

Saberes e práticas sobre saúde entre homens quilombolas: contribuições para a atenção à saúde

Knowledge and practices about health among Quilombola men: contributions to health care
Conocimientos y prácticas sobre salud entre hombres quilombolas: contribuciones a la atención de salud

Felipe Valino dos Santos¹

ORCID: 0000-0002-6116-3802

Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues¹

ORCID: 0000-0001-9968-9546

Laura Maria Vidal Nogueira¹

ORCID: 0000-0003-0065-4509

Erlon Gabriel Rego de Andrade¹

ORCID: 0000-0002-7109-6121

Aloma Sena Soares¹

ORCID: 0000-0003-4613-1084

Élida Fernanda Rêgo de Andrade¹

ORCID: 0000-0002-0433-9293

¹Universidade do Estado do Pará. Belém, Pará, Brasil.

Como citar este artigo:

Santos FV, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Andrade EGR, Soares AS, Andrade EFR. Knowledge and practices about health among *Quilombola* men: contributions to health care. Rev Bras Enferm. 2023;76(Suppl 2):e20230138. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0138pt>

Autor Correspondente:

Aloma Sena Soares

E-mail: alomassoares@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Márcia Ferreira

Submissão: 10-04-2023

Aprovação: 09-09-2023

RESUMO

Objetivo: analisar os saberes e as práticas sobre saúde entre homens quilombolas. **Métodos:** estudo qualitativo, descritivo, realizado com 40 homens de duas comunidades quilombolas de Santa Izabel do Pará, estado do Pará, Brasil. Realizaram-se entrevistas individuais, utilizando roteiro semiestruturado. O *corpus* textual foi submetido à análise com o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires 0.6, alpha 3*, por meio da Classificação Hierárquica Descendente. **Resultados:** entre os participantes, oito (20,00%) estavam na faixa etária de 55 a 59 anos. Identificaram-se 382 segmentos de textos, com aproveitamento de 299 (78,27%), gerando cinco classes lexicais, que compuseram dois *subcorpora*. As classes foram organizadas em quatro eixos temáticos, abordando os saberes sobre saúde e as práticas para prevenir e resolver problemas de saúde. **Considerações finais:** os homens destacaram a sabedoria popular/tradicional permeada por conhecimentos biomédicos, traduzindo suas compreensões sobre como agir para permanecerem ou se tornarem saudáveis.

Descritores: Quilombolas; Saúde das Minorias Étnicas; Saúde do Homem; Comportamentos Relacionados com a Saúde; Populações Vulneráveis.

ABSTRACT

Objective: to analyze health knowledge and practices among *Quilombola* men. **Methods:** a qualitative, descriptive study, carried out with 40 men from two *Quilombola* communities in Santa Izabel do Pará, state of Pará, Brazil. Individual interviews were carried out using a semi-structured script. Text *corpus* was subjected to analysis with *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires 0.6, alpha 3*, through Descending Hierarchical Classification. **Results:** among participants, eight (20.00%) were aged 55 to 59 years. 382 text segments were identified, with 299 (78.27%) being used, generating five lexical classes, which made up two *subcorpora*. The classes were organized into four thematic axes, covering knowledge about health and practices to prevent and solve health problems. **Final considerations:** men highlighted popular/traditional wisdom permeated by biomedical knowledge, translating their understanding of how to act to remain or become healthy.

Descriptors: *Quilombola* Communities; Health of Ethnic Minorities; Men's Health; Health Behavior; Vulnerable Populations.

RESUMEN

Objetivo: analizar conocimientos y prácticas de salud entre hombres *quilombolas*. **Métodos:** estudio cualitativo, descriptivo, realizado con 40 hombres de dos comunidades *quilombolas* de Santa Izabel do Pará, estado de Pará, Brasil. Las entrevistas individuales se realizaron mediante un guión semiestructurado. El *corpus* textual fue sometido a análisis con *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires 0.6, alpha 3*, mediante Clasificación Jerárquica Descendente. **Resultados:** entre los participantes, ocho (20,00%) tenían entre 55 y 59 años. Se identificaron 382 segmentos textuales, de los cuales se utilizaron 299 (78,27%), generándose cinco clases léxicas, que conformaron dos *subcorpora*. Las clases se organizaron en cuatro ejes temáticos, abarcando conocimientos sobre salud y prácticas para prevenir y resolver problemas de salud. **Consideraciones finales:** los hombres resaltaron la sabiduría popular/tradicional impregnada de conocimientos biomédicos, traduciendo su comprensión de cómo actuar para permanecer o volverse saludables.

Descriptorios: *Quilombola*; Salud de las Minorias Étnicas; Salud del Hombre; Conductas Relacionadas con la Salud; Poblaciones Vulnerables.

INTRODUÇÃO

De modo geral, os homens habituaram-se a evitar o contato com os serviços de saúde, orgulhando-se da ideia de que são invulneráveis. Avessos à prevenção e ao autocuidado, é comum que protelem a busca por atendimento profissional, muitas vezes culminando no agravamento dos casos clínicos e em maiores despesas para si e para o sistema de saúde, o qual é obrigado a intervir nas fases mais avançadas das doenças⁽¹⁾.

Relevante parcela da não adesão às medidas de atenção à saúde decorre das variáveis culturais, além de que os estereótipos de gênero, enraizados há séculos na cultura patriarcal brasileira, potencializam práticas baseadas em crenças e valores sobre o que é ser masculino. Assim, o homem julga-se invulnerável, contribuindo para que cuide menos de si e se exponha cotidianamente às situações de risco⁽²⁻³⁾.

Nessa perspectiva, deve-se considerar a heterogeneidade social das possibilidades de ser homem, contexto em que as masculinidades são construídas historicamente, como processo em constante transformação. Esse aspecto é fundamental para promover a equidade na atenção à saúde dos homens, o qual deve ser considerado e valorizado segundo as diferenças por idade, condição socioeconômica e étnico-racial, local de moradia urbana ou rural, situação carcerária, deficiência física e/ou intelectual, orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas⁽⁴⁻⁶⁾.

Em vista disso, a população masculina está inserida em diversos arranjos sociais, apresentando muitas complexidades, razão pela qual é necessário compreender a realidade de cada grupo humano e sua influência na vida e na organização social das populações. De igual modo, é imprescindível reconhecer os determinantes sociais que resultam na condição de vulnerabilidade dos homens, considerando que representações estereotipadas sobre a masculinidade podem comprometer o acesso aos cuidados necessários⁽⁷⁻⁸⁾.

A análise do ambiente sociocultural dos sujeitos contribui para entender o seu contexto de vida e saúde, além de orientar as ações dos serviços para atender às necessidades individuais e coletivas. Algumas comunidades estão inseridas em cenários que as tornam ainda mais vulneráveis, a exemplo dos povos tradicionais, como as comunidades quilombolas, que historicamente resistem e sobrevivem às limitações de diferentes naturezas. Todas as relações de vida e trabalho desses povos estão intimamente ligadas ao ambiente natural e cultural em que residem⁽⁸⁻⁹⁾.

Muitas vezes, no cotidiano dos serviços de saúde, observa-se o não reconhecimento das particularidades inerentes à saúde dos homens, especialmente dos quilombolas, para promover o autocuidado. Essa realidade intensifica as suas vulnerabilidades, por fazerem parte de contextos em que a prática do autocuidado não é valorizada e/ou estimulada, devido aos conceitos e imaginários de masculinidade socialmente construídos⁽⁸⁾.

Assim, há inconsistências nos hábitos de saúde entre homens, retardando a busca por cuidados formais até o momento em que não conseguem cuidar de si, pelo agravamento das condições clínicas. Nesse cenário, é fundamental compreender as especificidades das práticas dos homens quilombolas, visando reduzir as iniquidades, além de produzir e mobilizar novas estratégias de gestão do autocuidado, culminando na promoção da saúde de forma integral e equânime⁽⁸⁾.

As condições de vida de comunidades quilombolas fortemente evidenciam maior precariedade, se comparadas às da população urbana. No meio rural, existem dificuldades de acesso ao sistema de saúde, principalmente relacionadas ao comportamento adotado entre os usuários, sobretudo do gênero masculino, pois a participação do homem quilombola nos serviços de saúde ainda é escassa. Ao menos parcialmente, isso está calcado no fato de que esses homens dedicam maior parte do seu tempo às atividades laborais, responsabilizando-se pelo sustento de suas famílias, culminando por limitar a busca pelos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de promover a saúde e prevenir o adoecimento⁽⁹⁻¹⁰⁾.

OBJETIVO

Analisar os saberes e as práticas sobre saúde entre homens quilombolas.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Atendeu-se à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi autorizado pela Secretaria de Saúde de Santa Izabel do Pará (SESAU) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará. A todos os participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e assegurou-se o sigilo das suas identidades utilizando código alfanumérico, com a letra P, em alusão à palavra “participante”, seguida do número de ordem das entrevistas.

Tipo de estudo

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, guiado pelo *checklist Consolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ)*⁽¹¹⁾.

Cenário do estudo e fonte de dados

Realizou-se a pesquisa em duas comunidades quilombolas do município de Santa Izabel do Pará, estado do Pará, Brasil: Boa Vista do Itá e Santa Luzia do Macapazinho. Localizado a 36 km da capital, Belém, esse município é composto por três distritos, Santa Izabel (sede municipal), Americano e Caraparu, além de vários lugarejos.

Boa Vista do Itá é uma comunidade do distrito de Caraparu, distante aproximadamente 60 km de Belém. Por sua vez, a comunidade Santa Luzia do Macapazinho situa-se a aproximadamente 15 km da sede municipal. Ambas têm acesso aos serviços de saúde por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) Conceição do Itá, que atende a toda região do distrito de Caraparu^(8,12).

Participaram 40 homens: 17 da comunidade Boa Vista do Itá e 23 da comunidade Santa Luzia do Macapazinho. Esses quantitativos corresponderam, respectivamente, a 42,50% (n=17/40) e 57,50% (n=23/40) da população masculina dessas comunidades, registrada na ESF Conceição do Itá. Foram incluídos homens adultos, residentes nessas comunidades, na faixa etária de 25 a 59 anos. Considerou-se como adulto o indivíduo enquadrado nessa faixa, segundo a classificação etária prevista na Política

Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)⁽¹³⁾. Optou-se por excluir aqueles que não foram encontrados em seus domicílios após três tentativas no período previsto para coletar os dados.

Coleta e organização dos dados

Aproximando-se das comunidades, o pesquisador principal visitou a ESF Conceição do Itá para conhecer os serviços de saúde, conversar sobre o projeto com os profissionais que ali atuavam e realizar o levantamento da população masculina passível de participar do estudo.

A abordagem aos participantes ocorreu nas dependências da unidade de saúde onde se realizavam as atividades da ESF. Foram convidados, individualmente, pelo pesquisador, por ocasião do comparecimento às consultas de rotina e/ou durante outras atividades na unidade. Com os que concordaram em participar, foram realizadas entrevistas individuais em uma sala disponibilizada pela equipe de saúde ou no domicílio, em data e horário previamente acordados. As entrevistas foram gravadas em formato MP3, mediante consentimento formal, e realizadas assegurando o conforto e a privacidade dos participantes, buscando um ambiente favorável ao diálogo.

Nas entrevistas, utilizou-se roteiro semiestruturado, elaborado pelos pesquisadores e composto por duas partes: a primeira com 13 perguntas referentes ao perfil sociodemográfico dos participantes; e a segunda com cinco questões subjetivas para apreender o objeto de estudo. Essas questões investigaram o entendimento individual sobre saúde, a importância que atribuíam à ideia de ser saudável e os motivos que os levaram a considerar essa condição, hábitos e práticas que consideravam propícios para manter a saúde, o que faziam para resolver problemas de saúde, onde e como aprenderam essas práticas, e como elas poderiam influenciar na saúde e no bem-estar. A coleta dos dados ocorreu no período de julho a dezembro de 2019.

Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas para elaborar o *corpus*, o qual foi submetido à análise lexical com o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ), versão 0.6, *alpha* 3. Desenvolvido por Pierre Ratinaud, o IRaMuTeQ permite processar e analisar estatisticamente *corpora* textuais, garantindo confiabilidade à pesquisa⁽¹⁴⁾.

Entre as técnicas de análise disponíveis no *software*, optou-se pela Classificação Hierárquica Descendente (CHD)⁽¹⁴⁾. Prezando pela clareza na apresentação dos resultados, no intuito de ampliar a compreensão do leitor, as classes lexicais geradas pela CHD foram organizadas em eixos temáticos, destacando palavras representativas e alguns excertos emblemáticos para demonstrar e exemplificar as subjetividades dos homens quilombolas.

Com as suas respectivas classes, os eixos temáticos foram interpretados e discutidos à luz da literatura científica pertinente e das orientações e recomendações disponíveis em documentos oficiais do Ministério da Saúde. Por sua vez, os dados do perfil sociodemográfico foram analisados, de forma descritiva, para identificar os valores absolutos e respectivos percentuais.

RESULTADOS

Entre os participantes, oito (20,00%) estavam na faixa etária de 55 a 59 anos; 17 (42,50%) eram católicos; 19 (47,50%) referiram ensino fundamental incompleto; 12 (30,00%) eram agricultores e lavradores ou comerciantes; 29 (72,50%) declararam renda pessoal mensal menor ou igual a um salário mínimo, e 22 (55,00%), renda familiar de um a dois salários mínimos; 23 (57,50%) residiam em casas de alvenaria; 36 (90,00%) relataram ter banheiro intradomicílio; 27 (67,50%) utilizavam água de poço raso; 10 (25,00%) utilizavam aterro para o lixo orgânico; e sete (17,50%) reutilizavam o lixo reciclável.

O *corpus* denominado "Aspectos relacionados aos saberes e às práticas em saúde" se constituiu por 40 textos, desdobrados em 382 segmentos de textos (ST), dos quais foram aproveitados 299 (78,27%), gerando cinco classes por meio da CHD, conforme ilustrado na Figura 1. As classes 4, 3 e 2 compuseram o primeiro *subcorpus* denominado "Saberes em saúde", e as classes 1 e 5, o segundo *subcorpus* denominado "Práticas em saúde".

As classes foram organizadas em quatro eixos temáticos, sendo eles, respectivamente: "Saberes que orientam os modos de lidar com a saúde", representado pela classe 4; "Ser saudável como sinônimo de ausência de doenças e o corpo-trabalho", representado pelas classes 3 e 2; "Importância do ambiente doméstico e familiar no contexto da saúde", pela classe 1; e "Práticas para prevenir e resolver problemas de saúde", representado pela classe 5.

Salienta-se que, para organizar os eixos temáticos, os autores consideraram as classes nessa ordem (4, 3, 2, 1 e 5), em virtude do processamento do *corpus* pelo IRaMuTeQ, o qual gerou essa lógica de partição (Figura 1). Apresentam-se, a seguir, os eixos e as suas respectivas classes.

Eixo temático 1 – Saberes que orientam os modos de lidar com a saúde (classe 4)

Formada por 63 ST (21,07% do *corpus*), essa classe apresenta 17 palavras representativas com maior força (teste qui-quadrado – X^2), construindo a ideia de como os homens quilombolas agem de acordo com o que aprenderam sobre saúde em algum momento de suas vidas. Assim, demonstra os saberes e aprendizados adquiridos entre os homens para manter a saúde e como se comportam para promover um bem-estar físico e emocional a partir desses saberes.

As palavras "dor" ($X^2=22,42$), "posto_de_saúde" ($X^2=31,88$), "chá" ($X^2=22,17$) e "beber" ($X^2=40,55$) ilustram um contexto de ações que retratam como a saúde está intimamente ligada ao tratamento ou à prevenção de doenças. Os ST apresentam modos de produzir saúde que dialogam com o senso comum, pelo que se aprende no ambiente familiar desde muito cedo, no íntimo relacionamento com as gerações ancestrais.

Os ST também demonstram como a cultura se molda nesses saberes e aprendizados populares, uma vez que muitos participantes descreveram utilizar frutas, raízes e plantas, na forma de compressas ou ingerindo chá, para tratar sintomas como dor de cabeça e dor na coluna e no combate a doenças respiratórias. Além disso, evidenciou-se a adoção de cuidados advindos do conhecimento biomédico, por meio dos serviços de saúde, com medicamentos disponibilizados na unidade de saúde ou adquiridos comercialmente nas farmácias, em idas ao centro urbano da região:

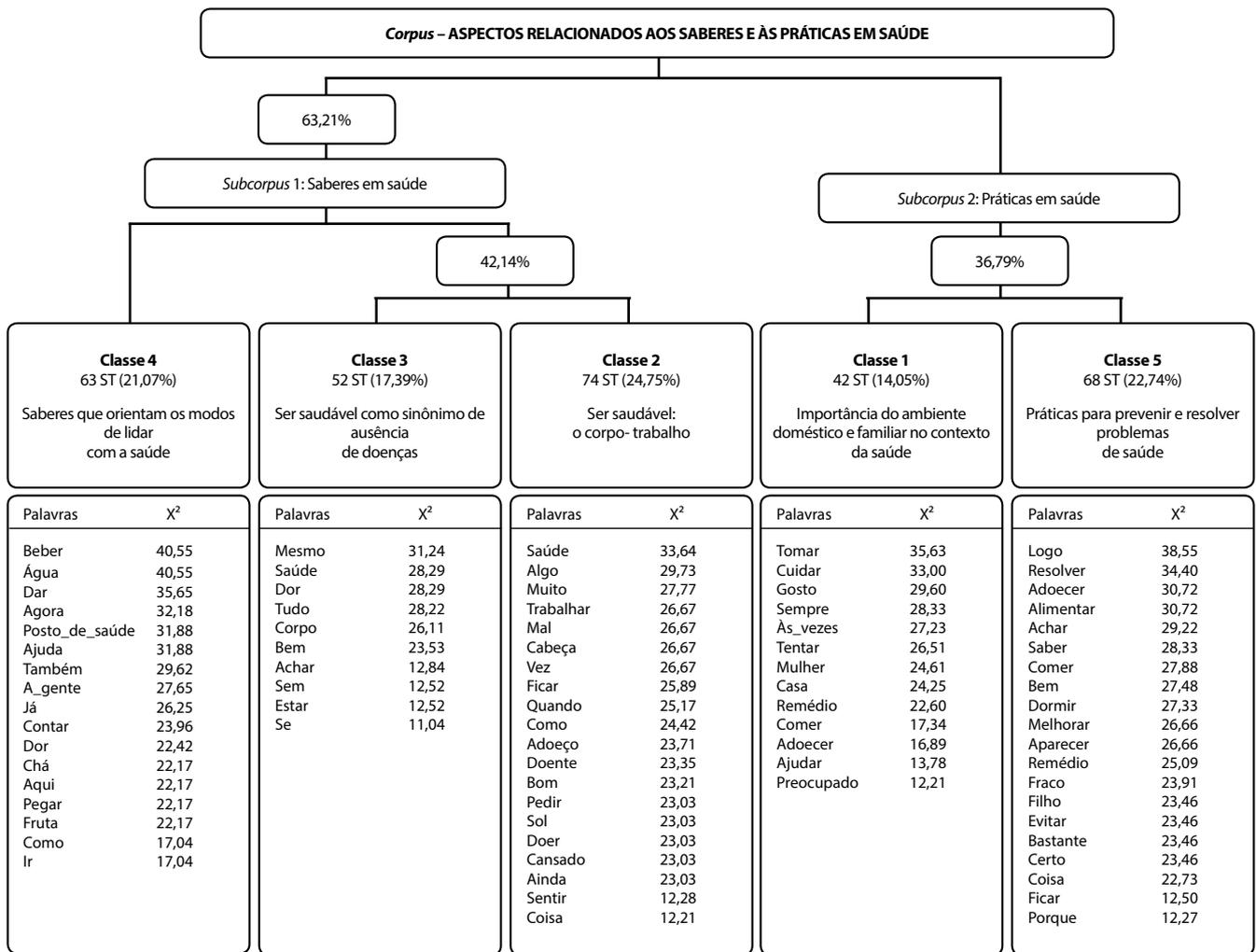


Figura 1 – Dendrograma da classificação hierárquica descendente, Belém, Pará, Brasil, 2019

A gente tenta resolver como dá, a mãe faz chá pra curar a gripe, faz a gente mastigar folha com mel. Quando não resolve, eu vou na farmácia do posto de saúde e peço um remédio pra enfermeira. (P1)

Eixo temático 2 – Ser saudável como sinônimo de ausência de doenças e o corpo-trabalho (classes 3 e 2)

Juntas, as classes 3 e 2 elucidam a compreensão dos participantes sobre o conjunto de fatores que demonstram ideias de saúde e bem-estar físico ou mental. Apresentam o entendimento do que é ser saudável, sendo que a classe 2 se diferencia unicamente por tratar o trabalho como dimensão que ocorreu com maior força nos depoimentos. Nessa perspectiva, a análise das duas ocorreu separadamente, mas de forma complementar, pois se relacionam e se consolidam estreitamente.

Construída com 52 ST (17,39% do corpus), a classe 3 expressa os saberes sobre saúde atrelados às percepções do corpo físico, do estado emocional e como isso interfere na rotina dos homens. Palavras representativas, como “saúde” (X²=28,29), “dor” (X²=28,29), “corpo” (X²=26,11), “tudo” (X²=28,22), “bem” (X²=23,53) e “sem” (X²=12,52), constroem o conceito do ser saudável na concepção da ausência de doenças ou sinais e sintomas.

A maioria dos depoimentos (n=27; 67,50%) relacionou a palavra “saúde” (X²=28,29) com as palavras “sem” (X²=12,52), “dor” (X²=28,29) e “corpo” (X²=26,11), e engendrou a compreensão de que saúde e doença são fenômenos opostos e não coabitam no mesmo corpo. Nesse sentido, a dor física é indicativa de não estar bem ou saudável. Além disso, os participantes relacionaram a saúde a um estado temporário de estabilidade corporal, como a ausência de dor ou de outro sintoma, mesmo com a possibilidade de conviver com doenças crônicas:

Saúde é quando meu corpo não tem dor e nem estou doente. A saúde vem quando estou bem comigo mesmo e posso fazer tudo o que quiser. Ela é importante pra gente poder viver bem, [...] sem a saúde, a gente não rende nada! (P6)

Por sua vez, a classe 2 foi construída com 74 ST (24,75% do corpus), figurando como a maior classe do corpus. Demonstra como a saúde se caracteriza pela capacidade de executar atividades laborais, apresentando reflexões que elucidam como esses hábitos cotidianos e o próprio ambiente de trabalho podem contribuir para promover ou tratar a saúde e o equilíbrio do corpo e da mente.

A aproximação de palavras representativas, como “saúde” ($X^2=33,64$), “algo” ($X^2=29,73$), “muito” ($X^2=27,77$), “bom” ($X^2=23,21$), “trabalhar” ($X^2=26,67$) e “sol” ($X^2=23,03$), define o estado de saúde, associando-o com o que mais se aproxima da realidade dos participantes. Logo, compreender o que é ser saudável, partindo de suas vivências laborais, parece ser uma das formas mais simples de dialogar sobre saúde.

Quando questionados sobre a importância do trabalho no conceito de saúde, os depoimentos convergiram para um processo de dignificação como meio de obter bens materiais e boas memórias. Muitos depoimentos corresponderam a homens que tinham maior relação com a terra, por meio das atividades de agricultura. Nesse sentido, a terra é considerada geradora de renda, alimentação, utilidades para o lar, bem-estar e sobrevivência, e mantê-la preservada é tarefa imprescindível:

Saúde é quando a gente está bem, feliz, quando pode trabalhar sem reclamar de dor ou sofrimento. Isso, sim, é saúde. Se eu trabalho bem, eu tenho saúde. (P12)

Eixo temático 3 – Importância do ambiente doméstico e familiar no contexto da saúde (classe 1)

Elaborada com 42 ST (14,05% do *corpus*), essa classe apresenta palavras representativas, como “cuidar” ($X^2=33,00$), “tomar” ($X^2=35,63$), “comer” ($X^2=17,34$), “adoecer” ($X^2=16,89$) e “ajudar” ($X^2=13,78$), as quais demonstram ações que remetem à estreita relação com práticas em saúde, ilustrando o que os homens quilombolas fazem quando associam saúde e bem-estar com as suas práticas ou com a atenção que recebem de outra pessoa.

Majoritariamente ($n=34$; 85,00%), os participantes relataram que suas práticas envolvem duas dimensões: o núcleo familiar, especialmente representado pela menção da palavra “mulher” ($X^2=24,61$) como o ator social responsável pelos cuidados com o homem e com os filhos; e o ambiente doméstico, representado pela palavra “casa” ($X^2=24,25$), o qual figura como agente que mobiliza a manutenção da saúde, ilustrando a importância de um ambiente limpo e seguro que proporcione saúde e bem-estar, com acesso a serviços básicos, como saneamento, destino adequado dos resíduos sólidos e acesso à água potável. Nessa perspectiva, manter a casa limpa e organizada faz com que os homens se sintam bem e capazes de cuidarem de si:

Eu tenho muita sorte de ter uma casa como a minha, com esse terreno grande, onde consigo trabalhar, descansar, ficar com a minha família. Acho que, se não tivesse condições de ter uma casa assim, eu ficaria mais doente. (P36)

Eixo temático 4 – Práticas para prevenir e resolver problemas de saúde (classe 5)

Formada por 68 ST (22,74% do *corpus*), essa classe destaca os cuidados por meio de intervenções que demonstram como a saúde se dinamiza e se reconstitui com ações para tratar, manter ou restabelecer a saúde e o bem-estar.

Predominantemente ($n=33$; 82,50%), os depoimentos mostraram que os homens procuram resolver seus problemas utilizando remédios, alimentando-se bem e adotando outras práticas que

consideram adequadas. A busca por unidade de saúde, para consultas gerais de prevenção, não é uma realidade desses homens, e a justificativa se baseia nas rotinas de trabalho, que não os permite se ausentar das ocupações. Entretanto, relataram que, ao se sentirem debilitados, tentam ignorar, acreditando que o corpo se restabelecerá de maneira independente, por serem fortes:

Eu resolvo tomando remédio, evitando certas comidas, tentando dormir bem, não me aborrecer e não ficar estressado. Não gosto de ficar procurando doença, então evito ir no posto [de saúde], e nem tenho tempo pra isso, trabalho muito e, quando chego [em casa], só quero tomar um banho e deitar. (P21)

As palavras representativas “comer” ($X^2=27,88$), “dormir” ($X^2=27,33$), “melhorar” ($X^2=26,66$) e “bem” ($X^2=27,48$) reforçam a ideia de que bons hábitos de alimentação e repouso são maneiras de promover a saúde. O hábito de repousar após o almoço, em casa ou no ambiente laboral, foi relatado por 33 (82,50%) participantes, figurando como prática indispensável à continuidade das tarefas. Contudo, problemas relacionados ao sono foram mencionados em virtude da ocorrência de dores na região lombar, sintoma possivelmente associado às rotinas de trabalho no campo:

Eu acho que comer é o principal remédio, porque, se você não come direito, fica logo fraco e começa a aparecer um monte de coisa ruim [doenças/agravos]. (P27)

Eu preciso descansar um pouco depois de almoçar, mesmo no trabalho. Se estiver em casa, também gosto de dormir à tarde, mas nada demorado [...]. Só não consigo dormir quando estou com muita dor na coluna [dor lombar] e não encontro uma posição boa [referindo-se à posição corporal ao deitar]. (P11)

Em casos de urgência ou emergência, por ocasião de acidentes ou manifestação de sintomas debilitantes, os homens procuram os serviços formais, seja na unidade de saúde ou no hospital público de município próximo. Demonstrou-se que essa procura ocorre, muitas vezes, por insistência de um membro da família ou quando sentem que sua saúde está seriamente ameaçada, temendo pela morte:

Quando eu sinto que estou adoecendo, corro logo pra falar com alguém do posto [de saúde] pra conseguir algum remédio ou até uma consulta no hospital do centro [no município de Santa Izabel do Pará], quando o negócio é mais sério. (P7)

DISCUSSÃO

No eixo temático “Saberes que orientam os modos de lidar com a saúde” (classe 4), as percepções sobre ser saudável apontam dois aspectos: o saber popular/tradicional, fortemente enraizado nas comunidades quilombolas e compartilhado de modo ativo entre as gerações; e o conhecimento biomédico, adquirido por meio dos ensinamentos formais, sobretudo dos profissionais de saúde que atuam nas comunidades, articulando-se com o saber tradicional e moldando-se para traduzir as compreensões dos homens quilombolas sobre como agir para se manterem ou se tornarem saudáveis.

Dessa maneira, o saber tradicional apresenta concepções culturais demonstradas pelo uso de elementos da natureza nas práticas cotidianas. Esse saber se relaciona empiricamente com a saúde, frente à necessidade de resolver problemas diários, resultando em convicções e crenças compartilhadas de forma intergeracional⁽¹⁵⁾.

Os povos quilombolas apresentam relevante conhecimento sobre as plantas e seu uso medicinal, as quais têm a propriedade de contribuir para gerar reações benéficas no organismo humano⁽¹⁶⁾. Isso foi evidenciado pela descrição do uso de chás, folhas e ervas para tratar doenças e agravos, controlando sinais e sintomas, sugerindo que, mesmo sem conhecer os princípios ativos, os homens utilizavam as plantas para se sentirem mais saudáveis. Em vista disso, a fitoterapia é uma das primeiras medidas de tratamento que empregavam para resolver problemas de saúde.

Por sua vez, o conhecimento biomédico reflete um conjunto de experiências dos homens com os profissionais de saúde⁽¹⁷⁾. Nesse contexto, a partir da criação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), em 2011, as comunidades do campo passaram a ter maior contato com o Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo o acesso aos serviços, especialmente por meio da ESF, no atendimento cotidiano às necessidades individuais e coletivas das populações rurais. Pode-se afirmar que os serviços de saúde no campo gradativamente propiciaram que as concepções socioculturais sobre o processo de saúde-doença fossem valorizadas e integradas às convicções técnico-científicas, favorecendo a sua coexistência⁽¹⁰⁾.

Contudo, é necessário empreender esforços governamentais e administrativo-operacionais para garantir o acesso e a permanência desses homens nos serviços, o que ainda figura como importante desafio para a saúde pública. Nessa perspectiva, salienta-se que o acolhimento pelos profissionais é fundamental para oportunizar o acesso aos serviços e motivar os homens a buscar por eles, especialmente em cenários desafiadores, como nas comunidades quilombolas⁽⁸⁾.

A literatura científica demonstra que esse grupo populacional subutiliza os serviços e/ou autoavalia a assistência como ruim ou muito ruim⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Os horários de atendimento das unidades de saúde não atendem efetivamente à disponibilidade dos usuários que residem nessas comunidades, sobretudo os homens que, devido às atividades laborais, optam, muitas vezes, por não dedicar um dia ou turno de trabalho para ir à unidade, potencializando a subutilização dos serviços⁽⁴⁾.

No eixo temático "Ser saudável como sinônimo de ausência de doenças e o corpo-trabalho" (classes 3 e 2), a dimensão de se reconhecer saudável, no contexto da classe 3, se dá pela ausência de doenças ou sinais e sintomas. No imaginário dos participantes, prevaleceu a ideia de que o corpo está saudável se não manifestar eventos dolorosos. Assim, a intensidade da dor física é um indicador de doença ou agravo que pode determinar os limites do corpo para os afazeres diários, interferindo no cotidiano alimentar, no sono e na capacidade para o trabalho.

Por muito tempo, a ciência e o conhecimento biomédico utilizaram essa definição como verdadeira, entendendo que a saúde se limitava à ausência de doenças ou sinais e sintomas⁽¹⁹⁾. Porém, acompanhando a evolução do conhecimento acerca desse imaginário, estudos questionam ideias que reduzem o homem às

necessidades que não ultrapassam o corpo físico, pois excluem do escopo de considerações sobre o processo de saúde-doença os fatores sociais ou individuais, ditos "subjettivos", que implicam fortemente nas intervenções em saúde⁽²⁰⁻²²⁾.

Entende-se que os saberes de um grupo social estão situados em um contexto cultural que pode revelar várias nuances em seus processos de socialização. É fundamental compreender esses processos para avaliar de onde partem ideias que são reproduzidas naquele grupo. Para tanto, é válido refletir sobre a opressão e a exclusão que historicamente caracterizam comunidades quilombolas⁽²³⁾.

As sequelas do regime escravagista são ainda perceptíveis na atualidade: a pobreza, a violência e a discriminação que afetam pessoas negras figuram como reflexos diretos de um país que institucionalizou o preconceito contra esse grupo, deixando-o à margem da sociedade, negando o acesso a direitos básicos, como saúde e educação^(18,23-24). Isso se desdobra no imaginário popular, que traduz a dominação de pensamentos ou ideias hegemônicas, como o modelo biomédico^(18,23).

Por sua vez, na classe 2, a interpretação do ser saudável é permeada pela vivência intrínseca dos homens com suas atividades laborais. Nessa perspectiva, a ideia de saúde ocorre pela percepção do corpo físico como ferramenta essencial de trabalho, prevalecendo a ideia que a rotina e o próprio ambiente laboral podem contribuir para manter a saúde e o bem-estar.

No cotidiano dos homens, identificou-se que o trabalho se traduz em satisfação pessoal, visto que, por meio dele, obtêm-se conquistas e realizações. Segundo o pensamento marxista, o trabalho figura como interação do homem com o mundo natural, sendo a maneira pela qual se apropria da natureza para satisfazer suas necessidades⁽²⁵⁾.

O reconhecimento da importância entre trabalho e saúde se revelou na atribuição de sentido entre o ser saudável e a capacidade de realizar tarefas, entendendo os corpos como máquinas, atrelando-se à ideia de "corpo-trabalho". Nesse contexto, o trabalho assume a função de dignificar o homem como meio para conquistar bens materiais e obter satisfações pessoais. Corroborando esse resultado, estudos demonstraram que o trabalho rural permite aos homens transformar a natureza em produtos que satisfazem suas necessidades e que, por meio dele, o ser humano adquire e desenvolve novas habilidades à medida que o realiza⁽²⁵⁻²⁶⁾.

No eixo temático "Importância do ambiente doméstico e familiar no contexto da saúde" (classe 1), evidenciou-se que as práticas de cuidado dos homens se desenvolvem nos contextos do núcleo familiar e do ambiente doméstico. O núcleo familiar corresponde aos integrantes da família que coparticipam das ações de cuidado como rede de apoio ou suporte social informal.

Essa rede pode oferecer diversos tipos de auxílio, constituindo-se fator relevante na prevenção de vulnerabilidades e do isolamento social. Geralmente, o apoio é oferecido por aqueles com quem os vínculos são mantidos^(17,19), como familiares, amigos, vizinhos e colegas de trabalho, sendo a família o principal suporte nos cuidados com homens quilombolas, sobretudo nos casos de enfermidade e de maior complexidade clínica⁽²⁷⁾.

Na rotina desses homens, as redes de apoio social estão inseridas em cuidados coletivos no contexto familiar para evitar situações de risco, prevenindo agravos e promovendo a saúde

conjunta da família. Assim, a adoção de práticas preventivas pelos homens pode ser reforçada por suas redes de apoio, favorecendo a socialização de necessidades masculinas e reduzindo barreiras pessoais que limitam o cuidado em saúde⁽²⁾.

Destacou-se a figura feminina nas práticas preventivas e de promoção da saúde dos homens, os quais transferem às mulheres a responsabilidade por cuidarem deles quando se encontram doentes. Nesse cenário, elas se constituem responsáveis diretas e, muitas vezes, exclusivas, pelo cuidado com o outro. Historicamente, a divisão de tarefas entre os gêneros assentou a mulher na posição de zeladora da casa e da família, e suas tarefas se voltaram para os cuidados com crianças, enfermos e idosos^(17,27).

Dessa maneira, no imaginário dos participantes, seu lar se caracteriza como agente mantenedor e motivador na busca por ser saudável. Interpretam que esse ambiente faz parte da sua construção identitária como homens no campo, e, ao mesmo tempo, coaduna com a sua condição de saúde e com o acesso que dispõem às condições de higiene individual e coletiva.

Fortemente engendradas no senso comum, as concepções sobre habitação saudável, desveladas neste estudo, vão ao encontro de evidências acerca dos riscos nos ambientes interno e externo ao domicílio, os quais podem comprometer a saúde humana e ambiental⁽²⁸⁾. Assim, solidifica-se a relação entre as condições de saneamento e a construção da saúde no contexto ambiental, atestando a relevância das implicações do ambiente doméstico no processo de saúde-doença⁽²⁸⁾.

Por fim, o eixo temático "Práticas para prevenir e resolver problemas de saúde" (classe 5) discute que, em geral, os homens buscam resolver seus problemas por meio da automedicação para controlar sinais e sintomas. Não existe uma rotina de cuidados com acompanhamento regular dos profissionais da ESF, tampouco a busca imediata dos serviços de saúde quando se encontram doentes. A justificativa para a baixa procura pelos serviços é a incompatibilidade entre as suas rotinas laborais e a disponibilidade dos serviços de saúde.

Verificou-se que essa prática é comum entre os homens, priorizando as atividades ocupacionais em detrimento do autocuidado e da busca por unidades de atendimento. Tal fato encontra sentido na construção social da masculinidade, a qual influencia na sua decisão em buscar ou não os serviços, posto que há uma tendência em priorizar o trabalho, considerando-o como elemento fundamental para manter sua histórica função de provedores do lar^(25,27).

As práticas também aludiram à boa alimentação e à qualidade do sono. Na concepção dos participantes, a boa alimentação se caracteriza pela ingestão de alimentos naturais, como frutas e verduras, em detrimento do alto consumo de sal e gorduras. Estudo realizado em comunidade quilombola de Japarutuba, estado de Sergipe, identificou resultados semelhantes, mostrando que o cuidado com a alimentação ocorria pela baixa ingestão de sal, gorduras e açúcares, e frequente ingestão de frutas, legumes e verduras⁽²⁹⁾.

Para eles, é imprescindível ter boa qualidade de sono e repouso, no intuito de manter ou obter o bem-estar e renovar as energias para realizar as atividades cotidianas. Esse saber do senso comum consona com evidências da literatura científica, pois o conceito de sono saudável considera um padrão multidimensional de

acordar/despertar adaptado às demandas individuais, sociais e ambientais, promovendo o bem-estar físico e mental. Alterações de qualidade e duração podem aumentar o risco de efeitos deletérios, como a ocorrência de doenças⁽³⁰⁾.

Concernente às práticas em situações mais complexas, relataram buscar pelos serviços, porém isso apenas ocorre mediante alta gravidade do estado de saúde, em situações de urgência ou emergência. O caminho que percorrem interfere diretamente nas suas condições de saúde, pois o atraso na busca por atendimento retarda o diagnóstico de doenças e agravos, fazendo com que adentrem os serviços com complicações graves e, por vezes, irreversíveis.

Essa busca constitui um conjunto de decisões que eles adotam para obter cuidados em saúde. Nesse sentido, os diversos recursos acessados e as trajetórias na busca por cuidados demarcam um itinerário terapêutico, o qual não se caracteriza apenas por escolhas centralizadas no sujeito, mas também nas redes de apoio e nas relações interpessoais que o circundam. Além disso, o itinerário terapêutico não deve ser compreendido unicamente como a descrição linear das escolhas individuais sobre os recursos institucionais de saúde, posto que se relaciona com uma variedade de saberes inerentes à realidade sociocultural do sujeito, que lhe permite construir concepções e valores para lidar com os seus processos de saúde-doença-cuidado⁽³¹⁾.

Primando pelo avanço nas condições de saúde dos homens quilombolas, entende-se que a análise dos determinantes sociais possibilita compreender as minúcias que compõem sua realidade, tanto no aspecto cultural, com as práticas tradicionais relacionadas às questões de gênero, quanto no entendimento de suas subjetividades, nos diversos elementos da vida social, principalmente suas rotinas laborais e a importância que atribuem a elas⁽³²⁾. Faz-se tal reflexão considerando que as atividades ocupacionais comumente interferem na busca por atendimento e na continuidade de cuidados efetivos, como demonstrado neste estudo.

É oportuno salientar que o cuidado formal, prestado por profissionais de saúde, deve se pautar fortemente na universalidade, integralidade e equidade, princípios doutrinários do SUS. Logo, são necessários esforços conjuntos entre o sujeito, sua família, sua comunidade, profissionais e gestores, fortalecendo vínculos de apoio, promovendo e facilitando o acesso aos serviços. Portanto, a coparticipação desses atores é fundamental, pois incentiva a busca e a permanência dos homens nos serviços, contribuindo para desenvolver condições de saúde mais adequadas aos diferentes grupos humanos, como as comunidades quilombolas^(8,10).

As evidências, aqui apresentadas, retratam a realidade local da produção de saberes e práticas necessários para compreender como se desenvolve a saúde dos homens quilombolas nos contextos regional e nacional, com implicações teórico-reflexivas que possibilitam discutir o tema no cenário internacional. Assim, reconhecer e valorizar os elementos que envolvem os saberes e as práticas desses homens é fundamental para promover o autocuidado como conjunto de atitudes e comportamentos que possibilitam manter, modificar, recuperar e gerir as condições de saúde com autonomia; promover o cuidado multiprofissional com efetividade; e debater/articular políticas públicas direcionadas às necessidades biopsicossociais desse público, considerando a complexidade histórica, sociocultural, étnica e política que

envolve o seu modo de vida, com base na atenção universal, integral, equânime e livre de preconceitos^(8,19,28-29).

Cotidianamente, homens quilombolas vivenciam e compartilham saberes e práticas herdadas de seus antepassados, permeados por elementos simbólicos e elementos materiais com significância cultural, que os diferenciam de outros grupos rurais. Nessa perspectiva, cabe destacar o relevante papel dos profissionais de saúde, responsáveis por implementar as estratégias previstas nas políticas que atendem a essas comunidades e estabelecer novas possibilidades de cuidado. Isso compreende a importância de incentivar práticas para reconfigurar os saberes limitantes, promovendo aos homens quilombolas mais saúde e autonomia em seu cotidiano^(8,24,31).

Limitações do estudo

A realização do estudo em duas comunidades quilombolas de um município paraense, por constituírem um cenário geograficamente específico, pode limitar, pelo menos parcialmente, a generalização dos resultados, bem como de suas interpretações e discussões em outros contextos da atenção à saúde dos homens, a exemplo dos que residem em áreas urbanas, tendo em vista as particularidades locais e regionais desse cenário, caracterizadas por aspectos socioculturais, político-econômicos, administrativos e operacionais.

Contribuições para as áreas da enfermagem, saúde ou política pública

Nos campos da enfermagem e da saúde, entende-se que o estudo pode fomentar o desenvolvimento de atividades crítico-reflexivas nos âmbitos da assistência, da gestão, do ensino e da pesquisa para fortalecer as ações governamentais e dos atores sociais envolvidos na atenção à saúde desse público, sobretudo na APS, cenário em que foi realizado, mas que pode se estender também para a atenção secundária/especializada e para a atenção terciária/hospitalar.

Tratando-se da APS, as evidências podem favorecer processos de educação permanente, culminando na formação de equipes multiprofissionais comprometidas e empoderadas com base no conhecimento sobre as peculiaridades desse grupo populacional. Mediante os atributos dos cuidados primários, isso possibilita enfrentar as barreiras e iniquidades de acesso às ações e aos serviços de saúde, reafirmando o compromisso de atender às necessidades biopsicossociais.

Adicionalmente, o estudo pode subsidiar discussões que possibilitem elaborar ou reformular estratégias de atenção cuja implantação e/ou implementação culmine(m) por avançar nas condições de saúde dos homens quilombolas e por transformar, em algum grau, a realidade social desafiadora em que vivem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os saberes dos homens quilombolas sobre saúde revelaram aspectos que destacam a sabedoria popular/tradicional apreendida culturalmente e permeada por conhecimentos biomédicos,

moldando-se para traduzir suas compreensões sobre como agir para permanecer ou tornar-se saudável. A interpretação da saúde como ausência de doenças ainda permeia o entendimento desse grupo, e a compreensão de ser saudável fortemente considera a capacidade laborativa como principal indicador de saúde, objetivando o corpo físico como instrumento laboral e revelando a importância do trabalho no processo de dignificação e satisfação pessoal.

Nas práticas de cuidado, a íntima relação deles com seu ambiente doméstico e familiar se mostrou essencial para manter a saúde, pois tal cenário figura como motivação pessoal para cuidarem de si. Além disso, geralmente compartilham essas práticas com uma figura feminina, revelando que o ato de cuidar ainda está atrelado aos papéis de gênero.

Evidenciou-se que a reprodução da masculinidade, como modelo hegemônico, contribui para construir saberes e práticas no contexto da saúde, visto que as decisões a ela relacionadas se baseiam no imaginário machista que traz a sensação de ser forte, saudável e pouco suscetível a doenças, limitando a busca por atendimento, podendo comprometer o bem-estar. Assim, há estreita relação entre as questões de gênero, as raízes culturais e os padrões de autocuidado, motivo pelo qual os homens demonstraram priorizar rotinas laborais em detrimento dos cuidados consigo, considerando que esse comportamento traria realização pessoal e melhores condições de saúde, não reconhecendo que as estratégias de promoção da saúde e prevenção do adoecimento também são fundamentais.

Os resultados deste estudo apontam a necessidade de discutir e fortalecer as políticas públicas direcionadas à saúde do homem nos diferentes contextos geográficos, corroborando a importância de enviar esforços para valorizar e melhor compreender o tema, no intuito de repensar as práticas multiprofissionais de cuidado, sobretudo no âmbito sociocultural dos homens quilombolas. Dessa maneira, é necessário investir no desenvolvimento de outras pesquisas que auxiliem a entender aspectos não abordados aqui. Ademais, é importante que gestores e equipes de saúde compreendam as nuances da masculinidade e da cultura local, pois, juntas, contribuem para a ausência dos homens nos serviços de saúde.

FOMENTO

Este estudo teve apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio da concessão de bolsa de estudos, em nível de mestrado acadêmico, ao primeiro autor (Processo nº 88882.449771/2019-01).

CONTRIBUIÇÕES

Santos FV e Rodrigues ILA contribuíram com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Santos FV, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Andrade EGR, Soares AS e Andrade EFR contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados. Santos FV, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Andrade EGR, Soares AS e Andrade EFR contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: saúde do homem [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [cited 2021 Mar 25]. 140 p. (Projeto de Terminologia da Saúde). Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_saude_homem.pdf
2. Kwon M, Lawn S, Kaine C. Understanding men's engagement and disengagement when seeking support for mental health. *Am J Men's Health*. 2023;17(2):1-15. <https://doi.org/10.1177/15579883231157971>
3. Miranda HR, Corrêa JA, Nogueira LMV, Palmeira IP, Rodrigues ILA. Understanding health knowledge and concerns among riverine men. *Rev Enferm UFPE*. 2017;11(9):3446-53. <https://doi.org/10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.1109201716>
4. Berbel CMN, Chirelli MQ. Reflexões do cuidado na saúde do homem na Atenção Básica. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2020;33(supl):11559. <https://doi.org/10.5020/18061230.2020.11559>
5. Lopriore S, Turnbull D, Martin SA. A thematic analysis of men's help-seeking on an Australian health helpline. *Health Promot J Austral*. 2021;32(S2):95-105. <https://doi.org/10.1002/hpja.458>
6. Oliveira JA, Sousa AR, Almeida LCG, Araújo IFM, Santos AS, Bispo TCF, et al. Knowledge, attitudes and practices related to sexually transmitted infections of men in prison. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(supl 2):e20201273. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1273>
7. Beia T, Kielmann K, Diaconu K. Changing men or changing health systems? a scoping review of interventions, services and programmes targeting men's health in sub-Saharan Africa. *Int J Equity Health*. 2021;20:87. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01428-z>
8. Santos FV, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Silva IFS, Andrade EGR. Management of health care provided to quilombola men. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2021;13:1217-26. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.7416>
9. Miranda SVC, Oliveira PSD, Jesus DB, Sampaio CA, Rodrigues Neto JF. Os homens quilombolas e seu trabalho: uma cartografia da saúde desses trabalhadores. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(12):e00082521. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT082521>
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [cited 2021 Mar 25]. 48 p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
12. Ribeiro LMB. Contos de rios: memórias sobre as águas e o ensino de história em Santa Izabel do Pará [Dissertação] [Internet]. Ananindeua (PA): Universidade Federal do Pará; 2020 [cited 2023 Mar 14]. 199 p. Available from: https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/598691/2/LigiaRibeiro_Disserta%C3%A7%C3%A3oFinal.pdf
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [cited 2021 Mar 25]. 92 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Available from: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf
14. Sousa YSO, Gondim SMG, Carias IA, Batista JS, Machado KCM. O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. *Pesqui Prát Psicossoc* [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 25];15(2):e3283. Available from: http://www.seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/e3283
15. Souza LN, Nogueira LMV, Rodrigues ILA, Pinheiro AKC, Andrade EGR. Health care practices with Quilombola children: caregivers' perception. *Esc Anna Nery* 2023;27:e20220166. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0166en>
16. Silva WJ, Silva-Castro MM. Conhecimento quilombola e plantas medicinais: recursos didáticos para o ensino de ciências. *Rev ODEERE*. 2019;4(8):364-79. <https://doi.org/10.22481/odeere.v4i8.5769>
17. Silva IFS, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Palmeira IP, Ferreira MA. Behaviors related to Quilombola women's health: a social representations study. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(supl 4):e20190427. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0427>
18. Feitosa MO, Gomes MEA, Fontoura IG, Pereira CS, Carneiro AMCT, Oliveira MC, et al. Access to health services and assistance offered to the Afro-descendant communities in Northern Brazil: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):368. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020368>
19. Sousa RF, Rodrigues ILA, Pereira AA, Nogueira LMV, Andrade EGR, Pinheiro AKC. Health conditions and relationship with health services from Quilombola people's perspective. *Esc Anna Nery* 2023;27:e20220164. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0164en>
20. Idris DR, Forrest S, Brown S. Health help-seeking by men in Brunei Darussalam: masculinities and 'doing' male identities across the life course. *Sociol Health Illn*. 2019;41(6):1071-87. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12885>
21. Moura EC, Gomes R, Pereira GMC. Perceptions about men's health in a gender relational perspective, Brazil, 2014. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(1):291-300. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.17482015>
22. Silva Júnior CD, Souza JR, Silva NS, Almeida SP, Torres LM. Saúde do homem na atenção básica: fatores que influenciam a busca pelo atendimento. *Rev Ciênc Plur*. 2022;8(2):e-26410. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2022v8n2ID26410>
23. Fernandes LM. Territorialidade, história, condições de vida e saúde em comunidades quilombolas amazônicas: o caso de Umarizal Beira, Baião, Pará [Tese] [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 15]. 357 p. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/56674>

24. Ministério da Saúde (BR). Manual de gestão para implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [cited 2023 Mar 30]. 51 p. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestao_implementacao_politica_nacional.pdf
 25. Miranda SVC, Oliveira PSD, Sampaio CA, Vasconcellos LCF. Singularidades do trabalho rural: masculinidades e procura por serviços de saúde em um território norte mineiro. *Physis*. 2021;31(2):e310217. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310217>
 26. Araújo AAM. Raízes da terra: trabalho e mobilização subjetiva de agricultoras familiares do assentamento Chapadinha – Distrito Federal [Tese] [Internet]. Brasília (DF): Universidade Católica de Brasília, Escola de Saúde e Medicina. 2020 [cited 2023 Mar 15]. 137 p. Available from: <https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/handle/tede/2821>
 27. Miranda SVC, Oliveira JL, Sampaio CA, Rodrigues Neto JF. Cartografia das condições de trabalho de homens quilombolas e as intersecções para a informalidade e a saúde mental. *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e200478. <https://doi.org/10.1590/interface.200478>
 28. Gomes WS, Gurgel IGD, Fernandes SL. Quilombola's health: health perceptions in a quilombo in the agreste of Pernambuco/Brazil. *Saúde Soc*. 2021;30(3):e190624. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021190624>
 29. Torres RC, Zeni PF, Oliveira CCC, Melo CCM. A importância do autocuidado para a manutenção da saúde em comunidade quilombola de Sergipe. *Sci Plena*. 2018;14(1):017501. <https://doi.org/10.14808/sci.plena.2018.017501>
 30. Zhang B, Wang X, Liu S, Zhang M, He X, Zhu W, et al. The relationship between self-assessment living standard and mental health among the older in rural China: the mediating role of sleep quality. *BMC Public Health*. 2023;23:449. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15157-1>
 31. Fernandes SL, Santos AO. Itinerários terapêuticos e formas de cuidado em um quilombo do agreste alagoano. *Psicol Ciênc Prof*. 2019;39(n esp):38-52/e222592. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003176272>
 32. Durand MK, Heideman ITSB. Social determinants of a Quilombola community and its interface with health promotion. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03451. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018007703451>
-