



ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR QUILOMBOLAS CONTEMPORÂNEOS BAIANOS

Rosilene das Neves Pereira¹

Ricardo Franklin de Freitas Mussi²

Roseanne Montargil Rocha³

Resumo: É importante o entendimento sobre a prestação de serviços de saúde à população negra brasileira. Neste sentido, o presente estudo objetivou verificar como se dá o acesso e a utilização dos serviços de saúde dos quilombolas rurais de região geográfica baiana. Trata-se de um levantamento de base populacional, com informações obtidas pela aplicação de questionários padronizados. A regressão de Poisson testou as associações. Nenhuma comunidade tinha infraestrutura de serviço de saúde em funcionamento e três não tinham cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A maioria dos quilombolas indicaram cadastro domiciliar na Unidade Básica de Saúde, no entanto, o indicativo de visitas mensais dos ACS foi menor que o esperado. No sentido contrário, a maioria citou nunca ter recebido visita de agentes de endemia. Ouve indicação de consulta médica nos últimos 12 meses pela maioria, especialmente entre às mulheres. Os atendimentos demandados nas duas últimas semanas foram obtidos predominantemente em serviços públicos. Assim, o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos quilombolas da região de Guanambi/Bahia ocorrem de maneira desigual devido às barreiras estruturais, restrita disponibilidade de recursos humanos e infraestrutura local.

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

¹ Mestra em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Integrante do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Educação, Cultura e Saúde (GEPEECS/UNEB/CNPq). E-mail: rose.pereira1987@hotmail.com

² Doutor em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente no Departamento de Ciências Humanas e no Programa de Pós-graduação em Ensino, Linguagem e Sociedade da Universidade do Estado da Bahia, Caetité, Bahia. Líder do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Educação, Cultura e Saúde (GEPEECS/UNEB/CNPq). E-mail: rimussi@yahoo.com.br

³ Doutora em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo. Docente no Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz. Docente no Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. E-mail: roseannemontargil@gmail.com



ACCESS AND USE OF HEALTH SERVICES BY BAHIA CONTEMPORARY QUILOMBOLAS

Abstract: Understanding the provision of health services to the black Brazilian population is important. In this sense, the present study aimed to verify how the health services of rural quilombolas in the geographical region of Bahia are accessed and used. It is a population-based survey, with information obtained through the application of standardized questionnaires. Poisson's regression tested the associations. No community had a functioning health service infrastructure and three had no coverage from the Community Health Agents Program. Most quilombola's indicated home registration at the Basic Health Unit, however, the indication for monthly visits by CHWs was less than the expected. Conversely, the majority cited never having been visited by endemic agents. Hears indication of medical consultation in the last 12 months by the majority, especially among women. The services demanded in the last two weeks were obtained predominantly from public services. Thus, access to and use of health services by quilombolas in the Guanambi / Bahia region occurs unevenly due to structural barriers, limited availability of human resources and local infrastructure.

Keywords: Epidemiological Survey. Group with African Continental Ancestry. Access to Health Services. Health of Ethnic Minorities.

ACCESO Y USO DE SERVICIOS DE SALUD POR QUILOMBOLAS CANTEMPORÁNEOS EN BAHIA

Resumen: Comprender la provisión de servicios de salud a la población negra brasileña es importante. En este sentido, el presente estudio tuvo como objetivo verificar cómo se accede y utiliza los servicios de salud de las quilombolas rurales en la región geográfica de Bahía. Es una encuesta basada en la población, con información obtenida mediante la aplicación de cuestionarios estandarizados. La regresión de Poisson probó las asociaciones. Ninguna comunidad tenía una infraestructura de servicios de salud en funcionamiento y tres no tenían cobertura del Programa de Agentes de Salud de la Comunidad. La mayoría de los quilombolas indicaron el registro en el hogar en la Unidad Básica de Salud, sin embargo, la indicación de visitas mensuales por parte de CHW fue menor que esperado. Por el contrario, la mayoría citó nunca haber sido visitada por agentes endémicos. Escucha la indicación de consulta médica en los últimos 12 meses por la mayoría, especialmente entre las mujeres. Los servicios demandados en las últimas dos semanas se obtuvieron principalmente de los servicios públicos. Por lo tanto, el acceso y uso de los servicios de salud por quilombolas en la región de Guanambi/Bahia ocurre de manera desigual debido a las barreras estructurales, la disponibilidad limitada de recursos humanos y la infraestructura local.

Palabras clave: Estudio epidemiológico. Población negra. Acceso a los servicios de salud Salud de las minorías étnicas.

ACCÈS ET UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ PAR LES QUILOMBOLAS CANTEMPORAINS DE BAHIA

Résumé: Comprendre la prestation des services de santé à la population noire du Brésil est important. En ce sens, la présente étude visait à vérifier comment l'accès aux services



de santé et leur utilisation dans la région géographique rurale de quilombo de Bahia. Cette enquête est basée sur la population, avec des informations obtenues en appliquant des questionnaires standardisés. La régression de Poisson a testé les associations. Aucune communauté ne disposait d'une infrastructure de services de santé en activité et trois ne bénéficiaient d'aucune couverture du programme d'agents de santé communautaires. La plupart des quilombolas ont indiqué l'enregistrement domiciliaire de l'unité de santé de base, cependant, l'indicatif de visites mensuelles du Chas plus faible que prévu. Au contraire, la majorité a déclaré n'avoir jamais été visitée par des agents endémiques. Les consultations médicales ont été indiquées au cours des 12 derniers mois par la majorité, en particulier chez les femmes. Les appels demandés au cours des deux dernières semaines ont été obtenus principalement dans les services publics. Ainsi, l'accès et l'utilisation des services de santé par les quilombolas dans la région de Guanambi/Bahia se déroulent de manière inégale en raison d'obstacles structurels, d'une disponibilité limitée de ressources humaines et d'infrastructures locales.

Mots-clés: Enquête épidémiologique. Population noire. L'accès aux services de santé. Santé des minorités ethniques.

INTRODUÇÃO

As diferentes características do sistema de saúde e das populações podem facilitar o acesso ao serviço, mas, para além da disponibilidade dos mesmos, é fundamental que esses sejam utilizados por quem de fato necessita (ADAY, ANDERSEN, 1974).

O acesso indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde (DONABEDIAN, 2003), também reflete a atuação do sistema de saúde na diminuição de obstáculos à obtenção destes serviços pela população (TRAVASSOS, VIACAVA, 2007). Portanto, é mais amplo do que a mera disponibilidade de recursos em determinado local e/ou momento (FEKETE, 1997; TRAVASSOS, MARTINS, 2004). Já o entendimento sobre utilização dos serviços concebe o núcleo do funcionamento dos sistemas de saúde, desse modo, é uma expressão do acesso, mas não se explica apenas por ele (TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

Sabe-se que a população negra adoece mais e morre mais cedo que os brancos (BATISTA *ET AL.*, 2005), ocupando piores posições profissionais e recebendo menores remunerações laborais, residindo em regiões com pouca ou nenhuma infraestrutura e serviços públicos. Diante desse quadro, morrem mais por causas evitáveis e apresentam piores indicadores de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2009; ARAÚJO *et al.*, 2010).

Então, investigações que busquem preenchimento da lacuna referente às iniquidades em saúde conforme a raça-cor emergem como ações políticas antirracistas efetivas e, portanto, relevantes. Pois, permitirão a melhor compreensão dos impactos das



características raciais na produção das disparidades em saúde representa desafio acadêmico e da gestores em saúde pública (LACERDA *et al.*, 2012).

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 que lhes é imposta (KOCHERGIN, PROIETTI, CESAR, 2014), dificultando, por exemplo, a compreensão das condições de acesso/uso aos serviços de saúde por essa população.

Neste sentido, são demandas reflexões sobre o controle do acesso de quilombolas aos serviços de saúde pública brasileira, incluindo questionamentos sobre o racismo institucional, a importância do controle social como mecanismo de luta pela garantia dos direitos à saúde, sobretudo por meio de representatividade nos conselhos de saúde, e o questionamento do modelo de gerenciamento dos sistemas públicos de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2019).

Destarte, ficam evidenciados os impactos das violências estruturais, legado do processo de escravidão e das Leis brasileiras que impõem à população negra condição de subalternidade na sociedade, resultando na permanência da exclusão social, marcada pelo racismo, e a exclusão econômica, evidenciada pelo restrito acesso e menor escolarização, pela pobreza e pela dificuldade no acesso a serviços e bens públicos (THEOPHILO, RATTNER, PEREIRA, 2018).

Nesse sentido, é importante a realização de mais e melhores investigações sobre 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 usuários (BARROS *et al.*, 2016).

Assim, considerando que os demais estudos não enfocam os temas acesso e equidade conjuntamente e numa perspectiva sistêmica 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

Trata-se de um estudo quantitativo 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, 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 km², com 42 quilombos contemporâneos, 40 certificados até o ano de 2016 (BRASIL, 2017), 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 (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2010), com dois adultos (>18 anos) por família, totalizando 6.720 adultos.

O cálculo amostral adotou correção para população finita, prevalência para desfecho desconhecido (50%), intervalo de 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, 1.025 pessoas maiores de 18 anos residiam nestes quilombos no período estudado (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) locados nas 14 respectivas áreas.

Quanto à investigação das condições de saúde da população, as coletas ocorreram 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 oral independente não compuseram a presente análise diante da impossibilidade de apresentarem respostas individuais para as perguntas presentes no questionário, portanto, não atendiam os elegibilidade para o recorte proposto nessa análise.

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 os percentuais de pessoas que: avaliaram a saúde positiva, negativa, regular e ruim; realizaram consulta médica nos últimos 12 meses; procuraram por serviços de saúde nas duas últimas semanas; realizaram atendimento de emergência no domicílio; realizaram consultas em serviço público e privado (considerou-se como público os serviços ofertados pelo SUS); eram 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-se 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

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%.

Quanto a disponibilidade de infraestrutura, um quilombo informou a presença de espaço à prestação de atendimentos em saúde. No entanto, o estabelecimento se encontrava fechado, com estruturas inapropriadas, ausência de recursos humanos e de equipamentos.

Sobre a presença do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), quatro associações indicaram a presença de PACS residentes na própria comunidade. Outras sete comunidades indicaram PACS prestando serviços, mas, não residentes no seu território e três quilombos informaram estarem descobertas quanto a este programa.

Com relação ao uso e acesso (Tabela 1) 82,0% dos quilombolas informaram cadastro de sua residência na USF, enquanto 13,1% não souberam informar se sua residência era cadastrada. Dentre os que citaram cadastro, 88,3% informaram sua ocorrência a mais de um ano. Quanto às visitas domiciliares realizadas pelo ACS, 65,0% afirmaram tê-la recebido mensalmente, enquanto 66,0% indicaram nunca ter recebido serviço de controle de endemias.

Tabela 1. 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)
Não sabe	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	88,2% (586)
Não sabe	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	65,1% (441)
2meses	14,3% (97)
2-4x ano	10,5% (71)
1x ano	6,3% (43)
Nunca	3,5% (24)
Não sabe	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)
Não sabe	0,1% (1)

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Sobre o uso de medicações (Tabela 2) 68,5% dos quilombolas receberam prescrição de algum fármaco no último atendimento. Entre os remédios prescritos 83,1% dos entrevistados obtiveram todos, 11,9% conseguiram alguns e 5,0% não adquiriram nenhum dos medicamentos. Ressalta-se que apenas 22,3% conseguiram obter todos os medicamentos em serviço público.

Tabela 2. 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)
Alguns 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 (2016).

No que refere à avaliação da saúde, 48,8% (41) dos quilombolas indicaram autopercepção positiva, 41,6% (344) regular e 9,5% (79) apresentaram 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, significativamente mais frequente entre as mulheres ($p < 0,001$), sendo essas 33% menos provável ficar mais de um ano sem realizar consulta médica (Tabela 3).

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.

Variáveis	<12 meses % (n)	≥1 ano % (n)	RP (IC 95%)	P-valor*
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				
Adulto	81,0% (473)	81,7% (192)	1,032 (0,783:1,361)	0,823
Idoso	19,0% (111)	18,3% (44)	1	

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Os serviços de saúde (Tabela 4) foram utilizados por 16,5% quilombolas 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, 79,0% não possuíam esta modalidade de cobertura/atendimento. Para estas análises não ocorreram associações estatisticamente significantes com sexo e grupo etário.

Tabela 4- 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	96,4% (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 (2016).



DISCUSSÃO

No presente estudo 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 infraestrutura (SANTOS, SILVA, 2014), denunciando a precarização da assistência. Desse modo, torna-se fundamental reconhecer a necessidade de melhoria da prestação de serviços de saúde para essa população (GOMES *et al.*, 2013) o que vai além da garantia de infraestrutura (SANTOS, SILVA, 2014).

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 família (BRASIL, 2010), 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) (FAUSTO *et al.*, 2014).

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, outros autores 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 quilombolas (CAVALCANTE, SILVA, 2011).

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 Básica (BRASIL, 2015). 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 literatura (GOMES *ET AL.*, 2013), 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”.

Deste modo, percebe-se que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra não vem sendo cumprida, não existindo o atendimento às especificidades e necessidades da população negra, sobretudo a população quilombola (CHEHUEN *et al.*, 2015). Outro motivo que pode corroborar com a subutilização dos serviços de atenção básica, uma vez que esta política não seja efetivada.

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 atendimento (TONHÁ *ET AL.*, 2015). As condições de vida precária em que as populações residentes em comunidades remanescentes de quilombos estão submetidas dificultam o acesso e a utilização dos serviços públicos de saúde, mesmo que garantidos por lei (ALMEIDA *et al.*, 2019).

Nesse contexto, para dirimir esta iniquidade em saúde, 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-se 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, reforça-se 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 áreas (SILVA, DALMASO, 2006).

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 adquirida (BRASIL, 2018), 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.

A presente pesquisa, além de constatar atuação de ACS fora do território, verificou a 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 risco (BRASIL, 2018) 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, nota-se que o acesso se 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 território (STARFIELD, 2002). 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 Brasil (LIMA *et al.*, 2015) 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 sobre 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 (SANTOS, SILVA, 2014; GOMES *et al.*, 2013; BEZERRA *et al.*, 2014; CARDOSO, MELO, FREITAS, 2018) resultados similares aos encontrados no presente estudo. No entanto, é importante ressaltar que indicadores sociodemográficos similares influenciam diferenciadamente as condições de saúde em populações com perfis étnico-raciais distintos, mais desfavoráveis à população negra (LACERDA *et al.*, 2012).

Ao ampliar 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, predominantemente residentes em área rural (70,9%). Notou-se 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%) (MALTA *et al.*, 2016).

Estudos em diferentes populações e regiões (GOMES *et al.*, 2013; CAVALCANTE, GASPAR, GOES, 2012; KASSOUF, 2005; PROSENEWICZ, LIPPI, 2012) têm confirmado a permanência de acesso à assistência médica desigual, desfavorável aos moradores de espaços rurais, que impacta negativamente na plenitude de sua utilização. 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 recebê-los mensalmente e 3,5% informaram nunca ter recebido uma visita destes profissionais. E sobre as visitas dos agentes de endemias quase 70% mencionaram nunca ter recebido visita desse profissional corroborando com o estudo da PNS (KASSOUF, 2005).

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 população (COUTO *et al.*, 2017). 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, alerta-se que é preciso um olhar diferenciado sobre a formação dos ACS, uma vez que esses profissionais são os primeiros contatos da comunidade com o SUS (SILVA, DALMASO, 2006), 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 SUS (STOPA *et al.*, 2017). Essa informação foi similar com o encontrado neste estudo, pois, 68,5% dos que procuraram atendimento relacionado a própria saúde tiveram medicações receitados e destes 83,1 %



conseguiram obter todas. Sobre o local de aquisição dessas medicações, o resultado aponta que a aquisição desses fármacos através do SUS ainda não corresponde à demanda da população.

Resultados similares aos encontrados na presente pesquisa foram observados por outros autores, pois, eles também evidenciaram em 5,4% quilombolas Auto Percepção de Saúde (APS) “muito boa” e em 48,5% APS “Boa”, em 33,6% regular e em 12,4% “Ruim”. Nota-se 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 jovem (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Sobre avaliação de saúde e fatores associados em estudo realizado também no Sudoeste baiano, por meio de análise multivariável, regressão logística ordinal ajustada por sexo e idade e observou-se que a prevalência de autoavaliação negativa de saúde foi 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 meses (FIGUEIREDO, SCHRAIBER, 2011).

Com relação à quando consultou o médico pela última vez, as análises mostraram que a maior parte dos quilombolas afirmaram ter realizado alguma consulta médica nos últimos 12 meses, e que é menos provável as mulheres ficarem mais de um ano sem realizar consulta. No mesmo sentido, outras análises mostraram que as mulheres utilizam mais o serviço de saúde que os homens (DIAS *et al.*, 2016; LEVORATO *et al.*, 2014; MACINTYRE, FORD, HUND, 1999; BIRD, RIEKER, 1999). É possível que esse indicativo resulte da concepção cultura da mulher como principal provedora do cuidado (GUEDES, DAROS, 2009), 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 saúde (DIAS *ET AL.*, 2016) 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, nota-se que esse tipo de atendimento é pouco utilizado pelos quilombolas da Microrregião de Guanambi, Bahia 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. 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 quilombolas (SIQUEIRA, JESUS, CAMARGO, 2016).

Sobre a existência de Plano de Saúde foi constatado que grande parte 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 doença (KASSOUF, 2005). 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 (VIACAVA *et al.*, 2018; VIACAVA, BELLIDO, 2016), 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 trata-se de uma aquiescência do poder público.

Ademais, é importante ressaltar que mesmo a presente pesquisa verificando um alto percentual de indivíduos com domicílios cadastrados nas USF, e frequência



importante de visitas mensais dos ACS, 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.

Neste sentido, 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 saúde (VIEIRA, MONTEIRO, 2013).

Deve-se ter maior atenção à recorrência das dificuldades das populações quilombolas no acesso à saúde pública, e como reflexão, neste processo, considerar a corresponsabilidade dos gestores, usuários e trabalhadores envolvidos neste sistema de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2019). Essa condição é a materialidade do racismo institucional em saúde, esse projeto de sociedade é a causa estrutural motivadora da falta de acesso e, conseqüente, impossibilidade da plena utilização dos serviços de saúde pela população negra quilombola.

Em relação ao presente estudo, verificou-se 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-se que pode 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. Entretanto, como fator positivo tem-se uma amostra representativa da população da microrregião estudada, o que permitiu 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos quilombolas dos municípios da região pesquisada ocorrem de maneira precária e bastante desigual, pois nem todas as



comunidades possuem a presença dos ACS em suas áreas e nenhuma delas conta com o serviço de saúde local, o que gera a necessidade de se deslocar para lugares distantes em busca de atendimento.

É importante ressaltar que a condição limitada de acesso aos serviços básicos de saúde na população quilombola só é melhorada diante da presença do SUS, que se configura, por vezes de maneira exclusiva, como mecanismo de enfrentamento dessa problemática. Portanto, o SUS emerge como instrumento que busca a universalização do acesso e utilização aos serviços de saúde.

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, ainda nota-se a ausência desses serviços de saúde em territórios quilombolas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAY, Lu Ann; ANDERSEN, Ronald. *A framework for the study of access to medical care*. Health Services Research, v.9, n.3, 1974, p.208-220.

ALMEIDA, Claudio Bispo de, et al. *Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira*. Avances en Enfermería, v.37, n.1, 2019, p.27-38.

ARAÚJO, Edna Maria de, 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, 2010, p.116-121.

ARAÚJO, Edna Maria de, et al. *Diferenciais de Raça/Cor da Pele em Anos Potenciais de Vida Perdidos por Causas Externas*. Revista de Saúde Pública, v.43, n.3, 2009, p.405-412.

BARROS, Fernando Passos Cupertino de, et al. *Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada*. Saúde em Debate, v.40, n.110, 2016, p.264-271.

BATISTA, Luís Eduardo, et al. *Mortalidade da população negra adulta no Brasil*. In: BRASIL: Fundação Nacional de Saúde. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília: Funasa; 2005. p.237-314

BEZERRA, Vanessa Moraes, et al. *Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva*. Ciência & Saúde Coletiva, v.19, n.6, 2014, p.1835-1847.

BIRD, Chloe E.; RIEKER, Patricia P. *Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's*. Social Science and Medicine, v.48, n.6, 1999, p.745-755.

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.

BRASIL, Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares. *Quadro das Comunidades Remanescentes de Quilombo Certificadas Pela Fundação Palmares*. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br>. Acessado em: 19 de abril de 2017.

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.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Lei nº 13.595. Atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília, 5 de janeiro de 2018, 197º da Independência e 130º da República. Diário Oficial da União.

CARDOSO, Clarisse Serafim; MELO, Letícia Oliveira de; FREITAS, Daniel Antunes. *Condições de saúde nas comunidades quilombolas*. Revista de Enfermagem UFPE online, v.12, n.4, 2018, p.1037-45.

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 em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazonia), Universidade Federal do Amazonas, Belém, PA, 2011.

CAVALCANTI, Ronald Pereira; GASPARG, Gabriela da Silveira; GOES, Paulo Sávio Angeiras de. *Utilização e acesso aos serviços de saúde bucal do SUS- uma comparação entre populações rurais e urbanas*. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria Clínica Integrada, v.12, n.1, 2012, p.121-126.

CHEHUEN NETO, José Antônio, et al. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional*. Ciência & Saúde Coletiva, v.20, n.6, 2015, p.1909-1916.

COUTO, Érika Marcilla Sousa de, et al. *Agentes comunitários de saúde em comunidades quilombolas: desvelando sua percepção sobre seu papel de educador*. Revista de Enfermagem UFPE online, v.11, Supl.11, 2017, p.4709-4715.

DIAS, Orlene Veloso, et al. *Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde*. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v.11, n.38, 2016, p.1-13.

DONABEDIAN, Avedis. *An introduction to Quality Assurance in Health Care*. Croatian Medical Journal, v.15, n.4, 2003, p.357-358.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues, 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 em Debate, v.38, n.esp., 2014, p.13-33.

Fekete, Maria Christina. *Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde*. In: Santana, José Paranaçuá (org.). *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Organização Pan-Americana Saúde; 1997. p.114-20

FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; SCHRAIBER, Lilia Blima. *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. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, supl.1, 2011, p.935-944.

GUEDES, Olegna de Souza; DAROS, Michele Aparecida. Cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. *Serviço Social em Revista*, v.12, n.1, 2009, p.122-134.

GOMES, Karine de Oliveira, *et al.* Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.29, n.9, 2013, p.1829-1842.

KASSOUF, Ana Lúcia. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Revista de Economia e Sociologia Rural*, v.43, n.1, 2005, p.29-44.

KOCHERGIN, Clavdia Nicolaevna; PROIETTI, Fernando Augusto; CESAR, Cibele Comini. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. *Cad saúde pública*, v.30, n.7, 2014, p.1487-1501.

LACERDA, Roberto dos Santos, *et al.* Fatores que interferem nas disparidades raciais em saúde: impacto do trauma histórico, status socioeconômico e racismo sobre a saúde. *Revista da ABPN*, v.4, n.8, 2012, p.97-113.

LEVORATO, Cleice Daiana, *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.4, 2014, p.1263-1274.

LI, Jijia, *et al.* Urban-rural disparities in health care utilization among Chinese adults from 1993 to 2011. *BMC Health Services Research*, v.18, n.1, 2018, p.102.

LIMA, Sayonara Arruda Vieira, *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*, v.25, n.2, 2015, p.635-656.

MACINTYRE, Sally; FORD, Graeme; HUND, Kate. 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*, v.48, n.1, 1999, p.89-98.

MALTA, Deborah Carvalho, *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.21, n.2, 2016, p.327-338.

OLIVEIRA, Stéphaney Ketllin Mendes, *et al.* Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.20, n.9, 2015, p.2879-2890.

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. *Saúde e Sociedade*, v.21, n.1, 2012, p.219-231.

SANTOS, Renata Carvalho dos; SILVA, Maria Sebastiana. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *Saúde e Sociedade*, v.23, n.3, 2014, p.1049-1063.

Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR). *Comunidades Quilombolas Brasileiras - Regularização Fundiária e Políticas Públicas*. Brasília, 2010.

SILVA, Joana Azevedo; DALMASO, Ana. S. Whitaker. *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.



SIQUEIRA, Samylla Maira Costa; JESUS, Viviane Silva de; CAMARGO, Climene Laura de. *Itinerário Terapêutico em Situações de Urgência e Emergência Pediátrica em uma Comunidade Quilombola*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.21, n.1, 2016, p.179-189.

STARFIELD, Barbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STOPA, Sheila Rizzato, et al. *Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013*. *Revista de Saúde Pública*, v.51, supl.1, 2017, p.3s.

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*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.23, n.11, 2018, p.3505-3516.

TONHÁ, Ana Cléia Margarida, et al. *Acesso aos serviços de saúde nos municípios do entorno sul do Distrito Federal*. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.17, n.2, 2015, p.238-246.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. *Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde*. *Cadernos de Saúde Pública*, v.20, sup.2, 2004, p.S190-S198.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVAL, Francisco. *Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003*. *Cadernos de Saúde Pública*, v.23, n.10, 2007, p.2490-2502.

VIACAVAL, Francisco; BELLIDO, Jaime G. *Health, access to services and sources of payment, according to household surveys*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.21, n.2, 2016, p.351-370.

VIACAVAL, Francisco, et al. *SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.23, n.6, 2018, p.1751-1762.

VIEIRA, Ana Beatriz Duarte; MONTEIRO, Pedro Sadi. *Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção Quilombola*. *Saúde em Debate*, v.37, n.99, p.610-618, 2013.

Recebido 30/11/2019

Aprovado em: 30/01/2020