

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

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

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

Karine de Oliveira Gomes <sup>1,2</sup>  
Edna Afonso Reis <sup>2</sup>  
Mark Drew Crosland Guimarães <sup>2</sup>  
Mariângela Leal Cherchiglia <sup>2</sup>

### Abstract

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

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

### Resumo

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

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

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

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

#### Correspondência

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

## Introdução

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Metodologia

### Desenho do estudo

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

### População, cálculo e plano amostral

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

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

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

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

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

### Procedimentos e coleta dos dados

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

### Evento e variáveis explicativas

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

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

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

### **Análise estatística**

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

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

### **Aspectos éticos**

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

## **Resultados**

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

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

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

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

### **Caracterização da amostra**

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

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

significativamente maior em indivíduos do sexo masculino e mais jovens.

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

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

Tabela 1

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

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

PSF: Programa Saúde da Família.

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

### Utilização de serviços de saúde

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

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

Tabela 2

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

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

(continua)

Tabela 2 (continuação)

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

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

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

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

## Discussão

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

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

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

Tabela 3

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

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

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

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

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

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

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



Tabela 4

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

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

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

\* Valor de p obtido pelo teste de Wald.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Considerações finais

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

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

## Resumen

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

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

## Colaboradores

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

## Agradecimentos

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

## Referências

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

9. Silva ZPS, Ribeiro MCS, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003 – 2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16:3807-16.
10. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Soares SA, Nunes MF, Bagatini T, Marques MC, et al. Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:868-76.
11. Bastos GAN, Duca GFD, Hallal PC, Santos IS. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:475-84.
12. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377:1778-97.
13. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos V, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7: 687-707.
14. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:975-86.
15. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1586-94.
16. Cardoso AM, Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1602-8.
17. Coimbra Jr. CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5:125-32.
18. Gonçalves H, Dumith SC, González DA, Menezes AMB, Araújo CLP, Hallal PC, et al. Discriminação autorrelatada por adolescentes de uma coorte de nascimentos brasileira: prevalência e associações. *Rev Panam Salud Pública* 2012; 31:204-10.
19. Bairros FS, Meneghel SN, Dias-da-Costa JS, Bassani DG, Menezes AMB, Gigante DP, et al. Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27: 2364-72.
20. Peres MA, Iser BPM, Boing AF, Yokota RTC, Malta DC, Peres KG. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). *Cad Saúde Pública* 2012; 28 Suppl: S90-100.
21. Maia LTS, Souza WV, Mendes ACG. Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:2163-76.
22. Carvalho PI, Pereira PMH, Frias PG, Vidal SA, Figueiroa JN. Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. *Epidemiol Serv Saúde* 2007; 16:185-94.
23. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:630-6.
24. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1595-601.
25. Volochko A, Vidal NP. Desigualdades raciais na saúde: mortalidade nas regiões de saúde paulistas, 2005. *BIS: Boletim do Instituto de Saúde* 2010; 12:143-53.
26. Coimbra Jr. CE, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, Souza MC, Garnelo L, et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health* 2013; 13:52.
27. Casa Civil, Presidência da República. Decreto no. 4887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/d4887.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm) (acessado em 29/Mai/2012).
28. Sundfeld CA. Comunidades quilombolas: direito à terra. Brasília: Editora Abaré; 2002.
29. Paixão M, Carvano LM. Acesso ao poder institucional, políticas públicas e marcos legais. In: Paixão M, Carvano LM organizadores. Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil, 2007-2008. Rio de Janeiro: Editora Garamond; 2008. p. 143-76.
30. Volochko A. A saúde nos quilombos. In: Volochko A, Batista LE, organizadores. Saúde nos quilombos. São Paulo: Instituto de Saúde 2009; p. 147-168. (Temas em Saúde Coletiva, 9).
31. Marques AS, Caldeira AP, Souza LR, Zucchi P, Cardoso WDA. População quilombola no norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. *BIS: Boletim do Instituto de Saúde* 2010; 12:154-61.
32. Silva MJG, Lima FSS, Hamann EM. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/AIDS por comunidades remanescentes de quilombos no Brasil. *Saúde Soc* 2010; 19:109-20.
33. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernandez CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev CEFAC* 2011; 13:937-43.
34. Universidade Federal da Bahia. Relatório técnico do Projeto COMQUISTA – Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista: avaliação de saúde e seus condicionantes, 2011. <http://projetoconquistawordpress.com> (acessado em 22/Fev/2012).
35. Fundação Palmares. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia. <http://www.palmares.gov.br/quilombola/?estado=BA> (acessado em 23/Ago/2010).
36. Pesquisa Nacional de Saúde. Inquérito região integrada do Distrito Federal (RIDE/DF). <http://www.pns.icict.fiocruz.br> (acessado em 01/Abr/2011).

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

---

Recebido em 14/Out/2012

Versão final reapresentada em 01/Abr/2013

Aprovado em 16/Abr/2013