos dizer anti-inflamatório ou algo do tipo, eu acho que eu estou fazendo essa integração. Os profissionais da unidade de saúde Quilombola, de uma certa forma, acaba integrando esse saber popular, por exemplo, uma médica da nossa unidade integrava os saberes populares em suas consultas, entretanto, os profissionais no geral respeitam, mas nem todos fazem essa integração.*

4. Discussão

Cuidar é visto como fundamental para o ser humano, pois inclui zelo, bom trato, empatia e solicitude. Esse ato é definido pela capacidade da pessoa de "sair de si mesma", superando suas limitações sociais e individuais para se concentrar na preocupação com outra pessoa. Nessa visão, a integralidade reflete a essência do cuidado, considerando a influência dos contextos social, econômico e cultural no processo de adoecimento (Alves *et al.*, 2020).

No caminho da educação, o conhecimento considerado libertador é o conhecimento que pensa nos resultados das ações em que as relações sujeito-objeto são



substituídas pela reciprocidade entre os sujeitos e onde a solidariedade e a participação estão presentes (Acioli, 2008).

A entrevistada expressou que o curso permitiu que ela adquirisse uma compreensão mais profunda das necessidades das comunidades Quilombolas, despertando nela um sentimento de responsabilidade em sua assistência, além do impacto significativo na conduta da prestação na assistência domiciliar. Em consonância a essa afirmação, estudos relacionados na formação de ACS apontam que a aquisição de competência também foi possível (Nepomuceno *et al.*, 2021).

A tecnologia, como o uso do *tablet* para enviar dados em tempo real e corrigir de forma mais precisa, indica que o curso também proporcionou ferramentas práticas que melhoraram a eficiência do trabalho. Isso ressalta a importância das ferramentas tecnológicas na atuação dos ACS, conforme discutido por diversos autores no campo da saúde coletiva (Méllo *et al.*, 2021). Assim, investir na formação permanente desses importantes trabalhadores é mister na qualificação do SUS.

A presença de tecnologias em comunidades tradicionais hoje em dia resulta do avanço técnico e científico, ampliado pelo processo de globalização, assim sendo, é importante respeitar a cultura e o território de cada comunidade Quilombola, promovendo a incorporação de tecnologias sociais de forma gradativa conforme a aceitação e o entendimento de cada pessoa que fará uso dela.

Com a conclusão do curso, a ACS se sentiu mais preparada e segura para atuar na ESF. Isso é um indicativo de que as ações educacionais do Programa Saúde com Agente foram significativas para ela, assim como é apresentado em outro estudo nacional (Mathias, 2008). No entanto, a entrevistada sugere que o curso deveria ser estendido a toda a equipe da unidade, o que poderia indicar uma necessidade percebida de treinamento mais amplo, em consonância a visão interdisciplinar. Isso reforça a ideia de que a atuação dos ACS requer a participação de todos os membros da equipe (Brito, 2015).

A servidora acredita que sua equipe notou diferenças em sua atuação. Isso sugere que as mudanças implementadas nas suas habilidades, indicando a positividade do curso na modelação das práticas profissionais, em linha com a visão de que a atuação dos ACS deve ter um impacto direto e mensurável nos territórios Quilombolas (Nepomuceno *et al.*, 2021). Estratégias educacionais estruturadas e construídas de maneira interdisciplinar torna possível potencializar resultados. Nessa perspectiva, há que se pensar na produção de cursos educacionais que parta do princípio da construção de perfis de competências adequados para cada profissional em formação.

A ACS destaca a necessidade de reformular os critérios de atendimento para o acolhimento, além de apontar o desafio do transporte para o acesso à saúde na rede de assistência da comunidade Quilombola, corroborado com a desigualdade no acesso à saúde nas áreas urbanas e rurais, como um problema significativo no Brasil (Arruda; Maia; Alves, 2018). A falta de transporte, em particular para idosos e pessoas com mobilidade reduzida, é um obstáculo significativo e pode ser mitigado com políticas públicas que contemplem essa população, considerando a dignidade e o direito à vida.

As doenças mais frequentes identificadas na unidade de saúde são Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica. Isso sinaliza que as doenças crônicas não transmissíveis são uma preocupação significativa nos Quilombos, não apenas em pessoas adultas (De Jesus *et al.*, 2022), exigindo atenção e gerenciamento contínuos, além da integração do conhecimento tradicional e integrativo na prática de cuidado, visto estar enraizado nessas



comunidades um modelo particular de cuidado com a saúde (Silveira *et al.*, 2015). Dessa maneira, a preparação da equipe de saúde para o acolhimento e integração de práticas de cuidados transgeracionais, não apenas como respeito, mas com a credibilidade que requer o assunto, ainda é um desafio no Brasil (Freitas Neto *et al.*, 2020). Entretanto, torna-se imprescindível que essa particularidade no cuidado seja ampliada no SUS (Zeni *et al.*, 2017).

A ausência ou baixa frequência do ACE na comunidade, é preocupante, pois a integração de ACE na ESF é imprescindível para a resolução de agravos importantes para a saúde pública, como por exemplo na detecção do barbeiro, o controle de animais peçonhentos e vetores como o *Aedes Aegypti* (Pereira; Pícoli; Cazola, 2021). Na perspectiva de provocar essa mudança de cenário, o Programa Saúde com Agente propôs a integração do ACS e ACE a fim de minimizar essa barreira tanto da ausência do cuidado, como na perspectiva da integração de atores.

5. Considerações finais

A experiência relatada pela ACS do Engenho da Cruz destaca a importância de programas de capacitação como o Programa Saúde com Agente, uma vez que demonstrou ser uma ferramenta eficaz para aprimorar as habilidades dos ACS, especialmente no uso de tecnologias que facilitam o atendimento e a coleta de dados em tempo real. A capacitação contínua é essencial para que esses profissionais possam desempenhar suas funções de maneira mais eficiente, impactando positivamente a saúde das comunidades Quilombolas.

No entanto, o estudo também revelou desafios persistentes que precisam ser abordados. A falta de transporte adequado impede que muitos moradores acessem os serviços de saúde, particularmente os idosos e aqueles com mobilidade reduzida. Além disso, a integração entre ACS e ACE ainda é insuficiente, o que compromete a resolução de agravos importantes para a saúde pública.

É fundamental que políticas públicas sejam formuladas e implementadas para enfrentar essas barreiras. Isso inclui a melhoria da infraestrutura de transporte, a criação de estratégias que garantam a presença contínua do ACE nas comunidades e a ampliação dos programas de formação para incluir todos os profissionais de saúde das unidades Quilombolas.

Ademais, é necessário um enfoque maior na integração dos saberes populares e práticas integrativas à saúde, respeitando e valorizando o conhecimento tradicional das comunidades Quilombolas. Este enfoque pode fortalecer a confiança e a cooperação entre os profissionais de saúde e os moradores, promovendo uma abordagem mais holística para o cuidado à saúde.

Em suma, a melhoria das condições de vida e saúde nas comunidades Quilombolas depende de um esforço contínuo e coordenado entre os profissionais de saúde, as políticas públicas e a valorização do conhecimento tradicional. Somente assim será possível alcançar a equidade e garantir o direito à saúde para todos.

Apesar das contribuições significativas deste relato de experiência, alguns limites devem ser considerados. O estudo se baseia na experiência de uma única ACS em uma comunidade Quilombola específica, isso limita a generalização dos resultados para outras comunidades Quilombolas ou contextos diferentes. O relato de experiência é, por natureza, subjetivo e baseado na percepção individual da ACS entrevistada. As experiências e opiniões de outros ACS podem variar, e aspectos importantes podem não



ter sido capturados neste estudo. Fatores externos: a implementação do Programa Saúde com Agente e a experiência da ACS podem ser influenciadas por fatores externos específicos da região, como políticas locais, infraestrutura e condições socioeconômicas, que podem não ser replicáveis em outras áreas.

6. Referências

- ALBERTI, V. (1991). História oral: a experiência do CPDOC. **Revista Brasileira De Enfermagem**, 44(1), 85–85.
- ACIOLI, S. (2008). A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 61(1), 117–121.
- ALVES, P. H. M.; LEITE-SALGUEIRO, C. D. B.; ALEXANDRE, A. C. S.; OLIVEIRA, G. F. D. (2020). Reflexões sobre o cuidado integral no contexto étnico-racial: Uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(6), 2227–2236.
- ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. (2018). Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: Uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, 34(6), e00213816.
- BASSI, F.; TAVARES, F. (2017). **Preparando o banquete, sonhando a festa: memória e patrimônio nas festas quilombolas (Cachoeira-Bahia)**. 4(7), p. 15-32.
- BRITO, L. P. (2015). **O Agente Comunitário em Saúde: Um cuidador ou um apoiador Institucional?** Brasília-DF, Universidade de Brasília [internet] p. 1-21. disponível: chrome-extension://efaidnbmnribpcajpcglclefindmkaj/https://bdm.unb.br/bitstream/10483/15600/1/2015_LeonardoPimentaBrito_tcc.pdf
- CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. (1978). **Declaração de Alma-Ata**, URSS, p. 1. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnribpcajpcglclefindmkaj/https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
- CÂMARA, J. H. R.; VARGA, I. V. D.; FROTA, M. T. B. A.; SILVA, H. P. D. (2024). Racism and food insecurity: Misfortunes of a Quilombola community in the Brazilian Legal Amazon. **Ciência & Saúde Coletiva**, 29(3), e16672023.
- CARAM, C. D. S.; MENDONÇA, R. D. D.; MARQUES, R. J. R.; BRITO, M. J. M.; LOPES, A. C. S. (2021). Redução da desigualdade de acesso às ações de promoção da saúde na Atenção Primária brasileira: Programa Academia da Saúde. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, 16, e48519.
- CASA CIVIL. (1988). **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988**. Recuperado 12 de maio de 2024.
- CASA CIVIL. (2010). **Estatuto da Igualdade Racial—Lei 12288/10 | Lei no 12.288, de 20 de julho de 2010**. Disponível: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112288.htm.
- CHEROL, C. C. de S.; FERREIRA, A. A.; SALES-COSTA, R. (2021). Social inequalities and household food insecurity in quilombola communities in Brazil. **Revista de Nutrição**, 34, e200173.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. (2004). **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de**



História e Cultura Afro-Brasileira e Africana. Disponível: <chrome-extension://efaidnbmninnkpbpcjpcgleclefindmkaj/http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/res012004.pdf>.

COSTA, E. S.; SCARCELLI, I. R. (2016). Psicologia, política pública para a população quilombola e racismo. **Psicologia USP**, 27(2), 357–366.

DE JESUS, V. S.; DA C. N. C. M.; DE CAMARGO, C. L.; TRAD, L. A. B.; NERY, J. S. (2022). Hypertension in Quilombola children and adolescents. **Medicine**, 101(11), e28991.

FREITAS NETO, W. A. DE; ANDRADE, S. S. C. DE A.; SILVA, G. D. M. DA; NERY, J. S.; SANCHEZ, M. N.; CODENOTTI, S. B.; SANTOS, M. A. S.; BEDOR, C. N. G.; MAIA, G. L. DE A. (2020). Plantas medicinais e pessoas com tuberculose: descrição de práticas de cuidado no norte da Bahia, 2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 29(5), e2020046.

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; SCHENKMAN, S.; ALMEIDA, P. F. D.; SARDINHA, L. M. V.; VIEIRA, M. L. F. P. (2021). Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: O que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(suppl 1), 2543–2556.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE 2015 MORTALITY AND CAUSES OF DEATH COLLABORATORS*. (2016). Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **The Lancet**, 388(10053), 1459–1544.

KOCHERGIN, C. N.; PROIETTI, F. A.; CÉSAR, C. C. (2014). Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: Autoavaliação de saúde e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, 30(7), 1487–1501.

LIMA, J. E. D. S.; KOSOP, R. J. C. (2019). Giro Decolonial e o Direito: Para Além de Amarras Coloniais. **Revista Direito e Práxis**, 10(4), 2596–2619.

MATHIAS, M. (2008). Trabalhadores de Nível Médio Cuidam da Gestão do SUS: Técnicos em Gestão de Saúde atua no planejamento, controle e avaliação das políticas públicas. **Revista POLI: Saúde; Educação e Trabalho**, Rio de Janeiro, p. 16-17.

MÉLLO, L. M. B. D. D. E.; ALBUQUERQUE, P. C. D.; SANTOS, R. C. D.; FELIPE, D. A.; QUEIRÓS, A. A. L. D. (2021). Agentes comunitárias de saúde: Práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 25(suppl 1), e210306.

MIRANDA, L. DE P.; OLIVEIRA, T. L.; QUEIROZ, P. DE S. F.; OLIVEIRA, P. S. D.; FAGUNDES, L. S.; RODRIGUES NETO, J. F. (2020). Saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos em idosos quilombolas: Um estudo de base populacional. **Rev. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 23(2), e200146.

MUSSI, R. F. D. F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. D. (2021). Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis Educacional**, 17(48), 1–18.

NEPOMUCENO, R. D. C. A.; BARRETO, I. C. D. H. C.; FROTA, A. C.; RIBEIRO, K. G.; ELLERY, A. E. L.; LOIOLA, F. A.; ANDRADE, L. O. M. D. (2021). O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde à luz da Teoria Comunidades de Prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(5), 1637–1646.



- OLIVEIRA, S. K. M., PEREIRA, M. M., GUIMARÃES, A. L. S., CALDEIRA, A. P. (2015). Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(9), 2879–2890.
- PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. (2011). The Brazilian health system: History, advances, and challenges. **The Lancet**, 377(9779), 1778–1797.
- PALMEIRA, N. C.; MORO, J. P.; GETULINO, F. D. A.; VIEIRA, Y. P.; SOARES JUNIOR, A. D. O.; SAES, M. D. O. (2022). Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 31(3), e2022966.
- PEREIRA, A. L. D. F. (2003). As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 19(5), 1527–1534.
- PEREIRA, G. D. A.; PÍCOLI, R. P.; CAZOLA, L. H. D. O. (2021). Integração do agente de combate às endemias na Estratégia Saúde da Família, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2017*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 30(1), e2019500.
- SILVA, E. S. F. (2017). “O teatro de grandes desgraças”: exclusão social e controle social no recôncavo da bahia no tempo da abolição. **Revista Dia-logos**, 11(01), 13-23.
- SILVA, J. A. N. D. (2007). Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saúde e Sociedade**, 16(2), 111-124.
- SILVEIRA, D. B.; CHAGAS, M. D. F. D.; HORA, T. S. D.; DAHER, D. V.; ACIOLI, S. (2015). Implicações da cultura no cuidado da equipe de saúde da família em uma Comunidade Quilombola. **Revista Enfermagem UERJ**, 23(5), 622-626.
- UFRGS. (2022). **Programa Saúde com Agente**. Equipe do Projeto. Disponível em: <https://maissaudecomagente.ufrgs.br/saude/equipe-do-projeto/> Acesso em: 06 mai. 2024.
- VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S. (2013). Comunidade quilombola: Análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. **Saúde em Debate**, 37(99), 610–618.
- ZENI, A. L. B.; PARISOTTO, A. V.; MATTOS, G.; HELENA, E. T. DE S. (2017). Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na Atenção Primária em Blumenau, Santa Catarina, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(8), 2703–2712.