

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

ROSILENE DAS NEVES PEREIRA

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA
POPULAÇÃO QUILOMBOLA RURAL

JEQUIÉ-BA

2019

ROSILENE DAS NEVES PAREIRA

**ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA
POPULAÇÃO QUILOMBOLA RURAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração Saúde Pública, após apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

Orientadora: Roseanne Montargil Rocha

Co-orientador: Ricardo Franklin de Freitas Mussi

**JEQUIÉ-BA
2019**

P436a Pereira, Rosilene das Neves.

Acesso e utilização dos serviços de saúde pela população quilombola rural / Rosilene das Neves Pereira.- Jequié, 2019.

96f.

(Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Profa. Dra. Roseanne Montargil Rocha e coorientação do Prof. Dr. Ricardo Franklin de Freitas Mussi

1.Acesso aos serviços de saúde 2.Inquérito epidemiológico 3.População negra 4.Hipertensão 5.Políticas Públicas de Saúde I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 362.10981

Rafaella Cância Portela de Sousa - CRB 5/1710. Bibliotecária – UESB - Jequié

PEREIRA, Rosilene das Neves. **Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde Pela População quilombola Rural**. 2019 [Dissertação Mestrado] – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB-, Jequié/BA.

BANCA EXAMINADORA

Rmontargil

Profª Drª Roseanne Montargil Rocha

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

Orientadora e presidente da banca examinadora

Ana Barbosa

Profª Drª. Ana Angélica Leal Barbosa

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade

Nubia Regina Moreira

Profª Drª Núbia Regina Moreira

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Programa de Pós-Graduação em Educação

DATA DE APROVAÇÃO: 18/02/2019

DEDICATÓRIA

Dedico a Deus, minha mãe e as famílias quilombolas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter concedido sabedoria e discernimento para entender que tudo tem o seu tempo e um propósito.

A minha mãe Ivanda, por me ensinar os valores importantes que tenho, por ser meu exemplo de resiliência e por lutar pela minha inserção nos estudos, a minha eterna gratidão!

Ao meu pai Alvino, pelo carinho, oração, cuidado e valores emitidos na minha educação.

Ao meu esposo, pelo companheirismo, incentivo, dedicação, e, sobretudo, por ter deixado meus dias mais leves, muito obrigada!

Aos meus irmãos e irmãs Agnaldo, Advaldo, José Roberto, Adão, Eva e Hega, minha imensa gratidão pelo amor, apoio e torcida ao longo da minha caminhada.

Aos meus amigos Diego, Leila, Jaine e Maria por sempre me incentivar e acreditar em meu potencial. Muito obrigada por compartilhar suas experiências e ajudar nos desafios diários.

À minha turma, pela convivência e aprendizado ao longo desses dois anos, muito obrigada por partilhar saberes e viabilizar o processo de ensino aprendizagem.

Ao seu Valmir Caminhoneiro e ao Junior, obrigada pelas caronas disponibilizadas, pois, elas possibilitaram meu traslado, a continuidade dos estudos e o alcance dessa vitória.

Aos mestres do Programa Pós-Graduação em Enfermagem e funcionários de todos os setores da UESB, muito obrigada por cooperar nessa conquista.

À banca examinadora em nome das professoras Ana Angélica, Edna e Núbia, gratidão pelas valiosas contribuições com vistas no melhoramento deste estudo.

À professora Roseanne, obrigada pelo seu sim como orientadora, pela colaboração/contribuição e por confiar no meu potencial e apoiar essa temática.

Ao meu co-orientador Ricardo Mussi, por ceder o banco de dados da pesquisa e pela orientação, dedicação, disponibilidade, paciência, e preciosas contribuições neste trabalho. Gratidão!

“A cabeça pensa onde os pés pisam”

Paulo Freire

PEREIRA, Rosilene das Neves. **Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde Pela População quilombola Rural**. Dissertação [Mestrado] – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Jequié, Bahia. 2019.

RESUMO

Na perspectiva recorrente do racismo social e em saúde bem como no contexto de vulnerabilidades sociogeográficas, políticas e econômicas, que a população negra e quilombola estão expostas, é preciso pensar em produções científicas que contribuam para sensibilizar gestores e profissionais de saúde quanto a necessidade de implementar ações que de fato reflitam na realidade dessa população. Nesse sentido, torna-se importante o desenvolvimento desse estudo cujo objetivo é analisar o acesso e utilização de serviços de saúde pelos quilombolas rurais dos municípios da microrregião de Guanambi/BA. Trata-se de uma pesquisa com delineamento transversal de base populacional, realizada com 850 quilombolas residentes em 14 quilombos certificados pela Fundação Palmares situados na microrregião geográfica de Guanambi-Bahia. Foi utilizado dado de uma pesquisa maior intitulada “Perfil Epidemiológico dos Quilombolas Baianos” autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado da Bahia, sob o parecer nº 1.386.019/2016. Nenhuma comunidade tinha infraestrutura de serviço de saúde em funcionamento e três não tinham cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Dentre os entrevistados, 82,0% indicaram cadastro domiciliar em Unidade Básica de Saúde, 65,0% citaram visitas mensais dos ACS e 66,0% comunicaram nunca ter recebido visita dos agentes de endemia. Informaram consulta médica nos últimos 12 meses 70,9% dos quilombolas, associada ($p < 0,05$) ao sexo feminino. Sobre o diagnóstico médico autorreferido, 28,0% (231) confirmaram possuir hipertensão e a prevalência foi de 56,1% em idosos, 32,8% em mulheres e a média de idade para o diagnóstico foi de $55,32 \pm 14,73$ anos e a renda de $807,63 \pm 603,23$ reais. Quanto o uso regular do serviço para acompanhamento da hipertensão, apenas 55,5% indicou ter efetuado e sobre a aquisição das medicações, somente 49,7% adquiriram todas em serviços públicos de saúde. O acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos adultos quilombolas da microrregião de Guanambi ocorrem de maneira desigual devido às barreiras estruturais quanto a restrita disponibilidade de recursos humanos e infraestrutura local e no caso daqueles com diagnóstico de hipertensão evidenciou descontinuidade da assistência devido o uso dos serviços de maneira irregular, entretanto, esse cenário não constituiu base para afirmar que se trata de subutilização do serviço.

Descritores: Acesso aos serviços de saúde. Inquérito epidemiológico. População Negra. Hipertensão. Políticas Públicas de Saúde.

PEREIRA, Rosilene das Neves. **Access and Use of Health Services by the Quilombola Rural Population.** Dissertation [Master's Degree] - Graduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest of Bahia - UESB, Jequié, Bahia. 2019.

SUMMARY

Social and health racism enhances the socio-geographic, political and economic vulnerabilities that harm the black and quilombola population, being fundamental scientific productions that sensitize managers and health professionals about the need to implement actions that contextualize the demands of this population. In this sense, the present study emerges as relevant, with the objective of analyzing the access and use of health services by rural quilombola in Guanambi / BA micro-region. This is a cross-sectional population-based survey of 850 quilombolas resident in 14 quilombos certified by the Palmares Foundation located in the geographic micro-region of Guanambi-Bahia. Data from a larger study entitled "Epidemiological Profile of Quilombola Baianos", authorized by the Research Ethics Committee for Human Beings of the State University of Bahia, were used, under opinion nº 1,386,019 / 2016. The analyzes showed that no community had health care infrastructure in operation and three had no coverage of Community Health Agents (CHA). Among the interviewees, 82.0% indicated a home registry in the Basic Health Unit, 65.0% reported monthly visits to the ACS, and 66.0% reported never having visited the endemic agents. 70.9% of the quilombolas, associated ($p < 0.05$) to the female sex, were informed in the last 12 months. Regarding the self-reported medical diagnosis, 28.0% (231) confirmed that they had hypertension and the prevalence was 56.1% in the elderly, 32.8% in women and the mean age for diagnosis was $55.32 \pm 14, 73$ years and the income of 807.63 ± 603.23 reais. Regarding the regular use of the hypertension follow-up service, only 55.5% indicated that they performed and about the acquisition of medications, only 49.7% acquired all of them in public health services. The access and use of health services by quilombola adults in the Guanambi micro-region occur unevenly due to structural barriers regarding the limited availability of human resources and local infrastructure, and in the case of those diagnosed with hypertension, the discontinuation of care due to the use of However, this scenario did not constitute a basis for stating that it is a question of underutilization of the service.

Keywords: Access to health services. Epidemiological survey. Black population. Hypertension. Public Health Policies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB- Atenção Básica
ABS- Atenção Básica à Saúde
ACS- Agente Comunitário de Saúde
ACE- Agente de Combate a Endemia
APS- Auto Percepção de Saúde
ABS- Atenção Básica à Saúde
AVC- Acidente Vascular Cerebral
AVE- Acidente Vascular Encefálico
BVS- Biblioteca Virtual de Saúde
CEP- Comitê de Ética em Pesquisa
CNS- Conselho Nacional de Saúde
CRQ- Comunidade Remanescente de Quilombo
DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DAP- Doença Arterial Periférica
DPO- Oportunidade Perdida para Diagnóstico Oportunista
DST/ HIV/aids- Doença Sexualmente Transmissíveis / Vírus da Imunodeficiência Humana
/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
DM- Diabetes Mellitus
DCV- Doença Cardiovascular
ESF- Estratégia de Saúde da Família
ESF- Equipe de Saúde da Família
EAB- Equipe da Atenção Básica
HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM- Infarto Agudo do Miocárdio
IC- Insuficiência Cardíaca
NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS - Organização Mundial de Saúde
PA- Pressão Arterial
PAS- Pressão Arterial Sistêmica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNSIPCF - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta

PNSIPN- Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

SEPPIR- Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República

RAS- Rede de Atenção a Saúde

SM- Síndrome Metabólica

SBH- Sociedade Brasileira de Hipertensão

SUS- Sistema Único de Saúde

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS- Unidades Básicas de Saúde

USF - Unidades de Saúde da Família

UESB - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

UNEB- Universidade do Estado da Bahia

WHO - *World Health Organization*

VIGITEL-Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Quadro com descrição dos artigos localizados na Biblioteca Virtual de Saúde e Google Acadêmico sobre uso, acesso e acessibilidade dos quilombolas aos serviços de Saúde, Brasil, 2017.....16

Figura 2 – Mapa da microrregião geográfica de Guanambi Bahia, 2016.....30

LISTA DE TABELAS

Manuscrito 1

| | |
|--|----|
| Tabela1 - Acesso e utilização dos serviços de Atenção Básica a Saúde (ABS) por quilombolas, Bahia, Brasil, 2016..... | 42 |
| Tabela 2 – Utilização de medicamentos pelos quilombolas, Bahia, Brasil, 2016..... | 43 |
| Tabela 3 - Análise de Associação do uso de serviços de saúde pelos quilombolas segundo realização de consultas médicas, sexo e grupo etário, Bahia, Brasil, 2016..... | 44 |
| Tabela 4 – Percentual de quilombolas que buscou atendimento em Serviço de Saúde, Bahia, Brasil, 2016..... | 44 |

Manuscrito 2

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Utilização dos serviços de Saúde pelos quilombolas com diagnóstico médico auto referido para hipertensão, Bahia, Brasil, 2016..... | 63 |
| Tabela 2 – Recomendações dos profissionais de saúde para os quilombolas durante as consultas de hipertensão, Bahia, Brasil, 2016 | 64 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 1.2 OBJETIVOS..... | 15 |
| 1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA..... | 16 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA: ESTADO DA ARTE | 18 |
| 2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E RACISMO EM SAÚDE..... | 19 |
| 2.2 ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO NEGRA E QUILOMBOLA E SUAS PRINCIPAIS MORBIDADES..... | 21 |
| 2.3 IMPLICAÇÕES GEOGRÁFICAS E FATORES INFLUENCIADORES NO ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE..... | 26 |
| 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 29 |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO..... | 29 |
| 3.2 LOCAL/CAMPO EMPÍRICO DO ESTUDO..... | 30 |
| 3.3 DESENHO AMOSTRAL..... | 31 |
| 3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO..... | 31 |
| 3.4.1 Equipe de Coleta | 32 |
| 3.5 INSTRUMENTO E TÉCNICAS DE PESQUISA..... | 32 |
| 3.6 DESCRIÇÃO DA ANÁLISE DE DADOS..... | 34 |
| 3.6.1. Plano de Análise Objetivo 1 | 35 |
| 3.6.2. Plano de Análise Objetivo 2 | 35 |
| 3.7 ÉTICA NA PESQUISA..... | 36 |
| 4 RESULTADOS | 37 |
| 4.1 .MANUSCRITO 1..... | 37 |
| 4.2 .MANUSCRITO 2..... | 57 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 74 |
| REFERÊNCIAS | 75 |
| APÊNDICE A- Instrumento de Coleta de dados..... | 83 |
| APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre Esclarecido..... | 89 |
| APÊNDICE C- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa..... | 91 |

1. INTRODUÇÃO

O conhecimento das questões relacionadas ao acesso e uso dos serviços de saúde pelas pessoas residentes em territórios quilombolas demanda, para a melhor fundamentação de ações e/ou abordagens, a compreensão de conceitos e o contexto histórico e social na qual essas comunidades se constituem.

As comunidades quilombolas são determinadas através de critérios de autodefinição identitária e reconhecimento de suas heranças ancestrais na escravidão, mas até cem anos após a assinatura da Lei Aurea, os quilombos eram considerados locais com grandes concentrações de negros que se rebelaram contra o regime colonial. A partir da Constituição Federal de 1988 o termo “quilombo” teve seu conceito ampliado passando a ser entendido como comunidades remanescentes com importante legado histórico e cultural diante das transmissões dos valores éticos e morais, dos saberes presentes em suas manifestações culturais, pelas tradições e pelo respeito à ancestralidade (BRASIL, 2003).

Todavia, é pertinente ressaltar que a cultura e conhecimentos ancestrais quilombolas passaram por conformações que implicaram nas questões identitárias relacionados aos hábitos de vida desses povos, contribuindo para o desenvolvimento de determinadas enfermidades, o que configura cenário epidemiológico preocupante quanto à possibilidade de prevalências diferenciadas em quilombolas.

Assim, para o entendimento do processo saúde-doença dessa população exige-se sobretudo, a compreensão dos entraves da busca pelo acesso à saúde como relacionado ao legado histórico das iniquidades do país que configuraram na vulnerabilização dos sujeitos. Para Malagón-Oviedo e Czeresnia (2015), a vulnerabilidade é caracterizada com base em complexos processos de fragilização biossocial que traduzem, de maneira inextrincável, valores biológicos, sociais e existenciais.

Destarte, entender os fatores modificadores do acesso à saúde colabora para o entendimento do viés da oferta e procura, pois, as primeiras análises referentes ao acesso aos serviços de saúde, datadas da década de 1970, sugeriam uma forte relação do acesso com o aspecto geográfico (disponibilidade) e financeiro (capacidade de pagamento). Entretanto, os determinantes desse acesso alteraram-se ao longo da história, adotando adequações mais complexas. Verifica-se que os estudos têm mostrado aspectos menos tangíveis, com questões culturais, educacionais e socioeconômicas, agregando elementos relevantes nas análises. A literatura pondera ainda que ter informação está na base do acesso à saúde, portanto,

associado aos conceitos de empoderamento e de letramento com influência para a tomada de decisão em saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Acesso é um conceito complexo, geralmente empregado de forma dúbia, multifacetado e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto, mas apesar das divergências, prevalece o entendimento de que o acesso se relaciona a características da oferta de serviços. A dimensão de uso abarca todo contato direto envolvendo consultas médicas e hospitalização ou também indireto que seria a realização de exames preventivos e diagnósticos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, ASSIS; JESUS, 2012).

A compreensão de acessibilidade pode ser entendido em duas dimensões que são: a geográfica e a sócio-organizacional. Sendo a dimensão geográfica aquela referente à distância e ao tempo de locomoção dos usuários para chegar aos serviços, incluindo os custos da viagem, dentre outros, já a sócio-organizacional relaciona a todas as características da oferta que podem facilitar ou dificultar a capacidade das pessoas no uso dos serviços (DONABEDIAN, 2003; ALBUQUERQUE et al., 2014).

Dessa forma, considera-se que a melhoria do acesso à saúde depende de políticas públicas que devem buscar a equidade por meio da atenção inclusiva a grupos especiais, de maneira especial às comunidades quilombolas brasileiras (FREITAS et al., 2011) e população negra devido a exposição a algumas morbimortalidades.

A morte materna por toxemia gravídica é mais frequente entre as mulheres negras, sendo esta a primeira causa de morte materna no Brasil (BRASIL, 2010) e os óbitos por causa externa atinge majoritariamente os homens negros jovens. Diante dessa realidade, Souza (2010), afirma que a questão do reconhecimento social e político abrangem dimensões da vida nas quais é possível depreender o potencial ofensivo às coletividades humanas reprimidas aos maus tratos, violação de direitos, exclusão, degradação e ofensa as quais permitem compreender, com maior profundidade, a realidade da população negra hoje no Brasil.

Nesse contexto, a teoria da interseccionalidade cunhada por Crenshaw (1991), ajuda a perceber de que forma as injustiças e desigualdades ocorrem na sociedade/saúde, ou seja, elas sustentam-se em uma base multidimensional onde opressões como por exemplo, racismo, sexismo, classismo, xenofobia, homofobia, transfobia, entre outros tipos de opressões, interagem em níveis múltiplos e muitas vezes simultâneos, refletindo diretamente no cotidiano dos indivíduos que são oprimidos e discriminados nas instituições de saúde.

Esse entendimento denota que o entrecruzamento das opressões tem funcionado como mecanismos dificultadores para o acesso e obtenção aos bens de saúde, bem como em predisposição para o desenvolvimento de óbitos e doenças. Mediante essa concepção, Silva e

Menezes (2016), ressaltam que os efeitos dos marcadores sociais, gênero, classe e raça/etnia nas vivências dos jovens quilombolas podem repercutir no uso de álcool, dessa forma alertando para a importância de considerar esses fatores nas práticas de prevenção e promoção de saúde como meio para contribuir com a qualidade de vida desses indivíduos.

É importante pontuar que há um desconhecimento sobre a real situação de saúde das pessoas quilombolas e esse fato representa uma lacuna que precisa ser evidenciada e “preenchida”, pois, o Brasil é um país reconhecidamente quilombola pelas suas mais de três mil Comunidades Remanescentes de Quilombo (CRQ). Segundo dados da fundação Palmares no ano de 2017 o país contava com 3.018 CRQ (BRASIL, 2017).

Nessa conjuntura, torna-se oportuno reconhecer a importância desse estudo para revelar as reais condições de saúde e acesso aos serviços de saúde dos quilombolas que até hoje carregam marcas da marginalização e do racismo institucional, pois segundo Goes e Nascimento (2013), por intermédio do racismo, as desigualdades são causadoras de doenças e agravos que resultam nas iniquidades raciais em saúde.

Assim, o racismo se sustenta e se nutre pela tradição e pela cultura, desse modo, confirmando que não é uma questão de opinião pessoal, ele se reafirma no dia-a-dia pela linguagem comum e segue influenciando a vida, as relações estabelecidas entre as pessoas e também a organização e o funcionamento das instituições (LOPES, 2018). Então, o funcionamento dessas instituições compreende a relação constituída entre gestores/poder público, profissionais e usuários nas suas maneiras de pensar e implementar políticas públicas bem como na maneira de ofertar e receber cuidado.

O racismo institucional é conceituado como o fracasso das instituições e organizações em fornecer um serviço profissional inadequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica, desse modo, ele se desdobra em normas, práticas e condutas discriminatórias empreendidas no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, falta de atenção, ignorância, entre outros (CRI, 2006).

Partindo dessa concepção, e considerando os possíveis entraves para a promoção da saúde nos quilombos faz-se necessário problematizar como tem ocorrido o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos quilombolas dos municípios da microrregião de Guanambi Bahia?

1.2 OBJETIVOS

- Verificar como se dá o acesso e a utilização dos serviços de saúde dos quilombolas rurais dos municípios da microrregião de Guanambi/BA;

- Analisar a utilização dos serviços de saúde pelos hipertensos de comunidades quilombolas rurais dos municípios da microrregião de Guanambi/BA.

1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

A vivência enquanto mulher negra e quilombola, que compreende o processo histórico de luta e conquista do povo negro no país, contextualiza o envolvimento da pesquisadora com a temática, principalmente, por considerar a invisibilidade do tema nas produções científicas.

A literatura apontou a necessidade de realizar mais estudos com as populações de comunidades quilombolas para assim reconhecer suas reais necessidades de saúde (CRUZ, 2004; TRAD et al., 2012; KOCHERGIN et al., 2014, SILVA, BATISTA, 2015).

Nesse sentido, pesquisar o acesso e utilização dos serviços de saúde das pessoas residentes em quilombos torna-se pertinente, pois, trata-se de uma temática pouco explorada, uma vez que foi encontrado apenas 01 artigo no estado da Bahia versando sobre utilização de serviços de saúde por população quilombola no Sudoeste da Bahia (GOMES, et al., 2013). As outras produções encontradas estudaram a perspectiva do acesso/ acessibilidade e uso/ acesso relacionado a algum serviço específico.

Assim, para estabelecer uma justificativa pertinente baseada em buscas na literatura sobre a importância de estudar a temática em questão, aqui foi esboçado uma análise sucinta das publicações existentes acerca do uso e acesso em alguns serviços de saúde específicos conforme quadro a seguir (Figura 1).

Figura 1- Quadro com descrição dos artigos localizados na Biblioteca Virtual de Saúde e Google Acadêmico sobre uso, acesso e acessibilidade dos quilombolas aos serviços de Saúde, Brasil, 2017

| Autores | Título | Objetivos | Resultados |
|-----------------------|--|--|--|
| CARTOLANO, L.C.(2006) | As relações de Gênero e raça na saúde: um estudo do acesso aos serviços de contracepção e prevenção de câncer de colo uterino numa comunidade quilombola do Rio de Janeiro | Avaliar as percepções de mulheres quilombolas sobre o acesso aos serviços de contracepção e assistência ginecológica para câncer de colo uterino | Os resultados apontaram para baixa participação dessas mulheres nas ações de planejamento familiar, alta cobertura do exame preventivo e problemas de qualidade na assistência recebida. |

| | | | |
|--|--|--|---|
| SILVA, M.J.G;LIMA, F.S.S; HAMANN, E.M (2010) | Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/ HIV/aids por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil | Descrever as condições de acesso da população negra ao diagnóstico e à assistência para DST, HIV/aids. | Houve uma maior percepção de dificuldades de atendimento, busca de assistência no serviço privado e testagem mais frequente entre os mais jovens. |
| CAVALCANTE, I.M.S; SILVA,H.P, (2011) | Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em três quilombos na Amazônia paraense: um olhar antropológico | Conhecer o acesso e a acessibilidade aos serviços de saúde em quilombos na Amazônia Paranaense | Constatou-se dificuldades e/ou impossibilidade dos quilombolas terem acesso e acessibilidade a todos os níveis de complexidade de assistência em saúde. |
| GOMES,K.O;REI S, E.A; GUIMARÃES, M.D.C; CHERCHIGLIA, M.L. (2013) | Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. | Analisar o uso de serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. | Os resultados apontaram subutilização de serviços de saúde pelos quilombolas, demonstrando a necessidade de melhorar a prestação de serviços de saúde a essa população. |
| PEREIRA, C.O.J; FERREIRA, S.L, (2016) | Acesso e utilização dos serviços de saúde por mulheres quilombolas para promoção da saúde reprodutiva | Analisar o acesso e utilização dos serviços de saúde por mulheres quilombolas para a promoção da saúde reprodutiva na comunidade de Porto da Pedra – Maragogipe – BA | As principais dificuldades para o acesso e utilização de serviços de saúde reprodutiva foram: distância dos serviços, ausência de meio de transporte rápido e adequado, ausência de planejamento reprodutivo, resultando em gravidez indesejada; desconhecimento e dificuldades de acesso para o acompanhamento do pré-natal, entre outros. |

Fonte: Dados da Pesquisa

Verifica-se que os estudos existentes ainda não conseguem delinear uma visão ampla sobre as necessidades de saúde dos indivíduos quilombolas, pois, avaliaram o acesso a serviços específicos e não na sua totalidade, desse modo, apontando que existem lacunas nas produções científicas e que mais estudos precisam ser realizados na perspectiva de ratificar a questão do acesso e da utilização dos serviços de saúde por esta população.

A literatura pondera que a população negra está exposta a precárias condições de saúde e o fato do indivíduo residir em áreas rurais constitui fator de risco potencial para ter dificuldades de acessar e utilizar os serviços de saúde, (CAVALCANTE; SILVA, 2011; BEZERRA et al., 2013; VIEIRA, MONTEIRO, 2013; SOUZA et al., 2014; ARRUDA, et al., 2018, LI, et al., 2018). Desse modo, acredita-se que o desenvolvimento de mais pesquisas demonstrando as barreiras e iniquidades no acesso e uso dos serviços de saúde pelos quilombolas sejam relevantes para construção de políticas mais inclusivas.

Assim, ressalta-se que na perspectiva recorrente do racismo social e em saúde bem como no contexto de vulnerabilidades sociogeográficas, políticas e econômicas, que a população negra e quilombola estão expostas, é preciso pensar em produções científicas que contribuam para sensibilizar gestores e profissionais de saúde quanto a necessidade de implementar ações que de fato reflitam na realidade dessa população que ao longo da história enfrentou diversas desigualdades de acesso à saúde e são estigmatizadas até hoje no país.

2. REVISÃO DE LITERATURA: ESTADO DA ARTE

Ao realizar busca nas bases de dados verificou que as pesquisas analisando o acesso e utilização dos serviços de saúde com populações quilombolas ainda são escassas como já foi mencionado anteriormente na justificativa. Desse modo, no intuito de ampliar a busca das publicações e estabelecer o estado da arte sobre a temática, optou-se por compilar estudos nas bases de dados através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) utilizando as palavras chaves: “serviços de saúde” e “População quilombola”; “serviços de saúde e Mulheres quilombolas” e depois, apenas os termos “Mulheres quilombolas” e “Homens quilombolas”.

Essa combinação de termo permitiu a princípio selecionar 18 produções na BVS. Depois essa pesquisa foi ampliada pela busca manual e no Google Acadêmico sendo compilado mais 11 artigos, uma monografia e três dissertações, totalizando assim 33 publicações com temáticas voltadas para comunidades quilombolas de maneira ampla.

Para melhor contextualizar a questão do acesso e utilização dos serviços de saúde, foram pesquisados outros artigos desenvolvidos com populações não quilombolas. Nesse sentido,

para compor a revisão de literatura, foi necessário extrapolar o número das produções aqui identificadas (total de 33) para assim elencar os seguintes tópicos dessa revisão, a saber: políticas públicas de saúde e racismo em saúde; acesso e utilização dos serviços de saúde pela população negra e quilombola e suas principais morbidades; implicações geográficas e fatores influenciadores no acesso e utilização dos serviços de saúde conforme consta a seguir.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E RACISMO EM SAÚDE

O racismo está estruturado e pensado para favorecer e desfavorecer pessoas podendo ser encontrado em três dimensões que são: o racismo interpessoal, o racismo pessoal/internalizado e o racismo institucional. O racismo interpessoal conforma-se em ações como falta de respeito, desvalorização, desumanização e omissões pautadas em negligências e o racismo pessoal em sentimentos de inferioridade ou superioridade condutas de passividade, aceitação e recusa, enquanto o racismo institucional pode se constituir em material que é quando verifica-se indisponibilidade e ou acesso reduzido a políticas de qualidade e o acesso ao poder que configura-se em menor acesso a informação, menor participação e controle social e escassez de recursos (JONES, 2002).

“O racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações” (CRI, 2006, p.22). Assim, os processos de discriminação nos serviços de saúde geram repercussões materiais e simbólicas significativas que devem ser reconhecidos como elementos centrais quando se pensa efetividade e equidade no Sistema Único de Saúde (SUS) (TRAVASSOS, et al., 2011). Nesse sentido, prevalece a visão de que os processos de discriminação social no Brasil, que se expressam na saúde fazem parte de uma conjuntura social (TRAD, et al., 2012).

Estudos tem demonstrado que piores indicadores de saúde se associam de maneira independente a raça/cor (ARAÚJO et al., 2010; BATISTA, 2005). Nesse contexto, reduzir o debate desses indicadores a questões apenas socioeconômicas pode representar falácia científica, visto que essa hipótese ainda não parece próxima da sua plena confirmação (MUSSI, PETROSKI, 2017). Destarte, o reconhecimento das desigualdades raciais e do racismo em saúde permitem avanços em prol da equidade na saúde pública, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e as Secretarias Especiais de Reparação e Grupos de Trabalho em Saúde (ARAÚJO et al., 2009; ARAÚJO et al., 2010),

implementadas durante a gestão do Governo Luiz Inácio Lula da Silva do Partido dos Trabalhadores.

Demarcar o período político de ascensão das ações afirmativas torna-se importante para análise do resgate histórico dos governos que contribuíram para a redução e/ou ampliação das desigualdades no país e olhar para essa conjuntura ajuda os sujeitos a pensar e repensar as políticas de melhorias na saúde do país e mais especificamente das populações vulneráveis, visto que ‘a garantia do acesso universal no SUS depende da identificação de eventuais barreiras vinculadas a características e necessidades da população. Nesse sentido, conhecer suas diferenças/heterogeneidade remete necessariamente a outro princípio básico do SUS que é a equidade’ (TRAD, et al.,2012).

“A equidade se apresenta no cenário técnico-científico e político como o princípio fundamental para a elaboração de políticas que superem o racismo e sexismo no campo da saúde” (SOUZAS, 2010, p.01), logo para alcançar esse princípio faz-se necessário tratar os menos favorecidos de maneira desigual para que se alcance a igualdade e no contexto das populações quilombolas é preciso pensar em políticas que contemple as demandas desses povos.

O acesso das pessoas de comunidades quilombolas aos serviços de saúde é uma temática que precisa ser estudada com maior afinco, pois o próprio MS reconhece através da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) e da PNSIPN que existem fatores condicionantes no processo saúde/ doença dessas populações (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Entretanto, vale destacar que essas políticas por si só e a criação de programa como o Brasil Quilombola não são suficientes para abarcar todas as demandas do povo negro e tão pouco dos residentes em quilombos, mas, representa uma conquista importante que precisa ser mencionada, uma vez que se trata de iniciativas que ‘reconhece as iniquidades existentes no acesso à saúde bem como a necessidade de garantia de maior grau de equidade no que refere à concretização do direito humano à saúde, em seus aspectos de tratamento e recuperação de doenças, agravos transmissíveis e não-transmissíveis, promoção e prevenção da saúde’ (BRASIL, 2013b).

Nesse contexto, é preciso pontuar que a criação de tais políticas e programas de saúde fazem parte de reivindicações da população negra e de movimentos sociais, pois, estes sempre estiveram na linha de frente lutando por mais e melhor acesso ao sistema de saúde, chegando a participar dos processos que geraram a Reforma Sanitária e a criação do SUS. Entretanto, verifica que essa presença apesar de ter contribuído para a concepção de um sistema universal

de saúde com integralidade, equidade e participação social, não foi suficiente para inserir, no novo Sistema, mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, particularmente aquelas interpostas pelo racismo (WERNECK, et al., 2016).

A participação da representação negra no Conselho Nacional de Saúde (CNS) permitiu as articulações e ações necessárias para instituição da PNSIPN, aprovada pelo CNS em novembro de 2006. A PNSIPN reitera a relação entre racismo e vulnerabilidade em saúde, e dentre os diversos objetivos destaca-se a garantia e ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde para a população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas e a população negra residente em áreas urbanas, principalmente nas regiões periféricas dos grandes centros e nesse contexto, estabelece metas de eliminação do racismo institucional e das disparidades raciais e de gênero nas políticas; inclui o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social, entre, outros (BRASIL, 2009).

Embora esses direitos sejam garantidos na PNSIPN através do MS, verifica-se que muitos objetivos ainda precisam ser consolidados na prática, principalmente considerando o atual contexto político de ameaças aos direitos da população negra e quilombola. A esse respeito Schimitt e colaboradores (2002), ressaltam que sempre que referir-se a estes grupos, faz-se necessário um olhar atento e direcionado para a invisibilidade propositada pela história oficial do país, fruto de uma ideologia que buscou ignorar os efeitos da escravidão ao longo das décadas. Assim, verifica-se que até mesmo nas produções científicas sobre a temática racismo e saúde existe certa escassez de estudos (TRAVASSOS, et al., 2011), o que reforça a importância de ampliar essa discussão nas pesquisas de saúde.

2.2 ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO NEGRA E QUILOMBOLA E SUAS PRINCIPAIS MORBIDADES

Em consenso com as informações anteriores um inquérito de saúde transversal, realizado em 2011, com o objetivo de analisar o uso de serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista, Bahia, mostra uma subutilização de serviços de saúde pelos quilombolas, o que sinaliza a necessidade de melhorar a prestação de serviços de saúde a essa população (GOMES, et al., 2013). Outro estudo foi desenvolvido na região do cerrado no nordeste do Estado de Goiás com quilombolas Kalunga e os resultados demonstraram

persistência de fragilidades voltadas para as questões sociais e de saúde, bem como para a dificuldade de promoção dos processos inclusivos de universalidade e equidade em saúde para essa população (VIEIRA, MONTEIRO, 2013).

Avaliando o acesso e a qualidade da assistência de saúde para clientes brancos e negros, com o objetivo de buscar informações sobre as experiências de cuidado de saúde dos clientes hipertensos, e observando se há diferenças, em função da raça/cor ou origem social, quanto ao acesso ao serviço de saúde e o grau de satisfação com o cuidado prestado, constatou-se precários resultados sobre acesso e qualidade em saúde bem como escassez de publicações sobre negros e indígenas (CRUZ, 2004). Desse modo, políticas públicas de combate à desigualdade social e de saúde devem ser implantadas para garantir a equidade nessas comunidades que, por sua vez são grupos mais vulneráveis (SILVA et al., 2010; BARROSO et al., 2014; BEZERRA et al., 2014, KOCHERGIN et al., 2014).

É importante ressaltar que o acesso desigual permeia sem dúvidas questões de gênero e etnia envolvendo vários tipos de opressões que se interpõem nos processos de saúde como pode ser constatado em um estudo descritivo que objetivou analisar diferenças na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS segundo raça/cor a partir de dados da Pesquisa da Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha em 2012. Esta pesquisa evidenciou que as mulheres de raça/cor preta/parda aparecem em piores condições nas características socioeconômicas, na assistência ao pré-natal e na assistência ao parto (THEOPHILO, et al., 2017).

Nesse contexto, é possível entender que quando as mulheres negras aparecem nas estatísticas de quem possui piores condições de saúde, recebe menos anestesia em relação as mulheres brancas e em geral sofre maior violência obstétrica, não é porque elas são mais fortes, isso é legado de um conhecimento médico fundamentado em concepções racistas instituído desde o século XIX a partir de ‘experimentos obstétricos com mulheres negras escravizadas nos Estados Unidos’ (LOPES, 2018).

Este estigma corporal e étnico permanece até hoje nas práticas de saúde como justificativa para continuidade das desigualdades na forma de tratar e assistir mulheres negras e brancas conforme mostrou outro estudo de base populacional de abrangência nacional que avaliou as iniquidades na atenção pré-natal e parto de acordo com a raça/cor utilizando o método de pareamento baseado nos escores de propensão, a partir de dados oriundos da pesquisa Nascer no Brasil. Esse estudo identificou disparidades raciais no processo de atenção à gestação e ao parto, evidenciando pior cuidado para as mulheres pretas/pardas uma vez que estas foram as que possuíram maior risco de terem um pré-natal inadequado, falta de

vinculação à maternidade, ausência de acompanhante, peregrinação para o parto e menos anestesia local para episiotomia (LEAL, et al.,2017).

A partir dessas evidências na literatura é possível dizer que os mecanismos de exclusões fruto do racismo institucional, tornam-se entraves para o acesso a saúde e reforçam a precarização do cuidado ofertado às mulheres negras e quilombolas. Sobre esse quesito o estudo de Pereira (2016), analisou o acesso e utilização de serviços de saúde de Atenção Básica por mulheres quilombolas de Porto da Pedra – Maragogipe – Bahia, e constatou aspectos importantes relacionados ao desconhecimento e dificuldades de acesso para o acompanhamento do pré-natal, dificuldade para a marcação de consultas e realização de exames básicos, presença de racismo institucional, dificuldades no acesso e utilização dos serviços devido à localização do território, ausência de meio de transporte rápido e adequado, bem como dificuldades para a realização do parto e assistência pós-parto.

No mesmo contexto outro estudo foi desenvolvido com mulheres moradoras do Quilombo Campinho da Independência, Paraty/RJ e este apontou como resultados negativos: baixa participação dessas mulheres nas ações de planejamento familiar e problemas de qualidade na assistência à saúde (CARTOLANO, 2006).

Os achados dos estudos de Theophilo et al., (2017), Leal et al., (2017), Pereira (2016) e Cartolano (2006), configuram-se em denúncias quanto às iniquidades na saúde da mulher negra e quilombola, não diferente de outro estudo desenvolvido por Rodrigues e Nascimento (2009) no município de Salvador Bahia. Esta pesquisa de Rodrigues e Nascimento associou raça/cor e acesso de mulheres usuárias do SUS aos cuidados pré-natais e partos, e também constatou diferença estatística significativa para a variável “acompanhante no parto” e ter anemia antes da gestação (RODRIGUES; NASCIMENTO, 2009), sendo a anemia um importante marcador para complicações na gestação, o que requer uma adequação da assistência prestada à essas mulheres, como por exemplo, um acompanhamento em serviço especializado.

No tocante à saúde do homem e as questões étnicas, Pollack, et al., (2017), desenvolveram um estudo na Filadélfia acerca das diferenças raciais no acesso ao cuidado do câncer de próstata e constataram que aproximadamente 85% dos homens receberam tratamento definitivo sem diferenças observadas por raça, no entanto notou que os homens negros eram menos propensos a reportar uma alta qualidade de atendimento e boa comunicação médico-paciente em comparação com homens brancos.

No quesito raça e mortalidade por câncer de próstata em sistemas de saúde de acesso igual, Graham-Steed et al., (2013), desenvolveram uma pesquisa a partir de relatórios

relacionados à saúde entre os homens negros e brancos diagnosticados com câncer de próstata e percebeu que os resultados foram semelhantes para ambos, assim sinalizando que os estudos que identificam diferenças raciais na mortalidade entre homens com câncer de próstata podem não levar em conta fatores socioeconômicos e clínicos.

No intuito de evidenciar as diferenças existentes entre sexo e fatores associados à depressão, um estudo populacional transversal foi desenvolvido com 764 participantes selecionados aleatoriamente em 5 comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia e os resultados mostraram que os fatores associados à depressão para homens são diagnóstico prévio de doença crônica, autoavaliação de saúde ruim/muito ruim e acesso ruim aos serviços de saúde enquanto para as mulheres, os fatores associados foram diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico, autoavaliação de saúde ruim/muito ruim, histórico de tabagismo e se autodeclarar como não negra. Nesse sentido, os autores salientam que os fatores associados à depressão diferem entre homens e mulheres e precisam ser considerados nas intervenções para combater a depressão nessa população (BARROSO, et al., 2015).

Considera-se que a cor da pele é um quesito para evidenciar lacunas na forma de atendimento nos serviços do SUS e quando associado ao sexo a predisposição para algumas doenças pode ser maior, como mostra um estudo transversal realizado em um subgrupo populacional em Salvador, Brasil. Este estudo teve como objetivo analisar a influência da cor de pele autorreferida sobre a prevalência da Síndrome Metabólica (SM) e o resultado confirma que a prevalência da SM pode sim variar em função da cor da pele de modo inverso entre homens e mulheres, pois ser negro foi fator de risco para as mulheres e de proteção para os homens (BARBOSA, 2010).

Quanto às morbidades presentes nos quilombolas um estudo realizado por Bezerra et al., (2013), na cidade de Vitória da Conquista - Bahia, constatou uma alta prevalência de hipertensão arterial nos indivíduos estudados reforçando assim, a necessidade de um amplo acesso aos serviços de saúde para prevenção, diagnóstico precoce e orientações para o manejo adequado de tal patologia. Outro estudo também foi desenvolvido na Comunidade Quilombola Boca da Mata (Maranhão), no período de dezembro de 2013 a abril de 2014, com 67 famílias e os resultados apontaram que existe uma alta prevalência de quilombolas com níveis pressóricos elevados. Em relação aos dados antropométricos, o índice de massa corporal apresentou média de 23,43 Kg/m², onde 22,22% (n=18) dos entrevistados apresentavam excesso de peso (BELFORT et al., 2017).

Sobre à obesidade, estudo como o de Soares e Kochergin (2017), estimou a prevalência e os fatores associados à doença em idosos residentes em comunidades

quilombolas no sudoeste da Bahia e evidenciou que esta morbidade aparece como sendo elevada na população idosa.

No que tange ao Diabetes Mellitus (DM), outro estudo foi realizado em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista-Bahia, com o objetivo de estimar prevalência e fatores associados com oportunidade perdida para Diagnóstico Oportunista de Diabetes (PDO) e constatou que dos 548 indivíduos estudados, 42,6% (231) relataram não ter realizado teste de glicemia ou tê-lo realizado há mais de três anos, representando uma perda importante de PDO. Esse resultado por sua vez, foi associado à baixa utilização e pior marcador de acesso dessa população aos serviços de saúde, desse modo, apontando que ações direcionadas ao diagnóstico e prevenção de DM devem ser priorizadas nessas populações bem como incluir capacitação, treinamento das equipes de saúde da família e melhoria da estrutura e atenção nas unidades de saúde (SOUZA et al., 2014).

De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2016), mais de 16 milhões de brasileiros adultos (8,1%) sofrem de diabetes e a doença mata 72 mil pessoas por ano no país. O relatório ainda apontou que 422 milhões de adultos em todo o mundo viviam com diabetes em 2014, o que equivale a quatro vezes mais do que em 1980.

No que refere à Hipertensão Arterial, dados estadunidenses mostraram que em 2015 a doença estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM); 77% de Acidente Vascular Cerebral (AVC); 75% com Insuficiência Cardíaca (IC) e 60% com Doença Arterial Periférica (DAP) (MOZAFFARIAN, 2015). A HAS é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de Acidente Vascular Encefálico (AVE) (LIM, et.al., 2013). No Brasil ela atinge 32,5 % de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por Doença Cardiovascular (DCV) (SCALA et al., 2015).

Um estudo desenvolvido por Melo e Silva (2015), no município de Cametá, Estado do Pará, mostrou que existe elevado índice de doenças crônicas entre a população quilombola em comparação com o restante da população brasileira. Eles estudaram uma amostra de 55 pessoas e desse total 87,08% dos adultos apresentaram problemas crônicos relacionados ao sistema digestivo, 50,9% apresentaram doenças de pele, 48,08% apresentaram algum nível de pré-hipertensão ou hipertensão arterial e 43,63% tiveram afecções oftalmológicas. Foram analisados também aspectos relacionados à comorbidades como tabagismo, etilismo, obesidade e aspectos socioecológicos.

Em uma pesquisa de inquérito domiciliar desenvolvida em comunidades quilombolas do norte de Minas Gerais, Oliveira e Caldeira (2016), também afirmaram que existe uma

elevada prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas da referida região, sendo notado prevalências dos principais fatores de risco: elevado consumo de refrigerante; carne com gordura; frango com pele; baixo consumo de frutas; uso de sal diretamente no prato; tabagismo; uso excessivo de bebidas alcoólicas; sedentarismo e excesso de peso.

Ainda no tocante ao estado nutricional, Guimarães e Silva (2015), avaliaram o crescimento de crianças de três comunidades quilombolas do Estado do Pará e os resultados apontaram que estas apresentam dificuldades em atingir seus potenciais de crescimento, fato esse relacionado com as características sócio-demográficas, sanitárias e ecológicas nas quais estes indivíduos estão inseridos. Na mesma perspectiva também pode verificar existência de casos de desnutrição e excesso de peso em algumas crianças dessa região.

Sobre o uso do álcool Cardoso et al., (2015), apontaram em seu estudo que o consumo excessivo dessa droga aumenta com o grau de escolaridade, sendo mais prevalente entre indivíduos que possuem pelo menos 8 anos de estudo, os fumantes e os que exercem atividade laborativa. Quanto ao uso do cigarro por gestantes um estudo prospectivo de coorte desenvolvido em clínicas públicas de atenção primária à saúde no Estado de São Paulo entre os anos de 2005 e 2006 constatou diferenças étnicas na prevalência e probabilidade de tabagismo durante a gravidez, sendo as mulheres negras quase duas vezes mais prováveis (OR = 1,96; IC 95%: 1,14-3,36) fumar em comparação com mulheres brancas (TABB, et al., 2015).

2.3 IMPLICAÇÕES GEOGRÁFICAS E FATORES INFLUENCIADORES NO ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Na perspectiva do acesso e utilização dos serviços de saúde considerando o contexto geográfico, a pesquisa de Cavalcante e Silva (2011), descreveram o acesso aos serviços de saúde a partir de quatro dimensões: geográfica, funcional, cultural e econômica e faz uma análise transversal do acesso enquanto categoria do planejamento e gestão dos serviços de acordo com a reinterpretação de modelos assistenciais em saúde. Desse modo, os autores mostraram que existem dificuldades para os quilombolas terem acesso e acessibilidade a todos os níveis de complexidade de assistência.

Quanto a utilização dos serviços de Atenção Primária a Saúde (APS) pela população rural foi desenvolvido um estudo no município de Jequitinhonha, Minas Gerais e este evidenciou que a maioria das pessoas residentes em áreas rurais foi atendida na primeira vez

que procurou o serviço (92,3%). No entanto, quase 40,0% daquelas que tiveram medicamentos prescritos no último atendimento ou foram apenas buscá-los com prescrições anteriores não os receberam gratuitamente. Percebeu ainda que dos entrevistados 8,0% que procuraram o serviço não foram atendidos e 33,7% não procurou os serviços de saúde (mesmo tendo necessidades), apontando em geral problemas como a não disponibilidade de profissional para o atendimento. Desse modo, o estudo apontou que embora não tenham ocorrido iniquidades não foi garantido efetivamente o acesso aos serviços de saúde nem a utilização próxima do domicílio para esta população (VIEIRA, 2010).

No mesmo município Dutra (2009), também avaliou o acesso e a utilização dos serviços de APS no contexto da população urbana e verificou que o serviço da APS no município de Jequitinhonha não se constitui um problema para a maioria dos entrevistados. Notou ainda que em geral, os indivíduos receberam atendimento e medicação gratuita e apenas uma parcela dos entrevistados não foi atendida no primeiro momento que buscou atendimento, alegando como justificativa a falta do profissional de saúde, de medicação, bem como ausência de vagas para o atendimento, ainda assim eles avaliaram o serviço recebido como bom e muito bom e sugeriram melhorias.

Sobre o acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil um estudo a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 1998, analisou os determinantes da procura por atendimento à saúde devido à doença, nas áreas urbana e rural do país e mostrou que o fator mais importante na determinação da procura por atendimento à saúde foi o estado de saúde do indivíduo, tanto na área urbana quanto no meio rural e o nível de escolaridade teve grande impacto em reduzir a procura por serviços de saúde na área urbana (KASSOUF, 2005).

Outro estudo internacional avaliou as disparidades urbano-rural na utilização de cuidados de saúde entre adultos chineses de 1993 a 2011 e verificou uma menor utilização de todos os tipos de serviços de saúde na área rural. Nesse sentido, a pesquisa alerta para a necessidade de uma abordagem abrangente para alcançar e manter a equidade na utilização da saúde (LI, et al., 2018).

Ainda comparando a utilização e acesso aos serviços de saúde entre populações brasileiras uma pesquisa analisou os determinantes do acesso e das diferenças entre áreas urbanas e rurais nos anos de 1998 a 2008 e evidenciou que a desigualdade de acesso continua elevada e maior nas áreas rurais (ARRUDA et al., 2018).

No Brasil outro estudo foi desenvolvido com pescadores ribeirinhos do Rio Machado de Ji-Paraná, RO e estes identificaram muitas dificuldades no acesso aos serviços de saúde da

rede pública e deficiência no saneamento básico. A pesquisa destacou ainda que a maioria dos entrevistados relatou problemas de saúde, como dores na coluna, nas pernas, musculares, câibras, problemas de visão, dor de cabeça, gripe e doenças de pele (PROSENEWICZ; LIPPI, 2012).

De acordo resultados da pesquisa Nacional de Saúde, as pessoas que residem nas regiões Sul e Sudeste continuam sendo as que possuem maior acesso aos serviços de saúde, e os que possuem 60 anos ou mais, bem como aquelas cujo chefe da família tem maior nível de instrução. Verificou ainda que dos indivíduos atendidos que tiveram medicamentos receitados, 82,5% conseguiram obter todos os medicamentos, sendo 1/3 pelo SUS (STOPA et al., 2017).

O estudo de Louvison et al., (2008), sobre desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo , mostrou através de uma análise multivariada, associação entre a utilização de serviços e sexo, presença de doenças, autopercepção de saúde, interação da renda e escolaridade e posse de seguro saúde, no entanto, a análise isolada com escolaridade apresentou efeito inverso.

Outro estudo realizado no município da região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais avaliou a visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência quanto aos fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde e percebeu que na dimensão estrutural, o subfinanciamento do sistema de saúde constitui uma dificuldade para o acesso aos serviços de saúde e para a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) (VEIGAS et al., 2015).

Já na dimensão relacional, a ausência de alinhamento sobre a estrutura e os fluxos de funcionamento do sistema de saúde impacta negativamente na relação do profissional com o usuário e enquanto na dimensão operacional, profissionais de saúde e usuários informaram importantes lacunas na referência e contra referência, na cobertura da ESF, na marcação de consulta, no acolhimento bem como barreiras geográficas (VEIGAS et al., 2015).

Sobre os determinantes das desigualdades na utilização de Serviços de saúde, Cambota e Rocha (2015), realizaram uma análise para o Brasil e regiões e evidenciaram maior grau de iniquidade nas regiões Norte e Nordeste. Verificou também que a decomposição da desigualdade indica que as contribuições de determinantes de necessidade são principalmente pró-pobre, enquanto os determinantes sociais fornecem contribuições mais diversificadas. Renda, escolaridade e plano de saúde contribuem para aumentar a distribuição pró-rico no uso de consultas médicas e reduzir a distribuição pró-pobre no uso de internações hospitalares.

Foi desenvolvido ainda um estudo na Região Metropolitana de São Paulo utilizando análise multinível para os determinantes do uso de serviços e este verificou que existe uma forte e consistente associação entre algumas características individuais (principalmente escolaridade e presença de plano de saúde) com o uso de serviços de saúde e ter médico de referência. A presença de doenças crônicas e mentais associou-se fortemente com o uso de serviços no último ano (independentemente de características individuais), mas não com a presença de médico de referência (PORTO, et al., 2015).

Sobre o acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde, um estudo observou que a maioria (77,2%) dos entrevistados foi atendido na primeira vez que procurou o serviço de saúde pública e a maior prevalência ao não acesso foi quando a procura se deu na APS e para tratamento/reabilitação (DIAS et al., 2016).

Justo et al., (2017), avaliaram o atributo acessibilidade da Atenção Básica de Saúde (ABS) em duas unidades básicas de saúde (UBS) de Lagarto/SE, por meio de uma pesquisa analítica, transversal, com amostra composta por 48 profissionais e 199 usuários adultos e verificou dificuldade de acesso ao serviço à noite e aos finais de semana. Notou ainda no estudo que a espera maior que 30 minutos para atendimento foi apontada pela maioria dos profissionais e usuários como fatores limitantes e o acesso diurno por telefone e atendimento no mesmo dia foram avaliados negativamente apenas pelos usuários.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa trata-se de um estudo quantitativo do tipo analítico de corte transversal que utilizou o banco de dados de uma pesquisa maior intitulada “Perfil Epidemiológico dos Quilombolas Baianos” o qual consta aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres Humanos da Universidade do Estado Bahia sob parecer nº 1.386.019. Os dados desse estudo foram coletados em quatorze comunidades remanescentes de quilombos certificadas pela Fundação Palmares situadas em dez municípios da microrregião de Guanambi/BA.

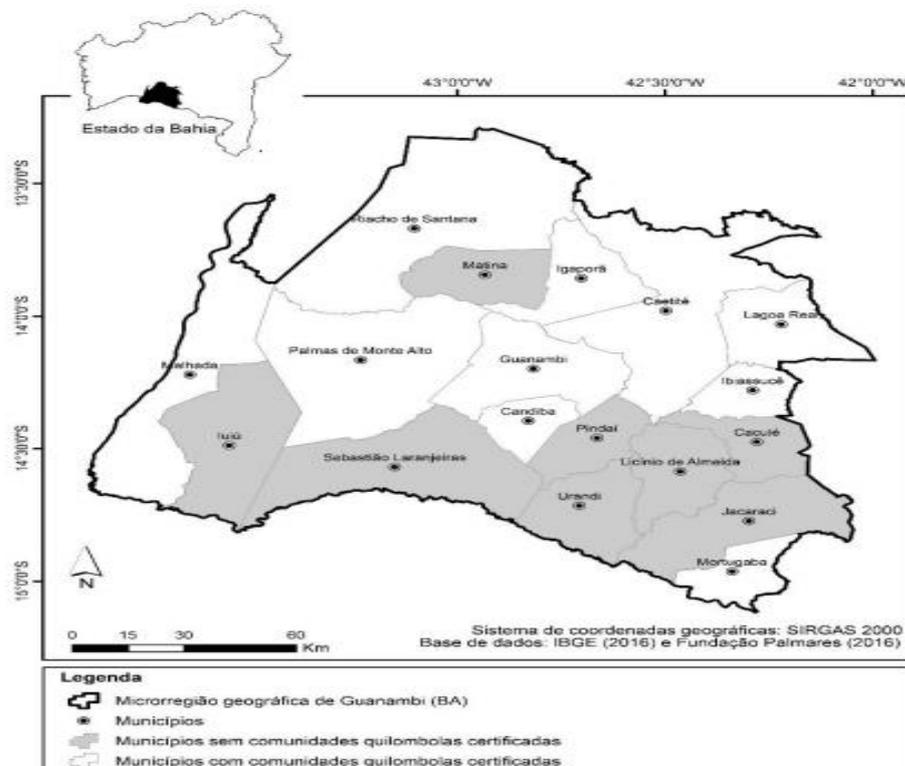
Esta pesquisa maior trata especificamente de investigar os hábitos de vida e medidas corporais associadas à presença de doenças de pessoas adultas residentes em comunidade quilombolas do estado da Bahia, sendo que as informações coletadas tem o propósito de subsidiar o desenvolvimento de estudos e permitir a construção de base teórica para

implantação e/ou avaliação de proposta de orientação na Saúde Pública da comunidade, região e população em questão.

3.2 LOCAL/ CAMPO EMPÍRICO DO ESTUDO

O estado escolhido para a pesquisa foi a Bahia que segundo dados da Fundação Palmares (2017), até 02 de outubro de 2017 é a unidade federativa que tem maior quantitativo de comunidades remanescentes de quilombo, contando com 743 CRQ. Os outros cinco estados mais representativos depois da Bahia são: Maranhão com 690 CRQ; Minas Gerais com 319 CRQ; Pará com 254 CRQ; Pernambuco com 153 CRQ e Rio Grande com 127 CRQ (BRASIL, 2017). O Campo empírico dessa pesquisa foi a microrregião geográfica de Guanambi situada no estado da Bahia. Essa microrregião é constituída por 18 municípios e até o ano de 2016 contava com 42 quilombos contemporâneos certificados distribuídos em dez municípios (BRASIL, 2016)(Figura 02).

Figura 02-Mapa da Microrregião de Guanambi, Bahia, 2016



Fonte: MUSSI; PETROSKI, 2017

Frente à indisponibilidade de informações oficiais prévias relativas à quantidade de moradores dos quilombos de maneira geral, a população do estudo foi estimada considerando

80 famílias por quilombo (SEPPIR, 2010), com dois adultos (>18 anos) por família, determinando uma população de 6720 adultos.

3.3 DESENHO AMOSTRAL

Inicialmente foi realizado sorteio aleatório dos quilombos. O cálculo amostral adotou correção para população finita, prevalência de 50% para desfecho desconhecido, intervalo de confiança de 95%, erro amostral de cinco pontos percentuais, efeito do 1,5 vez para conglomerado em um estágio, acréscimo de 30% para recusas e 20% para perdas e confundimento, determinando amostra mínima de 818 sujeitos.

Considerando todos os maiores de 18 anos nos quilombos elegíveis, as associações de moradores informaram a presença de 1025 residentes durante o período das coletas. Todos foram convidados, sendo informados sobre os aspectos do estudo, garantindo igual probabilidade de participação.

Compareceram voluntariamente às atividades e aceitaram participar por meio da assinatura ou fornecimento da impressão digital no TCLE individual 850 quilombolas, compondo a amostra final. Não compareceram às atividades 17,07% dos convidados, caracterizando as recusas. As coletas foram realizadas em sistema de mutirão, durante dias estabelecidos pelas associações de moradores (maioria nos finais de semana).

O desenho amostral consistiu em duas etapas: sorteio dos quilombos (conglomerado) e, em seguida, coleta censitária, desse modo, para determinação dos quilombos participantes foram realizados sorteios aleatório simples pela lista de comunidades certificadas, até que fosse atingida, pelo menos, a quantidade mínima de indivíduos. Por meio das respectivas associações de moradores, 14 unidades sorteadas permitiram visitas para a realização da pesquisa, três recusaram participação.

Diante das recusas em participar outra comunidade era sorteada até que ocorresse autorização para as visitas via termo de concessão assinado pelo representante legal da associação de moradores.

3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de elegibilidade partiram da inclusão de pessoas ≥ 18 anos de ambos os sexos e aptos a responder o instrumento de coleta de dados e excluíram-se crianças e adultos com distúrbios neurológicos ou com outra comorbidade que inviabilizasse a entrevista.

A recusa foi constituída pela não participação do sujeito que, mesmo diante dos esclarecimentos relativos à pesquisa e convite para apresentar-se nos dias em que as atividades de coleta foram desenvolvidas em sua comunidade, optaram por não comparecer em nenhum dos encontros.

3.4.1 Equipe de Coleta

Para coleta de dados gerais foi composta equipe com 15 coletistas, considerando a seguinte configuração: um antropometrista treinado e experiente, uma pessoa com habilitação para coleta sanguínea por punção venosa e 13 coletistas capacitados para aplicação de questionário padronizado e mensuração da pressão arterial.

A equipe passou por treinamento específico para padronização da aplicação do instrumento estruturado para presente investigação. Nesse sentido, inicialmente foi realizada, na presença dos coletistas, leitura analítica e explicativa do instrumento pelo coordenador. Em seguida ocorreram simulações da coleta.

No segundo momento ocorreu reunião com a equipe de coleta e participação de pesquisadores mais experientes em cada dimensão do instrumento, para reforçar a padronização dos métodos, verificando a atuação da equipe e polindo os procedimentos.

3.5 INSTRUMENTO E TÉCNICAS DE PESQUISA

A pesquisa mãe intitulada “Perfil Epidemiológico dos Quilombolas Baianos” utilizou dois questionários. O primeiro questionário foi semiestruturado elaborado pelos coordenadores da pesquisa e utilizado para avaliar existência de infraestrutura de Saúde e cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), nesse sentido, foram feitos os seguintes questionamentos a algum membro de Associação em cada quilombo:

- 1) Existe alguma unidade de saúde/infraestrutura de saúde na comunidade?
- 2) Essa unidade está funcionando?
- 3) Existe Agente Comunitário de Saúde (ACS) no território?
- 4) O ACS mora aqui na comunidade?

Quanto ao segundo este consistiu em questões de saúde já validadas para aplicação em adulto brasileiro (PNS, 2013) e testado em comunidades quilombolas (BEZERRA et al., 2014). De modo geral o instrumento agrupou as variáveis nas seguintes dimensões: aspectos demográficos; aspectos socioeconômicos; Indicadores de saúde; Questões relativas ao estilo

de vida; medidas Antropométricas; Pressão Arterial e Glicemia Sanguínea. Nessa perspectiva, para avaliar o acesso e a utilização de serviços de saúde pelos indivíduos quilombolas foram consideradas as seguintes variáveis do referido instrumento:

✓ Aspectos Sociodemográficos

- **Sexo:** variável categórica obtida por autorreferência, dicotomizada (masculino e feminino);

- **Idade:** foi aceita a informação dos anos completos, utilizada de maneira quantitativa e categorizada em grupo etário (adulto e idoso);

- **Raça/cor da pele:** investigações em comunidades quilombolas apresentam pessoas autodescritas com raça/cor da pele diferente que os pretos e pardos (SOARES; BARRETO, 2014). Então, essa variável categórica foi determinada pela autorreferência. A análise utilizou a variável categorizada (negros para aqueles que se declaram como pretos e pardos e outros para aqueles que declararam como ameríndio, indígena e branco).

- **Situação conjugal:** solicitado que o participante refira sua situação conjugal dentre as seguintes possibilidades: solteiro, casado, separado, divorciado, viúvo e outra situação, utilizada de maneira dicotômica (com ou sem companheiro).

- **Questões educacionais:** foi verificada a quantidade de anos de estudo, posteriormente categorizada não ter completado o ensino fundamental (< 5 anos/até 4ª série) e ter completado (> 5 anos).

- **Questões profissionais:** foi verificada à situação profissional do sujeito (trabalhando, desempregado(a), atividades domésticas, aposentado, aposentado(a)/trabalhando, outra situação), que foi categorizada em não ter trabalho remunerado ou ter trabalho remunerado.

- **Situação econômica:** foi verificada a renda familiar, que foi categorizada em maior que um salário mínimo (>R\$880,00) e menor que um salário (< R\$880,00).

✓ Indicadores das Condições de Saúde

- **Autopercepção de saúde:** o estado de saúde foi apurado pela autodeterminação em cinco categorias (muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim), analisada como politômica.

- **Procura por serviços de Saúde:** (baixa complexidade, média complexidade e alta complexidade) analisado em serviços da atenção primária e de emergência.

- **Período da última consulta Médica:** investigado no período dos últimos 12 meses e categorizado por período (de 1 a < de 2 anos; de 2 a < de 3 anos; 3 anos ou > e Nunca foi ao médico).

- **Cadastro na UBS:** A variável foi utilizada como dicotômica (sim ou Não).

-Tempo de Cadastramento: Verificado nos períodos (<de 2 meses; 2 a 6 meses; 6 meses a menos de um ano ou \geq um ano).

- Ocorrência de visita de profissional de saúde (ACS, Agente de Combate a Endemias (ACE) e outros). A variável foi utilizada como dicotômica (sim ou Não).

Frequência de visita de profissional de saúde (ACS, ACE e outros) no domicílio: verificado a ocorrência de visita de ACS e Agente de Combate a Endemias (ACE) em período: mensalmente; a cada 2 meses; 2 a 4 meses; 1 vez ao ano ou nunca recebeu visita.

-Atendimento de Emergência no domicílio: A existência do atendimento foi verificado a partir de opção dicotômica (Sim ou não).

-Atendimento pelo SUS: Essa variável foi utilizada como dicotômica (Sim ou Não).

-Medicamentos receitados no serviço: Essa variável foi verificada a partir de opção dicotômica (Sim ou não).

-Medicamentos adquiridos em serviço público Essa variável foi analisada a partir das seguintes opções: sim todos; sim alguns; não nenhum.

- Existência de Plano de Saúde: Essa variável foi analisada considerando também os planos Funerários como plano de saúde. As respostas foram em categorias dicotômicas (sim ou Não).

-Morbidades autorreferidas: foram levantadas pela autorreferência de diagnóstico médico quanto à presença de hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitos, Artrite/Artrose, doença do coração, doença do pulmão, problema na coluna e DORT. Nesta situação as variáveis foram utilizadas como dicotômicas (sim ou não). O diagnóstico por autorreferência é declarado pelo paciente a partir de uma confirmação médica em consultas anteriores e este tem sido utilizado em várias pesquisas, como por exemplo, estudos quilombolas (BEZERRA et al., 2014; SILVA et al., 2016).

-Grau de limitação das doenças autorreferidas: o grau de limitação foi apurado pela autodeterminação em cinco categorias (não limita; um pouco; moderadamente; intensamente; muito intensamente).

3.6 DESCRIÇÃO DA ANÁLISE DE DADOS

Na tabulação e análise dos dados foi utilizado o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0 e adotado análise descritiva de todas as variáveis categóricas e contínuas das características sociodemográficas, acesso e uso dos serviços de saúde de maneira ampla e posteriormente para aqueles que possuíam diagnóstico

autorreferido de Hipertensão. A regressão de Poisson foi adotada para testar as associações e para analisar os indicadores de cobertura dos serviços de saúde, conforme detalhado a seguir.

3.6.1. Plano de análise Objetivo 1

A variável desfecho foi acesso e utilização dos serviços de saúde, desse modo na análise descritiva foram consideradas as seguintes variáveis: percentuais de pessoas que afirmaram domicílios cadastrados em unidade de saúde da família; tempo de cadastro do domicílio, percentuais de pessoas que afirmaram a frequência que o domicílio recebeu visita de ACS ou algum membro da USF; percentuais de pessoas que afirmaram a frequência que o domicílio recebeu visita do ACE; percentuais de pessoas que tiveram medicações prescritas e obtidas em serviços públicos de saúde (sendo considerado como público serviços ofertados pelo SUS).

No que tange à condição da saúde acesso e uso do serviço, considerou: percentuais de pessoas que avaliaram a saúde positiva, negativa, regular e ruim; percentuais de pessoas que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses, percentuais de pessoas que procuraram por serviços de saúde nas duas últimas semanas; percentual de atendimento de emergência no domicílio; percentuais de consultas em serviço público e privado (também considerou como público serviços ofertados pelo SUS); percentuais de pessoas beneficiadas por plano de saúde.

A análise de associação consistiu na regressão de Poisson entre as variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e as variáveis: avaliação de saúde, período de realização da última consulta médica e procura por algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde nas últimas duas semanas.

3.6.2. Plano de análise Objetivo 2

Para esse manuscrito foi investigado a utilização dos serviços de saúde pelos quilombolas com hipertensão e a escolha dessa doença dentre todas as demais autorreferidas se deu por conta da HAS ter se apresentado como uma das patologias com maior ocorrência na população negra e quilombola a qual dispõe de um serviço para acompanhamento e tratamento nas unidades básicas de saúde, assim possibilitando a investigação detalhada da oferta e uso desse serviço pelos sujeitos em questão.

Assim, para averiguar essa utilização do serviço pelos quilombolas com o diagnóstico de HAS foi calculado a prevalência da doença segundo sexo e grupo etário e também calculado a

média da idade e renda familiar. Quanto a descrição das variáveis sobre uso do serviço para acompanhamento da HAS considerou:

Percentuais de pessoas que mensuram a pressão pela última vez (categorizado em: <6 meses; 6 meses-<1ano; 1 ano-<2 anos; 2-anos-<3 anos; >3 anos e nunca); percentuais de pessoas com diagnóstico médico autorreferido para HAS (a autorreferência da hipertensão pelos quilombolas se deu ao responderem “sim” à pergunta “algum médico disse que senhor (a) tem hipertensão (pressão alta)?” (categorias dicotômicas sim ou não);

Foram verificados também percentuais de pessoas que realizaram consultas regulares nos serviço de saúde por causa da HAS (categorizado em sim; quando tem algum problema; nunca); percentuais de pessoas que usaram medicamentos nas duas últimas semanas por causa da HAS (categorias dicotômicas sim ou não); percentuais de pessoas que obtiveram medicamentos para HAS em serviço público de saúde (categorizado em: todos; alguns; nenhum); última vez que recebeu assistência médica por causa da HAS (categorizado em: <6 meses; 6 meses-<1ano; 1 ano-<2 anos; 2-anos-<3 anos; >3 anos e nunca); percentuais de pessoas que tiveram atendimento feito pelo SUS (categorias dicotômicas sim ou não).

Quanto ao uso do serviço de média complexidade considerou o percentual de Internação por causa da HAS ou de alguma complicação (categorias dicotômicas sim ou não); grau de limitação nas atividades habituais devido a HAS ou alguma complicação da hipertensão (categorizado em: não; pouco; moderada; intensa; muito);

Sobre as orientações recebidas durante a consulta de HAS analisou as recomendações quanto à alimentação saudável; manter o peso adequado; ingerir menos sal; praticar atividade física regular; não beber e nem fumar em excesso e fazer o acompanhamento regular da HAS (respostas em categorias dicotômicas sim ou não).

3.7 ÉTICA NA PESQUISA

O projeto -Perfil Epidemiológico dos Quilombolas Baianos-, que constituiu pesquisa de base populacional foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres Humanos da Universidade do Estado Bahia sob parecer nº 1.386.019. Desse modo, durante todo o estudo foram respeitadas as orientações normativas da Resolução número 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (MS). Mesmo após autorização das suas respectivas associações de moradores autorizarem visita da comunidade para desenvolvimento das atividades relativas à coleta de dados, foi apresentado a cada indivíduo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), anteriormente à sua participação.

O termo tinha esclarecimentos dos riscos e benefícios da pesquisa assim embasando o participante a consentir ou até mesmo se negar de maneira parcial ou total a participar de alguma parte da coleta. Após as coletas cada participante recebeu um formulário com os resultados da sua investigação individual. Ressalta-se que as informações individuais não foram e não serão divulgadas, para assegurar a confidencialidade do participante, sua privacidade e proteção de imagem. Além disso, nenhuma informação será utilizada em prejuízo das pessoas, conforme garantia apresentada no TCLE disponibilizado em cópias para o pesquisador e para o participante com igual teor.

4- RESULTADOS

Com o intuito de apresentar os resultados da pesquisa conforme proposto pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia foram construídos dois manuscritos. O primeiro intitulado **Acesso e utilização dos serviços de saúde pelos quilombolas rurais** foi elaborado para responder o objetivo 01- verificar como se dá o acesso e a utilização dos serviços de saúde dos quilombolas rurais dos municípios da microrregião de Guanambi/BA-.

O segundo manuscrito intitulado **Utilização dos serviços de saúde pelos quilombolas com hipertensão** foi construído para responder o objetivo 02- analisar a utilização dos serviços de saúde pelos hipertensos de comunidades quilombolas rurais dos municípios da microrregião de Guanambi/BA. Os manuscritos constam formatados segundo as normas gerais de publicação dos periódicos selecionados para a submissão.

4.1. MANUSCRITO 1

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS QUILOMBOLAS RURAIS

O manuscrito 01 será submetido à **Revista Saúde em Debate** e foi elaborado conforme as instruções para autores desse periódico, disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/about/submissions#authorGuidelines>

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS QUILOMBOLAS RURAIS

ACCESS AND USE OF HEALTH SERVICES BY RURAL QUILOMBOLAS

Rosilene das Neves Pereira¹
 Ricardo Franklin de Freitas Mussi²
 Roseanne Montargil Rocha³

Resumo

O presente estudo teve como objetivo verificar como se dá o acesso e a utilização dos serviços de saúde dos quilombolas rurais de municípios da microrregião de Guanambi, Bahia. Trata-se de um levantamento de base populacional com participação de 850 sujeitos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com dados obtidos por questionários. A regressão de Poisson foi adotada para testar as associações e para analisar os indicadores de cobertura dos serviços de saúde. Foi evidenciado que nenhuma comunidade tinha infraestrutura de serviço de saúde em funcionamento e três não tinham cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Dentre os entrevistados, 82,0% indicaram cadastro domiciliar na Unidade Básica de Saúde, 65,0% citaram visitas mensais dos ACS e 66,0% comunicaram nunca ter recebido visita dos agentes de endemia. Informaram consulta médica nos últimos 12 meses 70,9% dos quilombolas, associada ($p < 0,05$) ao sexo feminino. Nas duas últimas semanas 16,5% indicaram ter recebido atendimento em serviço de saúde, 77,9% destes em serviços públicos. O acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos quilombolas da microrregião de Guanambi, Bahia ocorre de maneira desigual devido às barreiras estruturais quanto a restrita disponibilidade de recursos humanos e infraestrutura local.

Palavras-chave: Inquérito Epidemiológico. População Negra. Acesso aos Serviços de Saúde.

Abstract

The present study had as objective to check how is the access and the use of health services of the rural quilombolas from municipalities of the Guanambi, Bahia, micro-region. This is a population-based survey with 850 subjects' participants over 18 years of age, both sex, with data obtained through questionnaires. Poisson regression was used to test the associations and to analyze health service coverage indicators. It was evidenced that any community had health care infrastructure in operation and three were not covered by the Community Health Agents Program (ACS). Among the interviewees, 82.0% indicated a household registration in the Basic Health Unit, 65.0% reported monthly visits from the ACS, and 66.0% reported never having visited by endemic agents. Were informed medical consultation in the last 12 months 70.9% of the quilombolas, associated ($p < 0.05$) to the female sex. In the last two weeks, 16.5% indicated having received care in the health service, 77.9% of them in public services. The access and use of health services by the quilombolas in Guanambi, Bahia, micro-region occurs unequal due to structural barriers as the limited availability of human resources and local infrastructure.

Keywords: Epidemiological Survey. Black Population. Access to Health Services.

¹Enfermeira Mestranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde com área de concentração em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/Departamento de Saúde II, Jequié, Bahia, Brasil. e-mail: rose.pereira1987@hotmail.com

² Doutor pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente da Universidade do Estado da Bahia /Departamento de Educação Campus XII Guanambi e Campus VI Caetitê, Bahia, Brasil. Docente do Programa de Pós –Graduação em Ensino, Linguagem e Sociedade- Departamento de Ciências Humanas da Universidade do Estado da Bahia- Campus VI. e-mail: rimussi@yahoo.com.br

³Doutora pela Universidade de São Paulo e docente da Universidade Estadual de Santa Cruz/Departamento de Saúde, Ilhéus, Brasil. Docente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde com área de concentração em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/Departamento de Saúde II, Jequié, Bahia, Brasil. e-mail: roseannemontargil@gmail.com

INTRODUÇÃO

O acesso indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde¹, também reflete a atuação do sistema de saúde na diminuição de obstáculos à obtenção destes serviços pela população². Portanto, é mais amplo do que a mera disponibilidade de recursos em determinado local e/ou momento^{3,4}.

Já o entendimento sobre utilização dos serviços concebe o núcleo do funcionamento dos sistemas de saúde, desse modo, o uso de serviços é uma expressão do acesso, mas não se explica apenas por ele⁴.

As diferentes características do sistema de saúde e das populações podem interferir na facilidade de acesso ao serviço, mas, para além da disponibilidade dos serviços e recursos, é fundamental que esses sejam utilizados por quem de fato necessita⁵.

Nesse sentido, parece importante investigar o acesso correlacionando-o à dimensão da equidade, compreendendo a íntima relação entre os dois, e suas implicações na garantia da oferta de ações e serviços de saúde adequados, e capazes de atender as necessidades e expectativas dos usuários⁶.

Sabe-se que a população negra adoece mais e morre mais cedo que os brancos⁷, ocupando piores posições e recebendo menores remunerações laborais, residindo em regiões com pouca ou nenhuma infraestrutura e serviços públicos. Além disso, sofrem maior mortalidade por causas evitáveis e apresentam piores indicadores de saúde^{8,9}. Neste sentido, tornam-se ações políticas antirracistas relevantes investigações que busquem preenchimento da lacuna referente às iniquidades em saúde conforme raça-cor.

No entanto, ainda são restritas pesquisas que possibilitem o reconhecimento das especificidades das comunidades quilombolas, que colaborem na construção e implementação de políticas públicas que auxiliem no enfrentamento das desigualdades raciais e redução da vulnerabilidade social dos quilombolas¹⁰ assim dificultando a compreensão da real condição de acesso/uso aos serviços de saúde por essa população.

Destarte, ficam evidenciados os impactos das violências estruturais, legado do processo de escravidão e das Leis brasileiras que coloca a população negra em condição de subalternidade na sociedade nacional e como consequências têm até hoje as exclusões sociais que são marcadas pelo preconceito, racismo e as exclusões econômicas que são evidenciadas pela menor escolaridade, pela pobreza e pela dificuldade no acesso a serviços e bens públicos¹¹.

Nessa perspectiva, considerando que os estudos não enfocam os temas acesso e equidade conjuntamente e numa perspectiva sistêmica⁶ é que o objetivo desse estudo consiste em verificar como se dá o acesso e a utilização dos serviços de saúde dos quilombolas rurais de municípios da microrregião de Guanambi, Bahia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta análise trata-se de um estudo qualiquantitativo que utilizou dados do estudo transversal de base populacional intitulado “Perfil Epidemiológico dos Quilombolas baianos”, autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado da Bahia (CEP/UNEB), sob o parecer nº 1.386.019/2016, desenvolvido entre fevereiro e novembro de 2016.

A microrregião geográfica de Guanambi/Bahia, composta por 18 municípios e área territorial de 22.668,688 km²¹², com 42 quilombos contemporâneos, 40 certificados até o ano de 2016¹³ distribuídos em 10 municípios, representou o campo empírico investigado. Diante da indisponibilidade de informações oficiais prévias relativas à quantidade de moradores dos quilombos desta microrregião baiana, a população foi estimada considerando 80 famílias por quilombo¹⁴, com dois adultos (>18 anos) por família, totalizando 6720 adultos.

O cálculo amostral adotou correção para população finita, prevalência para desfecho desconhecido (50%), confiança de 95%, erro amostral de cinco pontos percentuais, correção de 1,5 vezes para conglomerado em um estágio (quilombo), acréscimos de 30% para recusas e 20% para perdas e confundimento¹⁵, que determinou amostra mínima de 818 sujeitos.

O desenho amostral consistiu em duas etapas: sorteio dos quilombos (conglomerado) e, em seguida, coleta censitária. Inicialmente foi realizado sorteio aleatório dos quilombos, sendo que 14 unidades sorteadas permitiram, por meio das respectivas associações de moradores (órgãos locais que representam os interesses dos quilombolas), visitas para a realização da pesquisa.

Conforme informações das 14 associações de moradores, 1025 pessoas maiores de 18 anos residiam nestes quilombos no período da coleta (2016). Todos foram considerados elegíveis, sendo informados sobre os aspectos do estudo e convidados, garantindo igual probabilidade de participação.

Para obtenção das informações referente à existência de unidade de saúde bem como de membro da Equipe de Saúde da Família nos quilombos, realizou-se entrevista estruturada a

um integrante de cada Associação de Moradores das Comunidades Quilombolas, com perguntas relativas à presença de infraestrutura física e/ou serviços públicos de saúde e presença de Agente Comunitário de Saúde (ACS) localizados nas 14 respectivas áreas.

Quanto à investigação das condições de saúde da população foi realizado coletas em sistema de mutirão, durante os finais de semana e feriados. Dessa forma, 850 quilombolas compareceram as atividades e aceitaram participar voluntariamente, por meio da assinatura ou fornecimento da impressão digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido individual (TCLE), compondo a amostra final.

Verificou-se que 17,07% dos convidados não compareceram nas atividades, caracterizados como recusas. A coleta de dados sobre as condições de saúde foi realizada por meio de entrevistas, coleta sanguínea, verificações da pressão arterial e mensurações antropométricas. Estas atividades foram desenvolvidas por equipes compostas por profissionais e/ou acadêmicos da área de saúde conforme suas habilitações, após treinamento para sua respectiva função. Quanto aos participantes da pesquisa, aqueles com deficiência cognitiva ou de comunicação independente, foram excluídos por não compor os critérios de elegibilidade para esse estudo.

Na análise dos dados foram considerados os seguintes indicadores: questões sociodemográficas (sexo, idade, raça/cor situação conjugal, escolaridade e situação laboral). Sobre a raça/cor considerou no estudo como sendo negros os sujeitos que se declararam preto e pardo. Para os indicadores de acesso e uso de serviços de saúde analisou-se percentual de pessoas que afirmaram domicílios cadastrados em unidade de saúde da família; tempo de cadastro do domicílio, percentual de pessoas que afirmaram a frequência que o domicílio recebeu visita de ACS ou algum membro da Unidade de Saúde da Família (USF); percentual de pessoas que afirmaram a frequência que o domicílio recebeu visita do Agente de Combate a Endemia (ACE); percentual de pessoas que tiveram medicações prescritas e obtidas em serviços públicos de saúde (sendo considerado como público serviços ofertados pelo SUS).

No que tange à condição da saúde acesso e uso do serviço verificou-se percentuais de pessoas que avaliaram a saúde positiva, negativa, regular e ruim; percentuais de pessoas que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses, percentuais de pessoas que procuraram por serviços de saúde nas duas últimas semanas; percentuais de pessoas que realizaram atendimento de emergência no domicílio; percentuais de pessoas que realizaram consultas em serviço público e privado (considerou como público serviços ofertados pelo SUS); percentuais de pessoas beneficiadas por plano de saúde.

Na tabulação e análise dos dados foi utilizado o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0 e adotado análise descritiva de todas as variáveis categóricas e contínuas das características sociodemográficas, acesso e uso dos serviços de saúde. A análise de associação consistiu na regressão de Poisson entre as variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e as variáveis: avaliação de saúde, período de realização da última consulta médica e procura por algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde nas últimas duas semanas.

RESULTADOS

Quanto ao acesso comunitário, apenas um quilombo informou a presença de infraestrutura destinada à prestação de atendimentos em saúde. No entanto, o estabelecimento se encontrava fechado, com estruturas inapropriadas, com ausência de recursos humanos e de equipamentos no momento do estudo.

Sobre a presença do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), quatro associações citaram ACS residentes na própria comunidade. Outras sete comunidades indicaram ACS prestando serviços, mas, não residentes no território e três comunidades informaram estarem descobertas quanto a este programa. No que tange ao perfil sociodemográfico dos quilombolas, verificou-se predomínio do sexo feminino 61,4%, raça/cor negra 86,5%, com conjúgue 76,7%, indivíduos adultos 80,6%, com escolaridade até a 4ª série 58,5% e desenvolvendo trabalho remunerado 53,5%.

Com relação ao uso e acesso, a tabela 1 mostra que 82,0% dos quilombolas informaram cadastro de sua residência na USF. Dentre os que citaram cadastro, 88,3% informaram tê-lo a mais de um ano, entre os que não souberam informar verificou um percentual de 13,1%. Quanto às visitas domiciliares realizadas pelo ACS, 65% afirmaram tê-la recebido mensalmente, enquanto para o serviço de controle de endemias, 66% declararam nunca ter recebido visita desse profissional.

Tabela 01- Acesso e utilização dos serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS) por quilombolas, Bahia, Brasil, 2016 (n=850)

| Variável | % (n) |
|--|-------------|
| O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família? (n=824) | |
| Sim | 82,0% (676) |
| Não | 4,9% (40) |
| NS | 13,1% (108) |
| Quando o seu domicílio foi cadastrado? (n=664) | |
| <2meses | 1,7% (11) |

| | |
|--|-------------|
| 2-6meses | 3,2% (21) |
| 6meses-<1ano | 4,8% (32) |
| >1ano | 88,3% (586) |
| NS | 2,1% (14) |
| Frequência de visita no domicílio de algum Agente Comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família nos últimos 12 meses (n=678) | |
| Mensal | 65,0% (441) |
| 2meses | 14,3% (97) |
| 2-4x ano | 10,5% (71) |
| 1x ano | 6,3% (43) |
| Nunca | 3,5% (24) |
| NS | 0,3% (2) |
| Nos últimos 12 meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum Agente de Endemia ou algum membro da Equipe de Saúde da Família? (n=822) | |
| Mensal | 6,2% (51) |
| 2meses | 3,5% (29) |
| 2-4 meses | 6,1% (50) |
| 1x ano | 17,5% (144) |
| Nunca | 66,6% (548) |
| NS | 0,1% (1) |

Fonte: Dados da Pesquisa

Sobre o uso de medicações encontrou que 68,5% dos quilombolas tiveram prescrição de algum fármaco no último atendimento e dos remédios que foram prescritos 83,1% dos quilombolas conseguiram adquirir todos, 11,9% conseguiram alguns e 5,0% nenhum. Quanto ao local de aquisição apenas 22,3% conseguiram obter todos os medicamentos em serviço público (Tabela 02).

Tabela 02- Utilização de medicações por quilombolas, Bahia, Brasil, 2016

| Variável | %(n) |
|---|-------------|
| No último atendimento do(a) Sr.(a), foi receitado algum medicamento? (n=820) | |
| Sim | 68,5% (562) |
| Não | 31,5% (258) |
| O(a) Sr.(a) conseguiu obter os medicamentos receitados? (n=562) | |
| Todos | 83,1% (467) |
| Alguns | 11,9% (67) |
| Nenhum | 5,0% (28) |
| Algum dos medicamentos foi obtido em serviço público de saúde? (n=548) | |
| Sim todos | 22,3% (122) |
| Sim Alguns | 24,8% (136) |
| Não Nenhum | 52,9% (290) |

Fonte: Dados da Pesquisa

No que refere à avaliação da saúde, 48,8%(41) dos quilombolas tiveram autopercepção positiva, 41,6% (344) tiveram como regular e 9,5% (79) negativa. Quanto à análise do uso individual do serviço de saúde, constatou que 70,9% dos quilombolas afirmaram ter realizado alguma consulta médica nos últimos 12 meses, e na tabela 3 é possível verificar que essa iniciativa foi significativamente mais frequente entre as mulheres

($p < 0,001$), sendo essas 33% menos provável ficar mais de um ano sem realizar consulta médica.

Tabela 03- Análise de associação do uso de serviços de saúde pelos quilombolas segundo realização de consultas médicas, sexo e grupo etário, Bahia-Brasil, 2016

| Quando o(a) Sr.(a) consultou um médico pela última vez?(n =824) | | | | RP(IC 95%) | P-valor* |
|--|--------------|---------------------|------------------|----------------------|-----------------|
| Variáveis | % (n) | <12 meses | >1 ano | | |
| Sexo | | | | | |
| Feminino | 65,2% (381) | | 51,3% (123) | 0,667 (0,541: 0,824) | <0,001 |
| Masculino | 34,8% (203) | | 48,8% (117) | 1 | |
| Grupo etário | | | | | |
| Jovem/adulto | 81,0% (473) | | 81,7% (192) | 1,032 (0,783:1,361) | 0,823 |
| Idoso | 19,0% (111) | | 18,3% (44) | 1 | |

* P-valor $\leq 0,005$

Fonte: Dados da Pesquisa

A Tabela 4 apresenta que 16,5% dos quilombolas utilizaram serviços de saúde nas duas últimas semanas, destes, 77,9% indicaram atendimento público. Com relação ao atendimento de emergência no domicílio 5,4% relataram ter recebido esse serviço, dos quais, 88,4% referiram ter sido pelo SUS. No que tange ao plano de saúde particular, de empresa ou órgão público foi verificado que 79,0% não possuíam esta modalidade de atendimento. Para estas análises não ocorreram associações estatisticamente significantes com sexo e grupo etário (resultados não apresentados).

Tabela 04- Percentual de adultos quilombolas que buscaram atendimento em serviços de saúde, Bahia- Brasil, 2016

| Variável | % (n) |
|--|--------------|
| Nas 2 últimas semanas, o(a) Sr.(a) procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde? (n=824) | |
| Sim | 16,5% (136) |
| Não | 83,5% (688) |
| Este serviço de saúde onde o(a) Sr.(a) foi atendido(a) era: (n=136) | |
| Público | 77,9% (106) |
| Privado | 22,1% (30) |
| Nos último 12 meses o(a) Sr.(a) teve algum atendimento de emergência no domicílio? (n=810) | |
| Sim | 5,4% (44) |
| Não | 96,6% (766) |
| Este atendimento foi feito através do SUS?(n=43) | |
| Sim | 88,4% (38) |
| Não | 11,6% (5) |
| O(a) Sr.(a) tem algum plano de saúde, particular, de empresa ou órgão público? | |
| Sim | 21,0% (173) |
| Não | 79,0% (650) |

Fonte: Dados da Pesquisa

DISCUSSÃO

Foi identificada importante restrição de acesso aos serviços de saúde nos quilombos, pois, nenhuma comunidade dispunha de unidade de saúde em funcionamento, sendo a única estrutura encontrada totalmente desinstalada e inadequada para uso. A maioria dos quilombos possuía ACS, característica positiva, no entanto, três comunidades não tinham cobertura deste programa e entre aquelas que possuíam ACS, sete profissionais não residiam na área em que prestavam atendimento.

É importante que seja entendido a permanência de determinações históricas quanto a falta de atenção pública e vulnerabilização da população negra. Neste sentido, assim como na presente investigação, estudo com comunidades quilombolas de Goiás indicou que apesar de presente, os serviços de saúde permaneciam frequentemente fechados devido à rotatividade de profissionais e limitada infraestruturas¹⁶, denunciando a precarização da assistência. Desse modo, torna-se fundamental reconhecer a necessidade de melhoria da prestação de serviços de saúde para essa população¹⁷ o que vai além da garantia de infraestrutura como evidenciou o estudo de Santos e Silva.

A Portaria nº 4.279 do Ministério da Saúde (MS) determina que o acesso seja analisado através da disponibilidade, ou seja, obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família¹⁸, porém em função de mecanismos de gestão frágeis e a continuidade das desigualdades sociais do país, ainda se observa disparidades na cobertura, no acesso e na oferta de cuidado mesmo diante da implantação e ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹⁹.

Nesse contexto, o quadro comunitário identificado demonstra a permanência das dificuldades no acesso e acessibilidade dos quilombolas diante da ausência de estabelecimento local e custos relativos a deslocamentos (para outros povoados, distritos e/ou municípios) para atendimento de saúde. No mesmo sentido, Cavalcante e Silva indicaram que a distância dos centros urbanos, a falta de serviços que proporcionem acesso por via terrestre e fluvial bem como os custos com transporte, alimentação, medicamentos, estadia, entre outros, ampliam as barreiras no acesso e na acessibilidade dos quilombolas²⁰.

Diante desses apontamentos, considera-se que as realidades apresentadas contribuem consideravelmente para o viés de procura pelo serviço mediante as necessidades emergenciais e/ou para tratamento de doenças, diminuindo a busca baseada em prevenção como preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica²¹. Nesse aspecto, entender as barreiras

do acesso e da acessibilidade ajuda a desconstruir afirmações de “pouco uso” do serviço de saúde pelos quilombolas ou repensar a questão da “subutilização” apontada na literatura¹⁷, pois, ao constatar que o serviço é ofertado em localidade de difícil acesso e não nos territórios quilombolas, parece contraditório ou insuficiente a indicação da “subutilização”.

O acesso aos serviços de saúde é influenciado pela condição social, econômica e pelo local onde as pessoas residem o que permite aos gestores adequar a assistência à saúde a determinada população bem como estudar melhor o cenário e reorientar a forma de atendimento²². Nesse contexto, torna-se *mister* a necessidade do estado investir na implantação de unidades e equipes de saúde da família, especialmente naqueles locais com maior dificuldade de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde como é o caso dos territórios quilombolas que na maioria das vezes não dispõe nem mesmo da cobertura do PACS.

No que tange a presença do PACS nas comunidades, verificou que quatro quilombos tinham ACS residentes em seus territórios, algo considerado importante, pois, a presença destes profissionais amplia a comunicação entre os usuários e os serviços de saúde em busca da resolutividade das demandas individuais e comunitárias.

Nesse sentido, Silva e Dalmaso, reforçam a importância de evidenciar o papel do ACS na atenção básica, entre os próprios agentes, os demais integrantes da equipe e a comunidade, para assim evitar distorções em relação às atribuições desses profissionais que ocupa o lugar de destaque na perspectiva da educação em saúde devido conhecer e vivenciar as demandas apresentadas pelos moradores de suas respectivas áreas²³.

Assim, ter identificado que sete quilombos não contavam com ACS local alertou para duas situações importantes, a primeira foi sobre as fragilidades do trabalho desenvolvido por esses profissionais nas comunidades que atuam sem vivenciar a realidade da população e a segunda para o descumprimento do que é preconizado pelo MS através da Lei 13.595/18. Essa lei veta ao agente de saúde residir longe da comunidade que atua e na ocorrência de mudança do domicílio, este poderá ser remanejado, na forma de regulamento, para equipe atuante na área onde está localizada a casa adquirida²⁴, dessa forma, a lei recentemente reformulada torna utilitária a função do ACS e sem brechas para a inobservância do que é recomendado, assim não justificando a realidade encontrada nos territórios quilombolas.

O estudo, além de constatar atuação de ACS fora do território, verificou existência de três quilombos totalmente descobertos pelo PACS o que também foge do preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica, pois, ela assegura que a cobertura dos ACS deve ser de 100,0% em áreas rurais, vulneráveis e de alto risco²⁴ como é o caso dos quilombos.

Nesse aspecto, não ter ACS em todas as comunidades e ou tê-lo como residente em outro local revela uma situação que vai além do descumprimento da legislação, ou seja, mostra uma verdadeira iniquidade de saúde e/ou do direito à saúde entre as comunidades e ao mesmo tempo evidencia as fragilidades da Atenção Básica (AB) e da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que não consegue acompanhar esse usuário e muito menos mapear e encaminhar as suas necessidades de saúde, por falta inclusive de um profissional para essa interlocução.

Sobre isso, Starfield, ressalta que o acesso relaciona a aspectos como acolhimento, sequência do tratamento no sistema, responsabilização com a população adscrita, tanto em relação aos serviços que lhes são ofertados, como na atuação no território²⁵. Essa concepção reforça que o acesso e uso dos serviços de saúde vão além de conseguir uma vaga para marcar um exame ou realização de uma consulta médica, é preciso acolher e acompanhar o usuário dentro da rede. No entanto, alguns serviços do SUS não dispõem nem mesmo de garantias básicas das necessidades do usuário quilombola.

Destarte, é preciso reconhecer que mesmo com todo o arcabouço institucional e do aparato jurídico-legal do SUS criado para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, ainda existem muitas barreiras que interferem na concretização do acesso universal à saúde no Brasil²⁶ e quando se trata de áreas quilombolas rurais essas barreiras ampliam-se ainda mais, pois, os problemas dessa população permanecem invisíveis para a sociedade, gestores e até em sistemas que oferecem dados para acompanhar os indicadores de saúde e embasar estudos como é o exemplo, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que não dispõe de um campo para preenchimento de informações referentes aos quilombolas.

Nesse sentido, conhecimentos como as características sociodemográficas dessa população emergem de investigações acadêmicas, o que torna possível delinear o perfil dos mesmos em grupo etário adulto, com baixo nível de escolarização, baixo nível socioeconômico e com precárias condições de acesso ao saneamento básico^{16,17,27-30} concordando com os resultados encontrados.

Ampliando a discussão para a questão do acesso aos serviços de saúde através do cadastro domiciliar em USF, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) entrevistou um membro por família para saber o percentual de moradias cadastradas e constatou uma proporção de 53,4% (IC95%: 52,1-54,6), domicílios com cadastros em unidade de saúde da família no Brasil, sendo maioria observada na área rural (70,9%). Notou ainda que as regiões Norte e Centro-Oeste foram as que apresentaram a menor proporção de domicílios cadastrados há um

ano ou mais e que nunca receberam a visita de um ACS ou membro da equipe de saúde da família (10,8%)³¹.

Estudos internacionais e nacionais tem avaliado as disparidades urbano-rural na utilização de cuidados de saúde e os resultados mostraram que o acesso à assistência médica permanece desigual e que há uma menor utilização de serviços de saúde pelas pessoas que moram em área rural ^{17, 20,32-35}.Desse modo, o fato do maior percentual dos domicílios rurais estarem cadastrados nas USF não permite afirmar que exista maior uso e acesso aos serviços de saúde.

Foi verificado que 82,0% indivíduos afirmaram ter domicílios cadastrados nas USF, e desses 88,3% indicaram que já possuíam o cadastro a mais de um ano. Quanto à visita dos ACS ou membro da equipe de saúde da família, 65,0% dos adultos afirmaram frequência mensal e 3,5% informaram nunca ter recebido. E sobre as visitas dos agentes de endemias quase 70% mencionaram nunca ter recebido visita desse profissional corroborando com o estudo da PNS desenvolvido por Malta et al., (2016)³¹.

Os dados apresentados são importantes para entender que existe um maior percentual de domicílios cadastrados, no entanto, é preciso atentar àqueles percentuais de entrevistados que não emitiram essa informação, como por exemplo, os 13,1% que não responderam se sua casa possuía cadastro na USF, os 3,5% que nunca receberam uma visita dos ACS e os 66% que nunca tiveram visita do agente de endemia em seus domicílios. Todas essas porcentagens podem representar um grupo dos quilombolas que desconhecem o acompanhamento desses profissionais em suas áreas como também pode ser um percentual de indivíduos que possuem suas demandas de saúde invisibilizadas.

Nessa perspectiva, ressalta-se que o conhecimento sobre como os ACS desenvolvem as práticas educativas em saúde nas comunidades quilombolas se traduz em uma preocupação com as condições de saúde dessa população³⁶. Essa percepção da autora reafirma a importância de preparar esses profissionais para atuação em áreas vulneráveis como os quilombos e reforça a necessidade de observar como tem ocorrido a aproximação desses profissionais com os moradores desses territórios. A esse respeito Silva e Dalmaso, alertam que é preciso um olhar diferenciado sobre a formação dos ACS, uma vez que esses profissionais são os primeiros contatos da comunidade com o SUS²³, logo, a frequência dos ACS e ACE bem como o desconhecimento sobre a inexistência de cadastros dos domicílios, pode revelar o distanciamento desse profissional junto à comunidade.

Sobre os quilombolas que buscaram atendimento de saúde e tiveram medicações prescritas, a PNS, apontou que 82,5% dos entrevistados conseguiram obter todos os

medicamentos receitados, sendo 1/3 destes pelo SUS³⁷. Essa informação foi similar com o encontrado no estudo, pois, 68,5% dos que procuraram atendimento relacionado a própria saúde tiveram medicações receitados e destes 83,1 % conseguiram obter todas, 11,9% adquiriram algumas e 5,0% não obtiveram nenhuma. Sobre o local de aquisição dessas medicações foi evidenciado que 22,3% conseguiram todas no serviço público (SUS), 24,8% conseguiram algumas e 52,9% não obtiveram nenhuma. Dessa forma o resultado aponta que a aquisição desses fármacos através do SUS ainda não corresponde à demanda da população.

No tocante à avaliação de saúde o estudo apontou que 48,8 % dos quilombolas avaliaram a saúde de maneira positiva, sendo que desse total 4,7% referiram saúde “Muito Boa” e 44,1% afirmaram saúde “Boa”. Quanto àqueles que avaliaram a saúde como regular verificou um total de 41,6% dos quilombolas e a avaliação negativa foi referida por 9,5% dos entrevistados, sendo que desse percentual 8,8% informaram saúde “Ruim” e 0,7% “Muito Ruim”.

O resultado apresentado aproximou do mesmo encontrado no estudo de Oliveira et al., (2015), pois, eles também evidenciaram em 5,4% (41) quilombolas Auto Percepção de Saúde (APS) “muito boa” e em 48,5% (367) APS “Boa”, em 33,6% (254) regular e em 12,4% (94) “Ruim”. Nota que se for realizado a junção dos percentuais de quem avaliou a saúde regular e ruim, ocorrerá o predomínio de APS negativa e reconhecer a saúde como ruim mostrou-se associado ao maior grau de instrução/escolaridade bem como possuir faixa etária jovem²⁸.

Sobre avaliação de saúde e fatores associados, Kochergin et al., (2014), realizaram uma análise multivariável através da regressão logística ordinal ajustada por sexo e idade e observou prevalência de autoavaliação negativa de saúde de 12,5% nos quilombolas estudados, sendo as variáveis associadas à autoavaliação de saúde: cor, escolaridade, consumo satisfatório de frutas e verduras, presença de doença crônica, limitações físicas, apoio social e realizar pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses³⁸.

Com relação a quando consultou o médico pela última vez, as análises mostraram que 70,9% dos quilombolas afirmaram ter realizado alguma consulta médica nos últimos 12 meses e que seja 33% menos provável as mulheres ficarem mais de um ano sem realizar consulta, pois, ter ido ao médico nos últimos 12 meses esteve fortemente associado ao sexo feminino ($p < 0,001$) (Tabela 03).

Estudos nacionais e internacionais mostraram que as mulheres utilizam mais o serviço de saúde que os homens³⁸⁻⁴² e isso advém de questões culturais principalmente por tê-la como

a provedora do cuidado⁴³. Desse modo, mesmo nos cenários menos favoráveis à procura por cuidados de saúde, as mulheres continuam utilizando mais os serviços que os homens.

Ainda sobre consultas realizadas e último atendimento de saúde, um estudo observou que 19,4% dos entrevistados afirmaram ter procurado um profissional/serviço público de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista (2 últimas semanas), e entre esses, 75,6% foram na Atenção Primária à Saúde, a maior procura foi por parte do sexo feminino e os sem plano de saúde³⁹ corroborando com os resultados encontrados, pois, 16,5% dos quilombolas afirmaram ter usado serviços de saúde nas duas últimas semanas anterior a entrevista e desse total, 77,9 % foram em serviços públicos.

Quanto ao atendimento de emergência no domicílio nos últimos 12 meses, verificou que 5,4% dos quilombolas tiveram acesso a esse tipo de serviço, sendo que 88,4 % destes foram realizados pelo SUS. Nota-se que esse tipo de atendimento é pouco utilizado pelos quilombolas em seus domicílios justamente pela morosidade/ dificuldade do serviço chegar até seus territórios e devido os mesmos procurarem outras formas de atendimento que supra suas demandas emergenciais, pois, segundo Siqueira et al.,(2015), os atendimentos de emergência em comunidades quilombolas se iniciam no subsistema informal e o acesso ao subsistema formal se caracteriza como uma peregrinação pelos serviços de saúde, desse modo apontando a necessidade do desenvolvimento de estratégias que garantam o acesso integral e facilitado aos serviços do subsistema profissional pelos quilombolas⁴⁴.

Sobre a existência de Plano de Saúde foi constatado que 79,0% dos entrevistados não possuíam nenhum plano de saúde, mesmo considerando qualquer modalidade de plano, como por exemplo, Plano Funerário, o que mostra, o quanto essa população é dependente dos serviços públicos de saúde.

Existe uma proporção maior de indivíduos que utiliza o sistema público de saúde no meio rural em comparação ao urbano e a maior proporção de pessoa na área urbana procura atendimento à saúde para exames de rotina ou de prevenção, enquanto que no meio rural o principal motivo é doença³². Diante dessa ponderação fica evidente que os quilombolas estão inseridos nesse grupo que mais utiliza o sistema público, pois aqueles que afirmaram ter plano de saúde se tratava de plano que possivelmente não cobre suas demandas de saúde e doença, como é o exemplo do plano funerário.

Através da PNS foi possível afirmar que ocorreu uma ampliação da procura pelos serviços de saúde em todas as regiões do país^{45,46}, embora, esse aumento tenha ocorrido de maneira desproporcional em vários estados, o fato é que o SUS com todas suas limitações advindas do subfinanciamento ainda consegue atender muitas demandas principalmente da

população que não dispõe de planos de saúde, como foi observado no resultado do presente estudo, entretanto torna-se importante pontuar que a compreensão de que a população em sua maioria utiliza o SUS é algo que está posto, logo, não priorizar a saúde pública trata-se de uma quescencia dos gestores.

Ademais, é importante ressaltar que mesmo a presente pesquisa verificando um alto percentual (82,0%) de indivíduos com domicílios cadastrados nas USF, e frequência importante de visitas mensais dos ACS (65%), não é possível afirmar que esses valores expressaram maior cobertura da AB e nem maior facilidade para o acesso e uso dos serviços na USF, pois, há persistência de fragilidades no acesso e utilização do serviço.

Um estudo desenvolvido na região do cerrado no nordeste do Estado de Goiás com quilombolas Kalunga também evidenciou persistência de fragilidades voltadas para as questões sociais e de saúde, bem como para a dificuldade de promoção dos processos inclusivos de universalidade e equidade em saúde⁴⁷.

Verificou ainda que devido a pesquisa ter sido realizada com banco de dados não foi possível desenvolver uma análise sobre a percepção e relação entre profissionais de saúde e usuários. Outra limitação foi devido ao formato de coleta em sistema de mutirão que não favoreceu estimar o número de domicílios cadastrados nas USF, mas sim o percentual de pessoas que sabiam ou não da existência desse cadastro. Desse modo considera que possa ter ocorrido entrevistas com mais de um membro familiar assim aumentando as porcentagens de pessoas informantes do cadastro, o mesmo ocorreu na investigação sobre a frequência de visita domiciliares dos ACS e ACE.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos quilombolas dos municípios da microrregião de Guanambi/BA ocorre de maneira bastante desigual, pois nem todas possuem a presença dos ACS em suas áreas e nenhuma comunidade possuía o serviço de saúde local, desse modo tendo que se deslocar para lugares distantes em busca de atendimento. As iniquidades no acesso e no uso dos serviços de saúde constatado nessas comunidades mostrou que deve ser prioridade dos gestores investir na estrutura e na organização dos serviços ofertados para essa população, pois, mesmo com a expansão da ESF e com os benefícios oportunizados a partir dessa iniciativa, nota-se enorme ausência desses serviços de saúde nos territórios quilombolas.

O estudo apresentou uma visão ampla da situação do acesso e uso dos serviços da população quilombola e através de uma análise pautada na disponibilidade do serviço (estrutura física, recursos humanos, entre outros) foi possível fazer um contraponto do uso e acesso com questões de iniquidades, algo pouco explorado nos inquéritos de saúde e nas pesquisas nacionais que avaliam uso e acesso aos serviços.

REFERENCIAS

1. Donabedian, A. An introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford Academic[*internet*] 2003Ago 01[*acesso* 2017 ago 20];15(4) 357–358. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/15/4/357/1793013>
2. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. Cad. Saúde Pública. [*internet*]. 2007 out [acesso em 2017 Ago];23 (10):2490-2502. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/23.pdf>
3. Fekete MC. Estudo da Acessibilidade na Avaliação dos Serviços de Saúde. Texto de Apoio da Unidade I. Projeto GERUS, 1996. Disponível em <[HTTP://www.opas.org.br/Rh/publicações/textos_apoio/pub06](http://www.opas.org.br/Rh/publicações/textos_apoio/pub06)
4. Travassos, C, Martins, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública [*internet*].2004 [acesso 2017 Ago 30];20 (Sup2):S190-S198. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>
5. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. Health Services Research, v. 9, p. 208-20, 1974.
6. Barros FPC, Lopes JS, Mendonça, AVM, Sousa, MF. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. Saúde Debate [*internet*].2016 Jul-Set[acesso 2018 jan13] ;40 (110):264-271. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0264.pdf>
7. Batista LE, et al. Mortalidade da população negra adulta no Brasil. In: Fundação Nacional de Saúde (Funasa): Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Funasa; 2005. p. 237-314.
8. Araújo EM, et al. Diferenciais de Raça/Cor da Pele em Anos Potenciais de Vida Perdidos por Causas Externas. Rev. Saúde Pública [*internet*].2009 Jan[acesso 2018 nov15];43(3):405-412. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240177003>
9. Araújo E M. et al. Desigualdades em Saúde e raça/Cor da Pele: revisão da literatura do Brasil e dos Estados Unidos [1996-2005]. Saúde Coletiva [*internet*].2010 Jul.[acesso 2018 nov15];40 (40):116-121. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/842/84215105005/>

10. Kochergin CN, Proietti FA, César CC. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. *Cad saúde pública* [Internet]. 2014 July [acesso 2017 set 20]; 30(7): 1487-1501. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1487.pdf>.
11. Theophilo RL, Rattner D, Pereira EL. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção pré-natal e parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Cien.Saude.Colet.* [internet] .2018 Mar[acesso 2018 abr.09];23(11):3505-3516 Disponível em<: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3505.pdf>
12. Mussi, RFF, Petroski, EL. Prevalência de síndrome metabólica e fatores associados em adultos quilombolas baianos. [Tese]. [Florianópolis]: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, 2017. 175 p.
13. Brasil. Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares. Quadro das Comunidades Remanescentes de Quilombo Certificadas Pela Fundação Palmares. [internet]2017 out[acesso abr.19]. Disponível em:< <http://www.palmares.gov.br>
14. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR). Comunidades Quilombolas Brasileiras - Regularização Fundiária e Políticas Públicas. Brasília, 2010.
15. Luiz RR, Magnanini MMF. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. *Cad Saúde Colet.*[internet]. 2000[acesso 2018 out03]; 8(2):9-28. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2000_2/artigos/csc_v8n2_09-28.pdf
16. Santos RC, Silva MS. Living conditions and therapeutic paths in a quilombola community in Goiás, Brazil. *Saude soc.* [internet]2014[acesso 2018 nov 03];23(3):1049-1063.Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-1049.pdf>
17. Gomes KO, Reis EA, Guimarães MDC, et al. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2013[acesso 2017 ago.20];29(9)1829-1842. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a22v29n9.pdf>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, 30 de dez 2010.
19. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saude Debate*[internet]. 2014[acesso 2018 out 13]; 38(n. esp.):13-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>
20. Cavalcante IMS, Silva HP. Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em três quilombos na Amazônia paraense: um olhar antropológico [dissertação] [mestrado]

Belém Pará: Universidade Federal do Pará; 2011.p141.[acesso em 2018 out.14].

Disponível em:

<https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/3404/4/72535783394047023823771350046598603864.pdf>

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 36 p.(Série E. Legislação em Saúde) Diário Oficial da União, 2015.
22. Tonhá ACM, Souza Junior PRB, Bezerra ALQ, et al. Acesso aos serviços de saúde nos municípios do entorno sul do Distrito Federal. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia [internet].2015 Jun.[acesso 2018 set.28];17,(2) 238-46.Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/29422>
23. Silva JA, Dalmaso ASW. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Ed. Fiocruz; Rio de Janeiro, 2007.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 13.595. Atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde de 5 de Janeiro de 2018. Brasília, 5 de janeiro de 2018; 197º da Independência e 130º da República. Diário Oficial da União. 5 Jan. 2018.
25. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
26. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. Physis Revista de Saúde Coletiva [internet].2015[acesso 2018 agos.25];25 (2): 635-656. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00635.pdf>
27. Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes, KO, et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. Ciência & Saúde Coletiva [internet].2014[acesso 2017 abr. 20];19(6):1835-1847. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n6/1413-8123-csc-19-06-01835.pdf>
28. Oliveira SKM, Pereira MM, Guimarães, ALS, et al. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil Ciência & Saúde Coletiva[internet].2015[acesso 2018 Jan. 30]; 20(9):2879-2890. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2879.pdf>
29. Freitas IA, Rodrigues ILA, Silva IFS et al. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. Rev Cuid.[internet]. 2018[acesso 2018 nov 22]; 9(2): 2187-200. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.521>
30. Cardoso CS, Melo LO, Freitas DA. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. Ver enferm UFPE online [internet].2018 Abr. 01[acesso 2018 Dez.20];

- 12(4):1037-45. Disponível em:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110258/28665>
31. Malta DC, Santos MAS, Stopa, SR et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2016[acesso 2018 set. 02]; 21(2):327-338. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf>
 32. Kassouf AL. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Rev. Econ. Sociol. Rural* [internet]. 2005[acesso 2018 Jan. 24]; 43(1)29-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/resr/v43n1/25834.pdf>
 33. Cavalcanti RP, Gaspar GS, Goes, PSA. Utilização e acesso aos serviços de saúde bucal do SUS- uma comparação entre populações rurais e urbanas. *Pesqui. Bras. Odonto pediatria clín..integr* [internet]. 2012 Jan/Mar;12(1);121-26. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuário/Downloads/1128-4466-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuário/Downloads/1128-4466-1-PB%20(1).pdf)
 34. Prosenewicz I, Lippi, UG. Acesso aos serviços de saúde, condições de saúde e exposição aos fatores de risco: percepção dos pescadores ribeirinhos do Rio Machado de Ji-Paraná, RO. *Saude soc.* [internet]. 2012[acesso 2018 fev.13];21 (1)219-231. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n1/21.pdf>
 35. Li J, Shi L, Liang H et al. Urban-rural disparities in health care utilization among Chinese adults from 1993 to 2011 *BMC Health Serv Res.* [internet]. 2018 Fev.9]; 18 (1)102. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29426313>
 36. Couto SEM, Vargas D, Pereira CF, et al.. Agentes comunitários de saúde em comunidades quilombolas: desvelando sua percepção sobre seu papel de educador. *Rev enferm UFPE on line* [internet]. 2017 nov[acesso 2018 nov. 20]; 11(Supl. 11)4709-15. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231213/25223>
 37. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, et al., Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Saude Publica* [internet]. 2017[acesso 2018 Mai 20];51 (Supl 1)3s. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-
 38. Figueiredo WS, Schraiber LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet*[internet]. 2011[acesso 2018 out. 20]; 16(Supl. 1)935-944. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a25v16s1.pdf>
 39. Dias OV, Araújo FF, Oliveira RM, et al. Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [internet] 2016 [acesso 2018 Dez 02];11(38)1-13. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1185>
 40. Levorato CD, Mello LM, Silva, AS, at al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc. saúde coletiva* [internet].

- 2014 jan/abr[acesso 2018 Jan 13];19 (4) 1263-1274. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01263.pdf>
41. Macintyre S, Ford G & Hund K 1999. Do women "over-report" morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science and Medicine* [internet]1999 Jan [acesso 2018 nov 13]; 48(1)89-98. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10048840>
 42. Bird CE & Rieker PP 1999. Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's. *Social Science and Medicine* [internet] 1999 Mar [acesso 2018 Dez. 23];48 (6)745-755. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10190637>
 43. Guedes OS, Daros, MA. Cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. *Serv. Soc. Rev.*[internet]2009 Jul/Dez [acesso 2018 nov15];12(1) 122-134. Disponível em:
<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/viewFile/10053/8779>
 44. Siqueira, Samylla Maira Costa, Jesus, Viviane Silva de, Camargo, Climene Laura. Itinerário Terapêutico Em Situações De Urgência E Emergência Pediátrica Em Uma Comunidade Quilombola. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet].2016[acesso 2018 Dez 10];21(1)179-189. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/en_1413-8123-csc-21-01-0179.pdf
 45. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido, JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet] 2018[acesso 2018 Dez 01];23(6)1751-1762. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1751.pdf>
 46. Viacava Francisco, Bellido Jaime G. Health, access to services and sources of payment, according to household surveys. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2016[acesso 2018 jan. 13]; 21(2)351-370. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/en_1413-8123-csc-21-02-0351.pdf
 47. Vieira ABD, Monteiro PS. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção Quilombola. *Saúde em Debate*[internet]2013 out/dez[acesso 2018 fev. 20]; 37 (99) 610-618. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a08v37n99.pdf>

4.2. MANUSCRITO 02

UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR ADULTOS QUILOMBOLAS COM HIPERTENSÃO

O manuscrito será submetido à **Revista Saúde e Sociedade** e foi elaborado conforme as instruções para autores desse periódico, disponível em:
<http://www.scielo.br/revistas/sausoc/pinstruc.htm>

UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS QUILOMBOLAS COM HIPERTENSÃO

ACCESS AND USE OF HEALTH SERVICES BY RURAL QUILOMBOLAS COMMUNITIES WITH HYPERTENSION

Rosilene das Neves Pereira¹
 Ricardo Franklin de Freitas Mussi²
 Roseanne Montargil Rocha³

Resumo

Objetivo: Analisar a utilização dos serviços de saúde pelos hipertensos de comunidades quilombolas rurais de municípios da microrregião de Guanambi/BA. **Procedimentos Metodológicos:** estudo analítico descritivo que utilizou questionário validado para pesquisa de uso e acesso aos serviços de saúde com pessoas residentes em quilombos. A população foi composta por quilombolas maiores de 18 anos de ambos os sexos com diagnóstico médico autorreferido de hipertensão. **Resultado:** O percentual de 72,7% dos quilombolas informou ter aferido a pressão arterial (PA) em menos de 6 meses. Sobre o diagnóstico médico autorreferido, 231(28,0%) confirmou possuir hipertensão sendo a prevalência de 56,1% em idosos e 32,8% em mulheres. A idade média do diagnóstico foi de 55,3 anos \pm 14,7 anos e a renda média familiar foi de 807,63 \pm 603,23. Quanto o uso regular do serviço para realização das consultas de hipertensão, apenas 55,5% dos hipertensos indicaram ter efetuado e sobre a aquisição das medicações, somente 49,7% adquiriram todas em serviços públicos de saúde. Existe uma descontinuidade da assistência ou do uso dos serviços, desse modo, sendo importante elucidar que os quilombolas não subutilizam o serviço e sim se adequam às barreiras do acesso e acessibilidade mediante a busca por um atendimento que não existe em seu território.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde. Inquérito Epidemiológico. População Negra. Hipertensão

Abstract

Objective: To analyze the use of health services by hypertensive from rural quilombola communities in Guanambi/Bahia micro-region. **Methodological procedures:** descriptive analytical study that used a validated questionnaire to investigate the use and access to health services with people living in quilombos. The population was composed of quilombolas of both sex with self-reported medical diagnosis of hypertension. **Result:** The percentage of 72.7% of quilombolas reported having measured blood pressure (BP) in less than 6 months. Regarding the self-reported medical diagnosis, 231 (28.0%) confirmed having hypertension, with prevalence being 56.1% in the elderly and 32.8% in women. The mean age of the diagnosis was 55.3 years +14.7 years and the average family income was 807.63 + 603.23. Regarding the regular use of the service to perform the consultations to hypertension, only 55.5% of the hypertensive patients indicated that they had performed and about the acquisition of medications, only 49.7% acquired all of them in public health services. There is a discontinuity of assistance or use of services, thus, it is important to elucidate that quilombolas do not underutilize the service, but rather they adapt to the barriers of access and accessibility by searching for a service that does not exist in their territory.

Descriptors: Access to Health Services. Epidemiological Survey. Black Population. Hypertension

¹Enfermeira Mestranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem em Saúde com área de concentração em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/Departamento de Saúde II, Jequié, Bahia, Brasil. e-mail: rose.pereira1987@hotmail.com

² Doutor pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente da Universidade do Estado da Bahia /Departamento de Educação Campus XII Guanambi e Campus VI Caetitê, Bahia, Brasil. Docente do Programa de Pós –Graduação em Ensino, Linguagem e Sociedade- Departamento de Ciências Humanas da Universidade do Estado da Bahia- Campus VI. e-mail: rimussi@yahoo.com.br

³Doutora pela Universidade de São Paulo e docente da Universidade Estadual de Santa Cruz/Departamento de Saúde, Ilhéus, Brasil. Docente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde com área de concentração em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/Departamento de Saúde II, Jequié, Bahia, Brasil. e-mail: roseannemontargil@gmail.com

INTRODUÇÃO

A utilização dos serviços de saúde pode ser descrita como os fatores relacionados à necessidade de saúde da população referente à morbidade, gravidade e urgência da doença, ou ainda aspectos organizacionais que incluem recursos disponíveis e características da oferta como disponibilidade de profissionais de saúde, unidades de atendimento entre outras características que interagem com questões demográficas, geográficas, socioeconômicas, culturais, psíquicas, entre outras (TRAVASSOS et al., 2004).

Nessa perspectiva, existem vários fatores que podem dificultar o processo de acesso e utilização dos serviços de saúde e no contexto das pessoas residentes em comunidades quilombolas rurais as barreiras podem ser de ‘acessibilidades econômicas, organizacionais e culturais que se interpõem entre a oferta de serviços e o atendimento efetivo e oportuno das necessidades dessas populações’ (TRAD et al., 2012).

Partindo desse pressuposto, reconhece-se a relevância em realizar estudos que analise a perspectiva da utilização dos serviços de saúde pela população quilombola com hipertensão, pois algumas pesquisas tem evidenciado um elevado índice de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em indivíduos quilombolas rurais (BEZERRA et al., 2013; BEZERRA et al., 2015; MELO; SILVA, 2015; SILVA et al., 2016; BELFORT et al., 2017).

Aproximadamente 21% das pessoas com 20 anos ou mais relataram diagnóstico de HAS no ano de 2008 no país (MOREIRA et al., 2013) e conforme dados da PNS a prevalência de HAS autorreferida foi de 21,4%, superior no sexo feminino (24,2%) em relação ao masculino (18,3%). A menor prevalência foi observada na faixa etária de 18 a 29 anos (2,8%), enquanto a maior foi encontrada entre indivíduos com 75 e mais anos de idade (55,0%), (ANDRADE et al., (2013), sendo esse um dado preocupante, pois, a HAS é o principal fator de risco para as doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares e também a principal causa de óbito prevenível no mundo, responsável por 13% das mortes (WHO, 2011).

No Brasil a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel, 2011), é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). Os estudos ainda estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, verifica-se a necessidade de um amplo acesso aos serviços de saúde para prevenção, diagnóstico precoce e orientações para o manejo adequado da doença (BEZERRA et al., 2013). Assim, julga-se pertinente analisar a utilização dos serviços de saúde pelos hipertensos de comunidades quilombolas rurais de municípios da microrregião de Guanambi/BA.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta análise trata-se de um estudo que utiliza dados do estudo transversal de base populacional intitulado “Perfil Epidemiológico dos Quilombolas baianos”, autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado da Bahia (CEP/UNEB), sob o parecer nº 1.386.019/2016 desenvolvido entre fevereiro e novembro de 2016.

A microrregião geográfica de Guanambi/Bahia é composta por 18 municípios e possui área territorial de 22.668,688 km² (MUSSI; PETROSKI, 2017), com 42 quilombos contemporâneos, 40 certificados até o ano de 2016 (BRASIL, 2016) distribuídos em 10 municípios, representou o campo empírico investigado. Diante da indisponibilidade de informações oficiais prévias relativas à quantidade de moradores dos quilombos desta microrregião baiana, a população foi estimada considerando 80 famílias por quilombo (SEPPPIR, 2010), com dois adultos (>18 anos) por família, totalizando 6720 adultos.

O cálculo amostral adotou correção para população finita, prevalência para desfecho desconhecido (50%), confiança de 95%, erro amostral de cinco pontos percentuais, correção de 1,5 vezes para conglomerado em um estágio (quilombo), acréscimos de 30% para recusas e 20% para perdas e confundimento, que determinou amostra mínima de 818 sujeitos.

O desenho amostral consistiu em duas etapas: sorteio dos quilombos (conglomerado) e, em seguida, coleta censitária. Inicialmente foi realizado sorteio aleatório dos quilombos, sendo que 14 unidades sorteadas permitiram, por meio das respectivas associações de moradores (órgãos locais que representam os interesses dos quilombolas), visitas para a realização da pesquisa.

Conforme informações das 14 associações de moradores, 1025 pessoas maiores de 18 anos residiam nestes quilombos no período da coleta. Todos foram considerados elegíveis, sendo convidados e informados sobre os aspectos do estudo, garantindo igual probabilidade de participação.

Para obtenção das informações referente à existência de unidade de saúde bem como de membro da Equipe de Saúde da Família nos quilombos, realizou-se entrevista estruturada a um integrante de cada Associação de Moradores das Comunidades Quilombolas, com perguntas relativas à presença de infraestrutura física e/ou serviços públicos de saúde e presença de Agente Comunitário de Saúde (ACS) localizados nas 14 respectivas áreas.

Quanto à investigação das condições de saúde da população foi realizado coletas em sistema de mutirão, durante os finais de semana e feriados. Dessa forma, 850 quilombolas compareceram as atividades e aceitaram participar voluntariamente, por meio da assinatura ou fornecimento da impressão digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido individual, compondo a amostra final.

Verificou-se que 17,07% dos convidados não compareceram nas atividades, caracterizados como recusas. A coleta de dados sobre as condições de saúde foi realizada por meio de entrevistas, coleta sanguínea, verificações da pressão arterial e mensurações antropométricas. Estas atividades foram desenvolvidas por equipes compostas por profissionais e/ou acadêmicos da área de saúde conforme suas habilitações, após treinamento para sua respectiva função. Quanto aos participantes da pesquisa, aqueles com deficiência cognitiva ou de comunicação independente, foram excluídos por não compor os critérios de elegibilidade para esse estudo.

Inicialmente para análise considerou-se o percentual de pessoas que mensuram a pressão pela última vez (categorizado em: <6 meses; 6 meses-<1ano; 1 ano-<2 anos; 2-anos-<3 anos; >3 anos e nunca);

- Percentual de pessoas com diagnóstico médico autorreferido para HAS (categorias dicotômicas sim ou não);

Para análise das variáveis sociodemográficas analisou-se sexo (masculino e feminino); grupo etário (adulto e idoso); raça/cor (negro e outros); escolaridade (< de 5 anos e > 5 anos) e renda Familiar (R\$<880,00 e >880,00). Quanto a prevalência, esta foi calculada segundo sexo e grupo etário e a média foi calculada para idade e renda familiar.

Com relação a descrição das variáveis sobre uso do serviço para acompanhamento da HAS considerou:

-Percentuais de pessoas que realizaram consultas regulares nos serviço de saúde por causa da HAS (categorizado em: sim; quando tem algum problema; nunca);

-Percentuais de pessoas que usaram medicamentos nas duas últimas semanas por causa da HAS (categorias dicotômicas sim ou não);

- Percentuais de pessoas que obtiveram medicamentos para HAS em serviço público de saúde (categorizado em: todos; alguns; nenhum);
- Percentuais de pessoas que realizaram pela última vez que recebeu assistência médica por causa da HAS (categorizado em: <6 meses; 6 meses-<1ano; 1 ano-<2 anos; 2-anos-<3 anos; >3 anos e nunca);
- Percentuais de pessoas que realizaram que tiveram atendimento pelo SUS (categorias dicotômicas sim ou não);
- Percentuais de pessoas que realizaram internação por causa da HAS ou de alguma complicação (categorias dicotômicas sim ou não);
- Percentuais de pessoas que realizaram com grau de limitação nas atividades habituais devido a HAS ou alguma complicação da hipertensão (não; pouco; moderada; intensa; muito);
- Recomendações recebidas de algum médico ou outro profissional de saúde quanto a alimentação saudável; manter o peso adequado; ingerir menos sal; praticar atividade física regular; não beber em excesso e fazer o acompanhamento regular da HAS (respostas em categorias dicotômicas sim ou não).

RESULTADOS

Foi identificado que 72,7% (600) dos quilombolas haviam aferido a pressão arterial (PA) em menos de 6 meses e dentre os entrevistados, 29,2% (231) confirmaram possuir o diagnóstico médico autorreferido de HAS (tabela 01).

Dos 28,0% (231) indivíduos que possuíam hipertensão 63,9% eram adultos, 68,9% do sexo feminino; 85,0% negros; 80,5% com escolarização até a 4ª série, e 73,6% tinham renda familiar de até R\$ 880,00(salário mínimo no período). A prevalência da doença foi de 56,1% em idosos, 32,8% em mulheres e a média de idade para o diagnóstico foi de $55,32 \pm 14,73$ anos e a renda foi de $807,63 \pm 603,23$ reais.

Verificou que dos adultos com hipertensão, 55,5% (127) realizaram consultas regulares, 77,2% (176) utilizaram medicações nas duas últimas semanas, sendo 49,7% (92) destas todas adquiridas em serviços públicos de saúde. Quanto a última vez que recebeu assistência médica por causa da HAS verificou que 59,7% (135) dos hipertensos efetuaram consultas em menos seis meses, 9,7% (22) em tempo maior que 3 anos e 8,4%(19) informaram nunca ter realizado. Sobre o local de atendimento 91,4% (192) dos entrevistados afirmaram ter sido atendido em serviço público. No que tange às complicações por causa da

HAS, verificou que 29,2% (66) referiram internação e 38,3% (86) informaram limitações nas atividades habituais com grau variando entre pouco, moderado, intenso e muito intenso (Tabela 01).

Tabela 1- Utilização dos serviços de Saúde pelos quilombolas com diagnóstico médico auto referido para Hipertensão, Bahia, Brasil, 2016

| Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) teve sua pressão arterial medida? (n=825) | % (n) |
|---|--------------|
| <6meses | 72,7% (600) |
| 6meses-<1ano | 13,3% (110) |
| 1ano-<2 anos | 5,7% (47) |
| 2-<3anos | 3,1% (26) |
| >3anos | 3,2% (27) |
| Nunca | 1,8% (15) |
| Alguém médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)? (n=826) | |
| Sim | 28,0% (231) |
| Gravidez | 1,2% (10) |
| Não | 70,8% (585) |
| Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) recebeu assistência médica por causa da hipertensão arterial? (n=226) | |
| <6meses | 59,7% (135) |
| 6meses-<1ano | 8,8% (20) |
| 1ano-<2 anos | 8,8% (20) |
| 2-<3anos | 4,4% (10) |
| >3anos | 9,7% (22) |
| Nunca | 8,4% (19) |
| Esse atendimento foi feito pelo SUS? (n=210) | |
| Sim | 91,4% (192) |
| Não | 8,6% (18) |
| O (a) Sr.(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão arterial (pressão alta)? (n=229) | |
| Sim | 55,5% (127) |
| Quando tem algum problema | 36,2% (83) |
| Nunca | 8,3% (19) |
| Nas duas últimas semanas, o(a) Sr.(a) tomou medicamentos por causa da hipertensão (pressão alta)? (n=228) | |
| Sim | 77,2% (176) |
| Não | 22,8% (52) |
| Alguém dos medicamentos para hipertensão arterial foi obtido em serviço público de saúde? (n=185) | |
| Todos | 49,7% (92) |
| Alguns | 25,9% (48) |
| Nenhum | 24,3% (45) |
| Alguma vez o(a) Sr.(a) se internou por causa da hipertensão ou de alguma complicação? (n=226) | |
| Sim | 29,2% (66) |
| Não | 70,8% (160) |
| Em geral, em que grau a hipertensão ou alguma complicação da hipertensão limita as suas atividades habituais?(n=225) | |
| Não | 61,8% (139) |
| Pouco | 22,7% (51) |
| Moderada | 5,8% (13) |
| Intensa | 7,1% (16) |
| Muito | 2,7% (6) |

Fonte: Dados da Pesquisa

Quanto às recomendações dos profissionais de saúde, 78,0% (174) dos hipertensos informaram ter recebido alguma orientação sobre a importância de manter a alimentação saudável, 61,4% (137) afirmaram ter recebido orientação para manter o peso adequado, 81,2% (181) para ingerir menos sal, 59,2% (132) para praticar alguma atividade física regularmente, 55,6%(124) receberam orientação quanto a não ingestão de bebidas alcoólicas em excesso e 69,5% (155) para realizar acompanhamento da hipertensão de maneira regular (tabela 02).

Tabela 2- Recomendações dos profissionais de saúde para os adultos quilombolas durante as consultas de HAS, Bahia, Brasil, 2016

| Orientação recebida de algum médico ou outro profissional de saúde para manter uma alimentação saudável ?(n=223) | %(n) |
|---|-------------|
| Sim | 78,0%(174) |
| Não | 22,0% (49) |
| Orientação recebida de algum médico ou outro profissional de saúde para manter o peso adequado? (n=223) | |
| Sim | 61,4% (137) |
| Não | 38,6% (86) |
| Orientação recebida de algum médico ou outro profissional de saúde para ingerir menos sal ?(n=223) | |
| Sim | 81,2% (181) |
| Não | 18,8%(42) |
| Orientação recebida de algum médico ou outro profissional de saúde para praticar atividade física regular ?(n=223) | |
| Sim | 59,2% (132) |
| Não | 40,8% (91) |
| Orientação recebida de algum médico ou outro profissional de saúde para não beber em excesso?(n=223) | |
| Sim | 55,6% (124) |
| Não | 44,4% (99) |
| Orientação recebida de algum médico ou outro profissional de saúde para fazer o acompanhamento regular da HAS ?(n=223) | |
| Sim | 69,5% (155) |
| Não | 30,5% (68) |

Fonte: Dados da Pesquisa

DISCUSSÃO

O estudo revelou que dos 825 entrevistados, 72,7% informaram ter aferido a pressão pela última vez em período menor que 6 meses e 29,2% indicaram ter diagnóstico médico de HAS. Pondera-se que o quantitativo de pessoas que relataram possuir diagnóstico médico de hipertensão não pode ser considerado como o real percentual de pessoas hipertensas no cenário estudado, uma vez que as barreiras interpostas no acesso aos serviços contribuem imensamente para o subdiagnóstico da doença.

Sobre a subestimação do número de pessoas com diagnóstico de HAS, Bezerra e colaboradores (2015), afirmam que em seu estudo quase metade dos quilombolas hipertensos desconheciam o diagnóstico da doença e eles ainda destacam que o fato do indivíduo saber que possui hipertensão não se constituiu por si só como garantia para o controle da PA, apesar de ser considerado um passo primordial.

As desigualdades sociais, geralmente vivenciadas por populações afrodescendentes em relação a outras populações têm justificado as dificuldades de acesso ao diagnóstico e tratamento da HAS bem como contribuído para sua alta prevalência (KURIAN, CARDARELLI, 2007). Através dessa concepção é possível afirmar que a enorme discrepância entre as oportunidades dadas às populações na perspectiva do acesso a alguns serviços e bens, impacta diretamente nas formas de cuidado com a saúde, e na promoção e prevenção da saúde, pois, as comunidades quilombolas são de fato carentes de serviços como unidades de saúde da família, academia ao ar livre, grupos de atividades físicas, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), entre outros.

A adequação da infraestrutura e do funcionamento do serviço de saúde local, bem como a realização de campanhas de promoção da saúde, pode contribuir para a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da hipertensão e outros agravos (SILVA et al., 2016). Entretanto, torna-se pertinente pontuar que a oferta do serviço e implementação de infraestrutura não são suficientes o bastante para garantir que os quilombolas tenha acesso a uma assistência de qualidade devido questões socioculturais e as relações profissional – paciente ainda permeada por inadequações, fruto do racismo institucional.

Esse racismo está imbricado inclusive na forma pensar e implementar políticas, pois se for pensar pela lógica estrutural, verifica-se que os estabelecimentos de saúde são construídos distantes dos quilombos e nessa conjuntura da organização pautada na urbanização é preciso refletir que não são as comunidades quilombolas que se localizam distantes das unidades de saúde e sim os estabelecimentos de saúde que são construídos sem se pensar em quem mais tem carência dos serviços públicos e isso por sua vez contribui consideravelmente para uma busca do serviço pautada nas situações emergenciais gerando uma descontinuidade da procura bem como da assistência e conseqüentemente do (des)acompanhamento da hipertensão.

A esse respeito autores afirmam que a não continuidade do cuidado ou tratamento da hipertensão, se deve a questões como localização geográfica e estritamente rurais (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007) porém, existem também as condições socioeconômicas desfavoráveis representadas pelos baixos níveis econômicos e de escolaridade que contribuem para o menor controle dos níveis pressóricos (BEZERRA et al., 2014) bem como as questões

culturais, ou seja, os estudos mostram que mesmo as questões geográficas se constituindo como importante barreira para o acesso e utilização do serviço, existem múltiplos fatores que podem potencializar a não adesão dos quilombolas ao tratamento adequado da HAS, como por exemplo, as características da população e dos profissionais.

Sobre o perfil dos hipertensos, o estudo identificou prevalência de 56,1% em idosos e 32,8% em mulheres e a idade média do diagnóstico foi de $55,3 \pm 14,7$ anos para os hipertensos e $40,60 \pm 15,51$ anos para não hipertensos. A renda média familiar foi de $807,63 \pm 603,23$ reais para hipertensos e não hipertensos $673,14 \pm 547,29$, corroborando com o encontrado em outras investigações com quilombolas (BEZERRA et al., 2014; BEZERRA, 2015; SILVA et al., 2016).

A prevalência de HAS entre as mulheres corroborou com a literatura (SILVA et al., 2016; FERREIRA, et al., 2006; LESSA et al., 2006). Esse resultado pode ser explicado devido as mulheres possuírem maior autocuidado e buscarem mais assistência médica do que os homens o que contribui para elas apresentarem maiores percentuais de reconhecimento da doença (NOGUEIRA et al., 2010).

O estudo de Silva e colaboradores (2016), verificou que a idade mostrou-se significativamente associada à hipertensão, com maior média de idade entre os hipertensos com $50,81 \pm 16,4$ anos contra $34,52 \pm 13,7$ anos entre os não hipertensos, convergindo com o mesmo resultado encontrado na presente investigação.

A idade contribui para a progressão da HAS devido as alterações fisiológicas em vasos como, por exemplo, aorta, o que pode justificar a maior prevalência de HAS encontrada em pessoas com mais idade (MIRANDA et al., 2002; SILVA et al., 2016).

A escolaridade e a renda per capita também demonstraram associação estatisticamente significativa com a HAS, com maiores prevalências entre os indivíduos de menor escolaridade e maior renda (BEZERRA et al., 2013; SILVA et al., 2016). A prevalência de HAS em quem possui maior renda foi um achado que divergiu na maioria dos estudos (FERREIRA et al., 2006; ROSÁRIO et al., 2009) o que pode ser justificado pelo extrato de renda, pois, o valor considerado como maior salário nas famílias quilombolas foi considerado como salário mínimo nas demais investigações (NOGUEIRA et al., 2010; SILVA, et al., 2016).

Quanto ao uso regular do serviço para realização das consultas de hipertensão, apenas 55,5% dos entrevistados afirmaram ter realizado consultas regulares e 59,7% indicaram ter efetuado consultas médicas em períodos menores que 6 meses. Esse achado chamou atenção para duas situações importantes, a primeira foi sobre o percentual de pessoas (44,5%) que

tinham o diagnóstico, mas se encontravam sem o atendimento satisfatório (regular) para a doença e a segunda situação refere ao entendimento do que seria considerado como consulta regular para a hipertensão, pois, normalmente evidencia-se uma procura pela consulta médica em menos de 6 meses pautada na troca de receita ou prescrição de medicamentos.

De acordo com Assis et al., (2012), o serviço de controle de hipertensão e diabetes aponta que a formalização de políticas governamentais, como o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, não tem refletido na melhoria dos indicadores de saúde na proporção almejada. Outros autores ainda ressaltam que é preciso pensar em iniciativas que melhore esse serviço e aponta como algumas alternativas o melhoramento do acompanhamento de usuários diagnosticados, a ampliação do acervo e da quantidade de medicamentos, a descentralização dos pontos de coleta de exames, sobretudo na zona rural, para facilitar o acesso a tais serviços bem como a intensificação do rastreamento de doentes (FILHA, et al., 2014).

De modo geral, verifica-se a necessidade de melhoria do serviço, pois, um estudo realizado em São Paulo mostrou um descontrole de diabetes e hipertensão com alto risco cardiovascular nos indivíduos pesquisados (GERAB et al., 2012) e outro estudo desenvolvido no Rio de Janeiro apontou que apenas 44,9% dos hipertensos apresentaram níveis de PA dentro da meta de níveis < 140/90 mmHg, assim, mostrando que há um longo caminho a ser percorrido e que o melhor investimento para melhoria deste parâmetro seria possivelmente a educação permanente dos médicos e demais profissionais envolvidos na assistência ao hipertenso (NOVELLO et al., 2017).

No cenário quilombola essa falta de controle da PA é persistente e autores afirmam ter observado maiores valores médios de PAS entre hipertensos quilombolas que conheciam o diagnóstico do que entre os hipertensos que desconheciam, revelando assim uma verdadeira descontinuidade do tratamento e descontrole dos níveis pressóricos por aqueles que possuem o diagnóstico. Nesse sentido, verifica-se que a HAS é destacada como um problema de saúde pública na população quilombola, descortinando grande vulnerabilidade em saúde devido aos níveis insatisfatórios de conhecimento, controle e tratamento da doença (BEZERRA et al., 2015).

Quanto o uso de medicamentos para HAS nas duas últimas semanas anterior a entrevista, 77,2% (176) dos hipertensos informaram ter usado medicações e 22,8% (52) indicaram que não ter feito uso. Sobre essa questão, um estudo realizado no Brasil mostrou que cerca de 17% dos indivíduos que referiram diagnóstico de HAS, não utilizavam medicamentos de uso contínuo e na análise univariada a frequência de indivíduos que não

utilizavam os remédios regularmente foi maior entre os homens, os com escolarização de 8 a 10 anos de estudo, os que referiram cor da pele/raça preta, pardos/indígenas, os que viviam nas regiões rurais e nas macrorregiões Centro-oeste, Nordeste e Norte do país (FERREIRA, et al., 2014).

Essa informação reforça o quanto as questões sociodemográficas contribuem para o uso irregular dos anti-hipertensivos pelos quilombolas e demais populações residentes em territórios rurais que sofrem com a indisponibilidade do serviço.

Nesse contexto da disponibilidade, foi investigado sobre a aquisição de medicamentos, e constatou que somente 49,7% (92) dos hipertensos afirmaram ter obtido todos os remédios para HAS em serviço público de saúde, sendo esse um achado preocupante, pois, menos da metade dos hipertensos conseguiram obter todos os medicamentos nos serviços públicos e outra parcela (50,2%) deixou de obter ou recorreu a serviços particulares para adquirir o restante das medicações ou se não todas. Isso por sua vez gera um problema/impasse para o usuário, pois, muitos deixarão de comprar o anti-hipertensivo prescrito por não possuir condições econômicas favoráveis para tal.

Mediante essa realidade a farmácia popular seria uma oportunidade para os quilombolas terem acesso a essas medicações, pois a mesma funcionava com o propósito de levar o benefício da aquisição de medicamentos e insumos essenciais a baixo custo ou gratuitamente a mais lugares e mais pessoas, principalmente aquelas de baixa renda, haja visto que a falta de recurso financeiro aparece como sendo a principal causa de não uso dos medicamentos necessários para o tratamento da hipertensão (GONTIJO, et al., 2012).

Nesse sentido, autores ressaltam que o custo do medicamento é importante para a adesão ao tratamento da HAS (MUNGER, et al., 2007) e a renda parece influenciar mais fortemente o acesso aos serviços do que a escolaridade (TRAVASSOS, et al., 2006). Desse modo, ter um serviço que disponibiliza todos os medicamentos e permite o acesso do usuário às consultas regulares, é extremamente importante.

Os usuários do SUS têm como fonte primária de medicamentos o próprio SUS, entretanto há uma participação relevante de outras fontes de obtenção, indicando problemas no acesso dentro do SUS. No Sul e Sudeste, a população busca menos a farmácia privada do que no Nordeste e Norte do país (MATTA, 2018).

Destarte, o SUS é apontado como um sistema fundamental para garantia do direito ao acesso universal e equânime à saúde, mas ainda é notável persistência de iniquidades nesse acesso, desse modo, políticas públicas de combate à desigualdade social e de saúde deve ser implementadas para garantir a equidade nas comunidades quilombolas que, por sua vez são

grupos vulneráveis` (SILVA et al., 2010; BARROSO et al., 2014; BEZERRA et al., 2014, KOCHERGIN et al., 2014) invisibilizados até hoje pelos gestores e sociedade em geral.

A garantia e ampliação do acesso e da efetividade dos serviços de saúde dependem da disponibilidade de recursos, e, considerando o papel exercido pelo SUS na atenção à saúde, torna-se salutar a busca por melhoria do financiamento da saúde pública (VIACAVA et al., 2018) para que a assistência seja contemplativa.

No que tange às complicações da HAS, evidenciou que 29,2% (66) dos quilombolas foram internados por causa da doença e 38, 2% referiram apresentar algum grau de limitação em suas atividades habituais, fato que alerta os profissionais para empreenderem em sua rotina de trabalho momentos de orientações sobre os agravos causados pela HAS, uma vez que nesse estágio de cronicidade a doença poderá incapacitar o indivíduo devido repercursões como AVC, IAM, Doença Renal Crônica entre outros complicações.

Segundo Pereira et al., (2018), a assistência prestada através do serviço de controle de hipertensão e diabetes não se resume em aferição da Pressão Arterial (PA), mensuração dos níveis glicêmicos e/ou distribuição de fármacos, mas também, é um serviço que vem auxiliar na prevenção e redução dos agravos associados à hipertensão e diabetes que por sua vez tem como principal complicação a doença renal crônica e outros agravos cardiovasculares. Nesse sentido, torna-se extremamente relevante ressaltar que o percentual de quilombolas internados por causa HAS impacta consideravelmente nos cofres públicos, além disso, esses hipertensos correm o risco de se tornarem grupos potenciais para incapacitação e/ou limitação nas atividades de vida diária.

A HAS traz limitações importantes às pessoas, dessa forma o seu controle bem como o uso contínuo de um ou mais tipos de medicamentos anti-hipertensivos e mudanças no estilo de vida é considerado o tratamento adequado da doença e, portanto, medida fundamental para a redução da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares (CHOBANIAN et al., 2003), mas no contexto do público estudado (população negra) é preciso considerar que as medicações existentes ainda não tem demonstrado um controle satisfatório da PA e que mais estudos precisam ser desenvolvidos para superar essa lacuna.

Assim, torna-se relevante pontuar sobre a importância do manejo não farmacológico. Este é considerado adequado quando o indivíduo realiza consultas médicas, exames complementares e recebe recomendações quanto às modificações no estilo de vida, como por exemplo, praticar atividade física, controlar o peso, ingerir menos sal, álcool, menor quantidade de alimentos gordurosos e parar de fumar (STURMER et al., 2006; SBH, 2010),

dessa maneira, o uso de medicamentos deve ser iniciado quando esgotadas as alternativas das terapias não-farmacológicas (VERONEZ, SIMOES, 2008).

No estudo de Bezerra et al., (2015), evidenciou que a maioria dos quilombolas receberam as recomendações sobre a modificação no estilo de vida, corroborando com os resultados encontrados nessa pesquisa. No entanto, é preciso questionar sobre como tem ocorrido essa orientação, pois é necessário que exista uma dinâmica dialógica entre profissionais e pacientes tornando o cuidado dotado de corresponsabilidade (PEREIRA et al., 2018) e para que a atenção à saúde seja realizada de forma adequada, deve haver também Equipes da Atenção Básica completas e em quantidade suficiente para atender à demanda existente, conforme o MS recomenda e além disso, é necessário o apoio de outros profissionais de saúde como nutricionista, educador físico e farmacêutico (BORGES; LACERDA,2018).

Sobre as limitações, o estudo evidenciou que a frequência de consulta médica dos quilombolas hipertensos foi em períodos menor que seis meses, no entanto, devido não constar no questionário já previamente validado pela PNS (para utilização em quilombolas brasileiros >18 anos) não foi possível compreender sobre como ocorre essa procura para os demais profissionais como, por exemplo, o enfermeiro. Ademais a pesquisa teve limitação quanto ao delineamento transversal, desse modo, não sendo possível estabelecer relações de causa e efeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização dos serviços de saúde pelos quilombolas hipertensos se deu de maneira bastante irregular devido a descontinuidade da assistência ou participação infrequente nas consultas. O levantamento demonstrou que três em cada 10 quilombolas apresentaram diagnóstico de HAS com prevalência de 56,1% em idosos e 32,8% em mulheres.

Esses achados foram importantes para evidenciar a necessidade de discussões acerca dos entraves no uso do serviço de saúde pelos indivíduos quilombolas com diagnóstico autorreferido de HAS e assim ponderar que esta população segue invisibilizada pelos gestores que mantém uma lógica verticalizada na disponibilização de atendimento de saúde nos quilombos. Nesse sentido, é preciso elucidar que não se trata de uma subutilização, porque o serviço não se encontra organizado para atender essa população em seus territórios, ou seja,

tem sido os quilombolas que se adequam às barreiras do acesso e acessibilidade e vão à busca de atendimento mediante suas necessidades ditas emergenciais e não de promoção da saúde como preconiza a Política Nacional de Promoção da Saúde e o Serviço de Controle de hipertensão e diabetes.

REFERENCIAS

- ANDRADE, S.S.A; STOPA, SR; BRITO, A.S; CUERI, P.S; SZWARCOWALD, C.L.; MALTA, D.C . Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde** 2015, vol.24, n.2, pp.297-304. ISSN 1679-4974.
- ASSIS, L.C; SIMÕES, M.O.S; CAVALCANTI, A.L. Leite. Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde** 2012; 14(2): 65-70.
- BARROSO, S.M; MELO, A.P.S, GUIMARÃES, M.D.C. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. **Rev Panam Salud Publica**. 2014; 35(4): 256–63.
- BELFORT, I. K.P; FERNANDES, M.A;NUNES, J.D.C; MONTEIRO, S.C.M. Elevação de níveis pressóricos em uma Comunidade Quilombola. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 30(3): 1-8, jul./set., 2017.
- BEZERRA V.M, MEDEIROS, D.S, GOMES, K.O, SOUZA, R; GIATTI, L, STEFFENS A.P, et al.. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista/BA (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Cien Saude Colet** 2014; 19(6):1835-1847.
- BEZERRA, V.M, ANDRADE, A.C.S, CÉSAR, C.C, CAIAFFA W.T. Desconhecimento da hipertensão arterial e seus determinantes em quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Cien e Saude Colet** 2015; 20(3):797-807.
- BEZERRA, V.M; ANDRADE, ACS; CESAR, C.C; CAIAFFA,W.T. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**.2013, vol.29, n.9, pp.1889-1902.
- BORGES, D.B; LACERDA,J.T. Actions aimed at the Diabetes Mellitus control in Primary Health Care: a proposal of evaluative model. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro V. 42, N. 116, p. 162-178, Jan-Mar 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012

BRASIL. Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares. 2016. Disponível em:< <http://www.palmares.gov.br> > Acesso realizado em 19 de abril de 2017.

CHOBANIAN, A.V, BAKRIS, G.L, BLACK, H.R, CUSHMAN, W.C, GREEN, L.A, IZZO, J.L, et al. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: **the JNC 7 report**. **JAMA** 2003; 289: 2560-72.

FILHA, S.S.C; NOGUEIRA, L.T; MEDINA, M.G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde Debate** , V. 38, N. ESPECIAL, P. 265-278, out 2014.

FERREIRA, R.A; BARRETO, S.M; GIATTI, L. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(4):815-826, abr, 2014.

FERREIRA, S.R.G; MOURA, E.C; MALTA, D.C; SARNO F. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Rev Saude Publica**. 2006; 43(2):98- 106. PMID:19936504.

GERAB, R.C; RIBEIRO, S.A; FELICÍSSIMO, A; RAMOS, L.R. Controle de diabetes e hipertensão arterial na atenção primária à saúde em uma região do município de São Paulo. **RAS** _ Vol. 14, No 57 – Out-Dez, 2012.

GONTIJO, M.F; RIBEIRO, A.Q; KLEIN, C.H; ROZENFELD S; ACÚRCIO, F.A. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito de Belo Horizonte, Minas Gerais, **Brasil. Cad Saúde Pública** 2012; 28:1337-46.

KOCHERGIN, C. N; PROIETTI, F. A; CÉSAR, C. C. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(7):1487-1501, jul, 2014.

KURIAN A.K, CARDARELLI, K.M. Racial and ethnic differences in cardiovascular disease risk factors: a systematic review. **Ethn Dis** 2007; 17(1):143-152 .

LESSA I; MAGALHÃES, L; ARAÚJO, M.J; ALMEIDA, F.N; AQUINO, E; OLIVEIRA, M.M.C. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. **Arq Bras Cardiol**. 2006;87(6):747-56.

MATTA, S.R; BERTOLDI, A.D; EMMERICK, I.C; FONTANELLA, A.T; COSTA, K.S; LUIZA, V.L, et al. Fontes de obtenção de medicamentos por pacientes diagnosticados com doenças crônicas, usuários do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública** 2018; 34(3):e00073817.

MELO, M.F.T; SILVA, H.P. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. **Revista da ABPN** • v. 7, n. 16 • mar – jun. 2015, p.168-189.

MIRANDA, R.D; PERROTTI, T.C, BELLINAZZI, V.R, NÓBREGA, T.M, Cendoroglo, MS, Neto, JT. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Rev Bras Hipertens** 9: 293-300, 2002.

MOREIRA; J.P.L, MORAES, J.R, RAGGIO RL. Prevalence of self-reported systematic arterial hypertension in urban and rural environments in Brazil: a population-based study. **Cad Saúde Pública** 2013; 29: 62-72.

MUNGER, M.A; TASSELL, B.W; LAFLEUR, J. Medication nonadherence: an unrecognized cardiovascular risk factor. **Med Gen Med** 2007; 9:58.

MUSSI, RFF, PETROSKI, EL. Prevalência de síndrome metabólica e fatores associados em adultos quilombolas baianos. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Programa de Pós Graduação em Educação Física, Florianópolis, 2017; p.175.

NOGUEIRA, D; FAERSTEIN, E; COELI, C.M; CHOR, D; LOPES, C.S, WERNECK, G.L. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: estudo Pró Saúde, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2010;27(2):103-9.

NOVELLO, M.F; ROSA, M.L.G; FERREIRA, R.T. et al. Compliance with the Prescription of Antihypertensive Medications and Blood Pressure Control in Primary Care. **Arq. Bras. Cardiol**. 2017, vol.108, n.2, pp.135-142.

PEREIRA, R.N; ANDRADE, L. M; AMORIN, D.S. O Serviço de Controle da Hipertensão e Diabetes como ferramenta para prevenção da doença renal crônica na ótica dos Profissionais da Atenção Básica. In: CONVENCION INTERNACIONAL DE SALUD, CUBA SALUD, 2018, Cuba. **Anais da III Convenção de Saúde Pública**. Havana –Cuba, MS,2018, p. 236-4705.

ROSÁRIO, T.M; SCALA, L.C.N; FRANÇA, G.V.A, PEREIRA, M.R.G; JARDIM. P.C.B.V. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres - MT. **Arq Bras Cardiol**. 2009;93(6):672-8.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (SEPPIR). Comunidades Quilombolas Brasileiras - Regularização Fundiária e Políticas Públicas. Brasília, 2010.

SILVA, M.J.G; LIMA, F.S.S; HAMANN, E.M. Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/ HIV/aids por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.19, supl.2, p.109-120, 2010

SILVA, R.A; MENEZES, L.A. Os significados do uso de álcool entre jovens quilombolas. **Revista Latino americana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, 14 (1), pp. 493-504, 2016.

SBH -Sociedade Brasileira de Hipertensão; SBN-Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI diretrizes brasileiras de hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2010; 95(1 Suppl 1):1-51

- STURMER, G, DIAS-DA-COSTA, J.S, OLINTO, M.T.A, MENEZES, A.M.B, GIGANTE D.P, MACEDO S. O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil. **Cad Saude Publica** 2006; 22(8):1727-1737.
- TRAD, L.A.B; CASTELLANO, M.E.P; GUIMARÃES, M.C.S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Rev Saúde Pública** 2012; 46(6):1007-13.
- TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (Sup 2):S190-S198, 2004. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>.
- TRAVASSOS, C; OLIVEIRA, E.X; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciênc Saúde Coletiva** 2006; 11:975-86.
- TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública**, 2007, vol.23, n.10, pp.2490-2502.
- VERONEZ, L.L; SIMÕES, M.J.S. Análise da prescrição de medicamentos de pacientes hipertensos atendidos pelo SUS da rede municipal de saúde de Rincão – SP. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.** 2008 v. 29, n.1, p. 45-51.
- VIACAVA, F; PORTO, S.M, CARVALHO, C.C, BELLIDO, J.G. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). **Cien Saude Colet.** No prelo 2018.
- WHO. World. Health Organization. Non-communicable diseases country profile, 2011. Disponível em :<http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html>Acessado realiado em 13 de out. de 2018.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na perspectiva do uso e acesso dos quilombolas aos serviços de saúde evidencia-se que as visitas domiciliares regulares e mensais dos ACS e outros membros da equipe de Saúde da Família são mais frequentes junto à população de baixa escolaridade, afirmando, portanto, a existência da priorização de populações mais vulneráveis, entretanto, esse achado não correspondeu ao estudo, devido algumas limitações. Destaca-se que a similaridade no perfil da população estudada não favoreceu associações entre a maioria dos indicadores sociodemográficos e as variáveis de acesso/uso dos serviços de saúde, dessa maneira não sendo possível adotar maiores cruzamentos e comparações dos dados.

Contudo, o estudo apresentou uma análise descritiva que evidencia o cenário caótico de falta de infraestrutura, recursos humanos e equipamentos para atendimento de saúde dessa população em seu território, algo que vai além da constatação das barreiras de acessibilidade e das iniquidades no acesso e uso dos serviços de saúde, pois, revela, sobretudo, a falta de garantia a direitos e bens públicos assegurados constitucionalmente. Ademais, o estudo permitiu refletir que a ausência do PACS e da ESF nessas áreas tem contribuído para aumentar as dificuldades ao acesso e uso dos serviços de saúde bem como para o não acompanhamento dos quilombolas na RAS e para o tratamento irregular da hipertensão representando a descontinuidade do tratamento. A pesquisa apontou a necessidade de investigação que aprofunde a relação do uso e acesso aos serviços e saúde entre populações quilombolas rurais e populações não quilombolas também residentes em meio rural bem como a relação do profissional usuário e gestor no atendimento de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M.S.V; LYRA, T.M; FARIAS, S.F; MENDES, M.F.M; MARTELLI, P. J.L. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 182-194, out 2014 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0182.pdf>>. Acesso realizado em 12 de março de 2018.
- ARAÚJO E.M, et al. Diferenciais de Raça/Cor da Pele em Anos Potenciais de Vida Perdidos por Causas Externas. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.3, p. 405-412, 2009.
- ARAÚJO, E. M. et al. Desigualdades em Saúde e raça/Cor da Pele: revisão da literatura do Brasil e dos Estados Unidos 1996-2005. **Saúde Coletiva**, v.40, n.40, p.116-121, 2010.
- ARRUDA, N.N; MAIA, A.G, ALVES, L.C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad. Saúde Pública** 2018; 34(6):e00213816. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n6/1678-4464-csp-34-06-e00213816.pdf>>. Acesso realizado em 13 de out de 2018.
- ASSIS, M.M.A; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):2865-2875, 2012.
- BARBOSA, P. J. B.; LESSA, I; ALMEIDA FILHO, N. de; MAGALHÃES, L. B. N. Cunha; ARAÚJO, Jenny. Influência da cor de pele auto-referida na prevalência da síndrome metabólica numa população urbana do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.** 2010, vol.94, n.1, pp. 34-40. ISSN 0066-782X.

BARROSO, S.M.; MELO, A.P.; GUIMARÃES, M.D.C. Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas. **Rev Bras Epidemiol** abr-jun 2015; 18(2): 503-514. Disponível em:<<https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2015.v18n2/503-514/pt>>. Acesso realizado em 15 de junho de 2018.

BATISTA, L.E, et al. Mortalidade da população negra adulta no Brasil. In: Fundação Nacional de Saúde (Funasa): Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Funasa; 2005. p. 237-314.

BELFORT, I.K.P; FERNANDES, M.A;NUNES, J.D.C; MONTEIRO, S.C.M. Elevação de níveis pressóricos em uma Comunidade Quilombola. **Ver Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 30(3): 1-8, jul./set., 2017.

BEZERRA, V. M; MEDEIROS, D. S. de; GOMES, K. O; SOUZAS, R; GIATTI, L; STEFFENS, A. P. et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(6):1835-1847 , 2014.

BEZERRA, V.M; ANDRADE, A.C.S; CESAR, Cibele Comini and CAIAFFA, W.T.Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**. 2013, vol.29, n.9, pp.1889-1902.

BRASIL. DECRETO Nº 4.887, DE 20 DE NOVEMBRO DE 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

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, 2009.

BRASIL. Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares. 2016. Disponível em:<<http://www.palmares.gov.br>> Acesso realizado em 19 de abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares. Quadro Geral de Comunidades Quilombolas. Disponível em:<<http://www.palmares.gov.br/file/2017/05/quadro-geral-15-05-2017.pdf>> Acesso realizado em 19 de abril de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 300 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (**Cadernos de Atenção Básica, n. 26**) ISBN 978-85-334-1698-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed.; 1. reimp. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento

de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

CARDOSO, L.G.V; MELO, A.P.S; CESAR, C.C. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Ciê. & Saúde Coletiva**, v. 20, n.3, 2015, p.809-820.

CARTOLANO, L.C. As relações de gênero e raça na saúde: Um estudo do acesso aos serviços de contracepção e prevenção de câncer de colo uterino numa comunidade quilombola. (Tese). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro; s.n; 2006.

CAVALCANTE, I.M.S; SILVA, H.P. Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em três quilombos na Amazônia paraense: um olhar antropológico. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Pará. Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia. Belém: UFPA, 2011.

CAMBOTA, J.N; ROCHA, F.F. Determinantes das desigualdades na utilização de serviços de saúde: análise para o Brasil e regiões. **Pesquisa e planejamento econômico** | ppe | v. 45 | n. 2 | ago. 2015.

CRENSHAW, K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color, 43 **Stanford Law Review** 1241-99, 1991.

CRI. Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. **Identificação e abordagem do racismo institucional**. Brasília: CRI, 2006.

CRUZ, I. C. F. da. Avaliação sobre acesso e qualidade da assistência de saúde para clientes brancos e negros - nota prévia. **Rev Paul Enferm**; 23(1): 76-82, jan.-mar. 2004. Artigo em Português | BDENF - enfermagem (Brasil) | ID: bde-15041.

DIAS, O.V; ARAÚJO, F.F; OLIVEIRA, R.M, et al. Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2016,11(38)1-13. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1185> > Acesso realizado em 2 de dezembro 2018.

DONABEDIAN, A. **Anintroduction to Quality Assurance in Health Care**. Oxford University Press, New York, 2003.

DUTRA, I. R. **Acesso e Utilização aos Serviços de Atenção Primária à Saúde pela População Urbana no Município de Jequitinhonha, Minas Gerais**. 2009. 131f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

FREITAS, DA; CABALLERO, AD; MARQUES, AS; HERNÁNDEZ, CIV; ANTUNES, SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**. 2011 Set-Out; 13(5):937-943.

GOMES, K. de Oliveira; REIS, Edna Afonso; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2013, vol.29, n.9, pp. 1829-1842.

GOES, E.F; NASCIMENTO, E.R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde debate*. 2013, vol.37, n.99, pp.571-579. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a04v37n99.pdf>>. Acesso realizado em 13 de agosto 2013.

GRAHAM-STEED, T; UCHIO, E; WELLS, CK; ASLAN, M; KO, J; CONCATO, J. 'Race' and Prostate Cancer Mortality in Equal-access Health care Systems. *The American Journal of Medicine*, Volume 126, 2013, Issue 12, 1084 – 1088.

GUIMARÃES, Raissa Cecília Rosalin; SILVA, Hilton Pereira. Estado nutricional e crescimento de crianças quilombolas de diferentes comunidades do Estado do Pará. *Amazônica, Rev. de Antrop.* (Online), v. 7, n. 1, 2015, p.186-209.

JONES, C. P. Confronting institutionalized racism. *Phylon*, Atlanta v. 50, n. 1, p. 7-22, 2002.

JUSTO, Cátia Maria; DUQUE, Andrezza Marques; LOPES, Quétilan Silva; CARVALHO, Ellen Silva de; MORENO, Anne Christine Cardoso; SILVA, Renata Santos; SANTOS, Vidia Katarine Rodrigues; BANDEIRA, Gabriel Figueira. **Rev. Saúde Col.** UEFS, Feira de Santana, 7(1): 16-23 (Junho, 2017).

KASSOUF, Ana Lúcia. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Rev. Econ. Sociol. Rural** [online]. 2005, vol.43, n.1, pp.29-44.

KOCHERGIN, C. N; PROIETTI, F. A; CÉSAR, C. C. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(7):1487-1501, jul, 2014.

LEAL, MC; GAMA, SGN; PEREIRA, APE; PACHECO, VE; CARMO, CNC; SANTOS, RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2017; 33 Sup1:e00078816. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00078816>

LI, Jiajia; SHI, Leiyu; LIANG, Hailun; DING, Gan; XU, Lingzhong. Urban-rural disparities in healthcare utilization among Chinese adults from 1993 to 2011. **BMC Health Serv Res.** 2018; 18: 102. Published online 2018 Feb 9. doi: 10.1186/s12913-018-2905-4

LIM, S.S; VOS, T; FLAXMAN, A.D; DANAEI, G; SHIBUYA, K; ADAIR-ROHANI, H; et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990- 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2224-60. Erratum in: *Lancet*. 2013;381(9867):628.

LOUVISON, M.C.P.; DUARTE, Y.A.O; Santos, J.L.F; MALIK, A.M; ALMEIDA, E.S. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, 2008, vol.42, n.4, pp.733-740. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400021>. Acesso realizado 13 em agosto 2017.

MELO, MFT; SILVA, HP. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. **Revista da ABPN** • v. 7, n. 16 • mar – jun. 2015, p.168-189 . Disponível em: <<http://abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/103>. Acesso realizado em 22 de abril de 2018.

MOZAFFARIAN, D; BENJAMIN E.J; Go, A. S; ARNETT, D. K; BLAHA, M. J; CUSHMAN, M, et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. **Heart disease and stroke statistics**- 2015:update a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2015; 131:e322. Erratum in: *Circulation*. 2016; 133(8): e417. *Circulation*. 2015;131(24):e535.

MUSSI, R.F.F; PETROSKI, E.L. Prevalência de síndrome metabólica e fatores associados em adultos quilombolas baianos, 2017. 175 p. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Programa de Pós Graduação em Educação Física, Florianópolis, 2017.

OLIVEIRA, S. M; CALDEIRA, A.P. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. **Cad. Saúde Colet.**, 2016, Rio de Janeiro, 24 (4): 420-427. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n4/1414-462X-cadsc-24-4-420.pdf> >. Acesso realizado em 13 de junho de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Agência Brasil Empresa Brasil de Comunicação S/A (EBC). OMS: número de adultos com diabetes quadruplicou desde 1980. Genebra- notícias. Disponível em:< <http://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2016-04/oms-numero-de-adultos-com-diabetes-quadruplicou-desde-1980>>. Acesso realizado em 17 de agosto de 2016.

MALAGÓN-OVIEDO, RA; CZERESNIA, D. The concept of vulnerability and its biosocial nature. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(53):237-49.

PEREIRA, C.O.J . Acesso e utilização dos serviços de saúde por mulheres quilombolas para promoção da saúde reprodutiva. 113f. 2016. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo) – Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

PORTO, A.D.; FILHO, C; WANGI, Y.P. Determinantes do uso de serviços de saúde: análise multinível da Região Metropolitana de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2015;49:15.

POLLACK, CE ;ARMSTRONG, KA; MITRA, N ;CHEN, X; RADHAKRISHNAN,et al.,. Uma visão multidimensional das diferenças raciais no acesso ao cuidado do câncer de próstata. **PMC5673580**. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5673580/>

PROSENEWICZ, Ivania; LIPPI, Umberto Gazi. Acesso aos serviços de saúde, condições de saúde e exposição aos fatores de risco: percepção dos pescadores ribeirinhos do Rio Machado de Ji-Paraná, RO. **Saude soc.** 2012, vol.21, n.1, pp.219-231.

RODRIGUES, Q.P; NASCIMENTO, R.E.Desigualdades raciais no acesso de mulheres ao cuidado pré-natal e no parto. 98 f. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem com área de concentração em gênero, cuidado e administração em saúde) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem – Salvador, 2009.

SANCHEZ, R.M; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica.** 2012;31(3):260–8.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (SEPPIR). Comunidades Quilombolas Brasileiras - Regularização Fundiária e Políticas Públicas. Brasília, 2010.

SILVA, T.S.S, BOMFIM, C.A; LEITE, T.C.R; MOURA, C.S; BELO, N.O, TOMAZ, L. Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil.**Cad. Saúde Colet.**, 2016, Rio de Janeiro, 24 (3): 376-383.

SILVA, M. J. G. da; LIMA, F. S. S; HAMANN, E. M. Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/ HIV/aids por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, supl.2, p.109-120, 2010

SILVA, R,A; MENEZES, J.A. Os significados do uso de álcool entre jovens quilombolas. **Revista Latino americana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, 14 (1), pp. 493-504, 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v14n1/v14n1a34.pdf>>. Acesso realizado em 19 de maio de 2018.

SILVA, M.H.P; BATISTA, C.B. Assistência à saúde em comunidades quilombolas: revisão sistemática . (Monografia). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

SOARES, D.A; KOCHERGIN, C.N. Fatores associados à obesidade em idosos quilombolas, Bahia, Brasil. **Rev. APS.** 2017 abr/jun; 20(2): 174 - 184.

SOUZA, C. L; BARROSO, S.M; GUIMARÃES, M. D. C. Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(6):1653-1662 , 2014.

SOUZAS, R. M. Movimento de Mulheres Negras e a Saúde. Análise documental sobre a reivindicação de inclusão do quesito cor no sistema de informação à saúde. Fazendo Gênero 9. **Diásporas, Diversidades, Deslocamentos**, Santa Catarina 23 a 26 de agosto de 2010. Disponível em:<http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1274823492_ARQUIVO_F9RSOUZAS20101.pdf>. Acesso realizado em 12 de mar 2019.

SCALA, L.C; MAGALHÃES, L.B; MACHADO, A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: Moreira SM; Paola AV; **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2015. P.780-5.

SCHMITT, A.; TURATTI, M.C.M.; CARVALHO, M.C.P. A atualização do conceito de quilombo: identidade e território nas definições teóricas. **Revista Ambiente & Sociedade**, v. 5, n. 10, p. 129-136, 2002.

STOPA, S.R; MALTA, D.C ; MONTEIRO,C.N;SZWARCOWALD, C.L; GOLDBAUM; CESAR, Chester Luiz Galvão. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **RevSaude Publica**. 2017;51 Supl 1:3s. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074.pdf>. Acesso realizado em 20 de maio de 2018.

TABB, K.M; HUANG, H; MENEZES, PR, AZEVEDO e SILVA,Gunar; CHAN, Y.F; CURY, Alexandre, Faisal. EthnicDifferences in Tobacco Use DuringPregnancy: FindingsFrom a PrimaryCareSample in São Paulo, Brazil. **Ethnicity&health** 20.2 (2015): 209–217.

THEOPHILO, Rebecca Lucena ,RATTNER, Daphne, PEREIRA, Éverton Luís. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção pré-natal e parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa.**CienSaudeColet** 2017/Mar. Disponível em<: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/vulnerabilidade-de-mulheres-negras-na-atencao-prenatal-e-parto-no-sus-analise-da-pesquisa-da-ouvidoria-ativa/16143?id=16143>>. Acesso realizado em 09 de abril de 2018.

TRAD, Leny Alves Bomfim; CASTELLANO, Marcelo Eduardo Pfeiffer; GUIMARÃES,Maria Clara da Silva. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, **Brasil. Rev Saúde Pública** 2012;46(6):1007-13

TRAVASSOS, Claudia, MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup2:S190-S198, 2004.Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>>Acesso realizado em 12 de agosto de 2017.

TRAVASSOS C, Bahia L. Qual é a agenda para o combate à discriminação no SUS? **CadSaude Publica**. 2011;27(2):204-5. DOI:10.1590/S0102-311X2011000200001.

VIEGAS, A.B; CARMO, R.F; LUZ, Z.M.P; Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.1, p.100-112, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0100.pdf>> Acesso realizado em: 14 de agosto de 2017.

VIEIRA, E.W.RW. Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais. 2010. 123f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2010.

VIEIRA, A.B.D; MONTEIRO, P.S. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção Quilombola. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 610-618, out/dez 2013.

WERNECK. Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc. São Paulo**, v.25, n.3, p.535-549, 2016. DOI 10.1590/S0104-129020162610

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS INDIVIDUAL PARA ADULTOS

Este instrumento apresenta apenas as questões referentes às variáveis da pesquisa em questão, uma vez que trata-se de uma síntese de um questionário amplo da pesquisa de base populacional intitulado "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS QUILOMBOLAS BAIANOS".

OBS.: Para maiores informações do instrumento ampliado, verificar questionário na versão completa.

As informações aqui coletadas servirão de subsídios para o desenvolvimento de estudos, além de permitir a construção de base teórica para implantação e/ou avaliação de proposta de orientação na Saúde Pública da comunidade, região e população específica.

Data da aplicação: _____ / _____ / _____ n° _____ de _____ coleta:

Nome da comunidade quilombola: _____

Nome do participante (opcional): _____

Entrevistador: _____

Endereço: _____

Número de ordem do domicílio: _____

Inicialmente farei umas perguntas sobre o Sr.(a)

1. **Sexo:** ()⁰Feminino ()¹Masculino
2. **Quantos anos o(a) Sr.(a) tem?** _____ anos
3. **O(a) Sr.(a) considera a cor da sua pele?** ()¹branca ()²parda ()³preta ()⁴amarela ()⁵indígena ()⁶outra ()⁸⁸NS
Para o entrevistador. **Qual a sua percepção quanto a cor da pele do participante?** ()¹branca ()²parda ()³preta ()⁴amarela ()⁵indígena ()⁶outra ()⁸⁸NS
4. **Qual o estado civil do(a) Sr.(a) (PNS, 2015)?** ()¹casado(a) (=morar junto) ()²separado(a) ou desquitado(a) ()³divorciado(a) ()⁴viúvo(a) ()⁵solteiro(a)
5. **O(a) Sr.(a) tem quantos filhos?** _____

Agora farei umas perguntas sobre sua moradia

1. **Qual é a principal forma de abastecimento de água deste domicílio?** ()¹Rede geral de distribuição ()²Poço ou nascente na propriedade ()³Poço ou nascente fora da propriedade ()⁴Carro-pipa ()⁵Água da chuva armazenada em cisterna ()⁶Água da chuva armazenada de outro modo ()⁷Rios, lagos e igarapés ()⁸Outra (Especifique: _____)
2. **Qual o número de cômodos no seu domicílio** (incluindo banheiro e cozinha)? _____
3. **Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio?** _____ cômodos
4. **O seu domicílio tem cozinha?** ()¹Sim ()²Não
5. **Quantos banheiros de uso exclusivo dos moradores existem neste domicílio?** _____
6. **De que forma é feito o escoadouro dos banheiros ou sanitários?** ()¹Rede geral de esgoto ou pluvial ()²Fossa séptica ()³Fossa rudimentar ()⁴Vala ()⁵Direto para rio, lago ou mar ()⁶Outra (Especifique: _____)
7. **Qual o destino dado ao lixo?** ()¹Coletado diretamente por serviço de limpeza ()²Coletado em caçamba de serviço de limpeza ()³É queimado na propriedade ()⁴É enterrado na propriedade ()⁵Jogado em terreno baldio ou logradouro ()⁶Jogado em rio, lago ou mar ()⁷Outro (Qual? _____)
8. **Qual a origem da energia elétrica utilizada neste domicílio?** ()¹Rede geral ()²Outra origem (gerador, placa solar, etc.) ()³Não tem energia elétrica

Agora farei umas perguntas sobre a situação econômica

1. **A rua em que o Sr.(a) mora é:** ()¹sem calçamento ()²calçada com cascalho ()³calçada com pedra ()⁴asfaltada
2. **Qual a renda familiar? Valor estimado em R\$** _____
3. **Quantas pessoas contribuem com a renda familiar?** _____
4. **Total de pessoas da família?** _____ adultos e _____ menores de idade.
5. **Posse de itens**

Quantidade de itens

0 1 2 3 4 ou +

a. **Televisão em cores**

0 1 2 3 4

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| b. Rádio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c. Banheiro (com vaso sanitário e descarga) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| d. Automóvel (não considerar se for para uso profissional/meio de renda) | 4 | 9 | | | 9 |
| e. Empregada mensalista (que trabalham pelo menos cinco dias por semana) | 0 | 3 | 4 | 4 | 4 |
| f. Máquina de lavar (não considerar tanquinho) | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| g. DVD | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| h. Geladeira | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| i. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira) | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| j. Qual o grau de instrução da pessoa com maior renda da residência? | | | | | |
| - Analfabeto/primário incompleto/até 3ª série do ensino fundamental | | | | | 0 |
| - Primário completo/Ginásial incompleto/Até 4ª série do ensino fundamental | | | | | 1 |
| - Ginásial completo/Colegial incompleto/Fundamental completo | | | | | 2 |
| - Colegial completo/Superior incompleto/Médio completo | | | | | 4 |
| - Superior completo | | | | | 8 |

Agora perguntarei sobre a educação escolar

1. Anteriormente o(a) Sr.(a) frequentou escola? ()⁰sim ()¹não
2. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever? ()⁰sim ()¹não – PULE P/TRABALHO
3. O(a) Sr.(a) estudou até que série/ano? _____ - Supletivo: ()¹sim ()²não

Agora as perguntas serão sobre trabalho

1. Qual a sua situação ocupacional profissional? ()¹trabalhando-profissão _____
()²desempregado(a)-profissão _____ PULE P/ DEFICIÊNCIA ()³trabalho doméstico-PULE P/ DEFICIÊNCIA
()⁴aposentado(a)-PULE P/ DEFICIÊNCIA ()⁵aposentado(a)/trabalhando-profissão _____
2. Em que turno o(a) Sr.(a) trabalha? ()¹Manhã ()²Tarde ()³Diurno ()⁴Noite ()⁵Em turnos alternados ()⁸⁸NS
3. Quantos dias o(a) Sr.(a) trabalha por semana? _____ Quantas horas por dia? _____
4. O(a) Sr.(a) tem mais de um trabalho? ()¹sim ()²não
5. O(a) Sr.(a) normalmente trabalha em ambientes: ()¹Fechados ()²Abertos ()³Ambos
6. Quanto a sua vida profissional o(a) Sr.(a) afirmaria ser ou estar? ()¹muito satisfeito(a) ()²satisfeito(a) ()³Insatisfeito(a)
()⁴Muito insatisfeito(a) ()⁸⁸NS

Agora perguntarei sobre o cuidado com sua saúde

1. Em geral, como o(a) Sr.(a) avalia sua saúde? ()¹Muito boa ()²Boa ()³Regular ()⁴Ruim ()⁵Muito ruim
2. Nas 2 últimas semanas, o(a) Sr.(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, afazeres domésticos) por motivo de saúde? ()¹Sim-Quantos dias? _____ ()²Não-pule p/4
3. Qual foi o principal motivo de saúde que impediu o(a) Sr.(a) de realizar suas atividades habituais nas duas últimas semanas? _____
4. Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde o(a) Sr.(a) costuma procurar? ()¹Farmácia ()²Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) ()³Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica ()⁴UPA (Unidade de Pronto Atendimento) ()⁵Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas) ()⁶Pronto-socorro ou emergência de hospital público ()⁷Hospital público/ambulatório ()⁸Consultório particular ou clínica privada ()⁹Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato ()¹⁰Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado ()¹¹No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família
()¹²No domicílio, com médico particular ()¹³Outro serviço (Especifique: _____)
5. Quando o(a) Sr.(a) consultou um médico pela última vez? ()¹Nos doze últimos meses-quantas vezes? _____ ()²De 1 ano a < de 2 anos
()³De 2 anos a < de 3 anos ()⁴3 anos ou > ()⁵Nunca foi ao médico
6. Quanto tempo durou a consulta médica? _____ horas e _____ minutos
7. A consulta médica foi feita pelo SUS? ()¹Sim ()²Não ()³Não sabe
8. De um modo geral, como o(a) Sr.(a) avalia o atendimento recebido quanto:
 - a. À disponibilidade de equipamentos necessários para a consulta médica? ()¹Muito bom ()²Bom ()³Regular ()⁴Ruim ()⁵Muito ruim
 - b. Ao espaço disponível para a consulta médica? ()¹Muito bom ()²Bom ()³Regular ()⁴Ruim ()⁵Muito ruim
 - c. Ao tempo gasto com deslocamento? ()¹Muito bom ()²Bom ()³Regular ()⁴Ruim ()⁵Muito ruim

- d. Ao tempo de espera até ser atendido? ()¹Muito bom ()²Bom ()³Regular ()⁴Ruim ()⁵Muito ruim
- e. À forma como os atendentes o/a receberam? ()¹Muito bom ()²Bom ()³Regular ()⁴Ruim ()⁵Muito ruim
- f. À limpeza das instalações, incluindo os banheiros? ()¹Muito bom ()²Bom ()³Regular ()⁴Ruim ()⁵Muito ruim
9. De um modo geral, como o(a) Sr.(a) avalia o atendimento recebido quanto:
- a. Às habilidades do médico para tratá-lo (a)? ()¹Muito bom ()²Bom ()³Regular ()⁴Ruim ()⁵Muito ruim
- b. Ao respeito do médico na maneira de atendê-lo(a)? ()¹Muito bom ()²Bom ()³Regular ()⁴Ruim ()⁵Muito ruim
- c. À clareza nas explicações do médico? ()¹Muito bom ()²Bom ()³Regular ()⁴Ruim ()⁵Muito ruim
- d. À disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o seu problema ou tratamento? ()¹Muito bom ()²Bom ()³Regular ()⁴Ruim ()⁵Muito ruim
- e. À possibilidade de falar em privacidade com o médico? ()¹Muito bom ()²Bom ()³Regular ()⁴Ruim ()⁵Muito ruim
- f. À liberdade em escolher o médico? ()¹Muito bom ()²Bom ()³Regular ()⁴Ruim ()⁵Muito ruim
10. Nas duas últimas semanas, o(a) Sr.(a) procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?()¹Sim ()²Não-PULE P/15
11. Qual foi o motivo principal pelo qual Sr.(a) procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas? _____
12. Este serviço de saúde onde o(a) Sr.(a) foi atendido(a) era: ()¹Público ()²Privado ()⁸⁸NS
13. No último atendimento do(a) Sr.(a), foi receitado algum medicamento?()¹Sim ()²Não-PULE P/22
14. O(a) Sr.(a) conseguiu obter os medicamentos receitados?()¹Todos ()²Alguns ()³Nenhum
15. Algum dos medicamentos foi obtido em serviço público de saúde?()¹Sim, todos ()²Sim, alguns ()³Não, nenhum
16. Nos último 12 meses o(a) Sr.(a) teve algum atendimento de emergência no domicílio?()¹Sim ()²Não-pule p/20
17. Este atendimento foi feito através do SUS? ()¹Sim ()²Não ()⁹⁹NS
- j. Outro – Especifique: _____

18. O(a) Sr.(a) tem algum plano de saúde (médico), particular, de empresa ou órgão público? ()¹Sim ()²Não
19. O(a) Sr.(a) considera este plano de saúde: ()¹Muito bom ()²Bom ()³Regular ()⁴Ruim ()⁵Muito ruim
20. Há quanto tempo sem interrupção o(a) Sr.(a) possui esse plano de saúde? _____
21. O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família? ()¹Sim ()²Não ()⁸⁸NS
22. Quando o seu domicílio foi cadastrado? ()¹< de 2 meses ()²2 - 6 meses ()³6 meses a menos de um ano ()⁴≥um ano
23. Nos últimos 12 meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum Agente Comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família? ()¹Mensalmente ()²A cada 2 meses ()³2 a 4 vezes ()⁴1 vez ()⁵Nunca recebeu
24. Nos últimos 12 meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum agente de endemias (como a dengue, por exemplo)? ()¹Mensalmente ()²A cada 2 meses ()³2 a 4 vezes ()⁴1 vez ()⁵Nunca recebeu

| |
|--|
| <p>Vou perguntar sobre diagnóstico de doenças, uso dos serviços de saúde e tratamento dos problemas</p> |
|--|

Hipertensão

1. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) teve sua pressão arterial medida? ()¹< de 6 meses ()²Entre 6 meses e < de 1 ano ()³Entre 1 ano e < de 2 anos ()⁴Entre 2 anos e < de 3 anos ()⁵3 anos ou >()⁶Nunca
2. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)? ()¹Sim - Idade? _____ ()²Apenas na gravidez- Idade? _____ ()³Não-PULE P/DIABETES
3. O(a) Sr.(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa da hipertensão arterial (pressão alta)? () Sim () Não, só quando tem algum problema () Nunca vai
4. Nas duas últimas semanas, o(a) Sr.(a) tomou medicamentos por causa da hipertensão (pressão alta)? ()¹Sim ()²Não
5. Algum dos medicamentos para hipertensão arterial foi obtido em serviço público de saúde? ()¹Sim, todos ()²Sim, alguns ()³Não, nenhum
6. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) recebeu assistência médica por causa da hipertensão arterial? ()¹< de 6 meses ()²Entre 6 meses e < de 1 ano ()³Entre 1 ano e < de 2 anos ()⁴Entre 2 anos e < de 3 anos ()⁵3 anos ou >()⁶Nunca
7. Esse atendimento foi feito pelo SUS? ()¹Sim ()²Não ()⁸⁸NS
8. Em algum dos atendimentos para hipertensão, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?

SIM NÃO

a. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais):

b. Manter o peso adequado:

c. Ingerir menos sal:

d. Praticar atividade física regular:

e. Não fumar:

f. Não beber em excesso:

g. Fazer o acompanhamento regular:

h. Outro - Especifique:

9. Alguma vez o(a) Sr.(a) se internou por causa da hipertensão ou de alguma complicação? ()¹Sim ()²Não

10. Em geral, em que grau a hipertensão ou alguma complicação da hipertensão limita as suas atividades habituais (trabalho, estudo, afazeres domésticos)? ()¹Não limita ()²Um pouco ()³Moderadamente ()⁴Intensamente ()⁵Muito intensamente

Diabetes

11. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) fez exame de sangue para medir a glicemia (açúcar no sangue)? ()¹< de 6 meses ()²Entre 6 meses e < de 1 ano ()³Entre 1 ano e < de 2 anos ()⁴Entre 2 anos e < de 3 anos ()⁵3 anos ou >()⁶Nunca fez

12. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes? ()¹Sim-idade? ____ ()²Apenas na gravidez ()³Não-PULE P/DISLIPIDEMIA

13. O(a) Sr.(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa do diabetes? ()¹Sim ()²Não, só quando tem algum problema ()³Nunca vai

14. Nas duas últimas semanas, por causa do diabetes, o(a) Sr.(a):

SIM NÃO

a. Tomou medicamentos orais para baixar o açúcar?

b. Usou insulina?

15. Algum dos medicamentos para diabetes ou insulina foi obtido em serviço público de saúde?

()¹Sim, todos ()²Sim, alguns ()³Não, nenhum

16. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) recebeu assistência médica por causa do diabetes? ()¹< de 6 meses

()²Entre 6 meses e < de 1 ano ()³Entre 1 ano e < de 2 anos ()⁴Entre 2 anos e < de 3 anos ()⁵3 anos ou >()⁶Nunca recebeu

17. Esse atendimento foi feito pelo SUS? ()¹Sim ()²Não ()⁸⁸NS

18. Em algum dos atendimentos para diabetes, algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?

SIM NÃO

a. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais):

b. Manter o peso adequado:

c. Praticar atividade física regular:

d. Não fumar:

e. Não beber em excesso:

f. Diminuir o consumo de carboidratos (massas, pães etc.)

g. Medir a glicemia em casa

h. Examinar os pés regularmente

i. Outro - Especifique:

19. Alguma vez o(a) Sr.(a) se internou por causa do diabetes ou de alguma complicação? ()¹Sim ()²Não

20. Em geral, em que grau o diabetes ou alguma complicação do diabetes limita as suas atividades habituais (trabalhar, afazeres domésticos)? ()¹Não limita ()²Um pouco ()³Moderadamente ()⁴Intensamente ()⁵Muito intensamente

Hipercolesterolemia

21. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) fez exame de sangue para medir o colesterol e triglicérides? ()¹< de 6 meses ()²Entre 6 meses e < de 1 ano ()³Entre 1 ano e < de 2 anos ()⁴Entre 2 anos e < de 3 anos ()⁵3 anos ou >()⁶Nunca fez

22. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de colesterol alto? ()¹Sim-idade? ____ ()²Não-PULE P/CARDIOPATIA

23. Algum médico ou outro profissional de saúde lhe deu algumas das seguintes recomendações por causa do colesterol alto?

SIM NÃO

a. Manter uma alimentação saudável (com frutas e vegetais):

b. Manter o peso adequado:

c. Praticar atividade física:

d. Tomar medicamentos

e. Não fumar:

f. Fazer o acompanhamento regular:

g. Outro - Especifique: _____

Cardiopatias

24. Quando o(a) Sr.(a) caminha em lugar plano, em velocidade normal, sente dor ou desconforto no peito? ()¹Sim ()²Não

25. E quando sobe uma ladeira, lance de escadas ou caminha rápido, sente dor ou desconforto no peito? ()¹Sim ()²Não-PULE P/29

26. O que o(a) Sr.(a) faz se sente dor ou desconforto no peito? ()¹Para ou diminui a velocidade ()²Continua após tomar um remédio que dissolve na boca para aliviar a dor ()³Continua caminhando

27. Se o(a) Sr.(a) parar, o que acontece com a dor ou desconforto no peito? ()¹É aliviada em 10 minutos ou menos ()²É aliviada em mais de 10 minutos ()³Não é aliviada

28. O(a) Sr.(a) pode me mostrar onde o(a) Sr.(a) geralmente sente essa dor no peito? ()¹Acima ou no meio do peito ()²abaixo do peito ()³Braço esquerdo ()⁴Outro (especifique: _____)

29. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de uma doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra? ()¹Sim-idade? _____ ()²Não-PULE P/OSTEOMIO

SIM NÃO

a. Infarto:

b. Angina:

c. Insuficiência cardíaca

d. Outro - Especifique: _____

30. O que o(a) Sr.(a) faz atualmente por causa da doença do coração?

SIM NÃO

a. Dieta:

b. Praticar atividade física:

c. Tomar medicamentos

d. Outro - Especifique: _____

31. Em geral, em que grau a doença do coração limita as suas atividades habituais (trabalhar, afazeres domésticos)?

()¹Não limita ()²Um pouco ()³Moderadamente ()⁴Intensamente ()⁵Muito intensamente

Osteomioarticulares

32. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de artrite ou reumatismo? ()¹Sim-idade? _____ ()²Não-PULE P/44

33. O que o(a) Sr.(a) faz atualmente por causa da artrite ou reumatismo?

SIM NÃO

a. Exercício ou atividade física:

b. Fisioterapia:

c. Usa medicamentos ou injeções:

d. Faz acupuntura

e. Outro - Especifique: _____

34. Em geral, em que grau a artrite ou reumatismo limita as suas atividades habituais (trabalhar, afazeres domésticos)?

()¹Não limita ()²Um pouco ()³Moderadamente ()⁴Intensamente ()⁵Muito intensamente

35. O(a) Sr.(a) tem algum problema crônico de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco? ()¹Sim-idade? _____ ()²Não-PULE P/47

36. O que o(a) Sr.(a) faz atualmente por causa do problema na coluna?

SIM NÃO

a. Exercício ou atividade física:

b. Usa medicamentos ou injeções:

c. Faz acupuntura

d.Outro – Especifique: _____

37. Em geral, em que grau o problema na coluna limita as suas atividades habituais (trabalhar, afazeres domésticos)?
¹Não limita ²Um pouco ³Moderadamente ⁴Intensamente ⁵Muito intensamente

38. Algum médico lhe deu diagnóstico de DORT (distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho)? ¹Sim-idade? _____
²Não-PULE P/OUTRAS DOENÇAS

39. O que o(a) Sr.(a) faz atualmente por causa do DORT?

SIM NÃO

a. Exercício ou atividade física:

b. Usa medicamentos ou injeções:

c. Faz acupuntura

d.Outro – Especifique: _____

40. Em geral, em que grau o DORT limita as suas atividades habituais (trabalhar, realizar afazeres domésticos)? ¹Não limita

²Um pouco ³Moderadamente ⁴Intensamente ⁵Muito intensamente

Outra doença Crônica

41. Algum médico já deu o diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (mais de 6 meses de duração) a(o) Sr.(a)? ¹Sim-idade? _____ -qual? _____ ²Não-PULE P/SONO

42. Em geral, em que grau esta doença limita as suas atividades habituais (trabalhar, afazeres domésticos)? ¹Não limita ²Um pouco ³Moderadamente ⁴Intensamente ⁵Muito intensamente

43. Algum médico ou profissional de saúde (psiquiatra ou psicólogo) **já lhe deu o diagnóstico de alguma doença mental?**

¹Sim ²Não-PULE IDADE?

P/ATIVIDADE FÍSICA **SIM**

a. Depressão

b. Esquizofrenia

c. Transtorno bipolar

d. Transtorno obsessivo compulsivo

e. Outra – Especifique: _____

44. O(a) Sr.(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente por causa dessa doença mental? ¹Sim ²Não, só quando tem algum problema ³Nunca vai

45. Quais tratamentos o(a) Sr.(a) faz atualmente por causa dessa doença mental? **SIM**

a. Faz psicoterapia

b. Toma medicamentos

c. Outro - Especifique: _____

46. . Algum desses tratamentos/medicamentos foram obtidos em serviço público de saúde? ¹Sim, todos ²Sim, alguns ³Não, nenhum

47. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) recebeu assistência médica por causa da doença? ¹<6 meses ²Entre 6 meses e <de 1 ano

³Entre 1 e <de 2 anos ⁴Entre 2 e <de 3 anos ⁵3 anos ou >

48. Esse atendimento foi feito pelo SUS? ¹Sim ²Não ³NS

49. Em geral, em que grau a doença limita as suas atividades habituais (trabalhar, afazeres domésticos)? ¹Não limita ²Um pouco

³Moderadamente ⁴Intensamente ⁵Muito intensamente

⁶Muito intensamente

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Esse documentos contém as principais informações sobre a pesquisa que será realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente ou peça alguém de sua confiança que leia as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher e assinar a declaração concordando com a pesquisa.

1. Para minha participação nessa pesquisa não foi oferecido e não será pago nenhum tipo de remuneração ou prêmio, sendo, portanto totalmente voluntaria.

2. O estudo irá avaliar as condições de saúde em comunidades quilombolas baianas, considerando questões como estilo de vida, pressão arterial, gordura corporal, colesterol e açúcar no sangue e suas relações com risco para se manter saudável. Este será importante porque irá gerar informações úteis para o reconhecimento da sua condição de saúde atual e para a melhoria dos serviços de saúde. Participarão da pesquisa aproximadamente 850 adultos residentes em 15 quilombos baianos.

3. Para conseguir os resultados desejados, será realizada uma entrevista e também serão medidos: pressão arterial, peso, altura, cintura e quadril que não causarão problemas à sua saúde. Ainda será solicitada a coleta de sangue para realização de exame para determinação do nível de colesterol, triglicérides e glicose no sangue. Essas informações permitirão identificar o risco para o adoecimento. Para isso será necessário em torno de uma hora do seu tempo. O(a) sr(a) receberá todos os resultados das medidas e exames laboratoriais gratuitamente em sua residência, se for identificado algum problema, o(a) sr(a) será avisado(a) e encaminhado(a) a um serviço.

4. O benefício desta pesquisa será conhecer a realidade da saúde dos moradores dos quilombos da Bahia, o que pode influenciar na melhoria da sua saúde e dos atendimentos prestados à sua comunidade. É esperado que a identificação dos principais riscos para saúde dos quilombolas baianos permitam ações públicas de saúde voltadas para prevenção, promoção e recuperação da saúde dos quilombolas, com os gastos e profissionais distribuídos de maneira correta para beneficiar os envolvidos.

5. Os riscos relativos à sua participação são mínimos, talvez você se sinta constrangido ou incomodado durante a realização das medidas (por ter que mostrar alguma parte do corpo) ou ao responder algumas perguntas. Mas, serão tomados todos os cuidados para evitar qualquer situação perigosa durante sua participação.

6. O sr(a) tem a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a sua saúde ou bem estar físico.

7. As informações que o sr(a) prestar serão confidenciais, ou seja, seu nome não será mencionado e; em caso de divulgação em publicações científicas, os seus dados serão analisados em conjunto.

8. As associações de moradores de cada uma das comunidades quilombolas participantes receberá uma cópia do relatório da pesquisa para que fique disponível para consulta de qualquer morador. Mas, se o sr(a) desejar, poderá pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa com o responsável pela pesquisa.

Consentimento para participação: Eu estou de acordo com a participação no estudo. Eu fui devidamente esclarecido quanto os objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado “SÍNDROME METABÓLICA E FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS QUILOMBOLAS BAIANOS, NORDESTE, BRASIL” desenvolvido pelo doutorando em Educação Física, sob orientação do professor Edio Luiz Petroki (UFSC/SC).

Nome da Participante

COMPROMISSO DO PESQUISADOR Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entendeu os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa. _____,

Assinatura do Pesquisador

Data: __/__/__

Para maiores informações, favor entrar em contato com: Ricardo Franklin de Freitas Mussi. Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Departamento de Ciências Humanas. Campus IV. Colegiado de Educação Física. Rua J. J. Seabra nº158 – Bairro Estação – Jacobina - Bahia – CEP: 44700-000 TELEFAX: (74)3621-3337. E-mail: rimussi@yahoo.com.br tel: (77) 9174-1109.

APÊNDICE C- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARECER



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS QUILOMBOLAS BAIANOS

Pesquisador: Ricardo Mussi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49955715.6.0000.0057

Instituição Proponente: Universidade do Estado da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.386.019

Apresentação do Projeto:

O presente estudo pretenderá analisar o perfil epidemiológico em amostra de adultos quilombolas baianos. Esta pesquisa é caracterizada como de corte transversal, com amostra mínima estimada em 972 adultos (>18 anos), de ambos os sexos, residentes em comunidades quilombolas de diferentes regiões geoeconômicas da Bahia. Para capacitação e calibração das equipes de coleta será realizado curso de formação para o coletadores e estudo piloto em uma comunidade. Após autorização da associação de moradores dos quilombos participantes serão desenvolvidas visitas domiciliares. As coletas consistirão na aplicação de questionário construído para a presente investigação contendo perguntas relativas às características demográficas, sociais e econômicas, quanto ao acesso ao serviço de saúde, ao estilo de vida e outros indicadores de saúde. Ainda serão registrados resultados obtidos pela realização de mensurações antropométricas, verificação da pressão arterial, avaliação postural e coleta sanguínea (para verificação laboratorial dos níveis de glicose, colesterol e triglicérides). As análises estatísticas iniciais versarão sobre a descrição sumarizada das variáveis contínuas e categóricas, também serão realizadas testagens de associação (testes de regressão ou razão de proporção) das DCNT com as variáveis independentes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555

Bairro: Cabula

CEP: 41.195-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3117-2445

Fax: (71)3117-2415

E-mail: cepuneb@uneb.br



- Analisar o perfil epidemiológico, considerando a prevalência de DCNT e os principais fatores antropométricos, sociodemográficos, de estilo de vida, posturais e demais indicadores de saúde associados em amostra de adultos quilombolas baianos.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar as comunidades e as moradias dos quilombolas baianos;
- Descrever os perfis demográficos e socioeconômicos dos quilombolas baianos;
- Definir a prevalência de deficientes físicos em amostra de quilombolas baianos;
- Averiguar os estilos de vida e fatores de risco à saúde entre quilombolas baianos;
- Identificar os problemas posturais e questões associadas que acometem os quilombolas baianos;
- Dimensionar a exposição aos acidentes e às violências em quilombolas baianos;
- Estimar a prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis em quilombolas baianos e os fatores associados;
- Estabelecer os padrões de obesidade e os fatores associados em quilombolas baianos;
- Delinear o perfil bioquímico sanguíneo dos quilombolas baianos, assim como os fatores associados;
- Verificar o perfil dos serviços de saúde, geral e bucal, utilizado pelos quilombolas baianos;
- Determinar a presença e os principais fatores associados aos problemas psicológicos em quilombolas;
- Inferir as medidas de associação entre os desfechos (problemas de saúde) e os principais preditores (fatores que se associam) em adultos quilombolas;
- Verificar a acurácia diagnóstica dos principais preditores para os desfechos investigados em adultos quilombolas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos relativos à sua participação são mínimos, talvez você se sinta constrangido ou incomodado durante a realização das medidas (por ter que mostrar alguma parte do corpo), durante a coleta sanguínea (leve dor pela picada da agulha ou lanceta) ou ao responder algumas perguntas. Mas, serão tomados todos os cuidados para evitar qualquer situação perigosa durante sua participação e caso ocorram, serão tomadas providências imediatas para sua finalização.

Benefícios: O principal benefício desta pesquisa será conhecer a realidade da saúde dos moradores dos quilombos da Bahia, o que pode influenciar na melhoria da sua saúde e dos atendimentos prestados à sua comunidade. É esperado que a identificação dos principais riscos para saúde dos quilombolas baianos permita ações públicas de saúde voltadas para prevenção do adoecimento, além da promoção e recuperação da saúde dos quilombolas, com os gastos e profissionais distribuídos de maneira correta para beneficiar os envolvidos.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB



Continuação do Parecer: 1.386.019

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível.

A metodologia proposta bem como os critérios de inclusão e exclusão e cronograma são compatíveis com os objetivos propostos no projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As declarações apresentadas são condizentes com as Resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos. Os pesquisadores envolvidos com o desenvolvimento do projeto apresentam declarações de compromisso com o desenvolvimento do projeto em consonância com a Resolução 466/12 CNS/MS, bem como com o compromisso com a confidencialidade dos participantes da pesquisa e as autorizações das instituições proponente e coparticipante.

O TCLE apresentado possui uma linguagem clara e acessível aos participantes da pesquisa e atende ao disposto na resolução 466/12 CNS/MS contendo todas as informações necessárias ao esclarecimento do participante sobre a pesquisa bem como os contatos para a retirada de dúvidas sobre o processo

Recomendações:

Recomendamos ao pesquisador atenção aos prazos de encaminhamento dos relatórios parcial e/ou final.

Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555

Bairro: Cabula

CEP: 41.195-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3117-2445

Fax: (71)3117-2415

E-mail: cepuneb@uneb.br



Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos participantes, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos sujeitos da pesquisa tendo respeitado os princípios da autonomia dos participantes da pesquisa, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555

Bairro: Cabula

CEP: 41.195-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3117-2445

Fax: (71)3117-2415

E-mail: cepuneb@uneb.br



Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|---------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_602648.pdf | 30/11/2015 21:56:34 | | Aceito |
| Outros | cartarespostaparecerperfilquilombola.pdf | 30/11/2015 21:56:07 | Ricardo Mussi | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEperfilquilombolacorrigido.pdf | 30/11/2015 21:54:00 | Ricardo Mussi | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoPerfilQuilombola.pdf | 06/10/2015 12:11:18 | Ricardo Mussi | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | declaracoesinstituicoesPerfilquilombola.pdf | 06/10/2015 12:10:09 | Ricardo Mussi | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | declaracoespesquisadoresPerfilquilombola.pdf | 06/10/2015 12:08:25 | Ricardo Mussi | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderostoperfilquilombola.pdf | 06/10/2015 11:58:30 | Ricardo Mussi | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 09 de Janeiro de 2016

Assinado por:

WARLEY KELBER GUSMÃO DE ANDRADE

(Coordenador)