



Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica¹

Access and use of health services in black quilombola population: a bibliographic analysis

Rosilene das Neves Pereira

 <https://orcid.org/0000-0002-7681-8381>

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
rose.pereira1987@hotmail.com

Ricardo Franklin de Freitas Mussi

 <http://orcid.org/0000-0003-1515-9121>

Universidade do Estado da Bahia- Campus
XII- Guanami/BA
rimmussi@yahoo.com.br

DOI: 10.22481/odeere.v5i10.6938

RESUMO:

O período escravocrata brasileiro deixou marcas profundas nas populações negras e quilombolas. Este sistema contribuiu para um cenário racista que fomenta injustiças sociais e em saúde. Nesse sentido, o presente texto objetiva investigar na literatura científica o acesso e a utilização dos serviços de saúde pela população negra e quilombola. A partir de uma revisão de literatura do tipo descritiva narrativa. A busca das publicações ocorreu na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e no Google Acadêmico. Foram selecionadas 39 publicações entre os anos de 2016 e 2018 organizadas nas seguintes categorias: acesso e utilização dos serviços de saúde pela população negra e quilombola e suas principais

morbidades; implicações geográficas e fatores influenciadores no acesso e utilização dos serviços de saúde. As análises indicam que o acesso e utilização dos serviços de saúde pelas populações negras e quilombolas brasileiras sofrem mais importantemente os efeitos nocivos dos marcadores sociais, espaciais, de gênero, de classe socioeconômica e principalmente quanto ao pertencimento étnico-racial. A dificuldade de acesso e utilização dos serviços de saúde pelas populações negras e quilombolas brasileiras repercute as iniquidades, resultando no agravamento de processos de adoecimentos de ordem crônica, como Diabetes e hipertensão, e problemas de qualidade assistencial, como no acompanhamento pré-natal.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso e Utilização; Comunidade quilombola; População Negra; Saúde.

ABSTRACT:

The Brazilian slavery period left profound marks on black and quilombola populations. This system contributes to a racist scenario that fosters social and health injustices. In this sense, this text aims to investigate in the scientific literature the access and use of health services by the black and quilombola population. From a descriptive narrative literature review. The search for publications took place in the Virtual Health Library (VHL) and in Google Scholar. 39 publications were selected between the years 2016 and 2018 organized in the following categories: access and use of health services by the black and quilombola population and their main morbidities; geographical implications and influencing factors in the access and use of health services. The analyzes indicate that the access and use of health services by black and quilombola populations in Brazil suffer most significantly from the harmful effects of social, spatial, gender, socioeconomic class markers and especially regarding ethnic-racial belonging. The difficulty of access and use of health services by black and quilombola populations in Brazil reflects inequities, resulting in the aggravation of processes of chronic illnesses, such as Diabetes and hypertension, and problems with care quality, such as prenatal care.

KEYWORDS: Access and Use; Quilombola Community; Black population; Cheers.

1. INTRODUÇÃO

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

Neste sentido, é importante citar que as comunidades quilombolas são determinadas através de critérios de autodefinição identitária e reconhecimento de suas heranças ancestrais na escravidão. Ressalta-se que até aproximadamente cem anos após a assinatura da Lei Aurea, os quilombos ainda eram considerados locais com grandes concentrações de negros que se rebelaram contra o regime escravocrata-colonial. No entanto, a partir da Constituição Federal de 1988 o termo “quilombo” teve seu conceito ampliado passando a ser entendido como comunidades remanescentes com importante legado histórico e cultural diante das transmissões dos valores éticos e morais, dos saberes presentes em suas manifestações culturais, pelas tradições e pelo respeito à ancestralidade¹

A vulnerabilidade é caracterizada em complexos processos de fragilização biossocial que traduzem, de maneira inextrincável, valores biológicos, sociais e existenciais². Assim, o entendimento do processo saúde-doença da população negra quilombola exige, sobretudo, a compreensão dos entraves ao acesso à saúde, relacionado ao legado racista histórico, gerador de iniquidades brasileira, configurando um importante instrumento de vulnerabilização dos sujeitos.

Dessa maneira, a melhoria do acesso à saúde depende de políticas públicas que buscam a promoção da equidade, por meio da atenção inclusiva, especialmente a grupos vulneráveis, como às comunidades quilombolas brasileiros³ e população negra em geral, devido a exposição a morbimortalidades específicas e ao racismo institucional.

¹ BRASIL. **DECRETO Nº 4.887, DE 20 DE NOVEMBRO DE 2003**. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

² MALAGÓN-OVIEDO, R.A.; CZERESNIA, D. The concept of vulnerability and its biosocial nature. *Interface (Botucatu)*. v.19, n.53, 2015, (237-49).

³ FREITAS, D.A. et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev. CEFAC*. v.13, n.5, 2011, (937-943).

O racismo institucional é conceituado como o fracasso das instituições e organizações em fornecer um serviço profissional inadequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica, desse modo, ele se desdobra em normas, práticas e condutas discriminatórias empreendidas no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, falta de atenção, ignorância, entre outros⁴.

Destarte, o racismo brasileiro é estrutural, sustentado e nutrido pela tradição e pela cultura com resquícios escravocratas. Assim, o funcionamento institucional explicita as relações constituídas entre gestores/poder público, profissionais e usuários. Desse modo, seus mecanismos de planejamento e implementação das políticas públicas impactam na oferta e desenvolvimento do cuidado e serviços de saúde.

O reconhecimento das desigualdades raciais e do racismo em saúde permitiram avanços em prol da equidade na saúde pública, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e as Secretarias Especiais de Reparação e Grupos de Trabalho em Saúde⁵ implementadas nas primeiras gestões Estatais do século XXI.

Demarcar o período político de ascensão das ações afirmativas é importante para debate histórico dos governos que contribuíram para a redução e/ou ampliação das desigualdades raciais no Brasil. Desse modo, analisar essa conjuntura contribui no pensar e repensar as melhorias nas políticas de saúde do país, mais especificamente para as populações em situação de vulnerabilidade, visto que 'a garantia do acesso universal no SUS depende da identificação de eventuais barreiras vinculadas a características e necessidades da população. Nesse sentido, conhecer suas diferenças/heterogeneidade remete necessariamente a outro princípio básico do SUS que é a equidade'⁶.

“A equidade se apresenta no cenário técnico-científico e político como o princípio fundamental para a elaboração de políticas que superem o racismo e

⁴ PROGRAMA DE COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL (PCRI). Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. Identificação e abordagem do racismo institucional- PCRI, Brasília, 2006.

⁵ ARAÚJO, E. M. et al. Desigualdades em Saúde e raça/Cor da Pele: revisão da literatura do Brasil e dos Estados Unidos 1996-2005. *Saúde Coletiva*, v.40, n.40, 2010, (116-121).

⁶ TRAD, L.A.B. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador. Brasil. *Rev Saúde Pública*.v.46, n.6, 2012, (1007-13).

sexismo no campo da saúde”⁷. Logo, para o alcance desse princípio é necessário tratar os menos favorecidos de maneira desigual, objetivando o alcance futuro da igualdade. Então, no contexto das populações negras, incluindo os quilombolas, são necessárias políticas que contemple as demandas específicas desses povos.

O Ministério da Saúde (MS) reconhece através da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) e da PNSIPN, a presença de condicionantes diferenciados no processo saúde/doença nessas populações⁸⁻⁹. Entretanto, vale destacar que essas políticas por si só e a criação de programas como o Brasil Quilombola não parecem suficientes para abarcar todas as demandas do povo negro e, tão pouco, dos residentes em quilombos. Mas, representam conquistas importantes que precisam ser mencionadas.

Nesse contexto, é válido evidenciar que a criação de tais políticas e programas resulta de históricas reivindicações da população negra e de movimentos sociais, que sempre estiveram na linha de frente na luta pelo acesso adequado ao sistema de saúde, tendo participado dos processos que geraram a Reforma Sanitária e a criação do SUS. Entretanto, verifica-se que essa presença histórica pela concepção de um sistema universal de saúde pautado na integralidade, equidade e participação social, não foi suficiente para inserir mecanismos explícitos de superação das barreiras racistas enfrentadas pela população negra no acesso à saúde¹⁰.

A insuficiência desses mecanismos parece proposital para dificultar o acesso equitativo entre as populações vulneráveis como pretos e quilombolas e as populações ditas privilegiadas. A esse respeito autores ressaltam que a referência aos grupos negros exige olhar atento e direcionado para a invisibilidade

⁷ SOUZAS, R. Movimento de Mulheres Negras e a Saúde. Análise documental sobre a reivindicação de inclusão do quesito cor no sistema de informação à saúde. *Saúde Coletiva*. v. 40, n. 7, 2010, (110-115).

⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed.; 1. reimp. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013 a.

⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

¹⁰ WERNECK. J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc. São Paulo*, v.25, n.3, 2016, (535-549).

propositada pela história oficial do país, fruto de uma ideologia que buscou ignorar os efeitos da escravidão ao longo do tempo¹¹.

Assim, verifica-se que até mesmo nas produções científicas sobre a temática racismo e saúde existe certa escassez de estudos¹², bem como pesquisas para caracterizar os aspectos epidemiológicos, sócio-demográficos e ecológicos¹³, o que reforça a importância de ampliar discussão sobre condições de saúde quilombola nas produções acadêmicas. Partindo dessa concepção, e considerando os entraves para a promoção da saúde nos quilombos é que a presente pesquisa surge com o objetivo investigar na literatura científica o acesso e a utilização dos serviços de saúde pela população negra e quilombola.

2. METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa descritiva. Para compilar as publicações inicialmente foram realizadas buscas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e no Google Acadêmico utilizando os seguintes termos: “uso”, “acesso” e “acessibilidade” dos quilombolas aos serviços de Saúde, permitindo a princípio seleção de seis publicações.

Diante da compreensão em buscar outros aspectos de saúde e doença nos diferentes estratos da população em questão, foi realizada segunda busca na BVS utilizando os seguintes termos: “serviços de saúde” e “População quilombola e negra”; “serviços de saúde e Mulheres quilombolas” e depois, apenas os termos “Mulheres quilombolas” e “Homens quilombolas”.

Essa busca permitiu a seleção de onze artigos, uma monografia e três dissertações no Google Acadêmico e 18 produções na BVS totalizando 33 publicações que quando somadas aos seis artigos sobre acesso e utilização encontrou um total final de 39.

¹¹ SCHMITT, A. et al. A atualização do conceito de quilombo: identidade e território nas definições teóricas. *Revista Ambiente & Sociedade*. v. 5, n. 10, 2002, (129-136).

¹² TRAVASSOS C, B. L. Qual é a agenda para o combate à discriminação no SUS? *CadSaude Publica*. v. 27, n.2, 2011 (204-5).

¹³ SILVA, M.H.P; BATISTA, C.B. Assistência à saúde em comunidades quilombolas: revisão sistemática. Monografia. (Trabalho de Conclusão do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia)- (FMB). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca na literatura possibilitou a compilação de vários estudos conforme descrito anteriormente e a partir da análise destes foi possível elencar as seguintes categorias para discussão, a saber: acesso e utilização dos serviços de saúde pela população negra e quilombola e suas principais morbidades; implicações geográficas e fatores influenciadores no acesso e utilização dos serviços de saúde

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

Inquérito de saúde, realizado em 2011, que analisou o uso de serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista/Bahia, demonstrou sua subutilização pelos participantes, sinalizando a necessidade de ajustes/melhoria na prestação de serviços de saúde a essa população¹⁴. Outro estudo, desenvolvido no Estado de Goiás, demonstrou a persistência de fragilidades em questões sociais e de saúde, diante da dificuldade de promoção dos processos inclusivos de universalidade e equidade em saúde para a população¹⁵. Esse último estudo indica que existe acesso dificultado aos serviços de saúde para os quilombolas, ou seja, o serviço não aparece tão disponível como se imagina, contestando o entendimento de subutilização citado por outros autores.

Análise sobre acesso e qualidade da assistência de saúde segundo raça-cor da pele constatou indicativo de condição precária, apesar da escassez de publicações, direcionada a negros e indígenas¹⁶. Dessa maneira, reforça-se a importância de políticas públicas de combate à desigualdade social e de saúde

¹⁴ GOMES, K. O. et al., Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.29, n.9, 2013, (1829-1842).

¹⁵ VIEIRA, A.B.D; MONTEIRO, P.S. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção Quilombola. *Saúde em Debate*. v. 37, n. 99, 2013, (610-618).

¹⁶ CRUZ, J. C. F. da. Avaliação sobre acesso e qualidade da assistência de saúde para clientes brancos e negros - nota prévia. *Rev Paul Enferm*. v. 23, n.1, 2004, (76-82).

para correção das iniquidades e garantia da equidade a essas comunidades¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹.

É importante ressaltar que o acesso desigual permeia questões de gênero e etnia, envolvendo variados mecanismos de opressão que se interpõem nos processos de saúde. Destarte, estudo analisou diferenças na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS segundo raça/cor, e evidenciou que as mulheres de raça/cor preta/parda apresentaram piores condições socioeconômicas, na assistência ao pré-natal e na assistência ao parto²⁰.

As injustiças e desigualdades ocorrem de maneira interseccional na saúde e na sociedade, ou seja, sustentam-se em uma base multidimensional, com racismo, sexismo, classismo, xenofobia, homofobia, transfobia, entre outros tipos de opressões interagindo em níveis múltiplos e simultâneos²¹. Essas questões impactam diretamente no cotidiano dos oprimidos e discriminados, inclusive no acesso as instituições de saúde, como no caso das mulheres pretas que sofrem pelo sexismo e racismo.

Essa concepção auxilia na explicação dos Porquês de mulheres negras apresentarem piores condições de saúde, receberem menos anestesia que mulheres brancas e sofrerem mais violência obstétrica. Não se trata de perspectiva romancialasca que as indica como mais fortes. Essa concepção é legado de um conhecimento médico violentamente fundamentado em visões racistas instituídos a partir de experimentos com mulheres negras escravizadas nos Estados Unidos²².

Estigma corporal e racial perdura nas práticas de saúde justificados nas desigualdades na maneira de tratar e assistir mulheres segundo a cor da pele.

¹⁷ SILVA, M. J. G. et al. Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/ HIV/aids por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil. *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, supl.2, 2010, (109-120).

¹⁸ BEZERRA, V. M, 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, (1835-1847).

¹⁹ KOCHERGIN, C. N. et al. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n.7, 2014, (1487-1501).

²⁰ THEOPHILO, R.L. et al. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção pré-natal e parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Cien. Saude Colet.* v. 23, n.11, 2017, (3505-3516). Acessado em 29/11/2018.

²¹ CRENSHAW, K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color, *Stanford Law Review* 43, 1991, (1241-99).

²² WASHINGTON, H. A. *Medical apartheid: The dark history of medical experimentation on black americans from colonial times to the present.* Estados Unidos: Doubleday, 2007.

Estudo de base populacional brasileiro que avaliou as iniquidades na atenção pré-natal e parto de acordo com a raça/cor pareando os escores de propensão identificou disparidades raciais no processo de atenção à gestação e ao parto. As mulheres pretas/pardas receberam pior cuidado, apresentando maior risco de pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhante, peregrinação para o parto e menos anestesia local para episiotomia²³.

Essas evidências reforçam o entendimento que os mecanismos racistas de exclusão institucional se tornaram entraves para o acesso a saúde, ampliando a precarização do cuidado ofertado às mulheres negras e quilombolas. Sobre esse quesito um estudo que analisou o acesso e utilização de serviços de saúde de Atenção Básica por mulheres quilombolas de Porto da Pedra/Maragogipe/Bahia, constatou desconhecimento e dificuldades de acesso para o acompanhamento do pré-natal, dificuldade para a marcação de consultas e realização de exames básicos, racismo institucional, dificuldades no acesso e utilização dos serviços devido à localização do território, ausência de meio de transporte rápido e adequado, bem como dificuldades para a realização do parto e assistência pós-parto²⁴.

O impacto do racismo velado presente nas instituições de saúde é imenso e perpassa por toda linha de cuidado da mulher. Estudo, desenvolvido com mulheres moradoras do Quilombo Campinho da Independência/Paraty/Rio de Janeiro apontou baixa participação das mulheres nas ações de planejamento familiar e problemas de qualidade na assistência à saúde²⁵. E outra pesquisa em Salvador/BA ainda demonstrou associação entre raça/cor e acesso aos cuidados pré-natais e de parto no SUS com diferença estatisticamente significativa para a variável "acompanhante no parto" e ter anemia antes da gestação, sendo a anemia um

²³ LEAL, M.C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. v. 33, 2017, (1-17).

²⁴ PEREIRA, C.O.J. Acesso e utilização dos serviços de saúde por mulheres quilombolas para promoção da saúde reprodutiva. 113f. 2016. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo) – Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

²⁵ CARTOLANO, L.C. As relações de gênero e raça na saúde: Um estudo do acesso aos serviços de contracepção e prevenção de câncer de colo uterino numa comunidade quilombola. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

importante marcador para complicações na gestação, o que requer uma adequação da assistência prestada à essas mulheres negras, como por exemplo, um acompanhamento em serviço especializado²⁶.

No tocante à saúde do homem e as questões étnicas um estudo desenvolvido na Filadélfia acerca das diferenças raciais no acesso ao cuidado do câncer de próstata constatou que aproximadamente 85% dos homens receberam tratamento definitivo sem diferenças observadas por raça. No entanto, homens negros eram menos propensos a reportar alta qualidade de atendimento e boa comunicação médico-paciente em comparação com homens brancos²⁷.

No quesito raça e mortalidade por câncer de próstata em sistemas de saúde de acesso igual, uma pesquisa foi desenvolvida a partir de relatórios relacionados à saúde entre os homens negros e brancos diagnosticados com câncer de próstata e os resultados foram semelhantes para ambos, desconsiderando os fatores socioeconômicos e clínicos nas análises²⁸.

Os estudos referentes à saúde do homem negro ainda aparece escassos na literatura. Entretanto, a partir dos apontamentos existentes nas poucas pesquisas é possível afirmar persistência de iniquidades em saúde entre homens brancos e pretos.

No intuito de evidenciar as diferenças existentes entre sexo e fatores associados à depressão, pesquisa de base populacional em 5 comunidades quilombolas de Vitória da Conquista/Bahia constatou que os fatores associados à depressão para homens são: diagnóstico prévio de doença crônica, autoavaliação de saúde ruim/muito ruim e acesso ruim aos serviços de saúde, enquanto para as mulheres, os fatores associados foram diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico, autoavaliação de saúde ruim/muito ruim, histórico de tabagismo e se autodeclarar como não negra. Nesse sentido, os autores salientam que os fatores associados à depressão diferem entre homens e mulheres e

²⁶ RODRIGUES, Q.P; NASCIMENTO, R.E. Desigualdades raciais no acesso de mulheres ao cuidado pré-natal e no parto. Dissertação (Mestrado em Enfermagem com área de concentração em gênero, cuidado e administração em saúde) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem – Salvador, 2009.

²⁷ POLLACK, C.E et al. Uma visão multidimensional das diferenças raciais no acesso ao cuidado do câncer de próstata. *PMC*. v.123, n. 22, 2017, (4449-4457). Acessado em 23/08/2017.

²⁸ GRAHAM-STEED, T. et al. 'Race' and Prostate Cancer Mortality in Equal-access Health care Systems. *The American Journal of Medicine*, v.126, n. 2, 2013, (1084 – 1088).

precisam ser considerados nas intervenções para combater a depressão nessa população²⁹.

A cor da pele é um quesito para evidenciar lacunas no atendimento no SUS e quando associado ao sexo, a predisposição para algumas doenças pode ser maior. Estudo com subgrupo populacional em Salvador/Bahia identificou associação entre cor da pele autorreferida e Síndrome Metabólica (SM) onde ser negro foi fator de risco para as mulheres e de proteção para os homens³⁰.

Esse achado parece importante para que ocorra mudança na perspectiva de tratamento dos sujeitos, pois, mesmo residindo na mesma localidade, possuindo a mesma raça/cor, cada pessoa possui suas singularidades e precisa ser tratado sob a ótica holística do cuidado, porque é justamente a fuga desse campo de visão que traz o adoecimento.

Quanto às morbidades presentes nos quilombolas um estudo realizado na cidade de Vitória da Conquista - Bahia, constatou uma alta prevalência de hipertensão arterial (HA) nos indivíduos estudados reforçando assim, a necessidade de um amplo acesso aos serviços de saúde para prevenção, diagnóstico precoce e orientações para o manejo adequado de tal patologia³¹. Outro estudo também foi desenvolvido em uma Comunidade Quilombola - Boca da Mata-- (Maranhão), no período de dezembro de 2013 a abril de 2014, com 67 famílias e os resultados apontaram que existe uma alta prevalência de quilombolas com níveis pressóricos elevados³². Em indivíduos maiores de 18 anos a HA esteve associada ao sexo feminino, idade, menor escolaridade, maior renda, uso de medicamentos nos últimos 15 dias, obesidade e diabetes mellitus³³.

Esses resultados apontam para a necessidade do reconhecimento de como as desigualdades raciais e do racismo em saúde amplia o adoecimento do indivíduo quilombola, pois, além de problemas de saúde relacionados à HAS, as

²⁹ BARROSO, S.M, et al. Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas. *Rev Bras Epidemiol*. v.18, n. 2, 2015, (503-514). Acessado em 15/06/2018.

³⁰ BARBOSA, P. J. B, et al. Influência da cor de pele auto-referida na prevalência da síndrome metabólica numa população urbana do Brasil. *Arq. Bras. Cardiol*. v.94, n.1, 2010, (34-40).

³¹ BEZERRA, V.M, et al. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*. v. 29, n.9, 2013, (1889-1902). Acessado em 14/04/2017.

³² BELFORT, I.K.P, et al. Elevação de níveis pressóricos em uma Comunidade Quilombola. *Rev. Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, v.30, n.3, 2017, (1-8).

³³ SILVA, T.S.S. et al. Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Colet*. v.24, n.3, 2016, (376-383).

pesquisas vêm mostrando o aumento de morbidades também de ordem crônica como a obesidade e o diabetes. Uma pesquisa estimou a prevalência e os fatores associados à obesidade em idosos residentes em comunidades quilombolas no sudoeste da Bahia e evidenciou que esta morbidade aparece como sendo elevada nessa população³⁴.

No que tange ao Diabetes Mellitus (DM), outro estudo realizado em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista-Bahia, constatou que de 548 indivíduos estudados, 42,6% (231) relataram não ter realizado teste de glicemia ou tê-lo realizado há mais de três anos, representando uma perda importante de Diagnóstico Oportunista de Diabetes (PDO). Esse resultado por sua vez, foi associado à baixa utilização e pior marcador de acesso dessa população aos serviços de saúde, desse modo, apontando que ações direcionadas ao diagnóstico e prevenção de DM devem ser priorizadas nessas populações bem como incluir capacitação, treinamento das equipes de saúde da família e melhoria da estrutura e atenção nas unidades de saúde³⁵.

De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde, mais de 16 milhões de brasileiros adultos (8,1%) sofrem de diabetes e a doença mata 72 mil pessoas por ano no país. O relatório ainda apontou que 422 milhões de adultos em todo o mundo viviam com diabetes em 2014, o que equivale a quatro vezes mais do que em 1980³⁶.

No que refere à Hipertensão Arterial, dados estadunidenses mostraram que em 2015 a doença estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM); 77% de Acidente Vascular Cerebral (AVC); 75% com Insuficiência Cardíaca (IC) e 60% com Doença Arterial Periférica (DAP)³⁷. A HAS é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes

³⁴ SOARES, D.A; KOCHERGIN, C.N. Fatores associados à obesidade em idosos quilombolas, Bahia, Brasil. *Rev. APS*. v. 20, n. 2, 2017, (174 -184).

³⁵ SOUZA, C. L. et al. Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.19, n.6, 2014, (1653-1662).

³⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Agência Brasil Empresa Brasil de Comunicação S/A (EBC). OMS: número de adultos com diabetes quadruplicou desde 1980. Genebra- notícias. Disponível em<: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2016-04/oms-numero-de-adultos-com-diabetes-quadruplicou-desde-1980>>. Acessado em 17/08/2016.

³⁷ MOZAFFARIAN, D.et al. American Heart Association Statistics Committeeand Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics- 2015: update a report from the American Heart Association. *Circulation*. v.131, n. 4, 2015, (29-322).

de Acidente Vascular Encefálico (AVE) ³⁸. No Brasil ela atinge 32,5 % de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por Doença Cardiovascular (DCV) ³⁹.

Esses dados só comprovam a gravidade dos problemas crônicos em especial à população idosa e quando se relaciona às questões étnicas e falta de acesso aos serviços de saúde esse problema tende a aumentar como pode ser constatado nos estudos a seguir.

Um estudo menor desenvolvido com uma amostra de 55 pessoas evidenciou que nesse grupo estudado existiu um total de 87,08% de adultos que apresentaram problemas crônicos relacionados ao sistema digestivo, 50,9% apresentaram doenças de pele, 48,08% apresentaram algum nível de pré-hipertensão ou hipertensão arterial e 43,63% tiveram afecções oftalmológicas⁴⁰. Na perspectiva de análise dos comportamentos de risco, alguns autores evidenciaram elevada prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis também em quilombolas sendo notado elevado consumo de refrigerante; carne com gordura; frango com pele; baixo consumo de frutas; uso de sal diretamente no prato; tabagismo; uso excessivo de bebidas alcoólicas; sedentarismo e excesso de peso⁴¹.

Conforme apontamentos nos estudos, os quilombolas tem apresentado modificações no modo de vida que repercute na sua saúde como todo, mas tais mudanças não devem ser encaradas com julgamentos e recriminação, é preciso entender o contexto de vida destes e discutir possibilidades de enfrentamento de tais problemas que não perpassam apenas pelo excesso, mas também pela carência.

³⁸ LIM, S. S. et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990- 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*.v.380, 2012, (2224-2260). Erratum in: *Lancet*. v.380, n. 9859, 2013, (2224-2260).

³⁹ SCALA, L.C. et al. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: Moreira SM; Paola AV; Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2015, (780-5).

⁴⁰ MELO, M.F.T; SILVA, H.P. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Revista da ABPN*. v. 7, n.16, 2015,(168-189) . Disponível em: <<http://abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/103>>. Acessado em 22/04/2018.

⁴¹ OLIVEIRA, S. M; CALDEIRA, A.P. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. *Cad. Saúde Colet*.v. 24, n.4, 2016, (420-427). Acessado em 13//06/2018.

No tocante ao público infantil foi avaliado o crescimento de crianças de três comunidades quilombolas do Estado do Pará e os resultados apontaram que estas apresentaram dificuldades em atingir seus potenciais de crescimento, fato esse relacionado com as características sócio-demográficas, sanitárias e ecológicas nas quais estes indivíduos estão inseridos. Na mesma perspectiva também pode verificar existência de casos de desnutrição e excesso de peso em algumas crianças dessa região⁴².

Sobre o uso do álcool estudo mostra que o consumo excessivo dessa droga aumenta com o grau de escolaridade, sendo mais prevalente entre indivíduos quilombolas que possuem pelo menos oito anos de estudo, os fumantes e os que exercem atividade laborativa⁴³. Ainda no que tange ao significado atribuído ao uso dessa droga por jovens, estudo ressalta que as poucas atividades de lazer, o preconceito sofrido por serem negros/as e/ou quilombolas e os efeitos dos marcadores sociais, gênero, classe e raça/etnia nas vivências desses jovens tem repercutido e reforçado o etilismo⁴⁴.

Desse modo, compreender que existem fatores de se interpõem e reforçam mecanismo de adoecimento é importante e imprescindível para modificar alguns cenários. Nesse sentido, as condutas de prevenção e promoção da saúde mental precisam ser desenvolvidas em diferentes espaços na tentativa de atenuar problemas psicológicos e uso excessivo de álcool em população quilombola e negra.

Quanto ao uso do cigarro, um estudo prospectivo de coorte foi desenvolvido com gestantes em clínicas públicas de atenção primária à saúde no Estado de São Paulo entre os anos de 2005 e 2006 e constatou diferenças étnicas na prevalência e probabilidade de tabagismo durante a gravidez, sendo as mulheres negras quase duas vezes mais prováveis (OR = 1,96; IC 95%: 1,14-3,36) fumar em

⁴² GUIMARÃES, R.C.R; SILVA, H.P. Estado nutricional e crescimento de crianças quilombolas de diferentes comunidades do Estado do Pará. *Amazônica, Rev. de Antrop.* (Online), v. 7, n.1, 2015, (186-209).

⁴³ CARDOSO, L.G.V, et al. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Ciê. & Saúde Coletiva*, v. 20, n.3, 2015, (809-820).

⁴⁴ SILVA, R, A; MENEZES, J.A. Os significados do uso de álcool entre jovens quilombolas. *Revista Latino americana de Ciências Sociales, Niñez y Juventud*. v.14 n.1, 2016, (493-504). Acessado em 19/05/2018.

comparação com mulheres brancas⁴⁵.

Esses últimos dados reforçam a necessidade de Educação em Saúde e maior acompanhamento da Atenção Básica através da oferta de orientações sobre comportamento de risco e escuta qualificada das realidades desses sujeitos, para assim traçar medidas assertivas que atenuem os efeitos nocivos do uso do cigarro e outras drogas nesse público sinalizado como mais vulnerável.

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

Na perspectiva do acesso e utilização dos serviços de saúde considerando o contexto de suas extensões, o acesso aos serviços de saúde pode ser compreendido a partir de quatro dimensões que são: a geográfica, a funcional, a cultural e econômica⁴⁶. Essas dimensões por sua vez no contexto quilombola podem reforçar as dificuldades ou reduzir as oportunidades desses indivíduos terem maior acesso e acessibilidade a todos os níveis de complexidade de assistência à saúde como mostra o estudo a seguir desenvolvido em área rural.

A utilização dos serviços de Atenção Primária a Saúde (APS) pela população rural é sinalizada na literatura pela não garantia efetiva do acesso aos bens de saúde e nem a disponibilização da APS próxima do domicílio para esta população⁴⁷. Já quando se analisa o acesso e a utilização dos serviços de APS no contexto da população urbana é possível ponderar que esse serviço não se constitui um problema para a maioria dos entrevistados. Notou ainda que em geral, os indivíduos receberam atendimento e medicação gratuita e apenas uma

⁴⁵ TABB, K.M. et al. Ethnic Differences in Tobacco Use During Pregnancy: Findings From a Primary Care Sample in São Paulo, Brazil. *Ethnicity&health* v. 20, n.2, 2015, (209–217).

⁴⁶ 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 Saúde e Sociedade). Universidade Federal do Pará. Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia, Belém/ Pará, 2011.

⁴⁷ VIEIRA, E.W.RW. Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2010.

parcela dos entrevistados não foi atendida no primeiro momento que buscou atendimento⁴⁸.

Esses dois estudos evidenciam que existe um grau de dificuldade maior para indivíduos que residem no meio rural acessarem os serviços de saúde que aqueles residentes em meio urbano, entretanto, em dado momento os motivos da procura pelo serviço pode ser o mesmo, mas variável como escolaridade também parece interferir na garantia do acesso conforme mostra a pesquisa a seguir.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 1998, analisou os determinantes da procura por atendimento à saúde devido à doença, nas áreas urbana e rural do país e mostrou que o fator mais importante na determinação da procura por atendimento à saúde foi o estado de saúde do indivíduo, tanto na área urbana quanto no meio rural e o nível de escolaridade teve grande impacto em reduzir a procura por serviços de saúde na área urbana⁴⁹.

Embora exista uma motivação que converge na busca pelo serviço, a literatura mostra que há disparidades urbano-rural na utilização de cuidados de saúde que precisam ser discutidas com maior profundidade.

Um estudo internacional verificou uma menor utilização de todos os tipos de serviços de saúde na área rural, desse modo, alertando para a necessidade de uma abordagem abrangente para alcançar e manter a equidade na utilização da saúde⁵⁰. Comparando a utilização e acesso aos serviços de saúde entre populações brasileiras outra pesquisa analisou os determinantes do acesso e das diferenças entre áreas urbanas e rurais nos anos de 1998 a 2008 e evidenciou que a desigualdade de acesso continua elevada e maior nas áreas rurais⁵¹.

É importante frisar que o cenário rural inclui povos com diferentes realidades, desde povos de terreiros até ribeirinhos, entre outros, mas as dificuldades no acesso à saúde são sempre apresentadas como algo pertinente nesses espaços. Estudo

⁴⁸ DUTRA, I. R. Acesso e Utilização aos Serviços de Atenção Primária à Saúde pela População Urbana no Município de Jequitinhonha, Minas Gerais. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

⁴⁹ KASSOUF, A.L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Rev. Econ. Sociol. Rural.* v.43, n.1, 2005, (29-44).

⁵⁰ LI, J. et al. Urban-rural disparities in health care utilization among Chinese adults from 1993 to 2011. *BMC Health Serv Res.* v.18, n. 102, 2018, (01-09).

⁵¹ ARRUDA, N.N, et al. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública* v.34, n6, 2018, (0021-3816). Acessado em 13/11/2018.

desenvolvido com pescadores ribeirinhos do Rio Machado de Ji-Paraná, RO apontou dificuldades no acesso aos serviços de saúde da rede pública e deficiência no saneamento básico, além de sérios problemas de saúde da população, como dores na coluna, nas pernas, musculares, cãibras, problemas de visão, dor de cabeça, gripe e doenças de pele⁵².

Para além das comunidades rurais ribeirinhas e quilombolas, as desigualdades em saúde podem estar presentes em diferentes regiões de um país e isso pode ser constatado na pesquisa Nacional de Saúde, a qual mostra que as pessoas residentes nas regiões Sul e Sudeste continuam sendo as que possuem maior acesso aos serviços de saúde, e ainda aqueles que possuem 60 anos ou mais, bem como aqueles cujo chefe da família tem maior nível de instrução⁵³. Nessa perspectiva, é possível ponderar que a desigualdade no uso dos serviços de saúde extrapola a questão geográfica, uma vez que estudo tem mostrado associação entre a utilização de serviços e sexo, presença de doenças, autopercepção de saúde, interação da renda e escolaridade e posse de seguro saúde⁵⁴.

Quanto aos fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde, pode-se destacar a dimensão estrutural e o subfinanciamento do sistema de saúde que constitui uma dificuldade para o acesso e para a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), mas, para além desses dois itens existe também a dimensão relacional e a operacional. Na primeira há ausência de alinhamento sobre a estrutura e os fluxos de funcionamento do sistema de saúde o que impacta negativamente na relação do profissional com o usuário e enquanto na dimensão operacional evidencia-se lacunas na referência e contra referência, na cobertura da ESF, na marcação de consulta, no acolhimento bem como barreiras geográficas⁵⁵.

A partir dessa concepção ratifica-se que os fatores influenciadores no acesso

⁵² PROSENEWICZ, I; LIPPI, U.G. 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.* v.21, n.1, 2012, (219-231).

⁵³ STOPA, S.R. et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev. Saúde Pública.* v. 51, Supl.1, 2017, (01-11). Acessado em 20/05/ 2018.

⁵⁴ LOUVISON, M.C.P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública.* v.42, n.4, 2008, (733-740). Acessado em 13 /08/2017.

⁵⁵ VIEGAS, A.B. et al. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc.* v.24, n.1, 2015, (100-112). Acessado em 14/08/2017.

aos serviços de saúde perpassam por questões sociais, interpessoais, estruturais, políticas, geográficas, econômicas, étnico-raciais, entre outras. Entretanto, é possível sinalizar alguns determinantes das desigualdades em saúde.

Uma análise desenvolvida para o Brasil e regiões evidenciou maior grau de iniquidade nas regiões Norte e Nordeste e a decomposição dessa desigualdade indicou que a renda, escolaridade e plano de saúde contribuem para aumentar a distribuição pró-rico no uso de consultas médicas e reduzir a distribuição pró-pobre no uso de internações hospitalares⁵⁶. Outro estudo ainda observou uma forte e consistente associação entre algumas características individuais (principalmente escolaridade e presença de plano de saúde) com o uso de serviços de saúde e ter médico de referência⁵⁷.

Nota-se que o acesso aos serviços de saúde existe, porém de forma limitada e desigual, pois, em dado momento o paciente poderá usufruí-lo e em outros momentos isso não será possível, sendo que as variáveis renda e motivo da procura parecem condicionar a ampliação e/ou redução desse acesso. Nesse sentido, um estudo mostrou que a maior prevalência ao não acesso foi quando a procura se deu na Atenção Primária à Saúde e para tratamento/reabilitação⁵⁸.

Outros autores avaliaram o atributo acessibilidade da Atenção Básica de Saúde (ABS) e apontaram outras dificuldades de acesso ao serviço como a procura à noite e aos finais de semana, a espera maior que 30 minutos para atendimento, o acesso diurno por telefone, entre outros⁵⁹.

A partir dessas evidências é possível afirmar que existem vários fatores que influenciam na busca e oferta aos serviços de saúde, desde o horário de funcionamento da unidade até o local de atendimento bem como a distância e a disponibilidade de recurso físico, humano, renda, escolaridade, entre outros, mas sem dúvidas os resquícios do racismo em saúde contribuem para que grupos

⁵⁶ CAMBOTA, J.N; ROCHA, F.F. Determinantes das desigualdades na utilização de serviços de saúde: análise para o Brasil e regiões. *Pesquisa e planejamento econômico ppe*, v. 45, n. 2, 2015, (2016-244).

⁵⁷ PORTO, A.D. et al. Determinantes do uso de serviços de saúde: análise multinível da Região Metropolitana de São Paulo. *Rev Saúde Pública*.v.49, n.15, 2015, (01-12).

⁵⁸ DIAS, O.V; ARAÚJO, F.F, et al. Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. v.11, n.38, 2016, (1-13). Acessado em 2/12/2018.

⁵⁹ JUSTO, C. M. et al. Acessibilidade em Unidade Básica de Saúde: a visão de usuários e profissionais. *Rev. Saúde Col*. v.7, n.1, 2017, (16-23).

populacionais como a população negra e quilombola sejam sempre os mais afetados dentro do sistema de saúde por receberem um cuidado menos qualificado ou às vezes por nem recebê-lo.

CONCLUSÃO

A literatura mostrou que a população negra está exposta a precárias condições de saúde e o fato da pessoa residir em áreas rurais constitui fator de risco potencial para ter dificuldades de acessar e utilizar os serviços de saúde. Desse modo, acredita-se que o desenvolvimento de mais pesquisas demonstrando as barreiras e iniquidades no acesso e uso dos serviços de saúde pelos negros e quilombolas seja relevante para construção de políticas mais inclusivas.

A partir dos resultados dos estudos ainda foi possível ponderar que existe um efeito nocivo dos marcadores sociais, espaciais, gênero, classe, raça/etnia que afeta negativamente os (as) indivíduos (as) negros (as) e quilombolas na busca pelo acesso e no uso dos serviços de saúde repercutindo assim, em iniquidades que impacta no aparecimento e agravamento de doenças bem como na (des) qualificação do cuidado assistencial.

Ademais, a realização desse estudo foi importante para revelar as reais condições de saúde e acesso aos serviços de saúde pelos negros e quilombolas que até hoje carregam marcas da marginalização e do racismo institucional que cada vez mais tem ampliado as desigualdades que causam doenças e agravos os quais resultam em problemas sociais e de saúde que merecem maior atenção do poder público.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E. M. et al. Desigualdades em Saúde e raça/Cor da Pele: revisão da literatura do Brasil e dos Estados Unidos 1996-2005. *Saúde Coletiva*, v.40, n.40, 2010, (116-121).

ARRUDA, N.N, et al. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública* v.34, n6, 2018, (0021-3816). Acessado em 13/11/2018.

BARBOSA, P. J. B, et al. Influência da cor de pele auto-referida na prevalência da

síndrome metabólica numa população urbana do Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.* v.94, n.1, 2010, (34-40).

BARROSO, S.M, et al. Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas. *Rev Bras Epidemiol.* v.18, n. 2, 2015, (503-514). Acessado em 15/06/2018.

BELFORT, I.K.P, et al. Elevação de níveis pressóricos em uma Comunidade Quilombola. *Rev. Bras Promoç Saúde, Fortaleza,* v.30, n.3, 2017, (1-8).

BEZERRA, V. M, 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, (1835-1847).

BEZERRA, V.M, et al. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Cad. Saúde Pública.* v. 29, n.9, 2013, (1889-1902). Acessado em 14/04/2017.

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

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

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

CARDOSO, L.G.V, et al. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Ciê. & Saúde Coletiva,* v. 20, n.3, 2015, (809-820).

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

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

CAMBOTA, J.N; ROCHA, F.F. Determinantes das desigualdades na utilização de serviços de saúde: análise para o Brasil e regiões. *Pesquisa e planejamento econômico ppe*, v. 45, n. 2, 2015, (2016-244).

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

CRUZ, J. C. F. da. Avaliação sobre acesso e qualidade da assistência de saúde para clientes brancos e negros - nota prévia. *Rev Paul Enferm.* v. 23, n.1, 2004, (76-82).

DIAS, O.V; ARAÚJO, F.F, et al. Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* v.11, n.38, 2016, (1-13). Acessado em 2/12/2018.

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

FREITAS, D.A. et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev. CEFAC.* v.13, n.5, 2011, (937-943).

GOMES, K. O. et al., Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.29, n.9, 2013, (1829-1842).

GRAHAM-STEED, T. et al. 'Race' and Prostate Cancer Mortality in Equal-access Health care Systems. *The American Journal of Medicine*, v.126, n. 2, 2013, (1084 – 1088).

GUIMARÃES, R.C.R; SILVA, H.P. Estado nutricional e crescimento de crianças quilombolas de diferentes comunidades do Estado do Pará. *Amazônica, Rev. de Antrop.* (Online), v. 7, n.1, 2015, (186-209).

JUSTO, C. M. et al. Acessibilidade em Unidade Básica de Saúde: a visão de usuários e profissionais. *Rev. Saúde Col. UEFS*, Feira de Santana. v.7, n.1, 201, (16-23).

KASSOUF, A.L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Rev. Econ. Sociol. Rural.* v.43, n.1, 200, (29-44).

KOCHERGIN, C. N. et al. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n.7, 2014, (1487-1501).

LEAL, M.C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* v. 33, 2017, (1-17).

LI, J. et al. Urban-rural disparities in health care utilization among Chinese adults from 1993 to 2011. *BMC Health Serv Res.* v.18, n. 102, 2018, (01-09).

LIM, S. S. et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.*v.380, 2012, (2224-2260). Erratum in: *Lancet.* v.380, n. 9859, 2013, (2224-2260).

LOUVISON, M.C.P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública.* v.42, n.4, 2008, (733-740). Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400021>. Acessado em 13 /08/2017.

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

MELO, M.F.T; SILVA, H.P. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Revista da ABPN.* v. 7, n.16, 2015,(168-189) Disponível em:<
<<http://abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/103>. Acessado em 22/04/2018.

MOZAFFARIAN, D.et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics- 2015: update a report from the American Heart Association. *Circulation.* v.131, n. 4, 2015, (29-322).

OLIVEIRA, S. M; CALDEIRA, A.P. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. *Cad. Saúde Colet.*v. 24, n.4, 2016, (420-427). Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n4/1414-462X-cadsc-24-4-420.pdf> >. Acessado em 13//06/2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Agência Brasil Empresa Brasil de Comunicação S/A (EBC). OMS: número de adultos com diabetes quadruplicou desde 1980. Genebra- notícias. Disponível em:<
<http://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2016-04/oms-numero-de-adultos-com-diabetes-quadruplicou-desde-1980>>. Acessado em 17/08/2016.

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

PORTO, A.D. et al. Determinantes do uso de serviços de saúde: análise multinível da Região Metropolitana de São Paulo. *Rev Saúde Pública.*v.49, n.15, 2015, (01-12).

- POLLACK, C.E et al. Uma visão multidimensional das diferenças raciais no acesso ao cuidado do câncer de próstata. *PMC*. v.123, n. 22, 2017, (4449-4457) Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5673580/>>. Acessado em 23/08/2017.
- PROGRAMA DE COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL (PCRI). Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. Identificação e abordagem do racismo institucional- PCRI, Brasília, 2006.
- PROSENEWICZ, I; LIPPI, U.G. 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.* v.21, n.1, 2012, (219-231).
- RODRIGUES, Q.P; NASCIMENTO, R.E. Desigualdades raciais no acesso de mulheres ao cuidado pré-natal e no parto. Dissertação (Mestrado em Enfermagem com área de concentração em gênero, cuidado e administração em saúde) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem – Salvador, 2009.
- SILVA, T.S.S. et al. Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Colet.* v.24, n.3, 2016, (376-383).
- SILVA, M. J. G. et al. Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/ HIV/aids por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil. *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, supl.2, 2010, (109-120).
- SILVA, R, A; MENEZES, J.A. Os significados do uso de álcool entre jovens quilombolas. *Revista Latino americana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.* v.14 n.1, 2016, (493-504). Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v14n1/v14n1a34.pdf>>. Acessado em 19/05/2018.
- SILVA, M.H.P; BATISTA, C.B. Assistência à saúde em comunidades quilombolas: revisão sistemática. Monografia. (Trabalho de Conclusão do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia) - (FMB). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.
- SOARES, D.A; KOCHERGIN, C.N. Fatores associados à obesidade em idosos quilombolas, Bahia, Brasil. *Rev. APS.* v. 20, n. 2, 2017, (174 -184).
- SOUZA, C. L. et al. Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* v.19, n.6, 2014, (1653-1662).
- SOUZAS, R. Movimento de Mulheres Negras e a Saúde. Análise documental sobre a reivindicação de inclusão do quesito cor no sistema de informação à saúde. *Saúde Coletiva.* v. 40, n. 7, 2010, (110-115).
- SCALA, L.C. et al. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: Moreira SM; Paola AV; Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2015, (780-5).

SCHMITT, A. et al. A atualização do conceito de quilombo: identidade e território nas definições teóricas. *Revista Ambiente & Sociedade*. v. 5, n. 10, 2002, (129-136).

STOPA, S.R. et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev. Saúde Pública*. v. 51, Supl.1, 2017, (01-11). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000074.pdf>. Acessado em 20/05/ 2018.

TABB, K.M. et al. Ethnic Differences in Tobacco Use During Pregnancy: Findings From a Primary Care Sample in São Paulo, Brazil. *Ethnicity&health* v. 20, n.2, 2015, (209–217).

THEOPHILO, R.L. et al. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção pré-natal e parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Cien. Saude Colet*. v. 23, n.11, 2017, (3505-3516). Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3505.pdf>>. Acessado em 29/11/2018.

TRAD, L.A.B. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador. Brasil. *Rev Saúde Pública*.v.46, n.6, 2012, (1007-13).

TRAVASSOS C, B. L. Qual é a agenda para o combate à discriminação no SUS? *CadSaude Publica*. v. 27, n.2, 2011(204-5).

VIEGAS, A.B. et al. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc*. v.24, n.1, 2015, (100-112). Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0100.pdf>> Acessado em 14/08/2017.

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

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

WASHINGTON, H. A. *Medical apartheid: The dark history of medical experimentation on black americans from colonial times to the present*. Estados Unidos: Doubleday, 2007.

WERNECK. J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc*. São Paulo, v.25, n.3, 2016, (535-549).

Rosilene das Neves Pereira: Mestra em Enfermagem e Saúde com área de concentração em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

(UESB) Tema de Pesquisa: Acesso e utilização dos serviços de saúde pela população quilombola-. Integrada no Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Educação, Cultura e Saúde (GEPEECS/CNPq).

Ricardo Franklin de Freitas Mussi: Doutor em Educação Física (UFSC/SC), Mestre em Saúde Coletiva (UEFS/BA), especialista em Fisiologia do Exercício (UVA/RJ), especialista em Treinamento Desportivo (UGF/RJ), especialista em Saúde Pública (FG/BA) e licenciado em Educação Física (UNEB/BA). Professor-pesquisador em graduações, especializações e no Programa de Pós-Graduação em Ensino, Linguagem e Sociedade (PPGELS/UNEB/Alto Sertão baiano) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB/BA).

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6916116805482768>.



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



Este trabalho está licenciado sob uma Licença [Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Artigo recebido para publicação em: 21 de junho de 2020.

Artigo aprovado para publicação em: 27 de novembro de 2020.

ⁱ A pesquisa é parte da revisão de literatura de uma Dissertação de mestrado e não recebeu nenhum tipo de financiamento para ser desenvolvida.