

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Fernanda Souza de Bairros**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS MULHERES ADULTAS DE  
ACORDO COM RAÇA EM DOIS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE  
DO SUL**

**São Leopoldo**

**2006**

**Fernanda Souza de Bairros**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS MULHERES ADULTAS DE ACORDO COM  
RAÇA EM DOIS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada à  
Universidade do Vale do Rio dos  
Sinos como requisito parcial para a  
obtenção do título de **Mestre em  
Saúde Coletiva**.

**Orientadora: Profa. Dra. Stela Meneghel**

**São Leopoldo**

**2006**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico essa dissertação à minha avó Celina Maria de Bairros  
(in memória) pelo amor, carinho, amizade e por jamais medir  
esforços quanto a minha educação.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente às minhas orientadoras, Stela Meneghel e Maria Teresa Olinto, que foram mais do que professoras e mestres, mas amigas perseverantes e incansáveis. A minha mãe, meu pai e minha tia Luiza Bairos pelo incentivo, a Daniel pelo amor e palavras de incentivo e carinho quando mais foi preciso, e às colegas de aula de pesquisa que me acompanharam neste período.

## **PROJETO DE PESQUISA**

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS

**CONDIÇÕES DE SAÚDE DE MULHERES ADULTAS DE ACORDO COM  
RAÇA/COR EM DOIS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL**

São Leopoldo

2005

FERNANDA SOUZA DE BAIROS

**CONDIÇÕES DE SAÚDE DE MULHERES ADULTAS DE ACORDO COM  
RAÇA/COR EM DOIS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL**

Projeto de Pesquisa  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde  
Mestrado em Saúde Coletiva  
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Orientadora: Dra. Stela Meneghel  
Co-orientadora: Dra. Maria Teresa Anselmo Olinto

São Leopoldo

2005

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	05
2. REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1 Raça/racismo	11
2.2 Desigualdades raciais em saúde	17
2.2.1 Morbidades: Hipertensão Arterial , Diabetes Mellitus e Distúrbios Psiquiátricos Menores	23
2.2.2 Qualidade na atenção à saúde	33
3. OBJETIVOS	36
3.1 Objetivo Geral	36
3.2 Objetivos Específicos	36
4. HIPÓTESES	37
5. METODOLOGIA	38
5.1 Delineamento do estudo	38
5.2 População	39
5.3 Amostra	39
5.4. Coleta de dados	40
5.5. Variáveis	41
5.6.1 Socioeconômicas	41
5.6.2 Demográficas	41
5.6.3 Morbidades	42
5.6.4 Qualidade na atenção à saúde	42
5.6. Análise de dados	43
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	44
7. CRONOGRAMA	45
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46



## **LISTA DE SIGLAS**

**UNESCO** - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

**DIEESE** - Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos.

**PNAD** - Programa Nacional por Amostra de Domicílios.

**IDH** - Índice de Desenvolvimento Humano.

**IDG** - Índice de Desenvolvimento Humano ajustado ao Gênero.

**OPAS** - Organização Pan-americana de Saúde.

**SUS** - Sistema Único de Saúde.

**ANEP** - Associação Nacional de Empresas e Pesquisa.

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa descreve e compara as condições de saúde das mulheres negras em dois municípios no Rio Grande do Sul, Pelotas e São Leopoldo. Inicialmente, cabem algumas considerações sobre os locais em que as pesquisas foram realizadas.

	<b>São Leopoldo</b>	<b>Pelotas</b>
<b>Localização</b>	Região metropolitana de Porto Alegre, Vale do Rio dos Sinos	Encosta do Sudeste, às margens do Canal São Gonçalo
<b>População</b>	203.942 habitantes	334.779 habitantes
<b>% de homens</b>	48,92% homens	47,45% homens
<b>% de mulheres</b>	51,07 % mulheres	52,55% mulheres
<b>% população negra</b>	9%	16%
<b>Taxa de analfabetismo</b>	4,78%	6,25 %
<b>PIB Per capita</b>	7.429	5.739
<b>Mortalidade infantil</b>	10,16/1000 nascidos vivos	17,96/1000 nascidos vivos
<b>Expectativa de vida</b>	69 anos	69,91 anos

Fontes: Datasus - 2004

Fundação de Economia e Estatística – 2004

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - 2000

Na formação dos municípios no Vale do Rio dos Sinos, destaca-se a presença da população negra na origem da região, que atualmente perfaz aproximadamente 9% do total da população (SOETHE, 2002). No Brasil Colônia, na região correspondente ao atual Vale do Rio dos Sinos, o trabalho com a terra era realizado por negros escravizados. Somente a partir de 1824, com a imigração alemã e depois com a vinda dos colonos italianos, a terra começa, pela primeira vez, a ser trabalhada por brancos. A entrada dos imigrantes europeus ocasionou um reflexo negativo sobre a população negra, que passou a ser marginalizada e expulsa das terras por parte dos novos donos.

Já em Pelotas, um estudo realizado por Loner (1999), mostra que a presença da população negra, se deu anteriormente ao desenvolvimento das charqueadas, em 1780. Mas a concentração de negros foi significativamente maior com o desenvolvimento da atividade charqueadora. Pelotas chegou a ter mais de seis mil escravos durante o ano de 1884, ou seja, tinha em torno de 10% do total de escravos do Estado. Segundo a autora havia uma relação quase que direta entre o trabalho escravo e o desenvolvimento da atividade saladeril, tanto que após abolição as charqueadas existentes reduziram-se quase pela metade. Durante o período escravocrata, os negros ocuparam quase todas as funções nas charqueadas, e o preço de um escravo se igualava ao preço de um terreno na cidade ou subúrbios próximos. Além do trabalho nas charqueadas, também se encontravam negros exercendo outras atividades como operários, artesãos e operadores de pequenas oficinas. Mas essas atividades sofriam a concorrência

de trabalhadores brancos, principalmente imigrantes e portugueses. Diferente dos brancos, os trabalhadores negros enfrentavam obstáculos maiores à ascensão social. No início da República, a população negra correspondia a 30,7% do total dos moradores da cidade e, em 1940, esse percentual decresceu para 14,6% (LONER, 1999).

Aos efeitos da escravidão somaram-se às conseqüências das políticas higienistas que após a abolição buscavam o branqueamento da população, por meio do estímulo às imigrações européias e relegaram a população negra ao abandono, já que não interessava à pedagogia higiênica do século XIX, melhorar o padrão sanitário da população negra. Estas disparidades na qualidade de vida da população negra persistem até os dias atuais, pois a discriminação racial fica evidente nas desigualdades sociais entre brancos e negros, reveladas em situações como a precariedade no acesso à informação, à escola, ao trabalho e à renda (SOETHE, 2001; COSTA, s.d.; IPEA, 2001).

O perfil de morbidade e mortalidade de uma população é determinado preponderantemente por fatores de natureza socioeconômica, ambiental, demográfica, cultural e genética. Para autores como Breilh e Granda (1986) a determinação deste perfil, também denominado perfil de saúde/doença ou perfil epidemiológico (ROUQUAYROL, 1990) é efeito direto das condições socioeconômicas de uma determinada formação social. Estudos mais recentes têm mostrado que somente a determinação socioeconômica não dá conta de apontar as diferenças na morbimortalidade e mostraram que

raça/cor é um preditor poderoso do estado de saúde (NAZROO, 2003; KAUFMAN & COOPER, 2001; BHOPAL, 2001). Raça/cor e o gênero têm sido apontados como fundamentais na determinação dos perfis de morbimortalidade, na qualidade de vida e nas desigualdades da assistência à saúde.

Os estudos sobre gênero derivaram de pesquisas sobre a mulher e da contribuição do movimento feminista que construiu o conceito de gênero, entendido como um conjunto de arranjos pelos quais a sociedade transforma a sexualidade biológica em produto da atividade humana e no qual estas necessidades sexuais são satisfeitas. A partir desse conceito formulado por Rubin em 1975, a categoria gênero passou a ser amplamente utilizada nos estudos sobre mulheres, representando uma recusa ao essencialismo biológico (SAFFIOTI, 1999).

Os estudos sobre as mulheres permitiram não somente acrescentar novos temas às investigações, mas impor um exame crítico aos modos existentes de fazer ciência. Este alargamento das noções tradicionais do que é científico permitiu abrir espaço às experiências pessoais e subjetivas das mulheres. Neste processo, gênero foi desenvolvido como uma categoria de análise, do mesmo modo que classe social e raça/cor, categorias intimamente relacionadas que evidenciam o quanto às desigualdades de poder são organizadas segundo estes três eixos (SCOTT, 1990).

*O interesse pelas categorias de classe, raça e gênero, assinalava, primeiramente o engajamento do pesquisador numa história que incluía os discursos das(os) oprimidas(os) e numa análise do sentido e da natureza de sua opressão; assinalava, em seguida, a consideração pelos pesquisadores e*

*pesquisadoras de que as desigualdades de poder são organizadas segundo estes três eixos (Scott, 1975:6).*

Historicamente o emprego do conceito de gênero foi utilizado em pelo menos três posições teóricas: a primeira delas, uma postura eminentemente feminista atribuiu as desigualdades entre homens e mulheres ao sistema patriarcal de dominação; a segunda corrente aproximou-se do pensamento marxista, enquanto que o terceiro grupo, pós-estruturalista, inspirou-se na psicanálise para explicar a produção e a reprodução da identidade de gênero. A concepção pós-estruturalista de gênero superou a noção tradicional de papéis sociais, femininos e masculinos, e os esquemas binários que eles pressupõem, avançando para um entendimento que compreende gênero como constituinte da identidade dos sujeitos, assim como classe e raça/etnia (GREGORI, 1992; CAMARGO, 1998; LOURO, 1997; COULORIS, 2004) .

A variável “sexo” está ligada às diferenças de ordem física e biológica entre homens e mulheres, enquanto que o conceito de gênero é uma apropriação cultural do sexo biológico, socialmente construído assim como o conceito de raça/cor e oferece a possibilidade de explicação das vulnerabilidades (SAFFIOTI, 1999).

No Brasil, a discussão sobre a raça/cor foi introduzida nos estudos sobre saúde a partir da ação do movimento negro, que chamou a atenção para os desiguais perfis de saúde/doença na população negra. Alguns estudos sobre a saúde da população negra mostram que a prevalência de

doenças não transmissíveis em mulheres vem aumentando significativamente nos últimos anos, e apontam para uma maior vulnerabilidade das mulheres negras a essas morbidades (MONTEIRO, 2004; BRITO 2001; AQUINO, 1995).

Neste estudo selecionamos algumas morbidades (hipertensão, diabetes e distúrbios psiquiátricos menores), e variáveis que mostram a atenção prestada nos serviços de saúde, buscando compreender a situação de vulnerabilidade das mulheres negras.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

Esta revisão divide-se em duas etapas: na primeira delas faz-se uma discussão crítica sobre o uso do conceito de raça/cor, e em segundo lugar, procura-se identificar algumas morbidades e desigualdades raciais em saúde, particularmente no que se refere às mulheres negras.

### **2.1 Raça/Cor e Racismo**

Por volta de 1945, a Organização das Nações Unidas, especialmente a UNESCO, na busca de uma conceituação para raça, solicitou a biólogos e cientistas sociais que discutissem um significado científico para o termo raça. Os biólogos concluíram que as diferenças que identificam os grupos humanos nada mais são que respostas adaptativas às regiões geográficas, e que as chamadas raças não teriam origens genéticas diferentes, nem apareceram em fases diversas da evolução humana. Além disso, os estudiosos apontaram a imprecisão do conceito, geralmente utilizado como se as raças fossem populações mais ou menos isoladas, que diferem de outros grupos da mesma espécie pela frequência de características hereditárias. Por isso, na biologia, o conceito raça foi considerado irrelevante para a explicação



das diferenças sociais entre os seres humanos (REX, 1988; GOODMAN, 2000).

Diante destas conclusões, aventou-se a possibilidade que um melhor esclarecimento sobre a temática poderia ser feito pelos cientistas sociais, em especial os sociólogos. Estes, por sua vez, reconheceram que raça é uma categoria importante para definir as populações, pois as diferenças fenotípicas que de fato existem entre elas atuavam, muitas vezes, como indicadores para a distribuição diferencial dos direitos. (AZEVEDO, 1987, REX 1988). A utilidade analítica do conceito de raça/cor está centrada na confirmação de sua propriedade social e política plena, permitindo compreender e intervir em ações na sociedade (inter)subjetivamente intencionadas e orientadas, bem como em suas implicações e desfechos (LOPES, 2003b).

Mas ainda não existe um consenso entre os autores. Atualmente, alguns afirmam que a idéia de raça não pode ser considerada universal por não possuir uma fundamentação objetiva, “natural” ou biológica. Para Krieger (2003), o termo raça é uma categoria social, mais do que biológica, referente a grupos que têm em comum uma herança cultural. A autora diz que a cor da pele pode ser considerada uma expressão biológica da raça, mas pode também ser uma expressão racializada da biologia, quando exposta ao racismo.

Outros autores, embora admitam raça como uma construção social, mostram que, assim como outros aspectos referentes à cultura, ela pode acarretar conseqüências biológicas (LOPES, 2003a; TRAVASSOS & WILLIAMS, 2004). Contemporaneamente, raça/cor também se refere ao emprego das diferenças fenotípicas como símbolo das disparidades sociais, podendo ser utilizada como status de classe ou de grupo e de poder político (SILVÉRIO, 2001). Mas, no geral, o ponto em comum entre a maioria dos autores é que os significados e as categorias raciais são construídos em termos sociais e não biológicos.

As controvérsias sobre o significado de raça/cor e sobre as possibilidades de utilizá-la como categoria analítica têm a ver com o fato de o racismo ser um fenômeno complexo, caracterizado por diferentes manifestações a cada tempo e lugar. O racismo é uma crença segundo a qual as capacidades humanas são determinadas pela raça ou grupo étnico, muitas vezes expressa na forma de uma afirmação de superioridade de uma raça ou grupo sobre os outros. Pode manifestar-se como discriminação, violência ou abuso verbal. Fenômeno ideológico, doutrina, dogma, conjunto de crenças transmitidas pela linguagem ordinária, mantidas e alimentadas pela tradição (JACCOUD & BEGHIN, 2002; LOPES, 2004).

No Brasil, o racismo adquiriu características peculiares, tendo sido historicamente camuflado e institucionalmente negado, na medida em que se acreditava ser este um país mestiço, biológica e culturalmente. Durante muito

tempo a sociedade brasileira foi dominada pelo mito da democracia racial, segundo o qual o preconceito e a discriminação contra os negros seriam um problema de estratificação social decorrentes da posição socioeconômica inferior da população negra, herança do passado escravista (REX, 1988; CARONE E BENTO 2002 ).

Hoje, devido à ação do movimento negro e às pesquisas sobre o tema, sabe-se que o racismo na sociedade brasileira é tão entranhado nas concepções e nas relações sociais, que seus protagonistas não se percebem racistas. O racismo faz com que assumir a identidade racial negra em um país como o Brasil seja muito difícil e doloroso. Os modelos “bons”, “positivos” e de “sucesso” são representados por figuras brancas, enquanto as figuras negras não são valorizadas, e muitas vezes depreciadas (OLIVEIRA, 2004; ALMEIDA, 2000). Com o questionamento ao mito da democracia racial já é possível saber que a menor renda per capita da população negra seria decorrente de sua menor oportunidade de ascensão social e econômica, devido ao preconceito e à discriminação raciais existentes (REX, 1988).

Nas últimas três décadas, observa-se que a partir de contundentes denúncias de atores sociais do movimento negro, a temática racial passou a ser considerada no debate sobre as condições de vida dos diferentes grupos na sociedade brasileira. Isto implica em crítica às políticas públicas que, ao longo dos anos, têm sido incapazes de promover uma melhoria significativa nos padrões de inserção social e econômica da população negra. Segundo Lopes (2004), o racismo, por ser um fenômeno

ideológico, tem sua permanência mantida com a evolução das sociedades, das conjunturas históricas e dos interesses dos grupos. São essas características que fazem dele um “fabricante” e multiplicador de vulnerabilidades.

Apesar das críticas ao conceito biológico de raça, o uso da classificação raça/etnia aumentou sobremaneira e algumas revistas chegaram a publicar guias para classificação dos sujeitos de pesquisas em relação a este atributo. Uma das alternativas que surgiram, face à dificuldade de adotar um ou outro critério foi o de trabalhar a dimensão raça/etnia, já que etnia implicava em focar as diferenças culturais entre os grupos humanos (KAUFMAN & COOPER, 2001). No campo da saúde coletiva brasileira este debate ganha corpo com as demandas pela introdução do quesito cor nos sistemas de informação de saúde que, aos poucos, vem sendo implementado. A coleta da informação sobre a cor dos indivíduos e a sua utilização em documentos e estudos da saúde tem sido justificada com uma forma de desvelar o mito da democracia racial, o qual passa pelo ocultamento do pertencimento racial dos indivíduos, assim impedindo o monitoramento da discriminação racial e das desigualdades nas condições de saúde (ADORNO E COLS, 2004).

Atualmente, muitos pesquisadores propõem que as categorizações raciais sejam realizadas a partir da cor de pele, embora se saiba que existe uma ampla variação na graduação dos tons de pele em uma mesma população. O modelo classificatório brasileiro oficial é o do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), que utiliza critério de autoclassificação, no qual os próprios indivíduos escolhem a forma como se

percebem entre cinco alternativas - branco, preto, pardo, amarelo e indígena. De acordo com Carneiro (2000) a cor, assim como o sexo, mesmo sendo um operador básico da diferença, não engloba a dimensão moral, social e política de “ser negro” ou “ser branco” numa sociedade racista.

Admite-se que toda classificação racial possui limitações, portanto há uma preocupação constante em diminuir os erros de medida em uma classificação de grupos. Maio e colaboradores (2005) referem pesquisadores que em estudos cujo objetivo é investigar a discriminação racial, utilizam a classificação a partir de observadores externos, os quais expressariam melhor a forma como os indivíduos são vistos pela sociedade. Mas a maioria dos autores considera que, apesar das limitações, a autoclassificação é o método que melhor reflete a identificação do indivíduo com os diversos grupos raciais. Além disso, é mais democrático, porque permite o entrevistado classificar-se onde se acha mais bem representado.

Conforme Oliveira (2004), a identidade racial é o sentimento de pertencimento a um grupo racial, decorrente de construção social, cultural e política. Articula-se com a história de vida (socialização/educação) e a consciência adquirida diante das prescrições sociais, raciais ou étnicas, racistas ou não, de uma dada cultura.

## 2.2 Desigualdades raciais em saúde

Iniquidades em saúde podem ser consideradas manifestações mensuráveis de injustiça social - geralmente representadas pelos diferenciais no risco de adoecer e de morrer, os quais, por sua vez, se originam de condições heterogêneas de existência e de acesso a bens e serviços, inclusive, os de saúde. Atualmente considera-se que as desigualdades raciais, quanto às de gênero e de classe social interferem nas condições de saúde das populações. Os melhores níveis de saúde atingidos por certos grupos dentro da sociedade passam a ser o patamar a ser alcançado via universalização das condições favoráveis que o determinam. A desigualdade pode ser um fator tanto de produção quanto de superação de iniquidades, na medida que uma discriminação positiva operaria no sentido de diminuir as distâncias sociais. As diferenças são consideradas iníquas se elas ocorrerem porque as pessoas têm escolhas limitadas, acesso restrito a recursos de saúde e exposição a fatores prejudiciais por conta de injustiças (SILVA E BARROS, 2002; LUCCHESI, 2003).

No caso da população negra, a exclusão e a negação do direito natural de pertencimento colocam-na em condições de maior vulnerabilidade. Lopes(2003b) define vulnerabilidade como o conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das conseqüências indesejáveis daquela situação. Delour & Hubert

(2000) consideram que o conceito de vulnerabilidade é polissêmico, refere dependência ou fragilidade, bem como insegurança, complexidade, ausência de regulação e baixa resiliência. Inicialmente utilizado pelos pesquisadores que atuavam na área dos desastres naturais, passou a ser usado em saúde mental, no combate à fome e nas pesquisas em HIV/AIDS, onde substituiu o conceito de risco (AYRES, 1999; LOPES, 2003a). A noção de vulnerabilidade abarca três níveis inter-relacionados: o da trajetória social (ciclo da vida, idade, mobilidade social e identidade) , o nível de interação social (onde se dão os encontros entre as pessoas) e, por último, o contexto social, onde irão atuar as normas coletivas, institucionais, o sistema de gênero/raça e as iniquidades. As três dimensões: trajetória social, interações e contexto social modulam o grau de vulnerabilidade de um grupo ou população. Essas dimensões que compõe a vulnerabilidade se interceptam e reforçam, e tendem a se tornar cada vez mais complexas, assim como os problemas mais graves e a possibilidade de enfrentamento a diminuir. A análise da vulnerabilidade implica na análise das diferenças e significa analisar o processo individual e coletivo de resistência aos múltiplos riscos, porém sem perder de vista os mecanismos sociais de produção e reprodução das iniquidades, os quais precedem os riscos (DELOUR & HUBERT, 2000).

As desigualdades demográficas e socioeconômicas que atingem a população negra acarretam, neste segmento, os piores indicadores sociais, especialmente na educação e na renda (HENRIQUES, 2001). Segundo o DIEESE (2001), a média de escolaridade da população brasileira branca, parda e preta é de 6,7; 4,5 e 4,6 anos de estudo, respectivamente. Esta informação é

corroborada por Henriques (2001), que descreve a heterogeneidade escolar da população adulta brasileira, mostrando que o diferencial entre brancos e negros é de 2,3 anos de estudo.

Quanto à distribuição de renda (IPEA, 2001), a população negra concentra-se no segmento de menor renda *per capita* em salários mínimos. No Brasil, existem não só desigualdades raciais de renda, mas um processo de “embranquecimento” da distribuição da riqueza, fazendo com que, no geral, a população branca receba salários cerca de 2,5 vezes maiores que a população negra.

As diferenças socioeconômicas associadas à raça/cor e ao gênero evidenciam uma nítida hierarquia que tem no topo, os homens brancos, seguidos pelas mulheres brancas, os homens negros e, por último, as mulheres negras. Segundo dados do PNAD em 2002, as mulheres negras obtinham apenas 31% dos rendimentos dos homens brancos; os homens negros 47%, e as mulheres brancas 62% desses rendimentos (QUADROS, 2004)

Analisando o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH – desagregado por sexo e raça/cor, Sant’ Anna (2001) obteve resultados bastante significativos sobre os efeitos da discriminação racial na inserção social diferenciada das pessoas negras e brancas. Este índice é baseado numa metodologia criada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, que sintetiza indicadores de educação, expectativa de vida e



rendimento per capita. De acordo com o IDG – Índice de desenvolvimento humano ajustado ao Gênero - de 1999 , o Brasil estava na 67º posição (IDG 0,773) do ranking mundial composto 143 países, isto é, classificava-se como um país de desenvolvimento humano médio. Contudo, os dados desagregados revelaram uma outra situação: se considerado apenas o IDG da população negra (0,663), o Brasil estaria na 91º posição. Em contraponto, se levado em conta apenas o IDG da população branca (0,784) o país passaria a ocupar a 48º posição no ranking mundial.

A desigualdade existente entre homens e mulheres tem produzido a inferiorização da mulher, alijando-a das instâncias de poder e decisão na vida pública e privada. As mulheres, além de receberem salários menores que os homens para o mesmo trabalho, também são as maiores vítimas da violência doméstica e sexual. Neste contexto, as mulheres negras são as mais atingidas e sofrem uma discriminação combinada decorrente da condição de serem mulheres-negras-pobres. Elas vivenciam, simultaneamente, violências decorrentes do sexismo, do racismo, e do preconceito de classe social (WERNECK, 2001, MENEGHEL E COLS, 2004; SAFFIOTI, 2004).

Diferenças na saúde de grupos étnicos distintos, em termos de morbimortalidade têm sido freqüentemente documentadas tanto nos Estados Unidos quanto em países europeus. Estudos atuais apontam evidências de que experiências com discriminação, incluindo as percepções de viver em uma sociedade racista contribuem para as iniquidades étnicas em saúde, sem esquecer que as desvantagens econômicas ocasionadas por dezenas de anos

de racismo institucional produziram os níveis atuais de saúde encontrados na população negra (NAZROO, 2003; WILLIAMS, 2002; WILLIAMS E COLS., 2003).

Nos Estados Unidos, estudos sobre a mortalidade mostram que os afroamericanos apresentam taxas de mortalidade maiores que os brancos. As disparidades raciais na severidade e curso de alguns agravos afetam a morbidade e a mortalidade. Uma destas disparidades ocorre por meio das diferenças raciais na sobrevida de diversos tipos de câncer, por exemplo, entre 1974 a 1979, 57% de mulheres brancas comparadas com 47% de negras tiveram sobrevida de 5 anos por cânceres de todas as localizações. Outra situação é a do câncer de mama, onde as mulheres brancas possuem altas prevalências e baixa mortalidade, enquanto que as negras apresentam menor tempo de sobrevida, devido às diferenças raciais no estadiamento da doença. No Brasil, a esperança de vida da população negra também é menor do que a da população branca. E as mulheres negras adultas apresentam mais chances de morrer antes de completar os 75 anos, que as brancas (WILLIAMS, 2002; LOPES, 2004).

No Brasil, a saúde da mulher negra começou a ser discutida a partir de reivindicações das próprias mulheres, coincidindo com o surgimento de grupos de mulheres negras organizados nas diferentes regiões do país (LEMOS, 2000). Um dos primeiros temas a ser discutido entre as mulheres negras foi a esterilização cirúrgica em massa; essa discussão atualmente se estende aos direitos reprodutivos como um todo. Alguns estudos sugerem que

as mulheres negras apresentam maiores freqüências de infertilidade e mortalidade materna, como decorrências da maior prevalência de doenças como hipertensão arterial e a miomatose (ARAÚJO, 2001; PÉRPÉTUO,2000).

Araújo (2001), mostra que os dados socioeconômicos referentes à população negra por si só já são indicadores de seu estado de saúde e, acrescentando-se ao menor acesso a serviços de qualidade, levam as mulheres negras a apresentarem maiores de morbidades e mortalidade do que as mulheres brancas. O relatório final da *Pré-Conferência Cultura & Saúde da População Negra* (2000) também pontua uma outra problemática, a da ascensão social da mulher negra, mostrando que as discriminações sofridas por estas mulheres produz reflexos no seu cotidiano, através de uma violência sutil, explícita e psicológica, de pouca visibilidade, porém com conseqüências perversas em sua saúde.

Enfim, não há dúvida entre os pesquisadores que os membros de grupos minoritários comparados com a população branca, apresentam maiores coeficientes de morbidade e mortalidade e condições de acesso aos serviços de saúde e programas de prevenção dificultadas, fatos agravados pela situação socioeconômica e pelo gênero (WILLIAMS, 2002; MAYBERRY e cols, 2000; RAMIREZ e cols, 2005).

### **2.2.1 Morbidades: hipertensão, diabetes e distúrbios psiquiátricos menores.**

As condições socioeconômicas em que a maioria da população negra se encontra influenciam diretamente a saúde (WILLIAMS, 2002; VAN RYN, 2003; CORNELIUS, 2002). Estas condições não podem ser separadas da relação entre racismo e saúde, ainda pouco discutida na produção acadêmica. Os pesquisadores que tratam desta temática mostram que a maior frequência das doenças na população negra é influenciada por determinantes de ordem socioeconômica, ambiental e psicossocial, incluindo a situação de exclusão social e as discriminações (MONTEIRO, 2004; OLIVEIRA, 2001).

Neste capítulo discutem-se dados relativos a algumas morbidades como expressão das vulnerabilidades que fragilizam as mulheres negras. A associação de alguns destes agravos com a raça negra já está bem documentada, enquanto que outras ainda se encontram sob discussão.

A hipertensão arterial, uma patologia de entidade clínica multifatorial, é conceituada como síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos como hipertrofia cardíaca e problemas vasculares (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998). Na maior parte das situações, a hipertensão é assintomática. Altos níveis de pressão arterial causam danos às artérias que fornecem sangue ao coração, cérebro, rins e outros órgãos, produzindo uma série de mudanças estruturais (OPAS,

2003). Devido à gravidade, magnitude e dificuldade no controle, a doença é considerada um problema de saúde pública. É também reconhecida como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento do acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio.

Estima-se que 10% a 20% das pessoas adultas no Brasil sejam hipertensas. No Rio Grande do Sul, um estudo de prevalência de âmbito populacional encontrou valores próximos de 33%, utilizando como parâmetro os níveis tensionais de 140 mmHg/90mmHg. (GUS e cols, 2004). Salienta-se a disparidade no critério de caso adotado pelos diferentes estudos sobre a prevalência de Hipertensão arterial, o que dificulta as comparações. Os estudos mais antigos utilizavam como ponto de corte 160 mmHg para sistólica e 95 mmHg para diastólica. Usando este critério foi encontrada a prevalência de hipertensão de 20,4% (GUS, 2004). Em Porto Alegre a prevalência de Hipertensão em mulheres, utilizando o critério 160 mmHg/95mmHg foi de 15% (DUNCAN et al, 1993) e em Pelotas foi de 21,2% (PICCINI & VICTORA, 1994).

A prevalência da hipertensão arterial na população negra é mais elevada que na população branca, bem como é maior sua gravidade, particularmente quanto à incidência de hipertensão arterial maligna, acidente vascular encefálico e insuficiência renal crônica. Esses eventos podem estar relacionados a fatores étnicos e/ou socioeconômicos (III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1998). Vários fatores correlacionados potencializam o aumento da prevalência da hipertensão em pessoas negras, entre eles, destacam-se os hábitos alimentares, o sedentarismo, a obesidade, o consumo

excessivo de álcool e o estresse (CRUZ, 1999, BARRETO, 1993; COLLINS & MARIBLYN, 2002).

Nos Estados Unidos, desde 1950, pesquisas mostraram achados consistentes em relação às disparidades existentes entre brancos e negros quanto à mortalidade por doença cardíaca, doença cerebrovascular, diabetes e neoplasias malignas. Além disso, a hipertensão é mais fortemente associada com a doença renal na população negra (WILLIAMS, 2002; WILLIAMS e cols., 2003; CORNELIUS E COLS, 2002; NAZROO, 2003). Krieger (1990) mostrou taxas elevadas de hipertensão arterial referida em mulheres negras que sofreram discriminações, atribuindo à raiva internalizada e ao estresse decorrente do preconceito sofrido, os maiores níveis tensionais destas mulheres.

Um estudo realizado por Cruz (2003) aponta indícios de que a hipertensão é uma seqüela da escravidão para as pessoas negras e seus descendentes no Brasil, a medida em que uma série de fatores de risco foi introduzida abruptamente nos hábitos desta população. Dentre os fatores de risco, a autora destaca a alimentação - baseada em carboidrato, gordura saturada e grande quantidade de sal - o tabagismo e o alcoolismo, distribuídos e incentivados entre os negros. O álcool, mais especificamente a aguardente, fazia parte do desjejum, como forma barata de proteger do frio e, por ser de alto valor calórico, muitas vezes era usado em substituição à refeição. As condições vividas pela população negra, mantidas com a exploração capitalista pautada no racismo institucional, são consideradas fatores de risco para

hipertensão arterial e para outras doenças crônico-degenerativas como o diabetes.

Portanto, para indivíduos que já vivem em situação de discriminação, fatores ambientais e comportamentais são fortes potencializadores na determinação desta doença (BARRETO, 1993). Em relação às mulheres, tem sido demonstrado que a prevalência de hipertensão é maior naquelas com menor escolaridade e nas classes de menor renda (MARTINS, 1997). Além disso, alguns estudos mostram a relação de risco existente entre hipertensão e anticoncepcionais hormonais combinados (CRUZ, 1999; ASSARI, 1994).

Diversas investigações brasileiras mostram maior prevalência de hipertensão em mulheres negras. Aquino (1996) estudou a população feminina de Salvador, Bahia e encontrou maior prevalência de hipertensão em mulheres negras quando comparadas às mulheres brancas. Lolio e colaboradores (1990) também relataram maior prevalência desta morbidade em mulheres negras em Araraquara (SP).

Collins e cols (2002) estudaram dados do *Third National Health and Nutrition Examination Survey*, de 1988 a 1994, e observaram que a prevalência de hipertensão na população afro-norte-americana é de aproximadamente 30%, enquanto a do total da população dos Estados Unidos é 20%. As mulheres afro-norte-americanas apresentam prevalências de

hipertensão mais elevada, quando comparadas as de mulheres norte americanas de outros segmentos raciais.

Monteiro (2004) aponta que estudos focalizados no controle de variáveis socioeconômicas revelam que no mesmo estrato social há agravos, como a hipertensão arterial, em que a população negra apresenta taxas de sobremortalidade e sobremorbidade em relação à população branca. Além disso, embora haja agravos cuja diferença racial desaparece após controle de fatores de confusão, um grande número de pesquisas mostra que as disparidades raciais permanecem após os ajustes, como o que ocorre com a relação entre hipertensão e raça negra (MAYBERRY e cols., 2000; RAMIREZ E COLS., 2005)

Outro agravo que possui uma distribuição racialmente desigual é o diabetes. Diabetes mellitus é um distúrbio metabólico de etiologia múltipla, caracterizado por hiperglicemia crônica, decorrente tanto de uma deficiência de insulina, como da incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos, ou de uma combinação, em graus variáveis, dessas condições (OLIVEIRA, 2003).

Esta patologia é um importante problema de saúde pública, devido à sua magnitude e gravidade. No Brasil, a prevalência é de 7,6%, e o agravo está associado a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos, além de envolver altos custos



no seu controle e no tratamento de suas complicações (OLIVEIRA 2001).

Oliveira (2001) afirma que o diabetes é uma doença do homem moderno. As causas para o aumento de sua prevalência estão relacionadas com a urbanização e a industrialização, o maior sedentarismo, o aumento da esperança de vida e a maior sobrevivência dos pacientes diabéticos. Na população negra, há evidências de que a frequência desta morbidade é maior, relativamente à população branca em vários países (CORNELIUS, 2002; WILLIAMS, 2002; WILLIAMS E COLS, 2003). Alguns estudos indicam que a prevalência deste agravo em negros é influenciada por fatores ambientais e comportamentais; outros defendem que o mecanismo primário para o desenvolvimento de diabetes nas pessoas negras seria a hiperinsulinemia e a resistência à insulina (Oliveira, 2001)

Além destes aspectos, há evidências de que a frequência do diabetes está aumentando mais entre os negros. Nos últimos trinta anos, a doença triplicou na população negra, enquanto apenas duplicou na população branca. Nos Estados Unidos, a frequência do diabetes tipo II é 1,4 vezes maior entre os negros do que em brancos. Quanto ao tipo I, tende a ser de 2 a 4 vezes menor do que na população branca (OLIVEIRA, 2001).

Diversos estudos realizados nos Estados Unidos mostraram maior prevalência de diabetes na população negra (HARRIS E COLS, 1987; LIPTON E COLS, 1993; COWIE E COLS, 1993). Araújo (2001), fundamentando-se em pesquisas norte-americanas, mostrou que as mulheres negras apresentam

uma particular vulnerabilidade para desenvolver esta doença, enquanto o homem negro tem 9% a mais de probabilidade de desenvolver diabetes do que o homem branco, as mulheres negras têm aproximadamente 50% a mais de chances de se tornarem diabéticas que as mulheres brancas. Nos Estados Unidos, entre a população negra com diabetes há maior probabilidade dos doentes tornarem-se cegos, sofrerem amputações, desenvolverem complicações hepáticas e finalmente, morrerem pela doença (WILLIAMS e cols., 2003).

De qualquer maneira, a discussão sobre a maior prevalência de diabetes na população negra, ainda permanece aberta. Há estudos brasileiros que não apontam a existência desta associação (MARLERBI E COLS, 1993). Este fato, por si só, justifica a realização de mais pesquisas que levem em conta a dimensão racial, para avaliar diferenças entre negras e brancas na prevalência desta e de outras morbidades.

As condições de vida precárias da população negra, submetida a altos níveis de estresse e violências, levam a maiores freqüências de distúrbios psiquiátricos. Distúrbios psiquiátricos menores podem ser manifestados através de sintomas como, ansiedade, depressão, estresse entre outras (GEE, 2002; WILLIAMS E COLS. , 2003; VAN RYN, 2003; WILLIAMS, 2002; CAIN, 2003).

Vários autores sinalizaram a relação entre a situação de discriminação racial e conseqüências graves na saúde mental dos sujeitos (CAIN E COLS; 2003; WILLIAMS, 2002). Os psiquiatras prescrevem mais

antipsicóticos para negros e há um maior percentual de hospitalizações involuntárias neste grupo (VAN RYN, 2003), a agressão racial provoca sofrimento mental, baixos níveis de saúde autoreferida, permanência ao leito e elevada frequência de sintomas psicológicos (NAZROO, 2003; GEE, 2002)

Cruz (2003), descrevendo a situação de estresse na população negra, afirma que o início se deu quando os africanos foram arrancados de forma brutal de sua terra, família e comunidade. No período da escravidão, suicídio, assassinato, aborto e loucura eram considerados resultantes das condições de exploração, mas, também, podem ser considerados estratégias de enfrentamento ao estresse e violências. Mesmo após a escravidão, a população negra continua submetida ao estresse e ao sofrimento psíquico, por meio da manutenção das discriminações na sociedade. O estresse decorrente do racismo institucional já é reconhecido como um fator contribuinte às doenças psíquicas e cardiovasculares (CRUZ, 2003 apud DIN-DZIETHAM et al. 2003).

De acordo com Silva (2004), historicamente, os negros têm apresentado várias formas de resistência ao racismo, as quais variam desde as fugas com formação de quilombos e sabotagens, até as manifestações culturais e religiosas. Ao internalizar atributos negativos que muitas vezes lhes são imputados, instala-se o sentimento de inferioridade, favorecendo o aparecimento de comportamentos de isolamento e sentimentos de baixa auto-estima e desvalia. Os negros vivem em um estado de tensão emocional permanente, devido às más condições de vida, às discriminações e à

precariedade no trabalho. Essa situação causa diversos transtornos psíquicos, incluindo a ansiedade, a depressão e influem nos níveis de tensão arterial.

A precarização do emprego, o desemprego, as péssimas condições de vida, a discriminação racial, entre outros fatores, expõem um grande número de pessoas ao sofrimento mental. Valla (2005) contextualizando fatores que levam ao estresse nas classes populares, afirma que trabalhar de 10 a 12 horas por dia, em um ambiente insalubre, sem carteira assinada, sem a proteção social de um plano de saúde e a garantia de que o trabalho executado vai continuar amanhã é um processo de estresse que, mais provavelmente, culmina em um distúrbio mental. Nos Estados Unidos, em 1999, 12% da população (32 milhões de pessoas) viviam abaixo da linha da pobreza; destes a maior taxa é constituída por mulheres negras (13,6%) (MURRAY, 2003). A população negra, em especial, vive com pouca ou nenhuma expectativa de ultrapassar a barreira econômica que lhe é imposta, mantida através do imaginário social que lhe confere o lugar de destituído. Alguns estudos mostram que o sexo feminino, a baixa escolaridade, o desemprego, a baixa renda e a maternidade sem companheiro são algumas dimensões da vulnerabilidade geradoras de sofrimento psíquico (SILVA, 2004 ; COSTA E COLS, 2002)

White (2000) diz que há demasiado sofrimento na comunidade negra. Devido às altas taxas de mortalidade infantil e homicídio, bem como ao baixo índice de expectativa de vida, muitas mulheres negras têm sofrido duras perdas já na juventude. Especialistas na área de saúde física e mental indicam

que perdas não elaboradas podem contribuir para gênese de muitas doenças, entre elas hipertensão, estresse, depressão, ansiedade e uso excessivo de drogas e álcool.

Davis (2000), relatando sua vivência perante a dor da perda, diz que as mulheres negras estão permanentemente submetidas à tragédia, pois perdem seus pais devido à hipertensão e ataques do coração, perdem seus irmãos nas frentes de batalhas de guerras, perdem seus companheiros vitimados pela violência policial; e por último perdem seus filhos nas prisões ou no tráfico de drogas. Esse peso implica em vulnerabilidade emocional e física, levando a desigualdades nas morbidades e na mortalidade. (WHITE, 2000)

O sofrimento mental das mulheres negras tem sido exacerbado pelas precárias condições de vida, trabalho, acréscimos do racismo e das discriminações e nas desigualdades na atenção à saúde.

### **2.2.2 Qualidade na atenção à saúde**

No Brasil, o acesso aos serviços de saúde é uma garantia legal que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece. Mas o acesso universal e igualitário, preconizado por esse sistema, não tem assegurado à população negra coberturas de atenção e qualidade no atendimento nos mesmos níveis que os atingidos pela população branca (LOPES, 2004)

Souza (2000) afirma que mesmo a qualidade da atenção à saúde prestada pelo SUS no Brasil sendo precária, não é difícil constatar que o acesso aos serviços varia para os diferentes grupos que compõem a população, com maior desvantagem para os negros. Nos Estados Unidos, Cornelius e colaboradores (2002) afirmaram que apesar da eficácia comprovada das medidas de prevenção à saúde, as mulheres negras têm historicamente recebido menor quantidade de ações preventivas.

Tem sido comprovado que os cuidados em saúde possuem um papel protetor especial em situações de múltiplas vulnerabilidades, como no caso das minorias raciais ou étnicas. Nos Estados Unidos, as minorias têm menor acesso aos serviços do que a população branca. As afro-norte-americanas apresentam níveis de morbidades e co-morbidades maiores que as mulheres brancas e apesar das elevadas prevalências de agravos enfrentam sérias dificuldades para obter cuidados médicos. Geralmente são atendidas em condições inadequadas, como em serviços de emergência e os tratamentos são descontínuos. As disparidades que sofrem abrangem desde dificuldade para receber intervenções simples até as de alta tecnologia (WILLIAMS, 2002; MAYBERRY e cols., 2000; MUKAMEL e cols. 2000).

Perpétuo (2000), utilizando dados do PNAD mostra que mulheres negras apresentam menores chances de receber consultas ginecológicas completas, o que as torna mais vulneráveis na medida em que não recebem tratamento adequado das doenças de transmissão sexual e na

prevenção do câncer ginecológico. Além disto, as mulheres negras têm menor acesso à assistência obstétrica, durante o pré-natal, durante o parto e no período puerperal. A influencia da cor sobre esses resultados desaparece quando controlada pela classe social. A autora diz que este achado não permite afastar a existência de discriminação racial na atenção à saúde, já que o poder aquisitivo, talvez mais que outras características socioeconômicas como residência e escolaridade, estaria captando esta mesma discriminação.

A pesquisa realizada por Leal e col. (2004), do Rio de Janeiro, mostrou que na avaliação de satisfação materna com a atenção recebida nos serviços de saúde, as mulheres de cor preta e parda referiram menor grau de satisfação do que as brancas. A autora relata que quase um terço das pardas e pretas não conseguiram atendimento no primeiro estabelecimento procurado e no parto vaginal receberam menos anestesia, o que evidencia mais uma vez, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Evidências semelhantes apareceram em dois estudos de base populacional, sobre cobertura de exame físico de mama e cobertura de exame citopatológico, realizados em Pelotas, RS. Os autores verificaram que as mulheres classificadas como não-brancas foram menos examinadas que as classificadas como brancas (COSTA E COLS, 2002 e 2003).

Para Lopes (2003b), a resolubilidade no cuidado em saúde varia de acordo com as condições socioeconômicas do sujeito, o lugar onde vive, a qualidade dos equipamentos sociais a que ele tem acesso, a sensibilidade, a

humanização e o compromisso da equipe de profissionais pelos quais ele é atendido. Portanto, diz a autora, o registro e a análise das desigualdades e iniquidades raciais em saúde só podem ser realizados por pessoas sensíveis e aptas a compreender os diferentes sentidos e significados atribuídos às relações inter e intra-raciais e intragêneros, inter e intrageracionais.



### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Estudar as condições de saúde e qualidade na atenção à saúde de uma amostra de mulheres negras e não negras com idade entre 20 e 60 anos, residentes na zona urbana de duas cidades do Rio Grande do Sul: São Leopoldo e Pelotas.

#### **3.2 Objetivo Específico**

- Descrever as condições socioeconômicas e demográficas segundo raça/cor;
- Descrever a prevalência conjunta de hipertensão, diabetes e distúrbios psiquiátricos menores de acordo com recorte racial;
- Identificar características na atenção à saúde, através da realização de exames preventivos, segundo raça/cor.

#### **4. HIPÓTESE**

As mulheres negras residentes em São Leopoldo e Pelotas têm maiores prevalências de certos agravos e realizam menos exames preventivos, quando comparadas a mulheres de outro segmento racial.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 Delineamento do estudo**

Este estudo analisará dados socioeconômicos, demográficos, de morbidades e de atenção à saúde segundo raça/cor, provenientes de dois estudos transversais de base populacional, realizados com mulheres adultas. Um dos estudos realizado em São Leopoldo e denominado “Condições de saúde de mulheres em São Leopoldo” (Olinto e cols, 2002) e o outro em Pelotas, denominado “Sistema de base populacional para monitoração da prevalência e fatores de risco para doenças crônico-degenerativas entre adultos de Pelotas, RS (Menezes e cols, 2001)

### **5.2 População**

São Leopoldo:

A população estudada foi composta por 1026 mulheres adultas entre 20 e 60 anos de idade, residentes na zona urbana de São Leopoldo

Pelotas:

A população estudada foi composta por 1967 pessoas, incluindo homens e mulheres, com idade entre 20 e 69 anos, residentes na zona urbana de Pelotas. Para presente pesquisa, serão analisadas as 1004 mulheres entre 20 e 60 anos de idade, excluindo os homens e mulheres com idade igual ou superior a 61 anos de idade.

### **5.3 Amostra**

São Leopoldo:

O tamanho da amostra foi de 1026 mulheres, estabelecida de acordo com critérios que permitissem identificar uma razão de 2,0, para um nível de confiança de 95% de um poder estatístico de 80%, mantida a razão de não-expostos:expostos de 1:3 para a variável classe social. Foi realizada uma amostra por conglomerados, onde 40 setores censitários foram sorteados entre os 270 existentes na zona urbana da cidade de São Leopoldo.

Pelotas:

O tamanho da amostra de 1967 pessoas, foi estimado através de diversas prevalências exploradas pelo estudo. Para cálculo da amostra utilizou-se um poder de 80%, um nível de confiança de 95% para exposição variando entre 25% e 75%, com razão de prevalência de 1,6. Acrescentou-se ao tamanho da amostra 10% para perdas e recusas e 15% para controle de fator de confusão. Neste estudo também foi realizada uma amostra por

conglomerados, onde 40 setores censitários foram sorteados aleatoriamente entre os setores censitários existentes na zona urbana da cidade de Pelotas.

#### **5.4 Coleta de dados**

São Leopoldo:

A coleta de dados ocorreu durante o ano de 2001, através de entrevistas, realizadas nos domicílios por entrevistadores previamente treinados.

Como instrumento de pesquisa foi utilizado questionário fechado com 122 questões, para obter informações de caráter demográfico, socioeconômico e de saúde. Foram usados esfignomanômetro e estetoscópio para aferição da pressão arterial.

Pelotas:

A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 1999 e abril de 2000, através de entrevistas, realizadas nos domicílios por entrevistadoras previamente treinadas. Como instrumento de pesquisa foi utilizado questionário fechado com 110 questões e esfignomanômetro e estetoscópio para aferição da pressão arterial

#### **5.5 Variáveis**

Nesta pesquisa serão analisadas as variáveis comuns nos instrumentos de pesquisas dos dois estudos.

### 5.5.1 Socioeconômicas (Variável explanatória)

- *Renda familiar per capita*: Somatório de todos os rendimentos do último mês, dividido pelo número de pessoas residentes no domicílio.
- *Classe econômica*: Classificada de acordo com o conceito da ANEP – Associação Nacional de Empresas e Pesquisa. Construída através de questões que relaciona a posse de alguns bens materiais, empregada doméstica e escolaridade do chefe da família.
- *Escolaridade*: Obtida através de anos de estudo completos.

### 5.5.2 Demográficas (Variável explanatória)

- *Idade*: anos completos no momento da entrevista
- *Estado Civil*: O estado civil foi agrupado em casada/união, solteira, separada/divorciada e viúva.
- *Cor da pele*: Obtida a partir da observação. O entrevistador classificava a entrevistada em branca, negra, parda ou mista (indígena ou oriental). Neste estudo serão comparadas as mulheres categorizadas como negras (negras e pardas) com o grupo classificado como de mulheres brancas, compreendendo as brancas e mistas.

### 5.5.3 Morbidades (Desfecho)

- *Hipertensão Arterial*: Obtida através do relato da mulher entrevistada e da aferição da pressão arterial com esfigmomanômetro e estetoscópio. A medida utilizada foi a média de duas aferições: no início e fim da entrevista. A Hipertensão foi definida por níveis tensionais igual ou superiores a 140 mmHg na sistólica e 90 mmHg na diastólica

- *Diabetes Mellitus*: Obtida através do relato da entrevistada, desde que tenha sido diagnosticado previamente por um médico
- *Distúrbios psiquiátricos menores*: Foi averiguados através do instrumento SRQ – Self Report Questionnaire (Harding, 1980). SRQ é um questionário de identificação de distúrbios psiquiátricos em nível de atenção primária, desenvolvido por Harding et al. (1980). O SRQ-20 é o instrumento recomendado pela Organização Mundial de Saúde para esta finalidade. O ponto de corte estabelecido para caracterizar a presença de distúrbios psiquiátricos menores em mulheres são valores iguais ou superiores a 7 (Costa e cols, 2002).

#### **5.5.4 Qualidade na atenção à saúde (Desfecho)**

- Exame de mama: Realização de exame de mama no último ano.
- Exame Citopatológico: Realização de exame citopatológico no último ano.

#### **5.6 Análise de dados**

Ambos bancos de dados foram digitados no programa Epi Info 6.0 através de dupla entrada, permitindo avaliar consistência. No presente estudo os dados serão analisados através dos programas de estatística SPSS versão 13.0 e STATA versão 7.0. Para análise estatística, serão realizadas distribuições de freqüência simples de todas as variáveis, a fim de descrever a amostra e distribuições de freqüências bivariadas, através teste de qui-quadrado das variáveis explanatórias e desfechos segundo raça/cor. O controle

dos fatores de confusão será realizado através das variáveis: renda, classe econômica, escolaridade e idade.



## **6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Ambos estudos foram submetidos e aprovados pelo *Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas*.



## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial 1998.
2. Relatório da Pré-conferência cultura & saúde da população negra. 2000
3. ADORNO R, et al Quesito cor no sistema de informação em saúde. **Estudos Avançados** 18(50), 2004.
4. ALMEIDA MV. Corpos marginais: notas etnográficas sobre páginas de polícia e páginas de sociedade. **Cadernos Pagu** 14. 2000.
5. AQUINO EM, et al. Mulher, saúde e trabalho no Brasil: Desafios para um novo agir. **Cad. Saúde Pública** 11(2). 1995
6. ARAÚJO MJD. O. Reflexões sobre a Saúde da Mulher Negra e o Movimento Feminista. **Jornal da Rede Saúde**. 2001.
7. ASSARI M. and e. al. Prevalence de hipertensão arterial na população do Jardim Bandeirantes. **Semina** 15.1994.
8. AYRES JCRM. **Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS**. In: Barbosa R & Parker R (org.) Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34. p. 49-72. 1999
9. AZEVEDO E. **Raça: Conceito e preconceito**. São Paulo, Ática. 1987.
10. BAIRROS F. **Características socioeconômicas e perfil de morbidades de mulheres de acordo com raça/etnia**. Ciências da Saúde. São Leopoldo, UNISINOS. 2003.
11. BARRETO NDM. et al. Prevalência de Hipertensão arteria nos indivíduos de raça negra. **Arquivos Brasileiros de Medicina** 67(6). 1993.
12. BHOPAL R. Racism in medicine – the specter must be exorcised 2001. **BMJ** 322: 1503-1504.
13. BREILH J, GRANDA E. 1986. **Saúde na Sociedade**. São Paulo: ABRASCO.
14. BRITO IC, Lopes AA. Associação da Cor da pele com diabetes mellitus tipo 2 e intolerância à lactose em mulheres obesas de Salvador, Bahia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. 2001.
15. CAIN VS, KINGTON RS. Investigating the role of racial/ethnic bias in health outcome. **Am. Public Health Association** 93(2): 191-192 2003.

16. CAMARGO M. ***O lugar da mulher na relação de violência – o mito da passividade e a construção da identidade de gênero em nossa sociedade.*** Porto Alegre: Casa 1998.
17. CARNEIRO F. **Nossos passos vêm de longe. O Livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe.** P. Criola. Rio de Janeiro. 2000.
18. CARONE I, BENTO MAS. **Psicologia social do racismo – estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 2002.
19. COLLINS R, MARIBLYN A. African American Women and Men at High and Low Risk for Hypertension: A Signal Detection Analysis of NHANES III, 1988-1994. **Preventive Medicine** 35. 2002.
20. CORNELIUS LJ, SMITH PL, SIMPSON GM. What factors hinder women of color from obtaining preventive health care? **Am. Public Health Association**, 92(4): 535-539 2002.
21. COSTA NR. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. **Cadernos do CEDES – Educação e saúde**, 4. s.d. p.5-28.
22. COULORIS DG. **Gênero e discurso jurídico: possibilidades para uma análise sociológica.** In: Carvalho Marie Jane (org.). Produzindo gênero. Porto Alegre: Sulina. P. 61-83 2004.
23. COWIE C, HARRIS M, et al.. Effect of multiple risk factors on differences between blacks and whites in the prevalence of non-insulin-dependente diabetes mellitus in the United States. **Am J Epidemiol.** 1993.
24. CRUZ IC, et al. Aspectos sobre saúde/doença em mulheres negras. **Revista Baiana de Enfermagem** 11(11). 1998.
25. CRUZ IC. Escravismo, racismo e exclusão são fatores de risco da hipertensão arterial em negros? **Boletim do Instituto de Saúde.** 2003.
26. CRUZ IC, et al. Etnia Negra: Um estudo sobre a hipertensão arterial essencial e os fatores de risco cardiovascular. **Revista de Enfermagem UERJ** 7(1). 1999.
27. DAVIS BM. **Falando da perda: hoje estou mal, espero que você entenda.** O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe. P. Crioula. Rio de Janeiro. 2000.
28. DELOUR F, HUBERT M. Revisiting the concept of vulnerability. **Social Science & Medicine**, 50:1557-1570. 2000

29. DIAS-DA-COSTA JS, et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia** 5(2). 2002.
30. DIAS-DA-COSTA JS, et al. Cobertura do exame físico de mama: estudo de base populacional em Pelotas, RS. **Rev. bras. epidemiologia** 6(1).2003.
31. DIAS-DA-COSTA JS, et al. **Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, vol.19, no.1, 2003
32. DIEESE. Os números da desigualdade racial no Brasil, DIEESE. 2001.
33. DUNCAN BB, et al. Fatores de risco para doenças não transmissíveis em área metropolitana na região sul do Brasil. Prevalência e simultaneidade. **Revista de Saúde Pública** 27(1). 1993.
34. GEE G. A multilevel analysis of the relationship between institutional and individual racial discrimination and health status. **Am. Public Health Association**, 92(4): 615-623, 2002
35. GOODMAN A. Why genes don't count for racial differences in health?. **Am. Public Health Association**, 90(11):1699-1702, 2000
36. GREGORI MF. **Cenas e queixas – um estudo sobre mulheres e relações violentas e a prática feminista.** São Paulo: Paz e Terra. 1992
37. GUS I, et. al. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** 83(5). 2004.
38. HARDING TW, ARANGO MV, BALTAZAR J, CLIMENT CE, IBRAHIM HHA, IGNACIO L.L, MURTHY RS, & WIG NN. (1980) – Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development contries. **Psychological Medicine**, 10: 231-241. 1980
39. HARRIS M, Hadden W, et al. Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in adults. **Diabetes Care**. 1987.
40. HENRIQUES R. **Desigualdade Racial no Brasil: Evolução das Condições de Vida na Década de 90.** Rio de Janeiro. IPEA, jul/ 2003.
41. IPEA. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. **O perfil da discriminação no mercado de trabalho: um recorte de raça e gênero.** <http://www.ipea.gov.br/pub> Acesso: 20 setembro 2005

42. JACOUD L, BEGHIM N. **Desigualdade raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental**. Brasília, IPEA..2002.
43. KAUFMAN J, COOPER R. Considerations for use of racial/ethnic classification in etiologic research. **Am. J. Epidemiology**, 154(4): 291-298. 2001
44. KRIEGER N. Racial and gender discrimination: Risk Factors for high blood pressure? **Social Science and Medicine** 30:1273-1281, 1990
45. KRIEGER N. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. **Am J Public Health** 93. 2003.
46. LEAL MC. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública** 39(1). 2005.
47. LEMOS RDO. **A Face Negra do Feminismo: problemas e perspectiva. O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe**. P. Criola. Rio de Janeiro. 2000.
48. LIPTON R, et al. Determinas of incident non-insulin dependent diabetes mellitus among blacks and whites in a national sample: The NHANES I Epidemiologic Follow-up-study. **Am J Epidemiol**. 1993.
49. LÓLIO C A, et al. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. **Rev. Saúde Pública** 27(5). 1993.
50. LONER BA. Negros: Organização e Luta em Pelotas. **História em Revista**. Nº5. 1999.
51. LOPES F. **Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades** <Tese de doutorado>. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, USP. 2003a.
52. LOPES F. Raça, Saúde e vulnerabilidade. **Boletim do Instituto de Saúde**. 2003b.
53. LOPES F. **Saúde da População Negra no Brasil: Contribuições para a promoção da equidade**. Brasilia, Ministério da Saúde/FUNASA. 2004.
54. LOURO GL. **Gênero, sexualidade e educação – uma perspectiva pós-estruturalista**. 5ª. ed. São Paulo: Vozes. 1997
55. LUCCHESI P. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução das desigualdades. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8, (2), 2003: 439-449. 2003

56. MAIO M, MONTEIRO S, et al. Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de autoclassificação no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 21(1). 2005
57. MALERBI D, FRANCO L. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69. **Diabetes Care** 15. 1992.
58. MARTINS I, et al. Doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes melito em população da área metropolitana da região Sudeste do Brasil. III - Hipertensão. **Revista de Saúde Pública** 31(5). 1997
59. MAYBERRY RM, Mili F, Ofili E. Racial and ethnic differences in access to medical care. **Medical Care Research and Review**, 57(suppl. 1): 108—145. 2000
60. MENEGHEL SN, RAMÃO S. **Nos caminhos de Iansã: histórias de resitência de mulheres negras**. São Leopoldo, Unisinos. 2004
61. MENEZES AMB, et al. **Sistema de Base Populacional para monitorização da prevalência e fatores de risco para doenças crônico-degenerativas entre adultos de Pelotas, RS**. Pelotas, Universidade Federal de Pelotas. 2001.
62. MONTEIRO S. **Etnicidade na América Latina: Um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ. 2004.
63. MUKAMEL DB, MURTHY A, WEIMER D. Racial differences in access to high-quality cardiac surgeons. **Am. J. Public Health Association**, 90(11): 1774-1777. 2000
64. MURRAY LR. Sick and tired of being sick and tired: scientific evidence, methods, and research implication for racial and ethnic disparities in occupational health. **Am Public Health Association**, 93(2): 221-226 2003.
65. NAZROO JY. The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination and racism. **Am. Public Health Association**, 93(2): 277-284 2003.
66. OLINTO MTA, et al. **A Saúde em São Leopoldo**. São Leopoldo, Unisinos. 2003.
67. OLINTO MTA, et al. **Projeto Condições de Saúde das Mulheres em São Leopoldo**. São Leopoldo, Unisinos. 2002.
68. OLINTO MTA, Olinto BA. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública** 16: 4. 2000.

69. OLIVEIRA F. **Manual de doenças mais importantes por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente.** Brasília, Ministério da Saúde. 2001.
70. OLIVEIRA F. **Saúde da População Negra: Brasil ano 2001.** Brasília, OPAS. 2003.
71. OLIVEIRA F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. **Estudos Avançados** 18(50). 2004.
72. OPAS. **Doenças crônico-degenerativa e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Brasil. 2003.
73. OSÓRIO RG. **O sistema classificatório de cor ou raça do IBGE.** Brasília, IPEA. 2003.
74. BHOPAL R. Ethnicity as a variable in epidemiological research. **BMJ**(309). 1994.
75. PERPÉTUO IH. O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva. **Jornal da Rede Saúde.** 2. 2000.
76. PICCINI RX, VICTORA CG. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. **Revista de Saúde Pública** 28(4). 1994.
77. QUADROS W. Gênero e raça na desigualdade social Brasileira recente. **Estudos Avançados** 18(50). 2004
78. RAMIREZ M, et al. Measurement issues in health disparities research. **Health Research and Educational Trust.**40(5) Part II:1640-1656 2005.
79. REX J. **Raça e etnia.** Lisboa, Estampa. 1988
80. ROUQUAYROI MZ. **Epidemiologia e Saúde.** 4<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro, MEDSI, 1994.
81. SAFFIOT H. **Violência de gênero - Poder e impotência.** Rio de Janeiro. 1999.
82. SAFFIOT H. **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo, Fundação Perseu Abramo. 2004.
83. SANT'ANNA W. Desigualdades Étnicos/Raciais e de Gênero no Brasil: as revelações possíveis do IDH e do IDG. **Jornal da Rede Saúde.** N° 23, 2001.



84. SCOTT J. Gênero - Uma categoria útil para análise histórica. **Educação e realidade** 16(2). 1990
85. SEPPIR. **Caderno de Textos Básicos: Saúde da População Negra**. Brasília, Ministério da Saúde. 2004.
86. SILVA JB, Barros MBA. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. **Rev. Panam Salud Publica** 12. 2002.
87. SILVA ML. A saúde da população negra: os efeitos práticos do racismo e da discriminação. **Afirma**. 2004
88. SILVÉRIO VR. Ação afirmativa e o combate ao racismo institucional no Brasil. *Cadernos de Pesquisas*. 117:219-24, 2002.
89. SOETHE JR, et al . **Vale dos Sinos: Resgate histórico e visão popular do desenvolvimento**. São Leopoldo, Unisinos. 2001.
90. SOUZA VC. Miamatose em Negras e Brancas Brasileiras: semelhanças e diferenças. **Jornal da Rede Saúde** 23. 2001.
91. TRAVASSOS C, Williams DR, The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the Unites States. **Caderno de Saúde Pública** 20(3). 2004.
92. VALLA VV. **Classes populares, apoio social e emoção: propondo um debate sobre religião e saúde no Brasil**. Críticas. FIOCRUZ. 2005.
93. VAN RYN et al. Paved with good intentions: do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? **American Public Health Association**, 93(2): 248-255, 2003
94. WERNECK JÁ. Vulnerabilidade ds mulheres negras **Rede feminista de saúde** 23. 2001.
95. WILLIAMS D. Racial/ethnic variations in women's health: the social embeddedness of health. **Am. Public Health Association** 92(4): 588-597. 2002
96. WILLIAMS D; Neighbors H; Jackson J. Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. **American Public Health Association**, 93(2): 200-208. 2003
97. WHITE EC. **Falando da Perda: Hoje estou mal, espero que você entenda**. O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe. P. Crioula. Rio de Janeiro. 2000.

## **RELATÓRIO DE TRABAHO DE CAMPO**

## RELATÓRIO DE CAMPO

### 1. INTRODUÇÃO

O Projeto “Condições de saúde de mulheres adultas de acordo com raça em dois municípios do Rio Grande do Sul” utilizou informações procedentes de dois estudos: “Condições de saúde de mulheres em São Leopoldo” elaborado por um grupo de pesquisadores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos e “Sistema de base populacional para monitorização da prevalência e fatores de risco para doenças crônico-degenerativas entre adultos de Pelotas, RS” elaborado por pesquisadores do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. O primeiro estudo foi financiado pela FAPERGS via Proad2, através do edital nº 02/0645-9, e Ed. Universal.6 do CNPq, através do edital nº 473478/200-0, com apoio da Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo. O segundo foi financiado pelo CNPq através do edital nº520884/99-0.

## **2. PESQUISAS**

### **2.1 Condições de saúde de mulheres adultas residentes na região do Vale do Rio dos Sinos**

Estudo transversal de base populacional realizado com mulheres na faixa etária de 20 a 60 anos, residentes na zona urbana de São Leopoldo, RS. A pesquisa buscou identificar neste grupo condições socioeconômicas e demográficas, presença de doenças crônicas, hábitos como consumo de álcool e fumo, saúde reprodutiva, hábitos alimentares, atividade física, violência doméstica e utilização de serviços de saúde.

### **2.2 Sistema de base populacional para monitorização da prevalência e fatores de risco para doenças crônico-degenerativas entre adultos de Pelotas**

Estudo transversal de base populacional realizado com homens e mulheres com idade entre 20 e 69 anos, residentes na zona urbana do município de Pelotas. Este estudo tinha como objetivo estudar as condições socioeconômicas, demográficas, principais morbidades crônicas e fatores de risco que afetavam a população adulta como consumo de álcool e fumo, hábitos alimentares, atividade física, saúde reprodutiva e utilização de serviços de saúde.

Ambos estudos foram realizados com os mesmos procedimentos metodológicos.

### **3. PREPARAÇÃO DOS INSTRUMENTOS**

De acordo com os objetivos dos projetos elaborou-se um questionário padronizado e pré-codificado. Os instrumentos de investigação dos dois estudos foram semelhantes com questões socioeconômicas, demográficas, questionário de frequência alimentar, *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) para identificar distúrbios psiquiátricos menores e questionário de atividades físicas. Para a aplicação correta das questões, para cada questionário foi elaborado um manual de instruções.

Para coleta de medidas foram utilizadas como ferramentas: balanças e estadiômetro para definição do índice de massa corporal (IMC), fita métrica para medição da adiposidade abdominal e, estetoscópio e esfigmomanômetro para verificar a pressão arterial.

No estudo de São Leopoldo utilizou-se em uma sub-amostra o plicômetro científico para verificação do percentual de gordura corporal das mulheres.

### **4. SELEÇÃO DOS SETORES (reconhecimento)**

São Leopoldo:

O município de São Leopoldo/RS possui 272 setores censitários, sendo que destes, dois são classificados como rurais, uma vez que a pesquisa realizou-se na zona urbana do município, foram excluídos estes dois setores.

O cálculo da amostragem do projeto inicial sobre as Condições de Saúde das Mulheres, foi calculado levando em consideração um n de 1.358, a

proporção de mulheres na faixa etária de interesse (20 a 69 anos) de 30% e o número de pessoas por domicílio de 3,56. Com estes dados o número total de domicílios seria de 1.270. Mas algumas alterações foram realizadas, como por exemplo, a faixa etária do estudo (20-60 anos), portanto o cálculo para o número de domicílios levou em consideração o  $n=1.358$ , a proporção de mulheres na faixa etária de 28,2% e o número de pessoas por domicílio 3,35. Assim o número total de domicílios a serem visitados foi de 1.437 e para garantir maior representatividade estes domicílios foram distribuídos em 40 setores e em cada setor 36 domicílios. As fontes dos dados para os cálculos foram obtidas junto ao IBGE (IBGE, 2001).

O sorteio para a definição dos setores foi feito de forma sistemática, conforme os seguintes passos:

1) Divisão do nº total de setores censitários urbanos (270) por nº total dos setores desejados (40); 2) O resultados desta equação (6,75 – com arredondamento = 7) indica o pulo que foi efetuado; 3) Sorteou-se um nº de 1 a 270 (3) como ponto de partida para os seguintes setores selecionados (3, 10, 17, 24, 31, etc.).

Foram sorteados 10 setores sobressalentes, caso houvesse necessidade de substituição de algum setor anteriormente sorteado.

Em cada conglomerado (setor censitário) foi sorteado o quarteirão para iniciar a pesquisa e, a seguir, a esquina a partir da qual foi identificado o domicílio onde se iniciou a coleta de dados. No ponto de partida, a direção para caminhar foi: virado de frente (olhando) para casa andando sempre na direção esquerda. Inclui a primeira casa, pulou-se uma e incluiu-se a próxima casa. Esta foi a seqüência até completar a planilha com 36 domicílios. Caso não

fossem completados os 36 domicílios naquela quadra, seguiu-se a seqüência da numeração indicada em cada mapa (Ex.: Se a quadra sorteada fosse a de nº 5, seguia-se para a 6, depois 7, etc.).

Pelotas:

Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se um poder de 80%, um erro alfa de 0,05, estimou-se as exposições variando entre 25 e 75% e uma razão de prevalência de 1,6. Ao tamanho da amostra calculado, acrescentaram-se 10% para possíveis perdas e recusas e 15% para manter o poder do estudo após controle de fatores de confusão, resultando em amostra de 1.800 sujeitos. Empregou-se uma amostra por conglomerados, sorteando-se quarenta setores entre os 281 setores censitários da cidade. Em cada setor, foram visitados trinta domicílios, totalizando 1.200 famílias, estimando-se encontrar, em média, 1,5 adultos da faixa etária em estudo por domicílio. A partir de um quarteirão previamente sorteado, escolheu-se também de maneira aleatória o ponto de partida, pulando-se duas casas para selecionar o próximo domicílio. Ao final do trabalho de campo, encontraram-se 1.257 famílias, excluindo-se 57 famílias sem indivíduos na faixa etária prevista no estudo. Assim, das 1.200 famílias elegíveis, foram estudadas 1.145 (95,4%), sendo 55 (4,5%) classificadas como perdas ou recusas.

## **5. SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES**

Nas duas pesquisas foram recrutados alunos de graduação da área da saúde e mestrado. Este grupo recebeu treinamento conforme cronograma abaixo:

1º encontro – Treinamento de medida de pressão arterial e cintura, entrega de material para as entrevistadoras.

2º encontro – Primeira padronização das medidas e dramatização do questionário.

3º encontro – Segunda padronização das medidas, dramatização do questionário e leitura do manual de instruções.

4º encontro – Discussão de dúvidas do manual de instrução.

5º encontro – Avaliação de conhecimentos específicos sobre a pesquisa (individual e escrita).

Na pesquisa realizada em São Leopoldo foi selecionado um grupo de entrevistadores especialmente para realizar mutirões, que receberam treinamento apenas do Manual de Instruções e Questionário, pois não realizaram medidas. Estes eram acompanhados por um supervisor que realizava as medidas.

### **5.1 Mutirões**

A seleção dos setores para realização dos mutirões seguiu critérios de maior distância do centro do município, periculosidade, dificuldade no



mapeamento e dificuldade em encontrar as mulheres no domicílio durante a semana.

Os mutirões ocorreram nos finais de semana, com toda a equipe de entrevistadores sob uma única coordenação, que ficava responsável pela planilha do setor e orientava os entrevistadores quanto aos domicílios a serem visitados.

## **6. ESTUDO PILOTO**

Em ambos estudos realizaram-se estudo piloto num setor censitário distinto dos selecionados para a pesquisa. Os entrevistadores aplicaram os questionários em duplas, para melhor avaliação. O piloto objetivou qualificar os entrevistadores, aprimorar os instrumentos e testar a logística.

Ao final, a equipe de pesquisa se reuniu para discutir dificuldades e falhas do instrumento, inclusive algumas questões do questionário foram alteradas a partir de dificuldades encontradas no estudo piloto.

## **7. PERDAS E RECUSAS**

As perdas e recusas foram verificadas a partir das planilhas de setor. Nestas planilhas estavam registrados todos os domicílios dos setores, com os pulos, o número pessoas na faixa etária por domicílio e uma coluna para observações, onde ficavam registrados os motivos das perdas e recusas, conforme as orientações do Manual de Instruções. A partir dessas observações calculou-se por setor o percentual de perdas e recusas.

São Leopoldo:

O número total de mulheres entrevistadas foi de 1.026 e o número de perdas e recusas foi de 58. O percentual de perdas e recusas ficou em 5,35.

Pelotas:

Foram encontradas 2177 pessoas de 20 a 69 anos nos domicílios visitados, porém 1968 indivíduos foram entrevistados. O percentual de perdas e recusa foi de 9,6.

## **8. REVISÃO DE CODIFICAÇÃO**

Nos dois estudos (São Leopoldo e Pelotas) a revisão da codificação dos questionários foi realizada por um coordenador da pesquisa. Assim desde do início dos estudos os questionários foram revisados. Realizaram-se reuniões com os supervisores de campo com o objetivo de discutir os erros de codificação e assim melhorar a qualidade da codificação dos questionários. Foram criadas codificações para respostas não previstas.

## **9. DIGITAÇÃO/ BANCO DE DADOS**

Os bancos de dados para a digitação foram criados no programa Epi info versão 6.0, com as devidas limitações nas respostas (Check) para evitar erros de digitação. A digitação dos dados seguiu o procedimento de dupla entrada

com digitadores diferentes, para posterior comparação das digitações e análise de consistência entre elas.

Também foram digitados três bancos de dados com informações complementares da pesquisa: exames bioquímicos, dobras cutâneas e controle de qualidade.

A limpeza dos dados consistiu no cruzamento das duas entradas de dados, verificando-se os dados com diferença, para a seguir, efetuar-se a correção.

## **10. CONTROLE DE QUALIDADE**

Para o controle de qualidade elaborou-se um questionário simplificado contendo perguntas de respostas perenes no período. Para coleta destes dados foram sorteados 10% das pessoas incluídas no estudo por setor. As entrevistas foram realizadas por telefone, exceto para aquelas sem telefone informado, neste caso a entrevista foi realizada no domicílio. Para as mulheres selecionadas sem telefone informado e que não fossem encontradas no domicílio, mas confirmada sua existência, sorteou-se mais três mulheres para realizar o controle de qualidade. O Controle de qualidade foi realizado nos meses finais do trabalho de campo, por dois entrevistadores especialmente treinados para a tarefa.

## **11. ENCERRAMENTO**

São Leopoldo:

As entrevistas foram concluídas novembro de 2003, totalizando 1.026 questionários.

Pelotas:

As entrevistas foram concluídas em abril de 2000, totalizando 1968 questionários.

## **12 PARTICIPAÇÃO**

Trabalhei na pesquisa “Condições de saúde de mulheres adultas residentes na região do Vale do Rio dos Sinos, RS” no período compreendido entre fevereiro de 2003 a junho de 2004. Comecei a trabalhar nesta pesquisa como voluntária e após dois meses fui contemplada com uma bolsa de iniciação científica CNPq/PIBIC. Particpei em todas as etapas da pesquisa: construção do questionário e manual de instruções, treinamentos dos entrevistadores, estudo piloto, coleta de dados, supervisão de campo, construção e digitação do banco de dados e por fim a análise dos dados. Utilizei os dados da pesquisa, usando o recorte racial, para meu trabalho de conclusão do curso, intitulado: “Características socioeconômicas e perfil de morbidades de mulheres adultas de acordo com raça/etnia, São Leopoldo, RS”.

