

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 conjugue 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, Clímene 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)
Alguns médicos 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)
Alguns 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,