

DIABETES MELLITUS EM QUILOMBOLAS DE PESQUEIRA, PERNAMBUCO: DESAFIOS PARA A EQUIDADE EM SAÚDE

**DIABETES MELLITUS IN QUILOMBOLA COMMUNITIES IN PESQUEIRA,
PERNAMBUCO: CHALLENGES TO HEALTH EQUITY**

Ciências da Saúde • 24/08/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/787528540](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/787528540)

Cristiano do Nascimento Siqueira¹

Marco Aurelio Calixto Ribeiro de Holanda²

Julienne de Cássia Braga Arruda³

Desirée Coelho de Mello Seal⁴

Arlindo Trindade Soares Neto⁵

Everton Coelho chagas⁶

Emília Almeida de Freitas Trajano de Souza Chagas⁷

RESUMO

O diabetes mellitus constitui uma condição crônica de elevada relevância sanitária e seu enfrentamento em comunidades quilombolas requer a consideração simultânea de fatores clínicos, sociais, territoriais, econômicos, culturais e étnico-raciais. Este artigo analisa, por meio de revisão bibliográfica e documental de caráter integrativo, os principais aspectos relacionados ao diabetes mellitus entre pessoas quilombolas, tomando o município de Pesqueira, Pernambuco, como território de referência. A análise reúne literatura científica, documentos institucionais, dados censitários e informações oficiais sobre a organização das políticas de saúde, com ênfase na Atenção Primária à Saúde, no acesso ao diagnóstico e tratamento, nos fatores de risco cardiometabólico e nas desigualdades que podem interferir no cuidado. A literatura nacional indica ocorrência de diabetes em populações rurais tradicionais e identifica associação com hipertensão, alterações lipídicas, excesso de peso, sedentarismo e condições sociais. Em Pesqueira, a existência de comunidades quilombolas, incluindo Negros do Osso, reforça a necessidade de planejamento territorializado e culturalmente sensível. Conclui-se que o cuidado ao diabetes em comunidades quilombolas deve combinar rastreamento oportuno, acompanhamento longitudinal, educação em saúde, promoção da alimentação adequada, incentivo à atividade física, disponibilidade de medicamentos e exames e participação comunitária. O estudo também evidencia a necessidade de produção de dados locais específicos, pois a literatura consultada não permite estimar, por si só, a prevalência do diabetes entre quilombolas de Pesqueira.

Palavras-chave: Diabetes mellitus; População quilombola; Equidade em saúde; Atenção Primária à Saúde; Pesqueira.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a chronic condition of major public health relevance, and its management in quilombola communities requires simultaneous consideration of clinical, social, territorial, economic, cultural and ethnic-racial factors. This article analyzes, through an integrative bibliographic and documentary review, the main aspects related to diabetes mellitus among quilombola people, using the municipality of Pesqueira, Pernambuco, as the territorial reference. The analysis brings together scientific literature, institutional documents, census data and official information on health policies, with emphasis on Primary Health Care, access to diagnosis and treatment, cardiometabolic risk factors and inequalities that may affect care. National evidence indicates the occurrence of diabetes in traditional rural populations and identifies associations with hypertension, lipid abnormalities, excess weight, physical inactivity and social conditions. In Pesqueira, the presence of quilombola communities, including Negros do Osso, reinforces the need for territorialized and culturally sensitive planning. The study concludes that diabetes care in quilombola communities should combine timely screening, longitudinal follow-up, health education, promotion of adequate food, encouragement of physical activity, availability of medicines and laboratory tests, and community participation. The review also highlights the need to produce specific local data, since the literature analyzed does not allow the prevalence of diabetes among quilombola people in Pesqueira to be estimated.

Keywords: Diabetes mellitus; Quilombola population; Health equity; Primary Health Care; Pesqueira.

1. INTRODUÇÃO

Doenças crônicas não transmissíveis ocupam posição central na agenda contemporânea de saúde pública por apresentarem longa duração, necessidade de acompanhamento contínuo e potencial para produzir incapacidades, complicações e mortes evitáveis. Entre essas condições, o diabetes mellitus destaca-se pela magnitude de sua ocorrência e pela capacidade de comprometer diferentes órgãos e sistemas quando a hiperglicemia permanece sem controle adequado. A Organização Mundial da Saúde reconhece o diabetes como importante problema de saúde pública e ressalta que suas complicações podem incluir doença cardiovascular, acidente vascular cerebral, cegueira, insuficiência renal e amputações (World Health Organization, 2016).

Do ponto de vista clínico, o diabetes mellitus corresponde a um grupo de alterações metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, decorrente de defeitos na secreção de insulina, na ação da insulina ou em ambas. A classificação convencional inclui diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional e formas específicas relacionadas a outras causas. O diabetes tipo 2 representa a forma mais frequente e está relacionado a mecanismos complexos que envolvem resistência à insulina, disfunção progressiva das células beta pancreáticas, predisposição genética e fatores ambientais e comportamentais (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2026).

Entretanto, a ocorrência e o controle do diabetes não podem ser compreendidos apenas a partir de características individuais. A alimentação disponível, a renda, a escolaridade, o trabalho, as condições de moradia, a mobilidade territorial, o acesso aos serviços, a disponibilidade de medicamentos e exames, as relações familiares e comunitárias e experiências de discriminação podem interferir na

possibilidade de prevenção, diagnóstico e tratamento. Dessa forma, a análise das condições de saúde de grupos tradicionais deve incorporar os determinantes sociais e territoriais que produzem diferenças de exposição, acesso e resultados.

Essa perspectiva é especialmente relevante para a população quilombola. O Censo Demográfico 2022 incorporou, pela primeira vez em levantamento censitário, a investigação da população quilombola e de suas características demográficas, geográficas e socioeconômicas. Os primeiros resultados identificaram 1.327.802 pessoas quilombolas no Brasil, sendo 905.415 residentes na Região Nordeste. Pernambuco apresentou 78.827 pessoas quilombolas, o que demonstra a relevância dessa população no planejamento regional das políticas públicas (IBGE, 2023).

No campo das políticas de saúde, o reconhecimento das especificidades da população negra e quilombola sustenta a adoção de estratégias orientadas pela equidade. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra estabelece a redução das desigualdades e a promoção da equidade como elementos estruturantes da atuação do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2009). Em anos recentes, o Ministério da Saúde também ampliou a agenda específica de saúde quilombola, com iniciativas voltadas à integração de saberes, ao fortalecimento da vigilância e à redução de vulnerabilidades e iniquidades. A proposta de Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola explicita a necessidade de considerar diversidade social, especificidades étnicas, culturais e territoriais e trajetória ancestral no planejamento do cuidado (Brasil, 2025).

No município de Pesqueira, localizado no Agreste de Pernambuco, a presença quilombola possui expressão territorial e histórica. Entre as comunidades identificadas no município encontra-se Negros do Osso, cuja trajetória de formação é descrita em estudos sobre etnogênese quilombola e também reconhecida em documentos de planejamento municipal. Dados recentes sobre a situação fundiária registram processo de regularização territorial em curso para a comunidade, reforçando que o território é dimensão inseparável das condições de vida e saúde (Arcanjo, 2008; Prefeitura Municipal de Pesqueira, 2021; Comissão Pró-Índio de São Paulo, 2025).

Apesar da relevância do diabetes mellitus e da presença de comunidades quilombolas no território pernambucano, ainda são escassos os estudos que produzam estimativas específicas para comunidades quilombolas de municípios do interior, sobretudo quando se busca compreender simultaneamente a dimensão clínica e os obstáculos de acesso ao cuidado. Estudos nacionais com populações tradicionais sugerem prevalência de diabetes e associação com fatores cardiometabólicos, mas seus resultados não podem ser automaticamente generalizados para Pesqueira. Em pesquisa transversal com populações rurais tradicionais de Goiás, por exemplo, Mota et al. (2022) identificaram prevalência de diabetes autorreferido de 9,8% no conjunto estudado e de 10,0% entre quilombolas, associando a doença a condições como hipertensão, hipercolesterolemia e pior percepção de saúde.

Assim, o problema que orienta este artigo é: quais vulnerabilidades e desafios relacionados ao diabetes mellitus devem ser considerados no cuidado às pessoas quilombolas no município de Pesqueira, Pernambuco, e quais estratégias podem fortalecer a prevenção, o diagnóstico e o acompanhamento na perspectiva da equidade? A

justificativa decorre da necessidade de aproximar o conhecimento produzido sobre diabetes, saúde da população negra e populações quilombolas das características territoriais do município, contribuindo para a discussão acadêmica e para a qualificação das ações de Atenção Primária à Saúde.

Este artigo tem como objetivo geral analisar os principais fatores associados ao diabetes mellitus em populações quilombolas e discutir seus impactos potenciais sobre o cuidado à saúde no município de Pesqueira, Pernambuco. Como objetivos específicos, busca-se caracterizar aspectos epidemiológicos e clínicos do diabetes relevantes para a população quilombola; discutir determinantes sociais, territoriais e culturais que podem interferir no risco e no controle da doença; identificar desafios da Atenção Primária à Saúde; e propor diretrizes de cuidado e vigilância coerentes com os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. A análise é desenvolvida a partir de revisão da literatura e de documentos oficiais, sem atribuir ao município resultados epidemiológicos que não tenham sido produzidos por investigação local.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Diabetes Mellitus: Conceitos, Diagnóstico e Repercussões

O diabetes mellitus resulta de alterações na regulação da glicose e apresenta evolução clínica heterogênea. O diabetes tipo 2, por sua frequência, constitui importante foco das ações de prevenção e acompanhamento na Atenção Primária. A identificação precoce é fundamental porque a hiperglicemia pode permanecer assintomática por longo período e, nesse intervalo, contribuir para

dano vascular e neurológico. Os critérios diagnósticos contemporâneos incluem hemoglobina glicada, glicemia plasmática de jejum, teste oral de tolerância à glicose e, em pessoas com sintomas clássicos ou crise hiperglicêmica, glicemia plasmática casual em valores diagnósticos (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2026).

O caráter crônico do diabetes modifica a lógica do cuidado. O acompanhamento não se limita à prescrição medicamentosa, mas envolve avaliação do estado nutricional, pressão arterial, perfil lipídico, função renal, saúde ocular, integridade dos pés, vacinação, saúde bucal, saúde mental, atividade física e adesão ao plano terapêutico. O Ministério da Saúde organiza uma linha de cuidado para o diabetes tipo 2 que prioriza a Atenção Primária como espaço de manejo da maioria dos casos, rastreamento, planejamento terapêutico e prevenção de complicações (Brasil, 2020).

As complicações do diabetes possuem impacto individual e coletivo. A doença cardiovascular, a doença renal crônica, a neuropatia periférica, a retinopatia e as lesões dos pés podem reduzir a autonomia, aumentar custos e demandar serviços especializados. A Organização Mundial da Saúde destaca que a prevenção e o tratamento adequados podem reduzir parte substancial da carga de complicações (World Health Organization, 2016). Portanto, o diagnóstico oportuno e a continuidade do cuidado são componentes essenciais da resposta sanitária.

2.2. População Quilombola, Desigualdades e Determinação Social da Saúde

Comunidades quilombolas constituem grupos étnico-raciais vinculados a processos históricos de resistência, ancestralidade, identidade coletiva e relação específica com o território. A categoria quilombola não deve ser reduzida a uma classificação racial, pois envolve pertencimento comunitário, memória, formas de organização social e territorialidade. No campo da saúde, essa compreensão impede que fatores étnico-raciais sejam interpretados de forma biologizante e favorece uma leitura centrada nas condições sociais e nos processos históricos que produzem vulnerabilidades.

A produção de desigualdades em saúde pode ocorrer por múltiplas vias. A precariedade de infraestrutura, as dificuldades de transporte, a distância dos serviços, a insegurança alimentar, a menor disponibilidade de profissionais, a dificuldade de acesso a exames e a medicamentos e a experiência de racismo institucional podem atuar de maneira combinada. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra reconhece a necessidade de combater desigualdades étnico-raciais e qualificar o acesso e a qualidade da atenção à saúde (Brasil, 2009).

O Censo 2022 representou avanço importante ao tornar a população quilombola mais visível nas estatísticas oficiais. A participação de lideranças e organizações representativas no processo censitário também reforça a importância da consulta e do diálogo com as próprias comunidades na produção de dados. Contudo, dados demográficos não substituem estudos de morbidade. Para doenças como o diabetes, ainda é necessário produzir informações locais que permitam identificar prevalência, diagnóstico prévio, controle glicêmico, complicações, tratamento e barreiras de acesso.

Em uma perspectiva de equidade, a oferta de serviços iguais para todos pode ser insuficiente quando os grupos apresentam necessidades e barreiras distintas. Equidade implica reconhecer essas diferenças e organizar recursos e estratégias para que a atenção alcance efetivamente quem mais necessita. A recente agenda federal de saúde quilombola enfatiza justamente a redução de vulnerabilidades e iniquidades, o fortalecimento da vigilância e a valorização de saberes tradicionais (Brasil, 2025).

2.3. Evidências Sobre Diabetes em Populações Tradicionais e Quilombolas

A literatura brasileira ainda é menos extensa para populações quilombolas do que para a população geral. Entretanto, estudos disponíveis mostram que as condições cardiometabólicas constituem tema relevante. Mota et al. (2022), em estudo transversal realizado com comunidades rurais tradicionais de Goiás, incluindo comunidades quilombolas, encontraram prevalência global de diabetes de 9,8% e de 10,0% entre quilombolas. O estudo associou a ocorrência de diabetes a hipertensão, hipercolesterolemia, tabagismo pregresso e pior percepção de saúde. Esses achados reforçam a necessidade de considerar o diabetes inserido em um conjunto de fatores de risco e condições crônicas, e não como fenômeno isolado.

Estudos com comunidades afrodescendentes também apontam a relevância da síndrome metabólica e de fatores relacionados ao excesso de peso, alterações lipídicas e hipertensão. Em comunidades quilombolas da região Norte, por exemplo, a investigação de síndrome metabólica mostrou que condições de vulnerabilidade social coexistem com mudanças nos modos de vida

e fatores de risco cardiometabólico (Lopes et al., 2019). Esses achados não devem ser transportados diretamente para Pesqueira, mas ajudam a sustentar a hipótese de que o contexto de transição alimentar e mudanças nas formas de trabalho e atividade física pode interferir no perfil de risco.

Outro aspecto importante é o controle glicêmico. Estudo nacional com participantes do ELSA-Brasil demonstrou que o controle inadequado do diabetes esteve associado a fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos, incluindo raça/cor preta ou parda, ausência de plano de saúde, tabagismo, adiposidade central e percepção negativa da saúde (Malta et al., 2020). Embora a população do ELSA-Brasil não seja equivalente à população quilombola, o resultado contribui para compreender que o controle glicêmico é fenômeno multidimensional.

A evidência disponível permite, portanto, duas conclusões metodológicas importantes. Primeiro, pessoas quilombolas devem ser incluídas de maneira explícita nas agendas de vigilância de doenças crônicas. Segundo, não é adequado inferir a prevalência do diabetes em Pesqueira a partir de estudos realizados em outros estados ou populações. O conhecimento externo deve orientar a formulação de hipóteses e estratégias, enquanto estimativas locais exigem coleta de dados no próprio território.

2.4. Território de Pesqueira e a Comunidade Quilombola Negros do Osso

Pesqueira possui características territoriais que tornam a análise da saúde quilombola particularmente relevante. O município integra o Agreste pernambucano e apresenta áreas rurais, comunidades

tradicionais e dinâmicas territoriais próprias. Documentos estaduais de planejamento em saúde registram comunidades quilombolas na IV Região de Saúde, incluindo Negros do Osso, localizada em Pesqueira (Pernambuco, 2025). A Prefeitura Municipal também realizou ação de saúde especificamente direcionada à comunidade Negros do Osso, oferecendo consultas, enfermagem, nutrição, psicologia, vacinação e vigilância, evidenciando a presença da comunidade na agenda local de atenção (Prefeitura Municipal de Pesqueira, 2025).

A comunidade Negros do Osso possui trajetória histórica registrada na literatura antropológica e educacional. Arcanjo (2008) analisou a etnogênese quilombola da comunidade e descreveu elementos relacionados à ocupação, identidade e formação histórica. Documentos recentes de regularização territorial indicam processo fundiário em andamento, com relatório técnico de identificação e delimitação publicado e posteriormente retificado, o que demonstra que as questões territoriais permanecem relevantes para a comunidade (Comissão Pró-Índio de São Paulo, 2025).

A relação entre território e diabetes pode ser indireta, porém importante. O território influencia o acesso físico aos serviços, a disponibilidade de alimentos, as possibilidades de deslocamento, as formas de trabalho, a prática de atividade física e a continuidade do tratamento. Em áreas rurais, consultas e exames podem depender de transporte e de horários compatíveis com as atividades produtivas. Para uma pessoa com diabetes, essas barreiras podem produzir atrasos no diagnóstico, interrupções no acompanhamento ou dificuldade de monitoramento.

Por isso, o cuidado em Pesquisa deve evitar uma abordagem exclusivamente biomédica. A existência de uma comunidade quilombola implica a necessidade de escuta comunitária, respeito às formas de organização local, identificação de lideranças e construção compartilhada das ações. O Grupo de Trabalho de Saúde Quilombola instituído pelo Ministério da Saúde, por exemplo, possui entre suas atribuições integrar saberes técnico-políticos e saberes populares da medicina ancestral e tradicional quilombola por meio da educação popular em saúde (Brasil, 2024).

2.5. Determinantes Alimentares, Atividade Física e Risco Cardiometabólico

A prevenção do diabetes tipo 2 envolve fatores modificáveis, mas a possibilidade de modificá-los depende do contexto social. Alimentação saudável, atividade física regular, controle do peso, não fumar e acompanhamento de fatores de risco são estratégias reconhecidas. Contudo, recomendações genéricas podem ter baixa efetividade quando não consideram preço dos alimentos, disponibilidade local, hábitos culinários, sazonalidade, trabalho, renda e cultura alimentar.

Em comunidades rurais, a análise da alimentação precisa evitar a associação simplista entre ruralidade e alimentação saudável. A transformação dos sistemas alimentares, a maior disponibilidade de produtos ultraprocessados e as restrições econômicas podem alterar padrões alimentares. Assim, ações educativas devem valorizar alimentos locais e preparações culturalmente aceitas, ao mesmo tempo em que discutem o consumo excessivo de açúcares livres, bebidas açucaradas, sódio e produtos ultraprocessados.

A atividade física também deve ser compreendida para além do exercício formal. Trabalho agrícola, deslocamentos a pé e tarefas domésticas produzem gasto energético, mas não necessariamente garantem atividade física suficiente para os objetivos de saúde. Além disso, mudanças no trabalho podem reduzir o gasto energético cotidiano. A orientação individual deve ser complementada por ações coletivas que criem oportunidades seguras e viáveis de movimento no território.

Os fatores cardiometabólicos são frequentemente agrupados. Hipertensão, obesidade, alterações de colesterol e triglicerídeos, sedentarismo e tabagismo podem coexistir com diabetes. A identificação integrada desses fatores na Atenção Primária aumenta a capacidade de prevenção cardiovascular. Em populações vulnerabilizadas, isso é particularmente relevante porque o diagnóstico de uma condição crônica pode representar a principal porta de entrada para o acompanhamento de outras necessidades.

2.6. Racismo, Acesso e Qualidade do Cuidado

A discussão sobre saúde quilombola também exige reconhecer o racismo como determinante social. O racismo pode manifestar-se de modo interpessoal ou institucional, influenciando relações de cuidado, confiança nos serviços, qualidade da comunicação e oportunidade de acesso. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi criada, entre outros objetivos, para enfrentar iniquidades e promover equidade no SUS (Brasil, 2009).

No cuidado ao diabetes, a comunicação é especialmente importante porque o tratamento exige mudanças e decisões contínuas. Orientações incompreensíveis, pouco adaptadas ao

cotidiano, centradas apenas em proibições ou desconsiderando práticas alimentares e familiares podem reduzir a adesão. Educação em saúde efetiva deve ser dialógica, utilizar linguagem acessível, considerar saberes prévios e construir metas possíveis.

A qualificação dos registros de raça/cor e de pertencimento quilombola também é importante. O Ministério da Saúde dispõe de normas para o preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informação e vem ampliando a discussão sobre indicadores de saúde segundo raça/cor (Brasil, 2017). Sem dados adequados, torna-se difícil identificar desigualdades, monitorar resultados e avaliar políticas.

Em Pesqueira, a existência de ações específicas na comunidade Negros do Osso demonstra possibilidade de aproximação entre gestão, serviços e população. O desafio é transformar ações pontuais em cuidado longitudinal, articulando promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância.

3. METODOLOGIA

Trata-se de estudo de revisão bibliográfica e documental, com abordagem qualitativa e caráter integrativo, orientado para a análise do diabetes mellitus em pessoas quilombolas e sua relação com o contexto territorial de Pesqueira, Pernambuco. A escolha da revisão integrativa decorre da necessidade de reunir evidências epidemiológicas, clínicas, sociais e institucionais que não estão concentradas em uma única fonte.

A busca bibliográfica foi orientada pelos descritores e combinações conceituais “diabetes mellitus”, “quilombola”, “população quilombola”, “saúde da população negra”, “Pernambuco”,

“Pesqueira”, “Atenção Primária” e termos relacionados a fatores de risco cardiometabólico. Foram consultadas fontes científicas e institucionais de acesso público, com prioridade para PubMed, SciELO/BVS, documentos do Ministério da Saúde, IBGE, Governo de Pernambuco e Prefeitura Municipal de Pesqueira. Foram também considerados documentos acadêmicos diretamente relacionados à comunidade Negros do Osso.

Como critérios de inclusão, foram priorizados artigos científicos, documentos oficiais, publicações acadêmicas e bases estatísticas que apresentassem relação direta com diabetes, doenças cardiometabólicas, populações quilombolas, saúde da população negra, Atenção Primária ou o território de Pesqueira. Foram excluídos textos sem relação temática suficiente, materiais de caráter opinativo sem identificação de fonte e conteúdos duplicados. A seleção não teve como finalidade produzir uma estimativa estatística de prevalência para Pesqueira, mas organizar o conhecimento disponível para responder ao problema proposto.

A análise foi realizada por leitura temática e síntese interpretativa. Os achados foram agrupados em cinco eixos: características do diabetes e do cuidado clínico; determinantes sociais e territoriais; evidências em populações quilombolas e tradicionais; especificidades de Pesqueira e da comunidade Negros do Osso; e estratégias para a Atenção Primária. Informações de outros territórios foram utilizadas como evidência comparativa e não como estimativa direta para a população quilombola de Pesqueira.

Por se tratar de revisão de literatura e documentos públicos, sem coleta direta de dados com participantes humanos, não foram realizadas entrevistas, exames, consulta a prontuários ou aplicação

de questionários. Consequentemente, o artigo não apresenta resultados clínicos originais nem permite inferir prevalência local. Essa delimitação metodológica é importante para evitar fabricação de dados e preservar a validade científica do estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1. Síntese das Evidências e Implicações para Pesqueira

A literatura analisada evidencia que o diabetes em populações quilombolas deve ser compreendido dentro de um cenário de transição epidemiológica e de desigualdades sociais. O estudo de Mota et al. (2022) é particularmente relevante por ter incluído 51 comunidades quilombolas entre as comunidades rurais tradicionais avaliadas e encontrado prevalência de 10,0% de diabetes autorreferido entre participantes quilombolas. A associação com hipertensão, hipercolesterolemia e pior percepção de saúde demonstra que o cuidado precisa ser integrado.

Esse achado não significa que 10,0% seja a prevalência de diabetes em Pesqueira. A amostra foi composta por comunidades de Goiás e utilizou desenho e população diferentes. Entretanto, a evidência é suficiente para sustentar a necessidade de vigilância local. A ausência de estimativa municipal específica representa uma lacuna que pode ser enfrentada mediante estudos epidemiológicos de base comunitária, análise de registros da Atenção Primária e articulação com lideranças quilombolas.

Para Pesqueira, o primeiro resultado relevante da revisão é, portanto, a identificação de uma lacuna de informação. O território apresenta comunidade quilombola reconhecida e ações específicas de saúde, mas a literatura consultada não oferece um estudo epidemiológico

publicado que permita descrever prevalência, distribuição por idade e sexo, proporção de diagnóstico, controle glicêmico ou complicações do diabetes entre quilombolas do município. Essa lacuna não deve ser preenchida por extrapolação de dados externos.

O segundo resultado é a identificação de fatores potencialmente modificáveis. Hipertensão, excesso de peso, alterações lipídicas, sedentarismo e tabagismo aparecem de maneira recorrente na literatura de doenças crônicas e em estudos com populações tradicionais. A presença desses fatores deve orientar a organização da consulta e das ações coletivas, sempre considerando a realidade local.

O terceiro resultado é a centralidade da Atenção Primária. O Ministério da Saúde afirma que a maioria das pessoas com diabetes pode ser manejada adequadamente nesse nível de atenção, com rastreamento, planejamento terapêutico e prevenção secundária (Brasil, 2020). Para comunidades quilombolas, isso significa fortalecer equipes que conheçam o território, garantam busca ativa e desenvolvam estratégias de acompanhamento que não dependam exclusivamente da procura espontânea.

O quarto resultado é a necessidade de articulação entre saúde e território. A atenção ao diabetes pode perder efetividade quando exames, consultas, medicamentos e orientações não são acessíveis de maneira contínua. A oferta de ações itinerantes ou concentradas, como a atividade registrada pela Prefeitura de Pesqueira na comunidade Negros do Osso, pode ampliar o acesso, mas deve estar integrada a uma linha de cuidado longitudinal para evitar que a assistência se limite a eventos isolados (Prefeitura Municipal de Pesqueira, 2025).

4.2. Diagnóstico Precoce e Rastreamento

O diagnóstico precoce é uma das principais oportunidades de prevenção de complicações. A ADA estabelece critérios baseados em hemoglobina glicada, glicemia de jejum, teste oral de tolerância à glicose ou glicemia casual em contexto clínico compatível (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2026). A escolha do exame deve considerar disponibilidade, condições clínicas e capacidade de confirmação diagnóstica.

No contexto da Atenção Primária, o rastreamento deve ser articulado à avaliação de risco. Pessoas com excesso de peso, hipertensão, história familiar de diabetes, alterações lipídicas e outros fatores de risco merecem atenção especial. Entretanto, a abordagem deve ser organizada de modo a não transformar a comunidade em objeto de triagem indiscriminada. O rastreamento deve estar ligado à possibilidade real de confirmação, tratamento e seguimento.

Em comunidades quilombolas, estratégias de busca ativa podem ser importantes quando existem barreiras de deslocamento ou baixa utilização dos serviços. Agentes comunitários de saúde e equipes de Saúde da Família podem desempenhar papel central na identificação de pessoas sem diagnóstico, na orientação sobre exames e na recuperação de usuários que abandonaram o acompanhamento.

Outra questão é a qualidade do registro. Para conhecer a dimensão do problema no município, é necessário que casos suspeitos, confirmados e acompanhados sejam registrados de forma adequada, incluindo informações sociodemográficas pertinentes. O

uso qualificado dos sistemas de informação permite acompanhar indicadores e identificar diferenças entre territórios.

4.3. Tratamento, Adesão e Continuidade do Cuidado

O tratamento do diabetes tipo 2 combina intervenções não farmacológicas e farmacológicas. A escolha terapêutica depende do perfil clínico, do risco cardiovascular e renal, das condições socioeconômicas, das preferências do usuário e da disponibilidade dos recursos. O princípio da integralidade exige que o tratamento seja acompanhado de educação em saúde e monitoramento de resultados.

A adesão não deve ser interpretada como responsabilidade exclusiva do paciente. Quando uma pessoa não utiliza corretamente um medicamento, é necessário investigar se existem dificuldades de compreensão, efeitos adversos, falta do medicamento, esquecimento, custo de deslocamento, horários de trabalho, baixa percepção de risco ou problemas de comunicação. Em comunidades rurais e quilombolas, fatores territoriais podem ser decisivos.

A educação em saúde pode ser fortalecida por grupos comunitários, oficinas culinárias, rodas de conversa e acompanhamento individual. A abordagem deve evitar estigmatização e culpabilização. O objetivo é construir autonomia, permitindo que a pessoa compreenda a doença, reconheça sinais de descompensação e participe das decisões terapêuticas.

A continuidade também requer acesso a medicamentos e exames. Interrupções no fornecimento ou longos intervalos entre consultas podem comprometer o controle glicêmico. A gestão municipal deve

utilizar indicadores para identificar faltas, filas, absenteísmo e dificuldades de encaminhamento, integrando essas informações ao planejamento da Atenção Primária.

4.4. Alimentação, Cultura e Educação em Saúde

A alimentação ocupa lugar central na prevenção e no tratamento do diabetes, mas as orientações precisam ser culturalmente adequadas. Recomendações que simplesmente proíbem alimentos podem ser pouco efetivas. Uma abordagem mais apropriada considera as preparações tradicionais, os recursos disponíveis, a sazonalidade e as preferências familiares, identificando possibilidades de redução de açúcares adicionados, excesso de sódio e ultraprocessados sem desvalorizar a cultura alimentar.

Em comunidades quilombolas, atividades coletivas podem transformar a educação alimentar em espaço de troca de conhecimentos. Oficinas conduzidas por nutricionistas em conjunto com moradores podem identificar receitas, práticas e alimentos locais e discutir formas de adequação ao diabetes. Essa estratégia valoriza a autonomia e evita a imposição de modelos alimentares externos.

A educação alimentar deve também abordar segurança alimentar e nutricional. Não é cientificamente adequado responsabilizar o indivíduo por escolhas quando a renda, o acesso físico e o preço limitam as opções disponíveis. A promoção de hortas comunitárias, feiras locais, produção agroecológica e articulação intersetorial pode contribuir, quando viável, para ampliar o acesso a alimentos in natura e minimamente processados.

A atividade física deve seguir princípio semelhante. Em vez de prescrever apenas academias ou exercícios formais, as equipes podem discutir caminhadas, dança, atividades culturais, exercícios em espaços comunitários e outras formas de movimento compatíveis com o cotidiano. O planejamento deve considerar idade, comorbidades e segurança.

4.5. Prevenção das Complicações e Cuidado Integral

A prevenção de complicações deve ser incorporada ao acompanhamento desde o diagnóstico. A avaliação periódica dos pés, o rastreamento de doença renal, a avaliação oftalmológica quando indicada, o controle pressórico e lipídico, a vacinação e a orientação sobre sinais de alerta constituem componentes do cuidado integral. Em comunidades com dificuldades de acesso a especialistas, a Atenção Primária precisa assumir papel coordenador da rede.

Os pés merecem atenção particular porque neuropatia e doença vascular podem reduzir a percepção de lesões e aumentar o risco de infecção e amputação. A educação para inspeção diária, higiene e cuidados com calçados pode ser realizada de forma simples e adaptada ao cotidiano. Quando houver lesão, o acesso oportuno à avaliação profissional deve ser garantido.

A doença renal diabética também exige acompanhamento porque pode evoluir de maneira silenciosa. A avaliação laboratorial periódica, conforme protocolos clínicos, permite identificar alterações precocemente e intensificar medidas de proteção renal. O controle da pressão arterial e da glicemia possui papel relevante nesse processo.

A saúde ocular é outra dimensão do cuidado. A retinopatia diabética pode comprometer a visão e permanecer assintomática em fases iniciais. A organização de fluxos para avaliação oftalmológica é, portanto, parte da integralidade e não deve depender apenas da presença de sintomas.

Essas medidas demonstram que o cuidado ao diabetes não pode ser reduzido ao nível de glicemia. A qualidade do acompanhamento deve ser avaliada pelo conjunto de ações realizadas e pela capacidade do serviço de evitar ou retardar complicações.

4.6. Participação Comunitária e Saberes Tradicionais

A participação da comunidade é componente estratégico para a efetividade das políticas de saúde quilombola. Lideranças e organizações locais possuem conhecimento sobre território, famílias, práticas culturais e obstáculos de acesso que não são necessariamente percebidos pelos serviços. A consulta à comunidade pode melhorar a escolha de horários, locais de atendimento, estratégias educativas e formas de comunicação.

O diálogo com saberes tradicionais não significa substituir terapias comprovadas por práticas sem evidência. Significa reconhecer que usuários possuem conhecimentos e práticas próprios e que o cuidado deve estabelecer comunicação respeitosa entre esses saberes e a ciência biomédica. O próprio Ministério da Saúde reconhece a importância da integração entre saberes populares e técnico-científicos na agenda de saúde quilombola (Brasil, 2024).

Na prática, profissionais podem perguntar quais práticas de cuidado são utilizadas, identificar possíveis riscos de interações ou atrasos no tratamento e orientar de maneira não discriminatória. Essa postura

fortalece vínculo e reduz a possibilidade de ocultação de práticas por medo de julgamento.

A participação comunitária também pode contribuir para vigilância popular em saúde. Moradores podem ajudar a identificar barreiras de transporte, falta de medicamentos, ausência de profissionais e dificuldades de acesso a exames. A informação produzida pelo território pode ser utilizada para aprimorar o planejamento municipal.

4.7. Proposta de Organização do Cuidado no Município

Com base na literatura analisada, recomenda-se que o cuidado ao diabetes em comunidades quilombolas de Pesqueira seja organizado em um ciclo contínuo. A primeira etapa deve ser a identificação da população adulta e idosa vinculada às comunidades, associada à atualização dos cadastros e à qualificação das informações de raça/cor e pertencimento territorial.

A segunda etapa deve compreender avaliação de risco e rastreamento oportuno, especialmente em pessoas com hipertensão, excesso de peso, história familiar de diabetes, alterações lipídicas ou outros fatores reconhecidos. A terceira etapa corresponde à confirmação diagnóstica e à estratificação clínica. A quarta envolve plano terapêutico individualizado, educação em saúde e acesso regular a medicamentos e exames.

A quinta etapa deve ser o acompanhamento longitudinal, com monitoramento de indicadores clínicos e prevenção de complicações. A sexta envolve avaliação dos resultados por território, permitindo identificar desigualdades entre comunidades e orientar

ações específicas. Todas as etapas devem incluir participação comunitária.

Uma estratégia municipal factível seria a realização periódica de ações integradas nas comunidades, conectadas às unidades de referência. Em cada ação poderiam ser articulados aferição de pressão arterial, avaliação antropométrica, atualização cadastral, identificação de pessoas sem diagnóstico, orientação alimentar, avaliação dos pés, vacinação e encaminhamento para exames. O caráter itinerante seria complementar, e não substitutivo, da atenção contínua.

Também seria pertinente desenvolver indicadores específicos para acompanhamento das comunidades quilombolas, como proporção de pessoas com diabetes acompanhadas, percentual com exame de hemoglobina glicada atualizado, controle pressórico, avaliação dos pés, rastreamento de doença renal, acompanhamento nutricional e abandono de tratamento. Esses indicadores devem ser interpretados com cautela e com participação da comunidade.

4.8. Limitações e Lacunas do Conhecimento

A principal limitação deste artigo é a ausência de dados epidemiológicos primários de Pesqueira. A revisão permite identificar fatores relevantes e estratégias de cuidado, mas não permite estimar a prevalência do diabetes entre pessoas quilombolas do município. Essa limitação é deliberadamente preservada para evitar generalizações indevidas.

Outra limitação é a heterogeneidade das populações quilombolas estudadas na literatura. Comunidades localizadas em diferentes estados possuem trajetórias históricas, condições econômicas,

disponibilidade de serviços e modos de vida distintos. Assim, resultados externos devem ser interpretados como evidências de apoio e não como descrição direta da realidade local.

Também existe lacuna na produção de estudos longitudinais que acompanhem controle glicêmico, complicações e acesso aos serviços em comunidades quilombolas. Investigações futuras podem combinar métodos quantitativos e qualitativos, permitindo mensurar indicadores clínicos e compreender experiências, barreiras e estratégias de cuidado.

Por fim, recomenda-se que pesquisas futuras em Pesqueira sejam construídas de maneira participativa, envolvendo gestores, profissionais, universidades e representantes das comunidades. A participação social desde a definição do problema até a interpretação dos resultados pode aumentar a relevância e a aplicabilidade do conhecimento produzido.

CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diabetes mellitus representa um desafio relevante para a saúde de pessoas quilombolas porque sua ocorrência e seu controle estão relacionados a fatores clínicos e a condições sociais, territoriais, econômicas e culturais. A literatura analisada demonstra a presença de diabetes e de fatores cardiometabólicos em populações quilombolas e tradicionais, mas não fornece base suficiente para afirmar uma prevalência específica entre quilombolas do município de Pesqueira.

Em Pesqueira, a presença de comunidades quilombolas, especialmente a comunidade Negros do Osso, reforça a necessidade de políticas de saúde territorializadas. O cuidado deve priorizar a

Atenção Primária, o diagnóstico oportuno, o acompanhamento longitudinal, a prevenção de complicações e a garantia de medicamentos e exames. A educação em saúde deve ser dialógica e culturalmente adequada, valorizando conhecimentos locais sem abrir mão das práticas clínicas baseadas em evidências.

A principal contribuição deste estudo é evidenciar que a equidade no cuidado ao diabetes exige mais do que ampliar consultas. É necessário reconhecer barreiras territoriais e sociais, qualificar registros, produzir dados locais, fortalecer a participação comunitária e integrar ações de promoção da saúde, vigilância e assistência. A comunidade deve participar da construção das estratégias, especialmente na definição de prioridades e na avaliação da qualidade do cuidado.

Os objetivos propostos são alcançados no âmbito de uma revisão bibliográfica e documental: são discutidos os principais fatores associados ao diabetes, os determinantes que podem interferir no cuidado, os desafios da Atenção Primária e estratégias aplicáveis ao território. Permanecem como prioridade para futuras pesquisas a realização de estudo epidemiológico específico em comunidades quilombolas de Pesqueira, com avaliação de prevalência, controle glicêmico, fatores de risco, complicações e barreiras de acesso.

Assim, o enfrentamento do diabetes entre pessoas quilombolas em Pesqueira deve ser compreendido como parte da construção de uma atenção à saúde efetivamente equânime. A combinação entre ciência, políticas públicas, cuidado clínico qualificado, participação comunitária e respeito à territorialidade oferece melhores condições para reduzir desigualdades e ampliar a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE. 2. Diagnosis and classification of diabetes: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care, v. 49, supl. 1, 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc26-S002>. Acesso em: 14 ago. 2026.

ARCANJO, Juscélio Alves. “Terras de preto” em Pernambuco: Negros do Osso – etnogênese quilombola. 2008. Dissertação (Mestrado em Estudos Étnicos e Africanos) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado: Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) no adulto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-%28DM2%29-no-adulto/>. Acesso em: 14 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola – PNASQ. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/saude-quilombola-pnasq>. Acesso em: 14 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.794, de 28 de novembro de 2024. Institui o Grupo de Trabalho de Saúde Quilombola “Graça Epifânio”. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5794_02_12_2024.html. Acesso em: 14 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 14 ago. 2026.

COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO. Negros do Osso. São Paulo: CPI-SP, 2025. Disponível em: <https://cpisp.org.br/negros-do-osso/>. Acesso em: 14 ago. 2026.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: quilombolas: primeiros resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 14 ago. 2026.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os quilombolas no Censo 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/criancas/brasil/2848-nosso-povo/22325-os-quilombolas-no-censo-2022.html>. Acesso em: 14 ago. 2026.

LOPES, et al. Prevalence of and factors associated with metabolic syndrome in Afro-descendant communities in a situation of vulnerability in Northern Brazil: a cross-sectional study. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30888909/>. Acesso em: 14 ago. 2026.

MALTA, Deborah Carvalho; BERNAL, Regina Tomie Ivata; ISER, Betine Pinto Moehlecke; et al. Factors associated with self-reported diabetes according to the 2013 National Health Survey. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, supl. 1, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28591347/>. Acesso em: 14 ago. 2026.

MALTA, Deborah Carvalho; et al. Factors associated with glycemic control in a sample of individuals with Diabetes Mellitus taken from the Longitudinal Study of Adult Health, Brazil, 2008–2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32555973/>. Acesso em: 14 ago. 2026.

MOTA, Brenda Godoi; BARP, Milara; GUIMARÃES, Rafael Alves; et al. Prevalence of diabetes mellitus according to associated factors in rural traditional populations in Goiás, Brazil: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 25, e220016, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35830064/>. Acesso em: 14 ago. 2026.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Mapa Macrorregional – II Macrorregião de Saúde. Recife: SES-PE, 2025. Disponível em: https://esppe.saude.pe.gov.br/pluginfile.php/266376/mod_resource/content/1/MAPA%20MACRORREGIONAL%20-%20II%20MACRO.pdf. Acesso em: 14 ago. 2026.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PESQUEIRA. Plano Diretor do Município de Pesqueira. Pesqueira, PE: Prefeitura Municipal, 2021. Disponível em: https://transparencia.pesqueira.pe.gov.br/uploads/5314/1/atos-oficiais/2009/plano-diretor/1637155926_plano-diretor-municipio-de-pesqueiracomcompactado.pdf. Acesso em: 14 ago. 2026.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PESQUEIRA. Saúde em Todo Lugar: comunidade quilombola Negros do Osso. Pesqueira, PE, 2025. Disponível em: <https://pesqueira.pe.gov.br/saude-em-todo-lugar/>. Acesso em: 14 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global report on diabetes. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>. Acesso em: 14 ago. 2026.

¹ Discente do doutorado em ciências da saúde da São Luís University. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Discente do Curso de medicina da Faculdade de Medicina de Olinda. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Discente do Curso de medicina da Faculdade de Medicina de Olinda. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Discente do Curso de medicina da Faculdade de Medicina de Olinda. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁵ Discente do Curso de medicina da Faculdade de Medicina de Olinda. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁶ Discente do Curso de medicina da Universidad Autónoma San Sebastián. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁷ Discente do Curso de medicina da Universidad Autónoma San Sebastián. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)