



ACESSO À SAÚDE PRESTADO AOS ADULTOS E IDOSOS DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS DA REGIÃO CENTRO-SUL DO PIAUÍ

ACCESS TO HEALTH PROVIDED TO ADULTS AND ELDERLY OF QUILOMBOLA COMMUNITIES IN THE SOUTH-CENTRAL REGION OF PIAUÍ

ACCESO A LA SALUD PARA ADULTOS Y ANCIANOS DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS EN LA REGIÓN CENTRO-SUR DE PIAUÍ

Janaína Alvarenga Aragão¹, Ângelo José Gonçalves Bós², Gabriela Peixoto Coelho de Souza³, Luciano Silva Figueiredo¹, Maria da Vitória Barbosa Lima¹, Evandro Alberto de Sousa¹

e3112184

<https://doi.org/10.47820/recima21.v3i11.2184>

PUBLICADO: 11/2022

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo identificar se as questões de acesso à saúde, a distância entre a residência dos adultos e idosos remanescentes quilombolas e o posto de saúde estão relacionadas com a frequência de atendimento na unidade básica de saúde. Realizada coleta com 198 adultos e idosos quilombolas respondendo um questionário sobre dados sociodemográficos, clínicos, acesso de saúde (distância entre a residência e a UBS mais próxima) e uso de chás. 94,9% eram quilombolas rurais, onde 99,0% preferiam utilizar conhecimentos tradicionais de saúde, estando a distância entre a residência e a UBS associada nessa escolha. É preciso levar em consideração esses fenômenos na hora de formular e aplicar políticas públicas de saúde nessas comunidades, prestando atenção ao seu legado cultural de saúde e repassado às futuras gerações.

PALAVRAS-CHAVE: Quilombolas. Envelhecimento. Acesso de saúde.

ABSTRACT

This paper aims to identify if the health care access issues, the distance between the residence of the remaining adults and elders in the quilombo area and the free health clinic are related to the frequency of attendance to a basic health unit. The study was carried with 198 quilombola adults and elders responding to a survey about sociodemographic data, clinical data, health access (distance between the residence and the nearest basic health unit) and tea intake. 94.9% were rural quilombolas, from which 99.0% have not chosen to use traditional medicine, the distance between the residence and the basic health unit associated with this choice. It is necessary to take these phenomena into account when health public policies are created and applied to these communities, considering their cultural legacy of health and applying this knowledge to future generations.

KEYWORDS: Quilombolas. Aging. Health Care Access.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo identificar si las cuestiones de acceso a la salud, la distancia entre la residencia de los adultos restantes y los ancianos quilombolas y el centro de salud están relacionados con la frecuencia de atención en la unidad básica de salud. Se realizó una colecta con 198 quilombolas adultos y ancianos que respondieron un cuestionario sobre datos sociodemográficos, clínicos, acceso a la salud (distancia entre la residencia y la UBS más cercana) y uso de té. 94,9% eran quilombolas rurales, donde 99,0% preferían utilizar conocimientos tradicionales de salud, y la distancia entre la residencia y la UBS asociada estaba en esta elección. Es necesario tener en cuenta estos fenómenos al formular e implementar políticas de salud pública en estas comunidades, prestando atención a su legado cultural de salud y transmitido a las generaciones futuras.

PALABRAS CLAVE: Cimarrones. Envejecimiento. Acceso a la salud.

¹ Universidade Estadual do Piauí

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ACESSO À SAÚDE PRESTADO AOS ADULTOS E IDOSOS DE COMUNIDADES
QUILOMBOLAS DA REGIÃO CENTRO-SUL DO PIAUÍ
Janaina Alvarenga Aragão, Ângelo José Gonçalves Bós, Gabriela Peixoto Coelho de Souza,
Luciano Silva Figueiredo, Maria da Vitória Barbosa Lima, Evandro Alberto de Sousa

INTRODUÇÃO

São certas as contribuições e efeito do Sistema Único de Saúde (SUS) na saúde da população, em especial dos mais carentes. O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo o simples atendimento para avaliação, através da Atenção Primária, até a garantia de acesso integral, universal e gratuito para todos os brasileiros, sem discriminação, pois passou a ser um direito de todos, com o objetivo de alcançar saúde com qualidade de vida. Ele também visa a prevenção e a promoção da saúde com gestão solidária e participativa entre a União, os Estados e os municípios.

A rede que compõe o SUS é ampla e abrange ações na atenção primária, de média e alta complexidades, através dos serviços de urgência e emergência, da atenção hospitalar, das ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica. Como dito, o SUS é um grande avanço, pois antes de existir, a saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, aproximadamente 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2022).

Com o SUS foi possível perceber a saúde de antes e como é hoje, pensando nos avanços e nos obstáculos que tornam morosa sua decolagem, são eles: a universalização; o financiamento; o modelo institucional; modelo de atenção à saúde; gestão do trabalho no SUS; e a participação social. Problemas compartilhados com a sociedade e amplamente discutidos na 14ª Conferência Nacional de Saúde: Todos Usam o SUS. SUS na Seguridade Social–Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro (BRASIL, 2012), e na agenda daqueles diretamente envolvidos na luta (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, também cabe destacar os remanescentes de quilombolas, descendentes dos escravos trazidos da África, espalhados pelo país, mas concentrados em pequenas comunidades, compostas por uma média de 200 famílias, localizadas em regiões de difícil acesso, devido à história de rebelião ao cruel sistema servil que viviam, e das fugas, formando os quilombos (BRASIL, 2010).

No país já existem 2.840 com certidões expedidas pela Fundação Cultural Palmares (FCP) às comunidades remanescentes de quilombos (CRQs), publicada no DOU de 22/08/2022, sendo 63% delas no Nordeste (SEPIR, 2014), comunidades historicamente vulneráveis. Esta realidade é apontada em estudos sobre o Programa Bolsa Família, com resultados que reforçam a importância da transferência de renda do programa para o território quilombola, especialmente em períodos de crise econômica e sanitária. Além disso, o Programa cumpre o objetivo de articulação de políticas educacionais, de saúde e de fomento à agricultura familiar para promoção da autonomia e das condições das mães no âmbito familiar e comunitário quilombola (GOMES *et al.*, 2022; NASCIMENTO, ARANTES e CARVALHO, 2022).

Dentre os fatores foram levantados anteriormente duas hipóteses alternativas nesse trabalho que poderiam explicar o acesso de saúde nessas comunidades, que são: a) quanto maior a distância geográfica da residência dos adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas e a unidade básica de saúde menor a chance de ele ter consultado na unidade básica nos últimos seis



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ACESSO À SAÚDE PRESTADO AOS ADULTOS E IDOSOS DE COMUNIDADES
QUILOMBOLAS DA REGIÃO CENTRO-SUL DO PIAUÍ
Janaina Alvarenga Aragão, Ângelo José Gonçalves Bós, Gabriela Peixoto Coelho de Souza,
Luciano Silva Figueiredo, Maria da Vitória Barbosa Lima, Evandro Alberto de Sousa

meses e maior a chance de ter procurado inicialmente por conhecimentos tradicionais de saúde, recursos naturais encontrados na comunidade; e b) quanto menor a dificuldade de acesso de saúde maior a chance dos adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas, ter se consultado nos últimos seis meses na unidade básica de saúde em detrimento da procura inicial somente por conhecimentos tradicionais de saúde, recursos naturais encontrados na comunidade.

Portanto, o objetivo do artigo é identificar se as questões de acesso, por exemplo, a distância entre a residência dos adultos e idosos remanescentes quilombolas e o posto de saúde estão relacionadas com a frequência de atendimento na unidade básica de saúde.

METODOLOGIA

Durante a coleta de dados, foi realizado com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) um censo de todos os adultos e idosos, pessoas de 45 anos e mais, porque as comunidades quilombolas ainda estão na fase de mapeamento. Somou-se inicialmente 269 adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas, sendo todos convidados a participar da pesquisa, porém ao final só participaram 198 pessoas, de ambos os sexos e residentes nas comunidades: Muquém, no município de Alagoinha do Piauí, Canabrava, Carnaíba e Mutamba no município de Paquetá, no município de Picos as comunidades de Alegre, Aroeira do Matadouro, Capitão de Campos e Retiro, e as comunidades de Paquetá e Potes no município de São João da Varjota.

Foram excluídos do estudo os sujeitos mestiços com parentesco de primeiro e segundo grau, para evitar viés de raça, os que se recusaram a participar da pesquisa ou que participaram parcialmente, e os participantes que não puderem comprovar a idade.

Os participantes responderam a um questionário com perguntas sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade, nível socioeconômico, tempo de residência), clínicas (história pregressa de saúde), acesso de saúde (distância entre a residência e a UBS mais próxima) e uso de chás, ou seja, conhecimentos tradicionais de saúde, recursos naturais encontrados na comunidade. O estado civil foi agrupado entre casado, solteiro (inclui divorciados ou separados) ou viúvo. Escolaridade foi categorizada como alfabetizado (sabia ler e escrever), analfabeto (sabia escrever apenas o nome) e não alfabetizado (nunca estudou). Idade foi agrupada em faixas etárias por década. O tempo de residência foi apresentado em anos, enquanto a distância entre a residência e a UBS mais próxima foi categorizada como maior ou menor que 5 km para verificar sua influência no acesso de saúde dos adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas investigados. Frequências de distribuição entre as variáveis sociodemográficas e clínicas foram calculadas para a preferência ou não por conhecimentos não tradicionais de saúde e testadas pelo Qui-quadrado.

Os dados foram digitalizados pelo programa TeleForm®, e os bancos desenvolvidos analisados através do programa Epi Info®, versão 3.5.1. A regressão logística foi utilizada para avaliar a associação entre a preferência por conhecimentos não tradicionais de saúde. Inicialmente foi testado o modelo inicial com todas as variáveis independentes: sociodemográficas e clínicas. O modelo final foi alcançado através da retirada sucessiva dos parâmetros menos significativos até que



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ACESSO À SAÚDE PRESTADO AOS ADULTOS E IDOSOS DE COMUNIDADES
QUILOMBOLAS DA REGIÃO CENTRO-SUL DO PIAUÍ
Janaina Alvarenga Aragão, Ângelo José Gonçalves Bós, Gabriela Peixoto Coelho de Souza,
Luciano Silva Figueiredo, Maria da Vitória Barbosa Lima, Evandro Alberto de Sousa

se mantivessem apenas variáveis significativas ou com indicação de significância. O nível de significância foi estabelecido em valores menores que 5,0% e indicativo de significância entre 10% e 5%.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (OF. CEP-1306/11 de 18/08/2011), atendendo às exigências da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. As atividades de campo iniciaram somente após a obtenção de pareceres favoráveis e do Termo de Consentimento Livre Esclarecido assinado pelos participantes da pesquisa.

RESULTADOS

Na Tabela 1 se observou a distribuição de adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas quanto à preferência por conhecimentos não tradicionais de saúde, da região Centro-Sul do Piauí, 2012. Na distribuição algumas variáveis não apresentaram significância estatística, mas é importante salientar que a maioria dos participantes da pesquisa eram mulheres (61,1%) e homens (38,9%), dos quais 61,6% se concentravam no nível socioeconômico D, quanto à escolaridade 57,1% eram não alfabetizados e 75,3% casados.

Quanto à característica da residência houve significância estatística onde a população investigada (94,9%) pertencia às comunidades quilombolas rurais, da qual 99,0% não preferiam utilizar conhecimentos não tradicionais de saúde. Investigando a parte clínica a partir das respostas dos adultos e idosos quilombolas a respeito de sua história de doenças, a ansiedade e depressão relatada na tabela 1 apresentou significância estatística ($p= 0,0146$), e dentre os 10,6% dos participantes que a relataram 15,8% preferiram utilizar conhecimentos não tradicionais de saúde.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR

ISSN 2675-6218

ACESSO À SAÚDE PRESTADO AOS ADULTOS E IDOSOS DE COMUNIDADES
 QUILOMBOLAS DA REGIÃO CENTRO-SUL DO PIAUÍ
 Janaina Alvarenga Aragão, Ângelo José Gonçalves Bós, Gabriela Peixoto Coelho de Souza,
 Luciano Silva Figueiredo, Maria da Vitória Barbosa Lima, Evandro Alberto de Sousa

Tabela 1. Distribuição de adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas quanto à preferência por conhecimentos não tradicionais de saúde, da região Centro-Sul do Piauí, 2012.

	NÃO TRADICIONAL	NÃO PREFERE	PREFERE	TOTAL	p
Sexo					0.9354
fem		59(60.8%)	62(61.4%)	121(61.1%)	
masc		38(39.2%)	39(38.6%)	77(38.9%)	
Caract residencia					0.0114
rural		96(99.0%)	92(91.1%)	188(94.9%)	
urbano		1(1.0%)	9(8.9%)	10(5.1%)	
Nível socioeconômico					0.3221
C		20(20.6%)	19(18.8%)	39(19.7%)	
D		63(64.9%)	59(58.4%)	122(61.6%)	
E		14(14.4%)	23(22.8%)	37(18.7%)	
Escolaridade					0.9878
alfabetizado		19(19.6%)	20(19.8%)	39(19.7%)	
analfabeto		23(23.7%)	23(22.8%)	46(23.2%)	
não alfabetizado		55(56.7%)	58(57.4%)	113(57.1%)	
Estado civil					0.5080
casado		75(77.3%)	74(73.3%)	149(75.3%)	
solteiro		12(12.4%)	11(10.9%)	23(11.6%)	
viúvo		10(10.3%)	16(15.8%)	26(13.1%)	
Faixa etária					0.0908
45 a 49 anos		20(20.6%)	11(10.9%)	31(15.7%)	
50 a 59 anos		34(35.1%)	36(35.6%)	70(35.4%)	
60 a 69 anos		26(26.8%)	31(30.7%)	57(28.8%)	
70 a 79 anos		8(8.2%)	18(17.8%)	26(13.1%)	
80 anos ou mais		9(9.3%)	5(5.0%)	14(7.1%)	
Tempo de residência (anos)		54.8± 15.20	55.1±17.11	54.9±16.16	0,8942
Cardiopatia		14(14.4%)	10(9.9%)	24(12.1%)	0.3286
Hipertensão		46(47.4%)	50(49.5%)	96(48.5%)	0.7694
Diabetes		16(16.5%)	12(11.9%)	28(14.1%)	0.3516
Infeções respiratórias		12(12.4%)	8(7.9%)	20(10.1%)	0.2988
Problemas hematológicos		24(24.7%)	21(20.8%)	45(22.7%)	0.5073
Artrose		17(17.5%)	22(21.8%)	39(19.7%)	0.4515
Oftalmopatia		56(57.7%)	47(46.5%)	103(52.0%)	0.1148
Ansiedade depressão		5(5.2%)	16(15.8%)	21(10.6%)	0.0146
Excesso de peso		17(17.5%)	9(8.9%)	26(13.1%)	0.0727
UBS distante		11(11.3%)	5(5.0%)	16(8.1%)	0.0991
TOTAL		97(49.0%)	101(51.0%)	198	

Relacionado à faixa de idade, a distribuição foi indicativa de significância ($p = 0,0908$), sendo que a maior parte dos pesquisados tinham de 50 a 59 anos, dos quais 35,6% preferem conhecimentos não tradicionais de saúde, poucos entrevistados possuíam 80 anos ou mais (7,1%) e nessa faixa etária 9,3% não preferência conhecimentos não tradicionais de saúde. As variáveis, excesso de peso e UBS distante também apresentaram indicação de significância, na ordem podemos ver que 13,1% da amostra de adultos e idosos quilombolas tinha excesso de peso e dentre esses 17,5% não preferem conhecimentos não tradicionais de saúde. Quanto a UBS distante 5 km, questionando o acesso de saúde, 11,3% referiram não preferir conhecimentos não tradicionais de saúde.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ACESSO À SAÚDE PRESTADO AOS ADULTOS E IDOSOS DE COMUNIDADES
QUILOMBOLAS DA REGIÃO CENTRO-SUL DO PIAUÍ
Janaina Alvarenga Aragão, Ângelo José Gonçalves Bós, Gabriela Peixoto Coelho de Souza,
Luciano Silva Figueiredo, Maria da Vitória Barbosa Lima, Evandro Alberto de Sousa

Para as variáveis seguintes: tempo de residência, cardiopatia, hipertensão, diabetes, infecções respiratórias, problemas hematológicos, artrose, oftalmopatia, na distribuição também não ocorreu significância estatística.

Na tabela 2 foram observados os resultados das regressões logísticas para a chance de não preferir conhecimentos tradicionais de saúde, de adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas, da região Centro-Sul do Piauí, 2012. No modelo inicial foram apresentados todos os resultados independentes do nível de significância. Os homens, em relação às mulheres, apresentaram uma razão de chance de 0,84, ou seja, menor do que um, representando uma menor chance de preferir conhecimentos não tradicionais de saúde, embora não significativo. Comparado com o nível socioeconômico mais elevado, os participantes do nível D e E apresentaram maior chance de preferir conhecimentos não tradicionais, sendo o último estatisticamente significativo.

Tabela 2. Resultados das regressões logísticas para a chance de preferir conhecimentos não tradicionais de saúde, de adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas, da região Centro-Sul do Piauí, 2012.

	Modelo inicial		Modelo final	
	R.C.	P	R.C.	P
Sexo (masc/fem)	0.8447	0.6370		
Nível socioeconômico C				
Nível D	1.3463	0.5246	1.2126	0.6444
Nível E	3.1933	0.0426	2.7929	0.0549
Escolaridade (alfabetizado)				
Analfabeto	0.6595	0.4408		
Não alfabetizado	0.7404	0.5407		
Estado civil (casado)				
Solteiro	0.7147	0.5200		
Viúvo	1.3280	0.6179		
Faixa etária (45 a 49 anos)				
50 a 59 anos	2.0980	0.1583	1.9514	0.1821
60 a 69 anos	2.6991	0.0989	2.4635	0.1021
70 a 79 anos	7.2040	0.0136	6.6132	0.0084
80 anos ou mais	1.7966	0.5376	1.8101	0.4650
Tempo residência (anos)	0.9761	0.0760	0.9775	0.0825
Cardiopatia	0.9475	0.9278		
Hipertensão	1.0751	0.8367		
Diabetes	1.0672	0.9028		
Infeções respiratórias	1.2525	0.7613		
Problemas hematológicos	1.3322	0.5101		
Artrose	2.2403	0.1082	2.1492	0.1006
Oftalmopatia	0.5583	0.1088	0.5535	0.0768
Ansiedade depressão	4.2976	0.0212	4.4765	0.0114
Excesso de peso	0.5316	0.2856		
UBS distante	0.1482	0.0052	0.1930	0.0109

RC= Razão de Chance

Quanto às faixas etárias observou-se que, comparado com os mais jovens, existiu um aumento das chances de preferir conhecimentos não tradicionais de saúde conforme o aumento da idade, sendo a comparação com os de 70 a 79 anos significativa.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ACESSO À SAÚDE PRESTADO AOS ADULTOS E IDOSOS DE COMUNIDADES
QUILOMBOLAS DA REGIÃO CENTRO-SUL DO PIAUÍ
Janaina Alvarenga Aragão, Ângelo José Gonçalves Bós, Gabriela Peixoto Coelho de Souza,
Luciano Silva Figueiredo, Maria da Vitória Barbosa Lima, Evandro Alberto de Sousa

Participantes com oftalmopatias apresentaram menor chance de utilizar os conhecimentos não tradicionais de saúde, sendo essa análise indicativa de significância. Já participantes com o diagnóstico de ansiedade ou depressão apresentaram significativamente mais chance de preferir conhecimentos não tradicionais de saúde.

E por último, a distância entre a residência e a UBS maior que 5 km foi um fator associado significativamente a menor chance de preferir conhecimentos não tradicionais de saúde.

Na tabela 3 os 198 participantes referiram utilizar com frequência 549 chás, uma média de 2,8 chás por participantes. Apenas 29 (14,6%) referiram não utilizar chás como tratamento tradicional de saúde. O número máximo de chás descritos foram 12. Os chás utilizados foram classificados quanto aos motivos de sua utilização agrupados por ação principal e dispostos na tabela 3. Com maior frequência foram os chás para tratar problemas respiratórios, como gripe, tosse, pneumonia, em segundo lugar como anti-inflamatórios no tratamento de dores, dor de cabeça, inflamação uterina etc. E em terceiro lugar utilizam para tratar pressão alta.

Tabela 3. Frequência de motivos para adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas utilizarem os chás, na Região Centro – Sul do Piauí, 2012.

CLASSIFICAÇÃO	Frequência	Percentil
Respiratório	139	25.3%
Anti-inflamatório	86	15.7%
Pressão alta	82	14.9%
Ansiolítico	70	12.8%
Intestinais	44	8.0%
Mal estar	38	6.9%
Hidratação	34	6.2%
Outro	20	3.6%
Nefrológico	13	2.4%
Metabólico	10	1.8%
Cardiovascular	6	1.1%
Dermatológico	4	0.7%
Hematológico	3	0.5%
TOTAL	549	100.0%

DISCUSSÃO

Nessa fase serão discutidos apenas os dados com significância estatística para comprovar a hipótese e o objetivo apontados na introdução do artigo. Na tabela 1 os resultados confirmam a literatura no que se refere à predominância rural das comunidades de remanescentes quilombolas, fato que se afirma com a preocupação do Programa Brasil Quilombola na articulação do ousado projeto intitulado, “Quilombos das Américas – Articulação de Comunidades Afrorrurais” que deseja alcançar a soberania alimentar e elevar o acesso aos direitos de saúde, econômicos, sociais e culturais dessas comunidades, não só do Brasil, mas nas Américas (SEPPIR, 2014a; SEPPIR, 2014b). Comunidades rurais e localizadas em áreas de difícil alcance, geograficamente (BRASIL, 2010; SEPPIR, 2014a) necessitam da viabilização e organização da assistência dos profissionais de saúde e administração dos gestores sensíveis a esse contexto histórico.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ACESSO À SAÚDE PRESTADO AOS ADULTOS E IDOSOS DE COMUNIDADES
QUILOMBOLAS DA REGIÃO CENTRO-SUL DO PIAUÍ
Janaina Alvarenga Aragão, Ângelo José Gonçalves Bós, Gabriela Peixoto Coelho de Souza,
Luciano Silva Figueiredo, Maria da Vitória Barbosa Lima, Evandro Alberto de Sousa

Quanto às doenças questionadas no quesito clínicas (história pregressa de saúde), a ansiedade e depressão foram encontradas, na tabela 1, em 10,6% dos participantes, os quais preferiram utilizar conhecimentos não tradicionais de saúde, esse fato mostra o interesse dos remanescentes quilombolas de conhecer novas técnicas de tratamento e cura de doenças, e de estabelecer uma linha de inclusão com os gestores e técnicos da rede pública de atenção básica de saúde, nesse caso em particular para reverter os efeitos dessa doença bastante atual (PAULO; YASSUDA, 2010). Mas é importante estar atento, pois segundo Paulo e Yassuda (2010) reafirmam outros pesquisadores ao dizer que a percepção subjetiva de perda de memória estaria mais associada à depressão, e que quanto maior a frequência de esquecimentos relatados mais frequentes são os sintomas de ansiedade. A perda de memória é um problema de saúde que pode prejudicar na transferência do legado história e cultural que é transmitido por gerações dentro das comunidades de remanescentes quilombolas (BRASIL, 2010).

A tabela 2 mostra que, apesar da maior parte dos participantes do estudo pertencer à classe D, foi na classe socioeconômica E onde se encontrou a preferência por conhecimentos não tradicionais de saúde, classe com baixo poder de compra, motivo pelo qual torna mais complicado viabilizar esse acesso de saúde, ou seja, a procura pelos serviços de saúde disponíveis, Equipes de Saúde da Família (ESF), e na aquisição dos medicamentos distribuídos na atenção básica de saúde do SUS, ora visto que a distância da unidade de saúde (UBS) quando ajustada para tabela 2 mostrou ser um fator significativo para essas comunidades. Isso mostra a precária condição de vida das comunidades de remanescentes quilombolas e a grande disparidade na Atenção à Saúde no Brasil, sendo necessário o envolvimento social e profissional para alteração desta realidade (FREITAS *et al.*, 2011; MENDONÇA AMORIM *et al.*, 2013).

Ainda na segunda tabela a preferência dos idosos com 70 a 79 anos por medicamentos da rede básica de saúde pode ser entendida como a necessidade de tratamentos para doenças crônicas degenerativas que tiveram um aumento crescente nas últimas décadas devido ao envelhecimento da população mundial, e no Brasil, mesmo nas regiões do nordeste rural onde a expectativa de vida ao nascer é um pouco menor do que a média nacional (IBGE, 2013). O estudo de Da Silva Coqueiro *et al.*, (2007) mostrou esse expressivo aumento ao verificar, no município de Jequié – BA, um elevado número de indivíduos cadastrados na ESF relatando doença crônica degenerativa, como hipertensão, artropatias, e osteoartrose, fraturas ou história de fraturas, doenças de destaque entre idosos (FELIPE; ZIMMERMANN, 2011; MENDONÇA AMORIM *et al.*, 2013). Porém, essa preferência não deve ser entendida como desvalorização dos idosos pelos conhecimentos tradicionais de saúde existentes na comunidade e suas proximidades, um de seus legados culturais que é repassada de geração a geração através dos idosos quilombolas aos mais jovens (BRASIL, 2010; SEPPIR, 2014a). O que talvez aconteça é a perda de espécies de valor terapêutico e suas informações pelos mais jovens, provavelmente devido às alterações provocadas pela ação do ser humano sobre o meio ambiente ou a natureza e pelas formas atuais de propriedade e uso da terra (FRANCO; BARROS, 2006).



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ACESSO À SAÚDE PRESTADO AOS ADULTOS E IDOSOS DE COMUNIDADES
QUILOMBOLAS DA REGIÃO CENTRO-SUL DO PIAUÍ
Janaina Alvarenga Aragão, Ângelo José Gonçalves Bós, Gabriela Peixoto Coelho de Souza,
Luciano Silva Figueiredo, Maria da Vitória Barbosa Lima, Evandro Alberto de Sousa

O resultado da Tabela 2 finalmente comprova a hipótese do artigo, quando mostra que a chance de preferir conhecimentos não tradicionais de saúde para modelos com a variável distância de 5 km da UBS fez com que os adultos e idosos quilombolas pesquisados não procurassem o posto de saúde e sim, seus conhecimentos tradicionais de saúde por causa da distância da UBS de sua residência. Uma das inúmeras dificuldades de acesso de saúde das comunidades remanescentes quilombolas que o Ministério da Saúde tenta melhorar através da articulação com a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) pelo Programa Brasil Quilombola como o aumento da cobertura nessas áreas por meio das ESF (MDS, 2009; SEPPIR, 2014a, SEPPIR, 2014b).

Na tabela 3 vale ressaltar o uso dos chás pela maioria dos adultos e idosos das comunidades remanescentes quilombolas estudados, resultado oposto ao encontrado por Barbosa da Silva *et al.*, (2012) quanto ao uso de plantas medicinais na comunidade quilombola da Barra II, Bahia. Porém Barbosa da Silva *et al.*, (2012) encontraram que as poucas pessoas que as utilizaram eram destinadas ao tratamento de problemas de saúde do aparelho respiratório, fato também encontrado nos resultados do presente estudo e nos de Franco e Barros (2006). Que de acordo com Monteles e Pinheiro (2007) esses recursos de tratamento e cura de doenças, geralmente produzidos nas comunidades, é um legado resultante da mistura de práticas terapêuticas africanas muito influenciadas pela cultura indígena, e que o resgate da terapêutica local com a organização ordenada dos conhecimentos deve ser estimulado, pois ajuda na conservação da diversidade social, cultural e biológica destas comunidades tradicionais. Os estudos sobre plantas medicinais utilizadas nas comunidades remanescentes quilombolas sejam melhorados, pois poderia fornecer conhecimentos para sensibilização das ESF a se adaptarem à realidade cultural dos quilombolas quanto do uso das plantas com caráter terapêutico e também promover o respeito e a valorização do saber tradicional junto aos profissionais que especificamente atendem comunidades étnicas (FRANCO; BARROS, 2006; VIEIRA; MONTEIRO, 2013).

Segundo Vieira e Monteiro (2013), o interesse e a permanência desses profissionais nessas comunidades é vital na tentativa de solucionar as grandes carências maiores e dificuldades de acesso aos serviços de saúde com foco em fazer valer à equidade, um dos princípios basilares do Sistema Único de Saúde (SUS) assegurado pela Constituição Brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As comunidades de remanescentes quilombolas estudados são, na sua maioria, rurais, com baixa escolaridade, baixo poder econômico para aquisição de recursos para suas mínimas necessidades, dentre elas de saúde. Os resultados dessa pesquisa mostraram que a distância entre a residência e a UBS maior que 5 km foram um fator significativamente importante para a menor chance de preferir conhecimentos não tradicionais de saúde, e que as comunidades, por isso, preferem tratar suas doenças com plantas medicinais. Diante disso, os autores sugerem que haja



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ACESSO À SAÚDE PRESTADO AOS ADULTOS E IDOSOS DE COMUNIDADES
QUILOMBOLAS DA REGIÃO CENTRO-SUL DO PIAUÍ
Janaina Alvarenga Aragão, Ângelo José Gonçalves Bós, Gabriela Peixoto Coelho de Souza,
Luciano Silva Figueiredo, Maria da Vitória Barbosa Lima, Evandro Alberto de Sousa

incentivos na área de educação permanente em saúde para capacitar os profissionais considerando as práticas integrativas tradicionais.

A distância geográfica interferiu no acesso de saúde dessas comunidades, então verifica-se que é preciso realizar mais estudos que percebam a influência da distância e também dos fatores culturais característicos dessas comunidades, com o objetivo de considerar esses fenômenos na hora de formular e aplicar políticas públicas de saúde nessas comunidades, prestando atenção também no legado cultural de saúde produzido nesse meio e repassado para as futuras gerações.

REFERÊNCIAS

BARBOZA DA SILVA, Nina et al. Uso de plantas medicinais na comunidade quilombola da Barra II–Bahia, Brasil. **Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas**, v. 11, n. 5, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 14a Conferência Nacional de Saúde: Todos Usam o SUS. SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. XXX p.: il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

DA SILVA COQUEIRO, Raildo *et al.* Prevalência de doenças crônicas degenerativas em usuários de uma unidade de saúde da família do município de Jequié-Ba. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 20, n. 2, p. 92-98, 2012. doi: 10.5020/18061230.2007.

FELIPE, Lais Keylla; ZIMMERMANN, Anita. Doenças crônicas degenerativas em idosos: dados fisioterapêuticos; Chronic degenerative diseases in elderly: physiotherapeutic data. **Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)**, v. 24, n. 3, 2011.

FRANCO, E. A. P.; BARROS, R. F. M. Uso e diversidade de plantas medicinais no Quilombo Olho D'água dos Pires, Esperantina, Piauí. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, v. 8, n. 3, p. 78-88, 2006.

FREITAS, Daniel Antunes *et al.* Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista CEFAC**, v. 13, p. 937-43, 2011.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Certificação quilombola**. Brasília: Fundação Cultural Palmares, 2022. Disponível em: https://www.palmares.gov.br/?page_id=37551. Acesso em: 05 nov. 2022.

GOMES, R. A. S. **Renda, território e estado social: análise do Programa Bolsa Família nas comunidades quilombolas do sítio histórico Kalunga em Cavalcante (GO)**. 2022. 197 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2022. <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/11961>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. **Estudos e pesquisas, informação geográfica e socioeconômica**, Rio de Janeiro, n. 32 2013.



RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

ACESSO À SAÚDE PRESTADO AOS ADULTOS E IDOSOS DE COMUNIDADES
QUILOMBOLAS DA REGIÃO CENTRO-SUL DO PIAUÍ
Janaina Alvarenga Aragão, Ângelo José Gonçalves Bós, Gabriela Peixoto Coelho de Souza,
Luciano Silva Figueiredo, Maria da Vitória Barbosa Lima, Evandro Alberto de Sousa

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Guia de políticas sociais quilombolas**: serviços e benefícios do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009. Brasília: MDS, 2009.

MENDONÇA AMORIM, Maise et al. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil= Evaluation of housing and health conditions of Boqueirão afro descendant community, state of Bahia, Brazil. **Bioscience Journal**, v. 29, n. 4, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 05 nov. 2022.

MONTELES, Ricardo; PINHEIRO, Claudio Urbano B. Plantas medicinais em um quilombo maranhense: uma perspectiva etnobotânica. **Revista de Biologia e Ciências da Terra**, v. 7, n. 2, p. 38-48, 2007.

NASCIMENTO, Veridiana Barreto do; ARANTES, Ana Carolina Vitorio; CARVALHO, Luciana Gonçalves de. Vulnerabilidade e saúde de mulheres quilombolas em uma área de mineração na Amazônia. **Saúde e Sociedade**, v. 31, p. e210024pt, 2022.

PAULO, Débora Lee Vianna; YASSUDA, Mônica Sanches. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. **Revista de psiquiatria clínica**, v. 37, n. 1, p. 23-26, 2010.

PIOLA, Sérgio Francisco et al. Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória recente e cenários para o futuro. **Análise Econômica**, Porto Alegre, ano 30, n. especial, p. 9 - 33, 2012.

SEPPPIR (Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial). **Programa Brasil Quilombola**: relatório de gestão. Brasília: SEPPPIR, 2012. Disponível em: <http://www.sepppir.gov.br/comunidades-tradicionais/programa-brasil-quilombola>. Acesso em: 9 fev. 2014a.

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