

ARTIGO ORIGINAL

Um olhar para a vulnerabilidade: análise da ausência de acesso à saúde pelos quilombolas no Brasil

A look at vulnerability: analysis of the lack of access to health care for quilombolas in Brazil

Alyne Nunes Mota^{a,b}, Erika da Silva Maciel^c, Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma^c, Francisco Albino de Araújo^d, Luiz Vinícius de Alcântara Sousa^a, Hugo Macedo Junior^d, Fernando Luiz Affonso Fonseca^d, Fernando Adami^a

Open access

^aLaboratório de Epidemiologia e Análise de Dados. Centro Universitário FMABC, Santo André, São Paulo, SP 09060-870, Brazil;

^bSecretaria de Estado da Saúde do Tocantins SES/TO, Palmas, Tocantins, TO 77015-212, Brazil;

^cUniversidade Federal do Tocantins UFT/TO;

^dLaboratório de Delineamento de Estudos e Escrita Científica. Centro Universitário FMABC, Santo André, São Paulo, SP 09060-870, Brazil.

Autor correspondente
alynenmota@gmail.com

Manuscrito recebido: Março 2021
Manuscrito aceito: Junho 2021
Versão online: Julho 2021

Resumo

Introdução: No Brasil, o acesso à saúde é um direito constitucional garantido a partir do Sistema Único de Saúde que prevê, em seus princípios norteadores, a universalidade e a equidade de acesso aos serviços de saúde.

Objetivo: Analisar os fatores associados ao acesso da população quilombolas aos serviços de saúde.

Método: Estudo transversal com 91.085 quilombolas. Para mensurar a ausência do acesso à saúde utilizou-se as variáveis sexo, etnia, trabalho, deficiência, faixa etária, analfabetismo, local de domicílio e a renda média familiar. A ausência do acesso aos serviços de saúde se deu a partir da identificação dos estabelecimentos de assistência à saúde pelas famílias quilombolas na base de dados do Cadastro Único. A associação entre as características socioeconômicas e a ausência do acesso aos serviços de saúde foram avaliadas pelo teste qui-quadrado e as medidas de magnitude da associação e respectivos intervalos de confiança foram estimados por Regressão de Poisson com variância robusta.

Resultados: Dentre os fatores associados ao acesso aos serviços de saúde da população quilombolas, observa-se que o grupo com maior risco são os quilombolas idosos, que se autodeclaram indígenas e que residem na região centro oeste. Nota-se que no ano de 2004 houve uma redução na ausência do acesso à saúde dos quilombolas aos serviços de saúde, entretanto entre 2005 a 2015 iniciou-se um aumento na ausência do acesso à saúde, a partir desse período uma ascensão do acesso à saúde por parte dessa população.

Conclusão: Diversos fatores estão associados ao acesso à saúde pelas populações quilombolas, os quais, relacionado às desigualdades vivenciadas por essa população, impactam diretamente nas ações governamentais.

Palavras-chave: populações vulneráveis, acesso aos serviços de saúde, sistemas de informação.

Suggested citation: Mota AN, Maciel ES, Quaresma FRP, de Araújo FA, Sousa LVA, Junior HM, Fonseca FLA, Adami F. A look at vulnerability: analysis of the lack of access to health care for quilombolas in Brazil. *J Hum Growth Dev.* 2021; 31(2):302-309. DOI: 10.36311/jhgd.v31.11404

Síntese dos autores

Por que este estudo foi feito?

O acesso aos serviços de saúde é um direito constitucional, porém ainda se observa barreiras desse acesso por parte dos brasileiros. A escassez de informações acerca dos fatores que estão associados a esse acesso é um desafio a ser superado no Sistema Único de Saúde, pois é a partir dessas informações que as políticas públicas são criadas. Nosso objetivo foi analisar os fatores que estão associados ao acesso da população quilombola aos serviços de saúde.

O que os pesquisadores fizeram e encontraram?

Este estudo identificou na base de dados do Cadastro Único informações acerca dos quilombolas. Nessa base de dados foi possível identificar também o nome do estabelecimento de assistência à saúde que esses quilombolas utilizavam. Os resultados indicaram que o grupo de maior risco para o acesso aos serviços de saúde são os quilombolas idosos, que se auto declaram indígenas e que residem na região centro oeste do país.

O que essas descobertas significam?

Essas descobertas sugerem que os fatores associados ao acesso aos serviços de saúde pela população quilombola são faixa etária, etnia e região de domicílio. Este tipo de estudo pode contribuir para a construção de políticas públicas voltadas a garantir o acesso aos serviços de saúde, em especial a prevenção e promoção de saúde de populações vulneráveis em especial aos quilombolas.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o acesso à saúde é um direito constitucional proporcionado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a todos os brasileiros, sendo a universalidade e a equidade os princípios fundamentais para aplicação de ações em saúde.

Embora o SUS tenha vivenciado um avanço expressivo ao longo dos anos desde a sua criação, ainda se observa desigualdades geográficas e sociais no que se refere ao acesso dos serviços de saúde em especial dentre as pessoas que se auto declaram como pardas, pretas e indígenas¹.

O conceito de acesso à saúde é amplo e complexo. O acesso refere a “oferta e a capacidade de produzir serviços” a partir das necessidades da população, levando em consideração os fatores individuais de cada usuário².

A equidade de acesso, principalmente a populações vulneráveis, é algo que se tem buscado desde o início da década de 70 com a Reforma Sanitária Brasileira. O desenvolvimento dos movimentos sociais; a consolidação do processo democrático e o esforço do governo federal em garantir os direitos aos grupos vulneráveis ao longo dos anos resultaram na construção de políticas públicas para Promoção da Equidade, política essa que visa a redução das iniquidades em saúde^{3,4}.

Quanto à construção de políticas públicas para as populações vulneráveis como os quilombolas, um dos principais problemas evidenciados é a invisibilidade dessas populações nos sistemas de informações existente. A informação é uma ferramenta essencial para o acesso aos serviços de saúde, essas informações sobre essa população de forma acessível é um desafio^{1,5-7}.

Os quilombolas são negros que habitam comunidades rurais formadas por descendentes de africanos escravizados, então chamadas de Comunidades Remanescentes de Quilombolas⁸⁻¹⁰. Conhecidos como grupos étnico-raciais que possuem uma trajetória histórica de dor e opressão vivida pelos ancestrais negros, vivem espalhados pelo Brasil, em comunidades afastadas formadas por um forte vínculo de parentesco, são marcados pelo estigma da exclusão histórico-social^{11,12}.

População essa considerada como um grupo vulnerável por conta da sua herança cultural, suscetibilidade a riscos, disparidades sociais, discriminação étnica, estando esse grupo mais sensível a desigualdades de acesso à

saúde^{1,13,14}. As populações vulneráveis são aquelas com capacidade ou liberdade limitadas para consentir ou recusar, incapazes de proteger os seus interesses próprios¹⁵. Os quilombolas são considerados uma população vulnerável, sofrem opressão histórica pela presença da ideia de que são um grupo de “fugitivos”. Esse grupo tende a sofrer tanto materialmente como social e psicologicamente os efeitos da exclusão, seja por motivos religiosos, de saúde, etnia, por incapacidade física ou mental e até de acesso à educação¹⁶.

Assim, o objetivo é analisar os fatores associados ao acesso da população quilombola aos serviços de saúde.

MÉTODO

Desenho de Estudo

Trata-se de estudo transversal¹⁷ realizado de acordo com as orientações do STROBE - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology¹⁸, utilizando dados secundários coletados por meio do banco de dados do Cadastro Único do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS).

Local do Estudo e Período

Utilizou-se a base de dados não identificado do Cadastro Único com marcação do programa bolsa família, em um recorte dos anos de 2002 a 2017.

O Cadastro Único (CadÚnico) “é um instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileira de baixa renda, a ser obrigatoriamente utilizado para seleção de beneficiários e integração de programas sociais do Governo Federal voltados ao atendimento desse público”¹⁹.

População Estudada e Critérios de Elegibilidade

A população alvo foi constituída de integrantes das famílias cadastradas no CadÚnico identificados como quilombolas na base de dados. Nesse sistema, as famílias quilombolas são cadastradas como indivíduos que compõem “grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica”²¹ e que se autodeterminam pertencentes a esse grupo. Como critério de elegibilidade, foram

utilizados somente os dados dos anos que apresentam cadastramento familiar em todos os meses do ano.

Os critérios de inclusão foram a família se identificar como quilombola e a identificação do nome estabelecimento de assistência à saúde. Considerados perdidos os dados das populações vulneráveis com exceção dos quilombolas.

Amostra

O total da amostra foi de 91.085 quilombolas após o ajuste estatístico.

Análise dos Dados

O desfecho analisado foi o não acesso a saúde pelos quilombolas. As características e o perfil da população que não tem acesso a saúde foram descritos utilizando as variáveis: sexo, raça, trabalho, deficiência, faixa etária, escolaridade, renda média familiar e o acesso a saúde; o confundidor foi a região de domicílio. Estando a faixa etária como um modificador de efeito.

A característica não acesso a saúde foi escolhida para escrever esse trabalho por ser um indicador utilizado para a construção e viabilização de políticas públicas no país.

Nesse estudo utilizou-se a base de dados desidentificada, sendo que as bases: amostra família e amostra pessoa foram as utilizadas para a composição desse estudo. O acesso foi realizado através do endereço eletrônico <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/portal/index.php?grupo=212>, sendo escolhido os microdados de dezembro de 2017.

Os dados foram baixados no dia 18 de abril de 2018 em formato csv, as informações foram exportadas para o Access versão 1908 do pacote Microsoft Office 365, programa utilizado para a construção do banco de dados. Para identificar os quilombolas em ambos os bancos de dados realizou-se uma consulta simultânea a partir do filtro quilombola na base família, pois somente esse banco possuía a marcação dessa população. Ao realizar a consulta fez-se um link a partir dos identificadores id_família quilombola no banco pessoa sendo possível identificar e retirar as informações que se referem as pessoas que compõem as famílias quilombolas para a composição da amostra.

Dois variáveis foram categorizadas sendo elas idade e renda mensal. A variável idade foi categorizada como faixa etária seguindo os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo considerada criança o

indivíduo com idade de 0 até 12 anos; adolescente de 12 a 18 anos; adulto de 18 a 59 anos e idoso de 60 anos acima; em relação a variável renda média mensal categorizou-se como pobreza utilizando como parâmetro o valor diário de US\$ 1,90 ou menos como a renda considerada pela OMS como a renda necessária para a sobrevivência do indivíduo, para o cálculo usou-se como base o valor do dólar americano de R\$ 4,05, sendo necessário uma renda mensal de R\$ 230,85.

As variáveis qualitativas foram descritas por frequência absoluta e relativas. A associação entre as características socioeconômicas e o não acesso aos serviços de saúde foram avaliadas pelo teste de qui-quadrado e as medidas de magnitude da associação (razão de prevalência) e respectivos intervalos de confiança foram estimadas por Regressão de Poisson com variância robusta, o nível de significância foi de 5%. Os dados coletados foram processados e analisados no Programa Stata® (StataCorp, LC) versão 14.2.

Aspectos éticos e legais da pesquisa

Esta pesquisa por se tratar de dados secundários, de domínio público, sem a identificação do indivíduo, não houve a necessidade desta pesquisa ser submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa para apreciação, seguindo os preceitos da Resolução 466/12.

RESULTADOS

Foram selecionados 91.085 quilombolas cadastrados no CadÚnico e que apresentavam dados dos anos que possuíam todos os meses do ano no cadastramento familiar.

Dentre os participantes 48.058 (52,76%) são do sexo feminino, 62.417 (68,53%) quilombolas se auto declaram pardos, 40.011 (65,44%) não possuem nenhum tipo de emprego, 89.028 (97,74%) não possuem nenhum tipo de deficiência, entre os quilombolas avaliados a faixa etária que se destacou foi o adulto com 46.792 (51,64%), 64.277 (70,60%) não são analfabetos, a maior concentração dessa população se encontra na região nordeste do país 62.407 (68,52%), 78.459 (86,14%) estão na linha da pobreza. Em relação a variável não acesso a saúde, os quilombolas do sexo masculino se sobressaíram com 18.995 (44,05%), sendo que estes se auto declaram como indígena 71 (58,20%), possuem algum tipo de trabalho 9.300 (44,02%), sendo os idosos 2.105 (48,81%), localizados na região centro oeste 2.495 (60,47%) são os que possuem maior dificuldade de acesso à saúde (tabela 1).

Tabela 1: Características associadas ao não acesso à saúde. Palmas – Tocantins, 2019, Brasil

Variáveis	n (%)	Não acesso a saúde n (%)	RP (IC 95%)	p*
Sexo				
Masculino	43,027 (47,24)	18,955 (44,05)	Ref,	Ref,
Feminino	48,058 (52,76)	20,994 (43,68)	0,99 (0,97; 1,00)	0,262
Raça				
Preta	21,337 (23,43)	9,212 (43,17)	Ref,	Ref,
Branca	6,723 (7,38)	2,872 (42,72)	0,99 (0,96; 1,02)	0,512
Parda	62,417 (68,53)	27,544 (44,13)	1,02 (1,00; 1,04)	0,016
Indígena	122 (0,13)	71 (58,20)	1,35 (1,16; 1,57)	<0,001

Continuação - Tabela 1: Características associadas ao não acesso à saúde. Palmas – Tocantins, 2019, Brasil

Variáveis	n (%)	Não acesso a saúde n (%)	RP (IC 95%)	p*
Não declarado	486 (0,53)	250 (51,44)	1,19 (1,09; 1,30)	<0,001
Trabalho				
Não possui nenhum trabalho	40,011 (65,44)	17,580 (43,94)	Ref,	Ref,
Possui algum trabalho	21,128 (34,56)	9,300 (44,02)	1,00 (0,98; 1,02)	0,851
Deficiência				
Não	89,028 (97,74)	39,064 (43,88)	Ref,	Ref,
Sim	2,057 (2,26)	885 (43,02)	0,98 (0,93;1,03)	0,443
Faixa Etária				
Crianças	25,682 (28,34)	11,206 (43,63)	Ref,	Ref,
Adolescente	13,832 (15,26)	5,934 (42,90)	0,99 (0,96; 1,00)	0,162
Adultos	46,792 (51,64)	20,500 (43,81)	1,00 (0,98; 1,02)	0,646
Idosos	4,313 (4,76)	2,105 (48,81)	1,11 (1,08; 1,15)	<0,001
Analfabetismo				
Não	64,277 (70,60)	28,120 (43,75)	Ref,	Ref,
Sim	26,769 (29,40)	11,808 (44,11)	1,00 (0,99; 1,02)	0,315
Local de Domicílio				
Região Nordeste	62,407 (68,52)	26,495 (42,46)	Ref,	Ref,
Região Norte	13,804 (15,16)	5,827 (42,21)	0,99 (0,97; 1,01)	0,973
Região Sudeste	8,494 (9,33)	4,322 (50,88)	1,19 (1,17; 1,22)	<0,001
Região Sul	2,254 (2,47)	810 (35,94)	0,84 (0,80; 0,89)	<0,001
Região Centro Oeste	4,126 (4,53)	2,495 (60,47)	1,42 (1,38; 1,46)	<0,001
Pobreza				
Não	12,623 (13,85)	5,810 (46,03)	Ref,	Ref,
Sim	78,459 (86,14)	34,139 (43,51)	0,94 (0,92; 0,96)	<0,001

Fonte: Elaborada pelo autor, 2020.

O não acesso à saúde é mais prevalente no idoso, da raça indígena que reside na região centro oeste do país mesmo com a análise ajustada.

Os resultados obtidos demonstram que no ano de 2004 houve uma redução de 20% na ausência do acesso

à saúde dessa população, em 2005 inicia-se um novo aumento que se mantém estável até meados de 2015, a partir desse período nota-se uma ascensão na ausência de acesso à saúde por parte dessa população (figura 1).

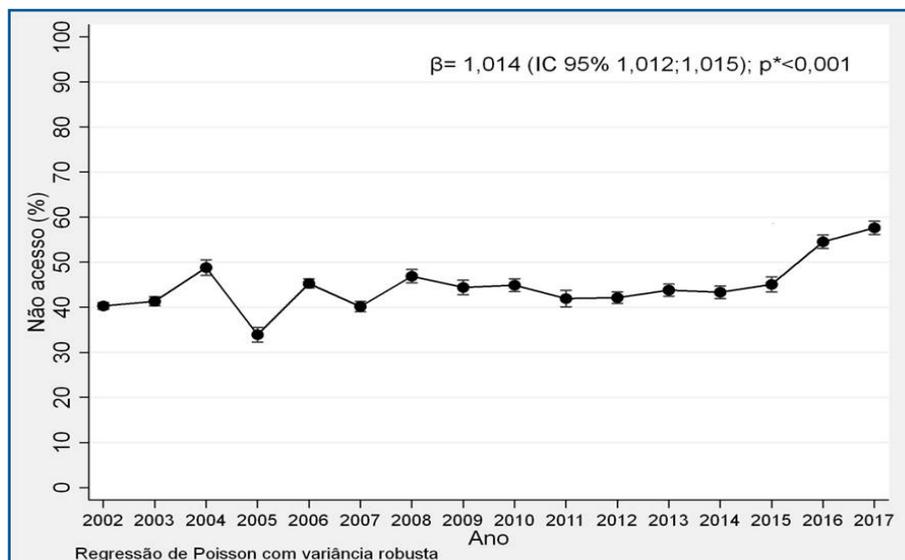


Figura 1: Tendência Temporal da ausência de acesso à saúde pelos quilombolas entre 2002 a 2017. Palmas - Tocantins, 2019, Brasil.

Fonte: Elaborada pelo autor, 2020.

Em relação aos fatores associados ao não acesso aos serviços de saúde, as variáveis que apresentaram maior significância foram raça, faixa etária e local de domicílio (tabela 2).

Tabela 2: Fatores associados ao não acesso aos serviços de saúde. Palmas – Tocantins, 2019, Brasil

Modelo 1	RP (95% IC)	p*
Raça		
Preta	Ref,	Ref,
Branca	1,00 (0,97; 1,03)	0,858
Parda	1,03 (1,01; 1,05)	<0,001
Indígena	1,34 (1,15; 1,55)	<0,001
Não declarado	1,19 (1,09; 1,30)	<0,001
Faixa Etária		
Crianças	Ref,	Ref,
Adolescente	0,98 (0,96; 1,00)	0,182
Adultos	1,00 (0,98; 1,02)	0,599
Idosos	1,10 (1,06; 1,13)	<0,001
Local de Domicílio		
Região Nordeste	Ref,	Ref,
Região Norte	0,99 (0,97; 1,01)	0,768
Região Sudeste	1,20 (1,17; 1,22)	<0,001
Região Sul	0,85 (0,80; 0,90)	<0,001
Região Centro Oeste	1,42 (1,38; 1,45)	<0,001

Analisou-se a interação entre as variáveis idoso e raça, em que se observa, que os fatores se mantêm estatisticamente significante (tabela 3).

Tabela 3: Modelo Preditivo da interação entre idoso e raça para o não acesso à saúde. Palmas – Tocantins, 2019, Brasil

Modelo 2 – Idoso x Raça (interação)	RP (95% IC)	p*
Não Idoso negro	Ref,	Ref,
Não Idoso branco	0,99 (0,96; 1,03)	0,935
Não Idoso pardo	1,03 (1,01; 1,05)	0,001
Não Idoso indígena	1,34 (1,14; 1,57)	<0,001
Não Idoso não declarado	1,19 (1,08; 1,30)	<0,001
Idoso negro	1,08 (1,03; 1,15)	0,002
Idoso branco	1,15 (1,03; 1,29)	0,010
Idoso pardo	1,13 (1,08; 1,18)	<0,001
Idoso indígena	1,45 (1,02; 2,07)	0,037
Idoso não declarado	1,39 (0,94; 2,05)	0,091
Região Nordeste	Ref,	Ref,
Região Norte	0,99 (0,97; 1,01)	0,732
Região Sudeste	1,20 (1,17; 1,22)	<0,001
Região Sul	0,85 (0,80; 0,90)	<0,001
Região Centro Oeste	1,42 (1,38; 1,45)	<0,001

DISCUSSÃO

Neste estudo, os resultados mostraram que os fatores que estão associados ao não acesso aos serviços de saúde pelos quilombolas no Brasil, são faixa etária, etnia e região de domicílio.

Os quilombolas idosos, que se auto declaram indígenas e que residem na região centro oeste do país são o grupo de maior risco para o não acesso aos serviços de saúde.

A população quilombola é considerada uma população vulnerável, de baixa renda, baixo nível de escolaridade, com dificuldades de acesso as políticas públicas existentes em especial devido a localização geográfica do seu domicílio, características que predispõe a ausência de acesso aos serviços de saúde²⁰⁻²³.

Estudos realizados com populações quilombolas evidenciam a prevalência do sexo feminino^{20-22,24,25}. No que se refere auto declaração observa-se que as auto declarações parda e negra são constantes nos estudos, corroboraram com os resultados encontrados^{22,24}.

No que se se refere a pobreza os resultados vão ao encontro com o perfil populacional dos integrantes do Cadastro Único, brasileiros que vivem em situação de extrema pobreza^{26,27}.

A presença da autodeclaração indígena e branca dentro das comunidades quilombolas se dá devido à

presença dessa mescla étnica desde o surgimento dos quilombos, ainda que o negro seja predominante nesse cenário²⁸. Na atualidade a ancestralidade dos quilombolas tem sido objeto de estudos. Em um estudo realizado em 2006 que analisou os marcadores informativos de ancestralidade em quatro comunidades quilombolas observou contribuição desse grupo étnico²⁹.

No país 24 estados registraram a existência de comunidades quilombolas em suas terras com exceção dos estados Acre, Roraima e o Distrito Federal. A maior concentração de comunidades é na região nordeste que corresponde 63,52%²⁶. Sendo necessária uma maior atenção à saúde aos quilombolas que residem nessa região.

Em relação a melhoria no acesso aos serviços de saúde acredita-se que a redução no ano de 2004 esteja relacionada a criação do Decreto nº 4.887/2003 que identifica e reconhece os quilombolas conforme previsto da Constituição Federal de 1988, acompanhado da instituição do Comitê Técnico em 2004 com o intuito de subsidiar o avanço da equidade na atenção à saúde da população negra. Sendo estes grandes marcos para essa população, que até então não era vista como prioridade no Plano Nacional de Saúde (PNS). Após esse período nota-se um leve aumento e uma estabilização do acesso dessa população até meados de 2009. Acredita-se que esse fato possa estar associado a dificuldade de implementação

de políticas públicas de saúde, uma realidade vivenciada atualmente^{11,30}.

Em 2009, a população negra comemorou a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, considerada como um marco de consolidação para as políticas públicas voltadas a essa população³¹.

As mudanças do SUS no período de 1981 a 2017 evidenciou importantes mudanças em especial a evolução da rede assistencial, dos recursos humanos e o acesso aos serviços de saúde que podem ser observados nos relatórios da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), fontes de dados que avaliam o acesso aos serviços de saúde no Brasil³². O que explicaria a ascendência no acesso dessa população. Mesmo com esse avanço, ainda existem diferenças regionais, por nível de instrução e renda que precisam ser sanadas com o intuito de reduzir as disparidades raciais e étnicas, fatores socioeconômicos e a universalização do sistema em detrimento das necessidades reais dessa população em especial^{2,33}.

As principais limitações encontradas form o controle sobre a coleta dos dados, estimar o acesso baseado na variável identificação do estabelecimento de saúde e a obtenção das informações por meio de um único informante, nesse caso o Responsável pela Unidade Família pode causar um viés de informação.

A escassez de estudos no que se refere a população quilombola ainda é um desafio no país. Ainda que o tamanho da amostra seja expressivo é difícil concluir a magnitude do acesso as políticas públicas no que se refere a essa população, principalmente no que se refere aos sistemas de informação a esse grupo específico que ainda é incipiente.

Os resultados deste estudo podem ser usados para a construção de políticas públicas com o intuito de reduzir as desigualdades do acesso aos serviços de saúde pelas populações vulneráveis como os quilombolas, indígenas, ribeirinhos e refugiados.

Dessa forma, diversos são os fatores que estão associados ao acesso à saúde pelas populações vulneráveis, sendo necessário estudos complementares para analisar informações mais detalhadas sobre essas populações vulneráveis, em especial os quilombolas.

■ REFERÊNCIAS

1. Gomes K de O, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(9): 1829-42. DOI: 10.1590/S0102-311X2013001300022
2. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(supl 1). DOI: 10.1590/s1518-8787.2017051000074
3. Duarte-Vieira A. Acesso à saúde de populações vulneráveis: uma visão sob o enfoque da bioética. *Revista de Bioética y Derecho*. 2018; (43): 211-23.
4. Siqueira SAV de, Hollanda E, Motta JIJ. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(5): 1397-1397. DOI: 10.1590/1413-81232017225.33552016
5. Assis MMA, Jesus WLA de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(11): 2865-75. DOI: 10.1590/S1413-81232012001100002

Em conclusão, neste estudo, identificamos que os fatores que estão associados ao não acesso dos quilombolas aos serviços de saúde no país a partir das informações do CadÚnico são faixa etária, etnia e região onde residem. Esses fatores impactam diretamente as ações governamentais, que ainda não conseguem responder às necessidades em especial dessas comunidades. Embora existam iniciativas capazes de alterar esse padrão, a redução das desigualdades vivenciadas por essa população vulnerável se faz necessária através de ações marcadas pela extensão da cobertura das políticas universais e equânimes.

Contribuições dos Autores

ANM – responsável por todos os aspectos do trabalho
ANM – responsável por todos os aspectos do trabalho e pela comunicação entre os co-autores.

ESM - contribuições substanciais para a concepção, desenho, elaboração e revisão do conteúdo intelectual.

FRPQ – contribuições substanciais para a concepção, desenho e revisão do conteúdo intelectual.

FAA – contribuições na revisão crítica do conteúdo intelectual.

LVAS – contribuições substanciais para a concepção, desenho, elaboração e revisão do conteúdo intelectual.

FLAF – contribuições na revisão crítica do conteúdo intelectual. FA - contribuições substanciais na revisão e aprovação final da versão a ser publicada.

Financiamento

Sem financiamento.

Agradecimentos

Agradecimento a todas as comunidades quilombolas do Estado do Tocantins que seguem mantendo viva as suas crenças e culturas ao longo dos anos; ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação para a Promoção da Saúde – GEPEPS por toda parceria que levaram a concretização desse estudo.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram não ter conflitos de interesse com relação à autoria e/ou publicação deste artigo.

6. Volochko A, Eduardo Batista E. Saúde nos Quilombos. Vol. 9. 2009. 304p. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cs/usu_doc/livro_saude_quilombola_sp.pdf
7. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. Quilombolas e Quilombolas: indicadores e propostas de monitoramento de políticas. 2018. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/biblioteca/consultorias/quilombos-e-quilombolas-indicadores-e-propostas-de-monitoramento-de-politicas>
8. Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. Quilombola [acesso em 14 de fev 2017]. Disponível em: <http://incra.gov.br/quilombola>
9. Fundação Cultural Palmares. Comunidade Remanescentes de Quilombolas [acesso em 14 fev 2017]. Disponível em: <http://palmares.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/QUADRO-RESUMO.pdf>
10. Comissão Pró-Índio de São Paulo. Programa Comunidades Quilombolas da Comissão Pró-Índio de São Paulo [acesso em 14 fev 2017]. Disponível em: http://www.cpis.org.br/comunidades/html/i_oque.html
11. 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. Publicado no DOU 21/11/2003.
12. Bezerra VM, Andrade AC de S, César CC, Caiaffa WT. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013; 29(9): 1889-902. DOI: 10.1590/0102-311X00164912
13. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Revista CEFAC*. 2011; 13(5): 937-43. DOI: 10.1590/S1516-18462011005000033
14. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev panam salud pública*. 2012; 31(3): 260-8.
15. CIOMS. Council for International Organizations of Medical Sciences. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Genebra, 2002. 60 p.
16. Bastos, RL. Patrimônio Arqueológico, Preservação e Representação Sociais: Uma proposta para o País através da análise da situação do Litoral Sul de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação de arqueologia. Museu de Arqueologia e etnologia. Faculdade de Filosofia, letras e Ciências Humanas. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002. Disponível em: <http://escola.mpu.mp.br/dicionario/tiki-index.php?page=Grupos+vulner%C3%A1veis>>
17. Zangirolami-Raimundo J, Echeimberg J de O, Leone C. Research methodology topics: Cross-sectional studies. *Journal of Human Growth and Development*. 2018; 28(3): 356-60. DOI: 10.7322/jhgd.152198
18. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008; 61(4): 344-9. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2007.11.008
19. Brasil. Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007. Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências. Publicado no DOU 27/06/2007.
20. Bezerra VM, Andrade AC de S, César CC, Caiaffa WT. Domínios de atividade física em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil: estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015; 31(6): 1213-24. DOI: 10.1590/0102-311X00056414
21. Oliveira EF de, Jesus VS de, Siqueira SMC, Alves T de A, Santos IM dos, Camargo CL de, et al. Promoting health in vulnerable communities: social technologies for poverty reduction and sustainable development. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2015; 36(SPE): 200-6. DOI: 10.1590/1983-1447.2015.esp.56705
22. Kochergin CN, Proietti FA, César CC. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014; 30(7): 1487-501. DOI: 10.1590/0102-311X00141213
23. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB de, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005; 21: S54-64. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000700007
24. Bezerra VM, Medeiros DS de, Gomes K de O, Souzas R, Giatti L, Steffens AP, et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(6): 1835-47. DOI: 10.1590/1413-81232014196.01992013
25. Sousa LV de A, Maciel E da S, Quaresma FRP, Abreu ACG de, Paiva L da S, Fonseca FLA, et al. Quality of Life and Metabolic Syndrome in Brazilian quilombola communities: A Crosssectional Study. *J Hum Growth Dev*. 2018; 28(3): 316-28. DOI: 10.7322/jhgd.152182

26. Brasil. Programa Brasil Quilombola: Diagnóstico de ações realizadas. Vol9, Ministério da Saúde. 2012.
27. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Perfil das pessoas e famílias no cadastro único do governo federal – 2013. 2014. 52p.
28. Furtado MB, Pedroza RLS, Alves CB. Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural. *Psicologia & Sociedade*. 2014; 26(1): 106-15. DOI: 10.1590/S0102-71822014000100012
29. Pedrosa MAF. Composição genética de quatro populações remanescentes de quilombos do Brasil com base em microssatélites e marcadores de ancestralidade. Dissertação. 2006.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 10 de 08 de janeiro de 2004. Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da política nacional de saúde da população negra. Publicado no DOU 09/01/2004.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Publicado no DOU 14/05/2009.
32. Viacava F, Oliveira RAD de, Carvalho C de C, Laguardia J, Bellido JG, Viacava F, et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(6): 1751-62. DOI: 10.1590/1413-81232018236.06022018
33. Alves SAA, Oliveira MLB de. Sociocultural aspects of health and disease and their pragmatic impact. *J Hum Growth Dev*. 2018; 28(2): 183-8. DOI: 10.7322/jh

Abstract

Introduction: In Brazil, access to health care is a constitutional right guaranteed by the Unified Health System that provides, in its guiding principles, universality, and equity of access to health services.

Objective: To analyze the factors associated with the quilombola population's access to health services.

Methods: Cross-sectional study with 91,085 quilombolas. To measure the absence of access to health, the variables sex, ethnicity, work, disability, age group, illiteracy, place of residence, and average family income were used. The lack of access to health services was due to the identification of health care establishments by quilombola families in the Cadastro Único database. The association between socioeconomic characteristics and the lack of access to health services were assessed using the chi-square test and the measures of magnitude of the association and respective confidence intervals were estimated by Poisson Regression with robust variance.

Results: Among the factors associated with access to health services for the quilombola population, it is observed that the group with the highest risk is the elderly quilombolas, who declare themselves indigenous and who reside in the central west region. It is noted that in 2004 there was a reduction in the lack of access to health by quilombolas to health services, however, between 2005 and 2015, there is an increase in the lack of access to health by quilombolas, after that period there is an ascendancy of access to health by this population.

Conclusion: Several factors are associated with access to health by quilombola populations, which, related to the inequalities experienced by this population, directly impact government actions.

Keywords: vulnerable populations, access to health services, information systems.

©The authors (2021), this article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.