

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO**

CRISTIANE DA SILVA COSTA

**UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS
DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

**São Leopoldo
2015**

Cristiane da Silva Costa

UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS
DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Dissertação apresentada como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva, pelo Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade do Vale do Rio dos Sinos -
UNISINOS

Orientador(a): Prof(a). Dra. Maria Teresa Anselmo Olinto
Co-orientador(a): Prof(a). Dra. Fernanda Souza de Bairros

São Leopoldo
2015

C837u Costa, Cristiane da Silva.

Utilização dos serviços de saúde em comunidades quilombolas do estado do Rio Grande do Sul / Cristiane da Silva Costa. – 2015.

68 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2015.

"Orientador(a): Prof(a). Dra. Maria Teresa Anselmo Olinto ; co-orientador(a): Prof(a). Dra. Fernanda Souza de Bairros."

1. Saúde e raças. 2. Acesso aos serviços de saúde – Rio Grande do Sul. 3. Quilombos – Aspectos de saúde – Rio Grande do Sul. 4. Quilombolas – Saúde e higiene – Rio Grande do Sul.
I. Título.

CDU 614

*Dedico este trabalho ao meu filho Rafael,
aos meus pais, Eva e Ulisses
e aos meus irmãos Sabrina e Diogo,
por todo amor, incentivo e apoio incondicional
em todos os momentos da minha vida.*

*Esta família que com muita confiança,
bom senso e dedicação estive sempre ao meu lado,
me encorajando nas horas difíceis
e aplaudindo minhas conquistas.*

*Aos mestres, em especial à Maria Teresa e Fernanda
por compartilhar seus conhecimentos nesta importante
trajetória da construção do saber.*

AGRADECIMENTOS

À *Deus* por guiar meus passos e permitir que eu siga sempre em frente!

Aos meus queridos pais, *Eva* e *Ulisses*, vocês são a minha base. Obrigada por tudo!

Ao meu filho *Rafael*, razão da minha vida!

Aos meus irmãos, *Sabrina* e *Diogo*, pelo apoio, incentivo e dedicação permanente.

Ao *Cláudio Massena* por tornar minha vida mais leve e feliz durante essa jornada.

À *Profa. Dra. Maria Teresa Anselmo Olinto* pela confiança, pela dedicação, pela compreensão e pelos ensinamentos durante o mestrado.

À *Profa. Dra. Fernanda Souza de Bairros* pelas contribuições na realização deste trabalho.

Aos meus colegas e amigos de mestrado *Clarissa, Denise, Gabriela, Graziela, Janaína, Jocinei, Mariani, Tissiani e Vaneza* pelo companheirismo e pelos momentos de descontração, indispensáveis nesse período de muitas aflições.

Aos *colegas de trabalho* da Escola Nossa Senhora do Carmo pelo apoio e pelas palavras de incentivo.

Aos meus *amigos* que acreditaram e torceram pelo sucesso desse momento tão especial!

*Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!*

Mário Quintana – Espelho Mágico

RESUMO

O conhecimento sobre a utilização dos serviços de saúde é considerado uma importante ferramenta para o planejamento e avaliação de políticas públicas, permitindo a identificação de populações prioritárias para atenção em saúde. Contudo, algumas populações são menos favorecidas, nesse contexto, estão incluídas as comunidades quilombolas, geralmente, vinculadas a trabalhos rurais ou de culturas de subsistência, vivendo em áreas de difícil acesso e em condições de vida desfavoráveis. Apesar disso, ainda são poucos os dados encontrados sobre a utilização dos serviços de saúde em comunidades quilombolas no estado do Rio Grande do Sul. Com o objetivo verificar a utilização dos serviços de saúde, realizou-se um estudo transversal de base populacional em 22 comunidades quilombolas do estado do Rio Grande do Sul no ano de 2011. Os dados foram obtidos através de entrevistas com os responsáveis pelo domicílio, utilizando-se questionários padronizados e pré-testados. Para a estimativa das razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas e intervalo de confiança de 95% (IC95%) foi utilizado o modelo de regressão de Poisson. Nos resultados foram observados que a maioria vivia em quilombos considerados rurais, eram do sexo feminino, de cor negra/parda, possuíam uma baixa escolaridade (até 04 anos de estudo) e tinham renda per capita até R\$280,00. Quanto à prevalência de morbidades havia uma elevada taxa de excesso de peso e hipertensão arterial, bem como, distúrbios psiquiátricos menores. Em relação ao desfecho, observou-se que 84% pessoas haviam consultado com médico no período de 12 meses anteriores a entrevista. Quanto aos fatores associados foi encontrado que as mulheres, pessoas com mais de 50 anos e com companheiro(a) consultavam mais os serviços de saúde. Sendo assim, os achados do presente estudo indicaram uma elevada utilização dos serviços de saúde por comunidades quilombolas no estado do Rio Grande do Sul. Os principais fatores associados à utilização dos serviços de saúde, tais como, ser mulher, indivíduos mais velhos e que viviam com companheiro, são semelhantes àqueles apontados na literatura científica, em outras comunidades ou grupos populacionais. Contudo, deve-se considerar os baixos índices de condições socioeconômicas e a elevada prevalência de morbidades, que reforçam a importância de políticas públicas efetivas que visando melhoria das condições de vida dessas populações.

ABSTRACT

The knowledge about the use of health services is considered an important tool for planning and evaluation of public policies, allowing the identification of priority populations to health care. However, some populations are disadvantaged in this context are included quilombo communities generally linked to rural jobs or subsistence farming, living in areas of difficult access and unfavorable living conditions. Nevertheless, there are few data found on the use of health services in maroon communities in the state of Rio Grande do Sul. In order to verify the use of health services was held this cross-population-based study conducted in 22 quilombolas communities in the state of Rio Grande do Sul in 2011. Data were obtained through interviews with heads of household, using standardized questionnaires and pre-tested. To estimate the prevalence ratios (PR) and adjusted gross and 95% confidence interval (95% CI) was used Poisson regression model. The results were observed that most lived in quilombos considered rural, were female, black / brown color, had a low educational level (up to 04 years) and had per capita income up to R \$ 280.00. As the prevalence of morbidity had a high rate of excess weight and hypertension, as well as minor psychiatric disorders. Regarding the outcome, it was observed that 84% people had visited a doctor in the previous 12 months the interview. As for the associated factors it was found that women, people over 50 and with a partner (a) most consulted health services. Thus, the findings of this study indicated a high utilization of health services by quilombolas communities in the state of Rio Grande do Sul. The main factors associated with the use of health services, such as being female, older individuals who lived with a partner, they are similar to those indicated in the scientific literature, in other communities or populations. However, one must consider the low levels of socio-economic conditions and the high prevalence of comorbidities, which reinforce the importance of effective public policies aimed at improving the living conditions of these populations.

LISTA DE QUADROS TABELAS

Quadro 1 - Comunidades quilombolas sorteadas para a amostra.....	31
Quadro 2 - Cronograma das atividades do projeto.....	39
Quadro 3 - Descrição do orçamento do projeto.....	40
Tabela 1 - Distribuição da amostra, prevalência (P), razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC _{95%}) da utilização dos serviços de saúde de acordo com as variáveis demográficas e socioeconômicas em comunidades quilombolas do Estado do Rio Grande do Sul	66
Tabela 2 - Distribuição da amostra, prevalência (P), razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC _{95%}) da utilização dos serviços de saúde de acordo com as variáveis de morbidade em comunidades quilombolas do Estado do Rio Grande do Sul	67
Tabela 3 - Análise ajustada, segundo modelo hierarquizado da utilização dos serviços de saúde de acordo com as variáveis demográficas e de morbidades em comunidades quilombolas do Estado do Rio Grande do Sul.....	68

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABA	Associação Brasileira de Antropologia
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AIDS	<i>Acquired immunodeficiency syndrome</i> (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NHDR	<i>National Healthcare Disparities Report</i>
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
Seppir	Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial
SRQ	<i>Self-report Questionnaire</i> (Questionário de Auto Relato)
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
WHO	<i>World Health Organization</i> (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

I – PROJETO DE PESQUISA	09
II – RELATÓRIO DE CAMPO.....	47
III – ARTIGO CIENTÍFICO	53

I – PROJETO DE PESQUISA

SUMÁRIO

1	Introdução	13
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
2.1	Estratégias de busca.....	16
2.2	A utilização e o acesso aos serviços de saúde	16
2.3	Modelos teóricos sobre a utilização de serviços de saúde.....	18
2.4	Os princípios do SUS e o acesso e utilização dos serviços de saúde.....	21
2.4.1	Desigualdades na utilização de serviços de saúde segundo aspectos geográficos.....	22
2.4.2	Desigualdades na utilização dos serviços de saúde segundo o gênero	24
2.4.3	Desigualdades na utilização dos serviços de saúde segundo aspectos socioeconômicos e demográficos	25
2.5	Comunidades quilombolas.....	28
3	JUSTIFICATIVA	27
4	OBJETIVOS E HIPÓTESES	28
4.1	Objetivo Geral:.....	28
4.2	Objetivos Específicos	28
4.3	Hipóteses	28
5	MÉTODOS	30
5.1	Identificação do projeto	30
5.2	Delineamento do estudo	30
5.3	População de estudo	30
5.4	Processo amostral	30
5.4.1	Cálculo do tamanho da amostra	30
5.4.2	Amostragem.....	31
5.5	Variáveis.....	33
5.5.1	Desfecho.....	33
	Utilização dos serviços de saúde:.....	33
5.5.2	Variáveis explanatórias	33
5.6	Procedimentos de coleta de dados	34
5.6.1	Seleção e treinamento dos entrevistadores	34

5.6.2 Logística de campo	34
5.6.3 Instrumentos	35
5.6.4 Estudo piloto	35
5.6.5 Processamento e análise dos dados	36
6 ASPECTOS ÉTICOS	38
7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	38
8 CRONOGRAMA.....	39
9 ORÇAMENTO	40
REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde é um tema abordado por diversos estudos na literatura internacional (CRETENDEN, 2013; KOTTKE & ISHAM, 2010; CAMPBELL et al, 2010; MAGALHÃES, 2010; LEVY MERRICK, 2009). De acordo com Crettenden (2013) países de todo o mundo estão atentos, buscando a melhora do acesso e eficácia dos serviços oferecidos pelos seus sistemas de saúde.

No Brasil e países da América Latina, esse contexto não é diferente, estudos evidenciam uma ampla discussão sobre o assunto, considerando os fatores associados a esse comportamento (PIRES *et al*, 2013; ARAÚJO *et al*, 2012; ASSIS e JESUS, 2012; MENDES, 2012; DIAS DA COSTA, 2011; BASTOS, 2011; FERNANDES, 2009; DIAS DA COSTA, 2008; TRAVASSOS e MARINS, 2004).

Embora apontem para uma melhora na utilização e acesso nos serviços de saúde nos últimos anos, estudos demonstram que esse acesso ainda precisa ser ampliado para melhor atender os princípios de universalidade e equidade, conforme preconizam as diretrizes do SUS (ANDRADE, 2013; PASKULIN, 2011; SZWARCOWALD, 2010; PONTES, 2010; RODRIGUES, 2009; LOUVISON, 2008; BRASIL, 2011).

Em seu estudo, Pontes (2010) destaca o reconhecimento, da maioria dos usuários, em relação ao princípio de universalidade do SUS, porém ressalva que ainda a necessidade de se ampliar as ações, discussões e reflexões sobre o acesso universal, para que haja uma efetivação deste princípio.

Segundo Assis e Jesus (2012) a abordagem que envolve o acesso universal aos serviços de saúde tem um caráter multifacetado e multidimensional, está associada a contextos políticos, econômicos, sociais, organizativos e técnicos. Sendo assim, trata-se de um tema complexo e abrangente, tendo em vista que se constitui de um direito garantido por lei (BRASIL, 1990).

No contexto brasileiro, a garantia do acesso aos serviços de saúde, por vezes, também está relacionada com a identificação de eventuais barreiras vinculadas a características e necessidades da população de uma determinada região (TRAD *et al*, 2012).

De acordo com Braveman & Gruskin (2003) igualdade na saúde é a ausência de disparidades sistemáticas em saúde entre os diferentes grupos sociais. Nesse

contexto, os autores consideram que as desigualdades de saúde colocam grupos desfavorecidos em mais uma desvantagem, desta vez, em relação à saúde. Isto é, aqueles que, de algum modo, já são socialmente excluídos ou discriminados, são colocados mais uma vez em desvantagem, por não terem acesso aos serviços de saúde.

A equidade em saúde é um princípio básico para o desenvolvimento humano e para a justiça social; deve ser o objetivo central de toda política pública, pois visa diminuir as desigualdades, diante da impossibilidade de eliminá-las (OPAS, 1997).

Para a redução dessas desigualdades, faz-se necessário o planejamento adequado do sistema de saúde. Para tanto, os programas governamentais e políticas públicas devem se fundamentar nos conhecimentos baseados em evidências científicas, conhecendo as características dos usuários e o padrão de acesso e utilização dos serviços de saúde. (BASTOS, 2011; CAPILHEIRA e SANTOS, 2006).

Esse conhecimento sobre o acesso de saúde é muito importante, não somente para o planejamento e avaliação das políticas de saúde, mas também como condição para a melhoria neste acesso, identificando populações prioritárias, para atenção à saúde, a fim de minimizar iniquidades em saúde. Sendo assim, deve-se dar uma atenção especial também, a algumas populações menos favorecidas, subgrupos populacionais, afetadas desproporcionalmente pela inequidade social, racial, e geográfica, ainda existente na utilização dos serviços de saúde.

As comunidades quilombolas são definidas como grupos étnico-raciais geralmente, de ancestralidade negra (BRASIL, 2003). Essas comunidades estão presentes em todo o território nacional, sendo que, na maioria das vezes, vivem em áreas rurais de difícil acesso e em condições de vida desfavoráveis.

Atualmente, apesar de ainda bastante pontuais e restritas, observa-se um crescimento nas iniciativas na produção de conhecimento sobre essas comunidades, bem como na criação de políticas públicas e programas governamentais para essas populações (BAIRROS, 2013; GOMES, 2013; BRASIL, 2008). Estes programas do governo e as políticas públicas voltadas para essa questão têm como um dos objetivos ampliar a abrangência do acesso aos serviços de saúde, combatendo a iniquidade existente.

Contudo, essa desigualdade ainda existente em comunidades tradicionais, como os quilombolas, demonstra uma maior necessidade de investimentos em programas específicos para essas populações (BRASIL, 2008). Diagnósticos diversificados que reconheçam a realidade sobre as condições de vida de famílias quilombolas podem proporcionar melhores formulações de políticas e de garantia de direitos, bem como, assegurar a continuidade da cultura e das tradições dessas populações (BRASIL, 2005b).

Desse modo, uma investigação sobre o acesso aos serviços de saúde pode ser um importante instrumento, auxiliando no planejamento e avaliação dessas políticas públicas, assim como, dos programas governamentais voltados para o bem-estar social dessas populações. Sendo assim, esse estudo que tem como objetivo conhecer a utilização dos serviços de saúde e seus principais fatores associados em comunidades quilombolas no estado do Rio Grande do Sul.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Estratégias de busca

As estratégias utilizadas para a localização das publicações incluíram buscas em bases eletrônicas (PubMed, Scielo, Bireme), em sites de instituições de saúde, legislações/portarias e nas citações das publicações adquiridas na íntegra. Os termos utilizados nas buscas foram: “Utilization of Health Services”, “Accessibility of Health Services”, “Access to Health Care”, “Health Inequalities”, “Ethnic Group” e seus similares em português: utilização serviços de saúde, acesso serviços de saúde, desigualdades em saúde, desigualdades raciais em saúde, grupos étnicos e quilombolas.

2.2 A utilização e o acesso aos serviços de saúde

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990). Para que esse direito seja exercido de forma efetiva, algumas condições devem ser estabelecidas.

Nesse sentido, Campbell et al (2000) e Andersen (1995) destacam que uma condição básica para a oferta um serviço de saúde de qualidade é o acesso facilitado a esses serviços.

A garantia desse acesso está relacionada ao primeiro contato com os serviços. Travassos e Martins (2004) observam que a lógica do funcionamento dos serviços de saúde é representada pela sua utilização. Sendo assim, a utilização dos serviços de saúde deve ser uma porta de entrada facilmente acessível, caso contrário, essa ausência pode dificultar uma atenção adequada ou ocasionar o adiamento do cuidado em saúde, acarretando em problemas adicionais aos indivíduos (STARFIELD, 2002).

O conceito de acesso aos serviços de saúde é bastante abrangente e complexo. De acordo com Travassos e Martins (2004), esse conceito varia muito entre autores. Além disso, afirmam, que além da possibilidade de mudar ao longo do

tempo e conforme o contexto, o termo “acesso aos serviços de saúde”, algumas vezes, pode ser utilizado de forma imprecisa.

Alguns estudos ampliam essa discussão e distinguem as definições de acesso e uso dos serviços de saúde. Acesso, segundo Andersen (1995), é a utilização efetiva dos serviços, contemplando a entrada nos serviços de saúde e a obtenção de cuidados subsequentes. O objetivo desse acesso é maximizar benefícios para a saúde de acordo com a necessidade dos indivíduos (WILLIAMS et al, 2002).

Travassos e Martins (2004) além de discutirem essas definições, abordando as discordâncias nas terminologias e nas abrangências dos conceitos, alertam para a importância de se manterem as distinções entre acesso, o qual definem como “*uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta*” e o conceito de uso dos serviços de saúde, que, para esses autores, “*compreende todo o contato direto ou indireto com os serviços de saúde*”.

A utilização de serviços de saúde além de ser considerada uma expressão positiva do acesso, é a medida mais usada para se estudar a acessibilidade desses serviços, além disso, através de uma análise dos fatores socioeconômicos envolvidos no uso/acesso, é possível, também, avaliar a equidade desse sistema (TRAVASSOS e VIACAVA, 2007; MENDOZA-SASSI e BÉRIA; 2001). Assim, Dias da Costa *et al.* (2011) destaca a importância investigação sobre a utilização dos serviços de saúde, considerando a sua capacidade de identificar iniquidades.

Para Starfield (2002) um sistema de saúde deve priorizar a saúde da sua população através do conhecimento sobre a etiologia, procedimentos e tratamentos para as doenças visando a promoção da saúde. Portanto, é observado que as evidências científicas são importantes bases de informações para o planejamento de políticas públicas em saúde, fornecendo dados sobre o padrão de utilização dos serviços, possibilitando a identificação dos principais fatores associados, viabilizando esclarecimentos sobre os principais problemas enfrentados pela população usuária desses serviços e o planejamento específico de ações de saúde (MORAES, 2014; BASTOS, 2011).

Sendo assim, deve-se considerar que o uso de serviços de saúde se apresenta como um comportamento complexo, sendo determinado por diversos fatores (PAVÃO e COELI, 2008). Logo, uma breve explanação sobre alguns

modelos teóricos explicativos podem esclarecer melhor essa relação entre a utilização de serviços e seus determinantes.

2.3 Modelo teórico sobre a utilização de serviços de saúde

O conhecimento sobre os determinantes da utilização de serviços de saúde pode auxiliar na reflexão sobre as suas demandas, auxiliando a adoção de estratégias e políticas públicas voltadas para a população (SAWYER et al, 2002).

Um dos modelos teóricos sobre utilização de serviços de saúde mais utilizados na literatura é o modelo comportamental proposto por Andersen (CASTRO et al 2005; PAVÃO e COELI, SAWYER et al 2002, BABITSCH et al, 2012, TURCI, 2010). Esse modelo teórico foi desenvolvido inicialmente em 1968, com a proposta de compreender e avaliar o comportamento da utilização dos serviços de saúde, bem como mensurar o acesso, auxiliando na elaboração de políticas de promoção da equidade no acesso dos serviços (Andersen, 1995).

A construção do modelo teórico desenvolvido por Andersen compreendeu quatro fases específicas. A primeira fase, elaborada na década de 60, os determinantes da utilização de serviços de saúde são agrupados em fatores de predisposição ou predisponentes, fatores de capacitação ou capacitantes e a necessidade em saúde (ANDERSEN, 1995).

Nessa lógica, segundo o modelo proposto, a necessidade em saúde se apresenta como o determinante mais proximal da utilização dos serviços de saúde, sendo, os fatores capacitantes influenciados pelos predisponentes (PAVÃO e COELI, 2008), os últimos, nesse caso, constituindo-se os fatores mais distais.

Os fatores predisponentes estão relacionados ao usuário considerando o fato de estar mais ou menos suscetível a utilização dos serviços. Esses fatores esses fatores são subdivididos em três categorias: a) fatores demográficos, aqueles que representam as características biológicas, como sexo e idade; b) fatores de estrutura social, que definem um status para o indivíduo na sociedade, entre os quais se incluem a escolaridade, profissão/ocupação e raça; c) crenças em saúde, que incluem os valores, as atitudes e o conhecimento que os indivíduos tem a respeito da sua própria saúde e sobre os serviços de saúde oferecidos (ANDERSEN, 1995).

De acordo com o modelo, os fatores capacitantes são aqueles relacionados com a possibilidade de acesso ao serviço, ou seja, à capacidade de buscar e receber os serviços de saúde (SAWYER, 2002). Esses se constituem como intermediários ao modelo incluem tanto fatores individuais e familiares, quanto fatores da oferta de serviços na comunidade. Entre estes estão: renda, plano de saúde, uso regular dos serviços de saúde, transporte e tempo de espera pelo serviço (ANDERSEN, 1995).

A necessidade em saúde, por sua vez, abrange a autopercepção de saúde dos pacientes e o estado de saúde dos indivíduos, avaliado por profissionais (ANDERSEN, 1995). De acordo com o modelo, a autopercepção é associada à busca pelo cuidado e a adesão ao tratamento, e a necessidade avaliada é relacionada ao tipo de tratamento realizado, após a consulta inicial.

Uma das hipóteses do Modelo Comportamental de Andersen é que o uso de diferentes tipos de serviços pode ser explicado por diferentes tipos de fatores. Sendo assim, o desfecho é o uso de serviços de saúde, que pode ser mensurado a partir de consultas em ambulatórios médicos, hospitais e consultórios dentários, etc.

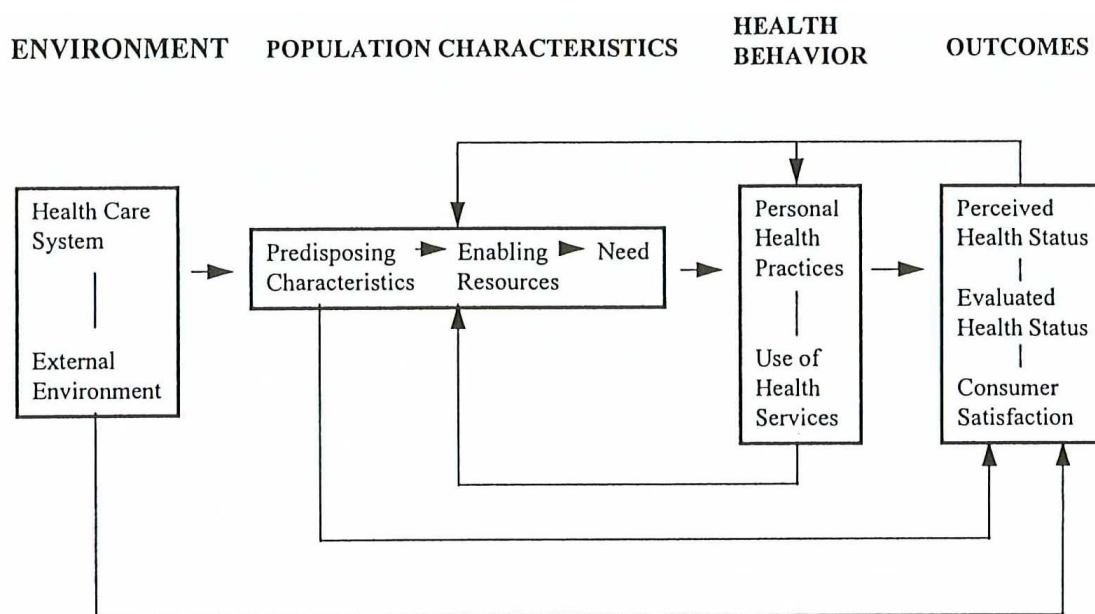
Nos anos 70, em uma segunda fase de seu Modelo, Andersen inclui o sistema de saúde como mais um determinante para o uso de serviços. Esse determinante foi dividido em três aspectos: políticas públicas, recursos financeiros e aspectos organizacionais. Nessa fase, Andersen (1995) considera que o uso de serviços foi, a partir de uma perspectiva política, um meio para outros fins e resultados. Além disso, o autor afirma que, os estudos de utilização de serviços de saúde precisam examinar o uso no contexto dos resultados de saúde. Sendo assim, o desfecho final passa a ser a satisfação do consumidor, como resultante do uso dos serviços, que por sua vez, torna-se um desfecho intermediário.

Ao criar a fase 3 do seu modelo, Andersen (1995), introduz os conceitos de desfechos em saúde como desfechos finais resultantes da utilização dos serviços, considerando que o uso influencia os desfechos em saúde nos indivíduos. Para esses desfechos foram considerados o estado de saúde percebido pelo indivíduo e o estado de saúde avaliado por profissionais. Acrescenta ainda, os conceitos de “acesso efetivo”, estabelecido quando estudos de utilização mostram que o uso melhora o estado de saúde ou a satisfação do consumidor e “acesso eficiente”,

estabelecido quando o nível do estado de saúde ou a satisfação aumenta em relação à quantidade de serviços de saúde consumidos.

Na quarta fase do modelo, há uma ênfase de caráter dinâmico nos processos que envolvem as interações existentes entre o uso dos serviços e seus determinantes. Nessa última fase (Fig. 1), Andersen, demonstra a abrangência e complexidade no comportamento que envolve a utilização dos serviços de saúde, considerando a existência de variados determinantes no uso de serviços de saúde. Entretanto, a necessidade em saúde ainda se apresenta como o fator mais proximal, constituindo-se como um determinante direto do uso dos serviços de saúde (ANDERSEN, 1995).

Figura 1 - Modelo Comportamental de Andersen (fase 4)



Fonte: Andersen, 1995

Sendo assim, um modelo teórico da utilização dos serviços de saúde deve considerar principalmente, o aspecto da necessidade em saúde e, a partir de então contemplar os demais determinantes com o objetivo de melhor compreender o processo que envolve o uso desses serviços.

2.4 Os princípios do SUS e o acesso e a utilização dos serviços de saúde

A universalidade no acesso aos serviços, a igualdade no atendimento, a integralidade de assistência e a equidade são bases do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Brasileira de 1988. A saúde, como um direito fundamental do cidadão e um dever do Estado constitui-se em uma norma regente do SUS (BRASIL, 1990).

No SUS, universalidade supõe que todos os brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e respectivas ações, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural (PAIM e SILVA, 2010). Para os autores, a equidade possibilita a concretização da justiça, com a prestação de serviços, destacando um grupo ou categoria essencial, alvo especial das intervenções. Nesse sentido, Starfield (2002) ressalva que todo o sistema de saúde deve minimizar as desigualdades entre os subgrupos populacionais, para não existam grupos em desvantagem em relação ao acesso e à um bom nível de saúde.

Desigualdade em saúde é o termo genérico usado para designar diferenças, variações e disparidades nas conquistas da saúde dos indivíduos e grupos (KAWACHI *et al*, 2002). Por sua vez, iniquidade em saúde refere-se às desigualdades em saúde consideradas injustas ou decorrentes de algum tipo de injustiça.

Em relação às desigualdades em saúde, historicamente, há uma maior ênfase sobre status econômico, compreendendo a desigualdade apenas com base em riqueza (WHO, 2013). Assim, quando se analisa a distribuição do acesso por um grupo socioeconômico, está se avaliando a equidade do sistema em questão (MENDOZA-SASSI e BÉRIA, 2001). A equidade abrange a diminuição das diferenças evitáveis e injustas, ao mínimo possível (OPAS, 1997). Em relação à distribuição de recursos, esse conceito admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando aqueles que mais necessitam, visando alcançar a igualdade (PAIM e SILVA, 2010).

Para que ocorra uma efetiva prevenção da iniquidade em saúde, Capilheira e Santos (2006) destacam, ainda, a necessidade de estudos que avaliem de forma criteriosa as características não apenas dos usuários, mas também daqueles que buscaram os serviços, porém, não obtiveram o cuidado.

Entretanto, num contexto ampliado, Oliver & Mossialos (2004) destacam outros fatores relevantes que podem determinar a desigualdade de saúde, entre os quais a educação, classe social, sexo, província ou distrito, local de residência (rural ou urbana), raça ou origem étnica, e qualquer outra característica que possa distinguir subgrupos minoritários da população (por exemplo, a cultura, a língua, entre outros).

Atualmente, no contexto brasileiro, apesar dos avanços e conquistas obtidas em relação à equidade e a universalidade do acesso aos serviços de saúde, ainda se convive com uma “realidade desigual e excludente no acesso ao SUS” (ASSIS e JESUS, 2012). Para Gerhardt (2006), embora pareça ter havido uma melhora do acesso aos serviços básicos, questões importantes, como a assistência adequada, não parecem ser extensiva a toda população.

Conceber e elaborar serviços de saúde universais pode ser uma estratégia de assegurar às classes populares, acesso a serviços de melhor qualidade e, portanto, uma forma exercitar a equidade (PAIM, 2010). Através do estudo sobre a utilização e acesso dos serviços de saúde, é possível, mesmo que indiretamente, avaliar a equidade de um sistema de saúde (BASTOS, 2011).

Sendo assim, o acesso equânime do sistema de saúde, ainda se apresenta como um grande desafio, visto que existem diferentes demandas produzidas pelos mais diversos processos sociais de exclusão, nem sempre percebidos pelo poder público (JESUS e ASSIS, 2012). Desta forma, se faz importante conhecer as características dos usuários e o padrão de acesso e utilização dos serviços de saúde, possibilitando um planejamento adequado desse sistema e contribuindo para a redução dessas desigualdades (CAPILHEIRA e SANTOS, 2006).

2.4.1 Desigualdades na utilização de serviços de saúde segundo aspectos geográficos

A utilização dos serviços de saúde pode sofrer a influência de alguns fatores que dificultam e até impedem o acesso e a obtenção de cuidados em saúde. Dentre esses fatores, o acesso geográfico é o componente que compreende a relação entre

o local de recursos de cuidados de saúde e no momento em que se faz necessário, considerando distância e custo (SANCHEZ e CICONELLI, 2012; MULLEN, 2013).

Sejam essas barreiras, de origem física ou geográfica, tais como a distância em que se encontra o serviço de saúde, a ruralidade e a falta de instalações para o acesso de pessoas com deficiência ou idosos podem ser grandes limitadores para um acesso adequado a esses serviços (MENDOZA e BERIA, 2001; CAMPBELL, 2000).

Os idosos, em especial, os residentes de áreas rurais, além das limitações ocasionadas pelos problemas de saúde do envelhecimento, ainda têm que enfrentar as barreiras ocasionadas pela dificuldade do acesso aos serviços de saúde, principalmente em função da menor disponibilidade desses serviços (TRAVASSOS e VIACAVAL, 2007; MENDOZA e BERIA, 2001).

Nos Estados Unidos, estudos constataram a existência de significativas disparidades geográficas no acesso e utilização as unidades de atendimento de saúde, nesse caso, o acesso era limitado em áreas não urbanas. Em cidades menores, havia menos acesso, áreas com menor renda, menor escolaridade, menor utilização de cuidados e recursos de saúde (MULLEN et al, 2013, 2014).

Em seu estudo realizado no Brasil, com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 1998 e 2003, Travassos e Viacava (2007) constataram que, quanto ao estado de saúde, os idosos residentes em áreas rurais apresentaram uma maior prevalência da avaliação ruim ou muito ruim quando comparados aos idosos residentes em áreas urbanas. Porém, esse estudo também apontou que, além disso, os idosos residentes rurais consultaram menos médicos do que aqueles residentes em zonas urbanas, assim como, a continuidade do cuidado, os serviços odontológicos, os atendimentos e exames preventivos oferecidos pelos serviços de saúde foram menores na zona rural.

Em outros estudos sobre acesso aos serviços de saúde, também foi verificado que a procura e utilização dos serviços de saúde, assim como, os atendimentos odontológicos e exames de rotina ou de cuidados preventivos são menos prevalentes nas zonas rurais em comparação as zonas urbanas (MOREIRA et al, 2011 PINHEIRO et al, 2002)

Sendo assim, percebe-se um menor acesso e utilização dos serviços de saúde entre as populações rurais. Áreas pouco povoadas, com dificuldades de

transporte e grandes distâncias a serem percorridas são algumas das barreiras que podem diminuir e limitar a utilização dos serviços de saúde.

2.4.2 Desigualdades na utilização dos serviços de saúde segundo o gênero

Estudos sobre o uso dos serviços de saúde demonstram que em relação à categoria de gênero, as mulheres são as que mais utilizam esses serviços. (DESTRO, 2014; MORAES et al, 2014; VIOLAN, 2014; PIRES, 2013; WAGNER, 2013; VAIDYA et al, 2012; DIAS DA COSTA, 2011; TURCI, 2010; FERNANDES et al, 2009; OWENS, 2008; DIAS DA COSTA et al, 2008; RIBEIRO et al, 2006; CAPILHEIRA e SANTOS, 2006)

Além de utilizarem mais os serviços de saúde, estudos apontam que as mulheres gastam mais em cuidados de saúde do que os homens, em especial, na faixa entre 45 a 64 anos, onde se destacam os problemas relacionados aos sintomas da menopausa e doenças crônicas, tais como risco de doença cardiovascular (DCV), osteoporose, assim como, câncer da mama e útero que aumentam significativamente nesse período (VIOLAN, 2014; TURCI, 2010; OWENS, 2008).

Evidências apontam a diferença das necessidades de saúde entre homens e mulheres também pode explicar o motivo da maior utilização dos serviços de saúde por mulheres, incluindo fatores relacionados a vida reprodutiva feminina e morbidades associadas (MORAES, 2014; MENDOZA-SASSI et al, 2003; PINHEIRO et al , 2002). Em seu estudo, PINHEIRO et al (2002) constatou que, existem diferenças de gênero nas condições de saúde, desfavoráveis às mulheres, em relação a análise de morbidades. Além disso, estudos apontam que mulheres relatam mais problemas psicológicos do que os homens (VIOLAN, 2014).

Fatores comportamentais também podem influenciar essa diferença de gênero. Além de avaliarem de uma forma mais negativa o seu estado de saúde, estudos apontam que, as mulheres tendem a referir mais doenças crônicas do que os homens (MORAES, 2014; VIOLAN, 2014; PINHEIRO et al , 2002; TRAVASSOS et al, 2002).

Alguns estudos verificaram que as mulheres tem uma atitude mais pró-ativa em direção à prevenção, sendo ela as que mais procuram serviços de saúde com essa finalidade (VAIDYA, 2010; VIOLAN, 2014). Entretanto, as mulheres, em especial acima de 65 anos utilizam mais medicamentos do que os homens (VIOLAN, 2010; REDONDO-SENDINO, 2006).

Em geral, percebe-se uma relação linear entre o sexo feminino e a idade, no que se refere ao uso de serviços de saúde, assim, quanto maior a faixa etária observada, maior a utilização desses serviços pelas mulheres (MORAES, 2014; FERNANDES et al, 2009; CAPILHEIRA e SANTOS, 2006 MENDOZA-SASSI e BÉRIA; 2003 TRAVASSOS, 2002). Contudo, alguns estudos, mostram que essa diferença entre tende a desaparecer a partir de 65-70 anos (KEENE e LI, 2005; TRAVASSOS, 2002; PINHEIRO 2002).

2.4.3 Desigualdades na utilização dos serviços de saúde segundo aspectos socioeconômicos e demográficos

No contexto brasileiro, muitos estudos revelam a presença de desigualdades socioeconômicas na utilização e acesso aos serviços de saúde (GARCIA-SUBIRATS et al, 2014; MIQUILIN, 2013; PIRES et al, 2013; BASTOS, 2011; DIAS DA COSTA et al, 2011; MOREIRA et al, 2011; RIBEIRO et al, 2006; MENDOZA-SASSI et al, 2003; NERI e SOARES, 2002). Nesses casos, o status socioeconômico foi analisado principalmente por variáveis de renda e escolaridade.

Dentre os cuidados em saúde, observa-se uma maior desigualdade nos cuidados preventivos. Estudos apontaram que indivíduos mais pobres procuraram menos os cuidados preventivos do que os mais ricos. Contudo, entre indivíduos em estado de morbidade mais grave, ou seja, em situações de maior necessidade, especialmente de cuidados curativos não foi observada uma desigualdade social em relação ao uso desses serviços (SZWARCWALD et al, 2010; NERI e SOARES, 2002).

No Brasil, embora as desigualdades socioeconômicas na utilização e acesso aos serviços de saúde, ainda permaneçam, estudos observam que atualmente está

ocorrendo uma redução dessas diferenças (VICTORA et al, 2011; TRAVASSOS et al, 2007).

Entretanto, observa-se que as diferenças no status socioeconômico são responsáveis por grande parte das disparidades em grupos étnico-raciais em saúde (Williams, 2002; Chor & Lima, 2005). Estudos apontam que as diferenças entre as raças diminuem quando ajustadas para status socioeconômicos, embora a disparidade ainda permaneça (WILLIAMS, 2002; OLIVER, 2008). Krieger (2003) destaca que na origem de grande parte das desigualdades étnico/raciais, encontra-se a discriminação racial, com seus efeitos próprios na saúde.

Além dos aspectos socioeconômicos, segundo Chor & Lima (2005), existem outros fatores que exercem um impacto nas desigualdades associadas à discriminação racial, dentre os quais, destacam a maior exposição em ambientes menos saudáveis, a assistência à saúde inadequada ou degradante e as experiências diretas de atos ou atitudes de discriminação.

As populações raciais e étnicas, geralmente, em desvantagem socioeconomicamente, têm índices elevados da doença e morte (WILLIAMS, 2002). Como exemplo, Oliver (2008) enfatiza que nos EUA, afro-americanos morrem em uma idade mais jovem e são mais doentes do que os brancos, devido a uma série de doenças.

Outra característica importante das disparidades raciais em saúde é a persistência dessa diferença ao longo do tempo, que ainda é observada em muitos países como Inglaterra, EUA e Brasil (WILLIAMS, 2002; OLIVER, 2008; CHOR & LIMA, 2005). Estudos americanos apontam que há uma grande frustração em decorrência da falta de progresso na redução das disparidades em saúde. Voelker (2008) afirma que as disparidades raciais e étnicas em saúde nos Estados Unidos são tão antigas quanto o próprio país.

O relatório anual *National Healthcare Disparities Report* (NHDR) de 2007, nos Estados Unidos, descobriu que desde 2003, não houve um avanço na qualidade de cuidados em saúde e que as disparidades não melhoraram, ou seja, para negros, hispânicos, índios americanos ou nativos do Alasca, asiáticos e pobres a disparidade em saúde permaneceu e em alguns casos, piorou significativamente (VOELKER, 2008).

Alguns estudos realizados no Brasil evidenciam as disparidades existentes quando se considera o critério raça. Cardoso et al (2005) constataram que crianças negras tinham maiores taxas de mortalidade quando comparadas às brancas e pardas. Lopes (2005), ao se referir a “desesperança de vida ao nascer”, faz uma alusão às diferenças encontradas entre as expectativas de vida da população, sendo que a população negra tem uma expectativa de vida menor do que a população branca.

Em um estudo realizado em uma cidade no sul do Brasil, Olinto & Olinto (2000) observaram, em que as mulheres negras e pardas além de apresentarem menores condições socioeconômicas, tinham menos cuidados em relação a saúde, quando comparadas com mulheres brancas. Bairros et al (2011), constatou que a desigualdade racial, no acesso a esses cuidados médicos, persistiu mesmo após um ajuste estatístico para idade e variáveis socioeconômicas, mostrando que mulheres negras tinham menor acesso aos serviços e ações de atenção à saúde reprodutiva.

Outros estudos apontam que os negros, em geral, possuem maior histórico de adoecimento grave e/ou crônico ao longo da vida (CHOR & LIMA, 2005), como também apresentam mais elevados riscos em doenças específicas como a hipertensão, diabetes, AIDS, tabagismo, alcoolismo, amputações, cegueira e doença renal crônica (BATISTA, 2002). Quanto à saúde mental em particular, os negros registram maiores índices de depressão e reduzidos índices de bem-estar psicológico e autoestima, além de maior exposição ao estresse crônico e maior prevalência de transtornos adaptativos comuns (BIANCHI et al., 2002).

Nesse sentido, se faz necessário ampliar as iniciativas na produção de conhecimento das especificidades da população negra, assim como, de populações tradicionais brasileiras, entre essas, as comunidades quilombolas. Essas iniciativas apesar de restritas, atualmente, vem apresentando um crescimento. Entretanto, apesar de se observar uma ampliação nas chamadas ações afirmativas contra as iniquidades em saúde, em especial nas duas últimas décadas, ainda se percebe a necessidade de maiores mudanças na determinação social da saúde dessas minorias (CHOR & LIMA, 2005; LOPES, 2005).

2.5 Comunidades quilombolas

Dentro do contexto das chamadas populações tradicionais no Brasil, é um desafio conceituar o que chamamos de população quilombola. Entretanto, conforme o art. 2º do Decreto de lei 4887, de 20 de novembro de 2003, comunidades remanescentes de quilombos ou simplesmente, comunidades quilombolas, são “grupos étnico-raciais, segundo critérios de autodefinição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida” (BRASIL, 2005).

A Associação Brasileira de Antropologia (ABA), já em 1994, ampliava o conceito de “remanescente de quilombo” e descrevia que, contemporaneamente,

o termo não se refere a resíduos ou resquícios arqueológicos de ocupação temporal ou de comprovação biológica. Também não se trata de grupos isolados ou de uma população estritamente homogênea. Da mesma forma nem sempre foram constituídos a partir de movimentos insurrecionais ou rebelados, mas, sobretudo, consistem em grupos que desenvolveram práticas de resistência na manutenção e reprodução de seus modos de vida característicos num determinado lugar (ABA, 1994)

As comunidades remanescentes de quilombo são grupos sociais cuja identidade étnica os distingue do restante da sociedade. Alguns estudos mostraram que essas comunidades se constituíram a partir de uma grande diversidade de processos, que incluem as fugas com ocupação de terras livres e geralmente isoladas, as heranças, doações, recebimentos de terras como pagamento de serviços prestados ao Estado, simples permanência nas terras que ocupavam e cultivavam no interior de grandes propriedades, bem como a compra de terras, tanto durante a vigência do sistema escravocrata quanto após sua abolição (ALMEIDA, 1999 e GUSMÃO, 1995).

Segundo Silva *et al* (2008) os quilombos foram, também, uma das muitas maneiras que africanos escravizados no Brasil encontraram para resistir à

escravidão, constituindo comunidades organizadas como locais de liberdade e autonomia. Atualmente, podem ser entendidos como núcleos comunitários de resistência que marcaram pela sua luta por liberdade, manutenção dos costumes, das crenças e das tradições.

Os quilombolas estão distribuídos por todo território nacional, em sua maioria, estão ligados a trabalhos rurais, ou culturas de subsistência. Muitos ainda vivem em comunidades formadas por forte vínculo de parentesco, mantendo ainda vivas tradições culturais e religiosas. (BRASIL, 2005b/2013)

Segundo dados da Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial – Seppir (2010) existem aproximadamente 3.900 comunidades quilombolas em todo o país, essas comunidades se caracterizam pela prática do sistema de uso comum de suas terras, concebidos por elas como um espaço coletivo e indivisível que é ocupado e explorado por meio de regras consensuais aos diversos grupos familiares que compõem as comunidades, cujas relações são orientadas pela solidariedade e ajuda mútua (BRASIL, 2013).

As comunidades quilombolas foram reconhecidas oficialmente pelo Estado brasileiro em 1988, principalmente com a afirmação de seus direitos territoriais por meio do Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT (BRASIL, 2003). Em decorrência da aplicação de políticas públicas voltadas as comunidades tradicionais, perceberam-se, nos últimos anos, melhorias no que diz respeito à qualidade de vida das comunidades quilombolas, assim como, dos indígenas, ribeirinhos, comunidades de terreiros, extrativistas, pescadores artesanais, dentre outros.

A ação constitucional de proteção às chamadas comunidades quilombolas tem se ampliado, podendo ser considerada, atualmente, uma prática inovadora no Brasil. O Governo Federal, por meio do Programa Brasil Quilombola, incluiu em suas ações e propostas futuras iniciativas, abrangendo quase na sua totalidade, obras de saneamento e infraestrutura (BRASIL, 2005b).

Segundo relatório do Ministério da Saúde, as ações voltadas à população quilombola estão, em geral, marcadas pela ideia de “incentivo à equidade”, por meio da extensão da cobertura de ações já existentes, tais como o Programa de Habitação e Saneamento, as ações de segurança alimentar e nutricional e a Estratégia de Saúde da Família – ESF (BRASIL, 2005). Com o objetivo de atingir um

financiamento mais equitativo, a Portaria do Ministério da Saúde (GM/MS nº 1.434), de 14/07/04, estabeleceu um adicional de 50% no valor dos incentivos de Saúde da Família para as equipes que atuam em áreas de quilombolas.

Contudo, as comunidades quilombolas, ainda se configuram como grupos que vivem em situação de vulnerabilidade social (GOMES, 2013). Dentre as principais preocupações dessas comunidades, destacamos a atenção primária à saúde, o saneamento, a afirmação da identidade étnico-cultural por meio de uma educação adequada ao contexto sociocultural quilombola e a preservação e reprodução do saber e da cultura negra, assim como na ampliação desses por um maior acesso a informação, formação e novas tecnologias (SILVA *et al*, 2008).

Para Gomes (2013), esse contexto desfavorável principalmente, em relação às condições de vida, é fruto do processo histórico de escravização, que acarretou desigualdades sociais e de saúde, menor acesso a bens e serviços, o que pode ocasionar também maior dificuldade de utilização de serviços de saúde.

3 JUSTIFICATIVA

Esse estudo justifica-se pela importância de compreender a utilização dos serviços de saúde em comunidades quilombolas, tendo em vista a magnitude dos problemas decorrentes ao acesso insuficiente a esses serviços.

Observa-se que os estudos sobre a utilização de serviços de saúde nessas comunidades, assim como, suas condições de saúde ainda são escassas e pouco exploradas (GOMES, 2013).

Assim, a relevância desse estudo é evidenciada pela carência de dados relacionados ao tema em comunidades quilombolas, também, no estado do Rio Grande do Sul, pela possibilidade de identificar populações prioritárias para atenção à saúde, em busca de minimizar iniquidades em saúde e fornecer dados importantes para planejamento, avaliação e monitoramento de programas e ações voltadas para a utilização e o acesso aos serviços de saúde.

4 OBJETIVOS E HIPÓTESES

4.1 Objetivo Geral:

Avaliar a utilização dos serviços de saúde por famílias residentes em comunidades quilombolas no estado do Rio Grande do Sul.

4.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar a prevalência da utilização dos serviços de saúde das comunidades quilombolas
- b) Verificar os fatores associados à utilização dos serviços de saúde nas comunidades quilombolas
- c) Descrever as características da utilização dos serviços de saúde nas comunidades quilombolas

4.3 Hipóteses

Baseando-se nas evidências encontradas na revisão de literatura é esperado que nos resultados deste estudo, encontre-se:

- Uma menor utilização dos serviços de saúde pelas comunidades quilombolas, quando comparada com achados na literatura sobre a utilização desses serviços em cidades urbanas e população em geral do Rio Grande do Sul;
- Maior utilização dos serviços de saúde por idosos, quando comparados com adultos.
- Associação positiva entre pertencer ao sexo feminino e a utilização dos serviços de saúde.
- Associação positiva entre possuir pelo menos uma doença crônica diagnosticada e a utilização dos serviços de saúde.
- Associação negativa entre a utilização dos serviços de saúde e as variáveis socioeconômicas, tais como, renda, escolaridade e classe econômica.

5 MÉTODOS

5.1 Identificação do projeto

Este projeto de pesquisa está inserido em outro estudo maior intitulado: “(In) segurança alimentar e acesso aos programas de desenvolvimento social e combate a fome de comunidades quilombolas do estado do Rio Grande do Sul”, o qual teve a coleta de dados realizada de maio a outubro de 2011. Portanto, a metodologia do presente projeto teve como referência a tese de doutorado de Bairros (2013).

5.2 Delineamento do estudo

O presente estudo é do tipo transversal de base populacional.

5.3 População de estudo

A população deste estudo foi composta por uma amostra representativa dos responsáveis pela família/domicílio, residentes de comunidades quilombolas rurais e urbanas do estado do Rio Grande do Sul.

Foram incluídos no estudo todos os responsáveis por família/domicílio entrevistados nas comunidades quilombolas participantes da amostra.

5.4 Processo amostral

5.4.1 Cálculo do tamanho da amostra

A amostra do estudo foi estimada considerando a prevalência de insegurança alimentar moderada e grave na população negra do estado do Rio Grande do Sul, segundo PNAD 2009 (9,5%).

Através do software Epi Info 2000 (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, EUA*), versão 3.5, estabeleceu-se um erro aceitável de 3 pontos

percentuais, efeito de delineamento de 1,5, nível de confiança de 95% e poder estatístico de 80% totalizando 576 famílias. Acrescentou-se 10% considerando perdas e recusas, totalizando uma amostra final de 634 famílias.

5.4.2 Amostragem

A amostragem foi realizada em duas etapas:

1. Comunidade Quilombola

Calculou-se uma média de 28 famílias por comunidade quilombola, conforme dados obtidos através da Fundação Palmares/Ministério da Cultura. Sendo assim, sorteou-se 22 comunidades quilombolas para esse estudo.

Para a seleção dos quilombos, foi utilizada amostragem com probabilidade proporcional ao tamanho. No estado do Rio Grande do Sul, o número de famílias nas comunidades quilombolas difere entre 4 e 275. Sendo assim, atribuiu-se um peso (ou probabilidade) a cada quilombo proporcional ao número de famílias. Deste modo, um quilombo com 100 famílias teve 10 vezes mais chance de ser incluído do que um quilombo com 10 famílias.

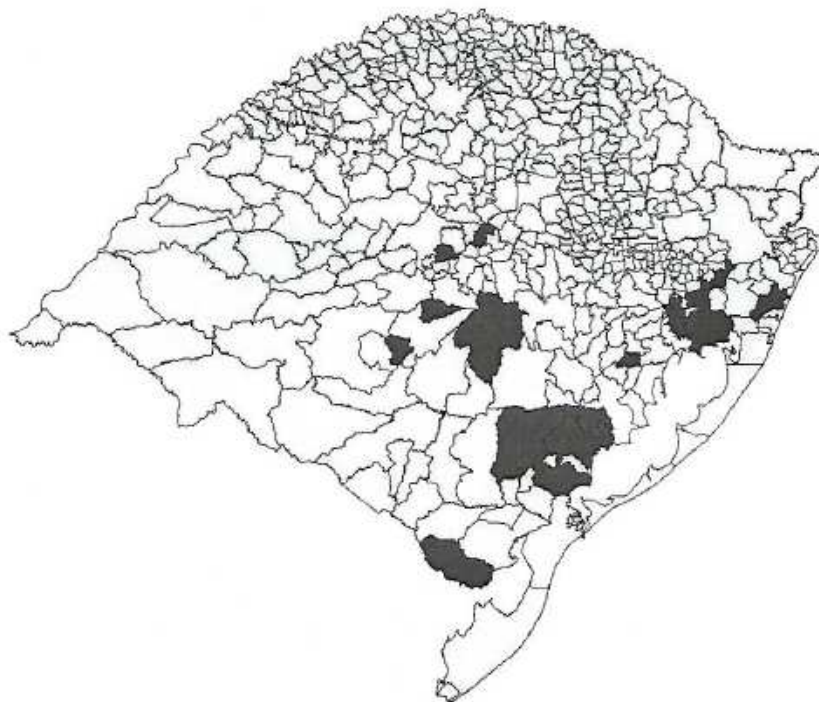
Abaixo, (quadro 1) listam-se as comunidades quilombolas e os respectivos municípios sorteados para a amostra:

Quadro 1 - Comunidades quilombolas sorteadas para a amostra:

COMUNIDADE QUILOMBOLA	MUNICÍPIO
1. Sítio Novo	Arroio do Tigre
2. Chácara Barreto	Canoas
3. Manoel Barbosa	Gravataí
4. Morro Alto	Osório
5. Alpes	Porto Alegre
6. Areal (Guaranha)	Porto Alegre
7. Mutuca	Turuçu
8. Paredão	Taquara
9. Cantão das Lombas	Viamão
10. Cambará	Cachoeira do Sul

11. Passo do Lourenço	Canguçu
12. Favila	Canguçu
13. Maçambique	Canguçu
14. Estância da Figueira	Canguçu
15. Serrinha do Cristal	Cristal
16. Passos do Brum	Formigueiro
17. Madeira	Jaguarão
18. Algodão	Pelotas
19. Vila do Torrão (Cantagalo)	São Lourenço do Sul
20. Montojo (Serrinha)	São Lourenço do Sul
21. Várzea dos Baianos	Pedras Altas
22. Rincão do Santo Inácio	Nova Palma

As 22 comunidades quilombolas estão situadas em 17 municípios gaúchos conforme mapa abaixo:



2. Famílias na comunidade quilombola sorteada

O cálculo do número de famílias a serem entrevistadas em cada comunidade quilombola também foi através da amostragem com probabilidade proporcional ao tamanho. Posteriormente, de posse da lista de todas as famílias residentes na comunidade, foi realizada uma amostragem aleatória para a seleção das famílias que foram entrevistadas.

Assim, de um total de 948 famílias encontradas nesses 22 quilombos, 634 foram entrevistadas.

5.5 Variáveis

5.5.1 Desfecho

Utilização dos serviços de saúde:

A utilização dos serviços de saúde pelas famílias quilombolas será mensurada através da referência da pessoa entrevistada, avaliando o número de vezes que se consultou um médico nos últimos 12 meses anteriores a pesquisa..

5.5.2 Variáveis explanatórias

As variáveis explanatórias serão categorizadas a partir da análise dos dados deste estudo. Abaixo, segue as respectivas variáveis:

- Idade: descrita em anos de idade, será categorizada em faixas etárias posteriormente, após análise prévia dos dados.
- Sexo: variável dicotômica, categorizada em masculino e feminino.
- Escolaridade: variável descrita em anos de estudo, será categorizada posteriormente em níveis de estudo, após análise prévia dos dados.
- Renda familiar.
- Classe econômica, categorizada em A, B, C e D, de acordo com ABEP.

- Hipertensão arterial sistêmica, variável de doença referida pelo paciente, dicotômica categorizada em sim ou não.
- Doenças cardíacas, variável de doença referida pelo paciente, dicotômica categorizada em sim ou não.
- Diabetes mellitus, variável de doença referida pelo paciente, dicotômica categorizada em sim ou não.
- Distúrbios psiquiátricos menores, variável dicotômica, avaliada a partir do questionário SRQ, categorizada em sim ou não.

5.6 Procedimentos de coleta de dados

5.6.1 Seleção e treinamento dos entrevistadores

A seleção foi realizada simultaneamente a fase inicial de treinamento dos entrevistadores. Foram selecionados indivíduos de ambos os sexos, com escolaridade mínima de nível médio. A seleção foi composta por prova de conhecimentos gerais e entrevista, o treinamento dos entrevistadores teve a duração de 40 horas.

5.6.2 Logística de campo

Após o treinamento, os entrevistadores realizaram a coleta dos dados em forma de mutirão, aos finais de semana, onde todos os entrevistadores aplicavam os questionários na mesma comunidade quilombola.

Os entrevistadores visitaram as casas sorteadas no processo de amostragem, e entrevistaram o responsável pelo domicílio. Quando na ausência do responsável pelo domicílio, as entrevistas foram reagendadas, e as casas novamente visitadas. No caso em que houvesse recusa ou ausência dos moradores, o entrevistador realizou mais duas tentativas em dias e horários diferentes. E caso persistisse a recusa, uma última tentativa deveria ser realizada pelo supervisor/coordenador do estudo.

Para esclarecimento de dúvidas, revisão de questionários e verificação do andamento do trabalho de campo, foram realizadas reuniões semanais com os entrevistadores.

O estudo contou com supervisores do trabalho de campo, onde cada um, e se responsabilizou pela atuação de até 10 entrevistadores.

O controle de qualidade do estudo foi realizado com 10% das famílias entrevistadas.

5.6.3 Instrumentos

Foram utilizados questionários padronizados, pré-codificados e pré-testados. O questionário composto por 120 questões abordou temas referentes às condições demográficas, socioeconômicas, o acesso aos Programas do Governo Federal, atividades agrícolas, segurança alimentar e nutricional, saúde bucal, saúde mental, acesso aos serviços de saúde, e consumo de fumo e bebidas alcoólicas.

5.6.4 Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado em uma comunidade quilombola não incluída na amostra. Esse consistiu na testagem final do questionário e manual do entrevistador; apreciação da logística e organização do trabalho de campo; além do treinamento final da codificação dos questionários.

Ao final do estudo piloto, as dificuldades encontradas foram discutidas e revisadas. Desse modo, foram realizadas algumas modificações nos questionários, tais como a inclusão de respostas objetivas, com a finalidade de facilitar a compreensão por parte dos entrevistados.

5.6.5 Processamento e análise dos dados

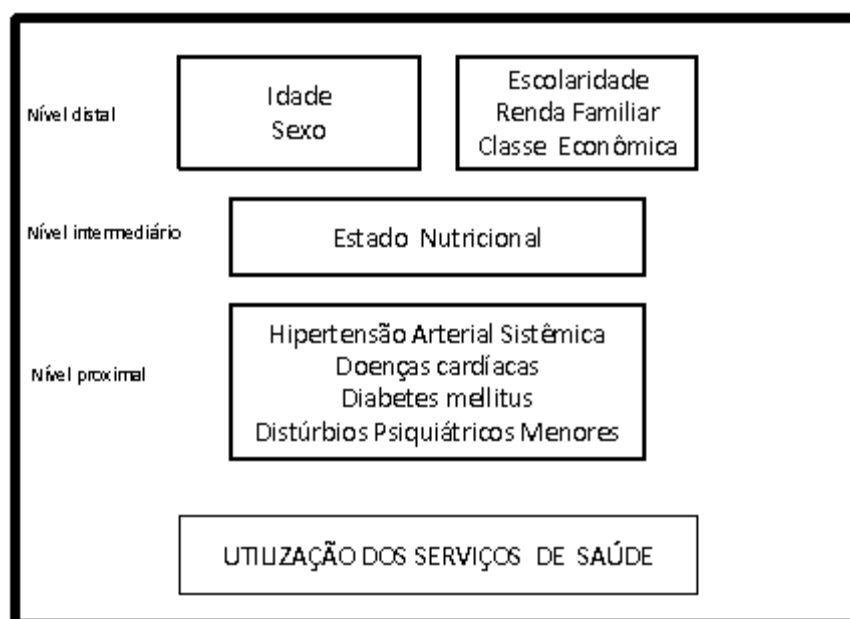
A digitação dos dados foi realizada no programa Epi Data 3.1 (*EpiData Association, Odense Denmark*) através de dupla entrada e comparação posterior, a fim de evitar erros. Para a análise estatística será utilizado o programa STATA versão 11 (*Stata Corp., College Station, EUA*).

A amostra será caracterizada por uma análise descritiva, com o cálculo das prevalências das variáveis independentes. Posteriormente, serão utilizadas análises bruta e ajustada para o teste das hipóteses iniciais do estudo, onde será adotado um nível de significância de 5%.

Na análise bruta será utilizado o programa SPSS, versão 17 (*SPSS Inc., Chicago, EUA*), escrevendo as razões de prevalência com os respectivos intervalos de confiança de 95 % (IC95%). Para a análise ajustada será utilizada a Regressão de Poisson, onde serão incluídas as variáveis que atingiram valor de $p \leq 0,20$ na análise bruta.

As variáveis de cada bloco serão ajustadas para aquelas que se encontram no nível imediatamente superior, respeitando a hierarquia do modelo, a seguir (Fig. 2).

Figura 2 - Modelo hierárquico das relações entre as variáveis para a utilização dos serviços de saúde



Fonte: a autora

Para cada um dos itens do desfecho (número de vezes que se consultou um médico nos últimos 12 meses, local onde foram realizados os atendimentos e especialidade médica pela qual foi realizado o atendimento) será construído um modelo de análise multivariável.

6 ASPECTOS ÉTICOS

Esse projeto será submetido à avaliação do Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

O estudo maior intitulado “(In) segurança alimentar” da autoria de Fernanda de Souza Bairros, o qual esse projeto faz parte, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o protocolo nº 20041. Os princípios éticos dessa pesquisa foram assegurados, com a realização da coleta de dados somente após o consentimento informado dos entrevistadores, assim como, com a garantia de respeito ao anonimato, à confidencialidade e a privacidade dos dados obtidos.

7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados do presente estudo serão divulgados sob a forma de artigo para possível publicação em periódico científico, seminários de pesquisa e em congressos da área de saúde coletiva.

9 ORÇAMENTO

Esse projeto está inserido em um estudo maior intitulado “(In) Segurança alimentar e acesso aos programas de desenvolvimento social e combate à fome de comunidades quilombolas do estado do Rio Grande do Sul” custeado num valor total de R\$ 55.654,90 e financiado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico através do Edital MCT/CNPq/MDS-SAGI nº 36/2010 – Estudos e Avaliação das Ações do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

As despesas desse projeto serão descritas a seguir, sendo essas custeadas pela pesquisadora. A descrição do orçamento está apresentada no Quadro 3.

Quadro 3 - Descrição do Orçamento do projeto

Descrição do Material	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Canetas	04	2,00	8,00
Lápis	04	1,50	6,00
Borracha	02	1,50	3,00
Marcadores de texto	04	4,00	16,00
Folhas papel A4	700	0,04	28,00
Cartucho tinta impressora	05	40,00	200,00
Impressões	500 pg.	0,20	100,00
Encadernações	06	20,00	120,00
Solicitação de artigos	03	50,00	150,00
Computador	01	1.800,00	1.800,00
TOTAL			2.431,00

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, AW. "Os quilombos e as novas etnias" In: LEITÃO (org.) **Direitos Territoriais das Comunidades Negras Rurais**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 1999. p.30.
- ANDERSEN, Ronald M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**; v.36, p.1-10, mar 1995
- ASSIS, Marluce M A; JESUS, Washington L A . Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.2865-2875, 2012
- BAIRROS, Fernanda S. *et al.* Racial inequalities in access to women's health care in Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.12, p.2364-2372, dez, 2011.
- BAIRROS, F. S. (In) **Segurança alimentar e acesso aos programas de desenvolvimento social e combate à fome de comunidades quilombolas do estado do Rio Grande do Sul**. 2013. 148p. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2013.
- BASTOS, Gisele A. N. et al . Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, Jun 2011.
- BABITSCH, Birgit; GOHL, Daniela; VON LENGERKE, Thomas. Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. **Psycho-Social Medicine**, v.9, 2012.
- BIANCHI, Fernanda T., et al. Racial identity and self-esteem among black brazilian men: race matters in Brazil too! **Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology**, v.8, n.2, 157-169, 2002.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 4887**. Brasília, 2003
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.434/GM de 14 de julho de 2004**. Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU). 2004; Seção 1: 36.
- _____. A saúde da população negra e o SUS: ações afirmativas para avançar na equidade / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde (Série B. Textos Básicos em Saúde), 60 p, 2005.
- _____. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Programa Brasil Quilombola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 61 p.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Políticas Sociais e Chamada Nutricional Quilombola: Estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças**. – Brasília – 2008. 156 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 291 p.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 14 de maio de 2014.

BRAVEMAN, P; GRUSKIN, S. Defining equity in health **J Epidemiol Community Health**; v.57 p.254–258, 2003

CAMPBELL S M, ROLAND M O, BUETOW S A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**, v.51, p.1611-25, 2000.

CAPILHEIRA, Marcelo F; SANTOS, Iná S. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. **Revista de Saúde Pública**. v.40, n.3, p. 436-443, 2006.

CARDOSO, Andrey M.; SANTOS, Ricardo V.; COIMBRA JR., Carlos E. A.. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 21,n. 5,out. 2005.

CASTRO, Mônica S. M.; TRAVASSOS, Cláudia; CARVALHO, Marília S. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, abr. 2005 .

CHOR, Dóra.; LIMA, Claudia R.A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p. 1586-1594, 2005.

CRETENDEN, Ian, DAL POZ, Mario; BUCHAN, James. Right time, right place: improving access to health service through effective retention and distribution of health workers. **Human Resources for Health**, v.11, n.60, p. , 2013.

DESTRO, Juliana R; BOING, Antonio F; D'ORSI, Elenora. Fatores associados à realização de consultas médicas por idosos no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo , v. 17,n.3, set.2014.

DIAS DA COSTA, Juvenal S. *et al.* Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.5, p.868-876, mai, 2011.

DIAS DA COSTA, Juvenal S. *et al.* Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n. Supl 2, p. 51-59, 2008.

FERNANDES, Léia C. L; BERTOLDI, Andréa D; BARROS, Aluísio J D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, ago. 2009.

GERHARDT, Tatiana E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.11, p.2449-2463, nov. 2006.

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

GUSMÃO, N. M. Os direitos dos remanescentes de quilombos. In: **Cultura Vozes**, nº 6. São Paulo: Vozes, nov/dez de 1995.

KAWACHI,I; SUBRAMANIAN, S V; ALMEIDA-FILHO, N. A glossary for health inequalities. **J Epidemiol Community Health**, v.56, p.647–652, 2002.

KOTTKE, Thomas E.; ISHAM, GeorgeJ. Measuring health care access and quality to improve health in populations. **Center for Disease and Prevention: Preventing Chronic Disease**. v.7, n.4:A73, jul. 2010.

KRIEGER, Nancy. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. **American Journal of Public Health**, v.93, p. 194-199, 2003.

LEVY MERRICK, Elisabeth S. *et al.* Integrated employee assistance program/managed behavioral health care benefits: relationship with access and client characteristics. **Adm Policy Ment Health**.,v.36, n.6, p.416-423, nov. 2009.

LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n.5, p.1595-1601, 2005.

LOUVISON, Marília C. P. *et al* . Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v.42, n. 4, ago. 2008.

MAGALHAES L, CARRASCO C, GASTALDO D. Undocumented migrants in Canada: a scope literature review on health, access to services, and working conditions. **J Immigr Minor Health**, v.12, n. 1, p.132-151, fev. 2010.

MENDES, Antonio C.G. *et al* . Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.11, nov. 2012.

MENDOZA-SASSI, Raúl; BERIA, Jorge U...Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.819-832, jul-ago, 2001

MENDOZA-SASSI, Raúl; BERIA, Jorge U.. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based

study in Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, out. 2003.

MENDOZA-SASSI, Raúl; BERIA, Jorge U; BARROS, Aluísio J D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.3, jun. 2003.

MIQUILIN, I O C et al . Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 7, July 2013 .

MORAES, Suzana A.; LOPES, Daniele A.; FREITAS,, Isabel C. M. Diferenças sexo-específicas na prevalência e nos fatores associados à procura por serviços de saúde em estudo epidemiológico de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 323, p.323-340, 2014.

MOREIRA, Jessica P. L.; MORAES, José R.; LUIZ, Ronir R. Utilização de consulta médica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados da PNAD 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 9, set. 2011.

MULLEN, Michael T, *et al.* Disparities in evaluation at certified primary stroke centers: reasons for geographic and racial differences in stroke. **Stroke**, v.44, n.7, p.1930-1935, jul. 2013.

MULLEN, Michael T. *et al.* Disparities in Accessibility of Certified Primary Stroke Centers. **Stroke**, 2014

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.18(Supl), p.77-87, 2002.

OLINTO, Maria T.A.; OLINTO Beatriz A. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.1137-1142, out-dez, 2000.

OLIVER, M.N. Racial health inequalities in the USA: The role of social class. **Public Health**. v.122, 1440-1442, 2008.

OPAS. **La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los Procesos de Reforma del Sector Salud**. Washington: OPAS, 1997.

OWENS, Gary M. Gender differences in health care expenditures, resource utilization, and quality of care. **Journal of Managed Care Pharmacy**. v.14, n.3 (Supl), p. 2-6, abr. 2008.

PAIM, J S & SILVA, L M V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**. v.12, n.2, ago.2010.

PASKULIN, Lisiane M. G.; VALER, Daiany B.; VIANNA, Lucila A.C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v.16,n. 6, jun. 2011.

PAVÃO, Ana L.B.; COELI, Claudia M. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. **Cadernos de Saúde Coletiva**. v.16, n.3, p.471-82, 2008

PINHEIRO, Rejane S. *et al* . Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002.

PIRES, Maria R.G. M.*et al* . A utilização dos serviços de atenção básica e de urgência no sus de belo horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.22, n.1, mar. 2013.

PONTES, Ana P. M. *et al* . Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde.**Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.63, n.4, ago.2010.

REDONDO-SENDINO, Áurea *et al*. Gender Differences in the Utilization of Health-Care Services Among the Older Adult Population of Spain. **BMC Public Health**. v.6, 2006.

RIBEIRO, Manoel C. S. A. *et al*. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS-PNAD 2003.**Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, 2006.

SAWYER, Diana O.; LEITE, Iúri. C.; ALEXANDRINO, Ricardo. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 7, n. 4, 2002.

SILVA, H O; SOUZA, B O; SANTOS, L M P. Diagnóstico das condições de vida nas comunidades incluídas na chamada nutricional quilombola **Cadernos de Estudos - Desenvolvimento Social em Debate**, n.9, 2008.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

SZWARCWALD, Célia L; SOUZA-JÚNIOR Paulo R. B. DAMACENA, Giseli N. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the world health survey. **BMC Health Services Research**. v.10, n.217, p.1-7, jul.2010.

TRAD, Leny A. B.; CASTELLANOS, Marcelo E. P.; GUIMARAES, Maria C. S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, dez.2012.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma Revisão Sobre os Conceitos de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup 2, p. S190-S198, 2004.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco. Acesso e Uso de Serviços de Saúde em Idosos Residentes em Áreas Rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, v. 10, p. 2490-2502, out 2007.

TRAVASSOS, Claudia *et al.* Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 11, n. 5/6, p. 365, 2002.

TURCI, M A *et al.* Intraurban differences in the use of ambulatory health services in a large Brazilian city. **Journal of Urban Health**, v. 87, n. 6, p. 994-1006, 2010.

VAIDYA, Varun; PARTHA, Gautam, KARMAKAR, Monita. Gender Differences in Utilization of Preventive Care Services in the United States. **Journal of Women's Health**. February 2012, 21(2): 140-145.

VICTORA, Cesar G. *et al.* Saúde no Brasil 6: Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **Lancet**, v. 377, n. 9782, p. 90-102, 2011.

VIOLAN Concepción *et al.* Burden of multimorbidity, socioeconomic status and use of health services across stages of life in urban areas: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 530, 2014.

VOELKER R. Decades of Work to Reduce Disparities in Health Care Produce Limited Success. **JAMA**, 2008. Vol 299, No. 12 p.1411–1413

WAGNER, Anita K. *et al.* Need for and access to health care and medicines: are there gender inequities?. **PLoS ONE**, v. 8, n. 3, p. e57228, 2013.

WHO. **Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries**. Publications of the World Health Organization, 2013.

WILLIAMS D. R., SMELSER, N. J., & BALTES, P. B.. Ethnicity, Race, and Health. **International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences**. p 4831-4838, 2002.

II – RELATÓRIO DE PESQUISA

INTRODUÇÃO

Esse relatório de pesquisa se refere a um estudo transversal de base populacional, denominado “Utilização dos serviços de saúde por comunidades quilombolas do estado do Rio Grande do Sul”. O presente estudo faz parte de uma pesquisa denominada “(IN) Segurança alimentar e acesso aos programas de desenvolvimento social e combate à fome de comunidades quilombolas do estado do Rio Grande do Sul”, tese de Doutorado do Curso de Epidemiologia da UFRGS, da autoria de Fernanda Souza de Bairros (Bairros, 2013). A coleta de dados foi realizada no período de maio a outubro de 2011.

POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população deste estudo foi composta por uma amostra representativa dos responsáveis por famílias/domicílios de comunidades quilombolas rurais e urbanas do estado do Rio Grande do Sul. Foram incluídos no estudo todos os responsáveis por famílias/domicílios entrevistados nas comunidades quilombolas participantes da amostra.

AMOSTRAGEM E CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA

Para o presente estudo, considerando os dados para a avaliação do desfecho, utilizou-se uma amostra total de 570 entrevistados.

A amostra do estudo de origem foi composta por 589 famílias, observando 7% de perdas e recusas. A estimativa desta amostra considerou a prevalência de insegurança alimentar moderada e grave na população negra do estado do Rio Grande do Sul, segundo PNAD 2009 (9,5%). Nesse cálculo, estabeleceu-se um erro aceitável de 3%, efeito de delineamento de 1,5, nível de confiança de 95% e poder estatístico de 80%, assim totalizando 634 famílias, já considerando um acréscimo de 10% para perdas e recusas.

Inicialmente, dentre 89 comunidades certificadas foram selecionadas 22, por meio de amostragem proporcional ao tamanho da comunidade quilombola. Essas

estavam distribuídas em 17 municípios. A seleção das famílias também foi proporcional ao tamanho da comunidade. A menor comunidade teve 07 famílias entrevistadas e a maior teve 107 famílias.

SELEÇÃO E TREINAMENTO DO PESSOAL

A seleção foi realizada simultaneamente a fase inicial de treinamento dos entrevistadores. Foram selecionados indivíduos de ambos os sexos, com escolaridade mínima de nível médio. A seleção foi composta por prova de conhecimentos gerais e entrevista, o treinamento dos entrevistadores teve a duração de 40 horas.

LOGÍSTICA

Após o treinamento, os entrevistadores realizaram a coleta dos dados em forma de mutirão, aos finais de semana, onde todos os entrevistadores aplicavam os questionários na mesma comunidade quilombola.

Os entrevistadores visitaram as casas sorteadas no processo de amostragem, e entrevistaram o responsável pelo domicílio. Quando na ausência do responsável pelo domicílio, as entrevistas foram reagendadas, e as casas novamente visitadas. No caso em que houvesse recusa ou ausência dos moradores, o entrevistador realizou mais duas tentativas em dias e horários diferentes. E caso persistisse a recusa, uma última tentativa deveria ser realizada pelo supervisor/coordenador do estudo.

O estudo contou com supervisores do trabalho de campo, onde cada um, se responsabilizou pela atuação de até 10 entrevistadores.

Para esclarecimento de dúvidas, revisão de questionários e verificação do andamento do trabalho de campo, foram realizadas reuniões semanais com os entrevistadores.

O controle de qualidade do estudo foi realizado com 10% das famílias entrevistadas.

INSTRUMENTOS

Foram utilizados questionários padronizados, pré-codificados e pré-testados. O questionário composto por 120 questões abordou temas referentes às condições demográficas, socioeconômicas, o acesso aos Programas do Governo Federal, atividades agrícolas, segurança alimentar e nutricional, saúde bucal, saúde mental, acesso aos serviços de saúde, e consumo de fumo e bebidas alcoólicas.

ESTUDO PILOTO

Com a finalidade de testar o questionário e a logística do estudo, foi realizado um estudo piloto em uma comunidade quilombola não incluída na amostra. Esse consistiu na testagem final do questionário e manual do entrevistador; apreciação da logística e organização do trabalho de campo; além do treinamento final da codificação dos questionários.

Ao final do estudo piloto, as dificuldades encontradas foram discutidas e revisadas. Desse modo, foram realizadas algumas modificações nos questionários, tais como a inclusão de respostas objetivas, com a finalidade de facilitar a compreensão por parte dos entrevistados.

VARIÁVEIS

As **variáveis explanatórias** analisadas no presente estudo foram classificadas em 3 grupos – variáveis demográficas, variáveis socioeconômicas e variáveis de morbidades.

- Variáveis demográficas:
 - ✓ sexo (feminino; masculino),
 - ✓ idade - coletada em anos de idade e posteriormente categorizada em faixas etárias (18 a 30; 31 a 40; 41 a 50; 60 ou mais anos de idade),
 - ✓ cor da pele (branca; negra/parda),
 - ✓ situação conjugal (com companheiro; sem companheiro),

- ✓ morador por domicílio (01; 02 a 04; 05 ou mais pessoas).
- Variáveis socioeconômicas:
 - ✓ renda per capita, obtida através dos valores em reais (R\$) e posteriormente categorizada em 03 faixas de valores, sendo estas, R\$ 0,00 a R\$140,00; R\$ 140,01 a 280,00;
 - ✓ escolaridade, classificada de acordo com o número de anos completos de escolarização e categorizada em faixas de 0 a 04; 05 a 08; 09 ou mais anos de estudo;
 - ✓ classe econômica classificada a partir dos critérios adotados pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP),
 - ✓ participação no Programa Bolsa- família categorizada em sim/não.
- Variáveis de morbidade:
 - ✓ estado nutricional (eutrófico; sobrepeso; obeso) avaliado a partir do Índice de Massa Corporal (IMC: cálculo da razão entre o peso em quilogramas e o quadrado da estatura, em metros), sendo considerados eutróficos aqueles indivíduos com IMC abaixo de 25 kg/m², sobrepeso IMC entre 25 e 29,9 kg/m² e obeso aqueles com IMC ≥ 30 kg/m². Observando-se que foram considerados com excesso de peso, todos aqueles classificados com sobrepeso e obesos;
 - ✓ hipertensão arterial (sim/não), avaliada a partir da sua referência pelo paciente;
 - ✓ diabetes mellitus (sim/não), avaliada a partir da sua referência pelo paciente;
 - ✓ distúrbios psiquiátricos menores (sim/não) avaliados a partir do índice do *Self Reporting Questionnaire-20 Items* (SRQ-20), no qual o ponto de corte estabelecido para detectar a presença de distúrbios psiquiátricos menores foi de 7.

Para o **desfecho** de utilização dos serviços de saúde, foram avaliadas as consultas realizadas nos últimos 12 meses anteriores à entrevista, nas comunidades quilombolas que fizeram parte desse estudo.

PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A entrada de dados foi realizada no programa Epi Data 3.1 (*EpiData Association, Odense Denmark*) em dupla entrada e posterior comparação, a fim de evitar erros de digitação. Para a análise dos dados utilizou-se o programa estatístico Stata, versão 11.2 (*Stata Corp., College Station, EUA*).

Foram calculadas prevalências e os seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}). Para as variáveis socioeconômicas foram calculadas a amplitude (valor máximo e mínimo da distribuição). Utilizou-se modelo de regressão de Poisson para estimar razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas e intervalo de confiança de 95% (IC_{95%}), considerando-se o efeito do delineamento amostral para o desfecho utilização de serviços de saúde (deff=1,51) por meio dos comandos svy do Stata.

Para o controle de fatores de confusão na análise multivariável seguiu-se o modelo conceitual hierárquico segundo VICTORA *et al* (1996). Sendo os fatores socioeconômicos e demográficos considerados distais, o estado nutricional, intermediário e as morbidades como proximais na determinação da utilização de serviços. Apenas foi considerada fator de confusão, a variável que estivesse associada tanto com a exposição quanto com o desfecho, considerando um nível de significância menor que 20% ($p < 0,20$).

III – ARTIGO CIENTÍFICO

UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

•

Cristiane da Silva Costa

RESUMO

•

• **Introdução:** O conhecimento sobre a utilização dos serviços de saúde é considerado uma importante ferramenta para o planejamento e avaliação de políticas públicas, permitindo a identificação de populações prioritárias para atenção em saúde. Nesse contexto, algumas são populações menos favorecidas, tais como as comunidades quilombolas. Porém, apesar disso, ainda são poucos os dados encontrados sobre a utilização dos serviços de saúde nessas comunidades no estado do Rio Grande do Sul.

• **Objetivo:** Verificar a utilização dos serviços de saúde por comunidades quilombolas do estado do Rio Grande do Sul, segundo características demográficas, socioeconômicas e de morbidades.

• **Metodologia:** Estudo transversal de base populacional realizado em 22 comunidades quilombolas do estado do Rio Grande do Sul no ano de 2011. Dados obtidos através de entrevistas com os responsáveis pelo domicílio, utilizando-se questionários padronizados e pré-testados. Para a estimativa das razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas e intervalo de confiança de 95% (IC95%) foi utilizado o modelo de regressão de Poisson.

• **Resultados:** Dentre os 570 entrevistados, a maioria 81,6% viviam em quilombos considerados rurais, 65,1% eram do sexo feminino, 90,2% eram de cor negra/parda, 54,4% possuíam uma baixa escolaridade (até 04 anos de estudo), 64,2% tinham renda per capita até R\$280,00. Quanto à prevalência de morbidades 59,0% tinham de excesso de peso, 38,5% tinham hipertensão arterial, 9,2% diabetes mellitus e 13,3% doença cardiovascular, 42,5% apresentavam distúrbios psiquiátricos menores. Em relação ao desfecho, observou-se que 478 (84%) pessoas haviam consultado com médico no período de 12 meses anteriores a entrevista. Quanto aos fatores associados foi encontrado que as mulheres, pessoas com mais de 50 anos e com companheiro(a) consultavam mais os serviços de saúde.

• **Conclusão:** Os achados deste estudo indicaram uma elevada utilização dos serviços de saúde por comunidades quilombolas no estado do Rio Grande do Sul. Os principais fatores associados à utilização dos serviços de saúde, tais como, ser mulher, indivíduos mais velhos e que viviam com companheiro, são semelhantes àqueles apontados na literatura científica, em outras comunidades ou grupos populacionais. Contudo, devem ser considerados os baixos índices de condições socioeconômicas e a elevada prevalência de morbidades encontrada nessas comunidades.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde, Etnia e saúde, Grupos étnicos.

- **THE USE OF HEALTH SERVICES IN QUILOMBOLAS COMMUNITIES IN THE STATE OF RIO GRANDE DO SUL**

•
Cristiane da Silva Costa

ABSTRACT

- **Introduction:** The knowledge about the use of health services is considered an important tool for planning and evaluation of public policies, allowing the identification of priority populations to health care. Some populations are disadvantaged, characterized as affected population subgroups disproportionately by social inequality, racial and geographical. In this context, they are included quilombolas communities generally linked to rural jobs or subsistence farming, living in areas of difficult access and unfavorable living conditions. Nevertheless, there are few data found on the use of health services in quilombolas communities in the state of Rio Grande do Sul.

Objective: To investigate the use of health services by quilombolas communities of the state Rio Grande do Sul, according to demographic, socioeconomic and morbidity characteristics.

Methodology: Cross-sectional population-based study conducted in 22 quilombolas communities of Rio Grande do Sul state in 2011. Data were obtained through interviews with heads of household, using standardized and pre-tested questionnaires. To estimate the prevalence ratios (PR) and adjusted gross and 95% confidence interval (95% CI) was used Poisson regression model.

Results: Among the 570 respondents, 81.6% lived in quilombos considered rural, 65.1% were female, 90.2% were colored black / brown, 54.4% had a low educational level (up to 04 years study), 64.2% had per capita income up to R\$ 280.00. As the prevalence of morbidity 59.0% were overweight, 38.5% had hypertension, 9.2% and 13.3% diabetes mellitus, cardiovascular disease, 42.5% had minor psychiatric disorders. Regarding the outcome, it was observed that 478 (84%) people had visited a doctor in the 12 months preceding the interview. As for the associated factors it was found that women, people over 50 and with a partner most consulted health services.

Conclusion: The findings of this study indicated a high utilization of health services by quilombolas communities in the state of Rio Grande do Sul. The main factors associated with the use of health services, such as being female, older individuals, who lived with. A partner, are similar to those indicated in the scientific literature, in other communities or populations. However, it has to be considered the low levels of socio-economic conditions and the high prevalence of comorbidities, which reinforce the importance of effective public policies aimed at improving the living conditions of these populations.

Key words: Health Services Accessibility, Ethnicity and Health , Ethnic Groups.

INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde, bem como, a sua utilização é um tema abordado por diversos estudos na literatura internacional ¹⁻³. Países de todo o mundo estão atentos, buscando a melhora do acesso e eficácia dos serviços oferecidos pelos seus sistemas de saúde ¹. No Brasil e em países da América Latina, esse contexto não é diferente, estudos evidenciam uma ampla discussão sobre o assunto, considerando as suas especificidades e fatores associados ⁴⁻¹⁰.

Visando ofertar um serviço de saúde de qualidade, destaca-se como uma condição básica, o seu acesso facilitado ^{2, 11}. A utilização desses serviços deve ser uma porta de entrada facilmente acessível, caso contrário, pode haver uma dificuldade na obtenção de uma atenção adequada ou mesmo, o adiamento do cuidado em saúde, acarretando em problemas adicionais aos indivíduos ¹². Sendo assim, a lógica do funcionamento dos serviços de saúde também pode ser representada pela sua utilização¹⁰.

A abordagem que compreende o acesso e o uso dos serviços de saúde configura-se como uma questão complexa e abrangente, sendo associada aos contextos políticos, econômicos, sociais, organizativos e técnicos ^{5, 13}. No Brasil, apesar de assegurada por lei, a garantia desse acesso, por vezes, está relacionada com a identificação de eventuais barreiras, vinculadas às características e necessidades da população de uma determinada região ^{14, 15}.

Embora estudos apontem para uma melhora na utilização e no acesso aos serviços de saúde, no contexto brasileiro dos últimos anos, há necessidade da avaliação do uso desses serviços, bem como, do acompanhamento da sua utilização, para melhor atender os princípios de universalidade e equidade, conforme preconizam as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) ^{5, 16-20}.

Na intenção de identificar e reduzir as desigualdades, assim como, melhorar o atendimento ofertado, faz-se necessário um planejamento adequado para as questões voltadas aos sistemas de saúde. Para tanto, é relevante que programas governamentais e demais políticas públicas conheçam as características dos usuários e o padrão de acesso/utilização desses serviços e, identificando os principais fatores associados, bem como os principais problemas enfrentados pelos usuários, permitindo um planejamento específico de ações em saúde ^{6, 21, 22}.

Algumas populações são menos favorecidas, caracterizando-se como subgrupos populacionais afetados desproporcionalmente pela iniquidade social, racial e geográfica. Assim, torna-se importante para o planejamento e avaliação das políticas de saúde o acompanhamento do uso dos serviços de saúde.

Nesse contexto, estão incluídas as comunidades quilombolas, presentes em todo o território nacional. Essas comunidades, na sua maioria de ancestralidade negra, geralmente, estão vinculadas a trabalhos rurais ou de culturas de subsistência, vivendo em áreas de difícil acesso e em condições de vida desfavoráveis ²³. Contudo, atualmente, ainda que através de ações pontuais e restritas, observa-se a elaboração de políticas públicas e programas governamentais para essas populações, na tentativa de reduzir as iniquidades existentes ²⁴⁻²⁶.

Portanto, uma investigação sobre o uso de serviços de saúde nas comunidades quilombolas configura-se como um relevante instrumento, com a finalidade de auxiliar no planejamento e avaliação de políticas voltadas para o bem-estar social dessas populações. Sendo assim, esse estudo tem como objetivo conhecer a utilização dos serviços de saúde, bem como alguns fatores associados, em comunidades quilombolas no estado do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Este estudo faz parte de uma pesquisa denominada “(IN) Segurança alimentar e acesso aos programas de desenvolvimento social e combate à fome de comunidades quilombolas do estado do Rio Grande do Sul” ²⁴. Trata-se de um estudo transversal de base populacional em comunidades quilombolas, rurais e urbanas do referido estado.

Para o cálculo do tamanho da amostra estabeleceu-se um poder estatístico de 80% e nível de confiança de 95%, considerando a prevalência de insegurança alimentar moderada e grave de 9,5% na população negra do estado ²⁷, erro de 3 pontos percentuais e um efeito de delineamento de 1,5, estimou-se a necessidade de se incluir 576 famílias. Ao final houve um acréscimo de 10% para possíveis perdas e recusas. Assim, a amostra calculada foi de 634 famílias.

Para a seleção das famílias o processo amostral foi de multiestágios. Inicialmente, dentre 89 comunidades certificadas foram selecionadas 22, por meio de amostragem proporcional ao tamanho da comunidade quilombola. Essas estavam distribuídas em 17 municípios. A seleção das famílias também foi

proporcional ao tamanho da comunidade. A menor comunidade teve 07 famílias entrevistadas e a maior teve 107 famílias.

Todas as entrevistas foram realizadas nos domicílios com o responsável pela família, no período de maio a outubro de 2011. Foram aplicados questionários padronizados e pré-testados contendo 120 questões, desde condições demográficas, socioeconômicas, acesso aos programas de governo, uso de serviços de saúde, morbidades e hábitos comportamentais, bem como segurança alimentar e nutricional. Com a finalidade de testar o questionário e a logística do estudo, foi realizado um estudo piloto em uma comunidade quilombola não incluída na amostra.

As variáveis demográficas analisadas no presente estudo foram sexo (feminino; masculino), idade (18 a 30; 31 a 40; 41 a 50; 60 ou mais anos de idade), cor da pele (branca; negra/parda) e situação conjugal (com companheiro; sem companheiro), morador por domicílio (01; 02 a 04; 05 ou mais pessoas).

Quanto as variáveis socioeconômicas, a análise incluiu renda per capita, escolaridade, classe econômica e a participação no Programa Bolsa- família. A variável renda per capita foi obtida através dos valores em reais (R\$) e posteriormente categorizada em 03 faixas de valores, sendo estas, R\$ 0,00 a R\$140,00; R\$ 140,01 a 280,00; mais de R\$ 280,00. A escolaridade foi classificada de acordo com o número de anos completos de escolarização e categorizada em faixas de 0 a 04; 05 a 08; 09 ou mais anos de estudo.

A variável classe econômica foi classificada a partir dos critérios adotados pela Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP) e a participação no Programa Bolsa-família foi categorizada em sim/não.

As variáveis de morbidade foram estado nutricional (eutrófico; sobrepeso; obeso); hipertensão arterial (sim; não), diabetes mellitus (sim; não), e distúrbios psiquiátricos menores (sim; não). O estado nutricional foi avaliado a partir do Índice de Massa Corporal (IMC: cálculo da razão entre o peso em quilogramas e o quadrado da estatura, em metros), sendo considerados eutróficos aqueles indivíduos com IMC abaixo de 25 kg/m², sobrepeso IMC entre 25 e 29,9 kg/m² e obeso aqueles com IMC \geq 30 kg/m². A variável hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi avaliada a partir da sua referência pelo paciente, assim como as variáveis diabetes mellitus e doença cardiovascular. A presença de distúrbios psiquiátricos menores foi avaliada a partir do índice do *Self Reporting Questionnaire-20 Items* (SRQ-20), no qual

o ponto de corte estabelecido para detectar a presença de distúrbios psiquiátricos menores foi de 7.

Para o desfecho de utilização dos serviços de saúde, foram avaliadas as consultas realizadas com médicos nos últimos 12 meses anteriores à entrevista, nas comunidades quilombolas que fizeram parte desse estudo.

A entrada de dados foi realizada no programa Epi Data 3.1 (*EpiData Association, Odense Denmark*) em dupla entrada e posterior comparação, a fim de evitar erros de digitação. Para a análise dos dados utilizou-se o programa estatístico Stata, versão 11.2 (*Stata Corp., College Station, EUA*).

Foram calculadas prevalências e os seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}). Para as variáveis socioeconômicas, também foram calculadas as amplitudes (valor máximo e mínimo da distribuição). Utilizou-se modelo de regressão de Poisson para estimar razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas e intervalo de confiança de 95% (IC_{95%}), considerando-se o efeito do delineamento amostral para o desfecho utilização de serviços de saúde (deff=1,51) por meio dos comandos svy do programa Stata.

Para o controle de fatores de confusão na análise multivariável seguiu-se o modelo conceitual hierárquico segundo Victora *et al*²⁸. Para a realização desse modelo, considerou-se no nível distal os fatores socioeconômicos e demográficos; no nível intermediário, o estado nutricional, e as morbidades como proximais na determinação da utilização de serviços. Apenas foi considerado fator de confusão, a variável que estivesse associada tanto com a exposição quanto com o desfecho, observando o nível de significância menor que 20% ($p < 0,20$).

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob nº 20041. Conforme as recomendações da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os princípios éticos dessa pesquisa foram assegurados, com a realização da coleta de dados somente após o consentimento informado dos entrevistadores, assim como, com a garantia de respeito ao anonimato, à confidencialidade e a privacidade dos dados obtidos.

RESULTADOS

Participaram dessa pesquisa 589 famílias, pois dentre 634 selecionadas, 7% foram perdas e recusas. Especificamente, para esse estudo sobre utilização de serviços de saúde, obtiveram-se informações de 570 entrevistados. Dentre os participantes do estudo, 478 tinham consultado com médico no período de 12 meses anteriores a entrevista, correspondendo a uma prevalência de 83,9% (IC_{95%}=79,9-87,8).

Observou-se que, dentre os 570 entrevistados, responsáveis pelo domicílio, 81,6% viviam em quilombos considerados pertencentes a zona rural, 65,1% eram do sexo feminino, 21,0% tinham mais de 60 anos, 90,2% eram de cor negra/parda, 58,3% viviam com companheiro(a) e 11,1% moravam sozinhos(as). Quanto às características socioeconômicas, 54,4% dos entrevistados possuíam uma baixa escolaridade (até 04 anos de estudo), 64,2% tinham renda per capita até R\$280,00; 47,4% pertenciam às classes “D/E” e 41,9% recebiam o benefício do Programa Bolsa-família (Tabela 1).

Houve elevada prevalência de morbidade na amostra, de acordo com o estado nutricional, 59,0% tinham de excesso de peso, sendo que do total de entrevistados, 24,1% apresentavam obesidade. De acordo com a referência do entrevistado, 38,5% tinha hipertensão arterial, 9,2% diabetes mellitus e 13,3% doença cardiovascular, 42,5% apresentavam distúrbios psiquiátricos menores (Tabela 2).

A análise bruta mostrou que os participantes do sexo feminino foram os que mais utilizaram os serviços de saúde 86,8%, apresentando uma razão de prevalência de 11% a mais de probabilidade dessa ocorrência ($p=0,02$). Quanto à idade, observou-se que pessoas com 50 anos ou mais foram os que mais utilizaram os serviços de saúde, cerca 88%, com uma razão de prevalência mostrando uma probabilidade 12% maior de utilização ($p=0,03$). Em relação às demais características socioeconômicas e demográficas, não houve associação com o desfecho de utilização de serviços de saúde (Tabela 1).

Observou-se na análise bruta que pessoas com hipertensão apresentavam uma probabilidade 12% maior de utilização dos serviços de saúde, comparada àqueles que relataram não ter hipertensão arterial. Da mesma forma, essa análise demonstrou que os entrevistados com diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e com distúrbios psiquiátricos menores apresentavam uma probabilidade de 9%, 15%,

10%, respectivamente, maior de consultas que aqueles que não manifestaram essas patologias. Na variável estado nutricional não houve diferença estatística significativa.

Após serem ajustadas entre si, segundo modelo hierarquizado, todas as variáveis demográficas (nível distal) apresentaram diferença estatística significativa. A variável sexo manteve-se associada ao desfecho, demonstrando que as mulheres tiveram uma probabilidade de utilização dos serviços de saúde 12% maior que os homens ($p=0,004$). Os entrevistados com mais de 50 anos apresentaram uma probabilidade 15% maior do que aqueles entre 18 e 29 anos ($p=0,026$). A variável situação conjugal, de acordo com a análise ajustada, também se mostrou associada ao desfecho, evidenciando que os indivíduos com companheiro (a) tinham uma probabilidade 6% maior de utilização dos serviços de saúde ($p=0,04$), comparados àqueles que não tinham um companheiro (a). Ao incluir nessa análise a variável estado nutricional (nível intermediário), bem como as variáveis de morbidade (nível proximal), não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre essas e o desfecho analisado.

DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo apontaram para uma elevada utilização dos serviços de saúde por comunidades quilombolas do estado do Rio Grande do Sul, no período dos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. Observou-se que nas comunidades quilombolas, os principais fatores associados à utilização dos serviços de saúde são similares àqueles, encontrados em grande parte dos estudos realizados com outras comunidades ou grupos populacionais, ou seja, mulheres, indivíduos mais velhos e que viviam com companheiro(a), consultavam mais.

Um estudo realizado no sudoeste baiano em comunidades quilombolas, com indivíduos a partir dos 18 anos, corroborando com os resultados obtidos em nosso estudo, além de encontrar uma prevalência de 57% no uso de serviços de saúde nos últimos 12 meses anteriores a pesquisa, apontou para uma maior utilização desses serviços por parte das mulheres e que viviam com companheiro(a) ²⁵.

Estudos encontrados na literatura nacional ^{4, 7, 8, 21, 25, 29, 30} e também, internacional ³¹⁻³³ demonstraram que as mulheres utilizavam os serviços de saúde. Em alguns estudos, os resultados mostraram que além de ser maior entre as mulheres, o uso de serviços de saúde, aumentou conforme a idade ^{8, 21, 30, 32}. Esses

dados vão de encontro aos nossos achados, que, da mesma forma, apontaram para uma elevada utilização dos serviços de saúde por idosos. Ainda, sobre os resultados encontrados no estudo de Turci ³², foi observado que as pessoas com companheiro(a) utilizavam mais os serviços de saúde, outro ponto semelhante também encontrado no nosso estudo.

Nosso estudo constatou-se uma elevada prevalência de morbidades referidas nas comunidades quilombolas. Em destaque, os índices de hipertensão arterial que, segundo pesquisa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico atinge 24,1% da população brasileira. Entretanto, em nossos resultados foi observado que nas comunidades quilombolas do estado do Rio Grande do Sul, 39% dos entrevistados referiram ter hipertensão arterial, índice de proporções bastante elevadas, demonstrando a magnitude desse problema nessas comunidades.

Após a análise ajustada, o presente estudo não mostrou associação entre a utilização dos serviços de saúde e as patologias avaliadas (hipertensão, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e distúrbios psiquiátricos menores), diferente dos resultados encontrados por Moraes ²¹ onde foi observada uma maior utilização desses serviços por indivíduos com morbidade referida de hipertensão arterial e diabetes. No presente estudo, observou-se que tanto os indivíduos doentes, como, os não doentes, consultaram com um médico, no período de 12 meses anteriores a pesquisa. Sendo assim, podem-se considerar duas hipóteses: a primeira relaciona-se a percepção de doença dos indivíduos, pois, pode haver uma necessidade de consulta, por parte daqueles que não são doentes, devido a todo um contexto de precariedade das condições de vida dessas populações. A segunda hipótese contempla a possibilidade dos indivíduos terem outras patologias não avaliadas no estudo.

O baixo nível de renda, classe econômica e escolaridade também foram achados relevantes desse estudo, que corroboram com outros dados encontrados, tais como no estudo de Gomes ²⁵, que também demonstrou a precariedade das condições de vida e vulnerabilidade social em comunidades quilombolas. Assim, uma hipótese para que nosso estudo não encontrasse diferença em relação aos níveis de escolaridade e renda, se apoia no fato de que a amostra se mostrou muito homogênea, com grande prevalência de baixa renda e escolaridade. Dessa forma, calcularam-se os possíveis tamanhos de amostra para que houvesse uma

associação das variáveis socioeconômicas com o desfecho. Nesse caso, verificou-se que para um poder estatístico de 80% e nível de significância de 95%, o tamanho da amostra para avaliar a relação do desfecho com as variáveis socioeconômicas deveria ser ampliado.

Nesse estudo não se observou associação entre o desfecho e o fato dos entrevistados residirem em quilombos rurais ou urbanos. No entanto, estudos como o de Mendoza-Sassi e Béria ³⁴ demonstraram que a ruralidade pode ser um fator associado à utilização dos serviços de saúde.

Quanto à mensuração do desfecho, estudos têm adotado diferentes critérios em relação ao período da realização do uso dos serviços de saúde. Dias da Costa ⁷ em seu estudo, realizado em São Leopoldo/RS, utilizou para avaliação do desfecho, a consulta médica realizada no último mês. Capilheira e Santos ²² avaliaram a utilização de consultas médicas por adultos maiores de 20 anos da cidade de Pelotas/RS, pelas consultas realizadas no período de 3 meses anteriores a entrevista. Já em outro estudo de base populacional, realizado na cidade de Ribeirão Preto/MG, sudeste do país, Moraes ²¹, avaliou a utilização dos serviços de saúde por adultos a partir de 30 anos, considerando a consulta médica dos últimos 6 meses. No presente estudo, considerou-se a “consulta nos últimos 12 meses”, assim como, Gomes ²⁵ em seu estudo em comunidades quilombolas no sudoeste da Bahia e Turci ³² que avaliou indivíduos em Belo Horizonte/MG. Contudo, convém considerar a possibilidade da ocorrência do viés de memória na avaliação da utilização de serviços de saúde no período de 12 meses anteriores à pesquisa.

Por fim, nosso estudo mostrou que nas comunidades quilombolas do estado do Rio Grande do Sul, a prevalência e os fatores associados à utilização dos serviços de saúde são similares àqueles apontados na literatura científica para outros grupos populacionais. Isso demonstra que o acesso aos serviços de saúde está sendo proporcionado para essas populações, através de uma utilização considerada adequada. Entretanto, devem-se considerar os baixos índices das condições socioeconômicas e a elevada prevalência de morbidades, que reforçam a importância de políticas públicas efetivas para melhoria das condições de vida dessas comunidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Crettenden I, Dal Poz M, Buchan J. Right time, right place: improving access to health service through effective retention and distribution of health workers. *Hum Res Health* 2013;11(60).
2. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Social science & medicine*. 2000 Dec;51(11):1611-25. PubMed PMID: 11072882.
3. Magalhaes L, Carrasco C, Gastaldo D. Undocumented migrants in Canada: a scope literature review on health, access to services, and working conditions. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2010;12(1):132-51.
4. Pires M, Göttems LBD, Cupertino TV, Leite LS, do Vale LR, de Castro MA, et al. A utilização dos serviços de atenção básica e de urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. *Saúde Soc*. 2013;22(1):211-22.
5. Assis MMA, Jesus WLAd. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17:2865-75.
6. Bastos GAN, Duca GFD, Hallal PC, Santos IS. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2011;45:475-84.
7. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Soares SA, Nunes MF, Bagatini T, Marques MdC, et al. Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27:868-76.
8. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43:595-603.
9. Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Horta BL, Barros FC, Victora CG. Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42:51-9.
10. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20:S190-S8.
11. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior*. 1995 Mar;36(1):1-10. PubMed PMID: 7738325.
12. Starfield B. Atenção primária. Brasília: UNESCO; 2002.
13. Pavão ALB, Coeli CM. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. *Cad saúde colet*,(Rio J). 2008;16(3).
14. Brasil. Presidência da República. Diário Oficial da União. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Brasília: 1990. Seção1, p. 18055-59.
15. Trad LAB, Castellanos MEP, da Silva Guimarães MC. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2012;46(6):1007-13.
16. Brasil. Presidência da República. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 291p.
17. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PR, Damacena GN. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. *BMC health services research*. 2010;10(1):217.
18. Pontes APMd, Cesso RGD, Oliveira DCd, Gomes AMT. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010;63:574-80.
19. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2009;43:604-12.
20. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ESd. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42:733-40.
21. Moraes SAd, Lopes DA, Freitas ICMd. Sex-specific differences in prevalence and in the factors associated to the search for health services in a population based epidemiological study. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2014;17:323-40.

22. Capilheira MF, Santos IdSd. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Revista de Saúde Pública*. 2006;40:436-43.
23. Brasil. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Programa Brasil Quilombola. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 61p.
24. Bairros FSd. (In) Segurança alimentar e acesso aos programas de desenvolvimento social e combate à fome de comunidades quilombolas do estado do Rio Grande do Sul. 2013. 148p. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2013.
25. Gomes KdO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29:1829-42.
26. Brasil. Presidência da República. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Políticas Sociais e Chamada Nutricional Quilombola: Estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças. – Brasília – 2008. 156p. .
27. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Suplemento Segurança Alimentar 2004/2009. Brasília/DF. 2010

28. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International journal of epidemiology*. 1997;26(1):224-7.
29. Destro JR, Boing AF, d'Orsi E. Factors associated to medical consultations by elderly adults in southern Brazil: a population based study. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2014;17:692-704.
30. Garbinato LR, Béria JU, Figueiredo ACL, Raymann B, Gigante LP, Palazzo LdS, et al. Prevalência de internação hospitalar e fatores associados: um estudo de base populacional em um centro urbano no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23:217-24.
31. Violán C, Foguet-Boreu Q, Roso-Llorach A, Rodriguez-Blanco T, Pons-Vigués M, Pujol-Ribera E, et al. Burden of multimorbidity, socioeconomic status and use of health services across stages of life in urban areas: a cross-sectional study. *BMC public health*. 2014;14(1):530.
32. Turci MA, Lima-Costa MF, Proietti FA, Cesar CC, Macinko J. Intraurban differences in the use of ambulatory health services in a large Brazilian city. *Journal of Urban Health*. 2010;87(6):994-1006.
33. Wagner AK, Graves AJ, Fan Z, Walker S, Zhang F, Ross-Degnan D. Need for and access to health care and medicines: are there gender inequities. *PloS one*, 8(3), e57228

34. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001;17:819-32.

TABELA 1. Distribuição da amostra, prevalência (P), razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC_{95%}) da utilização dos serviços de saúde de acordo com as variáveis demográficas e socioeconômicas em comunidades quilombolas do Estado do Rio Grande do Sul (n=570).

Variáveis	n (%)	Prevalência de utilização de serviços de saúde (%)	RP (IC _{95%})	p-valor
Localização Geográfica				0,98
Rural	465 (81,6)	83,9	1,0	
Urbano	105 (18,4)	83,8	1,0 (0,93-1,08)	
Sexo				0,009*
Masculino	199 (34,9)	78,4	1,0	
Feminino	371 (65,1)	86,8	1,11 (1,02- 1,19)	
Idade				0,056*
18 a 29 anos	117 (20,6)	78,6	1,0	
30 a 39 anos	122 (21,5)	84,4	1,07 (0,97-1,18)	
40 a 49 anos	130 (22,9)	81,5	1,03 (0,91-1,18)	
50 a 59 anos	85 (15,0)	88,2	1,12 (0,97-1,29)	
>60 anos	114 (21,0)	88,6	1,12 (0,98-1,29)	
Cor				0,94
Branca	55 (9,8)	83,6	1,0	
Negra/parda	508 (90,2)	84,1	1,01 (0,89-1,14)	
Situação Conjugal				0,06
Sem companheiro(a)	237 (41,7)	81,4	1,0	
Com companheiro(a)	332 (58,3)	85,5	1,05 (0,99-1,11)	
Morador por domicilio				0,64
01 pessoa	63 (11,1)	80,9	1,0	
2 a 4 pessoas	336 (58,9)	84,2	1,04 (0,91-1,18)	
05 ou mais pessoas	171 (30,0)	84,2	1,04 (0,91-1,19)	
Escolaridade				0,95
9 anos ou mais	60 (10,5)	80,0	1,0	
5 a 8 anos	200 (35,1)	86,0	1,07 (0,94-1,22)	
0 a 4 anos	310 (54,4)	83,2	1,04 (0,91-1,19)	
Renda per capita (R\$)				0,67
>280,00	204 (35,8)	85,8	1,0	
140,01 a 280,00	144 (25,3)	80,6	0,96 (0,88-1,04)	
0,00 a 140,00	222 (38,9)	84,2	1,01 (0,93-1,1)	
Classe econômica				0,58
“B/C”	299 (52,6)	84,6	1,0	
“D/E”	269 (47,4)	82,9	0,98 (0,91-1,05)	
Bolsa Família				0,30
Sim	234 (41,9)	85,9	1,0	
Não	324 (58,1)	82,4	0,96 (0,88-1,04)	

TABELA 2. Distribuição da amostra, prevalência (P), razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC_{95%}) da utilização dos serviços de saúde de acordo com as variáveis de morbidade em comunidades quilombolas do Estado do Rio Grande do Sul (n=570).

Variáveis	n (%)	Prevalência de utilização de serviços de saúde (%)	RP (IC _{95%})	p-valor
Estado nutricional				0,098
Obeso	133 (24,1)	90,9	1,0	
Sobrepeso	193 (34,9)	81,9	0,90 (0,83-0,97)	
Eutrófico	227 (41,0)	81,9	0,90 (0,80-1,0)	
Hipertensão arterial				0,008*
Não	349 (61,5)	80,2	1,0	
Sim	218 (38,5)	89,9	1,12 (1,03-1,21)	
Diabetes mellitus				0,041*
Não	515 (90,8)	83,3	1,0	
Sim	52 (9,2)	90,4	1,09 (1,0-1,17)	
Doença cardiovascular				<0,001*
Não	490 (86,7)	82,2	1,0	
Sim	75 (13,3)	94,7	1,15 (1,08-1,22)	
Distúrbios Psiquiátricos Menores				0,017*
Não	324 (57,5)	80,2	1,0	
Sim	239 (42,5)	88,3	1,10 (1,02-1,19)	

TABELA 3. Análise ajustada, segundo modelo hierarquizado da utilização dos serviços de saúde de acordo com as variáveis demográficas e de morbidades em comunidades quilombolas do Estado do Rio Grande do Sul (n=570).

	Variáveis	Razão de Prevalência ajustada	IC (95%)	p-valor
Nível distal	Sexo			0,004*
	Masculino	1,0	-	
	Feminino	1,12	1,04-1,21	
	Idade			0,026*
	18 a 29 anos	1,0	-	
	30 a 39 anos	1,08	0,98-1,20	
	40 a 49 anos	1,05	0,92-1,21	
	50 a 59 anos	1,15	1,0-1,33	
	>60 anos	1,15	1,0-1,32	
Nível intermediário	Situação Conjugal			0,04*
	Sem companheiro (a)	1,0	-	
	Com companheiro (a)	1,06	1,0-1,12	
Nível proximal	Estado nutricional			0,18
	Obeso	1,0	-	
	Sobrepeso	0,91	0,83-0,99	
	Eutrófico	0,92	0,83-1,02	
Nível proximal	Hipertensão arterial			0,14
	Não	1,0	-	
	Sim	1,07	0,97-1,18	
Nível proximal	Diabetes mellitus			0,85
	Não	1,0	-	
	Sim	1,01	0,90-1,14	
Nível proximal	Doença cardiovascular			0,13
	Não	1,0	-	
	Sim	1,06	0,98-1,13	
Nível proximal	Distúrbios Psiquiátricos Menores			0,14
	Não	1,0	-	
	Sim	1,06	0,98-1,14	

(*) Variáveis que apresentaram diferença estatística significativa