

**Karine de Oliveira Gomes**

**AVALIAÇÃO DO ACESSO E DA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE  
SAÚDE PELA POPULAÇÃO QUILOMBOLA DE VITÓRIA DA  
CONQUISTA, BAHIA.**

**Universidade Federal de Minas Gerais  
Programa de Pós Graduação em Saúde Pública  
Belo Horizonte - MG  
2013**

**Karine de Oliveira Gomes**

**AVALIAÇÃO DO ACESSO E DA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PELA  
POPULAÇÃO QUILOMBOLA DE VITÓRIA DA CONQUISTA, BAHIA.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública (área de concentração em Epidemiologia).

**Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Mariângela Leal Cherchiglia**

**Belo Horizonte - MG**

**2013**

G633a Gomes, Karine de Oliveira.  
Avaliação do acesso e da utilização de serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista, Bahia [manuscrito]. / Karine de Oliveira Gomes. -- Belo Horizonte: 2013.  
169f.: il.  
Orientador: Mariangela Leal Cherchiglia.  
Área de concentração: epidemiologia.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Avaliação de Serviços de Saúde. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Grupos com Ancestrais do Continente Africano. 4. Inquéritos Epidemiológicos. 5. Comunidades Vulneráveis. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Cherchiglia, Mariangela Leal. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título

NLM: W 84.4

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

### **Reitor**

Prof. Clélio Campolina Diniz

### **Vice-Reitor**

Profª. Rocksane de Carvalho Norto

### **Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Profª. Antônia Vitória Soares Aranha

### **Pró-Reitor de Pesquisa**

Prof. Renato de Lima Santos

## **FACULDADE DE MEDICINA**

### **Diretor**

Prof. Francisco José Penna

### **Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social**

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

## **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

### **Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública**

Profª. Sandhi Maria Barreto

### **Subcoordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública**

Profª. Ada Ávila Assunção

### **Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública**

Profª. Ada Ávila Assunção

Profª. Carla Jorge Machado

Profª. Cibele Comini César

Profª. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof. Francisco de Assis Acurcio

Profª. Maria Fernanda Furtado Lima e Costa

Profª. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Profª. Soraya Almeida Belisário

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

### **Discentes**

Maryane Oliveira Campos

Tiago Lopes Coelho



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA



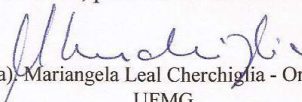
## FOLHA DE APROVAÇÃO

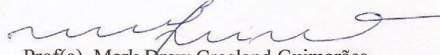
**“AVALIAÇÃO DO ACESSO E DA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO QUILOMBOLA DE VITÓRIA DA CONQUISTA, BAHIA”.**

### **KARINE DE OLIVEIRA GOMES**

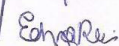
Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração EPIDEMIOLOGIA.

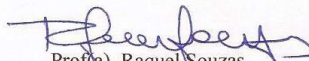
Aprovada em 26 de novembro de 2013, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Mariângela Leal Cherchiglia - Orientador  
UFMG

  
Prof(a). Mark Drew Crosland Guimarães  
UFMG

  
Prof(a). Rosângela Minardi Mitre Cotta  
UFV

  
Prof(a). Edna Afonso Reis  
UFMG

  
Prof(a). Raquel Souza  
UFBA

Belo Horizonte, 26 de novembro de 2013.

Aos quilombolas do Brasil, especialmente aos da região de Vitória da Conquista, Bahia, com a esperança de que este trabalho seja uma “porta” capaz de abrir espaço e fortalecer a luta contra a invisibilidade imposta a este grupo populacional.

## AGRADECIMENTOS

“Não vou me deixar embrutecer  
Eu acredito nos meus ideais  
Podem até maltratar meu coração  
Que meu espírito  
Ninguém vai conseguir quebrar...”

Um dia Perfeito (Renato Russo)

A sensibilidade aguçada é um traço de personalidade que me fez experimentar muitos momentos de recompensa e frustração no desenvolvimento deste trabalho.

Foi penoso lidar com as diferenças dos membros da equipe... Alguns não assumiram sua responsabilidade no processo, o que gerou sobrecarga e acumulação de funções para outros. Atitudes dispensáveis estiveram presentes o tempo todo: presunção, intransigência, autoritarismo, indiferença, agressividade, pouco ou nenhum empenho com o cumprimento de tarefas e prazos... Não obstante, houve os colegas que conseguiram lograr a sintonia, a sabedoria, a parceria e a organização necessárias para o alcance dos objetivos propostos... Juntos, lutamos para extrair de cada membro do Projeto COMQUISTA a contribuição necessária para a obtenção do produto final...

E acho que conseguimos! Por isso, agradeço a todos os pesquisadores envolvidos: Ana Paula Steffens; Cláudio Lima Souza; Cláudia Nicolaevna Kochergin; Cristiano Soares de Moura; Daniela Arruda Soares; Danielle Souto de Medeiros; Luana Giatti; Luis Rogério Cosme Silva Santos; Luiz Gustavo Vieira Cardoso; Márcio Vasconcelos Oliveira; Mark Drew Crosland Guimarães; Poliana Cardoso Martins; Raquel Souza e Vanessa Moraes Bezerra, pois, uma pesquisa desta natureza não se realiza sozinho (a)!

Se Carlos Drummond de Andrade viu que “no meio do caminho tinha uma pedra”, Cora Coralina em seu poema “Aninha e suas pedras” nos recomendou: “não te deixes destruir ajuntando novas pedras e construindo novos poemas... Recria tua vida, sempre, sempre. Remove pedras e planta roseiras e faz doces. Recomeça!”

E assim fiz... Depois de ficar doente e precisar de tratamento médico para seguir, aprendi a dosar a sensibilidade e a me portar adequadamente diante das situações que me desestruturavam. E o resultado maior desta experiência foi um crescimento indescritível, em todos os sentidos... Profissional, acadêmico, intelectual, pessoal e, sobretudo, emocional.

Não poderia deixar de mencionar o diferencial que se estabelece quando fazemos aquilo que amamos, pois, mesmo diante da decisão do grupo de realizar um inquérito de saúde, que não me poupou de nenhuma etapa (desde o planejamento, coleta de dados e análise estatística dos resultados), não abri mão de realizar a investigação qualitativa, que sempre foi a “menina dos meus olhos”...

Uma pesquisa puramente quantitativa não teria a minha identidade!

Então, vamos aos agradecimentos...

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento que viabilizou a realização do Doutorado Interinstitucional (DINTER).

À Universidade Federal da Bahia (UFBA), especialmente ao Prof. Dr. Orlando Silvio Caires Neves, pelo esforço empenhado para a realização e operacionalização do DINTER.

À Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), notadamente ao Prof. Dr. Mark Drew Crosland Guimarães, por acreditar e investir na concretização do DINTER.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), pelo financiamento que tornou viável a realização do Projeto COMQUISTA.

À Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, representada por Márcia Viviane, Dayse Matos e pelos profissionais de saúde responsáveis pelas comunidades quilombolas pesquisadas, principalmente aos agentes comunitários de saúde, pelo apoio oferecido para a realização do estudo.

Aos representantes do Conselho Regional Quilombola de Vitória da Conquista, com destaque para Nelson e todos os líderes comunitários das comunidades selecionadas, pela receptividade, suporte logístico e auxílio na etapa de sensibilização da população quilombola, que nos recebeu com cordialidade e disposição para responder o questionário que era, demasiadamente, longo. Agradeço a toda população quilombola, que compartilhou conosco suas vidas, alegrias e sofrimentos, sem nenhum constrangimento... Vocês são exemplo de resistência, perseverança e comunhão!

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Raquel Souza, por aceitar coordenar o Projeto COMQUISTA e por partilhar o gosto pela análise qualitativa, que tanto enriqueceu o meu trabalho. Obrigada pela disponibilidade onipresente em esclarecer dúvidas sobre a população do estudo, por disponibilizar vários materiais e por iniciar uma parceria que se transformou em amizade.

Também não posso deixar de registrar a contribuição substancial das queridas amigas Cláudia, Daniela, Poliana e Vanessa, pela parceria, afeto, paciência e esclarecimento de dúvidas banais que emperravam o seguimento do trabalho, tanto nas atividades das disciplinas quanto no momento da análise estatística... Vocês me ajudaram a não desistir...

À Vanessa, novamente, pela criteriosa condução da coordenação do campo. O seu desempenho no direcionamento do trabalho é a maior prova de que uma oportunidade associada à devida dose de responsabilidade e empenho são combinações de sucesso.

À Daniela Rocha e Luis Gustavo, por assumirem as minhas aulas e tornarem possível o afastamento para cumprir o estágio obrigatório em Belo Horizonte.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cibele Comini, por me acolher em sua casa de forma tão generosa! Obrigada por partilhar o espaço físico, a família e a rotina de vida no período do estágio. Você foi muito mais que uma professora e se tornou uma amiga ao longo desta caminhada.

À toda a comunidade acadêmica do Instituto Multidisciplinar em Saúde/Campus Anísio Teixeira (IMS/CAT) da UFBA, pelo apoio oferecido. Agradeço, sobretudo, aos (às) colegas que me acompanharam mais de perto e tornaram-se verdadeiros amigos (as): Adriano Maia; Andrea Karla; Anderson Santos; Daniela Rocha; Gilvanéia Santos; Márcio Borba; Patrícia Baier; Patrício Bispo e Ricardo Evangelista.

A todos (as) os (as) alunos (as) que fizeram parte de qualquer etapa, pela flexibilidade com o remanejamento das atividades acadêmicas que viabilizou a concretização deste trabalho. Muitos (as) foram especiais e conquistaram um espaço privilegiado no meu coração, porém, não citarei nomes para não cultivar desafetos... Espero ter contribuído para além do desenvolvimento técnico no processo de formação de vocês.

À Raquel Brito, minha professora de pilates, por ter contribuído com o alívio do estresse e por ter se tornado uma amiga.

À Adélia, por me auxiliar no resgate do meu equilíbrio emocional.

Ao Dr. Péricles, meu cuidador, homeopata e acupunturista, pela amizade construída ao longo do tratamento da enxaqueca.

Ao Prof. Dr. Francisco Acúrcio e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Angelita Melo, pelas sugestões na etapa da qualificação e por aceitarem o convite para participarem da banca.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Edna Afonso Reis, pelo apoio nas disciplinas e na análise estatística que subsidiou a elaboração do primeiro artigo. Obrigada pelo carinho, paciência e disponibilidade. A sua amizade tornou essa fase bem mais leve e suportável!

Ao professor Dr. Mark Drew Crosland Guimarães, pelo olhar judicioso que rendeu valiosas contribuições ao trabalho e à minha formação. Agradeço, igualmente, por ter assumido com tanta diligência a responsabilidade e o acompanhamento do DINTER.



À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosângela Minardi, por me conceder a primeira oportunidade na pesquisa; por toda a contribuição na minha formação acadêmica, profissional e pessoal, e por intermediar o primeiro contato com a professora Mariângela.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Mariângela Cherchiglia, agradeço POR TUDO... Por viver essa construção ao meu lado, sempre me conferindo um tratamento respeitoso e compreensivo... Sua forma de acompanhamento foi essencial para que eu conseguisse superar as limitações impostas neste período... Obrigada por oferecer o amparo necessário nos momentos em que precisei das suas intervenções tão sensatas e sensíveis à exigência das situações. Não há palavras capazes de descrever o que o seu apoio representou neste processo! Torço para que o nosso vínculo seja mantido e fortalecido.

A todos (as) os (as) amigos (as) e familiares, de longe ou de perto, que compartilharam essa caminhada, direta ou indiretamente: Tina; Soninha Maia; Luciano Carneiro; Lourdes Fontes; Patrícia Vieira; Zé Humberto e Eliana Queiroz; Alexandre Capucho e Patrícia Cabral; Hudsara; Patrícia Pereira... Um carinho e agradecimento especial às queridas amigas Kelly Magalhães, Nethe Santos e Janaína Molinari, por se fazerem presentes na ausência... A distância não as impediu de me oferecer apoio incondicional, partilhar provações e realizações, e de emitir bênçãos com suas orações...

À Kelly também por me acolher tantas vezes em Belo Horizonte, dividindo momentos decisivos desta edificação... Obrigada, do fundo do meu coração...

**“Amigos para sempre é o que nós iremos ser  
Na primavera ou em qualquer das estações, nas horas tristes, nos momentos de prazer  
Amigos para sempre”**

**Amigos para siempre (Luciano Pavarotti)**

Ao meu pai, Wander (i.m.), que experimentou as consequências de uma vida permeada de privações de todas as naturezas, e não mediu esforços para investir na minha formação e dos meus irmãos. Mesmo que o senhor não tenha tido a oportunidade de presenciar as conquistas galgadas após a minha graduação, me sinto confortada em crer no sentimento de dever cumprido que brotaria em seu coração se ainda estivesse entre nós. Obrigada por tudo! Nunca me esquecerei do seu otimismo diante das adversidades, da sua ingenuidade e generosidade, características que busco seguir para manter viva a sua memória nesse mundo.

**“Ele tinha feições de homem feliz, realizado  
Parecia imerso na alegria que é própria de quem cumpriu a sina do dia  
(...) Mas aquele homem não era Deus, aquele homem era meu pai  
E foi assim que eu descobri que meu pai com o seu jeito finito de ser Deus  
Revelava-me Deus com seu jeito infinito de ser homem”**

**Deus é Pai - Poema (Padre Fábio de Melo)**

À minha mãe, Maria das Graças, minha inspiração e maior exemplo de superação, garra e responsabilidade. Sem medo de errar, posso confessar que de todos os filhos, eu sou a mais parecida com a senhora... Talvez por isso haja tanta cumplicidade, paciência e compreensão entre nós! Agradeço a sua abnegação em prol da nossa formação (em todos os sentidos), o mérito de todas as nossas conquistas também é seu e sempre será. Que Deus a recompense abundantemente pela dedicação, amor e presença absoluta nas nossas vidas! As palavras faltam diante de tudo o que a senhora significa para mim, então, vou deixar o seu grande ídolo expressar:

“Eu tenho tanto pra lhe falar, mas com palavras não sei dizer  
Como é grande o meu amor por você  
E não há nada pra comparar, para poder lhe explicar  
Como é grande o meu amor por você  
Nem mesmo o céu, nem as estrelas, nem mesmo o mar e o infinito  
Não é maior que o meu amor, nem mais bonito  
Me desespero a procurar alguma forma de lhe falar  
Como é grande o meu amor por você  
Nunca se esqueça, nem um segundo, que eu tenho o amor maior do mundo  
Como é grande o meu amor por você”

Como é grande o meu amor por você (Roberto Carlos)

Aos meus irmãos Carla, Keli e Francisco, por todo o amor, tolerância, compreensão, torcida e orações a mim dispensadas para que eu pudesse seguir sempre em frente, superando as dificuldades e alcançando cada degrau desta caminhada. Agradeço por nunca deixarem de acreditar em mim e por me incentivarem nos momentos difíceis.

Aos meus sobrinhos João Vitor, Maria Luisa, Ana Clara, Franciny e Luis Felipe, raios de sol que iluminaram os momentos mais tenebrosos com seus sorrisos... Obrigada por me oferecerem tanto amor, carinho, alegria e esperança... Vocês são muito especiais, verdadeiros anjos de luz na minha vida!

“Haverá um dia em que você não haverá de ser feliz  
Sentirá o ar sem se mexer, sem desejar como antes sempre quis  
Você vai rir, sem perceber, felicidade é só questão de ser  
Quando chover, deixar molhar pra receber o sol quando voltar  
Lembrará os dias que você deixou passar sem ver a luz  
Se chorar, chorar é vão porque os dias vão pra nunca mais  
Melhor viver, meu bem pois há um lugar em que o sol brilha pra você  
Chorar, sorrir também e depois dançar na chuva quando a chuva vem  
Tem vez que as coisas pesam mais do que a gente acha que pode aguentar  
Nessa hora fique firme pois tudo isso logo vai passar  
Você vai rir, sem perceber, felicidade é só questão de ser  
Quando chover, deixar molhar pra receber o sol quando voltar”

Felicidade (Marcelo Jeneci)

Aos meus cunhados Juninho, Júlio, Eliane e Cristiano, pelo apoio e amizade.

Aos meus sogros Dilermando (i.m.) e Petronilha (i.m.), que foram impedidos de partilhar esta conquista comigo, os meus sinceros agradecimentos por me acolherem na família, pelos grandes ensinamentos e exemplos de vida que ficarão registrados eternamente na minha memória e coração. Agradeço, especialmente, pelo presente que vocês me concederam: o meu querido companheiro!

“É preciso amar as pessoas como se não houvesse amanhã  
Porque se você parar pra pensar na verdade não há”

Pais e Filhos (Renato Russo)

Ao meu grande amor Marcelo... Tenho tanto a te agradecer que nem mesmo uma tese inteira seria capaz de registrar todos os detalhes... Obrigada pelo apoio na coleta de dados; por relevar os diversos momentos em que não estive disponível; por ficar ao meu lado durante as crises de dores, estresse, cansaço, conflitos interiores e esgotamento; por dividir as tarefas cotidianas para que eu pudesse me dedicar à elaboração do trabalho; por acreditar em mim; por me amar e me aceitar, incondicionalmente, do meu jeito e com todas as minhas limitações... Hoje tenho plena convicção de que “quando penso em alguém, é por você que fecho os olhos”... E mais:

“Pra você guardei o amor que nunca soube dar  
O amor que tive e vi sem me deixar sentir  
Sem conseguir provar, sem entregar e repartir  
Pra você guardei o amor que sempre quis mostrar  
O amor que vive em mim  
Vem visitar, sorrir, vem colorir solar, vem esquentar e permitir  
(...) Guardei sem ter porquê  
Nem por razão ou coisa outra qualquer  
Além de não saber como fazer  
Pra ter um jeito meu de me mostrar  
Achei vendo em você  
Explicação nenhuma isso requer”

Pra você guardei o Amor (Nando Reis)

Finalmente, à Deus, cúmplice do princípio ao fim, agradeço pelo amparo e por me conceder força, perseverança, coragem, sabedoria, discernimento, proteção, fé e sensibilidade para ir além.

“Quem tem Deus como império  
No mundo não está sozinho  
Ouvindo sininhos”

Magamalabares (Marisa Monte)

“(...) a maioria das pessoas vai para casa e logo encontra barreiras e não sabe como lidar com elas. (...) Faço tudo o que posso por eles [os pacientes]. Apenas quando sinto que não posso fazer mais nada eu os encaminho, e não os deixo partir até que a consulta esteja marcada. Estou disponível para cuidar de enfermidades, mas isso não é tudo o que faço. Meus pacientes são muito mais complexos que suas enfermidades. (...) O melhor que podemos fazer pelos pacientes é entender o que dizem, e um pré-requisito é ouvir. É óbvio que cuido de suas enfermidades – estou disponível para fazê-lo da forma que eles necessitarem – mas essa é uma pequena parte do que faço”.

(Starfield, 2002, p. 207).

**RESUMO**

---

## RESUMO

**Introdução:** acesso é um conceito multidimensional associado às características da oferta de serviços de saúde para indicar o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. A utilização de serviços de saúde é uma expressão positiva do acesso e, por isso, pode ser usada como indicadora do acesso à assistência à saúde. Tanto o acesso quanto a utilização de serviços de saúde vêm aumentando no país, mas permanecem desigualdades geográficas e sociais, especialmente nos grupos minoritários. **Objetivos:** avaliar o acesso e a utilização de serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Métodos:** trata-se de estudo de corte transversal, realizado em 2011, parte do inquérito de saúde denominado Projeto COMQUISTA, que investigou as condições de vida, saúde, o acesso e a utilização de serviços de saúde em comunidades quilombolas da região de Vitória da Conquista, Bahia. As comunidades selecionadas foram Corta Lote, Maria Clemência, Furadinho, Lagoa de Melquíades e Boqueirão. A população do estudo foi composta por três grupos de sujeitos: 1) indivíduos adultos ( $\geq 18$  anos) que residiam nestas comunidades; 2) líderes comunitários que atuavam e exerciam papel de liderança e 3) profissionais das equipes de Saúde da Família de referência destas comunidades. Este trabalho utilizou a triangulação de métodos, abordagem particularmente recomendada para estudos de avaliação. Na análise quantitativa a magnitude das associações entre variáveis explanatórias e o uso de serviços foi estimada pelas razões de prevalência obtidas por regressão de Poisson com intervalo de 95% de confiança. Quanto aos dados qualitativos, sua análise foi baseada na Teoria das Representações Sociais e Análise de Conteúdo. **Resultados:** dos 797 indivíduos entrevistados, 455 (57,1%) usaram algum serviço de saúde nos 12 meses anteriores às entrevistas. Verificou-se maior prevalência de uso de serviços para os quilombolas do sexo feminino, com companheiros (as), que avaliaram sua saúde como regular, ruim ou muito ruim, cadastrados no Programa Saúde da Família e que fizeram referência a um serviço de saúde de uso regular. A população quilombola apresentou maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde relacionada à presença de barreiras físicas, socioculturais e financeiras, ao insuficiente conhecimento dos usuários e à inadequada qualidade do atendimento, o que pode explicar, pelo menos parcialmente, a menor utilização de serviços de saúde por este grupo populacional. **Conclusões:** os resultados demonstraram maior dificuldade de acesso e menor utilização de serviços de saúde por parte da população quilombola de Vitória da Conquista, Bahia. Diante disto, recomenda-se a ampliação/aperfeiçoamento da infraestrutura física dos serviços de saúde; a implantação de novas equipes de Saúde da Família; o investimento na desprecarização dos vínculos trabalhistas na área da saúde; a qualificação do sistema de referência e contrarreferência; a realização de ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde; a atualização dos sistemas de informação em saúde e a criação de indicadores de saúde específicos para o monitoramento da situação de saúde da população quilombola. **PALAVRAS-CHAVES:** quilombolas, comunidades vulneráveis, avaliação em saúde, acesso aos serviços de saúde, inquérito de saúde.

**ABSTRACT**

---

## ABSTRACT

**Introduction:** access is a multidimensional concept associated with the characteristics of the supply of health services to indicate the degree of ease or difficulty with which people obtain health care. The use of health services is a positive expression of access and therefore can be used as an indicator of access to health care. The access and use of health services in the country are increasing but remain geographic and social inequalities, especially in minority groups. **Objectives:** to evaluate the access and use of health services by members of quilombos (slave-descendant African-Brazilian communities) in Vitória da Conquista, Bahia State, Brazil. **Methods:** it is cross-sectional study, conducted in 2011, part of a health survey called COMQUISTA Project, which investigated the health conditions, access and utilization of health services in quilombos communities in the region of Vitória da Conquista, Bahia. The communities were Corta Lote, Maria Clemência, Furadinho, Lagoa de Melquíades and Boqueirão. The study population consisted of three groups of subjects 1) adults ( $\geq 18$  years) residing in these communities, 2) community leaders who worked and exercised leadership role and 3) professional teams of the Family Health reference these communities. This study used a triangulation of methods, particularly recommended approach to evaluation studies. In quantitative analysis the magnitude of the associations between explanatory variables and the use of services was estimated the prevalence ratios obtained by Poisson regression with the 95 % confidence level. Regarding qualitative data, their analysis was based on the Theory of Social Representations and Content Analysis. **Results:** of the total sample, 455 (57.1%) reported having used health services in the 12 months prior to the interview. Higher rates of health services utilization were associated with female gender, non-single conjugal status, who rated their health as fair, poor, or very poor, registered in the Family Health Program, and referred to a health facility for regular or on-going care. Members of quilombos showed poorer access to health services related to the presence of physical barriers, socio-cultural and financial, to the insufficient knowledge of the users and the inadequate quality of care. **Conclusion:** the results showed greater difficulty of access and lower utilization of health services by the quilombo population in Vitória da Conquista, Bahia. Therefore it is recommended: expand/improve the physical infrastructure of health services, deploy new Family Health Teams; investment in the stability of working links in the area of health; qualify the reference and counter reference system; the realization of actions for health promotion; upgrade information systems in health and create specific health indicators for monitoring the health status of the members of quilombos. **KEY WORDS:** quilombolas; vulnerable groups; health evaluation; health services accessibility; health survey.



## SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....	20
1.1. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde .....	20
1.2. Panorama das Desigualdades em Saúde no Brasil.....	34
1.3. População Quilombola: Contextualização Histórica, Marcos Legais e Critérios de Identificação .....	38
2. OBJETIVOS.....	45
2.1. Objetivo Geral.....	45
2.2. Objetivos Específicos.....	45
3. MÉTODOS.....	47
3.1. Desenho do Estudo.....	47
3.2. Componente Quantitativo.....	50
3.3. Componente Qualitativo.....	58
3.4. Aspectos Éticos.....	62
4. ARTIGOS ORIGINAIS .....	64
4.1. Artigo de Resultados 1 .....	64
4.2. Artigo de Resultados 2 .....	79
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	100
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	103
7. APÊNDICES .....	111
APÊNDICE A – Cópia do Artigo Aceito Para Publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva .....	111
APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados do Componente Quantitativo (Informações do domicílio) .....	134
APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados do Componente Quantitativo (Características Sócio-Demográficas e Apoio Social).....	141
APÊNDICE D. Instrumento de Coleta de Dados do Componente Quantitativo (Autoavaliação do Estado de Saúde).....	149
APÊNDICE E. Instrumento de Coleta de Dados do Componente Quantitativo (Desempenho do Sistema de Saúde) .....	154
APÊNDICE F – Protocolo para Realização dos Grupos Focais .....	163
APÊNDICE G – Instrumento de Coleta de Dados do Componente Qualitativo.....	164

8. ANEXOS.....	166
ANEXO A – Aprovação do Projeto no Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade São Francisco de Barreiras.....	166
ANEXO B – Aprovação do Projeto no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais .....	167
ANEXO C – Aprovação da Aluna no Exame de Qualificação .....	168
ANEXO D – Ata da Defesa .....	169

## LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

1. Estrutura para o estudo do acesso à atenção médica.....	23
2. Fluxo de eventos entre necessidades de saúde e a obtenção de cuidados de saúde.....	25
3. Modelo de análise para o acesso universal aos serviços de saúde.....	29
4. Dimensões de acesso à saúde e indicadores.....	31
5. Modelo teórico comportamental de utilização de serviços de saúde.....	33
6. Modelo teórico para análise do acesso e da utilização dos serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista, Bahia. Projeto COMQUISTA, 2011.....	49
7. Barreiras de acesso aos serviços de saúde enfrentadas pela população quilombola de Vitória da Conquista, Bahia. Projeto COMQUISTA, 2011.....	98

### QUADRO

1. Avaliação das características da Atenção Primária à Saúde.....	27
---	----

### TABELA

1. Definição das variáveis explicativas da utilização de serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista, Bahia. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.....	54
---	----

## **1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

---

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

### 1.1. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde

Acesso aos serviços de saúde é um atributo complexo e multidimensional, que não apresenta consenso na literatura quanto ao conceito, à terminologia, e, muito menos, no que diz respeito ao referencial teórico mais apropriado para sua análise<sup>1,2,3</sup>. É um tema que tem obtido tamanho destaque, que, recentemente, foi debatido em um número temático da revista *Ciência e Saúde Coletiva*. Tal publicação buscou sedimentar a discussão sobre acessibilidade, apresentar resultados de estudos e reflexões de pesquisadores importantes de vários pontos do país e, ainda, trazer para o debate os múltiplos pontos de vista sobre o objeto<sup>4</sup>.

Há autores considerados referências na análise do acesso aos serviços de saúde<sup>5,6,7,8,9,10,11,12,13,14</sup> e inúmeras pesquisas têm adotado o tema como objeto de estudo

---

<sup>1</sup> Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008; p.215-243.

<sup>2</sup> Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc e Saúde Coletiva*, 2010; 15(1): 161-170.

<sup>3</sup> Sanchez RM, RM Ciconelli. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(3): 260-268.

<sup>4</sup> Andrade LOM, Minayo MCS, 2012. Acesso aos serviços de saúde: direito e utopia. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2012; 17(11): 2862.

<sup>5</sup> Donabedian A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University; 1973.

<sup>6</sup> Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1974; 9(3): 208–20.

<sup>7</sup> Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19(2): 127–140.

<sup>8</sup> Frenk-Mora J. El concepto y la medicion de accesibilidad/Concept of the accessibility measurement. *Salud publica Mex.* 1985; 27(5): 438-53.

<sup>9</sup> Unglert CVS. The importance of accessibility in the planning of localization and size of health services. *Rev. de Saúde Pública*, 1990; 24(6): 445-52.

<sup>10</sup> Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschütz C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.

<sup>11</sup> Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços. Projeto GERUS. 1996. Disponível em: <[www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos\\_apoio/pub06UIT1.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06UIT1.pdf)>. Acesso em 26/10/2010.

<sup>12</sup> Starfield B. Acessibilidade e primeiro contato: “a porta”. In: Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. cap 7. p. 207-245. Disponível em: <[http://www.unesco.org.br/publicacoes/livros/atencao primaria/mostra\\_documento](http://www.unesco.org.br/publicacoes/livros/atencao primaria/mostra_documento)>. Acesso em: 16/07/2008.

<sup>13</sup> Thiede M, McIntyre D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(5): 1168-1173.

<sup>14</sup> Bigdeli M, Annear PL. Barriers to Access and the purchasing function oh health equity funds: lessons from Cambodia. *Bull World Health Organ*, 2009; 87: 560-564p.

15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31 . Logo, realizou-se a seguir uma compilação dos referenciais teóricos disponíveis para a análise do acesso aos serviços de saúde, seguindo uma ordem cronológica, no intuito de facilitar o acompanhamento da evolução dos modelos propostos para a análise deste atributo.

Donabedian (1973)<sup>5</sup> foi o pioneiro na discussão do tema, porém, emprega o termo acessibilidade para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.

---

<sup>15</sup> Vieira EWR. Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. 125p.

<sup>16</sup> Cavalcante IMS. Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em três quilombos na Amazônia paraense: um olhar antropológico. [Dissertação de Mestrado]. Belém: Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, Universidade Federal do Pará/Universidade Federal do Amazonas; 2011.

<sup>17</sup> Silva Nathalia Fernandes. Análise da acessibilidade aos serviços de saúde na perspectiva dos usuários: um estudo de caso no Baixo Amazonas. [Dissertação de Mestrado]. Belém: Universidade da Amazônia, UMANA; 2012. 91 p.

<sup>18</sup> Viegas APB. Acesso aos serviços de saúde em uma área do município de Ribeirão das Neves na região metropolitana de Belo Horizonte – Minas Gerais. [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz; 2012. 109 p.

<sup>19</sup> Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. Interface -Comunic., Saude, Educ. 2010; 14(35): 797-810.

<sup>20</sup> Lima LD, Viana ALV, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. Ciênc e Saúde Coletiva 2012; 17(11): 2881-2892.

<sup>21</sup> Cecilio LCO, Andreazza R, Carapineiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? Ciênc e Saúde Coletiva 2012; 17(11): 2893-2902.

<sup>22</sup> Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. Ciênc e Saúde Coletiva 2012; 17(11): 2903-2912.

<sup>23</sup> Bousquat A, Gomes A, Alves MCGP. Acesso realizado ao Programa de Saúde da Família em área com “alta” cobertura do subsistema privado. Ciênc e Saúde Coletiva 2012; 17(11): 2913-2921.

<sup>24</sup> Viacava F, Porto S, Laguardia J, Moreira RS, Ugá MAD. Diferenças regionais no acesso a cirurgia cardiovascular no Brasil, 2002 -2010. Ciênc e Saúde Coletiva 2012; 17(11): 2963-2969.

<sup>25</sup> Amaral FLJS, Motta MHA, Silva LPG, Alves SB. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. Ciênc e Saúde Coletiva 2012; 17(11): 2991-3001.

<sup>26</sup> Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Cunha ABO, Medina MG et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. Ciênc e Saúde Coletiva 2012; 17(11): 3047-3056.

<sup>27</sup> Chaves SCL, Soares FF, Rossi TRA, Cangussu MCT, Figueiredo ACL, Cruz DN et al Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. Ceará. Ciênc e Saúde Coletiva 2012; 17(11): 3115-3124.

<sup>28</sup> Machado MMT, Lima ASS, Filho JGB, Machado MFAS, Lindsay AC, Magalhães FB et al Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará. Ciênc e Saúde Coletiva 2012; 17(11): 3125-3133.

<sup>29</sup> Topa J, Neves S, Nogueira C. Imigração e saúde: a (in) acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. Saúde Soc. São Paulo 2013; 22(2): 328-341.

<sup>30</sup> Martes ACB, Faleiros SM. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. Saúde Soc. São Paulo 2013; 22(2): 351-364.

<sup>31</sup> Duarte NA, Júnior AC, Siqueira S. O acesso aos serviços de saúde por emigrantes brasileiros nos Estados Unidos. Saúde Soc. São Paulo 2013; 22(2): 365-376.

Ao analisar a acessibilidade como um conjunto de fatores relacionados ao alcance e uso efetivo dos serviços de saúde o autor extrapola a caracterização deste atributo apenas como a oferta e capacidade de prestação de serviços, considerando, igualmente, as habilidades dos indivíduos para transporem obstáculos financeiros, espaciais, sociais e psicológicos e obterem respostas às suas necessidades de saúde. Nesta perspectiva, a acessibilidade contribui com os estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde, uma vez que é capaz de explicar as variações no uso de serviços de saúde por grupos populacionais<sup>32</sup>.

Do seu ponto de vista, a acessibilidade apresenta duas dimensões: a geográfica e a sócio organizacional. A primeira é função do tempo e do espaço, como resultado da distância física, do tempo de locomoção, da disponibilidade e dos gastos com transporte até os serviços de saúde. A segunda dimensão abrange elementos concernentes à oferta de serviços – recursos e organização –, mas, também à condição social, cultural, educacional e econômica do indivíduo, ambos considerados fatores determinantes para o uso dos serviços<sup>5</sup>.

Em 1974, Aday e Andersen<sup>6</sup> propuseram um modelo teórico (Figura 1) para avaliação do acesso à atenção médica baseado na relação entre as características do sistema de prestação, características da população em risco, utilização dos serviços de saúde e satisfação das necessidades do consumidor, abrangendo, ainda, o contexto das políticas de saúde.

Em seguida, Penchansky e Thomas (1981)<sup>7</sup> ampliaram o conceito de acesso classificando-o como um conjunto de dimensões que descrevem o grau de ajuste entre os indivíduos e o sistema de saúde, a saber: 1) disponibilidade; 2) acessibilidade; 3) acolhimento (*accomodation*); 4) capacidade de compra, e 5) aceitabilidade. Apesar de haver consonância deste conceito com a ideia desenvolvida anteriormente por Donabedian (1973)<sup>5</sup>, os autores incluíram outros atributos baseados na relação entre a oferta e os indivíduos<sup>32</sup>.

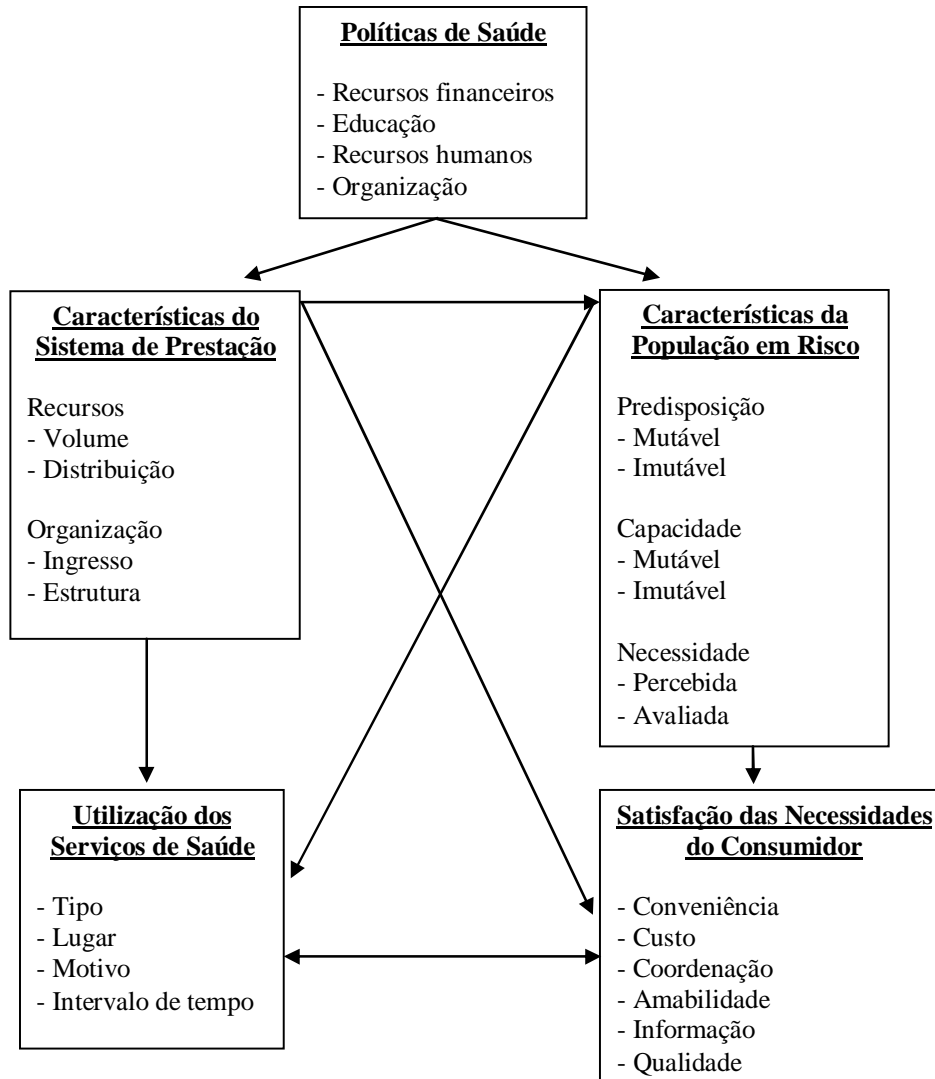
A disponibilidade expressa a relação entre volume e tipo de recursos disponíveis para atender às necessidades de saúde da população. A acessibilidade é uma dimensão ampla e envolve propriedades distintas como a geográfica, demográfica, física, de infraestrutura e administração. Está associada à localização física, tanto dos serviços quanto dos usuários,

---

<sup>32</sup> Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública 2004; 20(2): S190-S198.

analisando fatores como distância, tempo de deslocamento, gastos com transporte, entre outros<sup>7</sup>.

**Figura 1.** Estrutura para o estudo do acesso à atenção médica.



Fonte: Aday e Anderson (1974)<sup>6</sup>.

O acolhimento avalia a maneira pela qual os recursos são organizados para acolher os usuários – sistemas de marcação, horário de atendimento, instalações –, e a percepção por parte dos mesmos sobre a conformidade de tais fatores. A capacidade de compra é definida pela relação entre as formas de financiamento dos serviços e a possibilidade das pessoas pagarem pelos mesmos. Finalmente, a aceitabilidade avalia o grau de concordância entre as atitudes das pessoas e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um<sup>7</sup>.



Ainda na década de 80, Frenk (1985)<sup>8</sup>, que também aplica o termo acessibilidade, introduziu uma variável intermediária na análise do tema: a resistência, que pode ser entendida como a dificuldade encontrada na obtenção de serviços de saúde. Para o autor, entre a disponibilidade efetiva de serviços de saúde e o acesso e utilização por parte dos indivíduos existe uma continuidade de fenômenos que interferem na acessibilidade, ou seja, a capacidade de produzir serviços não implica, necessariamente, no real uso dos mesmos.

Deste modo, Frank (1992)<sup>33</sup> organizou um fluxo de eventos para expressar a utilização de serviços de saúde (Figura 2), onde a análise da acessibilidade aparece como a relação funcional entre a capacidade da oferta de produzir serviços e responder às necessidades de saúde da população, e o conjunto de obstáculos relacionados ao processo de busca de serviços de saúde e as capacidades correspondentes da população para superá-los.

Em 1990, Unglert<sup>9</sup> propôs que a acessibilidade deveria ser analisada do ponto de vista de quatro dimensões: 1) geográfica, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; 2) econômica, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; 3) cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem e 4) funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população.

Já as autoras Giovanella e Fleury (1995)<sup>10</sup>, defendiam a necessidade de se adotar uma visão de acessibilidade capaz de comportar quatro dimensões: 1) econômica, referente à relação entre oferta e demanda; 2) técnica, relativa à planificação e organização da rede de serviços; 3) política, concernente ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular e 4) simbólica, atinente às representações sociais acerca da atenção e do sistema de saúde.

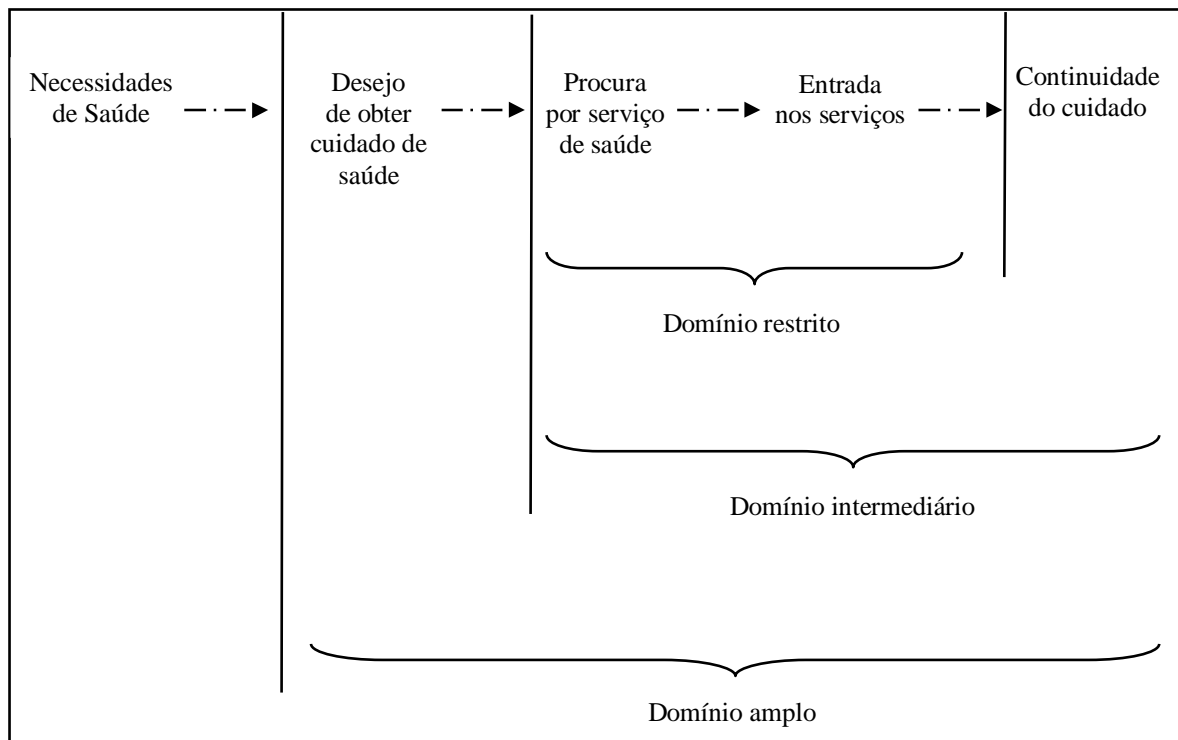
Outro modelo de avaliação foi sugerido por Fekete (1996)<sup>11</sup>, para quem a simples disponibilidade de um serviço ou programa em determinado local não garantia sua efetiva utilização. Assim, a autora sugeriu quatro dimensões para a avaliação do acesso aos serviços de saúde: 1) geográfica, referente aos aspectos físicos que impedem ou dificultam o acesso aos serviços, devendo ser mensurada por meio da estimativa do tempo que, pelos meios

---

<sup>33</sup> Frenk J. The concept and measurement of accessibility. In: White K et al. (Eds) Health Service Research: an anthology. Washington: Pan American Health Organization, 1992.

habituais de transporte, se leva no percurso até o serviço; 2) organizacional, contempla os obstáculos internos e externos relacionados ao modo de organização do serviço e a continuidade da atenção; 3) sociocultural, relacionada à apreciação dos fenômenos que motivam a busca do serviço de saúde e à investigação dos obstáculos na perspectiva da população e do sistema de saúde e 4) econômica, atinente às despesas das famílias com os serviços de saúde.

**Figura 2.** Fluxo de eventos entre necessidades de saúde e a obtenção de cuidados de saúde.



Fonte: Travassos e Martins (2008)<sup>1</sup>.

Posteriormente, Starfield (2002)<sup>12</sup> introduziu a ideia de *porta de entrada* referindo-se ao nível da atenção primária à saúde (APS) como um elemento que facilita o acesso aos serviços de saúde, argumentando que a ausência de um ponto de entrada facilmente acessível pode impedir ou adiar a obtenção de uma atenção adequada, incorrendo em gastos adicionais. Segundo a autora, o acesso corresponde ao uso oportuno de serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis. Já a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, ou seja, é um aspecto da estrutura da unidade de saúde necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato.

Nesta perspectiva, a obtenção do primeiro contato é influenciada por dois componentes do sistema de atenção à saúde: a característica estrutural da acessibilidade e a característica comportamental do uso dos serviços no ponto em que cada necessidade é percebida. Vale ressaltar que as informações referentes à acessibilidade da atenção devem ser averiguadas tanto no nível da população quanto no nível do serviço de saúde e que a acessibilidade não é uma característica apenas da atenção primária, já que todos os níveis devem estar acessíveis<sup>12</sup>.

Portanto, a avaliação dos sistemas e programas de atenção de acordo com a proposta de Starfield (2002)<sup>12</sup> fundamenta-se na obtenção dos aspectos da APS, a partir da investigação de três tipos de características: (1) aspectos exclusivos da atenção primária, (2) aspectos derivativos e (3) aspectos fundamentais, mas não exclusivos (Quadro 1).

Já em 2008, Thiede e McIntyre<sup>13</sup> definiram o acesso como a liberdade de utilização de serviços de saúde, colocando-o como uma condição que vai muito além da simples oportunidade de uso, uma vez que abrange tanto a consciência sobre a possibilidade de usar quanto a competência para escolher. Portanto, na visão destes autores, o acesso decorre da interação entre o “lado da oferta” e o “lado da demanda” nos cuidados de saúde, apresentando-se como resultado do “grau de ajuste” entre o sistema de saúde e os indivíduos ou comunidades, podendo ser mensurado a partir da análise de três dimensões: 1) disponibilidade, 2) acessibilidade financeira e 3) aceitabilidade.

A disponibilidade compreende os fatores que se relacionam com a existência real de um serviço específico ao alcance do indivíduo, bem como os aspectos que facilitam o seu uso, por exemplo, a existência de sistemas de marcação e a conveniência dos horários de funcionamento. A acessibilidade financeira refere-se à capacidade do indivíduo para assumir os custos diretos e indiretos dos cuidados e ao modelo de financiamento do sistema de saúde. Por último, a aceitabilidade abrange os fatores subjetivos, sociais e culturais<sup>13</sup>.

**Quadro 1.** Avaliação das características da Atenção Primária à Saúde. Starfield, 2002.

Aspectos exclusivos da Atenção Primária	
Atenção ao primeiro contato	Acessibilidade da unidade Acesso à atenção Uso da unidade como local de primeiro contato
Longitudinalidade	Definição da população eletiva Conhecimento do paciente e de seu meio social Extensão e força da relação com os usuários, não importando o tipo de necessidade para a atenção
Integralidade	Espectro de problemas a serem tratados Atividades preventivas primárias e secundárias Reconhecimento e manejo dos problemas de saúde na população Porcentagem de usuários manejados referenciados sem encaminhamento
Coordenação da atenção	Mecanismos para a continuidade Reconhecimento de informações de consultas prévias Reconhecimento de consultas para encaminhamento
Aspectos derivativos da Atenção Primária	
Centralização na família	Conhecimento dos membros da família Conhecimento dos problemas dos membros da família
Competência cultural	Providências para atender a necessidades especiais associadas às características culturais Prestação de serviços especiais para atender necessidades culturais
Orientação para a comunidade	Mecanismos para o alcance do conhecimento das necessidades de saúde da comunidade Participação nas atividades comunitárias Envolvimento comunitário na unidade
Aspectos fundamentais, mas não exclusivos, da Atenção Primária	
Formato dos prontuários individuais e familiares	Lista de problemas Exatidão do preenchimento do prontuário médico
Continuidade da atenção	Porcentagem de consultas com o mesmo profissional no acompanhamento
Comunicação profissional-paciente	Conteúdo/qualidade da atenção
Qualidade clínica da atenção	Qualificações dos profissionais Adequação, exatidão e oportunidade dos serviços
Proteção dos pacientes	Conhecimento dos recursos da comunidade Uso dos recursos da comunidade

Fonte: Adaptado de Starfield (2002)<sup>12</sup>.

Em 2009, Bigdeli e Annear<sup>14</sup> propuseram a classificação das barreiras de acesso aos serviços de saúde como principal ponto para análise do tema. Segundo os autores, são cinco as categorias de barreiras de acesso: 1) barreiras físicas, abrangendo distância, meios de transportes disponíveis, horário de funcionamento dos serviços e tempo de espera para o atendimento; 2) barreiras financeiras, incluindo os custos financeiros diretos e indiretos, encargos financeiros associados aos cuidados de saúde; 3) qualidade do atendimento, tanto de natureza subjetiva, ou seja, relacionada às expectativas dos pacientes, quanto de natureza objetiva, tais como habilidades clínicas dos profissionais de saúde, disponibilidade de medicamentos, equipamentos e funcionamento do sistema de referência; 4) conhecimento dos usuários, quando há falta de informação sobre os serviços disponíveis, de confiança em instalações e profissionais de saúde, e, ainda, de mecanismos de participação da comunidade e 5) barreiras socioculturais, incluindo restrições relacionadas com sexo ou idade, crenças e preferências culturais.

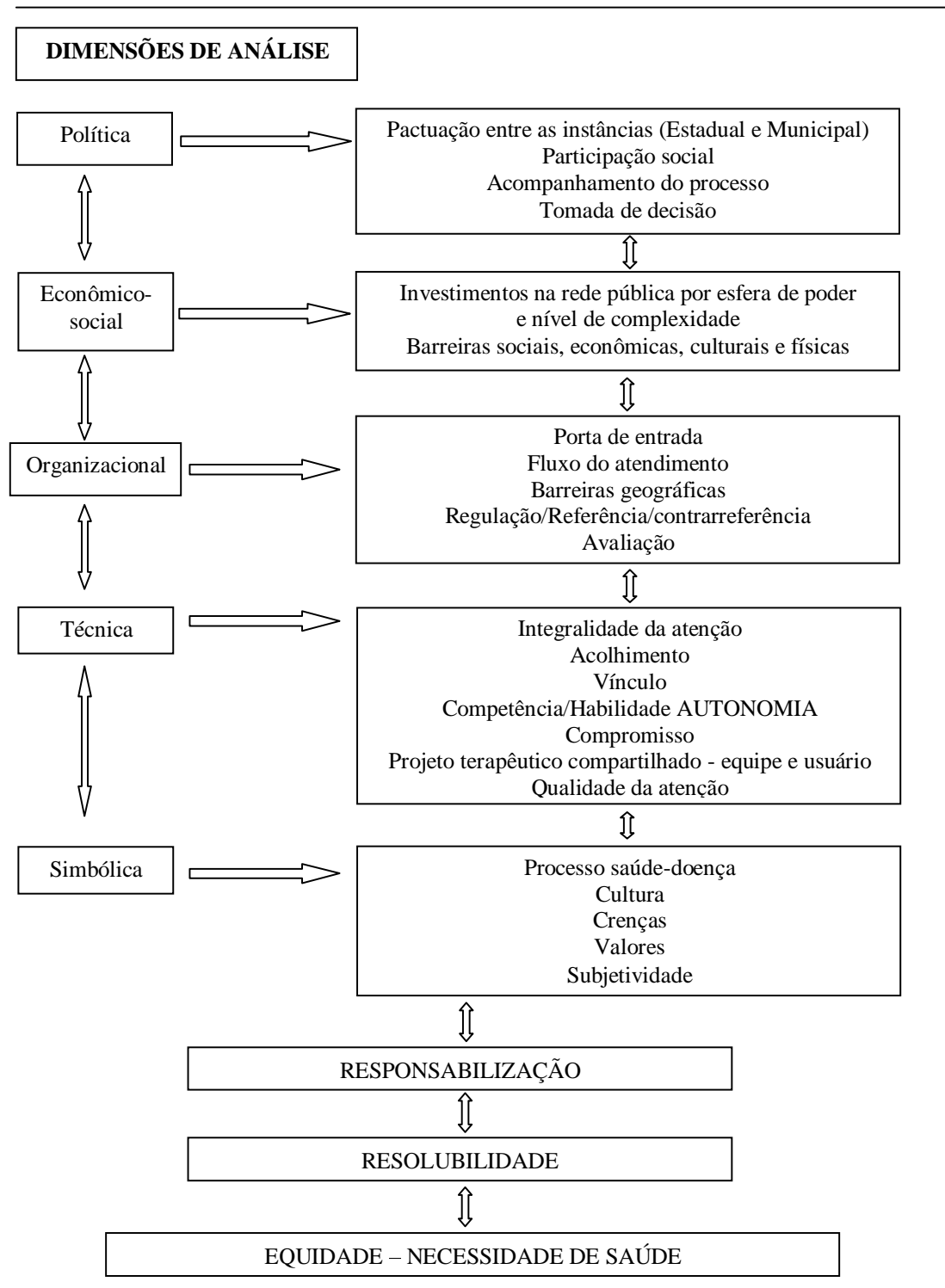
A partir de releituras teóricas sobre a temática em questão, Assis e Jesus (2012)<sup>34</sup> elaboraram um modelo crítico para análise do acesso aos serviços de saúde (Figura 3). O modelo é organizado em cinco dimensões (política, econômico-social, técnica, organizacional e simbólica) que convergem para o atendimento das necessidades de saúde, tendo como imagem objetivo uma atenção responsável, integral, resolutiva, equânime e de qualidade.

A dimensão política está relacionada ao comprometimento dos formuladores de políticas com o acesso universal aos serviços de saúde e à pactuação entre as instâncias de poder, envolvendo governo, sociedade civil, prestadores de serviços públicos e/ou privados e instituições formadoras de recursos humanos em saúde. Já a dimensão econômico-social, fundamenta-se na definição de investimentos na rede pública por nível de complexidade e definição das responsabilidades de financiamento por esfera de poder<sup>34</sup>.

---

<sup>34</sup> Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2012; 17(11): 2865-2875.

**Figura 3.** Modelo de análise para o acesso universal aos serviços de saúde.



Fonte: Assis e Jesus (2012)<sup>34</sup>.

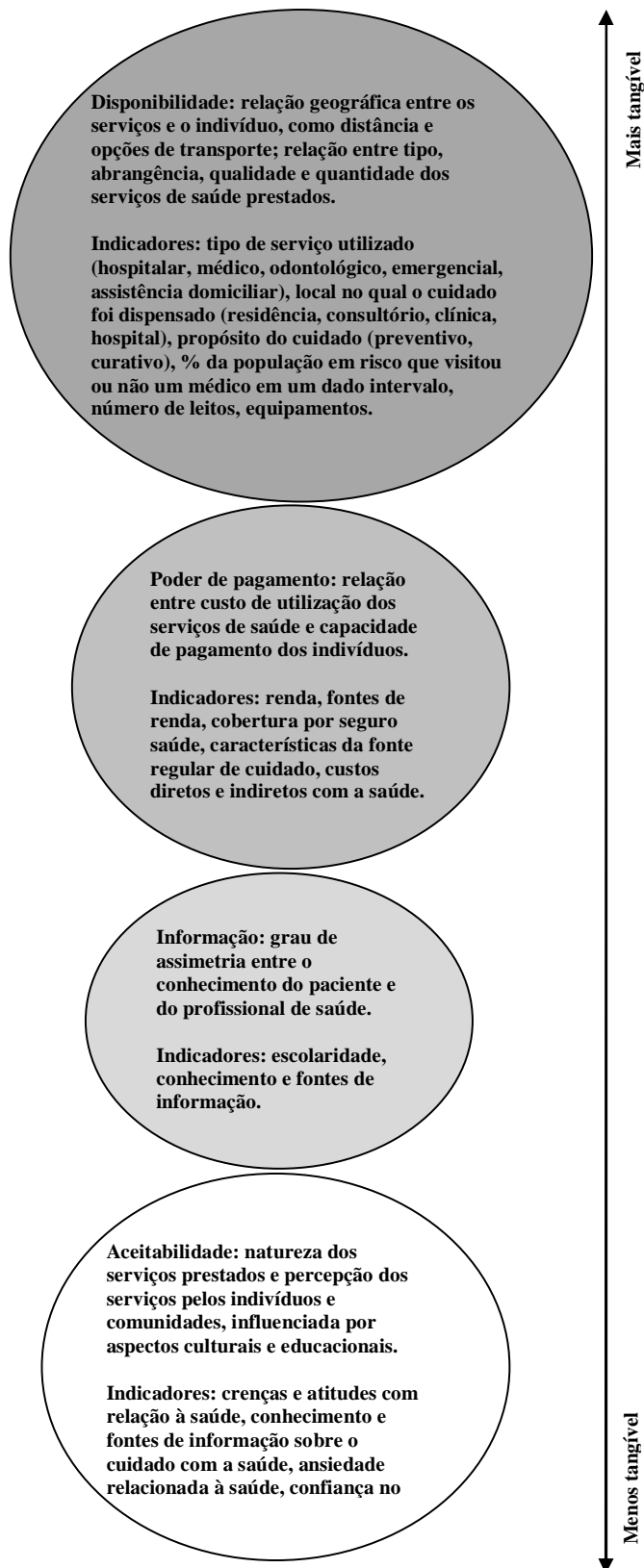
Por conseguinte, a dimensão técnica objetiva responsabilizar os trabalhadores de saúde, os gestores de saúde, os prestadores públicos e/ou privados, situando o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) no centro do processo da atenção à saúde, enquanto que a dimensão organizacional envolve a capacidade dos serviços de saúde para dar respostas objetivas aos problemas demandados pelos usuários. Finalmente, a dimensão simbólica adentra o campo da subjetividade em sua dinâmica relacional, envolvendo a compreensão do processo saúde-doença, cultura, crenças e valores de sujeitos e grupos sociais que vivem em diferentes territórios nas áreas onde os serviços se organizam para ofertar a atenção loco-regionais<sup>34</sup>.

A literatura mais recente procura abordar dimensões menos tangíveis, como os aspectos cultural, educacional e socioeconômico, incorporando o elemento aceitabilidade nas análises. Abrange, ainda, a influência da informação na base do acesso à saúde, valorizando os conceitos de empoderamento e escolaridade para a tomada de decisões de saúde. Neste contexto, Sanchez e Ciconelli (2012)<sup>3</sup> sintetizaram quatro dimensões para análise do acesso à saúde – disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação –, correlacionado-as aos seus indicadores e tecendo considerações sobre a complexidade do conceito deste atributo (Figura 4).

Após extensa revisão sobre o conceito e modelos de análise do acesso aos serviços de saúde, tornou-se evidente que houve mudanças ao longo do tempo, partindo de avaliações simplificadas para estimativas mais complexas. Observou-se uma tendência de ampliação do escopo do conceito, com deslocamento do seu eixo da entrada nos serviços (uso) para o eixo do resultado dos cuidados recebidos, ou seja, da avaliação do seu impacto na saúde<sup>32</sup>.

Não obstante, há que se considerar que esta abordagem apresenta limitações para sua avaliação, uma vez que requerem medidas multidimensionais de difícil compreensão, operacionalização e, muitas vezes, de baixa validade<sup>32</sup>. Diante disso, torna-se necessário buscar opções mais viáveis para a análise do acesso aos serviços de saúde.

**Figura 4.** Dimensões de acesso à saúde e indicadores.



Fonte: Sanchez e Ciconelli (2012)<sup>3</sup>.



Desde esta perspectiva, a interpretação do acesso como uma oportunidade ou pré-condição de uso dos serviços de saúde tem sido amplamente aceita, isto porque a utilização de serviços de saúde é considerada uma expressão positiva do acesso<sup>15,35,36,37,38</sup>. Portanto, a avaliação dos fatores relacionados ao uso de serviços de saúde apresenta-se como uma estratégia apropriada para a análise do acesso aos serviços de saúde.

A utilização de serviços de saúde é resultado de um conjunto amplo e complexo de determinantes que incluem desde as características de organização da oferta, as características sociodemográficas dos usuários e o perfil epidemiológico, até os aspectos relacionados aos prestadores de serviços<sup>32,37</sup>. O modelo proposto por Andersen e Newman (1973)<sup>39</sup> tem sido muito empregado nos estudos sobre utilização dos serviços de saúde<sup>1,32,40,41,42,43</sup>. Neste modelo (Figura 5), o uso de serviços de saúde é dependente de determinantes individuais agrupados em fatores de predisposição, fatores capacitantes e necessidades de saúde.

Os fatores predisponentes correspondem às características sociodemográficas e culturais que definem o indivíduo como mais ou menos propenso a procurar um serviço de saúde. Fatores capacitantes são aqueles que devem estar presentes para que a utilização do serviço se realize. É preciso que existam instalações, equipamentos e profissionais de saúde, mas também que os indivíduos tenham renda, tempo e as informações necessárias para chegar aos serviços e deles fazer uso. Por fim, as necessidades representam o estado de saúde percebido pelos indivíduos ou diagnosticado por profissionais de saúde<sup>1,32,40,41,42,43</sup>.

---

<sup>35</sup> Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública* 2001; 17: 819-32.

<sup>36</sup> Pinheiro RS, Viacava F, Travassos V, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4): 687-707.

<sup>37</sup> Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 975-86.

<sup>38</sup> Silva ZPS, Ribeiro MCS, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3807-3816.

<sup>39</sup> Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q* 1973; 51: 95-124.

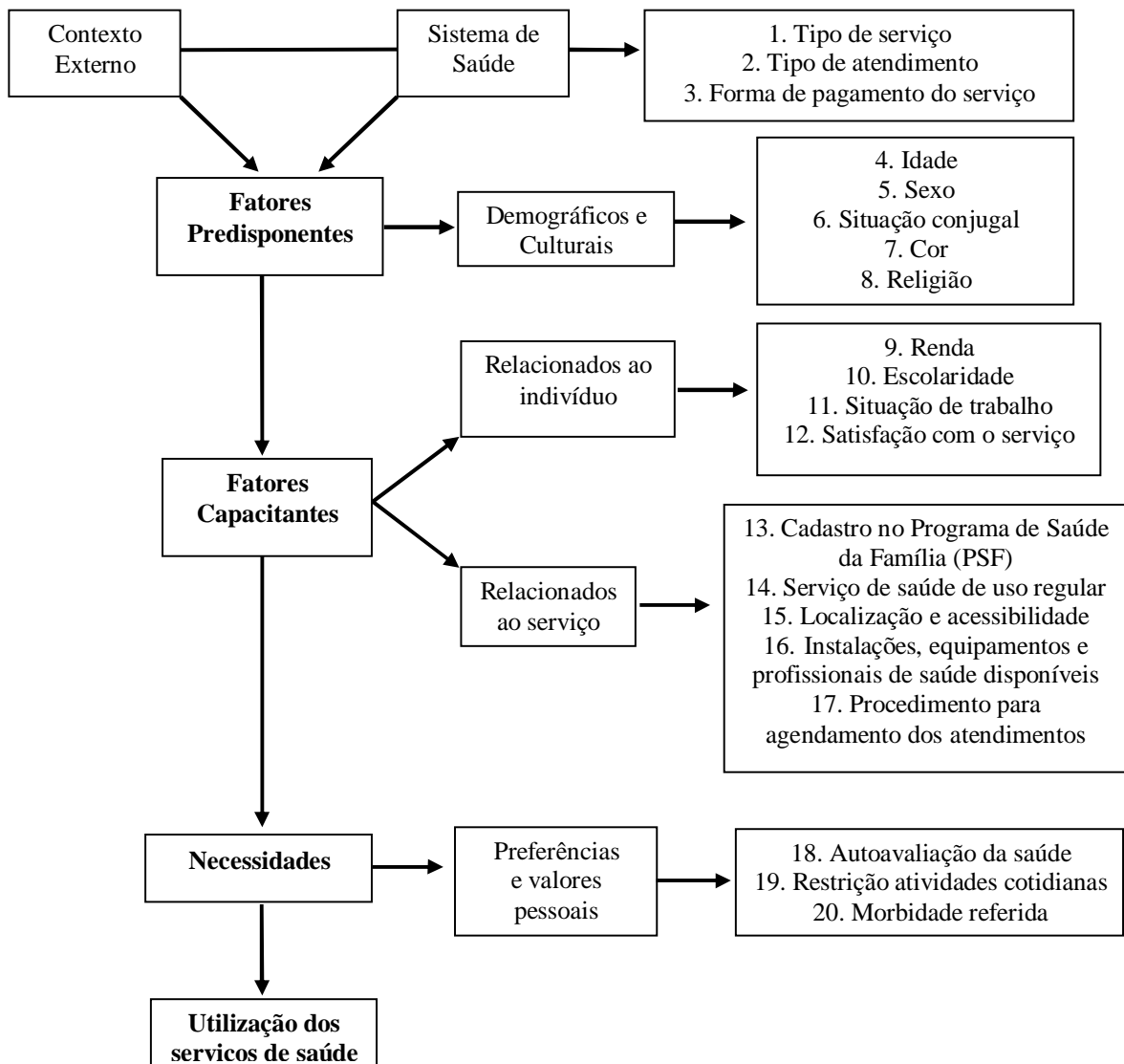
<sup>40</sup> Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4): 757-776.

<sup>41</sup> Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(4): 733-40.

<sup>42</sup> Camargo MB, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de Serviços. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(9): 1894-1906.

<sup>43</sup> Pinto RS, Matos DL, Filho AIL. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2012; 17(2): 531-544.

**Figura 5.** Modelo teórico comportamental de utilização de serviços de saúde.



Fonte: Adaptado de Andersen e Newman (1973)<sup>39</sup>.

Embora a implantação do SUS tenha ampliado o acesso aos cuidados de saúde para grande parte da população<sup>44</sup>, ainda são observadas desigualdades geográficas e sociais no acesso, utilização e qualidade dos serviços de saúde no Brasil<sup>36,37,38</sup>. Diante disso, a investigação sobre a configuração e os principais fatores explicativos destas desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde pode se apresentar como uma estratégia para orientar, de maneira mais apropriada, a formulação de políticas comprometidas com a equidade e o desempenho dos sistemas de saúde.

<sup>44</sup> Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet, Saúde no Brasil*, maio de 2011, p.11-31.

## 1.2. Panorama das Desigualdades em Saúde no Brasil

O Brasil vem passando por grandes transformações econômicas, sociais e demográficas, particularmente nas quatro últimas décadas, com significativas repercussões nas condições de vida e trabalho da população e, conseqüentemente, em sua situação de saúde. Apesar das melhorias recentes, o Brasil continua entre os países que têm a pior distribuição de renda do mundo e está situado em 11º lugar entre os países com mais alta concentração de renda<sup>45</sup>.

Este quadro favorece a existência das desigualdades em saúde, que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas, desnecessárias e constituem um dos traços mais marcantes da situação de saúde no país<sup>46</sup>. A grande preocupação com este tema motivou a publicação de um suplemento sobre Determinantes Sociais da Saúde na revista Cadernos de Saúde Pública em 2011<sup>47</sup>. As pesquisas apresentadas foram conduzidas em diferentes cenários e locais do Brasil, e enfatizaram a importância das iniquidades sociais sobre a saúde da população brasileira<sup>48,49,50,51</sup>.

Repetidas vezes a evidência científica tem confirmado que as condições de saúde são preponderantemente influenciadas por fatores que vão muito além das características dos sistemas de saúde, e que afetam diferentemente os grupos sociais tais como pobreza, exclusão social, estresse, desemprego, condições de moradia e trabalho, entre outros<sup>1,45,52</sup>.

---

<sup>45</sup> Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008; 220 p.

<sup>46</sup> Buss, PM, Filho AP. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Cad. Saúde Pública 2006; 22(9): 2005-2008.

<sup>47</sup> Pellegrini-Filho A, Vettore MV. Estudos brasileiros sobre determinantes sociais das iniquidades em saúde. Cad. Saúde Pública 2011, 27 (sup.2): S133.

<sup>48</sup> Bastos JL, Boing AF, Peres KG, Antunes JLF, Peres MA. Condições periodontais e desigualdades sociais, raciais e de gênero no Brasil: revisão sistemática da literatura do período de 1999 a 2008. Cad. Saúde Pública 2011, 27 (sup.2): S141-S153.

<sup>49</sup> Barata RB, Ribeiro MCS, Cassanti AC, Grupo do Projeto Vulnerabilidade Social no Centro de São Paulo. Vulnerabilidade social e estado de saúde: inquérito domiciliar em uma metrópole brasileira. Cad. Saúde Pública 2011, 27 (sup.2): S164-S175.

<sup>50</sup> Baldini MH, Antunes JLF. Desigualdades no acesso e utilização de serviços odontológicos: estudo transversal em uma área atendida pela Estratégia Saúde da Família. Cad. Saúde Pública 2011, 27 (sup.2): S272-S283.

<sup>51</sup> Cotta RMM, Oliveira FCC, Magalhães KA, Ribeiro AQ, Sant'Ana LFR, Priore SE, Franceschini SCC. Determinação social e biológica da anemia ferropriva. Cad. Saúde Pública 2011, 27 (sup.2): S309-S320.

<sup>52</sup> Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz 2009. 120 p.

Da mesma forma, não há como negar o peso da dimensão étnico-racial nos profundos problemas sociais que assolam o país<sup>53</sup>. Este peso é confirmado pela permanência das desigualdades nos perfis de adoecimento e morte de indivíduos que identificam sua cor da pele como pretos, pardos e indígenas<sup>54,55,56,57,58,59,60</sup>, assim como pela dificuldade de acesso e utilização de serviços de saúde por parte da população afrodescendente e indígena<sup>37,38,60, 61,62</sup>.

Segundo a Secretaria de Vigilância Epidemiológica (2007)<sup>63</sup>, há um consenso no Brasil entre os estudiosos acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra (pretos e pardos), com destaque para aqueles problemas adquiridos em condições desfavoráveis – desnutrição, mortes violentas, mortalidade infantil, tuberculose, transtornos mentais derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas – e que tiveram tratamento dificultado e/ou evolução agravada – hipertensão arterial, diabetes, coronariopatias, entre outros.

Não rara é a possibilidade de acumulação dos fatores de riscos que criam grupos especialmente vulneráveis às desigualdades sociais e de saúde<sup>64</sup>. Este é o caso das comunidades remanescentes de quilombos, frequentemente compostas por população afrodescendente e localizadas em áreas rurais, configurando-se, assim, como um grupo exposto, sobremaneira, às dificuldades de acesso aos cuidados básicos de saúde.

---

<sup>53</sup> Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, Cruz VM. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde Soc.*, 2007; 16(2): 146-155.

<sup>54</sup> Coimbra Jr CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 125-132.

<sup>55</sup> Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(5): 630-636.

<sup>56</sup> Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(5): 1595-1601.

<sup>57</sup> Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(5): 1586-1594.

<sup>58</sup> Cardoso AM, Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? *Cad Saúde Pública* 2005; 21(5): 1602-1608.

<sup>59</sup> Volochko A, Vidal NP. Desigualdades raciais na saúde: mortalidade nas regiões de saúde paulistas, 2005. *Boletim do Instituto de Saúde* 2010; 12(2): 143-153.

<sup>60</sup> Coimbra Jr CE, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, Souza MC, Garnelo L, et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health* 2013; 13(1): 52.

<sup>61</sup> Moreira JPL, Moraes JR, Luiz RR. Utilização de consulta médica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados da PNAD 2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3781-3793.

<sup>62</sup> Souza EHA, Oliveira PAP, Paegle AC, Goes PSA. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2012; 17(8): 2063-2070.

<sup>63</sup> Brasil. *Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2008. 50 p.

<sup>64</sup> Chor D. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29(7): 1272-1275.

As comunidades quilombolas são caracterizadas pelo forte vínculo com o meio ambiente. As famílias vivem da agricultura de subsistência e a atividade econômica é baseada na mão de obra familiar. Outras características importantes destas comunidades são as inadequadas condições sanitárias, a maior parte não possui água tratada e nem esgoto sanitário, além da ausência de serviços de saúde locais, fazendo com que, ao surgirem doenças, seus habitantes sejam obrigados a percorrerem grandes distâncias em busca de cuidado<sup>65</sup>.

Os poucos trabalhos realizados com a população quilombola no Brasil buscaram diagnosticar as condições sanitárias, de vida e saúde em geral<sup>66,67,68</sup>, avaliar o estado nutricional de crianças menores de cinco anos<sup>69</sup>, verificar a prevalência de parasitoses intestinais<sup>70,71</sup>, estimar as taxas de mortalidade infantil<sup>72</sup> e delinear a rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional<sup>73</sup>.

A revisão de literatura não localizou nenhum estudo de base populacional sobre os fatores determinantes do acesso e da utilização de serviços de saúde em comunidades quilombolas. Foram identificados apenas estudos que tratavam do diagnóstico e da assistência à DST, HIV/AIDS<sup>74,75</sup>, das dificuldades gerais ligadas ao acesso ao sistema público de saúde<sup>67,76</sup> e uma investigação sobre a necessidade protética em comunidades quilombolas<sup>77</sup>.

---

<sup>65</sup> Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernandez CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. Rev. CEFAC 2011; 13(5): 937-943.

<sup>66</sup> Silva JAN. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. Saúde e Soc. 2007; 16(2): 111-124.

<sup>67</sup> Volochko A. A Saúde nos Quilombos. In: VOLOCHKO, A. E BATISTA, L.E. Saúde nos Quilombos. São Paulo: Instituto de Saúde; 2009. 304 p. (Temas em Saúde Coletiva, 9). parte III, p. 147-168.

<sup>68</sup> Silva OS. Quilombos do Sul do Brasil: movimento social emergente na sociedade contemporânea. Rev Identidade 2010; 15(1): 51-64.

<sup>69</sup> Brasil. Chamada Nutricional Quilombola 2006. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, 2006. 8p.

<sup>70</sup> Cabal-Miranda GC, Dattoli VCC, Dias-Lima A. Enteroparasites e condições socioeconômicas e sanitárias em uma comunidade quilombola do semiárido baiano. Revista de Patologia Tropical 2010; 39(1): 48-55.

<sup>71</sup> Andrade EC, Leite ICG, Vieira MT, Abramo C, Tibiriçá SHC, Silva PL. Prevalência de parasitoses intestinais em comunidade quilombola no Município de Bias Fortes, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2008. Epidemiol. Serv. Saúde 2011; 20(3): 337-344.

<sup>72</sup> Guerrero AFH, Silva DO, Toledo LM, Guerrero JCH, Teixeira P. Mortalidade Infantil em Remanescentes de Quilombos do Município de Santarém - Pará, Brasil. Saúde Soc. 2007; 16(2): 103-110.

<sup>73</sup> Oliveira e Silva D, Guerrero AFH, Guerrero CH, Toledo LM. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. Rev. Nutr. 2008; 21(S): 83-97.

<sup>74</sup> Silva MJG, Lima FSS, Hamann EM. Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/HIV/AIDS por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil. Saúde Soc 2010; 19(2): 109-120.

<sup>75</sup> Riscado JLS, Oliveira MAB, Brito AMBB. Vivenciando o Racismo e a Violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/AIDS em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. Saúde Soc 2010; 19(supl.2): 96-108.

Consequentemente, pouco se conhece sobre o acesso e a utilização de serviços de saúde pela população quilombola no Brasil. Esta realidade, associada ao fato de que os sistemas de informações de saúde não dispõem de informações epidemiológicas específicas deste grupo populacional<sup>67</sup>, reforça a importância da realização de estudos epidemiológicos em comunidades quilombolas.

Para tanto, a investigação sobre as condições de saúde dos quilombolas demanda um conhecimento pormenorizado sobre sua trajetória histórica na luta pelo reconhecimento dos seus direitos.

---

<sup>76</sup> Marques AS, Caldeira AP, Souza LR, Zucchi P, Cardoso WDA. População quilombola no norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. *Boletim do Instituto de Saúde* 2010; 12(2): 154-161.

<sup>77</sup> Silva MEA, Rosa PCF, Neves ACC, Rode SM. Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé-Rondônia-Brasil. *Braz Dent Sci* 2011; 14(1-2): 62-66.

### 1.3. População Quilombola: Contextualização Histórica, Marcos Legais e Critérios de Identificação

Esta revisão não teve o objetivo de esgotar a discussão acerca da definição de “quilombo” ou “remanescentes das comunidades de quilombos”, pelo contrário, visa apresentar os marcos legais relacionados ao reconhecimento dos direitos deste grupo populacional e sintetizar os critérios usados para a identificação e titulação de suas terras. Tal contextualização se faz necessária para o entendimento do cenário atual enfrentado pelas comunidades quilombolas em nosso país.

O primeiro conceito jurídico formal de *quilombo* foi formulado como uma “resposta ao rei de Portugal” em virtude de consulta feita ao Conselho Ultramarino, em 1740. *Quilombo* foi formalmente definido como “*toda habitação de negros fugidos, que passem de cinco, em parte despovoada, ainda que não tenham ranchos levantados e nem se achem pilões nele*”<sup>78</sup>.

Esta definição foi composta por elementos descritivos claros que atestavam o colapso do sistema colonial. Iniciada no século XVII, a decadência das plantações brasileiras, por força de concorrência com as Antilhas (crise nas grandes plantações algodojeiras, de cana-de-açúcar e cafeeira), associada ao conseqüente enfraquecimento de poder dos grandes proprietários e à crescente autonomia produtiva dos quilombos, culminaram com a abolição da Escravização em 1888<sup>79</sup>.

O cenário no qual foi engendrada a nova Constituição Brasileira de 1988 coincidiu com a comemoração dos 100 anos da abolição. A grande agitação em torno da redemocratização possibilitou inúmeras conquistas sociais, dentre elas, o reconhecimento das comunidades remanescentes de quilombos por meio do artigo 68 da Constituição Federal. Desse modo, os territórios quilombolas e o direito à posse de suas terras foram legitimados como um direito constitucional a ser regulamentado pelo Estado e suas instituições<sup>80</sup>.

<sup>78</sup> Almeida AWB. Os Quilombos e as Novas Etnias. In: O’Dwyer EC. org. Quilombos: identidade étnica e territorialidade. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002; cap.1, p. 43-81.

<sup>79</sup> Sundfeld CA. Comunidades Quilombolas: Direito à Terra. Brasília: Editora Abaré, 2002; p. 69-86.

<sup>80</sup> Silva A, Luiz C, Jaccoud L, Silva W. Entre o racismo e a desigualdade: da Constituição à Promoção de uma Política de Igualdade Racial (1988-2008). In: Jaccoud L. org. A construção de uma Política de Promoção da Igualdade Racial: uma análise dos últimos 20 anos. Brasília: Ipea, 2009; cap.1, p.19-93.

O texto constitucional tratou com destaque os temas da discriminação racial, da diversidade cultural e do reconhecimento dos direitos da população remanescentes de quilombos. Neste período, também foi criada a Fundação Cultural Palmares, um organismo federal voltado à promoção e preservação da influência negra na sociedade brasileira, que tinha entre seus objetivos a identificação das comunidades remanescentes de quilombos e o apoio à demarcação e titulação de suas terras<sup>80</sup>.

No contexto institucional atual, a questão das comunidades de remanescentes de quilombos remonta à Constituição de 1988<sup>81</sup> em dois dispositivos específicos:

1. Título VIII (da Ordem Social); Capítulo III, Seção II, art. 216º V, § 5º: “Ficam tombados todos os documentos e os sítios detentores de reminiscências históricas dos antigos quilombos”;
2. Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), aprovado no artigo 68º: “Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o estado emitir-lhes os títulos respectivos”.

A constitucionalização de tais direitos, além de resgatar uma dívida histórica e moral da sociedade brasileira para com a comunidade negra<sup>79</sup>, fomentou o processo de mobilização de grupos autodefinidos como comunidades remanescentes de quilombolas, que vislumbraram na aplicação do artigo 68 do ADCT a possibilidade de reconquistar ou manter seus territórios de uso tradicional<sup>82</sup>.

Em 2001, foi aprovado o Decreto Federal nº 3.912<sup>83</sup>, que regulamentava as disposições relativas ao processo administrativo para identificação dos remanescentes das comunidades dos quilombos e para o reconhecimento, a delimitação, a demarcação, a titulação e o registro imobiliário das terras por eles ocupadas<sup>83</sup>. No entanto, este decreto estabeleceu critérios para a

---

<sup>81</sup> Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm) (acessado em 29/mai/ 2012).

<sup>82</sup> Paixão M, Carvano LM. Acesso ao Poder Institucional, Políticas Públicas e Marcos Legais. In: Paixão M, Carvano LM et al. organizadores. Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil, 2007-2008. Rio de Janeiro: Garamond, 2008; p.143-176.

<sup>83</sup> Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto no. 3912, de 10 de setembro de 2001. Regulamenta as disposições relativas ao processo administrativo para identificação dos remanescentes das comunidades dos quilombos e para o reconhecimento, a delimitação, a demarcação, a titulação e o registro imobiliário das terras por eles ocupadas. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2001/D3912.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3912.htm) (acessado em 26/jun/ 2012).



identificação das terras dos grupos de remanescentes de quilombos centrados basicamente na premissa da ocupação, sem levar em consideração a relação dos remanescentes de quilombos com suas terras. E assim, por fazer alusão ao conceito colonial de quilombo, esta classificação foi considerada insuficiente para descrever a realidade das comunidades amparadas pelo artigo 68 do ADCT<sup>79</sup>.

Tendo em vista a inadequação apresentada pelo decreto nº 3.912 para tratar dos critérios de identificação das terras dos grupos de remanescentes de quilombos, em 2003, foi aprovado o Decreto nº 4.887<sup>84</sup>, que, até hoje, constitui o marco legal oficial que regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o artigo 68 do ADCT.

Este decreto<sup>84</sup>, ao atualizar, em seu artigo 2º, o conceito de remanescentes das comunidades dos quilombos como “grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”, desarma os argumentos e atenua o conflito histórico das correntes de classificação da população quilombola no Brasil.

De acordo com Almeida (2002)<sup>78</sup>, para compreender o significado de quilombo e o sentido da mobilização que está ocorrendo, é preciso entender como é que historicamente esses agentes sociais se colocaram perante os seus antagonistas, bem como entender suas lógicas, suas estratégias de sobrevivência, como eles se colocam hoje ou como se autodefinem e desenvolvem suas práticas de interlocução. Deste modo, a incorporação da identidade coletiva para as mobilizações e lutas por uma diversidade de agentes sociais pode e deve ser mais ampla do que a abrangência de um critério morfológico e racial.

Como se percebe, foram eleitos outros critérios que contrastam com a antiga definição, por meio dos quais se visualizam melhor a realidade das comunidades quilombolas existentes.

---

<sup>84</sup> Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto no. 4887, 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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/d4887.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm) (acessado em 29/mai/ 2012).

Um dos critérios a ser seguido na identificação dos remanescentes das comunidades quilombolas é o da “autodefinição dos agentes sociais”. Ou seja, para que se verifique se certa comunidade é de fato quilombola, é preciso que se analise a construção social inerente àquele grupo, de que forma os agentes sociais se percebem, de que forma almejam a construção da categoria a que julgam pertencer. Tal construção é mais eficiente e compatível com a realidade das comunidades quilombolas do que a simples imposição de critérios temporais ou outros que remontem ao conceito colonial de quilombo<sup>79</sup>.

A forma como os grupos sociais chamados “remanescentes” se autodefinem é elementar, porque foi por essa via que se construiu e afirmou a identidade coletiva capaz de se romper com as estruturas de poder que regem a vida social. Esta identidade coletiva, que emana do pacto tácito quanto às formas de uso dos recursos que aparecem na definição da terra de preto, coloca em pauta outro critério de identificação dos remanescentes das comunidades quilombolas, igualmente importante, que é o da territorialidade<sup>78</sup>.

Nestas comunidades, a lógica de apropriação das terras não é feita de forma individualizada, pelo contrário, a ocupação é baseada num regime de uso comum e o manejo do espaço territorial obedece à sazonalidade das atividades, sejam agrícolas, extrativistas, ou de qualquer outra maneira. Além disso, o pertencimento ao grupo não emana dos laços de consanguinidade, não existe a preocupação com uma origem comum e tampouco o parentesco constitui uma pré-condição de pertencer. Existe um elenco de práticas que asseguram vínculos solidários mais fortes e duradouros do que a alusão a uma determinada ancestralidade<sup>78</sup>.

Outro critério, ainda, é a aferição à autonomia do grupo, elemento essencial na caracterização de certo grupo como quilombola. Trata-se da autonomia conquistada pelas comunidades a partir da crescente produção familiar alternativa ao regime de produção colonial em decadência, que conseguiu garantir o consumo próprio e prosperar economicamente<sup>79</sup>.

De regra, o termo remanescente de quilombo designa hoje “a situação presente dos segmentos negros em diferentes regiões e contextos e é utilizado para designar um legado, uma herança cultural e material que lhe confere uma referência presencial no sentimento de ser e pertencer a um lugar e grupo específico<sup>79</sup>. Em seu sentido histórico mais geral, os quilombos são definidos não apenas como o grande espaço de resistência guerreira, mas como representantes

de recursos radicais de sobrevivência grupal, com uma forma comunal de vida e modos próprios de organização<sup>82</sup>.

Se, por um lado, as comunidades quilombolas alcançaram êxito no reconhecimento dos direitos relacionados à identificação, titulação e posse de suas terras, por outro, este grupo populacional ainda enfrenta diversas consequências do processo histórico de escravização. Segundo Freitas et al. (2013)<sup>85</sup>, por muito tempo os quilombolas foram invisíveis aos olhos dos gestores governamentais e não receberam qualquer incentivo social, perpetuando-se, desta maneira, um preconceito sutil, mas igualmente desumano e inaceitável.

Habitualmente, a discriminação por cor/raça ocorre de forma velada e determina diferenças importantes no âmbito dos direitos e do espaço público nas diversas esferas da sociedade. Tais distinções configuram o racismo institucional, definido como “o fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação racista, que causa desvantagens a pessoas de minoria étnica”<sup>53</sup>.

Tais desvantagens são comprovadas pela alta prevalência de problemas básicos de saúde em comunidades quilombolas, que frequentemente estão associados às precárias condições sociais, sanitárias e econômicas<sup>65,66,67,68,69,70,71,72,73</sup> e ao acesso restrito à educação e serviços de saúde<sup>74,75,76,77</sup>.

Diante desta realidade e da carência de estudos com este grupo populacional, sobretudo, em relação ao acesso e à utilização de serviços de saúde, o investimento em pesquisas sobre os quilombolas é essencial para ampliar o conhecimento sobre a configuração e os principais fatores explicativos das desigualdades enfrentadas por esses indivíduos. Ao mesmo tempo, a produção de indicadores epidemiológicos poderá subsidiar a implantação de políticas públicas comprometidas com a distribuição equitativa dos recursos e serviços de atenção à saúde.

---

<sup>85</sup> Freitas DA, Rabelo GL, Silveira JCS, Souza LR, Lima MC, Pereira MM et al. Percepção de estudantes da área da saúde sobre comunidades rurais quilombolas no norte de Minas Gerais, Brasil. Rev. CEFAC 2013; 15(4): 941-946.

Neste cenário, foi realizado o inquérito de saúde “Projeto COMQUISTA”<sup>86</sup>, Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista: Avaliação de Saúde e seus Condicionantes”, cujo objetivo foi avaliar as condições de vida, a situação de saúde, o acesso e o uso de serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista, Bahia. Esta pesquisa foi desenvolvida no âmbito do Doutorado Interinstitucional, por meio de uma parceria entre Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Esta tese será apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (PPGSP-UFMG) como requisito parcial para a obtenção do título de Doutorado em Saúde Pública e foi organizada sob a forma de artigo científico, de acordo com o regulamento do programa<sup>87</sup>.

O trabalho desenvolvido insere-se na linha de pesquisa “Avaliação em Saúde e Serviços de Saúde” e teve como objeto de análise “o acesso e a utilização de serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista, Bahia”. Os resultados foram distribuídos em dois artigos: 1) Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil – publicado na revista Cadernos de Saúde Pública e 2) Acesso aos serviços de saúde: desvendando as barreiras enfrentadas pela população quilombola do Sudoeste da Bahia, a ser submetido para publicação na revista Ciência e Saúde Coletiva.

---

<sup>86</sup> Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souzas R, Giatti L, Mark Drew Crosland Guimarães MDC, et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista/BA (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. Cienc Saude Colet [periódico na internet] 2013 ago. [Citado em 25 de setembro de 2013]; [cerca de 15 p.]

<sup>87</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais. Manual de Orientação Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública UFMG. Belo Horizonte, 2012. 72p.

## **2. OBJETIVOS**

---

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

Avaliar o acesso e a utilização de serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista, BA.

### **2.2. Objetivos Específicos**

2.2.1. Estimar a prevalência de utilização de serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista, BA;

2.2.2. Descrever os fatores associados à utilização de serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista, BA;

2.2.3. Caracterizar as dimensões geográfica e sócio organizacional do acesso aos serviços de saúde nas comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, BA;

2.2.4. Desvendar as barreiras de acesso aos serviços de saúde enfrentadas pela população quilombola de Vitória da Conquista, BA;

2.2.5. Apontar estratégias que contribuam com a melhoria da prestação de serviços de saúde à população quilombola de Vitória da Conquista, BA.

### **3. MÉTODOS**

---

### 3. MÉTODOS

#### 3.1. Desenho do Estudo

Trata-se de estudo de corte transversal realizado entre setembro e novembro de 2011, parte do inquérito de saúde denominado Projeto COMQUISTA. O objetivo principal do Projeto COMQUISTA foi investigar as condições de vida, saúde, o acesso e a utilização de serviços de saúde em comunidades Quilombolas da região de Vitória da Conquista, Bahia<sup>86</sup>.

Este trabalho utilizou a triangulação de métodos, abordagem particularmente recomendada para estudos de avaliação, por apresentar uma dinâmica de investigação que integra a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vistas, bem como o emprego de várias técnicas de coleta e análise de dados<sup>88</sup>.

Dado o dinamismo da realidade, que, ora se apresenta em movimentos circulares, de mão dupla, ora em espiral, incorporando atrasos, contradições, desvios e orientações endógenas e exógenas, a triangulação de métodos instiga a dialética sobre a interdependência de dados subjetivos e objetivos, produzindo, assim, maior riqueza de conhecimento<sup>88</sup>.

Além do mais, a triangulação de métodos é uma abordagem que valoriza a complexidade que se opõe à visão de linearidade entre causa-efeito, incorporando ao processo de análise dimensões de interações e de inter-retroações que estão presentes nos fenômenos. Assim, extrapola a quantificação como um indicador que compõe a qualidade dos fenômenos, dos processos e dos sujeitos sociais, marcados por estruturas, relações e subjetividade<sup>88</sup>.

Foram avaliadas duas variáveis respostas: 1) utilização de serviços de saúde e 2) acesso aos serviços de saúde pela população quilombola do sudoeste da Bahia, operacionalizadas segundo os referenciais teóricos de Andersen e Newman (1973)<sup>39</sup> e Donabedian (1973)<sup>5</sup> respectivamente (Figura 6).

---

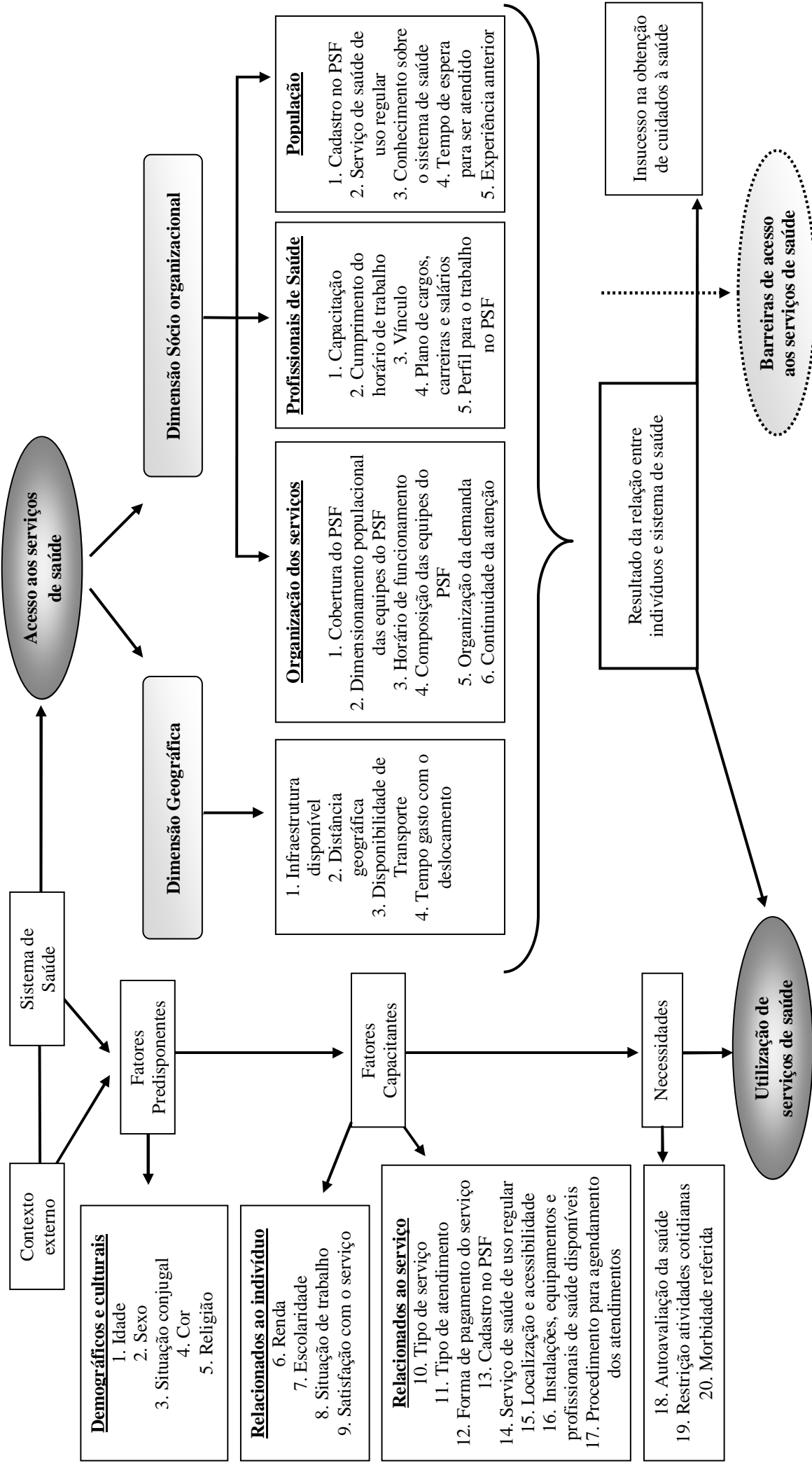
<sup>88</sup> Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco. 406 p., 2007.



Primeiramente, realizou-se análise de dados quantitativos para investigar a utilização de serviços de saúde. Nesta etapa, buscou-se identificar os fatores predisponentes, fatores capacitantes e as necessidades determinantes do uso de serviços de saúde e captar aspectos indicativos para a avaliação do acesso aos serviços de saúde por parte do grupo populacional estudado.

Em seguida, dados qualitativos foram apreciados no intuito de caracterizar as dimensões geográfica e sócio organizacional do acesso, e, também, de identificar as principais barreiras de acesso aos serviços de saúde enfrentadas pela população quilombola de Vitória da Conquista, Bahia. O termo acesso foi empregado como sinônimo de acessibilidade para indicar o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtinham cuidados de saúde.

**Figura 6.** Modelo teórico para análise do acesso e da utilização dos serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista, Bahia. Projeto COMQUISTA, 2011.



**Fonte:** Elaborado pela autora segundo os referenciais teóricos de Donabedian (1973) e Andersen e Newman (1973).

### 3.2. Componente Quantitativo

As informações geradas pelo componente quantitativo do projeto COMQUISTA foram usadas para responder o primeiro e segundo objetivos específicos desta tese.

O método, os resultados descritivos preliminares e a confiabilidade dos instrumentos utilizados no Projeto COMQUISTA foram apresentados no artigo intitulado “Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista/BA (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva”<sup>86</sup>. Este artigo foi aceito para publicação na revista Ciência e Saúde Coletiva (APÊNDICE A) e está disponível no seguinte endereço: <[http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=12327](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=12327)>.

#### 3.2.1. População, Cálculo e Plano Amostral

A população do estudo foi composta por indivíduos adultos ( $\geq 18$  anos) residentes em comunidades quilombolas da região de Vitória da Conquista, localizadas na zona rural do município. As informações necessárias para elaboração do plano amostral foram obtidas do Sistema de Informação da Atenção Básica e cedidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista<sup>89</sup>.

Foram consideradas elegíveis para o estudo as comunidades que tinham mais de 50 famílias e possuíam certificação pela Fundação Cultural Palmares. Para o cálculo do tamanho da amostra adotou-se prevalência de 50%, devido à heterogeneidade dos eventos a serem mensurados<sup>86</sup>, precisão de 5%, intervalo de confiança de 95%, efeito de desenho igual a 2, e estimativa de 30% de perdas.

O município apresentava 11 distritos, dentre os quais cinco registravam a existência de comunidades quilombolas. Cada um dos cinco distritos foi considerado um estrato e, a partir da população de cada distrito, realizou-se partilha proporcional dos indivíduos entre os estratos. A amostragem foi realizada em dois estágios: 1) seleção aleatória simples de uma comunidade, dentro de cada distrito; e, 2) seleção aleatória dos domicílios na comunidade, de

---

<sup>89</sup> Secretaria Municipal de Saúde. Informações sobre a Gestão do Sistema de Atenção Básica e composição das Equipes de Saúde da Família 2010. Vitória da Conquista, Bahia. [dados não publicados].

acordo com a distribuição proporcional de domicílios por distrito. Todos os adultos ( $\geq 18$  anos) dos domicílios sorteados foram convidados a participar da pesquisa.

As comunidades selecionadas foram Corta Lote, Maria Clemência, Furadinho, Lagoa de Melquíades e Boqueirão, totalizando 884 indivíduos na amostra. Entretanto, após o mapeamento das comunidades, foram encontrados 943 indivíduos adultos elegíveis a participarem do estudo nos domicílios sorteados.

### **3.2.2. Procedimentos e Coleta dos dados**

O instrumento de coleta de dados, a estratégia para a abordagem do domicílio e a logística do campo foram testados em estudo piloto conduzido numa comunidade quilombola não participante da pesquisa principal. Os dados foram obtidos por entrevista domiciliar por meio de computadores portáteis (HP Pocket Rx5710). As entrevistas foram realizadas por estudantes de graduação da Universidade Federal da Bahia, treinados e supervisionados pelos pesquisadores durante a coleta dos dados.

Para a realização das entrevistas foi utilizado o questionário semiestruturado da Pesquisa Nacional de Saúde<sup>90</sup>, em versão adaptada e testada para a população quilombola, composto por dois níveis de informação (domiciliar e individual). O nível domiciliar incluía os seguintes módulos: 1) características gerais do domicílio; 2) bens materiais presentes no domicílio; 3) características contextuais sobre a vizinhança; 4) cobertura e atuação do Programa de Saúde da Família (PSF); 5) controle de endemias; 6) gastos com saúde; 7) renda; e, 8) alimentação.

No nível individual, as questões foram distribuídas em nove módulos: 1) características demográficas, econômicas e apoio social; 2) autoavaliação do estado de saúde; 3) estilo de vida; 4) morbidade referida; 5) acidentes e violência; 6) saúde da mulher; 7) saúde das crianças menores de cinco anos; 8) saúde do idoso; e, 9) desempenho do sistema de saúde.

---

<sup>90</sup> Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Inquérito Região Integrada do Distrito Federal (RIDE/DF). Disponível em: <<http://www.pns.iciet.fiocruz.br>>. Acessado em 01 de abril de 2011.

### 3.2.3. Evento e variáveis explicativas

A avaliação da utilização de serviços de saúde baseou-se na análise de questões extraídas dos seguintes módulos: 1) domiciliar (APÊNDICE B); 2) características demográficas, econômicas e apoio social (APÊNDICE C); 3) autoavaliação do estado de saúde (APÊNDICE D) e 4) desempenho do sistema de saúde (APÊNDICE E).

Foram obtidas informações sobre a última vez que o participante havia procurado por atendimento relacionado à saúde, antes da entrevista, e se o mesmo havia sido efetivado. A variável resposta foi definida a partir da questão J5 (Quando foi a última vez que o (a) Sr (a) procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à sua saúde?) do módulo “Desempenho do Sistema de Saúde”, que tinha as seguintes opções de respostas: 1) há menos de 15 dias; 2) entre 15 dias e 1 mês; 3) entre um mês e menos de 1 ano atrás; 4) há mais de um ano atrás e 5) nunca procurou, condicionada à resposta positiva da questão J8 (Conseguiu ser atendido?).

As respostas foram agrupadas em duas categorias (usou ou não usou), segundo a condição de uso de serviços de saúde nos últimos 12 meses. As pessoas que usaram foram aquelas que responderam as opções 1, 2 e 3 e as que não usaram aquelas que responderam as opções 4 e 5. Desta forma, a utilização de serviços de saúde foi definida como ter ou não utilizado qualquer serviço de saúde nos doze meses anteriores à data da entrevista.

A Tabela 1 apresenta o detalhamento sobre a sistematização das variáveis explicativas adotadas para a análise da utilização de serviços. Estas variáveis foram categorizadas da seguinte forma: 1) características demográficas: a) sexo, b) idade (18-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60 anos ou mais), c) estado conjugal (com ou sem companheiro) e d) cor da pele autorreferida (branca, preta, amarela, parda, indígena); 2) características socioeconômicas: a) escolaridade (nenhuma; 4-7; 8 ou mais anos completos de estudo), e b) quintil de renda familiar per capita; 3) condições de saúde: a) autoavaliação da saúde (muito bom ou bom e regular, ruim ou muito ruim), b) cadastro no PSF, e c) referência a serviço de saúde de uso regular; 4) padrão de utilização de serviços de saúde: a) tipo de atendimento, b) motivo da procura, c) tipo de serviço, d) forma de pagamento do serviço, e) localização do serviço, f) como chegou ao estabelecimento de saúde, g) tempo gasto com o deslocamento, h) procedimento para

conseguir o atendimento, i) tempo de espera para ser atendido, j) se sofreu discriminação, e l) satisfação dos usuários com o atendimento recebido.

#### **3.2.4. Análise Estatística**

Inicialmente foi feita análise descritiva da população e as diferenças de proporção foram avaliadas pelo Qui-quadrado de Pearson. A prevalência de uso de serviços foi estimada pelo número de indivíduos que afirmou ter utilizado o serviço dividido pela amostra estudada. A magnitude das associações entre as potenciais variáveis explicativas e o uso de serviços de saúde foi estimada pela razão de prevalência (RP) com seus respectivos intervalos de 95% de confiança.

O efeito independente das variáveis explicativas foi avaliado por modelo multivariado de Poisson com variância robusta, tanto para análise univariada quanto para multivariada. As variáveis que alcançaram valor de  $p \leq 0,20$  na análise univariada foram incluídas para iniciar a análise multivariada, que foi realizada pelo procedimento manual de eliminação. O modelo final foi composto pelas variáveis que apresentaram associação com o evento ao nível de significância de 0,05 e a análise dos dados foi realizada no programa Stata 10.0.

**Tabela 1.** Definição das variáveis explicativas da utilização de serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista, Bahia. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

<b>Características Demográficas</b>			
<b>Variável</b>	<b>Questão</b>	<b>Opções de respostas</b>	<b>Categorização</b>
Sexo	A1	1. Masculino	Masculino
		2. Feminino	Feminino
Idade	A2	Variável Numérica Contínua	18-29
			30-39
			40-49
			50-59
			60 anos ou mais
Estado conjugal	A4	1. Nunca foi casado(a)	Com companheiro (opção 2)
		2. Casado(a) ou vive com companheiro(a)	
		3. Separado(a) ou divorciado(a)	Sem companheiro (opções 1+3+4)
		4. Viúvo(a)	
Cor	A6	1. Branca	Branca
		2. Preta	Preta
		3. Amarela	Amarela
		4. Parda	Parda
		5. Indígena	Indígena
<b>Características Socioeconômicas</b>			
Escolaridade (anos completos de estudo)	A4	Variável Numérica Contínua	nenhuma; 4-7;
			4-7
			8 anos ou mais
Renda Familiar <i>per capita</i>	P29/P30	Variável Numérica Contínua	1º Quintil (0 - 42,99)
			2º Quintil (43 - 83,99)
			3º Quintil (84 - 137,99)
			4º Quintil (138 - 275,99)
			5º Quintil (276 - 3000,99)
<b>Condições de Saúde</b>			
Autoavaliação da saúde	B2	1. Muito boa 2. Boa 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim	Muito boa/boa (opções 1+2)
			Regular/ruim/muito ruim (opções 3+4+5)
Cadastro no PSF	P24	0. Não	Sim
		1. Sim	Não
Referência a serviço de saúde de uso regular	J1	0. Não	Sim
		1. Sim	Não

**Tabela 1.** Definição das variáveis explicativas da utilização de serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista, Bahia. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011 (continuação).

<b>Padrão de Utilização de Serviços de Saúde</b>			
<b>Variável</b>	<b>Questão</b>	<b>Opções de respostas</b>	<b>Categorização</b>
Tipo de atendimento	J22	1. Consulta com profissional de saúde	Consulta (opção 1)
		2. Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, hemoterapia	
		3. Vacinação	
		4. Outros atendimentos preventivos	Vacinação e procedimentos de enfermagem (opções 3+4+5+9)
		5. Injeção, curativo ou medição de pressão arterial	
		6. Exames médicos complementares	Exames médicos complementares (opção 6)
		7. Gesso ou imobilização	Outros (opções 2+7+8)
		8. Pequena cirurgia	
		9. Outro atendimento ambulatorial	
Motivo da procura	J6	1. Doença ou problema de saúde	Doença/Problema de saúde (opção 1)
		2. Acidente ou lesão	Exames (opções 6+7)
		3. Consulta odontológica	
		4. Continuação de tratamento, terapia ou reabilitação	Prevenção (inclui pré-natal) [opções 5+8+9]
		5. Pré-natal	
		6. Exames médicos periódicos	Consulta odontológica (opção 3)
		7. Exames laboratoriais ou exames complementares de diagnóstico	Acidente ou lesão (opção 2)
		8. Vacinação	
		9. Outros atendimentos preventivos	Tratamento/reabilitação (opção 4)
		10. Solicitação de atestado de saúde	
		11. Outros	Outros (opções 10+11)



**Tabela 1.** Definição das variáveis explicativas da utilização de serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista, Bahia. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011 (continuação).

<b>Padrão de Utilização de Serviços de Saúde</b>			
<b>Variável</b>	<b>Questão</b>	<b>Opções de respostas</b>	<b>Categorização</b>
Tipo de serviço	J7	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública)	Atendimento ambulatorial (opções 1+4+5)
		2. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	
		3. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	Pronto Socorro, emergência e hospital (opções 2+3+6)
		4. Ambulatório de Hospital Público	
		5. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato	
		6. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado	Outros (opção 7)
		7. Outro	
Forma de pagamento do serviço	J14	0. Não	SUS (J140+J15B1)
		1. Sim	
	J15A	1. Pagou diretamente sem reembolso	Pagamento direto (J141+J15A1)
		2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde	
		3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde	
	J15B	1. Porque foi feito pelo SUS	Plano de saúde (J141+J15A2+J15A3+J15B2)
		2. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço	
3. Porque foi pago por entidade filantrópica, igreja ou ONG		Outros (J15A3)	
Localização do serviço	J16	1. No mesmo município que o(a) sr(a) mora	Mesmo município
		2. Em outro município	Outro município

**Tabela 1.** Definição das variáveis explicativas da utilização de serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista, Bahia. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011 (continuação).

<b>Padrão de Utilização de Serviços de Saúde</b>			
<b>Variável</b>	<b>Questão</b>	<b>Opções de respostas</b>	<b>Categorização</b>
Como chegou ao estabelecimento de saúde	J18	1. Transporte coletivo	Transporte coletivo
		2. Carro ou motocicleta	À pé
		3. Ambulância	Carro ou motocicleta
		4. À pé	Bicicleta
		5. Bicicleta	Ambulância
		6. Outro	Outro
Tempo gasto com o deslocamento	J17	Variável Numérica Contínua	Até 30 minutos
			Mais de 30 minutos
Procedimento para conseguir o atendimento	J19	1. Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta	Agendou a consulta previamente
		2. Agendou a consulta previamente	Foi direto ao serviço
		3. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por equipe de saúde da família	Foi encaminhado por Equipe de Saúde da Família
		4. Foi encaminhado(a) por outro serviço ou profissional de saúde	Foi encaminhado por outro serviço ou profissional de saúde
		5. Outro	Outros
Tempo de espera para ser atendido	J21	Variável Numérica Contínua	Até 30 minutos
			Mais de 30 minutos
Se sofreu discriminação	J24 (a/b/c/d/e/f/g)	0. Não	Sim
		1. Sim	Não
Satisfação dos usuários com o atendimento recebido	J25	1. Muito bom	Muito bom
		2. Bom	Bom
		3. Regular	Regular
		4. Ruim	Ruim
		5. Muito ruim	Muito ruim

### 3.3. Componente Qualitativo

As informações geradas pelo componente qualitativo do projeto COMQUISTA foram utilizadas para cumprir o que foi proposto no terceiro e quarto objetivos específicos desta tese.

A pesquisa qualitativa representa a forma mais adequada de entender a natureza de um fenômeno histórico-social. Ao realizar a descrição da complexidade de um problema, compreender suas interações e classificar os processos dinâmicos vividos pelos grupos sociais, esta abordagem promove, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades relacionadas ao comportamento dos indivíduos. Além disso, a metodologia qualitativa complementa os procedimentos quantitativos, aprofundando as questões sociais e as dificuldades do conhecimento parcial e inacabado<sup>88,91,92</sup>.

O objetivo do componente qualitativo do projeto COMQUISTA foi compreender as representações sociais dos sujeitos envolvidos na pesquisa sobre a saúde e seus condicionantes na população quilombola, buscando relacioná-las ao cotidiano da vida em comunidade e identificar as possíveis barreiras para o acesso e a utilização dos serviços de saúde por parte dessa população.

#### 3.3.1. Sujeitos

Fizeram parte do estudo sujeitos com 18 anos ou mais de idade e que apresentavam algum tipo de vínculo com a população quilombola: líderes comunitários que atuavam e exerciam papel de liderança nas comunidades selecionadas (Corta Lote, Maria Clemência, Furadinho, Lagoa de Melquíades e Boqueirão) e profissionais das equipes de Saúde da Família de referência destas comunidades. Vale destacar que os profissionais foram divididos em dois grupos, o primeiro foi composto pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e o segundo pelos profissionais de nível superior.

---

<sup>91</sup> Richardson RJ et al. Pesquisa Social: Métodos e Técnicas. 3ª ed. São Paulo: Atlas. 335 p, 1999.

<sup>92</sup> Souza ER, Minayo MCS, Deslandes SF, Veiga JPC. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz. 244 p. p.133-156, 2005.

### 3.3.2. Coleta e análise de dados

O grupo focal foi a técnica escolhida para a coleta de dados. As datas foram agendadas previamente e os grupos foram realizados na sede do Conselho Regional Quilombola e da Assessoria de Planejamento e Educação Permanente em Saúde, locais estratégicos para facilitar a participação dos sujeitos. A dinâmica de realização dos grupos focais foi orientada por protocolo específico (APÊNDICE F).

O trabalho com grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, entender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, constituindo-se uma técnica importante para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma dada questão por pessoas que partilham alguns traços em comum<sup>93</sup>.

Os grupos focais são especialmente indicados para situações em que há interesse pelo uso cotidiano da linguagem e da cultura de um grupo particular. Constitui uma técnica apropriada para identificar diferenças de poder entre os participantes e também para explorar o grau de consenso ou divergência sobre certo assunto. Isto porque o grupo focal faz emergir uma multiplicidade de pontos de vistas e processos emocionais, pelo próprio contexto de interação criado, permitindo a captação de significados que, em outros meios, poderiam ser difíceis de manifestar. E, quando comparado à observação, um grupo focal permite ao pesquisador conseguir uma boa quantidade de informação em um período de tempo mais curto, com o auxílio do tema e do roteiro das questões<sup>95</sup>.

Os grupos focais foram conduzidos por uma equipe de pesquisadores treinada, composta por um moderador que dirigia a discussão e um apoio que registrava informações, gestos e expressões relevantes dos participantes. A coleta de dados foi orientada por um roteiro (APÊNDICE G) elaborado segundo a Teoria das Representações Sociais<sup>94</sup> e testado em um grupo focal realizado no estudo piloto, com lideranças de algumas comunidades quilombolas

---

<sup>93</sup> Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

<sup>94</sup> Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Editado em inglês por Gerald Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi – Petrópolis, RJ: Vozes; 2003.

não participantes da pesquisa principal. Este roteiro abordava questões sobre a comunidade, situação de moradia, condições de saúde, acesso e utilização dos serviços de saúde pela população quilombola.

Segundo Moscovici (2003)<sup>94</sup>, as representações sociais são entidades quase tangíveis, que circulam, se entrecruzam e se cristalizam continuamente através de uma palavra, de uma ação ou de um gesto, podendo ser definidas como senso comum, imagens, concepções ou visão de mundo que os sujeitos sociais possuem sobre a realidade. Diante disso, a Teoria das Representações Sociais tem-se mostrado um importante instrumento para os estudos de situações sociais, em razão da sua contribuição para a análise das relações intergrupais, da influência da cultura na introjeção de valores e da definição de comportamentos<sup>95</sup>.

Considerando que as representações são construídas socialmente e explicitam as relações do conhecimento do senso comum com as informações científicas, as representações sociais podem ser consideradas matéria-prima para a análise do social e para a ação pedagógica e política de transformação, uma vez que são definidas como categorias de pensamento, ação e sentimentos que expressam a realidade e explicam-na, justificando-a ou questionando-a<sup>92</sup>.

Deste modo, as representações sociais das lideranças e dos profissionais de saúde de referência das comunidades quilombolas selecionadas foram investigadas para absorver a representação particular dos mesmos sobre o acesso dos serviços de saúde por parte desta população, a fim de aprofundar as informações obtidas pelo inquérito.

Os grupos focais foram gravados, após consentimento dos informantes, e transcritos de forma fidedigna, respeitando-se a pronúncia e a sintaxe utilizadas pelos participantes do estudo na apresentação das falas. Além disso, os depoimentos foram caracterizados por um número para preservar a identidade dos participantes.

O método usado para análise e compreensão dos dados foi a análise de conteúdo, definido como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de

---

<sup>95</sup> Jovchelovitch S, Guareschi PA. Textos em representação social. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens”<sup>96</sup>. Utilizou-se a análise temática para identificar os núcleos de sentidos que integravam a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição poderiam ser relevantes segundo o objetivo do estudo. Esta etapa envolveu três momentos<sup>88,98</sup>.

- 1) Pré-análise: compreende a operacionalização e sistematização das ideias presentes nos depoimentos para promover a apreensão do todo;
- 2) Exploração do material: abrange a identificação das unidades de significado, a codificação e transformação dos dados brutos para compreensão do depoimento;
- 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: envolve o agrupamento das unidades de significado segundo sua semelhança, a proposta de inferências e interpretação do fenômeno estudado com base nos dados analisados e no aparato teórico do pesquisador.

---

<sup>96</sup> Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa (PO): Edições 70, 1977. p. 44.

### **3.4. Aspectos Éticos**

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Faculdade São Francisco de Barreiras (CAAE 0118.0.066.000-10, de 29/10/10 – ANEXO A) e da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 0118.0.066.203-10, de 13/07/11 – ANEXO B), em consonância com o disposto na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre esclarecido antes de responderem aos questionários e de participarem dos grupos focais.

#### **4. ARTIGOS ORIGINAIS**

---



## **4. ARTIGOS ORIGINAIS**

### **4.1. Artigo de Resultados 1**

O primeiro artigo de resultados da tese, intitulado “Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil”, foi publicado na edição de setembro de 2013 da revista Cadernos de Saúde Pública (vol. 29, nº 9, p. 1829-1842).

## Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil

Use of health services by *quilombo* communities in southwest Bahia State, Brazil

El uso de los servicios de salud por la población *quilombola* del suroeste de Bahía, Brasil

Karine de Oliveira Gomes <sup>1,2</sup>

Edna Afonso Reis <sup>2</sup>

Mark Drew Crosland Guimarães <sup>2</sup>

Mariângela Leal Cherchiglia <sup>2</sup>

### Abstract

*Use of health services is increasing in Brazil as a whole, but geographic and social inequalities persist, especially among minority groups. The aim of this study was to analyze the use of health services by members of quilombos (slave-descendant African-Brazilian communities) in Vitória da Conquista, Bahia State, Brazil. This cross-sectional health survey in 2011 focused on 797 adults (≥ 18 years old) belonging to quilombos. The magnitude of the associations between explanatory variables and use of services was estimated by the prevalence ratio obtained from Poisson regression with 95% confidence interval. Of the total sample, 455 (57.1%) reported having used health services in the 12 months prior to the interview. Higher rates of health services utilization were associated with female gender, non-single conjugal status, fair, poor, or very poor self-rated health, enrolment in the Family Health Program, and referral to a health facility for regular or on-going care. The results showed underutilization of health services by members of quilombos, thus demonstrating the need to improve health services provision for this population group.*

*Vulnerable Groups; African Continental Ancestry Group; Health Evaluation; Health Services Accessibility*

### Resumo

*O uso de serviços de saúde vem aumentando no país, mas permanecem as desigualdades geográficas e sociais, especialmente entre os grupos minoritários. O objetivo deste trabalho foi analisar o uso de serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Trata-se de inquérito de saúde transversal, realizado em 2011, com indivíduos quilombolas ≥ 18 anos. A magnitude das associações entre variáveis explanatórias e o uso de serviços foi estimada pelas razões de prevalência obtidas por regressão de Poisson com intervalo de 95% de confiança. Dos 797 indivíduos entrevistados, 455 (57,1%) usaram algum serviço de saúde nos 12 meses anteriores às entrevistas. Verificou-se maiores prevalências de uso de serviços para os quilombolas do sexo feminino, com companheiros(as), que avaliaram sua saúde como regular, ruim ou muito ruim, cadastrados no Programa Saúde da Família e que fizeram referência a um serviço de saúde de uso regular. Os resultados apontaram subutilização de serviços de saúde pelos quilombolas, demonstrando a necessidade de melhorar a prestação de serviços de saúde a essa população.*

*Comunidades Vulneráveis; Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Avaliação em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde*

<sup>1</sup> Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

#### Correspondência

K. O. Gomes  
Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia.  
Rua Rio de Contas 58,  
Quadra 17, Lote 58, Campus Anísio Teixeira, Vitória da Conquista, BA  
45029-094, Brasil.  
kogomes@yahoo.com.br

## Introdução

A utilização de serviços de saúde é resultado de um conjunto amplo e complexo de determinantes que incluem fatores relacionados à organização da oferta, às características sociodemográficas dos usuários, ao perfil epidemiológico e aspectos relacionados aos prestadores de serviços<sup>1</sup>. O modelo proposto por Andersen & Newman<sup>2</sup> tem sido muito empregado nos estudos sobre a utilização de serviços de saúde<sup>3,4,5,6</sup>. Esse modelo considera que o uso de serviços de saúde é dependente de determinantes individuais agrupados em fatores de predisposição, fatores capacitantes e necessidades de saúde<sup>2</sup>.

Os fatores predisponentes correspondem às características sociodemográficas e culturais que definem o indivíduo como mais ou menos propenso a procurar um serviço de saúde. Fatores capacitantes são aqueles que devem estar presentes para que a utilização do serviço se realize: é preciso que existam instalações, equipamentos e profissionais de saúde, mas também que os indivíduos tenham renda, tempo e informações necessárias para chegar aos serviços e deles fazer uso. Por fim, as necessidades representam o estado de saúde percebido pelos indivíduos ou diagnosticado por profissionais de saúde<sup>2,3,4,5,6</sup>.

O sexo feminino e a idade avançada estão bem estabelecidos na literatura como fatores que aumentam a utilização de serviços de saúde pela população<sup>6,7,8,9,10</sup>. Por outro lado, a associação entre uso de serviços de saúde e outras variáveis demográficas, socioeconômicas e de comportamento, como estado civil, renda familiar, escolaridade e a existência de médico de referência ainda é controversa<sup>11</sup>.

No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) aumentou amplamente o acesso aos cuidados de saúde para grande parte da população. Na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) realizada em 1981, antes da criação do SUS, 8% da população afirmavam ter usado serviço de saúde nos últimos trinta dias. Já em 2008, o uso de serviços de saúde nos últimos 15 dias foi de 14,2%, o que representa um aumento de 174%<sup>12</sup>.

De fato, o SUS tem avançado no cumprimento dos seus princípios e na produção de serviços, mas ainda são observadas desigualdades geográficas e sociais no acesso, utilização e qualidade dos serviços de saúde no Brasil<sup>8,9,13,14</sup>, sobretudo, quando as análises são estratificadas segundo a raça/cor e etnia. Com efeito, pessoas que identificam sua cor da pele como parda, preta ou indígena geralmente pertencem a grupos de renda mais baixa e com menor escolaridade, e tendem a enfrentar maiores desigualdades

nas condições de saúde<sup>15,16,17</sup>. Apesar de alguns trabalhos indicarem que o efeito da cor da pele não se mantém após ajuste para variáveis socioeconômicas<sup>18,19</sup>, há evidências do efeito independente para alguns indicadores, mesmo após o ajuste para a posição socioeconômica<sup>12,17,20,21,22</sup>. Além disso, estudos confirmam que pretos, pardos e indígenas apresentam os piores indicadores de mortalidade<sup>15,16,23</sup>, menor esperança de vida ao nascer<sup>24</sup> e acesso desigual aos serviços de saúde<sup>25,26</sup>.

Nesse contexto inserem-se os remanescentes das comunidades dos quilombos, reconhecidos pelo artigo 2º do *Decreto nº 4.887*<sup>27</sup> como “*grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com ancestralidade negra e trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas*”. De forma geral, o termo remanescente de quilombo é utilizado para designar uma herança cultural e material que lhe confere uma referência presencial no sentimento de ser e pertencer a um lugar e grupo específicos<sup>28</sup>. Igualmente, os quilombos são definidos, não apenas como o grande espaço de resistência guerreira, mas como representantes de recursos radicais de sobrevivência grupal, com uma forma comum de vida e modos próprios de organização<sup>29</sup>.

Portanto, a experiência dos quilombolas no Brasil é marcada por uma história de mobilização e luta pelo reconhecimento dos seus direitos, especialmente o direito à posse de suas terras, que foi concretizado a partir da regulamentação do procedimento de identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades de quilombos pelo *Decreto nº 4.887*<sup>27</sup>.

A literatura sobre o uso de serviços de saúde pela população quilombola no Brasil é escassa e suas condições de saúde são pouco exploradas. Não obstante, os trabalhos disponíveis demonstram que esse grupo ainda vive em situação de vulnerabilidade, fruto do processo histórico de escravização, que acarretou desigualdades sociais e de saúde, menor acesso a bens e serviços<sup>30,31,32,33</sup>, o que pode ocasionar também maior dificuldade de utilização de serviços de saúde. Vale ressaltar que não existem informações epidemiológicas específicas dos quilombolas nos sistemas de informações de saúde<sup>30</sup>, demonstrando a importância da realização de estudos epidemiológicos com este grupo populacional.

O objetivo deste trabalho foi estimar a prevalência e identificar os fatores associados à utilização dos serviços de saúde na população quilombola da região de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.

## Metodologia

### Desenho do estudo

Trata-se de estudo de corte transversal, parte do inquérito de saúde denominado Projeto COM-QUISTA<sup>34</sup>. O objetivo principal do Projeto COM-QUISTA foi investigar as condições de vida, saúde, o acesso e a utilização de serviços de saúde em comunidades quilombolas da região de Vitória da Conquista.

### População, cálculo e plano amostral

A população do estudo foi composta por indivíduos adultos ( $\geq 18$  anos) residentes em comunidades quilombolas da região de Vitória da Conquista, localizadas na zona rural do município. As informações necessárias para elaboração do plano amostral foram obtidas do *Consolidado da Situação de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista*, cedidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista (dados primários, Diretoria de Atenção Básica, Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia, 2010).

Foram consideradas elegíveis para o estudo as comunidades que tinham mais de cinquenta famílias e possuíam certificação pela Fundação Cultural Palmares<sup>35</sup>. Merece destaque a grande contribuição dessa fundação no processo de certificação das terras de remanescentes de quilombos, relacionada à expedição do título de reconhecimento de domínio das terras e à garantia de assistência jurídica aos quilombolas<sup>27</sup>.

Para o cálculo do tamanho da amostra adotou-se a prevalência de 50%, devido à heterogeneidade dos eventos a serem mensurados<sup>34</sup>, precisão de 5%, intervalo de 95% de confiança (IC95%), efeito de desenho igual a 2, e estimativa de 30% de perdas. O município apresentava 11 distritos, dentre os quais cinco registravam a existência de comunidades quilombolas. Cada um dos cinco distritos foi considerado um estrato e, com base na população de cada distrito, realizou-se a partilha proporcional dos indivíduos entre os estratos. A amostragem foi realizada em dois estágios: (1) seleção aleatória simples de uma comunidade, dentro de cada distrito; e (2) seleção aleatória dos domicílios na comunidade, de acordo com a distribuição proporcional de domicílios por distrito. Todos os adultos ( $\geq 18$  anos) dos domicílios sorteados foram convidados a participar da pesquisa.

As comunidades selecionadas foram Corta Lote, Maria Clemência, Furadinho, Lagoa de Melquiades e Boqueirão, totalizando 884 indivíduos na amostra. Entretanto, após o mapeamento das

comunidades foram encontrados 943 indivíduos adultos, elegíveis a participarem do estudo nos domicílios sorteados.

### Procedimentos e coleta dos dados

O instrumento de coleta de dados, a estratégia para a abordagem do domicílio e a logística do campo foram testados em um estudo piloto conduzido numa comunidade quilombola não participante da pesquisa principal<sup>34</sup>. Para a realização das entrevistas foi utilizado o questionário semiestruturado da *Pesquisa Nacional de Saúde*<sup>36</sup>, em versão adaptada e testada para a população quilombola, composto por dois níveis de informação (domiciliar e individual). O nível domiciliar incluía os seguintes módulos: (1) características gerais do domicílio; (2) bens materiais presentes no domicílio; (3) características contextuais sobre a vizinhança; (4) cobertura e atuação do Programa Saúde da Família (PSF); (5) controle de endemias; (6) gastos com saúde; (7) renda; e (8) alimentação. No nível individual, as questões foram distribuídas em nove módulos: (1) características demográficas, econômicas e apoio social; (2) autoavaliação do estado de saúde; (3) estilo de vida; (4) morbidade referida; (5) acidentes e violência; (6) saúde da mulher; (7) saúde das crianças menores de cinco anos; (8) saúde do idoso; e (9) desempenho do sistema de saúde. Os dados foram obtidos por entrevista domiciliar usando-se computadores portáteis. As entrevistas foram realizadas por estudantes de graduação da Universidade Federal da Bahia, treinados e supervisionados pelos pesquisadores durante a coleta dos dados.

### Evento e variáveis explicativas

Nesta análise, o evento de interesse foi a utilização de serviços de saúde e sua definição foi baseada no modelo teórico de Andersen & Newman<sup>2</sup>. Foram obtidas informações sobre a última vez que o participante havia procurado por atendimento relacionado à saúde antes da entrevista e se o mesmo foi efetivado. Dessa forma, a utilização de serviços de saúde foi definida como ter ou não utilizado qualquer serviço de saúde nos doze meses anteriores à data da entrevista.

As variáveis explicativas para a utilização de serviços foram: (1) características demográficas: (a) sexo, (b) idade (18-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60 anos ou mais), (c) estado conjugal (com ou sem companheiro) e (d) cor da pele autorreferida (branca, preta, amarela, parda, indígena); (2) características socioeconômicas: (a) escolaridade (nenhuma; 4-7; 8 ou mais anos completos de estudos) e (b) quintil de renda familiar *per capita*;

(3) condições de saúde: (a) autoavaliação da saúde (muito boa ou boa e regular, ruim ou muito ruim), (b) cadastro no PSE, e (c) referência a serviço de saúde de uso regular; (4) padrão de utilização de serviços de saúde: (a) tipo de atendimento, (b) motivo da procura, (c) tipo de serviço, (d) forma de pagamento do serviço, (e) localização do serviço, (f) como chegou ao estabelecimento de saúde, (g) tempo gasto com o deslocamento, (h) procedimento para conseguir o atendimento, (i) tempo de espera para ser atendido, (j) se sofreu discriminação, e (l) satisfação dos usuários com o atendimento recebido.

### **Análise estatística**

Foi feita a análise descritiva da população e as diferenças de proporção foram avaliadas pelo qui-quadrado de Pearson. A prevalência de uso de serviços foi estimada pelo número de indivíduos que afirmou ter utilizado o serviço dividido pela amostra estudada. A magnitude das associações entre as potenciais variáveis explicativas e o uso de serviços de saúde foi estimada pela razão de prevalência (RP) com seus respectivos IC95%.

O efeito independente das variáveis explicativas foi avaliado por modelo multivariado de Poisson com variância robusta, tanto para a análise univariada quanto para a multivariada. As variáveis que alcançaram valor de  $p \leq 0,20$  na análise univariada foram incluídas para iniciar a análise multivariada, que foi realizada pelo procedimento manual de eliminação. O modelo final foi composto pelas variáveis que apresentaram associação com o evento no nível de significância de 0,05, e a análise dos dados foi realizada no programa Stata 10.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

### **Aspectos éticos**

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Faculdade São Francisco de Barreiras (CAAE 0118.0.066.000-10, de 29/Out/2010) e da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 0118.0.066.203-10, de 13/Jul/2011), e todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de responderem aos questionários.

## **Resultados**

### **Caracterização dos serviços de saúde**

O Município de Vitória da Conquista possui gestão plena do sistema de saúde e a rede municipal está organizada em três níveis de atenção.

O nível primário é constituído por 34 unidades básicas de saúde (UBS) e 38 Equipes de Saúde da Família (ESF), com cobertura de 41,5% da população. O nível secundário conta com cinco Ambulatórios Especializados ou Centros de Referência (Saúde do Trabalhador, Odontologia, Pneumologia e Dermatologia Sanitária, Hepatite e Centro Municipal de Atendimento Especializado), duas Centrais de Regulação de Serviços de Saúde e três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS Adulto, CAPS Infantil e Adolescente, CAPS Álcool e outras Drogas). E o nível terciário é composto por Centro Municipal de Reabilitação Física, Hospital Dia, Hospital Geral, Pronto Socorro Geral, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e três Unidades de Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia (Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. <http://cnes.datasus.gov.br>, acessado em 21/Mar/2012) (Sala de Apoio à Gestão Estratégica em Saúde. Redes e Programas. Equipes de Saúde da Família. <http://189.28.128.178/sage>, acessado em 02/Abr/2013).

Apesar de todas as comunidades quilombolas selecionadas apresentarem cobertura pelo PSE, apenas Furadinho, Lagoa de Melquíades e Boqueirão possuíam uma unidade básica de saúde em seus territórios. Nas demais comunidades, os procedimentos de saúde eram realizados nas escolas ou na casa do agente comunitário de saúde (ACS). O acompanhamento realizado pelas ESF à população adscrita obedecia a uma programação prévia, em escala de rodízio e, na maioria das vezes, seguia uma frequência mensal. Os profissionais de saúde de nível superior se deslocavam até as comunidades para realizar os atendimentos, e as famílias também contavam com a visita domiciliar do ACS.

### **Caracterização da amostra**

Foram visitados 422 domicílios, dos quais 393 (93,1%) participaram do estudo. As perdas ocorreram principalmente por não encontrarmos moradores após três visitas. A maioria dos domicílios tinha paredes externas revestidas de adobe (71,1%), possuía energia elétrica (94,6%) e queimava ou enterrava o lixo (93,4%). O abastecimento de água era feito principalmente por meio de tanque/açude/aguada (39,7%), e apenas 2,3% dos domicílios recebiam água da rede geral de abastecimento.

Foram realizadas 797 entrevistas e registradas 15,5% de perdas, que aconteceram por motivo de recusa (17,8%) e de indivíduos não encontrados após três visitas ao domicílio (82,2%). A proporção de perdas foi inferior à prevista, porém, foi

significativamente maior em indivíduos do sexo masculino e mais jovens.

A amostra estudada foi composta por mulheres (54,3%), com idades entre 18 e 59 anos (média = 44; mediana = 41), que tinham companheiros (61,4%) e que se declararam pardas (44,7%) ou pretas (39,1%). Uma parcela importante dos entrevistados apresentou baixa escolaridade (mé-

dia = 3,1; mediana = 2 anos de estudos) e baixa renda familiar *per capita* (média = R\$ 180,70; mediana = R\$ 115,40). A maioria classificou sua auto percepção de saúde como regular, ruim ou muito ruim (55,2%), estava cadastrada no PSF (82,8%) e fez referência a um serviço de saúde de uso regular (74,4%) (Tabela 1).

Tabela 1

Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde da população Quilombola. Projeto COMQUISTA, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2011.

Variáveis	n	%
Sexo [n = 797]		
Masculino	364	45,7
Feminino	433	54,3
Idade (anos) [n = 797]		
18-29	201	22,3
30-39	166	18,1
40-49	149	16,1
50-59	104	10,8
≥ 60	177	19,4
Estado conjugal [n = 797]		
Com companheiro	489	61,4
Sem companheiro	308	38,6
Cor [n = 787] *		
Branca	100	12,7
Parda	352	44,7
Preta	308	39,1
Indígena	21	2,7
Amarela	6	0,8
Escolaridade (anos de estudos) [n = 792]		
≥ 5	219	27,7
1-4	299	37,7
0	274	34,6
Quintil de renda familiar <i>per capita</i> [n = 733]		
5 <sup>o</sup>	144	19,6
4 <sup>o</sup>	146	19,9
3 <sup>o</sup>	146	19,9
2 <sup>o</sup>	144	19,6
1 <sup>o</sup>	153	21,0
Autoavaliação da saúde [n = 794]		
Muito boa/Boa	356	44,8
Regular/Ruim/Muito ruim	438	55,2
Cadastro no PSF [n = 768]		
Sim	636	82,8
Não	132	17,2
Serviço de saúde de uso regular [n = 793]		
Sim	590	74,4
Não	203	25,6

PSF: Programa Saúde da Família.

\* Variável autorreferida, cuja classificação seguiu o critério adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

### Utilização de serviços de saúde

Ao todo, 455 quilombolas (57,1%; IC95%: 53,7-60,6) usaram os serviços de saúde nos 12 meses que antecederam às entrevistas. Tomando como base o período dos 15 dias anteriores à realização da pesquisa, apenas 66 quilombolas (8,3%) fizeram uso de serviços de saúde. Quanto ao padrão de utilização de serviços de saúde (Tabela 2), observou-se maior percentual de atendimen-

tos para consultas (57,5%), e as doenças foram o principal motivo de uso (46,3%). Houve predomínio de atendimentos ambulatoriais (81,3%) realizados pelo SUS (79,8%). A maioria dos serviços estava localizada no mesmo município (87%) e 53,9% dos indivíduos gastavam até 30 minutos com o deslocamento (média = 46; mediana = 30 minutos), sendo o transporte coletivo (40,1%) e o deslocamento a pé (38,7%) os meios mais usados para chegar até o serviço de saúde.

Tabela 2

Padrão de utilização dos serviços de saúde nos últimos 12 meses pela população Quilombola. Projeto COMQUISTA, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2011 (n = 455) \*.

Variáveis	n	%
Tipo de atendimento		
Consulta	261	57,5
Vacinação e procedimentos de enfermagem	125	27,5
Exames médicos complementares	47	10,4
Outros	21	4,6
Motivo da procura		
Doença/Problema de saúde	210	46,3
Exames	92	20,2
Prevenção (inclui pré-natal)	58	12,7
Consulta odontológica	32	7,0
Acidente ou lesão	16	3,5
Tratamento/Reabilitação	12	2,6
Outros	35	7,7
Tipo de serviço		
Atendimento ambulatorial	370	81,3
Pronto Socorro, emergência e hospital	68	14,9
Outros	17	3,7
Pagamento pelo serviço		
SUS	363	79,8
Pagamento direto	71	15,6
Plano de saúde	16	3,5
Outros	5	1,1
Localização do serviço		
Mesmo município	396	87,0
Outro município	59	13,0
Como chegou ao estabelecimento de saúde		
Transporte coletivo	183	40,1
A pé	176	38,7
Carro ou motocicleta	74	16,3
Bicicleta	9	2,0
Ambulância	5	1,1
Outro	8	1,8
Tempo gasto com o deslocamento		
Até 30 minutos	236	53,9
Mais de 30 minutos	202	46,1

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Variáveis	n	%
Procedimento para conseguir o atendimento		
Agendou a consulta previamente	178	39,1
Foi direto ao serviço	154	33,8
Foi encaminhado pela Equipe de Saúde da Família	100	22,0
Foi encaminhado por outro serviço ou profissional de saúde	18	4,0
Outros	5	1,1
Tempo de espera para ser atendido		
Até 30 minutos	209	47,5
Mais de 30 minutos	231	52,5
Sofreu discriminação		
Sim	29	6,4
Não	423	93,6
Avaliação do atendimento		
Muito bom	59	13,1
Bom	301	66,7
Regular	73	16,2
Ruim	11	2,4
Muito ruim	7	1,6

\* Excluem os casos de resposta ignorada (o número máximo de valores ignorados foi de 17 na variável tempo gasto com o deslocamento).

Para conseguir o atendimento, boa parte dos entrevistados agendou a consulta previamente (39,1%) ou foi direto ao serviço de saúde (33,8%), enquanto que 52,5% dos indivíduos esperavam mais que 30 minutos para serem atendidos (média = 78,3; mediana = 50 minutos). Considerando o atendimento de saúde recebido, 6,4% dos quilombolas relataram ter sofrido algum tipo de discriminação e 79,8% avaliaram o serviço como bom ou muito bom (Tabela 2).

A análise univariada demonstrou maior prevalência de uso de serviços de saúde por indivíduos do sexo feminino, que tinham companheiros(as), com autoavaliação do estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim, que estavam cadastrados no PSF e fizeram referência a um serviço de saúde de uso regular (Tabela 3). Após a análise multivariada, a prevalência de utilização de serviços de saúde foi estatisticamente maior ( $p < 0,05$ ) entre as mulheres (RP = 1,18) e indivíduos com autoavaliação do estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim (RP = 1,28), e menor para os quilombolas sem companheiros(as) (RP = 0,82), que não estavam cadastrados no PSF (RP = 0,76) e que não fizeram referência a um serviço de saúde de uso regular (RP = 0,71) (Tabela 4).

## Discussão

Este é o primeiro estudo de base populacional sobre a utilização de serviços de saúde pela população quilombola do sudoeste da Bahia. As informações sobre o uso de serviços de saúde por esse grupo são escassas, e a revisão da literatura sobre o tema identificou apenas dois trabalhos relacionados ao diagnóstico e assistência à DST, HIV/AIDS para os quilombolas<sup>32,37</sup>. Outros dois estudos relataram dificuldades gerais relacionadas ao acesso, mas não fizeram uma análise pormenorizada dos fatores relacionados ao uso de serviços de saúde<sup>30,31</sup>.

Para todos os períodos avaliados, a prevalência de uso de serviços de saúde pela população quilombola do sudoeste da Bahia (57,1%) foi menor que a constatada em outras populações. Estudos de bases populacionais realizados em São Paulo<sup>5</sup> e em Pelotas (Rio Grande do Sul)<sup>11</sup>, verificaram prevalências de 64,4% de uso de serviços ambulatoriais para idosos e de 60,6% de serviços médicos para a população adulta, respectivamente, nos períodos de três a quatro meses anteriores à entrevista.

De forma semelhante, a proporção de uso de serviços nos últimos 15 dias nessas comunidades foi baixa (8,3%), quando comparada com os dados nacionais. A série temporal da PNAD



Tabela 3

Prevalência de utilização de serviços de saúde nos últimos 12 meses pela população Quilombola. Projeto COMQUISTA, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2011.

Variáveis	População total	Prevalência de uso de serviços de saúde *		RP	IC95%	Valor de p **
		n	%			
Sexo [n = 797]						0,002
Masculino	364	186	51,1	1,00		
Feminino	433	269	62,1	1,21	1,07-1,37	
Idade (anos) [n = 797]						0,034
18-29	201	108	53,7	1,00		
30-39	166	89	53,6	0,99	0,82-1,20	
40-49	149	77	51,7	0,96	0,78-1,17	
50-59	104	68	65,4	1,21	1,00-1,47	
≥ 60	177	113	63,8	1,18	1,00-1,40	
Estado conjugal [n = 797]						0,002
Com companheiro	489	301	61,6	1,00		
Sem companheiro	308	154	50,0	0,81	0,71-0,92	
Cor [n = 787]						0,801
Branca	100	58	58,0	1,00		
Parda	352	203	57,7	0,99	0,82-1,20	
Preta	308	178	57,8	0,99	0,82-1,20	
Indígena	21	9	42,9	0,73	0,43-1,24	
Amarela	6	4	66,7	1,14	0,63-2,07	
E escolaridade (anos de estudos) [n = 792]						0,868
≥ 5	219	128	58,4	1,00		
1-4	299	168	56,2	0,96	0,82-1,11	
0	274	158	57,7	0,98	0,84-1,14	
Quintil de renda familiar per capita [n = 733]						0,579
5ª	144	88	61,1	1,00		
4ª	146	89	61,0	0,99	0,73-1,09	
3ª	146	78	53,4	0,87	0,77-1,14	
2ª	144	83	57,6	0,94	0,71-1,06	
1ª	153	84	54,9	0,89	0,82-1,19	
Autoavaliação da saúde [n = 794]						0,000
Muito boa/Boa	356	172	48,3	1,00		
Regular/Ruim/Muito ruim	438	280	63,9	1,32	1,16-1,50	
Cadastro no PSF [n = 768]						0,005
Sim	636	382	60,1	1,00		
Não	132	60	45,5	0,75	0,62-0,92	
Serviço de saúde de uso regular [n = 793]						0,000
Sim	590	368	62,4	1,00		
Não	203	87	42,9	0,68	0,57-0,81	

IC95%: intervalo de 95% de confiança; PSF: Programa Saúde da Família; RP: razão de prevalência.

\* n e % em relação ao total de cada categoria.

\*\* Valor de p do teste qui-quadrado para heterogeneidade de proporções.

demonstrou para a população adulta urbana que a prevalência de uso de serviços de saúde nos últimos 15 dias passou de 13,4% em 1998<sup>14</sup> para 13,9% em 2003<sup>1</sup> e 14,2% em 2008<sup>9,12</sup>. A preva-

lência de uso de serviços de saúde também foi maior para a população do Nordeste (12,2%)<sup>38</sup>, assim como para os idosos, tanto da área urbana (25,3%) quanto da rural (18,1%)<sup>39</sup>. Ainda na

Tabela 4

Análise multivariada de utilização dos serviços de saúde nos últimos 12 meses pela população Quilombola. Projeto COMQUISTA, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2011.

Variáveis	RP ajustada	IC95%	Valor de p *
Sexo			0,018
Masculino		1,00	
Feminino	1,18	1,02-1,30	
Estado conjugal			0,016
Com companheiro		1,00	
Sem companheiro	0,82	0,74-0,97	
Autoavaliação da saúde			0,000
Muito boa/Boa		1,00	
Regular/Ruim/Muito ruim	1,28	1,13-1,45	
Cadastro no PSF			0,006
Sim		1,00	
Não	0,76	0,62-0,92	
Serviço de saúde de uso regular			0,000
Sim		1,00	
Não	0,71	0,60-0,84	

IC95%: intervalo de 95% de confiança; PSF: Programa Saúde da Família; RP: razão de prevalência.

\* Valor de p obtido pelo teste de Wald.

zona rural, Vieira <sup>40</sup> observou em Jequitinhonha (Minas Gerais), prevalência de 31,6% de uso de serviços de saúde para a população  $\geq 18$  anos, no período de trinta dias antes da entrevista.

Estudos têm demonstrado menor acesso e consequente menor utilização de serviços de saúde por populações rurais, associados à menor disponibilidade de serviços, grandes distâncias a serem percorridas, dificuldades de transporte e baixa renda <sup>8,9,13,39,40</sup>. Nas comunidades quilombolas, o isolamento geográfico, os horários de atendimentos, as longas filas e o tempo de espera têm sido apontados como fatores que explicam, pelo menos parcialmente, a menor prevalência de utilização de serviços de saúde <sup>31,32</sup>. Igualmente, os problemas enfrentados para o funcionamento do PSF nessas comunidades, como a alta rotatividade dos profissionais de nível superior em regiões rurais e a precária infraestrutura para a realização dos atendimentos <sup>30</sup>, o preconceito e atendimento desumanizado por parte dos profissionais de saúde <sup>37</sup>, podem constituir barreiras ao acesso e uso dos serviços de saúde por esse grupo populacional.

Em relação aos fatores associados à utilização dos serviços de saúde, verificam-se comportamentos distintos nos estudos. Embora exista um consenso quanto à maior utilização de serviços de saúde por indivíduos do sexo feminino e com idade avançada <sup>3,4,6,7,8,9,10</sup>, entre os quilombolas apenas as mulheres apresentaram maior preva-

lência de uso dos serviços. Geralmente, mesmo quando são excluídos os partos e o pré-natal, as mulheres buscam mais serviços para a realização de exames de rotina e prevenção <sup>13</sup>, e o agravamento das condições de saúde dos idosos, em comparação aos jovens, adultos e crianças <sup>1</sup> explicam a maior prevalência de uso dos serviços de saúde nesse grupo.

Por outro lado, o efeito da renda e da escolaridade varia, sendo verificado maior uso dos serviços de saúde tanto por pessoas de baixa renda e escolaridade <sup>1,7,11</sup> quanto por pessoas em condições inversas <sup>6,8,9,14</sup>. Todavia, assim como foi observado para a cor, esses fatores não influenciaram o uso de serviços de saúde na população quilombola, o que pode potencialmente ser explicado por uma homogeneidade da amostra estudada em relação aos piores marcadores de vulnerabilidade social, incluindo renda e escolaridade.

Já o estado conjugal, que não costuma estar associado ao uso de serviços de saúde <sup>10,11</sup>, influenciou a utilização entre os quilombolas, de forma que aqueles(as) que não tinham companheiras(os) apresentaram menor prevalência do uso de serviços de saúde. É possível que os indivíduos que têm companheiros(as) cuidem mais da sua saúde devido ao apoio ou à cobrança por parte do seu cônjuge.

Da mesma forma, a autoavaliação de saúde aumentou o uso dos serviços de saúde pela po-

pulação quilombola. Pesquisas têm demonstrado que pessoas com uma pior autoavaliação da saúde tendem a usar mais os serviços de saúde<sup>1,5,6,8</sup>. Esse resultado pode estar associado ao fato de que as pessoas que julgam que sua saúde não é boa tenham maior preocupação em buscar os serviços de saúde para tentar melhorá-la.

Quanto ao cadastro no PSF e à referência a um serviço de saúde de uso regular, a associação encontrada era esperada, pois estes indicadores são marcadores de acesso aos serviços de saúde<sup>38</sup>. Pesquisas verificaram maior prevalência do uso de serviços de saúde para pessoas que tinham médico definido para consultar<sup>7</sup> e cadastro no PSF<sup>8</sup>, o que provavelmente aumenta a disponibilidade de ações de saúde e potencializa o estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários, aumentando, consequentemente, o uso dos serviços de saúde.

É importante destacar que os quilombolas deste estudo apresentaram maior porcentual de referência a serviço de saúde de uso regular (74,4%) e de cobertura pelo PSF (82,8%), tanto em relação à população brasileira quanto à população de Vitória da Conquista. Segundo dados da PNAD, cerca de 70% dos brasileiros referiram ter um serviço de uso regular e 50,9% estavam cadastrados no PSF<sup>38</sup>. Para Vitória da Conquista, os percentuais observados para os mesmos indicadores foram de 67,3%<sup>41</sup> e 41,5%, respectivamente (Sala de Apoio à Gestão Estratégica em Saúde, Ministério da Saúde. Redes e programas. Equipes de Saúde da Família. <http://189.28.128.178/sage>, acessado em 02/Abr/2013).

Essa maior cobertura oferecida pelo PSF aos quilombolas pode ser explicada pela implantação do plano *Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011*, que garantiu um adicional de 50% nos recursos financeiros transferidos aos municípios com populações quilombolas, visando a ampliar a Estratégia Saúde da Família e a promover sua integração com os programas sociais<sup>42</sup>. Verificou-se no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de Vitória da Conquista (<http://cnes.datasus.gov.br>, acessado em 21/Mar/2012) a especificação sobre o acompanhamento de quilombolas pelas equipes de PSF do município, e a informação foi confirmada.

Em relação ao padrão de utilização dos serviços, como foi observado para a população quilombola, os brasileiros apresentaram uma maior proporção de consultas médicas (61,3%), relataram as doenças como o principal motivo (58,4%) para o uso de serviços de saúde e usaram o serviço ambulatorial (53,8%) com maior frequência<sup>9</sup>. Estudo realizado por Kassouf<sup>43</sup> também verificou uma maior proporção de pessoas do meio rural procurando por atendimento de

saúde ambulatorial devido a doenças, que foram realizados pelo SUS.

Na população quilombola, o SUS foi o principal responsável pelo financiamento da utilização dos serviços de saúde, do mesmo modo que para a população brasileira (58,6%) e do Nordeste (71,1%)<sup>44</sup>. Contudo, quando analisamos o pagamento direto e por plano de saúde, observamos comportamento inverso ao compararmos a população quilombola com a brasileira. Enquanto para a população brasileira a cobertura de pagamento dos serviços pelo setor de saúde suplementar foi de 27% e o gasto privado direto foi de 14%<sup>44</sup>, 3,5% dos quilombolas tiveram os atendimentos pagos por planos de saúde e 15,6% pagaram diretamente pelos serviços de saúde.

Segundo os dados da *Pesquisa de Orçamentos Familiares* (POF) de 2008-2009, a participação das despesas com assistência à saúde no gasto total das famílias brasileiras foi de 7,2%, ficando em 6,5% na área rural<sup>45</sup>, ou seja, o gasto direto com saúde pelos quilombolas foi consideravelmente maior. Esse resultado chama atenção, especialmente numa população como a do presente estudo, que apresentou condições socioeconômicas desfavoráveis, com a maioria dos indivíduos vivendo em condições de pobreza, com renda familiar *per capita* mensal de até meio salário mínimo (R\$ 272,50)<sup>46</sup>. Além do mais, um gasto não previsto com serviços de saúde pode absorver parte significativa do orçamento da família, levando-a a abrir mão de consumir outros serviços, vender ativos ou mesmo se endividar<sup>47</sup>.

Quanto ao procedimento para conseguir o atendimento, a maioria dos quilombolas agendou a consulta previamente ou foi direto ao serviço de saúde, tendo sido relatado um percentual inferior de encaminhamentos realizados pela ESF. Tal realidade pode estar associada à deficiência do reconhecimento do PSF como porta de entrada no sistema de saúde por parte dessa população, visto que estudos têm demonstrado baixo nível de conhecimento dos usuários do SUS sobre o programa<sup>48,49</sup>. Ressalta-se que esse resultado é contraditório se considerarmos a elevada cobertura do PSF nas comunidades estudadas, e instiga o questionamento sobre a sua dinâmica de atuação e o desempenho dos profissionais.

A baixa visibilidade do PSF pode estar relacionada às barreiras de acesso decorrentes do horário de funcionamento e da dificuldade em garantir, simultaneamente, atendimento à demanda espontânea e aos grupos não prioritários<sup>41</sup>. Mas, também pode ser devido ao inadequado funcionamento do programa e à atuação dos profissionais, já que o modelo biomédico ainda vigora nos serviços de saúde do nosso país<sup>43,48,49</sup>.

Embora o PSF tenha sido idealizado como estratégia reestruturante do modelo de atenção à saúde, a sua implantação, por si só, não garante a modificação da cultura assistencial centrada no procedimento. A substituição do modelo biomédico pelo PSF implica custos e o enfretamento de um conjunto de mudanças quantitativas e qualitativas que ultrapassam os aspectos técnicos e organizacionais envolvidos na prestação de serviços, exigindo mudanças na formação e nas relações de trabalho dos profissionais, além da estruturação dos demais níveis de atenção à saúde<sup>49,50</sup>.

Em relação à discriminação no atendimento de saúde, ainda que o percentual verificado para os quilombolas de Vitória da Conquista tenha sido relativamente baixo, estudos têm demonstrado que este é um problema que afeta as populações negra (pretos e pardos) e indígena, determinando desigualdades nos perfis de adoecimento e morte destes indivíduos, principalmente quando comparados aos brancos<sup>15,16,23,24,25,26,51</sup>. Esse quadro se mantém para alguns indicadores de saúde, mesmo após ajuste para variáveis socioeconômicas<sup>20,21,22</sup>.

É importante destacar que existem algumas limitações quanto à comparação do uso de serviços de saúde pela população quilombola em relação às demais populações, principalmente em função dos distintos objetivos, metodologias e períodos estudados, que vão desde os últimos 15 dias até os últimos três ou quatro meses. Também variam a população-alvo e as faixas etárias analisadas. Além disso, houve perda diferencial em relação aos homens e indivíduos mais jovens,

o que pode modificar as prevalências do uso de serviços de saúde pela população quilombola, mas não a direção das associações encontradas. Diante da escassez de informações sobre o acesso e a utilização de serviços de saúde pelos quilombolas no Brasil, esse diagnóstico é de grande relevância, visto que poderá subsidiar a melhoria da prestação de serviços de saúde a esta população.

### Considerações finais

De forma geral, os resultados deste estudo apontam subutilização e sugerem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde pela população quilombola. Uma possível explicação para essa realidade é que as iniquidades enfrentadas pelos quilombolas vão muito além das dificuldades no acesso e utilização de serviços de saúde, sendo expressas, sobretudo, pelas piores condições sociais e econômicas. Assim, torna-se imperiosa a implantação de políticas sociais que sejam capazes de melhorar as condições gerais de vida dessa população.

Ao mesmo tempo, para aumentar o acesso e a utilização dos serviços de saúde pela população quilombola, é necessário adaptar a dinâmica de trabalho dos programas de saúde para a realidade da zona rural, melhorar a infraestrutura para a realização dos atendimentos e investir na capacitação dos profissionais sobre a cultura, modo de vida e os problemas de saúde mais prevalentes nesse grupo populacional.

## Resumen

*El uso de los servicios de salud está aumentando en el país, pero se mantienen las desigualdades geográficas y sociales, especialmente, en los grupos minoritarios. El objetivo de este estudio fue analizar el uso de los servicios de salud por la población quilombola de Vitória da Conquista, en el Estado de Bahía, Brasil. Se trata de una encuesta de salud transversal realizada en 2011, con las personas quilombolas  $\geq 18$  años. Con la magnitud de las asociaciones entre las variables explicativas y el uso de los servicios se calcularon las razones de prevalencia, obtenidas por regresión de Poisson, con un intervalo de un 95% de confianza. De las 797 personas entrevistadas, 455 (57,1%) habían utilizado los servicios de salud en los 12 meses anteriores a la entrevista. Hubo una mayor prevalencia de uso de los servicios para las mujeres quilombolas con pareja, que calificaron su salud como regular, mala o muy mala, inscritos en el Programa de Salud de la Familia y se designó un servicio de salud de uso regular. Los resultados apuntaron la subutilización de los servicios de salud por los quilombos.*

*Comunidades Vulnerables; Grupo de Ascendencia Continental Africana; Evaluación en Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud*

## Colaboradores

K. O. Gomes participou da elaboração do projeto, planejamento e supervisão da coleta dos dados, revisão da literatura, análise dos dados e redação do artigo. E. A. Reis participou da análise dos resultados e revisão final do artigo. M. D. C. Guimarães participou da elaboração e orientação do projeto, planejamento da coleta dos dados e revisão final do artigo. M. L. Cherchiglia participou da elaboração e orientação do projeto, análise dos resultados e revisão final do artigo.

## Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, especialmente aos profissionais de saúde responsáveis pelas comunidades quilombolas pesquisadas, pelo apoio oferecido para a realização do trabalho; e aos quilombolas entrevistados, pela receptividade.

## Referências

- Ribeiro MCS, Barata RB, Almeida ME, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:1011-22.
- Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1973; 51:95-124.
- Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 2:S190-8.
- Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 215-43.
- Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2008; 42:733-40.
- Camargo MB, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de Serviços. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:1894-906.
- Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:819-32.
- Moreira JPL, Moraes JR, Luiz RR. Utilização de consulta médica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados da PNAD 2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16: 3781-93.

9. Silva ZPS, Ribeiro MCS, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003 – 2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:3807-16.
10. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Soares SA, Nunes MF, Bagatini T, Marques MC, et al. Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:868-76.
11. Bastos GAN, Duca GFD, Hallal PC, Santos IS. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:475-84.
12. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377:1778-97.
13. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos V, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7: 687-707.
14. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:975-86.
15. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1586-94.
16. Cardoso AM, Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1602-8.
17. Coimbra Jr. CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5:125-32.
18. Gonçalves H, Dumith SC, González DA, Menezes AMB, Araújo CLP, Hallal PC, et al. Discriminação autorrelatada por adolescentes de uma coorte de nascimentos brasileira: prevalência e associações. *Rev Panam Salud Pública* 2012; 31:204-10.
19. Bairros FS, Meneghel SN, Dias-da-Costa JS, Bassani DG, Menezes AMB, Gigante DP, et al. Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27: 2364-72.
20. Peres MA, Iser BPM, Boing AF, Yokota RTC, Malta DC, Peres KG. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). *Cad Saúde Pública* 2012; 28 Suppl: S90-100.
21. Maia LTS, Souza WV, Mendes ACG. Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:2163-76.
22. Carvalho PI, Pereira PMH, Frias PG, Vidal SA, Figueiroa JN. Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. *Epidemiol Serv Saúde* 2007; 16:185-94.
23. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:630-6.
24. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1595-601.
25. Volochko A, Vidal NP. Desigualdades raciais na saúde: mortalidade nas regiões de saúde paulistas, 2005. *BIS: Boletim do Instituto de Saúde* 2010; 12:143-53.
26. Coimbra Jr. CE, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, Souza MC, Garnelo L, et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health* 2013; 13:52.
27. Casa Civil, Presidência da República. Decreto no. 4887, 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. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/d4887.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm) (acessado em 29/Mai/2012).
28. Sundfeld CA. Comunidades quilombolas: direito à terra. Brasília: Editora Abaré; 2002.
29. Paixão M, Carvano LM. Acesso ao poder institucional, políticas públicas e marcos legais. In: Paixão M, Carvano LM organizadores. Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil, 2007-2008. Rio de Janeiro: Editora Garamond; 2008. p. 143-76.
30. Volochko A. A saúde nos quilombos. In: Volochko A, Batista LE, organizadores. Saúde nos quilombos. São Paulo: Instituto de Saúde 2009; p. 147-168. (Temas em Saúde Coletiva, 9).
31. Marques AS, Caldeira AP, Souza LR, Zucchi P, Cardoso WDA. População quilombola no norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. *BIS: Boletim do Instituto de Saúde* 2010; 12:154-61.
32. Silva MJG, Lima FSS, Hamann EM. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/AIDS por comunidades remanescentes de quilombos no Brasil. *Saúde Soc* 2010; 19:109-20.
33. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernandez CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev CEFAC* 2011; 13:937-43.
34. Universidade Federal da Bahia. Relatório técnico do Projeto COMQUISTA – Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista: avaliação de saúde e seus condicionantes, 2011. <http://projetoquemquista.wordpress.com> (acessado em 22/Fev/2012).
35. Fundação Palmares. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia. <http://www.palmares.gov.br/quilombola/?estado=BA> (acessado em 23/Ago/2010).
36. Pesquisa Nacional de Saúde. Inquérito região integrada do Distrito Federal (RIDE/DF). <http://www.pns.ict.fiocruz.br> (acessado em 01/Abr/2011).

37. Riscado JLS, Oliveira MAB, Brito AMBB. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/AIDS em comunidades remanescentes de quilombos, em Alagoas. *Saúde Soc* 2010; 19 Suppl 2:96-108.
38. Viacava F. Acesso e uso de serviços pelos brasileiros. *Radis: Comunicação em Saúde* 2010; 96:12-9.
39. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:2490-502.
40. Vieira EWR. Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
41. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde Debate* 2003; 27:278-89.
42. Secretaria Executiva, Ministério da Saúde. *Mais saúde: direito de todos: 2008-2011*. 4ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
43. Kassouf AL. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Revista de Economia e Sociologia Rural* 2005; 43:29-44.
44. Porto SM, Ugá MAD, Moreira RS. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998-2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:3795-806.
45. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009*. Despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
46. Lopes CR. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Movimento contra as iniquidades. *Radis: Comunicação em Saúde* 2005; 45: 10-27.
47. Diniz BPC, Servo LMS, Piola SE, Eirado M. Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. In: Silveira FG, Servo LM, Menezes T, Piola SE, organizadores. *Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas*. v. 2. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2007. p. 143-66.
48. Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Priore SE, Franceschini SCC, Cazal MM, et al. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:1933-42.
49. Gomes KO, Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia ML, Martins TCP. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16 Suppl 1:S881-92.
50. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 1:S69-78.
51. Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, Cruz VM. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde Soc* 2007; 16:146-55.

---

Recebido em 14/Out/2012

Versão final reapresentada em 01/Abr/2013

Aprovado em 16/Abr/2013

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho analisou o acesso e a utilização de serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista, Bahia. A hipótese inicial de que o grupo estudado apresentaria maior dificuldade de acesso e menor utilização de serviços de saúde foi confirmada, evidenciando que a população quilombola vive em situação de desigualdade em saúde.

Ainda que tenham sido implantadas ações afirmativas como o plano “Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011”, que garantiu um adicional de 50% nos recursos financeiros transferidos aos municípios com populações quilombolas, visando ampliar a Estratégia Saúde da Família e promover sua integração com os programas sociais, estas estratégias não foram suficientes para reduzir a vulnerabilidade desse grupo populacional.

Se por um lado os resultados evidenciaram que a baixa utilização de serviços de saúde pode ter sido influenciada pelas diversas barreiras de acesso identificadas nas comunidades quilombolas pesquisadas, por outro, revelam a demanda por ações intersetoriais adequadas para enfrentar os obstáculos relacionados ao acesso e uso de serviços pelos quilombolas.

Desta forma, faz-se necessária a ampliação da infraestrutura física, assim como o aprimoramento dos serviços de saúde disponíveis por meio da oferta de mobiliário, equipamentos e insumos suficientes para qualificar a atenção primária à saúde e suprir a demanda da população, em geral, e dos quilombolas, em específico.

Igualmente importante é a implantação de novas equipes de Saúde da Família para adequar o contingente populacional sob a responsabilidade dos profissionais de saúde e diminuir a sobrecarga de trabalho. Além disso, deve haver maior esforço por parte dos gestores para complementar as equipes de Saúde da Família existentes, especialmente em relação ao atendimento da demanda por profissionais médicos. Em paralelo, deve-se investir na despreciação dos vínculos trabalhistas para promover a valorização profissional na área da saúde e reduzir a rotatividade de profissionais, sobretudo, na atenção primária à saúde.

Ao mesmo tempo, é indispensável qualificar o sistema de referência e contrarreferência para garantir a continuidade da atenção e a oferta dos cuidados necessários à população em geral, e dos quilombolas, em específico.

Também faz-se necessário investir na capacitação dos profissionais de saúde visando informá-los sobre os hábitos e costumes afrodescendentes e prepará-los para identificarem e cuidarem das demandas específicas da população quilombola. Da mesma forma, deve-se

oferecer cursos de capacitação sobre a dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde para a população em geral, e para os quilombolas, em específico.

Além disso, é fundamental implantar ações e serviços intersetoriais visando melhorar as condições sanitárias, de vida e de saúde da população quilombola.

Não menos importante é a necessidade de criar indicadores de saúde que possibilitem o monitoramento do impacto gerado pelos investimentos adicionais voltados para o acompanhamento de populações vulneráveis, como a população quilombola. Outra contribuição seria a atualização dos sistemas de informação em saúde, no sentido de incluir o detalhamento de informações sobre a população quilombola, entre outras, visando auxiliar o processo de avaliação e monitoramento dos indicadores de saúde deste grupo.

Por fim, sugere-se a realização de novos estudos para investigar outras propriedades do sistema de saúde tais como as dimensões relacionadas à estrutura, processo e resultados, e ainda, a qualidade do cuidado em saúde oferecido à população quilombola.

## **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008; p.215-243.
2. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc e Saúde Coletiva*, 2010; 15(1):161-170.
3. Sanchez RM, RM Ciconelli. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(3): 260-268.
4. Andrade LOM, Minayo MCS, 2012. Acesso aos serviços de saúde: direito e utopia. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2012; 17(11):2862.
5. Donabedian A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University; 1973.
6. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974;9(3):208–20.
7. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19(2):127–140.
8. Frenk-Mora J. El concepto y la medicion de accesibilidad/Concept of the accessibility measurement. *Salud publica Mex*. 1985; 27(5):438-53.
9. Unglert CVS. The importance of accessibility in the planning of localization and size of health services. *Rev. de Saúde Pública*, 1990; 24(6): 445-52.
10. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibens-chutz C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.
11. Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços. Projeto GERUS. 1996. Disponível em: <[www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos\\_apoio/pub06U1T1.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T1.pdf)>. Acesso em 26/10/2010.
12. Starfield B. Acessibilidade e primeiro contato: “a porta”. In: Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. *Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002*. cap 7. p. 207-245. Disponível em: <[http://www.unesco.org.br/publicacoes/livros/atencaoprimaria/mostra\\_documento](http://www.unesco.org.br/publicacoes/livros/atencaoprimaria/mostra_documento)>. Acesso em: 16/07/2008.
13. Thiede M, McIntyre D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(5):1168-1173.
14. Bigdeli M, Annear PL. Barriers to Access and the purchasing function oh health equity funds: lessons from Cambodia. *Bull World Health Organ*, 2009; 87: 560-564p.
15. Vieira EWR. Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais [Dissertação de

- Mestrado]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. 125p.
16. Cavalcante IMS. Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em três quilombos na Amazônia paraense: um olhar antropológico. *Amazônica* 2011; 3(2): 474-479.
  17. Silva Nathalia Fernandes. Análise da acessibilidade aos serviços de saúde na perspectiva dos usuários: um estudo de caso no Baixo Amazonas. [Dissertação de Mestrado]. Belém: Universidade da Amazônia, UMANA; 2012. 91 p.
  18. Viegas APB. Acesso aos serviços de saúde em uma área do município de Ribeirão das Neves na região metropolitana de Belo Horizonte – Minas Gerais. [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz; 2012. 109p.
  19. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2010; 14(35): 797-810.
  20. Lima LD, Viana ALV, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2012; 17(11): 2881-2892.
  21. Cecilio LCO, Andrezza R, Carapinheiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc e Saúde Coletiva* 2012; 17(11): 2893-2902.
  22. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2012; 17(11): 2903-2912.
  23. Bousquat A, Gomes A, Alves MCGP. Acesso realizado ao Programa de Saúde da Família em área com “alta” cobertura do subsistema privado. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2012; 17(11): 2913-2921.
  24. Viacava F, Porto S, Laguardia J, Moreira RS, Ugá MAD. Diferenças regionais no acesso a cirurgia cardiovascular no Brasil, 2002 -2010. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2012; 17(11): 2963-2969.
  25. Amaral FLJS, Motta MHA, Silva LPG, Alves SB. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2012; 17(11): 2991-3001.
  26. Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Cunha ABO, Medina MG et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2012; 17(11): 3047-3056.
  27. Chaves SCL, Soares FF, Rossi TRA, Cangussu MCT, Figueiredo ACL, Cruz DN et al. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. Ceará. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2012; 17(11): 3115-3124.
  28. Machado MMT, Lima ASS, Filho JGB, Machado MFAS, Lindsay AC, Magalhães FB et al. Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2012; 17(11): 3125-3133.

29. Topa J, Neves S, Nogueira C. Imigração e saúde: a (in) acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. *Saúde Soc. São Paulo* 2013; 22(2): 328-341.
30. Martes ACB, Faleiros SM. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde Soc. São Paulo* 2013; 22(2): 351-364.
31. Duarte NA, Júnior AC, Siqueira S. O acesso aos serviços de saúde por emigrantes brasileiros nos Estados Unidos. *Saúde Soc. São Paulo* 2013; 22(2): 365-376.
32. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Publica* 2004; 20(2):S190-S198.
33. Frenk J. The concept and measurement of accessibility. In: White K et al. (Eds) *Health Service Research: an anthology*. Washington: Pan American Health Organization, 1992.
34. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2012; 17(11): 2865-2875.
35. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:819-32.
36. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos V, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4):687-707.
37. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4):975-86.
38. Silva ZPS, Ribeiro MCS, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3807-3816.
39. Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q* 1973; 51: 95-124.
40. Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4):757-776.
41. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(4):733-40.
42. Camargo MB, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de Serviços. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(9):1894-1906.
43. Pinto RS, Matos DL, Filho AIL. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2012; 17(2):531-544.
44. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet, Saúde no Brasil*, maio de 2011, p.11-31.
45. Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). *As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008; 220 p.

46. Buss, PM, Filho AP. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(9): 2005-2008.
47. Pellegrini-Filho A, Vettore MV. Estudos brasileiros sobre determinantes sociais das iniquidades em saúde. *Cad. Saúde Pública* 2011, 27 (sup.2); S133.
48. Bastos JL, Boing AF, Peres KG, Antunes JLF, Peres MA. Condições periodontais e desigualdades sociais, raciais e de gênero no Brasil: revisão sistemática da literatura do período de 1999 a 2008. *Cad. Saúde Pública* 2011, 27 (sup.2); S141-S153.
49. Barata RB, Ribeiro MCS, Cassanti AC, Grupo do Projeto Vulnerabilidade Social no Centro de São Paulo. Vulnerabilidade social e estado de saúde: inquérito domiciliar em uma metrópole brasileira. *Cad. Saúde Pública* 2011, 27 (sup.2); S164-S175.
50. Baldini MH, Antunes JLF. Desigualdades no acesso e utilização de serviços odontológicos: estudo transversal em uma área atendida pela Estratégia Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* 2011, 27 (sup.2); S272-S283.
51. Cotta RMM, Oliveira FCC, Magalhães KA, Ribeiro AQ, Sant'Ana LFR, Priore SE, Franceschini SCC. Determinação social e biológica da anemia ferropriva. *Cad. Saúde Pública* 2011, 27 (sup.2); S309-S320.
52. Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz 2009. 120 p.
53. Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, Cruz VM. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde Soc.*, 2007; 16(2): 146-155.
54. Coimbra Jr CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2000; 5(1):125-132.
55. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(5):630-636.
56. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(5):1595-1601.
57. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(5):1586-1594.
58. Cardoso AM, Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? *Cad Saúde Pública* 2005; 21(5):1602-1608.
59. Volochko A, Vidal NP. Desigualdades raciais na saúde: mortalidade nas regiões de saúde paulistas, 2005. *Boletim do Instituto de Saúde* 2010; 12(2):143-153.
60. Coimbra Jr CE, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, Souza MC, Garnelo L, et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health* 2013; 13(1): 52.
61. Moreira JPL, Moraes JR, Luiz RR. Utilização de consulta médica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados da PNAD 2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9):3781-3793.

62. Souza EHA, Oliveira PAP, Paegle AC, Goes PSA. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2012; 17(8): 2063-2070.
63. Brasil. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2008. 50 p.
64. Chor D. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29(7):1272-1275.
65. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernandez CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev. CEFAC* 2011; 13(5): 937-943.
66. Silva JAN. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. *Saúde e Soc.* 2007; 16(2): 111-124.
67. Volochko A. A Saúde nos Quilombos. In: VOLOCHKO, A. E BATISTA, L.E. Saúde nos Quilombos. São Paulo: Instituto de Saúde; 2009. 304 p. (Temas em Saúde Coletiva, 9). parte III, p. 147-168.
68. Silva OS. Quilombos do Sul do Brasil: movimento social emergente na sociedade contemporânea. *Rev Identidade* 2010; 15(1): 51-64.
69. Brasil. Chamada Nutricional Quilombola 2006. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, 2006. 8p.
70. Cabal-Miranda GC, Dattoli VCC, Dias-Lima A. Enteroparasites e condições socioeconômicas e sanitárias em uma comunidade quilombola do semiárido baiano. *Revista de Patologia Tropical* 2010; 39(1): 48-55.
71. Andrade EC, Leite ICG, Vieira MT, Abramo C, Tibiriçá SHC, Silva PL. Prevalência de parasitoses intestinais em comunidade quilombola no Município de Bias Fortes, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2011; 20(3): 337-344.
72. Guerrero AFH, Silva DO, Toledo LM, Guerrero JCH, Teixeira P. Mortalidade Infantil em Remanescentes de Quilombos do Município de Santarém - Pará, Brasil. *Saúde Soc.* 2007; 16(2): 103-110.
73. Oliveira e Silva D, Guerrero AFH, Guerrero CH, Toledo LM. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. *Rev. Nutr.* 2008; 21(S): 83-97.
74. Silva MJG, Lima FSS, Hamann EM. Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/HIV/AIDS por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil. *Saúde Soc* 2010; 19(2): 109-120.
75. Riscado JLS, Oliveira MAB, Brito AMBB. Vivenciando o Racismo e a Violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/AIDS em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. *Saúde Soc* 2010; 19(supl.2): 96-108.
76. Marques AS, Caldeira AP, Souza LR, Zucchi P, Cardoso WDA. População quilombola no norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. *Boletim do Instituto de Saúde* 2010; 12(2): 154-161.



77. Silva MEA, Rosa PCF, Neves ACC, Rode SM. Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé-Rondônia-Brasil. *Braz Dent Sci* 2011; 14(1-2): 62-66.
78. Almeida AWB. Os Quilombos e as Novas Etnias. In: O'Dwyer EC. org. *Quilombos: identidade étnica e territorialidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002; cap.1, p. 43-81.
79. Sundfeld CA. *Comunidades Quilombolas: Direito à Terra*. Brasília: Editora Abaré, 2002; p.69-86.
80. Silva A, Luiz C, Jaccoud L, Silva W. Entre o racismo e a desigualdade: da Constituição à Promoção de uma Política de Igualdade Racial (1988-2008). In: Jaccoud L. org. *A construção de uma Política de Promoção da Igualdade Racial: uma análise dos últimos 20 anos*. Brasília: Ipea, 2009; cap.1, p.19-93.
81. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm) (acessado em 29/mai/ 2012).
82. Paixão M, Carvano LM. Acesso ao Poder Institucional, Políticas Públicas e Marcos Legais. In: Paixão M, Carvano LM et al. organizadores. *Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil, 2007-2008*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008; p.143-176.
83. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto no. 3912, de 10 de setembro de 2001. Regulamenta as disposições relativas ao processo administrativo para identificação dos remanescentes das comunidades dos quilombos e para o reconhecimento, a delimitação, a demarcação, a titulação e o registro imobiliário das terras por eles ocupadas. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2001/D3912.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3912.htm) (acessado em 26/jun/ 2012).
84. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto no. 4887, 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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/d4887.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm) (acessado em 29/mai/ 2012).
85. Freitas DA, Rabelo GL, Silveira JCS, Souza LR, Lima MC, Pereira MM et al. Percepção de estudantes da área da saúde sobre comunidades rurais quilombolas no norte de Minas Gerais, Brasil. *Rev. CEFAC* 2013; 15(4): 941-946.
86. Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souza R, Giatti L, Mark Drew Crosland Guimarães MDC, et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista/BA (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Cienc Saude Colet [periódico na internet]* 2013 ago. [Citado em 25 de setembro de 2013]; [cerca de 15 p.]
87. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais. *Manual de Orientação Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública UFMG*. Belo Horizonte, 2012. 72p.

88. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco. 406 p., 2007.
89. Secretaria Municipal de Saúde. Informações sobre a Gestão do Sistema de Atenção Básica e composição das Equipes de Saúde da Família 2010. Vitória da Conquista, Bahia. [dados não publicados].
90. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Inquérito Região Integrada do Distrito Federal (RIDE/DF). Disponível em: <<http://www.pns.iciet.fiocruz.br>>. Acessado em 01 de abril de 2011.
91. Richardson RJ et al. Pesquisa Social: Métodos e Técnicas. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atlas. 335 p, 1999.
92. Souza ER, Minayo MCS, Deslandes SF, Veiga JPC. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz. 244 p. p.133-156, 2005.
93. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanos. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.
94. Jovchelovitch S, Guareschi PA. Textos em representação social. 2<sup>a</sup>. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.
95. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Editado em inglês por Gerald Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi – Petrópolis, RJ: Vozes; 2003.
96. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa (PO): Edições 70, 1977.

## **7. APÊNDICES**

---

## 7. APÊNDICES

### APÊNDICE A – Cópia do Artigo Aceito Para Publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva

**Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista/BA (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva**

**Health Survey in Quilombola Communities of Vitória da Conquista/BA (COMQUISTA Project): methodological aspects and descriptive analysis**

**Autores:** Vanessa Moraes Bezerra<sup>1,2</sup>, Danielle Souto de Medeiros<sup>1,2</sup>, Karine de Oliveira Gomes<sup>1,2</sup>, Raquel Souza<sup>1</sup>, Luana Giatti<sup>3</sup>, Mark Drew Crosland Guimarães<sup>3</sup>, Grupo de pesquisa Projeto COMQUISTA\*.

#### **FILIAÇÃO:**

<sup>1</sup> Instituto Multidisciplinar em Saúde/Campus Anísio Teixeira (IMS/CAT), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Vitória da Conquista, BA, Brasil.

<sup>2</sup> Doutoranda Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>3</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

\*Ana Paula Steffens

Clavdia Nicolaevna Kochergin

Cláudio Lima Souza

Cristiano Soares de Moura

Daniela Arruda Soares

Luis Rogério Cosme Silva Santos

Luiz Gustavo Vieira Cardoso

Márcio Vasconcelos de Oliveira

Poliana Cardoso Martins

Orlando Sílvio Caires Neves

**RESUMO:** o objetivo deste artigo foi apresentar a metodologia, resultados descritivos preliminares e a confiabilidade dos instrumentos utilizados no Projeto COMQUISTA. Trata-se de estudo transversal com indivíduos adultos ( $\geq 18$  anos) e crianças (até cinco anos) de comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia. A coleta de dados compreendeu a realização de entrevistas individuais e domiciliares, aferição de medidas antropométricas e pressão arterial. Utilizou-se o questionário semiestruturado da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), adaptado para a população quilombola, e as entrevistas foram realizadas em computadores portáteis. Foram visitados 397 domicílios e entrevistados 797 adultos e 130 crianças. O perfil demográfico dos quilombolas foi semelhante ao dos brasileiros quanto ao sexo e idade, porém, eles apresentaram precário acesso ao saneamento básico e baixo nível socioeconômico. A análise de confiabilidade demonstrou a adequação das estratégias adotadas para garantia e controle de qualidade no estudo. A metodologia empregada foi considerada adequada para o alcance dos objetivos e pode ser utilizada em outras populações. Os resultados sugerem a necessidade da implantação de estratégias para melhorar a qualidade de vida e reduzir o grau de vulnerabilidade dos quilombolas. **PALAVRAS-CHAVES:** Inquéritos Epidemiológicos, Quilombola, Comunidades Vulneráveis, Desigualdades em Saúde.

**ABSTRACT:** this article aimed to present the methodology, preliminary descriptive results and the reliability of the instruments used in COMQUISTA Project. This was a cross-sectional study with adults ( $\geq 18$  years) and children (up to 5 years old) of Quilombola communities in Vitória da Conquista, Bahia. Data collection consisted of individual and household interviews, anthropometric and blood pressure measurements. A semi-structured questionnaire adapted from Brazilian National Health Survey (PNS) was used and the interviews were conducted using handheld computers. We visited 397 housing units and interviewed 797 adults and 130 children. Quilombola demographic profile was similar to Brazilian population according to sex and age, however, they presented poor access to basic sanitation and low socioeconomic status. Reliability analysis showed the adequacy of adopted strategies for assurance and quality control in the study. The methodology used was considered adequate to achieve the objectives and can be used in other populations. Results suggest the need of implementing strategies to improve Quilombola quality of life and reduce their degree of vulnerability. **KEY WORDS:** Health Surveys, Quilombola, Vulnerable Groups, Health Inequalities.

## INTRODUÇÃO

Inquéritos populacionais apresentam potencialidades para o estudo e monitoramento das desigualdades sociais, bem como para o conhecimento do panorama nacional em saúde, seja em relação à avaliação dos seus determinantes ou para o estudo do acesso e utilização dos serviços de saúde. Além disso, as informações produzidas por esse tipo de estudo permitem correlacionar os resultados com as condições de vida da população, conhecer a distribuição dos fatores de risco e ainda, verificar a percepção das pessoas a respeito do seu estado de saúde e o grau de satisfação com os serviços <sup>1</sup>.

De modo substancial, a dimensão étnico-racial vem adquirindo cada vez mais importância na área da saúde, tanto no âmbito da produção nacional como internacional <sup>2,3,4,5</sup>. Estudos demonstram que as iniquidades em saúde estão intimamente relacionadas à questão étnico-racial, evidenciando desigualdades nos perfis de adoecimento e morte de indivíduos que identificam sua cor da pele como pretos, pardos e indígenas <sup>6,7,8,9,10,11</sup>. Em algumas pesquisas o controle das variáveis socioeconômicas confirma o efeito independente da raça/cor e etnia sobre a saúde e demonstra a influência que o pertencimento a determinado grupo étnico-racial pode ter sobre o estado de saúde <sup>12,13</sup>.

É útil esclarecer que a variável raça/cor e etnia compõe um dos elementos junto a outros fatores do contexto político, socioeconômico, cultural e ambiental, expressando um conjunto complexo de determinações que nem sempre é captado por adequado tratamento estatístico nas pesquisas populacionais <sup>7,9,13</sup>. Deste modo, a noção sobre raça/cor e etnia deve ser compreendida como construção local, histórica e culturalmente determinada <sup>2,5</sup>.

No Brasil, a classificação étnico-racial oficialmente adotada corresponde ao quesito “raça/cor” do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no qual os indivíduos se classificam em cinco categorias: branca, preta, parda, amarela e indígena <sup>5</sup>, critério que tem sido amplamente empregado <sup>7,14,15</sup>.

Embora seja imprescindível o aprofundamento da questão da diversidade étnico-racial da população brasileira nas pesquisas epidemiológicas <sup>5</sup>, igualmente, faz-se necessário extrapolar o diagnóstico de saúde do ponto de vista étnico-racial para além da análise de dados secundários, e buscar conhecer a realidade de grupos minoritários ainda não cobertos pelos sistemas de informações de saúde, tais como a população quilombola.

As comunidades remanescentes de quilombos são “grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra” <sup>16</sup>. Os quilombolas se distinguem por sua

identidade étnica, pela forma particular de sua organização social, e pela predominante localização rural <sup>17</sup>. O processo histórico de escravização vivenciado por esta população trouxe como consequências desigualdades sociais e de saúde, e ainda, o acesso dificultado a bens e serviços <sup>18</sup>. Não obstante, estudos sobre a análise da situação de saúde das comunidades quilombolas ainda são escassos no Brasil, sendo identificadas apenas duas publicações de resultados de inquéritos de base populacional <sup>19,20</sup>.

De forma geral, as pesquisas realizadas em comunidades quilombolas demonstram alta prevalência de problemas básicos de saúde ligados às precárias condições de vida e moradia, à ausência de saneamento básico e ao acesso restrito à educação e serviços de saúde <sup>17,18,19,20,21</sup>. Tal realidade expressa a vulnerabilidade da população quilombola no Brasil e evidencia a necessidade da realização de estudos epidemiológicos representativos que melhor caracterizem a situação de saúde, particularmente no Estado da Bahia, que possui um grande número de comunidades reconhecidas.

Encontra-se em fase de planejamento a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) <sup>22</sup>, de base domiciliar e em nível nacional, prevista para ser realizada em futuro próximo. A PNS foca principalmente em morbidade, estilos de vida e uso de serviços de saúde, primordialmente em âmbito urbano, tendo sido os instrumentos testados e disponibilizados <sup>22</sup>. Embora as informações referentes ao nível nacional não tenham poder para realizar inferências locais, a elaboração de instrumentos padronizados favorece o seu uso em distintos níveis e a realização de inquéritos em amostras populacionais específicas, permitindo assim uma melhor comparabilidade dos resultados <sup>1</sup>. Diante do exposto, foi realizado um inquérito de saúde em comunidades quilombolas do município de Vitória da Conquista, Bahia (Projeto COMQUISTA) <sup>23</sup>, para avaliar as condições de vida, a situação de saúde, o acesso e o uso de serviços de saúde pela população residente. Para este inquérito optou-se por utilizar os instrumentos disponibilizados pela PNS, adaptando-os para a realidade predominante rural dessas comunidades. O objetivo deste artigo é apresentar a metodologia geral e os resultados descritivos preliminares do Projeto COMQUISTA.

## **MÉTODOS**

### **População de estudo**

Trata-se de um estudo de delineamento transversal realizado em 2011. A população foi constituída por indivíduos com 18 anos ou mais e crianças com até cinco anos de idade residentes em comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Palmares <sup>24</sup> do município

de Vitória da Conquista/BA. O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Faculdade São Francisco de Barreiras (CAAE 0118.0.066.000-10) e da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 0118.0.066.203-10), todos os participantes adultos e os responsáveis pelas crianças menores de cinco anos assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Vitória da Conquista registra 25 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Palmares, sediadas em cinco distritos da região, segundo informações coletadas por uma lista cedida pela Secretaria Municipal da Saúde <sup>25</sup>. Para se garantir representatividade e viabilidade da pesquisa, optou-se por uma estratégia amostral considerando a extensão territorial e o tamanho das comunidades, uma vez que algumas comunidades tinham poucos domicílios e, por questões logísticas, foram excluídas do estudo. Sendo assim, os princípios amostrais utilizados foram: a) selecionar uma comunidade por distrito; b) incluir somente comunidades com pelo menos 50 famílias cadastradas; c) selecionar domicílios; d) convidar todos os adultos (18 ou mais anos) e crianças < 5 anos residentes no domicílio sorteado.

Para efeito de cálculo amostral, considerou-se somente a população elegível de adultos. Como não havia informações em relação ao número de crianças nas comunidades, optou-se por entrevistar todas as crianças dos domicílios sorteados a participar da pesquisa. A população de adultos foi estimada em 2.935 indivíduos com 18 ou mais anos, oriundos de 10 comunidades que apresentaram pelo menos 50 famílias cadastradas. Foram considerados os seguintes parâmetros: a) prevalência, a priori, de 50%, dado a heterogeneidade dos eventos a serem mensurados; b) precisão de 5%; c) nível confiança de 95%; d) efeito de desenho igual a 2; em função da média de dois adultos por domicílios na zonal rural do Brasil estimada pelo IBGE; e, e) 30% de perdas, definida após realização do piloto, totalizando 884 indivíduos adultos a serem entrevistados.

O plano amostral foi realizado em dois estágios. Estágio 1: seleção aleatória de uma comunidade quilombola em cada distrito, considerando-se o tamanho populacional de cada uma, totalizando cinco comunidades (Corta-Lote, Maria de Clemência, Furadinho, Lagoa de Melquíades e Boqueirão). Após enumerar a população total de cada distrito, ordenada pelas comunidades distritos, foi sorteado um número aleatório entre um e a população total de cada distrito, e a comunidade cujo intervalo continha este número foi selecionada. Em dois distritos que tinham somente uma comunidade, esta foi selecionada. Estágio 2: Seleção aleatória dos domicílios de acordo com a distribuição proporcional de domicílios por distrito. Todos os adultos e crianças < 5 anos de cada domicílio foram convidados a participar.



## **Instrumentos**

O instrumento utilizado para a realização das entrevistas foi o questionário semiestruturado *Inquérito Região Integrada do Distrito Federal (RIDE)* da PNS<sup>22</sup>, composto por um bloco de informações sobre o domicílio e outro sobre o indivíduo. No questionário domiciliar, as questões estão divididas em sessões que investigam os seguintes pontos: 1) contatos com o domicílio; 2) lista de moradores do domicílio; 3) relação de parentesco entre os moradores; 4) situação socioeconômica; 5) rendimentos (homens e mulheres); 6) informações do domicílio; 7) características contextuais (vizinhança); 8) características de saúde dos moradores do domicílio; 9) cobertura de plano de saúde; 10) gastos com saúde; e, 11) utilização de serviços de saúde.

No questionário individual as questões estão distribuídas em 10 blocos de informações: A) características sócio-demográficas e apoio social (a variável “cor/raça” é autorreferida e categorizada em: branca, preta, parda, amarela e indígena, de acordo com o proposto pelo IBGE); B) autoavaliação do estado de saúde; C) estilo de vida; D) morbidade referida; E) acidentes e violência; F) saúde da mulher; G) crianças menores de dois anos; H) saúde bucal; I) saúde dos idosos; e, J) desempenho do sistema de saúde.

O questionário sofreu adaptações com o objetivo de retratar a realidade de uma comunidade quilombola da zona rural e facilitar a compreensão por parte desta população, porém, houve a preocupação em manter ao máximo a estrutura original da PNS para garantir a comparabilidade das informações. No primeiro momento, foi realizada uma ampla discussão sobre o instrumento com um grupo de especialistas para avaliar cada questão e decidir sobre sua permanência ou não. Também foram feitas as adaptações em termos de vocabulário e/ou opções de respostas, considerando o contexto em que o questionário seria aplicado. Desse modo, foram introduzidos alguns termos como “baba”, expressão que caracteriza o futebol na região, e “açúcar no sangue” para esclarecer sobre a glicemia.

Em seguida, procedeu-se à realização dos pré-testes e o instrumento foi aplicado pela equipe de pesquisadores para verificar sua adequação quanto a: 1) linguagem; 2) sequência e coerência entre as questões; 3) instruções sobre as questões a serem saltadas; e, 4) o tempo necessário para a aplicação da entrevista. Após esta etapa, foi realizada outra discussão com o grupo de especialistas para obtenção da versão a ser utilizada no estudo piloto. Após a realização do piloto, foram feitas novas modificações quanto à linguagem e incluídos termos como “aguada”, “adobe”, “pressão alta” e “derrame” para especificar “tanque/açude”,

“barro”, “hipertensão” e “acidente vascular cerebral”, respectivamente, e obteve-se a versão final do instrumento.

A maior alteração efetuada foi o resumo do questionário domiciliar, já que a proposta metodológica do Projeto COMQUISTA, diferente da PNS, considerava elegíveis a participar do estudo todos os indivíduos residentes no domicílio com 18 ou mais anos de idade. Assim, algumas informações que seriam investigadas pelo módulo individual foram excluídas do módulo domiciliar: 1) relação de parentesco entre os moradores; 2) situação socioeconômica; 3) rendimentos; 4) cobertura de plano de saúde e 5) utilização de serviços de saúde. Em relação ao nível individual, a anemia foi incluída na lista das doenças investigadas no bloco sobre morbidades; a investigação referente às crianças foi estendida para a idade de até cinco anos e o módulo de saúde bucal foi excluído. O questionário final está disponível em <http://projetocomquista.wordpress.com><sup>23</sup>.

Os questionários foram aplicados com o auxílio de computadores portáteis (HP Pocket Rx5710) e o *software* usado para a programação e armazenamento dos dados foi o *Questionnaire Development System* (QDS<sup>TM</sup>; NOVA Research Company), versão 2.6.1. Este programa é composto por quatro aplicativos: 1) *Questionnaire Design Studio* para a construção do questionário; 2) CAPI; 3) HAPI para a visualização dos questionários; e, 4) *Warehouse Manager* para a organização, o armazenamento e o gerenciamento do banco de dados.

Também foram utilizados equipamentos de medidas antropométricas para adultos e crianças e de aferição da pressão arterial (PA) somente para adultos. O peso foi verificado em balança eletrônica portátil Marca Marte®, Modelo LC200PP, com capacidade até 200 Kg e sensibilidade de 50 g, utilizando uma bandeja de pesagem pediátrica Marca Seca®, Modelo 522-5011-00090, para pesar crianças menores de dois anos.

Em adultos e crianças com dois anos ou mais, a altura foi obtida por meio de um estadiômetro portátil e transportável da marca CauMaq®, modelo EST-22, com capacidade de 300 a 2.000 mm. Em crianças menores de dois anos, a altura foi medida utilizando um estadiômetro pediátrico, modelo esteira, portátil, marca Sanny®, com escala de 20 a 105 cm e resolução de 0,5 cm. A circunferência da cintura foi coletada por meio de uma fita de medida antropométrica da marca Cardiomed®, modelo T-87-Wiso, com retração automática, trava na extremidade da fita e capacidade de 2 m de comprimento. Por fim, a PA foi aferida por esfigmomanômetro eletrônico digital, marca Omron®, modelo HEM-742.

### **Piloto**

O estudo piloto foi realizado em uma comunidade quilombola não selecionada para a pesquisa e decidiu-se pela aplicação do instrumento em um número equivalente a 8% da amostra do estudo principal. Os principais objetivos do piloto foram avaliar: 1) instrumentos de coleta de dados; 2) procedimentos para obtenção do TCLE; 3) grau de participação; 4) protocolos operacionais; 5) plano amostral; 6) dimensionamento do tempo despendido com transporte; 7) abordagem e aplicação das entrevistas; 8) composição das equipes para execução da coleta de dados; e, 9) identificar potenciais situações diferentes daquelas previstas inicialmente.

### **Sensibilização**

O projeto foi apresentado na reunião mensal do Conselho Regional Quilombola, oportunidade em que estavam presentes as lideranças das comunidades, visando obter o apoio dos mesmos para divulgação e realização da pesquisa. Além disso, foi estabelecido contato com representantes das Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dos distritos sorteados. A sensibilização nos domicílios ocorreu durante o mapeamento das comunidades, quando a equipe de mapeamento e os ACS informavam diretamente aos moradores que estavam presentes nos domicílios sobre a pesquisa a ser realizada. Foi entregue material impresso de divulgação e ainda coletadas informações como número e idade dos moradores do domicílio para identificação do número de elegíveis.

### **Mapeamento**

O mapeamento foi realizado pela delimitação territorial a partir de estradas vicinais e marcação de pontos relativos a domicílios e equipamentos da comunidade (estabelecimentos comerciais e de saúde, igreja, campo de futebol etc.), obtidos em frente à porta principal dos locais. Foram utilizados localizador GPS (*Global Positioning System*), com precisão de 10m, e máquina fotográfica digital.

Simultaneamente à marcação por GPS, realizou-se a identificação através de anotações de cada ponto (número e coordenadas geográficas) gerado pelo GPS, em ordem numérica, a partir de um marcador de início do limite da comunidade (ponto um). Ao mesmo tempo era realizada a documentação fotográfica. Os dados foram transferidos para computador e organizados no *software Microsoft Excel 2010*.

Para confecção dos mapas, os dados brutos do GPS foram transferidos para o programa *GPS TrackMaker*, versão 13.8, em seguida exportados para o *Quantum GIS*, versão 1.7.0<sup>26</sup>. Os pontos localizados após os domicílios da extremidade foram considerados como vértices/limites.

### **Treinamento**

Para realização das entrevistas foram selecionados graduandos da Universidade Federal da Bahia. As seguintes estratégias foram adotadas para o treinamento dos entrevistadores: dramatização de entrevistas; manuseio dos *pockets*; aferição de medidas antropométricas e PA, e aplicação das entrevistas em indivíduos internos e externos à comunidade universitária. A padronização dos procedimentos de entrevistas e realização das medidas foi garantida pelo uso de manuais elaborados pelos pesquisadores. Após avaliação de desempenho, foram selecionados 24 entrevistadores.

### **Coleta de dados**

Foram organizadas cinco equipes para a coleta dos dados, compostas por dois entrevistadores e estabelecida uma estrutura de escala diária, com carga horária de 20h semanais. Para cada comunidade havia uma equipe de três supervisores, constituída pelos pesquisadores do projeto e um coordenador de campo. Durante a abordagem dos domicílios foi utilizado um *script* visando padronizar e orientar os entrevistadores para o convite aos residentes. Após abordagem e convite foram aplicados os TCLE, seguidos das entrevistas com o uso dos *pockets* e finalização com as tomadas de medidas.

A coleta das medidas antropométricas foi baseada nas técnicas preconizadas por Jelliffe<sup>27</sup> e a aferição da PA foi realizada de acordo com a VI Diretrizes de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia<sup>28</sup>. Foram utilizados manuais específicos com instruções detalhadas sobre os procedimentos adequados para a coleta de cada medida. Os valores das medidas foram anotados em um cartão e entregues aos participantes. A realização das medidas após a aplicação das entrevistas foi adotada como procedimento padrão para garantir que o participante estivesse em repouso, critério para aferição da PA, e otimizar o tempo necessário para montagem dos equipamentos.

Foi realizada supervisão direta da coleta dos dados e os entrevistadores tiveram sua produção controlada diariamente por meio de fichas de controles de visitas ao domicílio, controle de entrevistas e reentrevistas e controle de utilização dos *pockets*. Os supervisores de

campo foram responsáveis pela contínua assistência aos entrevistadores na localização e abordagem prévia dos entrevistados e pela revisão permanente dos controles de campo. O controle das entrevistas era repassado à coordenação do campo e o de utilização dos *pockets* à central de banco de dados, sendo realizada diariamente a conferência dos dados coletados.

Por fim, para a avaliação da confiabilidade das respostas obtidas em entrevistas, foi prevista a realização de reentrevistas em 5% da amostra, que ocorreram no prazo máximo de uma semana após a realização da entrevista inicial.

### **Análise estatística**

Foi feita análise descritiva de dados sociodemográficos da população e de algumas características dos domicílios. A comparação entre participantes e não participantes foi realizada pelo teste qui-quadrado, com nível de significância de 5%. Para a análise de confiabilidade foram utilizadas a concordância observada e a estatística Kappa para variáveis categóricas, e o coeficiente de correlação de Pearson para variáveis contínuas <sup>29</sup>. As estimativas foram obtidas com os programas Epi Info, versão 3.5.3, e R, versão 2.11.1.

## **RESULTADOS**

### **Piloto**

O estudo piloto foi realizado na comunidade quilombola Sinzoca. Foram visitados 55 domicílios, dos quais 48 (87,3%) participaram do estudo, as perdas ocorreram principalmente por não encontrar moradores após três visitas. Foram realizadas 97 entrevistas (91 de adultos e seis de crianças) e obteve-se 24,4% de perdas, valor superior ao inicialmente previsto de 20,0%.

Foram realizadas reentrevistas em 37,1% dos indivíduos e a confiabilidade de algumas variáveis selecionadas como “sexo” e “cor/raça” apresentaram índice Kappa de 1,0 e 0,84, respectivamente, interpretadas como excelentes. As variáveis “diagnóstico de hipertensão arterial”, “autoavaliação de saúde” e “frequência de consumo de bebidas alcoólicas” tiveram sua confiabilidade classificadas como substancial, moderada e razoável, respectivamente.

### **Estudo Principal**

#### **Mapeamento**

Para cada comunidade foi desenvolvido um mapa, listas de domicílios com identificação visual e a respectiva correspondência geográfica, além da referência de um dos

moradores e o número de elegíveis em cada domicílio. A Figura 1 apresenta a situação geográfica do município em relação ao Estado, das comunidades em relação à sede do município, e o exemplo de uma das comunidades (Corta-Lote), indicando a distribuição dos domicílios e equipamentos.

### **Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2011, totalizando 36 dias de campo (média de 23 entrevistas/dia). Foram identificados 1082 indivíduos elegíveis para o estudo nos 422 domicílios sorteados, sendo 943 adultos e 139 crianças menores de cinco anos. A comunidade com maior proporção de elegíveis foi Maria de Clemência (34,7% adultos; 38,8% crianças), e aquelas com menor proporção foram Corta-lote para adultos (9,9%) e Furadinho para crianças (5,0%) (Tabela 1).

Do total de domicílios visitados, 393 (93,1%) participaram do estudo e a maioria das perdas (96,5%) ocorreu por não ter encontrado moradores após três visitas. Foram entrevistados 797 adultos e 130 crianças, com distribuição proporcional à observada na população de elegíveis das comunidades pesquisadas. O percentual de perdas de adultos foi de 15,5% e entre as crianças de 6,5%, em ambos os casos, as maiores proporções de perdas foram observadas na comunidade Corta-lote (18,3% e 19,0% para adultos e crianças, respectivamente) (Tabela 1).

O principal motivo das perdas de entrevistas com adultos foi não ter encontrado os indivíduos após três visitas (82,2%) e as recusas representaram 17,8%. Do total de 146 adultos não entrevistados, foram obtidas informações adicionais de 115 indivíduos, que possibilitaram estabelecer comparações entre os grupos de participantes e não participantes. A perda foi significativamente maior em indivíduos do sexo masculino e com idade entre 18 a 34 anos (Tabela 2).

### **Reentrevistas e análise de confiabilidade**

Foram realizadas 42 reentrevistas (4,5% da amostra), as variáveis cuja confiabilidade foi analisada mostraram percentuais de concordância observada variando de 78,0 a 100,0%, com índices Kappa de 0,60 a 1,00 (Tabela 3). Das 25 variáveis, 60,0% e 8,0% apresentaram excelente ou moderada concordância Kappa, respectivamente. As variáveis “idade” e “escolaridade” (anos completos de estudo) apresentaram alta consistência ao obterem

coeficiente de correlação de Pearson igual a 0,97 e 0,96, respectivamente. Por outro lado, a variável “número de dias sem trabalhar por motivo de saúde” apresentou valor igual a 0,53.

### **Características gerais da amostra**

Do total de domicílios investigados, 2,3% recebiam água da rede geral de abastecimento, 9,7% tinham esgotamento sanitário pela rede geral de esgoto ou fossa séptica, nenhum apresentou coleta regular como destino do lixo e 94,6% tinham energia elétrica. A maioria dos domicílios era visitada mensalmente pelos ACS, contudo, 25,8% relataram nunca ter recebido visitas. Quanto à renda familiar *per capita*, mais da metade recebia até ¼ do salário-mínimo (Tabela 4).

Entre os adultos entrevistados, 54,3% eram mulheres e mais da metade não trabalhava no momento da realização da pesquisa (Tabela 4). Observou-se que 41,5% apresentavam idade de 35 a 59 anos, a maioria era casada, com baixa escolaridade (72,3% tinham até quatro anos completos de estudo) e referiu ter a cor parda (44,7%) ou preta (39,1%). Em relação às crianças, 50,8% eram meninas e 38,0% tinham até dois anos de idade.

## **DISCUSSÃO**

Inquéritos populacionais são importantes para a construção de indicadores de saúde, assim como para uma melhor compreensão sobre os fatores de risco e os determinantes sociais do processo saúde-doença<sup>30</sup>. No entanto, uma das limitações geralmente observadas nas pesquisas nacionais é que o tamanho amostral não permite desagregações para níveis geográficos menores, tornando difícil a avaliação de grupos populacionais específicos, como as comunidades quilombolas.

O Projeto COMQUISTA foi direcionado aos quilombolas residentes em Vitória da Conquista/BA, reunindo dados que possibilitam uma maior compreensão dos determinantes de saúde dessa população. Um aspecto fundamental da pesquisa foi a utilização do questionário da PNS, o que permitirá futuras comparações dos resultados com características e indicadores nacionais.

A realização do estudo piloto foi essencial para verificar a adequação da dinâmica de recrutamento, testar os instrumentos de coleta de dados e confirmar a viabilidade da investigação. Além disso, orientou o ajuste do cálculo amostral e sinalizou a necessidade do desenvolvimento de estratégias de sensibilização e abordagem dos domicílios para reduzir as perdas. A análise da confiabilidade no piloto também possibilitou a adoção de medidas

durante o treinamento dos entrevistadores que levaram ao aumento da qualidade dos dados obtidos no estudo principal.

O mapeamento permitiu a visualização espacial das comunidades e teve um papel fundamental na pesquisa de campo, já que a distribuição dos domicílios na zona rural não obedece à mesma lógica da zona urbana. Os mapas direcionaram o trabalho dos entrevistadores e facilitaram o planejamento da ação em cada comunidade. Destaca-se, ainda, a possibilidade do desenvolvimento de estudos geoespaciais a partir dos dados coletados.

No estudo principal a perda obtida foi aceitável e inferior à anteriormente sinalizada pelo piloto, o que demonstra a adequação das estratégias adotadas, entre as quais podemos destacar o agendamento de entrevistas para os finais de semana e o apoio dos ACS como agentes de divulgação do estudo. O resultado dessa ação foi percebido pelos entrevistadores durante a coleta de dados, já que na abordagem inicial dos domicílios a maioria dos moradores relatou ter obtido informações sobre a pesquisa.

O principal motivo das perdas foi não encontrar os indivíduos no domicílio após o procedimento padrão de três visitas, o que pode ser explicado pelo fato de se tratar de uma população residente em área rural e que costuma se deslocar para outras localidades a trabalho. Além disso, a perda foi diferencial para homens e indivíduos mais jovens, o que pode comprometer algumas estimativas. Perdas diferenciais em inquéritos geralmente são observadas nos estratos de renda mais elevada, devido à recusa, e nas áreas mais pobres dos grandes centros, onde a violência urbana é o principal motivo <sup>1</sup>.

A utilização de *pockets* foi considerada essencial, uma vez que possibilitou maior agilidade na aplicação das entrevistas e otimizou o trabalho de campo, eliminando a etapa de digitação e possíveis erros decorrentes da mesma. De modo geral, as estratégias utilizadas para garantia e controle de qualidade nesse estudo foram capazes de gerar respostas confiáveis, podendo ser exemplificado através da análise de confiabilidade da variável “frequência de consumo de bebida alcoólica”, que passou da classificação “razoável” no piloto para “quase perfeita” no estudo principal. A comparação entre a análise de confiabilidade do piloto e do estudo principal evidenciou a melhoria dos índices Kappa para a maioria das variáveis selecionadas.

Não obstante, o baixo coeficiente de correlação de Pearson apresentado pela variável “número de dias sem trabalhar por motivo de saúde” pode ser explicado pela influência temporal, pois o período ao qual a questão se referiu foi de 15 dias antecedentes à aplicação do questionário e as reentrevistas aconteciam até sete dias após a primeira entrevista. Assim,



um valor baixo não significa menor confiabilidade da questão, mas que a situação pode ter mudado para os indivíduos no intervalo entre as entrevistas.

Quanto às características dos domicílios e aos serviços prestados, os quilombolas apresentaram maior cobertura de energia elétrica do que a população da zona rural do Brasil (89,7%) e do Nordeste (90,8%), porém menor do que a da população de Vitória da Conquista (99,2%). O abastecimento de água por rede geral nessas comunidades foi muito inferior quando comparado ao da população rural brasileira (27,8%), Nordeste (34,9%) e de Vitória da Conquista (87,3%)<sup>31,32</sup>. As principais formas de obtenção de água pelos quilombolas se davam por meio de tanques, açudes, poços ou cisternas, muitas vezes impróprias para uso. Já em relação ao esgotamento sanitário, o percentual de utilização de fossas rudimentares e de rede geral de esgoto ou fossa séptica pela população quilombola deste estudo foi semelhante ao da população rural do Brasil, do Nordeste e total de Vitória da Conquista<sup>31,32</sup>.

Enquanto 89,1% da população de Vitória da Conquista, 26,9% da população rural do Brasil e 18,7% do Nordeste relataram a coleta de lixo regular como a principal forma de destino do lixo<sup>31,32</sup>, a maioria dos quilombolas queimava ou enterrava o lixo. Falta de infraestrutura de água, saneamento e gestão de resíduos sólidos adequados foi observada em outras pesquisas realizadas em comunidades quilombolas<sup>18,19,20,21,22</sup> e populações indígenas no Brasil<sup>11</sup>, destacando fortemente a vulnerabilidade social que grupos étnico-raciais têm vivenciado no país.

Ao avaliar a frequência de visitas domiciliares pelos ACS, apenas 50,5% das famílias quilombolas de Vitória da Conquista receberam uma visita ao mês, conforme orientação da portaria nº 2.488<sup>33</sup>, o que demonstra que o cumprimento da recomendação ainda está distante de ser alcançado nesta população.

O perfil demográfico encontrado foi semelhante ao da população brasileira e de Vitória da Conquista quanto ao predomínio de mulheres, indivíduos com idade entre 35 a 59 anos e que tinham companheiros (as). Contudo, o percentual de quilombolas que se autodeclarou pretos (39,1%) foi maior do que observado para o Brasil (6,9%), Estado da Bahia (16,8%), Região Metropolitana de Salvador (29,4%) e mais especificamente, do que o município de Vitória da Conquista (10,1%)<sup>31,32</sup>.

A taxa de escolaridade dos quilombolas foi inferior à da população total de Vitória da Conquista (78,8%)<sup>32</sup>, do Nordeste (59%) e da zona rural do Brasil (73,3%)<sup>31</sup>, sendo que a prevalência de indivíduos que nunca estudaram entre quilombolas foi maior do que a observada em populações indígenas (15,2%)<sup>11</sup>. Quanto à renda familiar *per capita*, o

percentual da população quilombola classificado na categoria de rendimentos de até ¼ do salário mínimo (valor vigente na época do estudo igual a R\$ 545,00) foi expressivamente maior que da população brasileira (8,8%), do Nordeste (19,8%) e de Vitória da Conquista (5%)<sup>31,32</sup>. Destacando que as desigualdades vivenciadas pelos quilombolas podem ser observadas em nível regional.

O baixo nível socioeconômico associado ao isolamento geográfico das comunidades quilombolas tem sido apontado pelos estudos como alguns dos empecilhos para a melhoria das condições de vida e assistência à saúde aos indivíduos dessa população<sup>17,19,20,21</sup>.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados deste inquérito demonstram inequívoca necessidade de avaliar as condições e determinantes de saúde de populações vulneráveis no Brasil. A metodologia empregada foi considerada adequada para o alcance dos objetivos propostos, salientamos a bem sucedida adaptação e aplicação do questionário da PNS, o que deverá permitir comparações com conhecido grau de representatividade. O planejamento adequado, baseado na experiência do piloto, a coleta de dados por meio de *pockets*, a sensibilização prévia com ampla colaboração das lideranças locais, bem como o mapeamento, que possibilitou a localização espacial dos domicílios nas comunidades, são aspectos a serem ressaltados como positivos. Igualmente, a análise de confiabilidade demonstrou a adequação das estratégias adotadas para garantia e controle de qualidade no estudo.

Os resultados preliminares apresentados sugerem a necessidade da implantação de ações para melhorar a qualidade de vida e reduzir o grau de vulnerabilidade da população quilombola de Vitória da Conquista. A exploração dos dados em análises específicas, incluindo uso e acesso aos serviços de saúde, morbidades, vulnerabilidade socioeconômica, dentre outros, devem gerar um amplo diagnóstico de saúde dos quilombolas, o que representa uma contribuição acadêmica de grande impacto e importância para esta população.

### **COLABORADORES**

VM Bezerra participou da elaboração do projeto, planejamento e coordenação da coleta dos dados, análises e redação do artigo. DS Medeiros e KO Gomes participaram da elaboração do projeto, planejamento e supervisão de campo, análises e redação do artigo. R Souza, L Giatti e MDC Guimarães participaram da elaboração e orientação do projeto, planejamento da coleta

dos dados e revisão final do artigo. Grupo de pesquisa Projeto COMQUISTA participou da elaboração do projeto, planejamento e supervisão da coleta dos dados.

### **AGRADECIMENTOS**

Aos pesquisadores do Projeto COMQUISTA pela participação no planejamento e execução da pesquisa. À Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, especialmente aos profissionais de saúde responsáveis pelas comunidades quilombolas pesquisadas, pelo apoio oferecido para a realização do trabalho, e aos quilombolas entrevistados, pela receptividade.

### **APOIO FINANCEIRO**

Trabalho financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), através do Edital 05/2009, Doutorado Interinstitucional (DINTER), Ação novas fronteiras e pelo Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia/Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (MS/CNPq/FAPESB/SESAB), através do Edital 20/2010, Pesquisa Para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS-BA).

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Waldman EA, Novaes HMD, Albuquerque MFM, Latorre MRDO, Ribeiro MCSA, Vasconcellos M et al. Inquéritos populacionais: aspectos metodológicos, operacionais e éticos. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(supl 1): 168-179.
2. Laguardia J. O Uso da Variável “Raça” na Pesquisa em Saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2004; 14(2):197-234.
3. Bastos JL, Celeste RK, Faerstein E, Barros AJD. Racial discrimination and health: A systematic review of scales with a focus on their psychometric properties. *Social Science & Medicine* 2010; 70:1091-1099.
4. Souza R, Marinho OFP, Melo KLO. Acesso à saúde, promoção e prevenção ao HIV/AIDS e o recorte racial/étnico: revisão bibliográfica (1995 - 2009). In: Werneck J, Batista LE, Lopes F (orgs.). *Saúde da população negra*. Petrópolis: DP et Alii; Brasília, DF: ABPN 2012. Parte II, p. 266-286.
5. Kabad JF, Bastos JL, Santos RV. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2012; 22 (3):895-918.
6. Coimbra Jr CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Rev C S Col* 2000; 5(1):125-132.

7. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(5):630-636.
8. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(5):1595-1601.
9. Cardoso AM, Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? *Cad Saúde Pública* 2005; 21(5):1602-1608.
10. Volochko A, Vidal NP. Desigualdades raciais na saúde: mortalidade nas regiões de saúde paulistas, 2005. *Boletim do Instituto de Saúde* 2010; 12(2):143-153.
11. Coimbra Jr CE, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, Souza MC, Garnelo L, et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health* 2013; 13(1): 52.
12. Barata RB, Almeida MF, Montero CV, Silva ZP. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(2):305-313.
13. Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz 2009. 120 p.
14. Filho MAS. Vitimização por homicídios segundo características de raça no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(4):745-55.
15. Guiotoku SK, Moysés ST, Moysés SJ, França BHS, Bisinelli JC. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(2): 135-141.
16. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. *Decreto no. 4887, 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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/d4887.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm) (acessado em 29/mai/ 2012).
17. Silva JAN. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. *Saúde e Soc* 2007; São Paulo, 16(2): 111-124.
18. Silva OS. Quilombos do Sul do Brasil: movimento social emergente na sociedade contemporânea. *Rev Identidade* 2010; 15(1):51-64.
19. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Chamada Nutricional Quilombola 2006*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome 2006. 8p.
20. Volochko A, Batista LE. *Saúde nos Quilombos*. Temas em Saúde Coletiva 9. São Paulo: Instituto de Saúde–SESSP 2009. 304 p.

21. Guerrero AFH, Silva DO, Toledo LM, Guerrero JCH, Teixeira P. Mortalidade Infantil em Remanescentes de Quilombos do Município de Santarém - Pará, Brasil. *Saúde e Soc* 2007; 16(2): 103-110.
22. PNS, Pesquisa Nacional de Saúde. *Delineamento da PNS*. [site da Internet] 2012 [Acessado 2012 set 19]; [cerca de 1 p.]. Disponível em: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=delineamento>.
23. Universidade Federal da Bahia (UFBA). *Relatório técnico do Projeto COMQUISTA - Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista: Avaliação de Saúde e seus Condicionantes*. Vitória da Conquista: UFBA, 2011. [site da Internet] 2012 [Acessado 2012 fev 22]; [cerca de 41 p.]. Disponível em: <http://projetocomquista.wordpress.com>.
24. Fundação Palmares. *Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista*, Bahia. [site da Internet] 2010 [Acessado 2010 ago 23]; [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/quilombola/?estado=BA>.
25. Secretaria Municipal de Saúde. *Informações sobre a Gestão do Sistema de Atenção Básica e composição das Equipes de Saúde da Família 2010*. Vitória da Conquista, Bahia. [dados não publicados].
26. Sherman GE, Sutton T, Blazek R, Holl S, Dassau O, Morely B, Mitchell T, Luthman L. Quantum GIS User Guide - Version 1.7 “Wroclaw”. [site da Internet] 2011 [Acessado 2011 jun 12]; [cerca de 207 p.]. Disponível em: [http://download.osgeo.org/qgis/doc/manual/qgis-1.7.0\\_user\\_guide\\_en.pdf](http://download.osgeo.org/qgis/doc/manual/qgis-1.7.0_user_guide_en.pdf).
27. Jelliffe DB. *The assessment of nutritional status of the community*. Geneva: WHO 1966. 201 p.
28. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). VI Diretrizes de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010). *Arq Bras de Card* 2010; 17: 1-69.
29. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 1977, 33: 159-174.
30. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Rev C S Col* 2002; 7(4): 607-621.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011; 276 p.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: Resultados do Universo*. [site da Internet] 2013 [acessado 2013 fev 21]; [cerca de 8 p.] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
33. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. [site da Internet] 2011 [Acessado 2012 jul 29]; [cerca de 37 p.]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html).

## Tabelas e figura

Tabela 1. Síntese geral de recrutamento do estudo. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

Comunidade	<u>Indivíduos elegíveis</u>				<u>Entrevistas realizadas</u>				<u>Perdas*</u>			
	<u>Adultos</u>		<u>Crianças</u>		<u>Adultos</u>		<u>Crianças</u>		<u>Adultos</u>		<u>Crianças</u>	
	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%
Corta-lote	93	9,9	21	15,1	76	9,5	17	13,1	17	18,3	4	19,0
Maria de Clemência	327	34,7	54	38,8	270	33,9	51	39,2	57	17,4	3	5,6
Furadinho	174	18,5	7	5,0	158	19,8	6	4,6	16	9,2	1	14,3
Lagoa de Melquíades	160	17,0	30	21,6	136	17,1	30	23,1	24	15,0	0	0,0
Boqueirão	189	20,0	27	19,4	157	19,7	26	20,0	32	16,9	1	3,7
<b>Total</b>	<b>943</b>	<b>100,0</b>	<b>139</b>	<b>100,0</b>	<b>797</b>	<b>100,0</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>	<b>146</b>	<b>15,5</b>	<b>9</b>	<b>6,5</b>

\*Calculadas em relação ao total de indivíduos elegíveis.

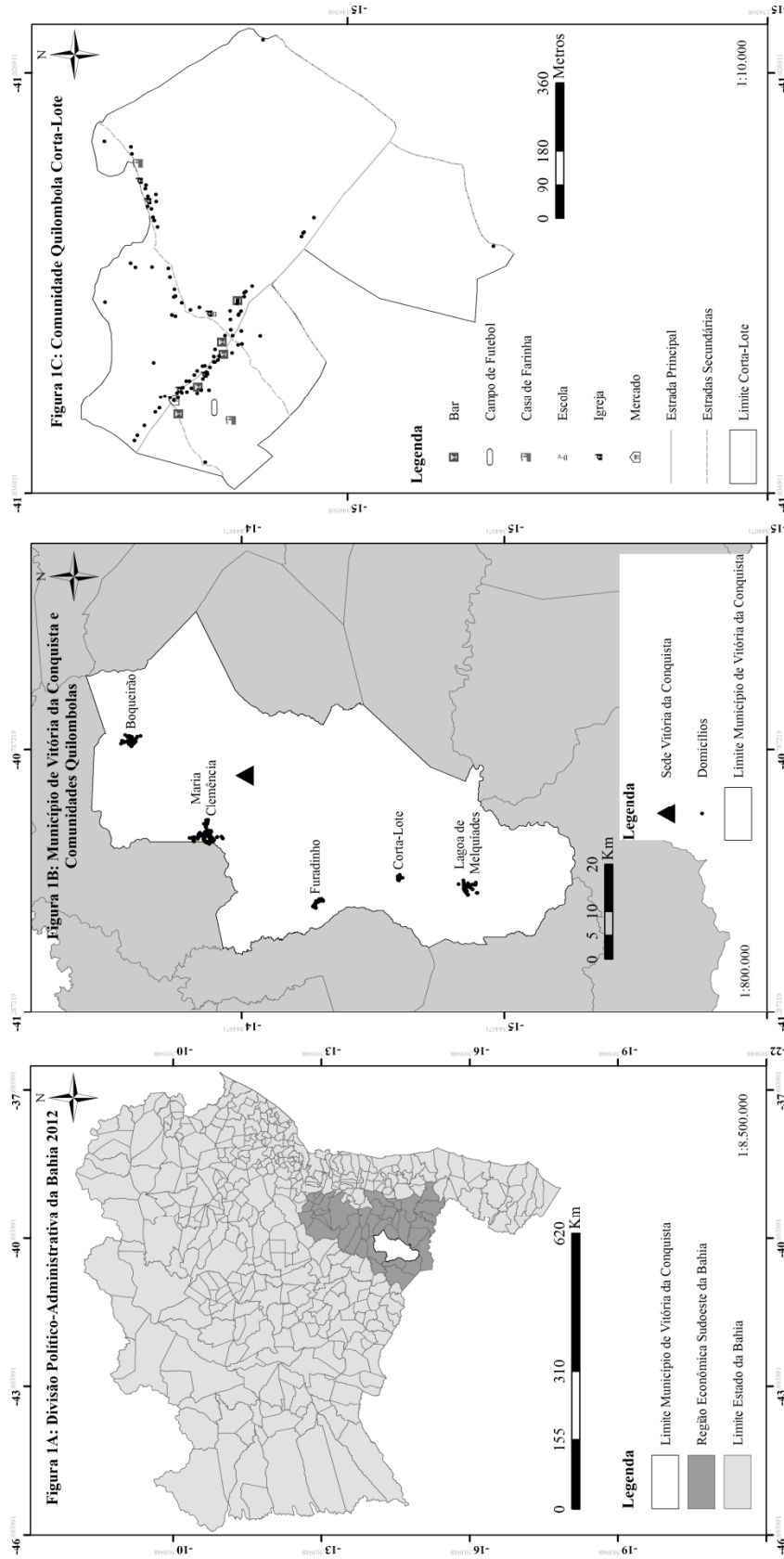
Tabela 2. Comparação entre participantes e não-participantes segundo a comunidade, sexo e idade. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

Variáveis	<u>Participantes</u>		<u>Não Participantes</u>		
	n	%	n	%	
<b>Comunidade</b>					
Corta-lote	76	9,5	17	11,6	
Clemência	270	33,9	57	39,0	
Furadinho	158	19,8	16	11,0	
L. Melquíades	136	17,1	24	16,4	
Boqueirão	157	19,7	32	22,0	
<b>Sexo</b>					
Masculino	364	45,7	89	77,4	
Feminino	433	54,3	26	22,6	*
<b>Idade</b>					
18 a 34 anos	289	36,3	75	65,2	
35 a 59 anos	331	41,5	33	28,7	
60 anos ou mais	177	22,2	7	6,1	*

\*p<0,05 - qui-quadrado de tendência linear.

## Legenda da Figura

Figura 1. Mapas com as comunidades quilombolas selecionadas, Vitória da Conquista/BA. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.



Fontes:  
Comunidades Quilombolas: mapeamento Projeto COMQUISTA;  
Divisão Político-Administrativa da Bahia 2012: DIGEO/SEI - Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia -  
Coordenação de Cartografia e Geoprocessamento - CARTGEO, Coordenação de Recursos Naturais - CRNA, Divisão de Informação Geomambientais.

Tabela 3. Concordância observada (CObs) e índice Kappa de variáveis categóricas presentes no questionário. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

<b>Módulo</b>	<b>Questão</b>	<b>CObs(%)</b>	<b>Kappa</b>
Domiciliar	P4. Este domicílio tem água canalizada para pelo menos um cômodo?	100,0	1,00
	P22D. Há algum local na sua vizinhança para se comprar frutas e legumes?	87,5	0,60
	P24. O seu domicílio está cadastrado (registrado) na unidade de saúde da família?	87,5	0,60
Características sócio-demográficas e apoio social	A1. Sexo	100,0	1,00
	A3. Qual o seu estado conjugal?	90,0	0,84
	A6. Qual é a sua cor (raça)?	90,2	0,86
Autoavaliação do estado de saúde	A7. O(a) sr(a) trabalha ou trabalhava?	78,0	0,72
Estilo de Vida	B1. Em geral, como o(a) sr(a) avalia a sua saúde?	78,0	0,69
	C25. Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?	87,8	0,82
Morbidade	C49. Atualmente, o(a) sr(a) fuma?	100,0	1,00
	D2. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de hipertensão arterial (pressão alta)?	82,9	0,73
Acidentes e Violências	D23. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes?	85,4	0,73
	E4. Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) se envolveu em algum acidente de trânsito no qual tenha sofrido lesões corporais?	100,0	1,00
Saúde da Mulher	E28. Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) foi vítima de alguma forma de violência física/agressão que tenha resultado em lesões corporais?	100,0	1,00
	F2. A sra ainda fica menstruada?	100,0	1,00
	F10. Quando foi a última vez que a sra fez um exame preventivo para câncer de colo do útero?	78,0	0,72
Crianças com menos de 5 anos	F19. Algum médico já lhe solicitou um exame de mamografia?	95,1	0,92
	G7. Foi realizado o teste do pezinho?	100,0	1,00
Saúde dos Idosos	G8. A criança já tomou alguma vacina?	100,0	1,00
	I2. Durante os primeiros 15 anos da sua vida, houve algum tempo em que o(a) sr(a) passou fome porque sua família não podia comprar comida suficiente?	100,0	1,00
Desempenho do Sistema de Saúde	I25. Nos últimos 12 meses, o(a) sr(a) teve alguma queda?	97,6	0,86
	J3. Nos últimos 12 meses, consultou um médico?	85,4	0,77
	J27. O(a) sr(a) conseguiu obter todos os medicamentos prescritos?	87,8	0,66
	J34. Nos últimos 12 meses, precisou ser internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?	88,6	0,73

\*Segundo Landis e Koch, 1977.



Tabela 4. Características da população estudada. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

Variáveis	N	%
<b>Características dos domicílios</b>		
<b>Abastecimento de água</b>		
Rede geral de abastecimento	9	2,3
Poço ou nascente	93	23,7
Cisterna	107	27,2
Tanque/Açude/Aguada	156	39,7
Outra	28	7,1
<b>Esgotamento sanitário</b>		
Rede geral de esgoto ou fossa séptica	38	9,7
Fossa rudimentar	161	41,1
Outras formas	193	49,2
<b>Destino do lixo</b>		
Queimado ou enterrado	367	93,4
Jogado no rio, terreno ou outro	26	6,6
<b>Forma de iluminação</b>		
Elétrica	372	94,6
Outras	21	5,3
<b>Frequência de visitas do ACS*</b>		
Mensal	196	50,5
Bimestral	44	11,3
1 a 4 vezes por ano	48	12,4
Nunca	100	25,8
<b>Renda familiar per capita †</b>		
Até ¼ do salário mínimo	209	58,4
> ¼ salário mínimo	149	41,6
<b>Características dos Adultos</b>		
<b>Sexo</b>		
Masculino	364	45,7
Feminino	433	54,3
<b>Idade</b>		
18 a 34 anos	289	36,3
35 a 59 anos	331	41,5
60 anos ou mais	177	22,2
<b>Estado Conjugal</b>		
Casado ou vive com companheira	489	61,4
Nunca casou/ Solteiro	187	23,5
Viúvo	64	8,0
Separado/ Divorciado	57	7,2
<b>Escolaridade (anos completos de estudo)</b>		
Nunca estudou	274	34,6
1 a 4	299	37,8
5 ou mais	219	27,7

Continuação da Tabela 4. Características da população estudada. Projeto COMQUISTA, Brasil, 2011.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Cor autorreferida</b>		
Parda	352	44,7
Preta	308	39,1
Branca	100	12,7
Amarela	6	0,8
Indígena	21	2,7
<b>Situação de trabalho</b>		
Não trabalha atualmente	408	51,2
Trabalha atualmente	389	48,8

\* ACS: Agente Comunitário de Saúde. † Salário mínimo vigente = R\$ 545,00.

**APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados do Componente Quantitativo  
(Informações do domicílio)**



**INQUÉRITO DOMICILIAR**  
**VERSÃO 1.04**  
**AGOSTO DE 2011**

<b>Data da entrevista</b>	___/___/___	___/___/___
<b>Horário</b>	___:___-___:___	___:___-___:___
<b>Código do entrevistador</b>	_ _ _	_ _ _
<b>Nome do supervisor</b>	_____	_____
<b>Número da comunidade</b>	_ _	_ _
<b>Número do domicílio</b>	_ _ _ _	_ _ _ _
<b>Numero de identificação do domicílio</b>	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _
<b>Tipo da entrevista</b>	<b>1. Primeira Entrevista</b>	<b>2. Reentrevista</b>
<i>[Entrevistador: preencha a próxima informação apenas quando for reentrevista.]</i>		
<b>Tipo da Reentrevista</b>	<b>1. Intra</b>	<b>2. Inter</b>
<b>O(a) entrevistado(a) é informante secundário(a)?</b>	<b>0. Não</b>	<b>1. Sim</b>

**APOIO FINANCEIRO:**

EDITAL 05/2009 - AÇÃO NOVAS FRONTEIRAS: DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL – DINTER / CAPES  
 EDITAL 20/2010 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE - PPSUS - BA MS / CNPq / FAPESB / SESAB

**EXECUÇÃO:**

Instituto Multidisciplinar de Saúde / Campus Anísio Teixeira / Universidade Federal da Bahia  
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública /Universidade Federal de Minas Gerais

## Informações do Domicílio

Agora vou fazer perguntas sobre o seu domicílio.

<b>P1</b>	Qual o número de cômodos no seu domicílio? (São considerados cômodos os quartos e salas do seu domicílio)		
<b>P2</b>	E de banheiros? (Entende-se por banheiro o cômodo que dispõe de chuveiro e aparelho sanitário, vaso sanitário ou buraco para defecções)		
<b>P3</b>	Qual o material que predomina na construção das paredes externas do seu domicílio?	1. Alvenaria/Tijolo	
		2. Madeira aparelhada	
		3. Taipa não revestida ou barro ou adobe	
		4. Madeira aproveitada	
		5. Palha	
		6. Outro	
<b>P4</b>	Este domicílio tem água canalizada para pelo menos um cômodo?	0. Não	1. Sim
<b>P5</b>	Qual é a principal forma de abastecimento de água deste domicílio?	1. Rede geral de distribuição	
		2. Poço ou nascente	
		3. Cisterna	
		4. Tanque/açude/aguada	
		5. Outro	
<b>P6</b>	Qual é a forma de iluminação deste domicílio?	1. Elétrica (de rede, gerador, solar)	
		2. Óleo, querosene ou gás de botijão	
		3. Outra	
<b>P7</b>	Qual o destino do lixo do seu domicílio?	1. É coletado regularmente	
		2. É queimado ou enterrado	
		3. Jogado no rio, terreno, etc.	
		4. Outro	

<b>P8</b>	De que forma é feito o escoadouro dos banheiros ou sanitários? (Entende-se por escoadouro a forma de escoamento da água ou dejetos provenientes dos banheiros ou sanitários)	1. Rede coletora de esgoto ou pluvial	
		2. Fossa séptica ligada à rede coletora de esgoto ou pluvial	
		3. Fossa séptica não ligada à rede coletora de esgoto ou pluvial	
		4. Fossa rudimentar	
		5. Vala	
		6. Direto para rio, lago	
		7. Outra	

Por favor, indique quais destes bens existem no seu domicílio:

<b>P9</b>	Televisão a cores	0. Não	1. Sim	__ __ __
<b>P9_1</b>	Quantas?	__ __ __	__ __ __	__ __ __
<b>P9A</b>	Fogão à gás	0. Não	1. Sim	__ __ __
<b>P9A_1</b>	Quantos?	__ __ __	__ __ __	__ __ __
<b>P10</b>	Geladeira	0. Não	1. Sim	__ __ __
<b>P10_1</b>	Quantas?	__ __ __	__ __ __	__ __ __
<b>P11</b>	Freezer (independente ou segunda porta da geladeira)	0. Não	1. Sim	__ __ __
<b>P11_1</b>	Quantos?	__ __ __	__ __ __	__ __ __
<b>P12</b>	Rádio (sem contar o do carro)	0. Não	1. Sim	__ __ __
<b>P12_1</b>	Quantos?	__ __ __	__ __ __	__ __ __
<b>P13</b>	Vídeo/DVD	0. Não	1. Sim	__ __ __
<b>P13_1</b>	Quantos?	__ __ __	__ __ __	__ __ __
<b>P14</b>	Máquina de lavar roupa (não considerar tanquinho)	0. Não	1. Sim	__ __ __
<b>P14_1</b>	Quantas?	__ __ __	__ __ __	__ __ __
<b>P15</b>	Linha de Telefone fixo	0. Não	1. Sim	__ __ __
<b>P15_1</b>	Quantas?	__ __ __	__ __ __	__ __ __

<b>P16</b>	Linha de Telefone celular	0. Não	1. Sim	__ __
<b>P16_1</b>	Quantas?		__ __	__ __
<b>P17</b>	Computador	0. Não	1. Sim	__ __
<b>P17_1</b>	Quantos?		__ __	__ __
<b>P18</b>	Forno micro-ondas	0. Não	1. Sim	__ __
<b>P18_1</b>	Quantos?		__ __	__ __
<b>P19</b>	Carro	0. Não	1. Sim	__ __
<b>P19_1</b>	Quantos?		__ __	__ __
<b>P20</b>	Motocicleta?	0. Não	1. Sim	__ __
<b>P20_1</b>	Quantas?		__ __	__ __
<b>P21</b>	Em sua casa trabalha algum(a) empregado(a) doméstico(a) mensalista?	0. Não	1. Sim	__ __
<b>P21_1</b>	Quantos?		__ __	__ __

### Características Contextuais (Vizinhança)

Agora vou perguntar sobre como é a sua vizinhança. Entendemos como vizinhança uma área próxima à sua casa onde o(a) sr(a) faz tarefas rotineiras, tais como fazer compras, levar as crianças para passear ou visitar vizinhos.

<b>P22</b>	Em relação às condições de moradia:			
	a. Há muito lixo ou entulho nas ruas da sua vizinhança?	0. Não	1. Sim	__ __
	b. Há muito barulho na sua vizinhança?	0. Não	1. Sim	__ __
	c. Há alguma área de lazer para praticar esportes ou fazer caminhada na sua vizinhança?	0. Não	1. Sim	__ __
	d. Há algum local na sua vizinhança para se comprar frutas e legumes?	0. Não	1. Sim	__ __
	e. O(a) sr(a) se sente seguro(a) caminhando na sua vizinhança, de dia e de noite?	0. Não	1. Sim	__ __

Em relação à violência, durante os últimos seis meses, com que frequência aconteceu:					
<b>P23</b>	a. Uma briga na sua vizinhança na qual uma arma (faca, espingarda ou revólver) tenha sido usada?	1. Frequentemente	2. Às vezes	3. Raramente	4. Nunca
	b. Uma briga entre gangues (bandos de arruaceiros, bandidos) na sua vizinhança?	1. Frequentemente	2. Às vezes	3. Raramente	4. Nunca
	c. Uma agressão sexual ou estupro na sua vizinhança?	1. Frequentemente	2. Às vezes	3. Raramente	4. Nunca
	d. Um roubo ou furto na sua vizinhança?	1. Frequentemente	2. Às vezes	3. Raramente	4. Nunca

### Programa de Saúde da Família

Agora vou fazer perguntas sobre a cobertura e atuação do programa de saúde da família.

<b>P24</b>	O seu domicílio está cadastrado (registrado) na unidade de saúde da família?	0. Não	1. Sim	777. Não sabe	Se 0 ou 777: Ir para P27	<input type="checkbox"/>		
<b>P25</b>	Com que frequência o seu domicílio recebe uma visita de algum agente comunitário ou profissional de saúde?	1. Mensalmente				Se 5 ou 6: Ir P27	<input type="checkbox"/>	
		2. A cada dois meses						
		3. Duas a quatro vezes por ano						
		4. Uma vez por ano						
		5. O domicílio foi cadastrado há menos de 2 meses						
		6. Nunca recebeu						
<b>P26</b>	Nos últimos 12 meses, nas visitas domiciliares, os profissionais da Equipe de Saúde da Família:	a. Fizeram perguntas sobre problemas de saúde dos moradores?				0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
		b. Deram orientações para os adultos sobre comportamentos saudáveis (como não fumar, controlar o peso, comer frutas e vegetais, não beber excessivamente)?				0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
		c. Deram orientações sobre como cuidar dos dentes e gengivas?				0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
		d. Deram orientações sobre cuidados de saúde infantil (como soro caseiro em caso de desidratação infantil, aleitamento materno, suplementação alimentar, etc.)?				0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
		e. Fizeram acompanhamento do desenvolvimento das crianças do domicílio (medidas de peso e altura)?				0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
		f. Verificaram o cartão de vacinação das crianças do domicílio?				0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>





**APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados do Componente Quantitativo (Características Sócio-Demográficas e Apoio Social)**



**INQUÉRITO INDIVIDUAL  
VERSÃO 1.05  
AGOSTO DE 2011**



<b>Data da entrevista</b>	___/___/___	___/___/___
<b>Horário</b>	___:___	___:___
<b>Código do entrevistador</b>	___ ___	___ ___
<b>Nome do supervisor</b>	_____	_____
<b>Número da comunidade</b>	___	___
<b>Número do domicílio</b>	___ ___	___ ___
<b>Número do indivíduo</b>	___	___
<b>Número de identificação do indivíduo</b>	___ ___ ___ ___	___ ___ ___ ___
<b>Tipo da entrevista</b>	<b>1. Primeira Entrevista</b>	<b>2. Reentrevista</b>
<i>[Entrevistador: preencha a próxima informação apenas quando for reentrevista.]</i>		
<b>Tipo da Reentrevista</b>	<b>1. Intra</b>	<b>2. Inter</b>
<b>O(a) entrevistado(a) é informante secundário(a)?</b>	<b>0. Não</b>	<b>1. Sim</b>

**APOIO FINANCEIRO:**

EDITAL 05/2009 - AÇÃO NOVAS FRONTEIRAS: DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL – DINTER / CAPES

EDITAL 20/2010 - PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE - PPSUS - BA MS / CNPq / FAPESB / SESAB

**EXECUÇÃO:**

Instituto Multidisciplinar de Saúde / Campus Anísio Teixeira / Universidade Federal da Bahia  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública / Universidade Federal de Minas Gerais

**PROJETO COMQUISTA - Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia: Avaliação de saúde e seus condicionantes.  
INQUÉRITO INDIVIDUAL (Adaptado de PNS: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/>) VERSÃO 1.05 AGOSTO DE 2011**

**A. Características Sócio-Demográficas e Apoio Social**

Nesta parte vamos com versar sobre características pessoais como idade, escolaridade, situação de trabalho, renda e sobre sua relação com família e amigos.

<b>A1</b>	Sexo	1. Masculino	2. Feminino	__   __
<b>A2</b>	Qual a sua idade?	__   __   __   __  anos		__   __   __   __
<b>A3</b>	Qual o seu estado conjugal?	1. Nunca foi casado(a)		__
		2. Casado(a) ou vive com companheiro(a)		
		3. Separado(a) ou divorciado(a)		
		4. Viúvo(a)		
<b>A4</b>	Quantos anos completos de estudo ( <i>com aprovação</i> ) o(a) sr(a) tem?	__   __   __  anos		__   __   __
<b>A5</b>	Qual o seu grau de instrução?	1. Nunca estudou/estudou menos de um ano		__
		2. Elementar Incompleto		
		3. Elementar Completo e Fundamental Incompleto		
		4. Fundamental Completo e Ensino Médio Incompleto		
		5. Ensino Médio Completo e Superior Incompleto		
		6. Superior Completo ou mais		
<b>A6</b>	Qual é a sua cor (raça)?	1. Branca		__
		2. Preta		
		3. Amarela		
		4. Parda		
		5. Indígena		
<b>A6A</b>	O(a) sr(a) é quilombola?		1. Sim	
<b>A7</b>	O(a) sr(a) trabalha ou trabalhava?	1. Trabalha atualmente		__
		2. Trabalha, mas não atualmente		
		3. Já trabalhou, mas não trabalha mais		
		4. Nunca trabalhou		
		Se 1: Ir para A10 Se 4: Ir para A17		

A8	Qual a principal razão do(a) sr(a) não estar em atividade atualmente?	1. Dona de casa/cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos	__  __
		2. Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho	__  __
		3. Estudos/treinamento	__  __
		4. Aposentado por tempo de trabalho/idade	__  __
		5. Aposentado por doença/invalidez	__  __
		6. Afastado por doença	__  __
		7. Afastado por outro motivo (gestação, mudança, licença, etc.)	__  __
		8. Outra	__  __
A9	Há quanto tempo o(a) sr(a) não está trabalhando ou não está em atividade?	__  __   dias  __  __   meses  __  __   anos	__  __
A10	Com que idade o(a) sr(a) começou a trabalhar?	__  __  __   anos	__  __
<i>[Entrevistador: As perguntas A11 a A17 são dirigidas às pessoas que trabalham atualmente e para as que já trabalharam e não trabalham mais. Neste caso, faça as perguntas no passado e refira-se à última ocupação. No caso de mais de um emprego, escolha a principal ocupação.]</i>			
A11	Qual é ou era a sua situação de trabalho?	1. Servidor público	__  __
		2. Empregado assalariado com carteira de trabalho assinada	__  __
		3. Empregado assalariado sem carteira de trabalho assinada	__  __
		4. Empregado familiar não remunerado	__  __
		5. Conta própria ou autônomo com estabelecimento	__  __
		6. Conta própria ou autônomo sem estabelecimento	__  __
		7. Empregador com até 5 funcionários fixos	__  __
		8. Empregador com 5 ou mais funcionários fixos	__  __
A11A	O Sr(a) contribui com a previdência social?	1. Sim	__  __
A11B	Onde o Sr(a) trabalha?	1. Zona rural	__  __
		2. Zona urbana	__  __
		3. Nos dois locais	__  __
		4. Não quis responder	__  __

<b>A12</b>	Qual é ou era sua principal ocupação no trabalho? _____ (Anotar a ocupação)	_____
<i>[Entrevistador: com a ajuda do entrevistado, classifique a ocupação no grupo ocupacional mais adequado marcando a opção escolhida com "X"]</i>		
Classificação (grupo ocupacional)		
1. Altos funcionários do governo, dirigentes, gerentes ou altos funcionários de empresa		
2. Profissionais de nível superior		
3. Profissionais das artes		
4. Profissionais ou técnicos de nível médio		
5. Trabalhadores de serviços administrativos		
6. Trabalhadores da prestação de serviços e comerciantes		
7. Trabalhadores de serviços domésticos		
8. Trabalhadores agropecuários, florestais de caça e pesca		
9. Trabalhadores manuais (produção de bens e serviços industriais)		
10. Trabalhadores manuais da construção civil		
11. Trabalhadores manuais de reparação e manutenção		
12. Membros das forças armadas, policiais e bombeiros militares		
13. Ocupações mal especificadas do trabalho informal		
<b>A13</b>	Em geral, quantas horas no total o(a) sr(a) trabalha ou trabalhava por semana? (inclua horas-extras e qualquer atividade remunerada em emprego ou por conta própria)	_____ horas por semana
<b>A14_1</b>	Em geral, quanto tempo o(a) sr(a) gasta ou gastava no deslocamento para ir ao trabalho?	_____ horas _____ minutos Codificar em minutos
<b>A14_2</b>	Em geral, quanto tempo o(a) sr(a) gasta ou gastava no deslocamento para voltar do trabalho?	_____ horas _____ minutos Codificar em minutos
<b>A15</b>	O(a) sr(a) trabalha ou trabalhava em algum plantão noturno ou de 24 horas?	0. Não 1. Sim
<b>A16</b>	Com que frequência o(a) sr(a) trabalha ou trabalhava em algum plantão noturno ou de 24 horas?	Se 0: Ir para A17
1. Menos que 1 vez por mês		_____
2. 1 a 3 vezes por mês		_____
3. 1 vez por semana		_____
4. 2 a 3 vezes por semana		_____
5. 4 ou mais vezes por semana		_____

A17	O(a) sr(a) pode me dizer seu rendimento mensal por fonte de rendimento? (Considere qualquer tipo de rendimento, seja trabalho, venda de produtos ou recebimento de qualquer benefício, pensão, doação, etc.)	0. Não tem rendimento	1. Sim	2. Não quis responder	Se 0 ou 2 ir para A18
		0. Não	1. Sim		

[Entrevistador: para cada fonte de rendimento, preencha com o valor em reais (R\$) do rendimento mensal informado]

**Se o entrevistado respondeu 2 ou 3 na questão A7, ou seja, que não trabalha atualmente ou que já trabalhou, mas não trabalha mais, ir para a questão A17B.**

**Se o entrevistado respondeu 4 na questão A7, ou seja, que nunca trabalhou, ir para a questão A17C.**

A17A	Trabalho	0. Não	1. Sim	Se 0 ir para A17B	_____
A17A1	Valor do trabalho R\$	_____	_____	_____	_____
A17B	Seguro Desemprego	0. Não	1. Sim	Se 0 ir para A17C	_____
A17B1	Valor do Seguro Desemprego R\$	_____	_____	_____	_____
A17C	Aposentadoria	0. Não	1. Sim	Se 0 ir para A17D	_____
A17C1	Valor da Aposentadoria R\$	_____	_____	_____	_____
A17D	Pensão	0. Não	1. Sim	Se 0 ir para A17E	_____
A17D1	Valor da Pensão R\$	_____	_____	_____	_____
A17E	Renda Mensal Vitalícia	0. Não	1. Sim	Se 0 ir para A17F	_____
A17E1	Valor da Renda Mensal Vitalícia R\$	_____	_____	_____	_____
A17F	Venda de produtos	0. Não	1. Sim	Se 0 ir para A17G	_____
A17F1	Valor da Venda de produtos R\$	_____	_____	_____	_____
A17G	Aluguel	0. Não	1. Sim	Se 0 ir para A17H	_____
A17G1	Valor do Aluguel R\$	_____	_____	_____	_____
A17H	Doação de não-morador do domicílio	0. Não	1. Sim	Se 0 ir para A17I	_____
A17H1	Valor da Doação de não-morador do domicílio R\$	_____	_____	_____	_____
A17I	Doação de igrejas/ONG/instituições filantrópicas	0. Não	1. Sim	Se 0 ir para A17J	_____
A17I1	Valor da Doação de igrejas/ONG/instituições filantrópicas R\$	_____	_____	_____	_____

<b>A17J</b>	Rendimentos de aplicações ou cadernetas de poupança	0. Não	1. Sim	<b>Se 0 ir para A17K</b>	_____
<b>A17J1</b>	Valor dos Rendimentos de aplicações ou cadernetas de poupança R\$	_____			
<b>A17K</b>	Bolsa Família	0. Não	1. Sim	<b>Se 0 ir para A17L</b>	_____
<b>A17K1</b>	Valor do Bolsa Família R\$	_____			
<b>A17L</b>	Benefício de Prestação Continuada (BPC)	0. Não	1. Sim	<b>Se 0 ir para A17M</b>	_____
<b>A17L1</b>	Valor do Benefício de Prestação Continuada (BPC) R\$	_____			
<b>A17M</b>	Cartão alimentação	0. Não	1. Sim	<b>Se 0 ir para A17N</b>	_____
<b>A17M1</b>	Valor do Cartão alimentação R\$	_____			
<b>A17N</b>	Outra fonte	0. Não	1. Sim	<b>Se 0 ir para A18</b>	_____
<b>A17N1</b>	Valor da Outra fonte R\$	_____			
Agora vou perguntar sobre sua vida com a família e com os amigos e sobre algumas atividades em grupo.					
<b>A18</b>	Com quantos familiares ou parentes o(a) sr(a) se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?	_____ parentes			
<b>A19</b>	Com quantos amigos o(a) sr(a) se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? ( <i>sem considerar os familiares ou parentes</i> )	_____ amigos			
<b>A20</b>	Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) participou de atividades esportivas em grupo (futebol/baba, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)?	1. Mais de uma vez por semana			
		2. Uma vez por semana			
		3. Uma vez por mês			
		4. De 2 a 3 vezes por mês			
		5. Algumas vezes no ano			
		6. Uma vez no ano			
		7. Nenhuma vez			
<b>A21</b>	Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos, centros acadêmicos ou similares?	1. Mais de uma vez por semana			
		2. Uma vez por semana			
		3. Uma vez por mês			
		4. De 2 a 3 vezes por mês			
		5. Algumas vezes no ano			
		6. Uma vez no ano			
		7. Nenhuma vez			



<b>A22</b>	Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não-governamentais (ONGs), de caridade, ou outras?	1. Mais de uma vez por semana 2. Uma vez por semana 3. Uma vez por mês 4. De 2 a 3 vezes por mês 5. Algumas vezes no ano 6. Uma vez no ano 7. Nenhuma vez		_____
<b>A23</b>	Nos últimos 12 meses, com que frequência o(a) sr(a) compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião? (sem contar com situações como casamento, batizado ou enterro)	1. Mais de uma vez por semana 2. Uma vez por semana 3. Uma vez por mês 4. De 2 a 3 vezes por mês 5. Algumas vezes no ano 6. Uma vez no ano 7. Nenhuma vez		_____
<b>A24</b>	Qual é a sua religião ou culto?	1. Não tenho religião 2. Católica 3. Evangélica 4. Espírita 5. Umbanda e Candomblé 6. Judaica 7. Religiões orientais 8. Testemunha de Jeová 9. Outro		_____
<b>Horário de Término</b>				_____

**APENDICE D. Instrumento de Coleta de Dados do Componente Quantitativo (Autoavaliação do Estado de Saúde)**

**B. Autoavaliação do Estado de Saúde**

Horário de Início: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Agora vamos conversar sobre sua saúde em geral, tanto física como mental.

<b>B1</b>	Em geral, como o(a) sr(a) avalia a sua saúde?	1. Muito boa 2. Boa 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim		
<b>B2</b>	Nos últimos 15 dias, por quantos dias o(a) sr(a) deixou de ir ao trabalho ou de realizar as atividades habituais por motivo de saúde?	_____ dias		
Agora vou perguntar sobre diferentes funções do seu corpo. Quando eu perguntar sobre dificuldades, gostaria que o(a) sr(a) considerasse que grau de dificuldade tem tido para realizar suas atividades habituais. Por dificuldades, eu quero dizer precisar fazer mais esforço, ter mal-estar ou dor, lentidão ou mudar a maneira como o sr(a) realiza as atividades, habitualmente.				
<b>B3</b>	O(a) sr(a) usa algum equipamento ou aparelho para lhe ajudar a andar de um local para o outro?	0. Não	1. Sim	Se 0: Ir para B5
Qual ou quais destes equipamentos o(a) sr(a) faz uso?				
<b>B4</b>	a. Bengala	0. Não	1. Sim	
	b. Muleta	0. Não	1. Sim	
	c. Cadeira de Rodas	0. Não	1. Sim	
	d. Andador	0. Não	1. Sim	
	e. Calçado ortopédico	0. Não	1. Sim	
	f. Outro	0. Não	1. Sim	
<b>B5</b>	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para andar mais do que um quilômetro?	1. Nenhum		Se 1 ou 2: Ir para B7
		2. Leve		
		3. Médio		
		4. Intenso		
		5. Não consegue		
<b>B6</b>	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para andar cerca de 100 metros?	1. Nenhum		
		2. Leve		
		3. Médio		
		4. Intenso		
		5. Não consegue		

<b>B7</b>	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para subir uma ladeira ou um lance de escadas?	1. Nenhum		_
		2. Leve		
		3. Médio		
		4. Intenso		
		5. Não consegue		
<b>B8</b>	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para se cuidar, como se lavar, tomar banho ou se vestir?	1. Nenhum		_
		2. Leve		
		3. Médio		
		4. Intenso		
		5. Não consegue		
<b>B9</b>	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para se abaixar ou se curvar?	1. Nenhum		_
		2. Leve		
		3. Médio		
		4. Intenso		
		5. Não consegue		
<b>B10</b>	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para levantar objetos pesados?	1. Nenhum		_
		2. Leve		
		3. Médio		
		4. Intenso		
		5. Não consegue		
<b>B11</b>	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para empurrar uma mesa ou algum móvel pesado?	1. Nenhum		_
		2. Leve		
		3. Médio		
		4. Intenso		
		5. Não consegue		
<b>B12</b>	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para aprender uma nova tarefa? <i>(como aprender como chegar a um lugar desconhecido, aprender um novo jogo, aprender uma nova receita)</i>	1. Nenhum		_
		2. Leve		
		3. Médio		
		4. Intenso		
		5. Não consegue		

B13	O(a) sr(a) usa óculos ou lente de contato?	0. Não	1. Sim	
<i>Ao responder as duas próximas perguntas, leve em conta os óculos ou lente de contato, se usar.</i>				
<b>B14</b>	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para ver de longe? (reconhecer uma pessoa conhecida do outro lado da rua a uma distância de mais ou menos 20 metros)	1. Nenhum 2. Leve 3. Médio 4. Intenso 5. Não consegue		__
<b>B15</b>	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para ver de perto? (reconhecer um objeto que esteja ao alcance das mãos ou ao ler)	1. Nenhum 2. Leve 3. Médio 4. Intenso 5. Não consegue		__
<b>B16</b>	O(a) sr(a) usa aparelho auditivo?	0. Não	1. Sim	__
<i>Ao responder a próxima pergunta, leve em conta o aparelho auditivo, se usar.</i>				
<b>B17</b>	Em geral, que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para ouvir?	1. Nenhum 2. Leve 3. Médio 4. Intenso 5. Não consegue		__
<b>B18</b>	Em geral, em que grau o(a) sr(a) sente dores no corpo? [Sem incluir dor de cabeça].	1. Nenhum 2. Leve 3. Médio 4. Intenso 5. Muito intenso		__
<b>B19</b>	Em geral, em que grau o(a) sr(a) sente dor de cabeça ou enxaqueca?	1. Nenhum 2. Leve 3. Médio 4. Intenso 5. Muito intenso		__

Agora vamos falar sobre problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 15 dias.						
<b>B20</b>	Nos últimos 15 dias, com qual frequência o(a) sr(a) teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir mais do que de costume?	0. Nunca	1. De vez em quando	2. Boa parte do tempo	3. A maior parte do tempo	____
<b>B21</b>	Nos últimos 15 dias, com qual frequência o(a) sr(a) teve problemas por não se sentir descansado(a) e disposto(a) durante o dia, sentindo-se cansado(a), sem ter energia?	0. Nunca	1. De vez em quando	2. Boa parte do tempo	3. A maior parte do tempo	____
<b>B22</b>	Nos últimos 15 dias, com qual frequência o(a) sr(a) se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou não sentir prazer em fazer as coisas?	0. Nunca	1. De vez em quando	2. Boa parte do tempo	3. A maior parte do tempo	____
<b>B23</b>	Nos últimos 15 dias, com qual frequência o(a) sr(a) teve problemas para se concentrar nas suas atividades habituais?	0. Nunca	1. De vez em quando	2. Boa parte do tempo	3. A maior parte do tempo	____
<b>B24</b>	Nos últimos 15 dias, com qual frequência o(a) sr(a) teve problemas na alimentação, como ter falta de apetite ou comer muito mais do que de costume?	0. Nunca	1. De vez em quando	2. Boa parte do tempo	3. A maior parte do tempo	____
<b>B25</b>	Nos últimos 15 dias, com qual frequência o(a) sr(a) teve lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem, ou ao contrário, ficou muito agitado(a) ou inquieto(a), andando de um lado para o outro muito mais do que de costume?	0. Nunca	1. De vez em quando	2. Boa parte do tempo	3. A maior parte do tempo	____
<b>B26</b>	Nos últimos 15 dias, com qual frequência o(a) sr(a) se sentiu deprimido(a), “pra baixo” ou sem perspectiva?	0. Nunca	1. De vez em quando	2. Boa parte do tempo	3. A maior parte do tempo	____
<b>B27</b>	Nos últimos 15 dias, com qual frequência o(a) sr(a) se sentiu mal com você mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família?	0. Nunca	1. De vez em quando	2. Boa parte do tempo	3. A maior parte do tempo	____
<b>B28</b>	Nos últimos 15 dias, com qual frequência o(a) sr(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou achou que seria melhor estar morto?	0. Nunca	1. De vez em quando	2. Boa parte do tempo	3. A maior parte do tempo	____
<b>Horário de Término</b>						
			_____ : _____		_____ : _____	

**APENDICE E. Instrumento de Coleta de Dados do Componente Quantitativo (Desempenho do Sistema de Saúde)**

**J. Desempenho do Sistema de Saúde****Horário de Início** \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Agora vou fazer perguntas sobre o uso dos serviços de saúde, dificuldades para conseguir o atendimento e sua avaliação sobre o atendimento recebido no serviço de saúde.

<b>J1</b>	O(a) sr(a) costuma procurar o mesmo lugar, serviço de saúde ou médico quando precisa de assistência de saúde?	0. Não 1. Sim	Se 0: Ir para J3
<b>J2</b>	Onde costuma procurar o atendimento?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública) 2. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas) 3. Pronto-socorro ou emergência de hospital público 4. Ambulatório de hospital público 5. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato 6. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado 7. Farmácia 8. Outro	
<b>J3</b>	Nos últimos 12 meses, consultou um médico?	0. Não 1. Sim	Se 0: Ir para J5
<b>J4</b>	Quantas vezes?	_____ vezes	
<b>J5</b>	Quando foi a última vez que o(a) sr(a) procurou algum serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à sua saúde? ( <i>Pode ser para consulta médica, odontológica ou com outro profissional de saúde ou qualquer atendimento ambulatorial, sem considerar internação hospitalar por 24 horas ou mais</i> ).	1. Há menos de 15 dias 2. Entre 15 dias e menos de um mês 3. Entre um mês e menos de 1 ano atrás 4. Há mais de um ano atrás 5. Nunca procurou	Se 4 ou 5: Ir para J30
<b>J6</b>	Qual destes motivos explica melhor por que procurou atendimento relacionado à sua saúde na última vez?	1. Doença ou problema de saúde 2. Acidente ou lesão 3. Consulta odontológica 4. Continuação de tratamento, terapia ou reabilitação 5. Pré-natal 6. Exames médicos periódicos 7. Exames laboratoriais ou exames complementares de diagnóstico 8. Vacinação 9. Outros atendimentos preventivos 10. Solicitação de atestado de saúde 11. Outro	





<b>J13</b>	Onde conseguiu atendimento?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública) 2. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas) 3. Pronto-socorro ou emergência de hospital público 4. Ambulatório de hospital público 5. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato 6. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado 7. Outro		
<b>J14</b>	O atendimento foi feito pelo SUS?	0. Não 1. Sim		
<b>J15</b>	O(a) sr(a) pagou pelo atendimento?	0. Não 1. Sim	<b>Se 0: Ir para J15B</b>	
<b>J15A</b>	Se sim, como foi feito o pagamento?	1. Pagou diretamente sem reembolso 2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde 3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde	<b>Ir para J16</b>	
<b>J15B</b>	Se não, por qual motivo?	1. Porque foi feito pelo SUS 2. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço 3. Porque foi pago por entidade filantrópica, igreja ou ONG		
<b>J16</b>	Onde era localizado o serviço de saúde?	1. No mesmo município que o(a) sr(a) mora 2. Em outro município		
<b>J17</b>	Quanto tempo levou para chegar lá?	_____ _____  horas ____ ____  minutos		_____ _____ _____ _____  Codificar em minutos
<b>J18</b>	Como chegou ao estabelecimento de saúde?	1. Transporte coletivo 2. Carro ou motocicleta 3. Ambulância 4. A pé 5. Bicicleta 6. Outro 7. Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta 8. Agendou a consulta previamente 9. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por equipe de saúde da família 10. Foi encaminhado(a) por outro serviço ou profissional de saúde 11. Outro		
<b>J19</b>	Qual foi o procedimento para conseguir o atendimento?	1. Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta 2. Agendou a consulta previamente 3. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por equipe de saúde da família 4. Foi encaminhado(a) por outro serviço ou profissional de saúde 5. Outro		
<b>J20</b>	O(a) sr(a) precisou pegar senha?	0. Não 1. Sim		

<b>J21</b>	Qual o tempo total que o(a) sr(a) ficou em fila de espera desde a hora que chegou no serviço de saúde até conseguir o atendimento?	_____ horas _____ minutos	_____ Codificar em minutos
<b>J22</b>	Qual foi o principal atendimento de saúde que o(a) sr(a) recebeu?	1. Consulta com profissional de saúde 2. Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, hemoterapia 3. Vacinação 4. Outros atendimentos preventivos 5. Injeção, curativo ou medição de pressão arterial 6. Exames médicos complementares 7. Gesso ou imobilização 8. Pequena cirurgia 9. Outro atendimento ambulatorial	_____
<b>J23</b>	Qual o profissional de saúde que lhe prestou assistência?	1. Médico 2. Dentista 3. Enfermeiro 4. Fisioterapeuta 5. Psicólogo 6. Assistente social 7. Nutricionista 8. Agente comunitário de saúde 9. Parteira 10. Outro	_____
<b>J24</b>	No último atendimento, o(a) sr(a) acha que foi discriminado(a) ou tratado(a) pior do que as outras pessoas no serviço de saúde ou por algum profissional de saúde por um desses motivos? a. Falta de dinheiro b. Classe social c. Raça/cor d. Tipo de ocupação e. Tipo de doença f. Preferência sexual g. Outro	0. Não 1. Sim	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

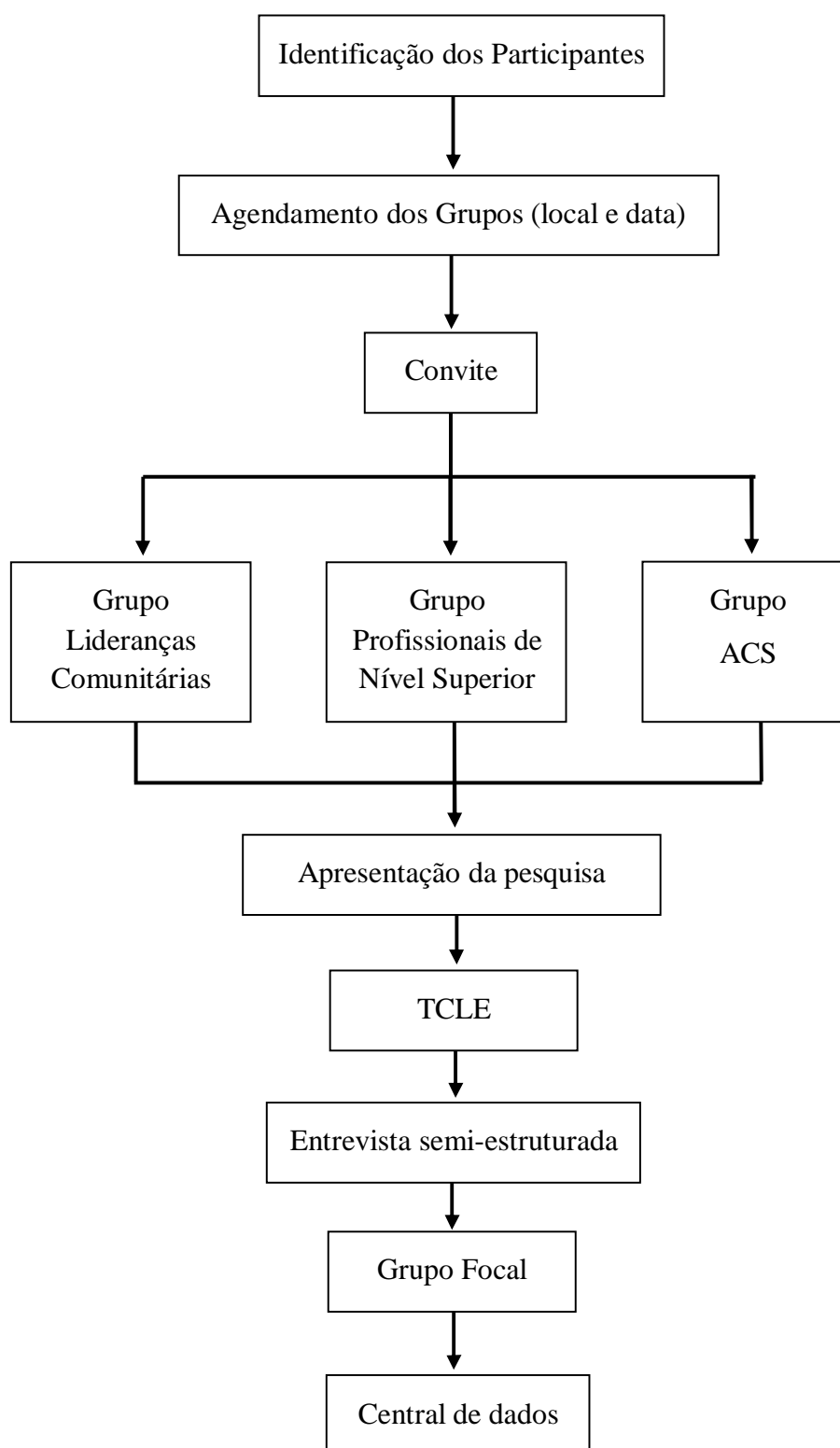
<b>J25</b>	Na última vez que recebeu assistência de saúde, como o(a) sr(a) avalia o atendimento recebido?	1. Muito bom				
		2. Bom				
		3. Regular				
		4. Ruim				
		5. Muito ruim				
<b>J26</b>	No último atendimento, foi prescrito algum medicamento?	1. Sim	<b>Se 0: Ir para J30</b>			
<b>J27</b>	O(a) sr(a) conseguiu obter todos os medicamentos prescritos?	1. Sim	<b>Se 1: Ir para J29</b>			
<b>J28</b>	Qual o principal motivo do(a) sr(a) não ter conseguido obter todos os medicamentos prescritos?	1. Não tinha dinheiro				
		2. Não achou necessário				
		3. Desistiu de procurar, pois melhorou				
		4. Não conseguiu encontrar todos os medicamentos na farmácia do serviço público de saúde				
		5. Não conseguiu o(s) medicamento(s) no programa da farmácia popular				
		6. Outro				
<b>[Entrevistador: se algum dos itens da próxima questão for igual a 1, não pergunte os próximos itens e vá para a questão J30.]</b>						
<b>J29</b>	Como obteve os medicamentos prescritos?	a. Obteve gratuitamente em serviços públicos de saúde	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum	
		b. Comprou no programa da farmácia popular	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum	
		c. Comprou em farmácia	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum	
		d. Tinha em casa	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum	
		e. Conseguiu com amigos, vizinhos, parentes	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum	
		f. Conseguiu em entidades filantrópicas, igreja, ONG	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum	
		g. O médico deu	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum	
		O(a) sr(a) buscou medicamentos, mesmo sem receita, para algum problema de saúde?	0. Não	1. Sim	<b>Se 0: Ir para J34</b>	
		Conseguiu todos os medicamentos?	0. Não	1. Sim	<b>Se 1: Ir para J33</b>	

<b>J32</b>	1. Não tinha dinheiro					
	2. Não tinha receita					
	3. Desistiu de procurar, pois melhorou					
	4. Não sabia o que tomar					
	5. Não conseguiu obter indicação de medicamento na farmácia para o seu problema de saúde					
	6. Não conseguiu encontrar todos os medicamentos na farmácia					
	7. Não conseguiu o(s) medicamento(s) no programa de farmácia popular					
	8. Outro					
<b>[Entrevistador: se algum dos itens da próxima questão for igual a 1, não pergunte os próximos itens e vá para a questão J34.]</b>						
Como obteve os medicamentos?						
<b>J33</b>	a. Obteve gratuitamente em serviços públicos de saúde	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum		
	b. Comprou no programa da farmácia popular	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum		
	c. Comprou em farmácia	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum		
	d. Tinha em casa	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum		
	e. Conseguiu com amigos, vizinhos, parentes	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum		
	f. Conseguiu em entidades filantrópicas, igreja, ONG	1. Todos	2. Alguns	3. Nenhum		
<b>J34</b>	Nos últimos 12 meses, precisou ser internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?	0. Não	1. Sim			Se 0: Ir para J47
<b>J35</b>	Nos últimos 12 meses, quantas vezes esteve internado(a)?	_____ vezes				
<b>J36</b>	Na última vez que o(a) sr(a) esteve internado, a internação foi de emergência?	0. Não	1. Sim			
<b>J37</b>	Na última vez que o(a) sr(a) esteve internado(a), qual foi o principal motivo da internação?	1. Tratamento clínico				
		2. Parto normal (vaginal)				
		3. Parto cesáreo				
		4. Cirurgia				
		5. Tratamento psiquiátrico				
		6. Exames				
		7. Outro				
<b>J38</b>	Quanto tempo ficou internado(a) na última vez?	_____ meses _____ dias				_____ Codificar em dias
<b>J39</b>	A internação foi feita pelo SUS?	0. Não	1. Sim			
<b>J40</b>	O(a) sr(a) pagou pela internação?	0. Não	1. Sim			Se 0: Ir para J40B

<b>J40A</b>	Se sim, como foi feito o pagamento?	1. Pagou diretamente sem reembolso		<b>Ir para J41</b>	_ _
		2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde			
		3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde			
<b>J40B</b>	Se não, por qual motivo?	1. Porque foi feita pelo SUS			_ _
		2. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço			
		3. Porque foi paga por entidade filantrópica, igreja ou ONG			
<b>J41</b>	Na sua última internação, onde era localizado o estabelecimento de saúde?	1. No mesmo município que o(a) sr(a) mora			_ _
		2. Em outro município			
<b>J42</b>	Quanto tempo levou para chegar lá?	_ _  horas  _ _  minutos			_ _ _ _ _  <b>Codificar em minutos</b>
<b>J43</b>	Como chegou ao estabelecimento de saúde?	1. Transporte coletivo			_ _
		2. Carro ou motocicleta			
		3. Ambulância			
		4. A pé			
		5. Bicicleta			
		6. Outro			
<b>J44</b>	Na sua última internação, quanto tempo esperou para ser internado, desde a hora que foi solicitada a internação?	_ _  horas  _ _  dias  _ _  meses			_ _ _ _ _  <b>Codificar em horas</b>
<b>J45</b>	Na sua última internação, o sr(a) achou que foi discriminado ou tratado(a) pior do que as outras pessoas no serviço de saúde ou por algum profissional de saúde por um desses motivos?	a. Falta de dinheiro			_ _
		0. Não			
		1. Sim			
		b. Classe social			
		0. Não			
		1. Sim			
		c. Raça/cor			
		0. Não			
1. Sim					
d. Tipo de ocupação					
0. Não					
1. Sim					
e. Tipo de doença					
0. Não					
1. Sim					
f. Preferência sexual					
0. Não					
1. Sim					
g. Outro					
0. Não					
1. Sim					
<b>J46</b>	Na última vez que o(a) sr(a) foi internado(a), como o(a) sr(a) avalia o atendimento?	1. Muito bom			_ _
		2. Bom			
		3. Regular			
		4. Ruim			
		5. Muito ruim			

<b>J47</b>	Nos últimos 12 meses, teve atendimento de emergência no domicílio?	0. Não 1. Sim	Se 0: Ir para J51	____
<b>J48</b>	Neste atendimento, foi transportado por ambulância para um serviço de saúde?	0. Não 1. Sim	Se 0: Ir para J51	____
<b>J49</b>	O transporte de ambulância foi feito pelo SUS?	0. Não 1. Sim		____
<b>J50</b>	O(a) st(a) pagou pelo transporte de ambulância?	0. Não 1. Sim	Se 0: Ir para J50B	____
<b>J50A</b>	Se sim, como foi feito o pagamento?	1. Pagou diretamente sem reembolso 2. Pagou, mas teve reembolso total através do plano de saúde 3. Pagou, mas teve reembolso parcial através do plano de saúde	Ir para J51	____
<b>J50B</b>	Se não, por qual motivo?	1. Porque foi feito pelo SUS 2. Porque foi feito pelo Corpo de Bombeiros 3. Porque o plano de saúde cobriu totalmente o serviço 4. Porque foi pago por entidade filantrópica, igreja ou ONG		____

<b>Horário de Término</b>	_____ : _____ : _____
<b>FIM</b>	
<b>MUITO OBRIGADO!</b>	

**APÊNDICE F – Protocolo para Realização dos Grupos Focais**



## APÊNDICE G – Instrumento de Coleta de Dados do Componente Qualitativo

<b>TEMA</b>	<b>PERGUNTA</b>	<b>OBJETIVO</b>
<b>Pergunta inicial</b>	Como é a vida/o dia a dia na comunidade?	Conhecer o cotidiano da vida em comunidade
<b>Comunidade e situação de moradia</b>	Vocês poderiam falar um pouco do lugar onde vocês moram?	Conhecer aspectos do cotidiano e identificar condições de acesso aos serviços de saúde
<b>Saúde</b>	O que é saúde para vocês?	Analisar as concepções de saúde do grupo
	- Quais as doenças mais comuns na comunidade de vocês?	
	- Quais doenças exigem mais atenção dos profissionais de saúde?	
	- Quais doenças são resolvidas na própria comunidade?	
	- Quais os recursos que a comunidade tem para enfrentar os problemas de saúde?	
	- Quando uma mulher está grávida, quais são os cuidados mais comuns que a gestante costuma tomar?	
<b>Acesso e utilização dos serviços de saúde</b>	Vocês conhecem os serviços (unidades ou estabelecimentos) de saúde locais?	Identificar possíveis barreiras no acesso aos serviços de saúde
	Vocês costumam visitar esses serviços (unidades ou estabelecimentos) de saúde?	
	Vocês conhecem as atividades que são desenvolvidas nesses serviços (unidades ou estabelecimentos) de saúde?	
	O que vocês acham dos serviços oferecidos por essas unidades ou estabelecimentos de saúde?	
	O que pode ser feito para melhorar o serviço de saúde oferecido para a comunidade?	
<b>Outros</b>	Não tenho mais perguntas. Vocês gostariam de falar ainda sobre algum assunto que não conversamos?	

**8. ANEXOS**

---

## 8. ANEXOS

### ANEXO A – Aprovação do Projeto no Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade São Francisco de Barreiras



MANTENEDORA  
FACULDADE SÃO FRANCISCO DE BARREIRAS – FASB  
INSTITUTO AVANÇADO DE ENSINO SUPERIOR DE BARREIRAS –IAESB  
CNPJ N.º 42.752.675/0001-37 – Inscrição Estadual Isento

Barreiras, 05 de outubro de 2010.

CAAE:0118.0.066.000-10

Do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP FASB

Para: Raquel Souza (pesquisadora responsável)

Ana Paula Steffens, Claudio Lima Souza, Cláudia Nicolaevna Koochering, Daniela Arruda Soares, Danielle Souto de Medeiros, Karine de Oliveira Gomes, Luis Rogério Cosme Silva Santos, Luiz Gustavo Vieira Cardoso, Poliana Cardoso Martins e Vanessa Moraes Bezerra

Assunto: Encaminhamento do Parecer CEP TCD 110/10 V2

Prezados Pesquisadores,

Informamos que o CAAE 0118.0.066.000-10 TCD 110/10 V2 referente ao projeto: “**Projeto Conquistar – Com unidades Quilombolas de Vitoria da Conquisata: Avaliação de Condicionantes da Saúde**”. atendeu a todas as solicitações apontadas; está **Aprovado** por este Comitê de Ética em Pesquisa e está em condições de ser iniciado.

Ressaltamos a necessidade de atenção aos Incisos IX.1 e IX.2 da Resolução 196/96 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto.

Após o seu encerramento, solicitamos o envio do relatório, conforme anexo, até 22 de novembro de 2010.

Cordialmente,

Comitê de Ética em Pesquisa-FASB  
Flávia C. Pena Dias  
Coordenadora

Flávia Carvalho Pena Dias

Coordenadora

Comitê de Ética em Pesquisa – FASB

**ANEXO B – Aprovação do Projeto no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

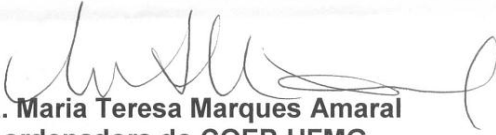
**Projeto: CAAE - 0118.0.066.203-10**

**Interessado(a): Prof. Mark Drew Crosland Guimarães**  
**Departamento de Medicina Preventiva e Social**  
**Faculdade de Medicina - UFMG**

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 13 de julho de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"PROJETO CONQUISTAR – Comunidade quilombolas de Vitória da Conquista: avaliação de condicionantes de saúde"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

  
**Prof. Maria Teresa Marques Amaral**  
**Coordenadora do COEP-UFMG**

## ANEXO C – Aprovação da Aluna no Exame de Qualificação



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640  
[cpq@medicina.ufmg.br](mailto:cpq@medicina.ufmg.br)



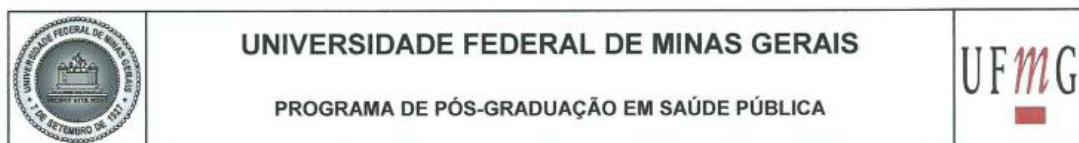
### Ata do exame de qualificação a que se submeteu a doutoranda KARINE DE OLIVEIRA GOMES

Aos seis dias do mês de julho de dois mil e doze, convocada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia compareceu a doutoranda **KARINE DE OLIVEIRA GOMES** para submeter-se ao exame de qualificação com o projeto de tese intitulado: **“UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO QUILOMBOLA DE VITÓRIA DA CONQUISTA, BAHIA”**, perante a Comissão Examinadora composta pelos professores doutores: Mariângela Leal Cherchiglia/orientadora – UFMG, Francisco de Assis Acurcio – UFMG, Ilka Afonso Reis – UFMG, Angelita Cristine de Melo – UFSJ. A sessão iniciou-se às 14:00 horas, na sala 507, 5º andar da Faculdade de Medicina, com a presença dos professores acima citados. Após a exposição da candidata, os professores participantes da Comissão Examinadora fizeram comentários sobre a apresentação oral, do conteúdo, relevância, metodologia e viabilidade da Proposta de Tese. Após a arguição, a Comissão Examinadora considerou a aluna APTA a prosseguir a sua investigação. Para constar, lavrou-se a presente ATA, que segue assinada pela Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 06 de julho de 2012.

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia/orientadora Mariângela Leal Cherchiglia  
 Prof. Francisco de Assis Acurcio Francisco de Assis Acurcio  
 Profa. Ilka Afonso Reis Ilka Afonso Reis  
 Profa. Angelita Cristine de Melo Angelita C. Melo  
 Profa. Ada Ávila Assunção/Coordenadora Ada Ávila Assunção

Para uso da banca: Atender as recomendações da banca.

## ANEXO D – Ata da Defesa



## ATA DA DEFESA DE TESE DA ALUNA KARINE DE OLIVEIRA GOMES

Realizou-se, no dia 26 de novembro de 2013, às 14:00 horas, Faculdade de Medicina da UFMG - sala 526, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada "AVALIAÇÃO DO ACESSO E DA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO QUILOMBOLA DE VITÓRIA DA CONQUISTA, BAHIA", apresentada por KARINE DE OLIVEIRA GOMES, número de registro 2010718555, graduada no curso de NUTRIÇÃO, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Mariangela Leal Cherchiglia - Orientador (UFMG), Prof(a). Mark Drew Crosland Guimarães (UFMG), Prof(a). Rosângela Minardi Mitre Cotta (UFV), Prof(a). Edna Afonso Reis (UFMG), Prof(a). Raquel Souza (UFBA).

A Comissão considerou a tese:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 26 de novembro de 2013.

  
Prof(a). Mariangela Leal Cherchiglia ( Doutora )

  
Prof(a). Mark Drew Crosland Guimarães ( Doutor )

  
Prof(a). Rosângela Minardi Mitre Cotta ( Doutora )

  
Prof(a). Edna Afonso Reis ( Doutora )

  
Prof(a). Raquel Souza ( Doutora )