



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**CONDIÇÕES E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MULHERES E CRIANÇAS  
QUILOMBOLAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

KAROLINE DE SOUZA

LARA MABELLE MILFONT BOECKMANN

Brasília, DF, 2022



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**KAROLINE DE SOUZA  
LARA MABELLE MILFONT BOECKMANN**

**CONDIÇÕES E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MULHERES E CRIANÇAS  
QUILOMBOLAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito para Graduação no Curso de Enfermagem ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

**Orientadora:** Dr.<sup>a</sup> Lara Mabelle Milfont Boeckmann

KAROLINE DE SOUZA

**CONDIÇÕES E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MULHERES E CRIANÇAS  
QUILOMBOLAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito para Graduação no Curso de Enfermagem ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em        /        /

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dr.<sup>a</sup> Lara Mabelle Milfont Boeckmann.  
Universidade de Brasília (UnB)  
Orientadora

---

Profa. Dr.<sup>a</sup> Rita de Cássia Melão de Moraes.  
Universidade de Brasília (UnB)  
Membro Efetivo

---

Profa. Dr.<sup>a</sup> Manuela Costa Melo.  
Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)  
Membro Efetivo

---

Profa. Dr.<sup>a</sup> Ana Beatriz Duarte Vieira  
Universidade de Brasília (UnB)  
Membro Suplente

## Sumário

Resumo.....	5
Introdução.....	7
Métodos.....	8
Resultados.....	9
Discussão.....	13
Conclusão.....	17
Referências.....	18

## Lista de Figuras e Quadros

Quadro 1 - Combinação dos descritores utilizados para buscas nas bases de dados.....	8
Figura - Fluxograma de elegibilidade conforme diretrizes do PRISMA.....	9
Quadro 2 - Publicações selecionadas e distribuídas por variável de análise.....	10
Quadro 3 - Síntese dos resultados pela classificação dos níveis de evidência.....	11

**Condições e acesso aos serviços de saúde de mulheres e crianças quilombolas: uma revisão integrativa**  
**Conditions and access to health services for quilombola women and children: an integrative review**  
**Condiciones y acceso a los servicios de salud de mujeres y niños quilombolas: una revisión integradora**

Karoline de Souza, Lara Mabelle Milfont Boeckmann

**Resumo**

**Objetivo:** Identificar evidências científicas sobre as condições de saúde e do acesso aos serviços de saúde de mulheres e crianças quilombolas. **Método:** Revisão integrativa da literatura realizada nas bases: *PUBMED*, *SciELO*, *LILACS* e *CINAHL*. **Resultados:** Foram avaliados 1.714 registros em título e resumo. Após leitura criteriosa e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 23 artigos foram selecionados para análise. Verificou-se que a maioria das publicações selecionadas foram da base *LILACS*, com 13 manuscritos, seguida da *CINAHL* com 4 artigos. Três artigos foram da base *SciELO* e três da *PUBMED*, todos oriundos do Brasil, em português, inglês e espanhol, exceto 2 artigos apenas na língua inglesa. O ano de publicação dos artigos variou entre 2013 e 2021. Os achados evidenciaram condições de saúde precárias e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, sendo fator limitante a localização das comunidades quilombolas, que acarreta inúmeros desafios, como o difícil acesso aos serviços de saúde e precarização dos mesmos. **Conclusão:** Os resultados evidenciados neste estudo foram importantes para compreender as questões de saúde deste grupo vulnerável, suscitando reflexões para os profissionais de saúde, sociedade e elaboradores de políticas públicas acerca da importância em promover maior acesso e melhor qualidade à saúde da mulher e da criança da população quilombola.

**Palavras-chave:** Saúde Materno-Infantil, Grupos Étnicos, Grupo com Ancestrais do Continente Africano, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Brasil, Saúde das Minorias Étnicas, Saúde Materna, Acesso aos Serviços de Saúde.

**Abstract**

**Objective:** To identify scientific evidence about the health conditions and access to health services of quilombola women and children. **Methods:** Integrative literature review carried out in the following databases: *PUBMED*, *SciELO*, *LILACS* and *CINAHL*. **Results:** A total of 1,714 records were evaluated in title and abstract. After careful reading and application of inclusion and exclusion criteria, 23 articles were selected for analysis. It was found that most of the selected publications were from the *LILACS* database, with 13 manuscripts, followed by *CINAHL* with 4 articles. Three articles were from *SciELO* and three from *PubMed*, all from Brazil, in Portuguese, English and Spanish, except for 2 articles only in English. The year of publication of the articles varied between 2013 and 2021. The findings showed precarious health conditions and difficulties in accessing health services, with the location of the quilombola community being a limiting factor, which causes numerous challenges, such as difficult access to health services and their precariousness. **Conclusion:** The results evidenced in this study were important to understand the health issues of this vulnerable group, raising reflections for health professionals, society and public policy makers about the importance of promoting greater access and better quality to women's and children's health of the quilombola population.

**Keywords:** Maternal and Child Health, Ethnic Groups, African Continental Ancestry Group, Women's Health, Child Health, Brazil, Health of Ethnic Minorities, Maternal Health, Health Services Accessibility.

**Resumen**

**Objetivo:** Identificar evidencia científica sobre las condiciones de salud y acceso a servicios de salud de mujeres y niños quilombolas. **Métodos:** Revisión integrativa de la literatura realizada en las siguientes bases de datos: *PUBMED*, *SciELO*, *LILACS* y *CINAHL*. **Resultados:** Se evaluaron un total de 1.714 registros en título y resumen. Luego de una cuidadosa lectura y aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 23 artículos para su análisis. Se encontró que la mayoría

de las publicaciones seleccionadas eran de la base de datos LILACS, con 13 manuscritos, seguido de CINAHL con 4 artículos. Tres artículos fueron de SciELO y tres de PubMed, todos de Brasil, en portugués, inglés y español, excepto 2 artículos solo en inglés. El año de publicación de los artículos varió entre 2013 y 2021. Los hallazgos evidenciaron condiciones de salud precarias y dificultades para acceder a los servicios de salud, siendo la ubicación de la comunidad quilombola un factor limitante, lo que genera numerosos desafíos, como el difícil acceso a los servicios de salud y su precariedad. **Conclusión:** Los resultados evidenciados en este estudio fueron importantes para comprender los problemas de salud de este grupo vulnerable, suscitando reflexiones para los profesionales de la salud, la sociedad y los hacedores de políticas públicas sobre la importancia de promover un mayor acceso y mejor calidad a la salud de la mujer y el niño de la quilombola población.

**Palabras chave:** Salud Materno-Infantil, Grupos Étnicos, Grupo de Ascendencia Continental Africana, Salud de la Mujer, Salud del Niño, Brasil, Salud de las Minorías Étnicas, Salud Materna, Accesibilidad a los Servicios de Salud.

## 1. Introdução

A população quilombola é formada por comunidades rurais ou urbanas, compostas por grupos étnico-raciais de ancestralidade negra africana, dotados de relações territoriais específicas e caracterizados pela resistência à opressão histórica sofrida, remanescentes dos quilombos (Costa & Scarcelli, 2016). Seu nome se origina do termo "kilombo", do povo Bantu, que vive na África Ocidental e seu significado é de acampamento ou local de pouso. No Brasil, adquiriu o sentido de resistência, devido ao enfrentamento às práticas escravocratas (Neres, 2015). Nessas localidades, eles vivem basicamente de trabalhos rurais associados à agricultura de subsistência (Freitas et al., 2011). Em algumas comunidades persiste o extrativismo agrário associado à produção e comercialização de bens para complementar a renda (Vilar et al., 2001).

Segundo a Fundação Cultural Palmares (2019), de norte a sul do Brasil existem mais de 3.000 comunidades remanescentes de quilombos certificadas distribuídas em quase todas as regiões. Entretanto, acredita-se que possam existir cerca de 5.000 comunidades no país (Anjos, 1999). Em suas comunidades buscam manter seus costumes, sua organização social e identidade cultural (I. B. Leite, 2000).

É considerada uma população vulnerável pelas questões de difícil acesso à saúde, a educação e a bens de consumo, além de conviverem com a discriminação racial. Nesse caso, as políticas públicas podem ter efeitos não apenas materiais como também simbólicos, ou seja, colaborando com o processo de elaboração das marcas subjetivas relativas ao racismo, as quais reforçam e atualizam as heranças psíquicas atinentes ao escravismo (Costa & Scarcelli, 2016).

Nesse contexto, as políticas públicas vigentes para este grupo social estão distribuídas por meio da criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção para a Igualdade Racial (extinta em 2015), do Programa Brasil Quilombola e da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial lançados em 2003; a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em 2006; da Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, o Programa de Aceleração do Crescimento Quilombola (PAC Quilombola), a Portaria 98 da Fundação Cultural Palmares e a criação da Secretaria Especial de Políticas lançados em 2007. Entretanto, a burocracia institucional, a escassez de recursos humanos especializados, a falta de informação às comunidades, a infraestrutura precária, o difícil acesso aos serviços de saúde e as terras em posse de latifundiários, são alguns dos obstáculos para que os quilombolas possam usufruir na prática dos seus direitos (A. R. F. S. Silva, 2018).

No tocante à distribuição dos processos de saúde e doença, as doenças mais prevalentes no grupo são hipertensão arterial, anemia falciforme, diarreia e doenças dermatológicas. Observa-se frequentemente o alcoolismo e o tabagismo, fatores de risco para vários outros agravos à saúde (Freitas et al., 2011). O sobrepeso e a obesidade abdominal também estão presentes, principalmente entre mulheres (Durand & Heidemann, 2020a). Com relação à saúde materno-infantil, estudo revelou que o acesso das mulheres e crianças aos serviços de saúde foi inexistente, precário ou inferior ao recomendado para os exames de rastreamento do câncer de colo uterino, consultas de pré-natal e de puerpério (Oliveira et al., 2014). Sobre as crianças, observou-se o baixo peso ao nascer, problemas crônicos de saúde e falta de suplementação de vitamina A.

Tendo em vista a vulnerabilidade social e de saúde em que se encontra a população quilombola e a escassez de estudos, bem como a inexistência de revisões atuais acerca das condições de saúde, bem como do acesso aos serviços de saúde de mulheres e crianças quilombolas, justifica-se a realização desta pesquisa.



## 2. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que consiste em sintetizar várias evidências científicas já publicadas sobre o tema estudado, resultando em um compilado atualizado de informações, auxiliando futuras intervenções e pesquisas na área (M. T. Souza et al., 2010).

Elaborou-se a seguinte questão norteadora da revisão: “Qual a produção científica/bibliográfica acerca da condição de saúde e acesso aos serviços de saúde de mulheres e crianças quilombolas?” Questão norteadora elaborada seguindo a estratégia mnemônica PCC (População, Conceito, Contexto), no qual, P: Mulheres e Crianças; C: acesso e condição de saúde; C: saúde na população quilombola (Peters et al., 2020).

Os critérios de inclusão identificados foram: artigos originais publicados nos idiomas português, inglês e espanhol revisados por pares, localizados em bases eletrônicas, que contemplassem a temática abordada, disponíveis on-line e na íntegra, no período compreendido entre o ano de 2012 e 2021 com o intuito de obter pesquisas mais recentes sobre a temática. Foram excluídas publicações duplicadas, considerando apenas uma. Na busca dos artigos foram consultadas as seguintes bases eletrônicas: *The US National Library of Medicine* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Os seguintes descritores e suas combinações extraídos do *Decs/Mesh*, distribuídos no Quadro 1, foram utilizados empregando-se os operadores booleanos “and” e “or” no idioma português, inglês e espanhol:

**Quadro 1.** Combinação dos descritores utilizados para buscas nas bases de dados.

Idioma	Buscas
Português	(Saúde Materno-Infantil) AND (Grupo com Ancestrais do Continente Africano) OR (Grupos Étnicos) AND (Brasil); (Saúde Materna) AND (Grupo com Ancestrais do Continente Africano) OR (Grupos Étnicos) AND (Brasil); (Saúde da Mulher) AND (Grupo com Ancestrais do Continente Africano) OR (Grupos Étnicos) AND (Brasil); (Saúde da Criança) AND (Grupo com Ancestrais do Continente Africano) OR (Grupos Étnicos) AND (Brasil); (Saúde Materno-Infantil) AND (Saúde das Minorias Étnicas) AND (Brasil); (Saúde Materna) AND (Saúde das Minorias Étnicas) AND (Brasil); (Saúde da Mulher) AND (Saúde das Minorias Étnicas) AND (Brasil) e (Saúde da Criança) AND (Saúde das Minorias Étnicas) AND (Brasil).
Inglês	<i>Maternal and Child Health</i> AND ( <i>African Continental Ancestry Group</i> ) OR ( <i>Ethnic groups</i> ) AND (Brazil); ( <i>Maternal Health</i> ) AND ( <i>African Continental Ancestry Group</i> ) OR ( <i>Ethnic groups</i> ) AND (Brazil); ( <i>Women's Health</i> ) AND ( <i>African Continental Ancestry Group</i> ) OR ( <i>Ethnic groups</i> ) AND (Brazil); ( <i>Child Health</i> ) AND ( <i>African Continental Ancestry Group</i> ) OR ( <i>Ethnic groups</i> ) AND (Brazil); <i>Maternal and Child Health</i> AND ( <i>Health of Ethnic Minorities</i> ) AND (Brazil); ( <i>Maternal Health</i> ) AND ( <i>Health of Ethnic Minorities</i> ) AND (Brazil); <i>Women's Health</i> AND ( <i>Health of Ethnic Minorities</i> ) AND (Brazil) e <i>Child Health</i> AND ( <i>Health of Ethnic Minorities</i> ) AND (Brazil).
Espanhol	( <i>Salud Materno-Infantil</i> ) AND ( <i>Grupo de Ascendencia Continental Africana</i> ) OR ( <i>Grupos Étnicos</i> ) AND (Brasil); ( <i>Salud Materna</i> ) AND ( <i>Grupo de Ascendencia Continental Africana</i> ) OR ( <i>Grupos Étnicos</i> ) AND (Brasil); ( <i>Salud de la Mujer</i> ) AND ( <i>Grupo de Ascendencia Continental Africana</i> ) OR ( <i>Grupos Étnicos</i> ) AND (Brasil); ( <i>Salud del Niño</i> ) AND ( <i>Grupo de Ascendencia Continental Africana</i> ) OR ( <i>Grupos Étnicos</i> ) AND (Brasil); ( <i>Salud Materno-Infantil</i> ) AND ( <i>Salud de las Minorías Étnicas</i> ) AND (Brasil); ( <i>Salud Materna</i> ) AND ( <i>Salud de las Minorías Étnicas</i> ) AND (Brasil); ( <i>Salud del Niño</i> ) AND ( <i>Salud de las Minorías Étnicas</i> ) AND (Brasil) e ( <i>Salud de la Mujer</i> ) AND ( <i>Salud de las Minorías Étnicas</i> ) AND (Brasil)

No total, foram realizadas oito buscas em cada idioma, em 31/01/2022. As informações contidas nos artigos estudados foram sintetizadas e classificadas, de forma a organizar o conhecimento produzido sobre o assunto pesquisado. As variáveis

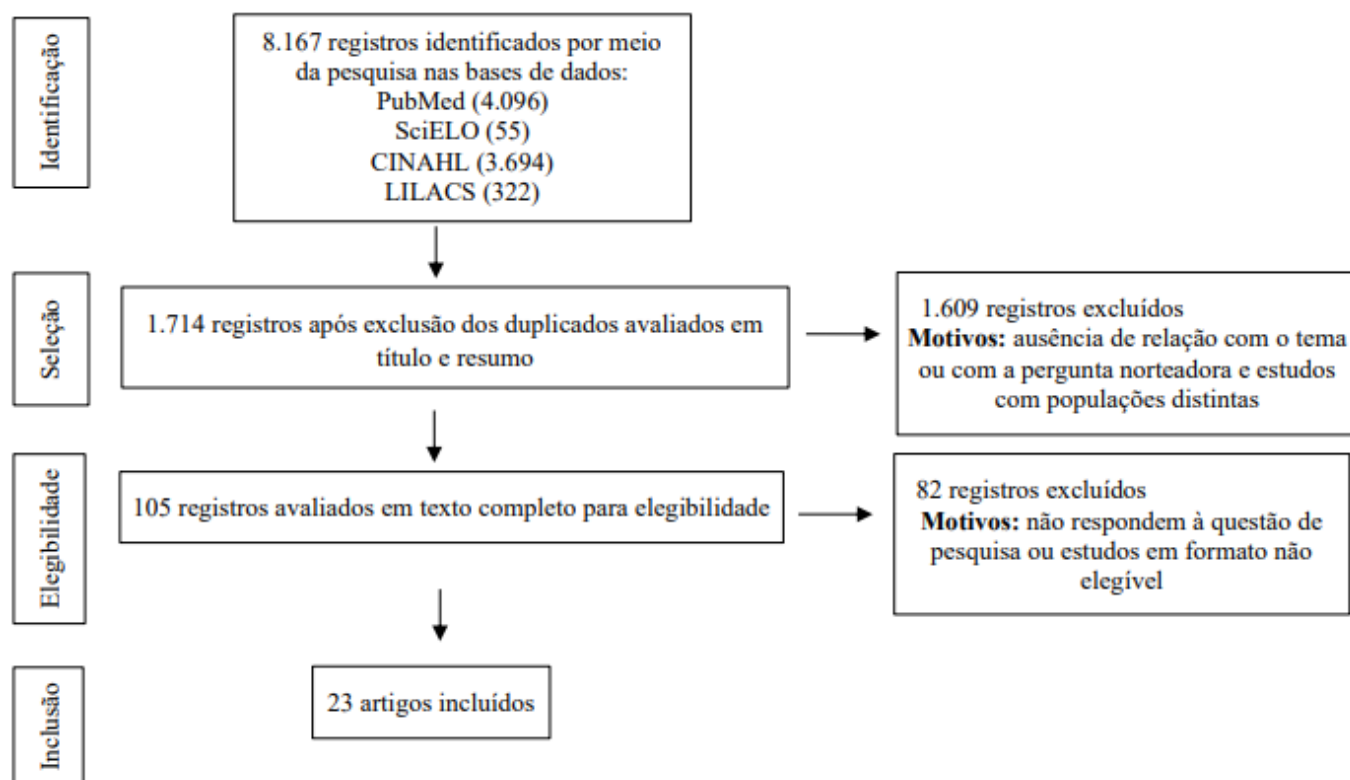
analisadas foram selecionadas de itens contidos em um instrumento validado para revisão integrativa, com o registro das seguintes variáveis: título, autor, ano, periódico, base de dados, país, tipo do estudo, resultados e nível de evidência (Botelho et al., 2011).

Para classificação e tratamento dos resultados, foi empregado um sistema de hierarquia dos níveis de evidências: nível I – evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível II – evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado; nível III – evidências obtidas de ensaios clínicos sem randomização; nível IV – estudos de coorte e caso-controle; nível V – revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível VI – evidências derivadas de um estudo descritivo e/ou qualitativos; nível VII – opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas (Melnyk & Fineout-Overholt, 2012).

### 3. Resultados

Na pesquisa indexada nas bases eletrônicas selecionadas, foram encontrados 1.714 registros com resumo. Após leitura criteriosa dos títulos e resumos das publicações e ao serem aplicados os critérios de inclusão e exclusão, 23 artigos foram selecionados para análise, conforme demonstrado no fluxograma a seguir, baseado nas recomendações do *Preferred Report International systematic* (PRISMA), versão em português, correspondente aos principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises (M. Galvão et al., 2015).

Figura. Fluxograma de elegibilidade conforme diretrizes do PRISMA



Fonte: Dados da Pesquisa, 2021

Conforme dados extraídos do quadro 2, verificou-se que a base eletrônica com mais publicações foi a LILACS, com 13 manuscritos. Entre os outros artigos, 4 foram rastreados na base de dados CINAHL, 3 na PubMed e 3 na SciELO, todos

oriundos do Brasil. Os artigos foram encontrados em inglês, português e espanhol, exceto dois artigos (9 e 23), encontrados apenas na língua inglesa. O ano de publicação dos artigos variou de 2013 a 2021, sendo a maioria publicada em 2018. E com relação ao tipo de estudo, dos 23 estudos encontrados, 14 utilizaram abordagem qualitativa com amostra limitada e nove empregaram estudos transversais descritivos.

**Quadro 2.** Publicações selecionadas e distribuídas por variável de análise.

Ano	Autor/Região	Base de dados	Tipo do estudo	Nível de evidência
1. 2013	F. M. B. Leite et al. (Nordeste)	PubMed	Estudo transversal descritivo	VI
2. 2014	S. K. M. Oliveira et al. (Sudeste)	LILACS	Estudo transversal descritivo	VI
3. 2014	Marques et al. (Sudeste)	SciELO	Estudo transversal descritivo	VI
4. 2015	Ferreira e Torres (Nordeste)	SciELO	Estudo transversal descritivo	VI
5. 2015	Prates et al. (Sul)	LILACS	Estudo com abordagem qualitativa	VI
6. 2016	Prates et al. (Sul)	CINAHL	Estudo com abordagem qualitativa	VI
7. 2018	E. F. D. Oliveira et al. (Nordeste)	SciELO	Estudo com abordagem qualitativa	VI
8. 2018	Fernandes et al. (Nordeste)	CINAHL	Estudo com abordagem qualitativa	VI
9. 2018	Nascimento et al. (Nordeste)	PubMed	Estudo transversal descritivo	VI
10. 2018	Siqueira et al. (Nordeste)	LILACS	Estudo com abordagem qualitativa	VI
11. 2018	L. A. Prates et al. (Sul)	LILACS	Estudo com abordagem qualitativa	VI
12. 2018	Tavares et al. (Nordeste)	CINAHL	Estudo transversal	VI
13. 2018	Jacinto et al. (Nordeste)	CINAHL	Estudo qualitativo	VI
14. 2019	E. F. D. Oliveira et al. (Nordeste)	LILACS	Estudo com abordagem qualitativa	VI
15. 2019	A. N. S. Santos e do Nascimento (Nordeste)	LILACS	Estudo com abordagem qualitativa	VI
16. 2020	Matos et al. (Sudeste)	LILACS	Estudo com abordagem qualitativa	VI
17. 2020b	Durand e Heideman (Sul)	LILACS	Estudo com abordagem qualitativa	VI

18. 2020	Lucena et al. (Nordeste)	LILACS	Estudo com abordagem qualitativa	VI
19. 2020	Silveira et al. (Nordeste)	LILACS	Estudo com abordagem qualitativa	VI
20. 2021	Fernandes et al. (Nordeste)	LILACS	Estudo transversal descritivo	VI
21. 2021	L. G. M. D. L. Santos et al. (Nordeste)	LILACS	Estudo transversal descritivo: Inquérito	VI
22. 2021	Queiroz et al. (Sudeste)	LILACS	Estudo transversal	VI
23. 2021	Feitosa et al. (Norte)	PubMed	Estudo com abordagem qualitativa	VI

Com relação aos resultados apresentados no quadro 3, todos os 23 artigos foram classificados com nível de evidência VI, classificados conforme o sistema de hierarquia considerado para este estudo (Melnik & Fineout-Overholt, 2012), ou seja, estudos descritivos e qualitativos. Não foram identificadas produções científicas com níveis de evidência científica elevados.

**Quadro 3.** Síntese dos resultados dos artigos selecionados pela classificação dos níveis de evidência

Artigo	Resultados
1.	Estudo com 724 crianças de 12 a 60 meses demonstrou, respectivamente, prevalência de infecções do sistema respiratório (57,3%), anemia ferropriva (48%) e diarreia (26%). Em menor quantidade, observou-se inadequação da ingestão de vitaminas e minerais, déficit estatural (9,7%) e obesidade (6%).
2.	Estudo com 411 mulheres e 234 crianças até 5 anos revelou que a maioria das mulheres realizaram o exame preventivo para câncer de colo uterino (75%); tiveram a primeira gestação até os 19 anos (52,1%); não utilizavam métodos contraceptivos (60,1%); realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal, com início até os 3 meses (75,2%); realizaram parto normal (79,1%) e consultas de puerpério (55,6%). 35% possuíam 4 ou mais filhos e 26,5% relataram contracepção permanente. Entre as crianças, a maioria estava com a vacinação em dia (97,9%) e metade fazia uso regular de vitamina A (50,9%). Os principais problemas crônicos apresentados pelas crianças (9,4%) foram: asma/bronquite, anemia falciforme e problemas ortopédicos. 15% nasceram com baixo peso.
3.	Estudo com 76 cuidadores (principalmente mães) de crianças de zero a cinco anos de idade revelou que o acesso a ESF da comunidade foi extremamente difícil e a acessibilidade ao serviço é insatisfatória. A unidade mais próxima fica a cerca de 17 quilômetros da comunidade.
4.	Dois Inquéritos, um com 143 mulheres e 194 crianças e o outro com 172 mulheres e 67 crianças constataram excesso de peso nas mulheres (62,8%), acesso ao pré-natal (87,8%), maioria das mulheres com menos de 19 anos na primeira gestação (79,2%), com até 4 filhos (61,8%) e não hipertensas (70,3%). As crianças apresentaram aumento na prevalência de diarreia (26,9%), calendário de vacinação atualizado (95,3%), suplementação de vitamina A (100%), diminuição na prevalência de anemia (20%), além de déficit estatural de 10,9% e sobrepeso de 9,4%.

5.	Estudo com 13 mulheres demonstrou que a maioria realizou exame preventivo no ano anterior, fez o acompanhamento pré-natal, não utilizava métodos contraceptivos, possuiu menarca entre os 12 e 14 anos e coitarca entre os 17 e 18 anos. Não existia serviço de saúde na comunidade.
6.	Estudo com 13 mulheres revelou que a coitarca ocorreu entre 17 e 18 anos, a maioria realizou pré-natal e o exame preventivo, teve três gestações, partos vaginais e não utilizava métodos contraceptivos. Três mulheres nunca haviam realizado o exame preventivo do câncer de colo uterino. Cinco alegaram realização de laqueadura.
7.	Estudo com 26 mães de crianças menores de um ano. A maioria das mães realizou o acompanhamento regular de seus filhos nas consultas de crescimento e desenvolvimento. 10 mães realizavam de forma irregular.
8.	Estudo com 20 mulheres. Possuíam em média 3 filhos, com maioria de partos vaginais, não utilizaram preservativos por fazer uso do contraceptivo oral, relataram não possuir IST e a maioria nunca realizou o exame preventivo de câncer de colo uterino (algumas mulheres citaram o uso de plantas medicinais na prevenção). Os serviços de saúde ficavam há aproximadamente 20km da comunidade.
9.	Pesquisa com 395 mulheres. A idade média da menarca foi de 13 anos e da coitarca aos 16.6 anos. A maioria das mulheres era multípara, não utilizava métodos contraceptivos e já haviam realizado o exame preventivo. A prevalência geral de HPV foi de 12,6%.
10.	Estudo com 12 mães. Relataram como situações de urgência/emergência nas crianças: asma, pneumonia, mal-estar alimentar, diarreia, lesões cortantes, dores intensas e febre. Relataram problemas para acessar os serviços de saúde.
11.	Estudo com 13 mulheres revelou que a localização da comunidade acarreta diversas dificuldades de acesso aos serviços de saúde, aos profissionais, a educação e a oportunidades de emprego.
12.	Estudo com 158 mulheres. 25% das mulheres teve a sua última menstruação entre 38 e 42 anos e mais de um terço possuía doença crônica, no geral hipertensão, com ou sem diabetes associada. As cirurgias mais frequentes foram: laqueadura, cesárea, histerectomia entre outras cirurgias ginecológicas.
13.	Estudo com 10 mulheres que frequentaram a UBS. Constatou-se que a maioria das mulheres já havia realizado o exame preventivo (90%), mas não na periodicidade recomendada.
14.	Realizado com 14 mães de crianças menores de 1 ano. Relataram dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Entendem que o acompanhamento da criança no serviço encontra-se condicionada à presença de doença.
15.	Estudo com 25 mulheres. Constatou-se presença de mulheres jovens e multíparas, com alimentação inadequada na gestação, anemia e hipertensão, gravidez indesejada, início tardio do pré-natal, violência obstétrica, aborto inseguro e dificuldades de acesso aos serviços ginecológicos, de planejamento reprodutivo e do pós-parto. Relataram utilizar chás e ervas durante a gestação.
16.	Estudo com 9 mulheres que referiram realizar consultas apenas na presença de doenças. Utilizam o saber ancestral com ervas e plantas medicinais. Relatam inexistência de serviços de saúde, necessitando se deslocar para outras cidades para ter atendimento pelo SUS.
17.	Estudo com 10 mulheres. Relatam dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido à distância da comunidade.
18.	Estudo com 14 mulheres. Observaram-se costumes da cultura local influenciando na saúde como a tradição de repouso absoluto no puerpério imediato nos primeiros dias e relações sexuais após 30 dias do parto. A crença da ausência de banho nos primeiros quinze dias pós-parto, mantendo apenas a higiene íntima, e com trinta dias o banho de rio, e alimentos que podem ou não serem consumidos.
19.	Estudo realizado com 372 crianças. A desnutrição em crianças foi considerada acima do recomendado segundo a estatura-por-idade (15,1%) e peso-para-estatura (7%). Crianças cujas mães possuíam baixa estatura (< 1,49) apresentaram mais chances de possuírem déficit de estatura-para-idade.
20.	Estudo com 10 mulheres. Metade era primigesta, a maioria usava contraceptivo oral, não usava preservativo e nem realizou planejamento reprodutivo.

21.	Estudo com dois inquéritos comparou dados de dois anos, um com 950 crianças em 2008 e outro com 426 crianças em 2018, a partir de 6 meses até 59 meses. A prevalência de anemia ferropriva foi de 53% em 2008 e 38% em 2018. O déficit estatural (14,2% em 2008 e 7,6% em 2018) e o excesso de peso corporal (8,3% em 2008 e 9,6% em 2018) foram as condições antropométricas de maior prevalência.
22.	Estudo com 1.025 indivíduos. A maioria das mulheres possuía de 18 a 39 anos. A prevalência de obesidade abdominal foi de 56,6% e maior nas mulheres (71,9%). A hipertensão foi mais prevalente nas mulheres (41,2%).
23.	Estudo com 58 adultos. A maioria dos participantes do estudo foi do sexo feminino, com 41 a 50 anos que apresentaram Hipertensão Arterial Sistêmica seguida do Diabetes Mellitus. Elas referiram falta de atendimento no território, dificuldade de acesso aos serviços e assistência fragmentada.

Legenda: ESF=Estratégia de Saúde da Família; HPV= Papilomavírus Humano; IST= Infecções Sexualmente Transmissíveis; UBS= Unidade Básica de Saúde; SUS= Sistema Único de Saúde. Fonte: Dados da Pesquisa

#### 4. Discussão

Conforme a síntese dos resultados das análises das publicações, as localidades das comunidades quilombolas estudadas, variaram de norte a sul do Brasil. Ressalta-se que as comunidades quilombolas são grupos com identidade cultural única, remanescente de um processo histórico oriundo dos tempos da escravidão no Brasil. Desse modo, todos os estudos foram realizados no país. A região nordeste destacou-se com maior quantidade de pesquisas analisadas nesta revisão, totalizando 14 artigos, corroborando os achados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2021).

Referente à saúde das mulheres, os estudos 4, 12, 14, 21 e 22 apresentaram as condições de saúde, aos quais, sobrepeso, hipertensão arterial ou diabetes mellitus entre mulheres quilombolas. Estudos realizados corroboraram a prevalência dessas condições em mulheres quilombolas (Durand e Heidemann, 2020a; Padilha et al., 2017). A hipertensão arterial e o diabetes são doenças crônicas de grande magnitude, que atingem expressivamente a população mais pobre e vulnerável (Brasil, 2011) e, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2010) são uma das principais causas de mortalidade e hospitalizações, no Brasil. Além disso, segundo a World Health Organization (WHO) (2003), o sobrepeso é responsável por cerca de 58% da carga da doença de diabetes tipo II e 39% da hipertensão.

Os artigos 5 e 9 apontaram maioria das mulheres estudadas com menarca entre os 12 e 14 anos. Estudo em uma comunidade quilombola na região centro-oeste do Brasil encontrou idade da menarca, em média, de 13,87 anos (Diniz, 2008) e um estudo em outra comunidade quilombola na região nordeste constatou menarca entre os 10 e 15 anos (Palmeira, 2019). Além disso, os artigos 5, 6 e 9 referiram a coitarca, em média, entre os 16 e 18 anos de idade. Outro estudo (Palmeira, 2019) cita coitarca entre 11 e 18 anos e estudo realizado com 352 mulheres quilombolas encontrou média de idade de 16,7 anos para a coitarca (Dias et al., 2021), corroborando os resultados dessa revisão. Por fim, os artigos 5, 6 e 11 relataram a idade da menopausa entre 40 e 51 anos. Estudo realizado com 456 mulheres brasileiras encontrou idade média de 51,2 anos na menopausa (Pedro et al., 2003). Segundo o Ministério da Saúde (2008a) a menopausa ocorre geralmente entre os 48 aos 50 anos. As mulheres quilombolas estão com idade na menopausa dentro da faixa de normalidade, visto que a menopausa é precoce apenas quando acontece antes dos 40 anos (Brasil, 2016).

Sobre a realização do exame Papanicolau, os estudos 2, 5, 6, 9 e 13 evidenciaram que a maioria das mulheres quilombolas já havia realizado o exame de prevenção do câncer de colo uterino. Em contrapartida, os resultados de três estudos (Amorim et al., 2013; C. S. Cardoso et al., 2018; Durand e Heidemann, 2020a) trouxeram a realização do exame preventivo Papanicolau em frequência menor à recomendada nas comunidades quilombolas, com um quantitativo de até 60% das mulheres sem nunca o terem realizado. No artigo 8, os resultados demonstraram que a maioria das mulheres nunca havia realizado o exame preventivo de câncer de colo uterino. É recomendado para mulheres entre 25 e 59 anos que já tenham

relações sexuais. Deve ser realizado anualmente, e após dois exames seguidos normais, serem realizados de três em três anos, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2011). A meta para cobertura do exame preventivo é de 85% das mulheres (Brasil, 2021).

Os artigos 2, 5, 6 e 9 demonstraram que, em geral, as mulheres quilombolas não utilizaram métodos contraceptivos. A contracepção oral foi citada nos estudos 8 e 20 como o método de escolha, em substituição ao preservativo. Percebeu-se um incipiente conhecimento sobre os diferentes métodos contraceptivos, visto que as mulheres que utilizaram contraceptivo oral dispensaram o uso do preservativo, sendo um comportamento de risco para adquirir infecções sexualmente transmissíveis (IST) (Brasil, 2008b). Esse fator pode estar relacionado com os outros resultados encontrados: maioria de mães jovens (artigos 2, 4 e 15), múltiparas (artigos 2, 4, 6, 8, 9 e 15) e falta de planejamento reprodutivo (estudo 20). Estudo realizado em 2018 apresentou resultados semelhantes (C. S. Cardoso et al., 2018). É sabido que altos índices de gravidez na juventude tem relação direta com a falta de informações sobre planejamento reprodutivo e ao acesso restrito a métodos contraceptivos (Brasil, 2019), conforme verificado nas populações quilombolas investigadas.

Ademais, a não utilização de preservativo revelou-se comportamento de risco para adquirir IST (Brasil, 2008b). O artigo 9 encontrou prevalência de 12,6% de infecção por Papilomavírus Humano (HPV) em uma comunidade quilombola, enquanto no artigo 8, a maioria das entrevistadas relatou não possuírem IST. Contrapondo-se a esses dados, outro estudo realizado (Durand, Heidemann, 2020a) revelou alta prevalência do vírus da Hepatite B em algumas comunidades quilombolas. Similarmente aos resultados deste, outro estudo, verificou prevalência de sífilis em uma comunidade quilombola de 3,27% e 6,81% com histórico de IST (Passos et al., 2021). Além disso, 41,1% das entrevistadas relataram falta de acesso a informações de prevenção.

Os achados do estudo 15 evidenciaram outros dois elementos importantes da mesma temática, destacando-se a gravidez indesejada e o aborto inseguro. O aborto provocado é uma das causas mais importantes de morte materna no Brasil (Domingos & Merighi, 2010), e as mulheres que estão em maior risco de vir a óbito por essa razão, entre outras características, são as de cor preta, menores de 14 anos, com baixa escolaridade e residentes das regiões norte, nordeste e centro-oeste do país (V. V. Cardoso et al., 2020). Além disso, a gravidez indesejada está presente em 66% das gestações na adolescência (Brasil, 2019). As desigualdades de saúde são grandes entre as pessoas brancas e pretas, mas a população quilombola ainda enfrenta piores condições de saúde do que a população negra em geral, devido à precariedade das políticas públicas voltadas para essas comunidades (L. F. N. Santos, 2015).

Relacionado ao pré-natal, os cinco estudos que trataram desse tema (artigos 2, 4, 5, 6 e 15), referiram que a maioria das mulheres quilombolas o havia realizado, sendo que no estudo 15, é citado com início tardio. Artigo que avalia a qualidade do pré-natal no país demonstra que apesar de possuir uma alta cobertura, ainda existem grandes iniquidades associadas à baixa qualidade de assistência pré-natal, principalmente nas populações mais vulneráveis (Mario et al., 2019). Estudo com 13 mulheres quilombolas evidenciou que a maioria das mulheres realizou o pré-natal, iniciado no primeiro trimestre da gestação, mas tiveram dificuldades para a realização dos exames laboratoriais (Palmeira, 2019). Estudo realizado em comunidades quilombolas no norte do estado de Tocantins com 14 mulheres identificou que 35,7% das gestantes realizaram de 1 a 4 consultas de pré-natal. Além disso, apenas 10,8% realizaram exames adequadamente (C. C. Silva et al., 2021). Outro estudo avaliou a assistência pré-natal no país e relatou que existem variações por região (Leal et al., 2020). Na região Norte, a quantidade de mulheres sem nenhuma assistência foi expressivamente maior que a média nacional. Além disso, as regiões Norte e Nordeste apresentaram menores prevalências na realização dos exames exigidos no pré-natal.

Apenas o artigo 2 tratou da assistência puerperal, referindo que a maioria das mulheres participantes realizaram consulta após o parto. Contraditoriamente, estudo realizado em outras comunidades quilombolas no norte do estado do Tocantins com 14 mulheres apresentou uma taxa de 21,4% de adesão às consultas puerperais (C. C. Silva et al., 2021). O puerpério se inicia no pós-parto imediato, dura cerca de 6 semanas e é um período delicado no qual ocorrem muitas mudanças

físicas e psicológicas. Por isso, é importante que haja atenção dos profissionais de saúde, evitando agravos à saúde materna e neonatal (Brasil, 2016), especialmente em populações vulneráveis.

Quando relacionado à assistência ao parto, os artigos 2, 6 e 8 demonstraram que a maioria das mulheres quilombolas tiveram partos vaginais. Outros estudos corroboraram esses achados (C. O. J. Pereira & Ferreira, 2016; A. N. Pereira et al., 2020). Apesar de a maioria dos partos no Brasil acontecerem em hospitais, o parto domiciliar pode ser a única opção para mulheres que moram em regiões rurais (Brasil, 2004). Estudo que avaliou a prevalência dos partos realizados pelo SUS entre 2000 e 2018 encontrou que 51,3% dos partos foram vaginais e 48,7% foram cesáreos. Entretanto, as cesáreas foram maioria nas mulheres brancas e os partos vaginais nas mulheres declaradas negras, pardas, amarelas e indígenas (Guimarães et al., 2021). O artigo 15 ainda cita a ocorrência de violência obstétrica com mulheres quilombolas. Dois estudos ressaltaram que as mulheres negras possuem maior chance de sofrerem violências obstétricas quando comparadas às brancas (Curi et al., 2020; Lima et al., 2021).

Os procedimentos de contracepção permanente foram citados nos artigos 2, 6 e 12. Estudo realizado em comunidade quilombola da região centro-oeste do país identificou um alto índice de laqueaduras, realizadas em 42,86% das mulheres (Diniz, 2008). Estudo que investigou o perfil de 277 mulheres laqueadas demonstrou que 76,6% possuíam até o ensino fundamental completo e 12,6% eram não letradas (Nicolau et al., 2010). Outro estudo demonstrou que a laqueadura foi citada como o método de escolha por mulheres quilombolas, devido à dificuldade de acesso a outros métodos contraceptivos (Pereira e Ferreira, 2016). Outro estudo apontou que a tomada de decisão acerca da saúde sexual e reprodutiva de mulheres quilombolas está imersa nas relações de poder, de forma que terceiros induzem à escolha de métodos irreversíveis de controle de natalidade, desconsiderando a autonomia e direitos dessas mulheres (Silva e Soliva, 2020).

Os artigos 15, 16 e 18 investigaram a prevalência de hábitos e costumes culturais. Observou-se a manutenção do saber ancestral, com o uso de chás, plantas e ervas (artigos 15 e 16) e da cultura local, com práticas recomendadas durante e gravidez ou puerpério, como citado nos artigos 16 e 18. Alguns hábitos alimentares podem ser explicados por viverem em uma cultura de subsistência, se alimentando das comidas presentes na região (Freitas et al., 2011; Siqueira, 2014). Estudo em comunidades quilombolas do nordeste do país verificou que 92,6% dos participantes citaram que não consumiram frutas e verduras devido à escassez de lugares para adquirir tais alimentos (Bezerra et al., 2013). Ademais, a utilização de plantas consideradas medicinais e outras práticas alternativas são utilizadas em diversas comunidades quilombolas (Amorim et al., 2013; De Melo, 2016; Freitas et al., 2011; S. L. Fernandes & Santos, 2019; Siqueira, 2014), conhecidas por manterem a ligação com o seu passado, constantemente preservando práticas e costumes (Brasil, 2015).

Sobre as crianças quilombolas, o artigo 2 destacou baixo peso ao nascer (BPN) em 15% dos participantes do estudo. Segundo a WHO (2014), crianças com BPN possuem risco 20 vezes maior de mortalidade. Estudo de Motta et al (2005) demonstrou que recém-nascidos com BPN tiveram 29 vezes mais chance de desenvolverem déficit nutricional do que os nascidos com peso adequado até os 12 meses. Estudo realizado na região nordeste do Brasil com 3009 puérperas encontrou BPN em 9,7% dos recém-nascidos, demonstrando associação estatística com número de consultas de pré-natal, primigestação e prematuridade (Almeida et al., 2014). Outra evidência investigou 1.342.655 nascidos vivos, nos quais 9,65% apresentaram BPN (Mendes et al, 2015). Em comparação com os artigos citados, verificou-se que a porcentagem de 15% de BPN encontrada na comunidade quilombola estudada foi sensivelmente maior.

Com relação à suplementação de vitamina A, citada nos artigos 2 e 4, os achados divergiram, visto que esteve presente na metade das crianças no primeiro estudo e na maioria das crianças no segundo. Em estudo realizado, 63,2% das 825 crianças quilombolas estudadas receberam suplementação de vitamina A (Ferreira et al., 2011). O Ministério da Saúde (2013) recomenda periodicidade de 6 em 6 meses para suplementação de vitamina A em crianças de 12 a 59 anos, informação faltante nos estudos analisados, podendo indicar que a suplementação não estava ocorrendo da maneira orientada. É sabido que crianças que ingeriram quantidade adequada de vitaminas obtiveram redução em 24% da mortalidade infantil e 28% da



mortalidade por diarreia (Brasil, 2013). Conforme a OMS (2000), por ano, cerca de 250.000 a 500.000 crianças em idade pré-escolar ficam cegas pela deficiência de vitamina A no mundo e metade delas morre até o primeiro ano de idade.

As pesquisas evidenciaram presença de doenças crônicas em crianças quilombolas, as quais, asma, bronquite, anemia falciforme e problemas ortopédicos (artigo 2) e doenças agudas, como infecções do sistema respiratório (artigo 1). Estudo realizado com 14 mães de crianças quilombolas verificou doenças crônicas em 2 crianças diagnosticadas com asma (Siqueira, 2014). Infecções respiratórias agudas na infância são responsáveis por cerca de 70.000 mortes de crianças menores que 5 anos, causando 15% de mortes mundiais em crianças nessa faixa etária. A taxa de óbito difere a depender do país, com números indo de 2%, no Canadá e Estados Unidos da América até 39% no Haiti (Benguigui, 2002). Entre 2009 e 2018, no Brasil, houveram 18.902 mortes de crianças por problemas respiratórios, principalmente nas regiões sudeste e nordeste. Comparando os anos do estudo, houve uma diminuição da mortalidade infantil, de 12,6% em 2009 para 8,38% em 2018. Foi mais frequente nas crianças pardas (44,93%) e com idade entre 28 dias e 1 ano (94,4%) (Souza et al., 2021).

A diarreia, segundo os artigos 1, 4 e 10, ainda é um problema de saúde em crianças quilombolas. Estudo realizado em escala global referiu a diarreia como um importante problema de saúde em crianças menores de 5 anos, causando a morte de 578.000 crianças dessa faixa etária no ano de 2013 (Liu et al., 2015). Estudo realizado na região centro-oeste do Brasil relatou 18.464 internações por diarreia entre os anos de 2003 e 2012 em crianças menores de 10 anos, sendo que 57,3% foram de crianças entre 1 e 4 anos (Meneguessi et al., 2015).

A anemia, presente nos artigos 1, 4 e 21, apesar de em um dos estudos, os achados terem indicado diminuição, é um importante problema, principalmente entre as crianças de 6 a 24 meses, que está relacionado com o desenvolvimento infantil e atinge principalmente as populações de menor renda e desenvolvimento (Pazirandeh et al., 2020). Estudo realizado com 181 crianças quilombolas de 6 a 60 meses encontrou prevalência de 27,6% de anemia ferropriva (Azevedo, Kassar & Ferreira, 2020). Assemelhando-se aos achados desta revisão, outro estudo realizado analisou internações por anemia ferropriva em crianças de até 9 anos em todo o Brasil de 2010 a 2020 (Pedrosa et al., 2021). Essas internações foram mais prevalentes em crianças menores de 1 ano. Além disso, observou-se maior prevalência de internações na região nordeste em todas as faixas etárias.

Acerca do déficit estatural infantil referido nos artigos 1, 4, 19 e 21, houve um aumento de peso nas crianças quilombolas, citado nos artigos 1, 4 e 21. Além disso, a desnutrição também é um problema de saúde, como observado no artigo 19. Achados semelhantes foram detectados em estudo realizado com 1265 crianças quilombolas, no qual encontrou prevalência de 14,1% de déficit estatural, 6,1% de baixo peso para idade (déficit ponderal), elevado IMC para idade em 3,2% e elevado peso para estatura em 2,8%, demonstrando alta prevalência de agravos nutricionais (Neves, 2017). Também em pesquisa realizada com 2.723 crianças quilombolas com idade até 60 meses demonstrou-se que cerca de 50% das crianças estudadas estavam em risco de déficit nutricional. Além disso, referiu-se uma prevalência de 5% de obesidade (Taddei et al., 2006).

Com relação à vacinação, segundo os artigos 2 e 4, no geral, esteve em dia entre as crianças estudadas. De acordo com os resultados encontrados, investigação realizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (2005) descreveu cobertura de 92,3% em uma comunidade quilombola. Em estudo realizado com 11 mães de crianças quilombolas relataram a vacinação em dia, porém o estudo verificado teve uma amostra muito pequena, não sendo tais achados estatisticamente significantes (Morais, 2013).

Relacionado às consultas de crescimento e desenvolvimento das crianças (CD), enquanto o estudo 7 demonstrou acompanhamento regular das crianças nas consultas de CD, o artigo 14 revelou que o acompanhamento das crianças dependia da presença de doenças. Em estudo com 12 crianças estudadas, apenas 7 haviam realizado consulta de rotina no último ano (Siqueira, 2014). Estudo com 11 mulheres quilombolas, mães de crianças de até 1 ano relataram o acompanhamento pediátrico de forma regular (Morais, 2013).

Por último, foram reconhecidas pelas mães importantes situações de urgência/emergência para procurar serviços de saúde, como percebido no artigo 10. Conforme estudo realizado, ficou comprovado que os agravos citados como de urgência/emergência pediátrica foram convulsão febril, febre alta, crise asmática, queimadura e desidratação por diarreia ou vômitos, assemelhando-se aos achados desta revisão (Siqueira, 2014).

Com relação ao acesso aos serviços de saúde, os artigos 3 e 23 abordaram a precariedade na assistência prestada nas comunidades quilombolas. Relataram assistência pontual, curativista (artigo 3) e fragmentada (artigo 23). Outro estudo realizado revelou que apesar de possuírem uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em seu território, a população quilombola, na maioria das vezes, buscou tais serviços após a utilização de automedicação e de práticas religiosas, visto que a UBS apresentava baixa resolutividade e uma atenção curativista, similarmente ao verificado nesta revisão (Fernandes e Santos, 2019).

Os estudos 3, 5, 10, 11, 14, 17 e 23 demonstraram que a população quilombola apresenta difícil acesso aos serviços de saúde. De acordo com os resultados, ficou claro que uma das maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde foi a distância, como revelado nos artigos 3, 5, 8, 11, 16, 17 e 23. A distância entre os serviços de saúde e as comunidades é um problema citado em diversos estudos encontrados na literatura. Estudo revelou que a maioria dos quilombolas estudados procuraram atendimento no hospital, localizado a 31 km da comunidade (Pinho et al., 2015).

Por fim, percebeu-se que a população quilombola é uma população que depende do Sistema Único de Saúde, como visto no artigo 16. Estudo realizado em uma comunidade quilombola no nordeste do Brasil revelou que esses indivíduos são extremamente dependentes do SUS, sendo que apenas 10,5% dos participantes citaram buscar serviços de saúde particulares ao não conseguir atendimento pela rede pública de saúde (Amorim et al., 2013). Outro estudo realizado apresentou resultados semelhantes, nos quais a maioria dos entrevistados (65,4%) utilizaram serviços do SUS e não tiveram acesso a rede particular (Pinho et al., 2015). Em estudo realizado em 2014 revelou que a UBS, é o único serviço público de saúde presente na comunidade, foi referida pelos entrevistados como local de escolha frente à necessidade de atendimento de saúde, inclusive em situações de possível urgência (Siqueira, 2014). Estudo realizado com cinco comunidades quilombolas relevou dependência do SUS e presença de UBS em apenas duas comunidades (Gomes et al., 2013).

Ressalta-se que a contribuição deste estudo pauta-se na síntese de publicações científicas sobre a temática. As questões de saúde e de acesso aos serviços revelaram-se precárias, suscitando reflexões para os profissionais de saúde, pesquisadores e elaboradores de políticas públicas. A limitação deste estudo é própria da metodologia escolhida e dos estudos encontrados, em sua maioria com baixos níveis de evidências. Contudo, a revisão integrativa conduzida elucida importante lacuna do conhecimento ao sintetizar os estudos existentes e mais atuais sobre a temática e ao explicitar as necessidades e desafios da população quilombola na área de atenção à saúde da mulher e da criança. Os resultados apontam para a necessidade da condução de estudos com maior significância estatística e rigor metodológico que tragam a luz um retrato pormenorizado da realidade.

## **5. Conclusão**

Os achados evidenciaram condições de saúde precárias relacionadas à saúde das mulheres e crianças quilombolas, com predominância de doenças crônicas e evitáveis, além das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, sendo fator limitante a localização das comunidades quilombolas, distantes das unidades de saúde disponíveis, o que acarreta inúmeros desafios. As sínteses e análises dos resultados, bem como, a discussão com outras literaturas científicas permitiu constatar a precarização das condições e do acesso à saúde, destacadamente mais evidente nas populações vulneráveis, onde os resultados se assemelharam.

Diante dos dados apresentados, verificou-se que o objetivo do estudo foi alcançado, ao disponibilizar uma atualização científica sobre as condições e acesso à saúde de mulheres e crianças quilombolas revelando-se carente de políticas públicas. Faz-se essencial uma reformulação destas e o investimento de recursos materiais e humanos para melhoria da situação de saúde de mulheres e crianças. Os aspectos explorados nesta revisão tornam-se relevantes e indicam que maior atenção deve ser dada à saúde desta população notadamente vulnerável a fim de reduzir as iniquidades em saúde.

## 6. Referências

- Almeida, A. H. V., Costa, M. C. O., Gama, S. G. N., Amaral, M. T. R., Vieira, G. O. (2014). Baixo peso ao nascer em adolescentes e adultas jovens na Região Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 14(3), 279-286.
- Amorim, M. M., Tomazi, L., Silva, R. A. A. D., Gestinari, R. D. S., & Figueiredo, T. B. (2013). Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. *Bioscience Journal*, 29(4), 1049-57.
- Anjos, R. S. A. (1999). Territórios das comunidades remanescentes de antigos A599 Quilombos no Brasil: primeira configuração espacial. Edição do autor.
- Azevedo, A. B., Kassar, S. B., Ferreira, C. M. X. (2020). Prevalência e fatores associados à anemia em crianças quilombolas de diferentes regiões brasileiras: estudo multicêntrico. *Semana de pesquisa da UNIT*, 5.
- Barreto, C. T. G., Cardoso, A. M., Coimbra JR., C. E. A. (2014). Estado nutricional de crianças indígenas Guarani nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(3), 657-662.
- Benguigui, Y. (2002) As infecções respiratórias agudas na infância como problema de saúde pública. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, 10(1).
- Bezerra, V. M., Andrade, A. C. D. S., César, C. C., & Caiaffa, W. T. (2013). Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 1889-1902.
- Botelho, L. L. R. Cunha, C. C. A. Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Revista eletrônica Gestão e sociedade*, 5(11), 121-136.
- Brasil. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. (2015). Comunidades Quilombolas.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2008a). Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. (2008b). Série Manuais nº 83: Manual de Prevenção das DST/HIV/Aids em Comunidades Populares.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes. Editora MS.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. (2011). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. (2021). Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030.
- Brasil. Ministério do desenvolvimento social. (2019). Gravidez na adolescência: impacto na vida das famílias e das adolescentes e jovens mulheres.
- Cardoso, C. S., de Melo, L. O., & Freitas, D. A. (2018). Condições de saúde nas comunidades quilombolas. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 12(4), 1037-1045.
- Cardoso V. V., Vieira, F. M. S. B., Saraceni, V. (2020). Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?. *Cadernos de Saúde Pública*, 36.
- Costa, E. S., Scarcelli, L. R. (2016). Psicologia, política pública para a população quilombola e racismo. *Psicologia USP*, 27(2), 357-366.
- Curi, P. L., Ribeiro, M. T. A. R., Marra, C. B. (2020). A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 72.
- de Melo, L. O. D. (2016). Atenção à saúde da criança quilombola menor de 2 anos: saberes e práticas de cuidado à luz da teoria transcultural. Dissertação de mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Alagoas.
- Dias, J. A., Luciano, T. V., Santos, M. C. L. F. S., Musso, C., Zandonade, E., Spano, L. C., Miranda, A. E. (2021). Infecções sexualmente transmissíveis em mulheres afrodescendentes de comunidades quilombolas no Brasil: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(2).
- Diniz, M. E. C. G. (2008). Fecundidade e Genética em Kalunga: busca de associação entre dados demográficos e marcadores moleculares num remanescente de quilombo brasileiro.
- Domingos, S. R. F., Merighi, M. A. B. (2010). O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 14(1), 177-181.

- Durand, M. K., & Heidemann, I. T. S. B. (2020a). Saúde das mulheres quilombolas: diálogo com a literatura. *Rev. Pesqui.*(Univ. Fed. Estado Rio J., Online), 202-209.
- Durand, M. K., & Heidemann, I. T. S. B. (2020b). Mulheres Quilombolas e o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 29.
- Feitosa, M. O., Gomes, M. E. A., Fontoura, I. G., Pereira, C. S., Carneiro, A. M. C. T., de Oliveira, M. C., Viana, J. A., Fontoura, V. M., da Silva, K. C., Ribeiro, R. S., Vieira, P. C. S., Leite, S. G. V., Leal, L. P. A., Feitosa, A. N. A., Fonseca, F. L. A. (2021). Access to Health Services and Assistance Offered to the Afro-Descendant Communities in Northern Brazil: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental research and public health*, 18(2).
- Fernandes, E. T. B. S., Ferreira, S. L., Ferreira, C. S. B., Cardoso, V. B. (2021). Condições de vida de mulheres quilombolas e o alcance da autonomia reprodutiva. *Escola Anna Nery*, 25(2).
- Fernandes, E. T. B. S., do Nascimento, E. R., Ferreira, S. L., Coelho, E. A. C., da Silva, L. R. Pereira, C. O. J. (2018). Prevenção do câncer do colo uterino de quilombolas à luz da teoria de Leininger. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39.
- Fernandes, S. L., Santos, A. O. (2019). Itinerários Terapêuticos e Formas de Cuidado em um Quilombo do Agreste Alagoano. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, 38-52.
- Ferreira, H. S. Lamenha, M. L. D. Jr. Xavier, A. F. S. Cavalcante, J. C. Santos, A. M. (2011). Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(1).
- Ferreira, H. S., Torres, Z. M. C. (2015). Comunidade quilombola na Região Nordeste do Brasil: saúde de mulheres e crianças antes e após sua certificação. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 15(2), 219-229.
- Freitas, D. A., Caballero, A. D., Marques, A. S., Hernández, C. I. V., Antunes, S. L. N. O. (2011). Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Revista CEFAC*, 13(5), 937-943.
- Fundação Cultural Palmares. (2019). Certificação Quilombola: certidões expedidas às comunidades remanescentes de quilombos (CRQs) atualizada até a portaria nº 34/2013. *Diário Oficial da União*.
- Fundação Cultural Palmares. (2008). Quilombos ainda existem no Brasil. <https://www.palmares.gov.br/?p=3041>
- Galvão, T. F., Pansani, T. D. S. A., & Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 24, 335-342.
- Gomes, K. O., Reis, E. A., Guimarães, M. D. C., Cherchiglia, M. L. (2013). Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 29(9), 1829-1842.
- Guimarães, N. M., Freitas, V. C. S., de Senzi, C. G., Frias, D. F. R., Gil, G. T., Lima, L. D. S. C. (2021). Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das parturientes. *Brazilian Journal of Development*, 7(2), 11942-11958.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). Base territorial, censos e povos e comunidades tradicionais.
- Instituto Nacional do Câncer. (2011). Dicas em saúde: exame preventivo do câncer de colo uterino (Papanicolau). *Biblioteca virtual em saúde*.
- Jacinto, K. S., Cavalcante, K. O. R., De Oliveira e Silva, J. M., & Dos Santos, A. A. P. (2018). Fatores que influenciam na prevenção do câncer do colo do útero na comunidade quilombola. *Cult. cuid*, 151-157.
- Leal, M. C., Esteves-Pereira, A. P., Viellas, E. F., Domingues, R. M. S. M., da Gama, S. G. N. (2020). Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 54.
- Leite, F. M. B., Ferreira, H. S., Bezerra, M. K. A., Assunção, M. L., Horta, B. L. (2013). Consumo alimentar e estado nutricional de pré-escolares das comunidades remanescentes dos quilombos do estado de Alagoas. *Revista Paulista de Pediatria*, 31(4), 444-451.
- Leite, I.B. (2000). Os quilombos no Brasil: Questões conceituais e normativas. *Etnográfica*, 4(2), 333-354.
- Lima, K. D., Pimentel, C., Lyra, T. M. (2021). Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. *Ciência e Saúde coletiva*, 3(15).
- Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Perin, J., Rudan, I., Lawn, J. E., Cousens, S., Mathers, C., Black, R. E. (2015). Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet*, 385(9966), 430-440.
- Lucena, T. S., Costa, L. J. S. F., Santos, A. A. P., Silva, J. M. O. (2020). Comunidade de remanescentes de quilombolas: práticas culturais de cuidado utilizadas no puerpério. *Revista de enfermagem UERJ*.
- Mario, D. N., Rigo, L., Boclin, K. L. S., Malvestio, L. M. M., Anziliero, D., Horta, B. L., Wehrmeister, F. C., Mesa-Martinez, J. (2019). Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Ciência e saúde coletiva*, 24(3).
- Marques, A. S., Freitas, D. A., Leão, C. D. A., Oliveira, S. K. M., Pereira, M. M., Caldeira, A. P. (2014). Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciência e saúde coletiva*, 19(2), 365-371.
- Matos, L. R., Pacheco, Z. M. L., Pinheiro, R., Almeida, G. B. S. (2020). O desvelar do cuidar de si da mulher quilombola. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 19.
- Melnik, B. M., Fineout-Overholt, E. (2012). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*.
- Mendes, C. Q. S., Cacella, B. C. A. C., Mandetta, M. A., Balieiro, M. M. F. G. (2015). Baixo peso ao nascer em município da região sudeste do Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(6), 1169-1175.
- Meneguessi, G. M., Mossri, R. M., Segatto, T. C. V., Reis, P. O. (2015). Morbimortalidade por doenças diarreicas agudas em crianças menores de 10 anos no Distrito Federal, Brasil, 2003 a 2012. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 24(4), 721-730.

- Milagres, R. C. R. M., Nunes, L. C., Pinheiro-Sant'ana, H. M. (2007). A deficiência de vitamina A em crianças no Brasil e no mundo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(5), 1253-1266.
- Morais, A. (2013). O Cuidado às Crianças Quilombolas no Domicílio à luz da Teoria Transcultural de Leininger.
- Motta, M. E. F. A., Silva, G. A. P., Araújo, O. C., Lira, P. I., Lima, M. C. (2005). O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida?. *Jornal de Pediatria*, 81(5), 377-382.
- Nascimento, M. D. S. B., Vidal, F. C. B., Silva, M. A. C. N., Batista, J. E., Barbosa, M. C. L., Filho, W. E. M., Bezerra, F. B., Viana, G. M. C., Branco, R. C. C., Brito, L. M. O. (2018). Prevalence of human papillomavirus infection among women from quilombo communities in northeastern Brazil. *BMC Women's Health*. 18(1).
- Neres, M. B. (2015). Educação quilombola em Mesquita: um estudo da gestão da escola a partir do processo histórico, emancipatório e das relações de conflito. Universidade Católica de Brasília. Programa de Pós-graduação.
- Neves, F. D. J. (2017). Fatores associados ao estado nutricional de crianças quilombolas menores de 5 anos na região Nordeste do Brasil.
- Nicolau, A. I. O., Moraes, M. L. C., Lima, D. J. M., Aquino, P. S., Pinheiro, A. K. B. (2010). História reprodutiva de mulheres laqueadas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 13(5), 677-683.
- Oliveira, E. F. D., Camargo, C. L. D., Gomes, N. P., Campos, L. M., Jesus, V. S. D., & Whitaker, M. C. O. (2018). Consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: significados de mães quilombolas. *Escola Anna Nery*, 22.
- Oliveira, E. F. D., Camargo, C. L. D., Gomes, N. P., Couto, T. M., Campos, L. M., & Oliveira, P. S. D. (2019). Fatores relacionados à assiduidade de quilombolas às consultas de acompanhamento infantil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 9-16.
- Oliveira, S. K. M., Pereira, M. M., Freitas, D. A., Caldeira, A. P. (2014). Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. *Cadernos de Saúde Coletiva*. 22(3), 307-313.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2010). Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes.
- Padilha, B. B., Diniz, A. S., Ferreira, H. S., Tomiya, M. T. O., & Cabral, P. C. (2017). Preditores antropométricos de hipertensão arterial sistêmica em mulheres afrodescendentes. *Scientia Medica*, 27(3), 3.
- Palmeira, L. D. F. P. (2019). Percepção das mulheres quilombolas sobre a assistência que receberam no pré-natal.
- Passos, T. S., Almeida-Santos, M. A., Hora, A. B., Oliveira, C. C. C. (2021). Uso de preservativo e vulnerabilidades para infecções sexualmente transmissíveis em comunidades quilombolas: estudo descritivo, Sergipe, 2016-2017. *Epidemiologia e Serviços de saúde*, 30(2).
- Pazirandeh, S., Burns, D. L., Griffin, I. J. (2020). Overview of dietary trace elements. UpToDate.
- Pedro, A. O., Pinto Neto, A. M., Paiva, L. H. S. D. C., Osis, M. J., & Hardy, E. (2003). Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras: resultados de um inquérito populacional domiciliar. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 07-25.
- Pedrosa, B. S., Coelho, J. G., Tavares, M. C. S., Luz, A. R., Trindade, A. C. M., Nagao, G. M., Moreira, L. H. Lima, M. A. F. S., Esteves, T. B. V., Cúrcio, G. B., Britto, V. E. (2021). Prevalência da anemia ferropriva no Brasil: análise quantitativa em população pediátrica. *International Journal of Development Research*, 11(4), 45881-45888.
- Pereira, A. N., Macedo, D. A., Fernandes, E. T. B. S., Carvalho, B. T., Marques, G. C. M., & Ferreira, R. B. S. (2020). Percepção de mulheres quilombolas acerca da assistência pré-natal. *Research, Society and Development*, 9(11).
- Pereira, C. O. J., & Ferreira, S. L. (2016). Experiências de mulheres quilombolas com planejamento reprodutivo e assistência no período gravídico-puerperal. *Revista Feminismos*, 4(2/3).
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., Khalil, H. (2020). Chapter 11: ScopingReviews. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*.
- Pinho, L., Dias, R. L., Cruz, L. M. A., Velloso, N. A. (2015). Condições de saúde de comunidade quilombola no norte de Minas Gerais. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental online*, 7(1), 1847-1855.
- Prates, L. A., Cecon, F. G., Alves, C. N., Wilhelm, L. A., Demori, C. C., Silva, S. C., Ressel, L. B. (2015). A utilização da técnica de grupo focal: um estudo com mulheres quilombolas. *Caderno de Saúde Pública*, 31(12), 2483-2492.
- Prates, L. A., Cremonese, L., Wilhelm, L. A., Oliveira, G., Timm, M. S., Castiglioni, C. M., & Ressel, L. B. (2018). Ser mulher quilombola: revelando sentimentos e identidades. *Revista Mineira de Enfermagem*, 22, 1-9.
- Prates, L. A., Possati, A. B., Timm, M. S., Bortoli, C. D. F. C. D., Bisognin, P., & Ressel, L. B. (2016). Características socioeconômicas e de saúde de um grupo de mulheres de uma comunidade quilombola. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 103-111.
- Queiroz, P. S. F., Miranda, L. P., Oliveira, P. S. D., Neto, J. F. R., Sampaio, C. A., Oliveira, T. L., Silva, M. L. O. (2021). Obesidade abdominal e fatores associados em comunidades quilombolas do Norte de Minas Gerais, 2019. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 30(3).
- Santos, A. N. S., & do Nascimento, E. R. (2019). Proposições de cuidado cultural à enfermagem frente a aspectos da saúde reprodutiva de mulheres quilombolas. *Revista Baiana de Enfermagem*, 33.
- Santos, L. G. M. D. L., Ferreira, C. M. X., Azevedo, A. B., Santos, S. L. S., Kassab, S. B., Cardoso, M. A., & Ferreira, H. D. S. (2021). Evolução da prevalência de anemia em crianças quilombolas, segundo dois inquéritos de base populacional em Alagoas, Brasil (2008-2018). *Cadernos de Saúde Pública*, 37.

- Santos, L. F. N. (2015). Condições de Nascimento de Crianças em Comunidade Quilombola.
- Silva, A. R. F. S. (2018). Políticas públicas para comunidades quilombolas: uma luta em construção. *Revista de Ciências Sociais*, 48, 115-128.
- Silva, C. C., Sousa, M. C., Barroso, I. L. D., Araújo, A. M. V., Viana, J. A., de Araújo, S. M. N., Neves, A. F., Figueredo, P. G. J. (2021). Análise do Pré-Natal Ofertado às Mulheres Quilombolas no Norte do Tocantins. *Brazilian Journal of Development*, 7(3), 31560-31579.
- Silva, D. Q., Soliva, T. B. (2020). Sobre a banalidade dos direitos reprodutivos das mulheres negras: um estudo na comunidade quilombola Baixão do Guai. 44º Encontro da ANPOCS.
- Silveira, V. N., Padilha L. L. Frota, M. T. B. A. (2020). Desnutrição e fatores associados em crianças quilombolas menores de 60 meses em dois municípios do estado do Maranhão, Brasil. *Ciência e Saúde coletiva*, 25(7), 2583-2594.
- Siqueira, S. M. C., de Jesus, V. S., Santos, L. F. N., de Oliveira Muniz, J. P., dos Santos, E. N. B., & de Camargo, C. L. (2018). Percepções de urgência e emergência pediátrica entre quilombolas: uma abordagem à luz de Leininger. *Revista Enfermagem UERJ*, 26, 21492.
- Siqueira, S. M. C. (2014). Itinerários terapêuticos em urgências e emergências pediátricas em uma comunidade quilombola.
- Souza, J. B. A., Santana, B. R., Resende, L. T., Gomes, M. M. N., Murta, T. D. (2021). Mortalidade infantil brasileira por doenças respiratórias no período de 2009 a 2018. *Ciências Biológicas e da Saúde: Pesquisas Básicas e Aplicadas*.
- Souza, M. T. Silva, M, D. Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1).
- Taddei, J. A., Colugnati, F., Kobayashi, F. (2006). Chamada nutricional: uma avaliação nutricional de crianças quilombolas de 0 a 5 anos. *Políticas Sociais e Chamada Nutricional Quilombola*.
- Tavares, A. N. S., Almeida, A. M., Abrão, F. M. S., Costa, A. M. (2018). Perfil das mulheres no climatério residentes em uma comunidade quilombola. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 12(12), 3352-3359.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2005). Situação da Infância Brasileira: O Direito à Sobrevivência e ao Desenvolvimento de crianças até 6 anos.
- Vilar, R. R. L., Castro, C. B., Corrêa, J. R. V., Menezes, A. J. E. A., Gato, M. F. (2001). Comportamento da renda e da mão-de-obra nas comunidades remanescentes de Orximiná. *Embrapa Amazônia Oriental*.
- World Health Organization. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation.
- World Health Organization. (2000). Nutrition for health and development: a global agenda for combating malnutrition.
- World Health Organization. United Nations Children's Fund (Unicef). (2004). Low birthweight: country, regional and global estimates.