



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA-BA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ROBERTA LIMA MACHADO DE SOUZA ARAÚJO

**DETERMINANTES SOCIAIS DE DOENÇAS E AGRAVOS NAS COMUNIDADES
QUILOMBOLAS DE FEIRA DE SANTANA-BA**

**FEIRA DE SANTANA-BA
2017**

ROBERTA LIMA MACHADO DE SOUZA ARAÚJO

**DETERMINANTES SOCIAIS DE DOENÇAS E AGRAVOS NAS COMUNIDADES
QUILOMBOLAS DE FEIRA DE SANTANA-BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^a Dr^a Edna Maria de Araújo

FEIRA DE SANTANA-BA

2017

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado

A691d Araújo, Roberta Lima Machado de Souza
Determinantes sociais de doenças e agravos nas comunidades
quilombolas de Feira de Santana-BA / Roberta Lima Machado de Souza
Araújo. - 2017.
128 f.: il.

Orientadora: Edna Maria de Araújo.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de
Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.

1. Doenças – Aspectos sociais. 2. Comunidades quilombolas – Feira de
Santana, BA. I. Araújo, Edna Maria de, orient. II. Universidade Estadual
de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 614(814.22)

ROBERTA LIMA MACHADO DE SOUZA ARAÚJO

**DETERMINANTES SOCIAIS DE DOENÇAS E AGRAVOS NAS COMUNIDADES
QUILOMBOLAS DE FEIRA DE SANTANA-BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Edna Maria de Araújo

Feira de Santana, 10 Maio de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^º Dr. Hilton Pereira da Silva
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof^º Dr. Djanilson Barbosa dos Santos
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Prof^ª Dra. Edna Maria de Araújo - ORIENTADORA
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

*“Democracia com fome, sem
educação e saúde para a maioria, é
uma concha vazia.”*

Nelson Mandela

AGRADECIMENTOS

Com a experiência deste mestrado pude me transformar enquanto ser humano, aprendendo a valorizar as coisas mais simples da vida, assim como pude me desenvolver profissionalmente, aperfeiçoando minha análise crítica e meus valores éticos e morais.

A Deus, pela oportunidade da realização de uma etapa da minha vida, tão sonhada, e por me fortalecer nos momentos de maiores dificuldades ao longo do mestrado.

Ao meu esposo, Josivene, pelo apoio, amor e pela compreensão dos vários momentos de ausência.

À minha mãe e irmã, Jaqueline e Betânia, pelo apoio emocional e pela ajuda em todas as etapas deste curso.

À Prof^a Edna Maria de Araújo, minha orientadora, pelo acolhimento humano ofertado, pela competência e ética em todas as orientações concedidas. Com certeza, com a senhora, aprendi a gostar muito mais da pesquisa científica.

Às comunidades quilombolas, Matinha dos Pretos e Lagoa Grande, pelo acolhimento do projeto e pelas contribuições e ensinamentos concedidos, em especial, aos líderes comunitários: Maria das Neves, Guda, Cassiano, Zé Carlos e a todas as pessoas da comunidade que se dispuseram a colaborar com a identificação das famílias quilombolas. Muito obrigada, sem o acolhimento de todos vocês, este projeto não teria sido realizado da forma que foi.

Ao Prof^o Djanilson Barbosa, pelo apoio e pelas contribuições, os quais foram fundamentais para a qualificação do meu projeto.

Ao Prof^o Hilton Pereira, pelos ensinamentos e por me fazer ampliar meu olhar social às questões ligadas às populações vulnerabilizadas.

Ao Prof^o Carlos Teles, pelo apoio e ensinamentos acerca das análises estatísticas de dados.

Ao Prof^o Carlos Lima, pela alegria, motivação e orientações acerca das análises de dados.

À Prof^a Raquel Souza, pelos direcionamentos da revisão de literatura, os quais foram fundamentais para a qualificação do meu projeto.

A todos os demais professores do MESAUCO-UEFS, pelas orientações e ensinamentos concedidos.

A todos os integrantes do NUDES-UEFS, pelas saudações e apoio, em especial, aos bolsistas que contribuíram com a digitação do banco de dados.

À minha amiga Aline Xavier, pela motivação, pela parceria acadêmica e por me proporcionar momentos de alegria.

À minha amiga Gilcélia Pires, pelo apoio emocional, por me fazer acreditar em meu potencial e pelos ensinamentos da língua inglesa.

Agradeço aos amigos Ionara, Patrícia, Thiara, Urânia, Bianka e Felipe pelo incentivo, elogios e por compartilharem comigo experiências acadêmicas fundamentais para a elaboração do meu projeto.

Aos meus colegas de mestrado, em especial à Caroline Azevedo, Fabiana Casaes e Alessandra Rabelo, por me darem incentivo para a realização de uma pesquisa de campo e também pelos momentos de alegria vividos.

À UEFS, CAPES e FAPESB, pelo apoio financeiro, foi de fundamental importância para o desenvolvimento e divulgação deste trabalho.

RESUMO

Ainda são escassos os estudos referentes à investigação da condição de vida e saúde das populações quilombolas, especialmente no que tange à análise dos fatores associados à prevalência de doenças e agravos. **Objetivos:** Analisar as doenças e agravos mais prevalentes e verificar sua associação com fatores socioeconômicos, ambientais e das condições de saúde nas comunidades quilombolas do município de Feira de Santana, Bahia, no ano de 2016. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo de prevalência, de base populacional, realizado com 864 adultos quilombolas, de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos, residentes nas duas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia. Foi utilizada uma amostra probabilística. A coleta de dados foi realizada através de visitas domiciliares, tendo sido aplicados três instrumentos validados, contendo perguntas referentes às condições demográficas, socioeconômicas, ambientais, das condições de saúde e acerca das doenças e agravos. Foram feitas análises descritivas e bivariadas, considerando um IC80% e $p \leq 0,20$ para verificar a associação entre as variáveis de exposição e de desfecho. Realizou-se uma análise fatorial exploratória, a partir do emprego da correlação tetracórica, com objetivo de identificar quais as doenças e agravos mais prevalentes. Para analisar os fatores associados às doenças e agravos, empregou-se a análise de regressão logística hierarquizada. Os dados foram analisados utilizando-se o pacote estatístico *Stata Corporation College Station*, Estados Unidos (STATA), em sua versão 12.0. A partir dos achados desta pesquisa, foram elaborados dois artigos científicos. O primeiro artigo corresponde a um estudo descritivo, o qual visou traçar o perfil epidemiológico das condições de vida e saúde das comunidades quilombolas. Para atingir os objetivos deste artigo, foram estimadas as médias das variáveis quantitativas e as frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas, de cada comunidade, assim como foram estimadas a prevalência das doenças e agravos. O segundo artigo se constitui em um estudo exploratório, o qual analisou os fatores associados a doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia. Mediante a análise fatorial exploratória, foram estabelecidos os fatores latentes. Além disso, foram realizadas análises bivariadas e multivariadas para verificação de associação estatisticamente significativa. **Resultados:** No primeiro artigo, constatou-se que as comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA possuem características demográficas e socioeconômicas bem similares, sendo que as duas se encontram vulnerabilizadas em sua condição de vida e saúde. Dos 864 entrevistados, 63,0% são do sexo feminino, casados, apresentando uma média de idade de 42,6 anos, e de escolaridade, uma média de 7 anos de estudo, bem como 73,4% realizam trabalhos informais, especialmente nas funções de lavrador e agricultor. Em relação à vulnerabilidade ambiental, destaca-se que 99,5% não possuem rede de esgoto. Dentre os dados relativos às condições de saúde, observou-se que 67,1% disseram raramente procurar os serviços de saúde. As doenças de maior prevalência foram: doenças de ossos (15,8%); hipertensão arterial (22,3%); doenças parasitárias (25,0%); doenças de coluna (38,4%). Os agravos em saúde mais prevalentes ligados à saúde mental foram: fobias (12,3%); transtornos mentais comuns (18,4%) e ansiedade (26,7%). No segundo artigo verificou-se que, os fatores que mais respondiam às doenças e agravos mais prevalentes estavam relacionados a doenças crônicas (39,2%); agravos em saúde mental (48,8%) e a doenças de ossos e coluna (50,0%). Do fator 1: agravos em saúde mental, verificou-se que famílias que não recebem benefícios sociais têm 43% mais chances de ter algum agravo em saúde mental. Do fator 2: doenças crônicas, constatou-se que os indivíduos que fazem pouco consumo de verduras, frutas e legumes apresentam possibilidade de 1,42 mais chances de desenvolver uma doença crônica. Do fator 3: doenças dos ossos e de coluna, averiguou-se que sujeitos que estão trabalhando têm 1,44 mais chances de ter doenças de ossos e coluna, e para os que não recebem benefícios

sociais, essa possibilidade aumenta para 1,93 vezes. A análise de regressão logística hierárquica foi realizada para os três fatores (1- agravos em saúde mental, 2- doenças crônicas e 3- doenças de ossos e coluna). Na análise multivariada os fatores associados às doenças e agravos nas comunidades quilombolas, no que tange ao fator 1 foram: recebimento de benefícios sociais (OR=1,63 IC80%:1,07; 2,50); material utilizado na construção da casa (OR=3,22; IC80%:1,17; 8,80); destino do lixo (OR=1,51 IC80%:1,07; 2,13); ter banheiro (OR=2,82; IC80%:1,17; 6,77); autoavaliação de saúde (OR=2,64 IC80%: 1,92; 3,65); tipo de medicação: (OR=0,15; IC80%:0,05; 0,45); problemas com cáries/canal (OR=1,47 IC80%:1,07; 2,01); idade (OR=1,84; IC80%:1,19; 2,84) e sexo (OR=0,48 IC80%: 0,34; 0,67). Em relação ao fator 2 foram: material utilizado na construção da casa (OR=3,18; IC80%:1,09; 9,28); ter banheiro (OR=3,69 IC80%:1,36; 10,01); idade (OR=1,87; IC80%: 1,18; 2,95) e sexo (OR=0,47; IC80%:0,32; 0,68). No fator 3 as variáveis foram: anos de estudo (OR=1,77; IC80%:1,20; 2,62); autoavaliação de saúde (OR=1,64; IC80%:1,15; 2,32); tipo de medicação (OR=6,12; IC 80%:2,59; 14,4) e idade (OR=1,61; IC80%:1,03; 2,51). **Conclusões:** Produziram-se evidências científicas acerca das condições de vida e saúde das comunidades quilombolas do município de Feira de Santana-BA e dos fatores associados às doenças e agravos que mais atingem essas populações. Nesta direção, verificou-se que as doenças e agravos nas populações quilombolas são determinados por fatores demográficos, socioeconômicos, ambientais e das condições de saúde. Espera-se que os resultados encontrados subsidiem novas pesquisas com essa população e que possam contribuir para a implementação de políticas sociais e de saúde específicas, assim como para a realização de intervenções intersetoriais com aplicabilidade loco-regional.

Palavras-chaves: Grupos com Ancestrais no Continente Africano. Quilombo. Prevalência de Doenças e Agravos. Desigualdades em Saúde. Estudos Transversais. Epidemiologia.

ABSTRACT

Studies relating to the investigation of the standards of life and health of Quilombola populations are still limited, especially regarding the analysis of the factors associated with the prevalence of injuries and diseases. **Aims:** Analyzing diseases and injuries which are more prevalent and verifying their association with socioeconomic, environmental factors and health patterns in Quilombola communities in Feira de Santana, Bahia, in 2016. **Materials and methods:** this is a population-based prevalence study carried out with 864 adults quilombolas of both sexes, aged above 18 years, residents in two Quilombolas communities of Feira de Santana, Bahia. A probabilistic sample was used. The data were collected through home visits, having been applied three validated instruments, containing questions related to demographic, socio-economic standards, environmental, health patterns as well as diseases and injuries. Descriptive and bivariate analyses were carried out, whereas a $IC_{80\%}$ and $p \leq 0,20$ were considered to verify the association between the exposure and outcome variables. An exploratory factor analysis, from the use of the tetrachoric correlation, in order to identify which diseases and injuries represent the higher prevalence the most. In order to analyze the factors associated with diseases and injuries, it was used the hierarchical logistic regression analysis. Data were analyzed using the statistical package Stata Corporation College Station, United States (STATA), in version 12.0. As a result of this research findings, two scientific papers were written. The first one is a descriptive study, which aimed to trace the epidemiological profile of the living standards and health of Quilombola communities. To achieve the aims of this article, averages of the quantitative variables and absolute and relative frequencies of qualitative variables of each community were estimated as well as the prevalence of injuries and diseases. The second article is an exploratory study, which analysed the social determinants of disease and injuries in Quilombolas communities of Feira de Santana, Bahia. Through the exploratory factor analysis, latent factors were established. In addition, bivariate and multivariate analyses were carried out to test statistically significant association. Results: in the first article, it was found that Quilombola communities of Feira de Santana, Bahia have very similar demographic and socioeconomic characteristics and both are vulnerable in their life and health standards. From 864 respondents, 63,0% were female, married, with an average of 42,6 years of age and an average of 7 years of schooling, as well as 73,4% have informal jobs, especially in the roles of farmer labors and agricultors. In relation to environmental vulnerability, it is pointed out that 99,5 percent have no sanitarian system. Among the data on health patterns, it was noted that 67,1% said that they rarely seek for health services. The most prevalent diseases were: Hypertension (22,3%); diseases of bones (15,8%); diseases of spine (38,4%) parasitic diseases (25,0%). The most prevalent health aggravations were linked to mental health: anxiety (26,7%); phobias (12,3%) and mental disorders (18,4%). In the second article it was found that the factors which responded more to diseases and most prevalent injuries were related to mental health diseases (48,8%), chronic diseases (39,2%) and diseases of bones and spine (50,0%). Factor 1: mental health injuries it was found that families who do not receive social benefits have 1,43 times higher chance of having some aggravation in mental health. Factor 2: chronic diseases, it was found that individuals who have little consumption of vegetables and fruits show to have possibility of 1,42 times higher chances to develop a chronic disease. Factor 3: diseases of the bones and spine. It was observed that the individuals who are working have 1,44 times greater chance of having bone and spine diseases. For those who receiving social benefits, that possibility raises to 1,93 times of chance to develop spine and bone diseases. The hierarchical logistic regression analysis was performed for the three factors (1-mental health harms, 2-chronic diseases and bone diseases and 3 column). Multivariate analysis on the associated factors of diseases and injuries in the Quilombola communities, with respect to the

factor 1 were: receiving social benefits (HR=1,63 CI80%:1,07; 2,50); material used in the construction of the house (HR=3,22; CI80%:1,17; 8,80); disposal of the garbage (HR=1,51 CI80%:1,07; 2,13); have bathroom (HR=2,82; CI80%:1,17; 6,77); self-assessment of health (HR=2,64 CI80%:1,92; 3,65); type of medication: (HR=0,15; CI80%:0,05; 0,45); problems with cavities/canal (HR=1,47 CI80%:1,07; 2,01); age (HR=1,84; CI80%:1,19; 2,84) and sex (HR=0,48 CI80%:0,34; 0,67). In relation to the factor 2, were: material used in the construction of the house (HR=3,18; CI80%:1,09; 9,28); have bathroom (HR=3,69 CI80%:1,36; 10,01); age (HR=1,87; CI80%:1,18; 2,95) and sex (HR=0,47; IC80%:0,32; 0,68). For factor 3, the variables were: years of study (HR=1,77; CI80%:1,20; 2,62); self-assessment of health (HR=1,64; CI80%:1,15; 2,32); type of medication (HR=6,12; CI80%: 2,59; 14,4) and age (HR=1,61; CI80%:1,03; 2,51). Conclusions: scientific evidence was produced about the living standards and health of Quilombola communities of Feira de Santana, Bahia and of social determinants associated with diseases and injuries that reach these populations the most. Thus, it was found that diseases and injuries in Quilombola populations are determined by demographific, socioeconomic, environmental factors and health patterns. It is expected that the results of this study may support further research with this kind of population and that it may contribute to the implementation of specific health and social policies, as well as to carry out intersectoral interventions with loco-regional applicability.

Key-Words: Groups with Ancestors in Africa. Quilombo. Prevalence of diseases and Diseases. Inequalities in health. Cross-sectional Studies. Epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1- Modelo dos determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead para compreender os possíveis fatores associados ao aparecimento de doenças e agravos..... | 39 |
| Mapa 1- Mapa da Comunidade Quilombola Lagoa Grande..... | 42 |
| Mapa 2- Mapa da Comunidade Quilombola Matinha dos Pretos..... | 43 |
| Figura 2- Modelo hierárquico para a investigação de fatores determinantes para doenças e agravos nas Comunidades Quilombolas de Feira de Santana, Bahia..... | 50 |

LISTA DE TABELAS

ARTIGO I

- Tabela 1** - Perfil demográfico e socioeconômico das comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016..... 57
- Tabela 2** - Características das condições ambientais das comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016 58
- Tabela 3** - Frequências da situação de saúde e hábitos de vida das comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016 59
- Tabela 4** - Prevalência de Doenças e Agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016..... 61

ARTIGO II

- Tabela 1** - Caracterização das condições demográficas e socioeconômicas das comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016..... 82
- Tabela 2** - Características das condições ambientais das comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016..... 83
- Tabela 3** - Frequências da situação de saúde e hábitos de vida das comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016..... 84
- Tabela 4** - Prevalência de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 201686
- Tabela 5** - Agrupamentos por fatores das doenças e agravos de maior prevalência em adultos (≥ 18 anos) residentes nas comunidades quilombolas, segundo a comunidade, sexo e faixa etária, Feira de Santana-BA, 201687
- Tabela 6** - Modelo final da análise multivariada de regressão logística dos determinantes sociais das doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016..... 89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------------|---|
| BF | Bolsa Família |
| BPC | Benefício de Prestação Continuada |
| CAAE | Certificado de Apresentação para Apreciação Ética |
| CAGE | <i>Cut down Anonoyed Guilt Eyeopener</i> |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CNPQ | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| DSS | Determinantes Sociais da Saúde |
| FAPESB | Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| OR | <i>Odds Ratio</i> |
| PBQ | Programa Brasil Quilombola |
| PNSIPN | Política Nacional de Saúde Integral da População Negra |
| SEPPIR | Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial |
| STATA | <i>Stata Corporation Colege Station</i> |
| SRQ-20 | <i>Self-Reporting Questionnaire</i> |
| UEFS | Universidade Estadual de Feira de Santana |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 APRESENTAÇÃO | 18 |
| 2 INTRODUÇÃO | 20 |
| 3 OBJETIVOS | 23 |
| 3.1 OBJETIVO GERAL..... | 23 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 23 |
| 4 REFERENCIAL TEÓRICO | 24 |
| 4.1 COMUNIDADES QUILOMBOLAS | 24 |
| 4.2 INIQUIDADES NAS CONDIÇÕES DE VIDA DOS QUILOMBOLAS..... | 27 |
| 4.3 DOENÇAS E AGRAVOS EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS | 31 |
| 4.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE EQUIDADE PARA QUILOMBOLAS..... | 34 |
| 4.5 MODELO TEÓRICO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE..... | 38 |
| 5 MATERIAIS E MÉTODOS | 41 |
| 5.1 TIPO DE ESTUDO | 41 |
| 5.2 ÁREA DE ESTUDO | 41 |
| 5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO | 44 |
| 5.4 PLANO AMOSTRAL..... | 44 |
| 5.5 LEVANTAMENTO DE DADOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS... 45 | |
| 5.5.1 Piloto | 45 |
| 5.5.2 Sensibilização | 45 |
| 5.5.3 Treinamento | 45 |
| 5.5.4 Coleta de dados | 46 |
| 5.6 FONTES E INSTRUMENTOS | 46 |
| 5.7 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS | 47 |
| 5.7.1 Variável Desfecho | 47 |
| 5.7.2 Variáveis de Exposição | 48 |
| 5.8 ANÁLISE DOS DADOS | 48 |
| 5.9 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA | 51 |
| 6 RESULTADOS | 52 |
| 6.1 ARTIGO I: Perfil epidemiológico das condições de vida e saúde das comunidades quilombolas de um interior do estado da Bahia, no ano de 2016 | 52 |

| | |
|---|------------|
| 6.2 ARTIGO II: Determinantes sociais de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de uma região do semiárido da Bahia, 2016 | 73 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 101 |
| REFERÊNCIAS | 102 |
| ANEXOS..... | 111 |

APRESENTAÇÃO

São limitadas as pesquisas científicas sobre doenças e agravos em comunidades quilombolas, assim como ainda existem inconsistências em relação aos fatores associados.

Buscando contribuir para ampliar evidências acerca da prevalência de doenças e agravos em grupos remanescentes de quilombos e seus fatores associados, desenvolveu-se um estudo exploratório, do tipo seccional, de base populacional, realizado nas duas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, quais sejam, Matinha dos Pretos e Lagoa Grande.

Trata-se de um estudo referente ao Projeto de pesquisa e extensão: NUDES QUILOMBO. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, através do parecer de nº 1.657.664, o qual também se encontra vinculado ao projeto mãe denominado “Avaliação da atenção à saúde da população negra e a intersecção do racismo sobre as práticas de cuidado em estados do nordeste e sudeste brasileiro”. O primeiro projeto recebeu apoio financeiro através de pagamento de bolsa de mestrado pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e o segundo foi financiado integralmente pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

Essa dissertação adotou duas perspectivas de análise: uma com vistas a traçar o perfil epidemiológico das condições de vida e saúde das comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, descrevendo, para tanto, as características demográficas, socioeconômicas, ambientais e das condições de saúde. A segunda perspectiva buscou identificar as doenças e agravos de maior prevalência e analisar seus determinantes sociais a partir de um modelo preditivo.

Em consonância com essas perspectivas, o referencial teórico traz a conceituação de quilombo-histórico e a noção antropológica do conceito de quilombola e, para isso, destaca as condições de vida desse grupo, bem como discute estudos acerca da distribuição de doenças e agravos em comunidades quilombolas e sobre as políticas públicas voltadas a essa população. Ademais, são apresentadas informações referentes ao modelo teórico dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), como base teórica para fundamentar a análise e sustentar as discussões.

Simultaneamente, a metodologia tenta responder às duas perspectivas de análise supracitadas, e os resultados da dissertação são apresentados no formato de artigos científicos.

Artigo I: Perfil epidemiológico das condições de vida e saúde das comunidades quilombolas de um interior da Bahia, no ano de 2016.

Artigo II: Determinantes sociais das doenças e agravos nas comunidades quilombolas de uma região do Semiárido da Bahia, 2016.

Assim, apresentam-se nesta pesquisa dois artigos (nas normas de publicação da Revista Caderno de Saúde Pública) e a dissertação, já com as alterações sugeridas pela banca de qualificação, condições exigidas como pré-requisito pelo Programa de Saúde Coletiva da UEFS para obtenção de título de mestre.

INTRODUÇÃO

A compreensão do processo saúde-doença em grupos socialmente vulnerabilizados é um desafio, já que se trata de um processo histórico e cultural alicerçado em desigualdades étnico-raciais, as quais estão associadas, em sua maioria, a fatores socioeconômicos, situação de pobreza e exclusão social (BRASIL, 2001). Nesse panorama, destacam-se as comunidades quilombolas, as quais se encontram em condições precárias de vida e saúde, decorrentes do processo histórico de expropriação de sua cultura e de seus direitos sociais (FREITAS et al., 2011; SILVA, 2007).

Dentre as doenças de maior prevalência por razões étnicas na população afrodescendente, destacam-se a hipertensão arterial e a diabetes *mellitus*. Sobre essa realidade, resalta-se uma pesquisa realizada em quatro comunidades negras rurais do médio São Francisco, Bahia, em que foi verificada uma prevalência de pressão arterial de 14,3%, apresentando forte associação com a obesidade. Concernente à diabetes, observou-se que a população negra tem menos frequência de diagnóstico prévio, condição que pode estar refletindo as iniquidades no acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2001).

No Brasil, estima-se que existam, atualmente, 1,7 milhões de quilombolas, sendo que 63,0% estão localizados no Nordeste brasileiro (BRASIL, 2012). Em relação ao estado da Bahia, destaca-se a existência de 612 comunidades, caracterizando-o como o estado que tem o maior número de quilombolas no país (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2014).

Uma pesquisa realizada pela Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), no ano de 2012, constatou que 75,6% das famílias quilombolas no Brasil estão em situação de extrema pobreza, e 78,0% dependem de benefícios de transferência direta de renda do governo federal (BRASIL, 2012).

Apesar de ser uma tendência associar as comunidades quilombolas a populações negras, o essencial do processo de conceituação desses grupos não diz respeito à cor da pele, mas às representações sociais produzidas a partir da cor – e suas variações – onde se estabelecem limites sociais (ARRUTI, 2002). Nesse sentido, consideram-se remanescentes das comunidades de quilombo, os grupos étnico-raciais¹, segundo critérios auto-atribuídos, com trajetória histórica própria, com características territoriais específicas e com presunção de

¹ O termo “grupos étnico-raciais” referencia uma discussão de raça enquanto constructo social e não biológico, e etnia enquanto definição de herança histórica, social e cultural específica de determinados grupos. Dessa maneira, os quilombolas se constituem como grupos étnico-raciais em decorrência das suas raízes históricas e sócio-culturais que remetem às suas matrizes africanas, as quais estabelecem uma ancestralidade em suas relações, constituídas a partir de uma herança de resistência ao processo escravista e de busca por sua identidade cultural e social (KRIEGER,1993).

ancestralidade negra referente à resistência ao processo de escravidão sofrido (BRASIL, 2003).

No que tange às condições sociais de vida deste grupo específico, verifica-se que a condição de acesso e abastecimento de água é precária nas comunidades quilombolas em geral, tendo origem em cisternas e poços, não possuindo, em sua maioria, água encanada ou tratada, assim como não possuem saneamento básico adequado. Nas investigações das doenças parasitárias, intestinais e infecciosas, verifica-se forte associação com as péssimas condições higiênico-sanitárias em que vivem os quilombolas, refletidas através da ingestão de água não tratada, da ausência de esgotamento sanitário, do acúmulo de lixo e dos despejos incorretos dos dejetos (CABRAL-MIRANDA; DATTOLI; DIAS-LIMA, 2010; DAMAZIO et al., 2013).

Por sua vez, o fator educacional expressa uma das questões que mais vulnerabiliza os grupos remanescentes de quilombos. Na maior comunidade quilombola do Brasil, Kalunga-GO, estima-se, em média, que 80,0% dos moradores possuem ensino fundamental incompleto, tendo 10% que só assinam o nome (NEIVA et al., 2008). Do mesmo modo, nas comunidades de Minas Gerais a taxa de analfabetismo chega a 54,2% (RIBEIRO; MORAIS; PINHO, 2015; SANTOS; SILVA, 2014).

Por outro lado, reconhecidamente, dentre as doenças mais comuns em comunidades quilombolas, a hipertensão arterial aparece como mais prevalente, estando, na maioria dos casos, associada à idade, hábitos de vida prejudiciais, baixa renda, uso de álcool e tabaco, falta de acesso regular aos serviços de saúde, entre outros (BEZERRA et al., 2013; JARDIM et al., 1992; MELO; SILVA, 2015; BORGES, 2011).

No que concerne aos estudos dos agravos em saúde com populações afrodescendentes, observam-se problemas referentes ao uso abusivo de álcool e ao aparecimento de sofrimento mental. Shafe *et al.* (2009) observaram em seu estudo realizado no Caribe, com 143 participantes, associação estatisticamente significativa entre consumo excessivo de álcool e desordens de ansiedade em grupos com ancestrais no continente africano e em grupos de indianos, percebendo que a dependência de álcool pode levar a outras co-morbidades, como depressão maior e uso de drogas. Acrescenta-se, o sofrimento mental também é considerado um agravo de grandes impactos sociais, uma vez que possui relação com a condição de vida, sendo evidenciada associação estatisticamente significativa entre transtornos mentais comuns (TMC) e fatores associados à pobreza, como baixa escolaridade (SILVA; SANTANA, 2012).

Diversos fatores, além do estilo de vida, estão relacionados à ocorrência de doenças e agravos, condição que destaca a necessidade de um olhar mais amplo, baseado na análise de

múltiplos fatores. Assim, os determinantes sociais da saúde (DSS), enquanto modelo teórico, pode servir de fundamentação para tentar explicar os fatores multicausais do processo saúde-doença que envolve a população quilombola. Os DSS caracterizam-se por expressar, com maior ou menor clareza, que as condições de vida e trabalho das pessoas remetem a sua situação de saúde, sendo, portanto, evidenciados nos fatores: socioeconômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais da população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Na literatura brasileira ainda são escassos os estudos na área de epidemiologia voltados à caracterização das condições de vida e saúde das populações quilombolas, que permitam intervenções mais efetivas no campo da saúde, para melhoria do atual quadro epidemiológico destes grupos (BEZERRA et al., 2013). Além disso, observa-se a ausência de estudos acerca das doenças e agravos mais prevalentes em comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA.

Devido ao número limitado de achados sobre a prevalência de doenças e agravos em comunidades quilombolas, assim como, as inconsistências em relação aos fatores associados, o presente estudo tem como objetivos principais identificar as doenças e agravos mais prevalentes e analisar sua relação com fatores socioeconômicos, ambientais e de condições de saúde nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA.

OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as doenças e agravos mais prevalentes e verificar sua relação com fatores socioeconômicos, ambientais e de condições de saúde nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, no ano de 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil epidemiológico das comunidades quilombolas, segundo análise de alguns indicadores: sociais, econômicos, demográficos e sanitários;
- Estimar a prevalência de doenças e agravos à saúde das comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA;
- Analisar os fatores sociais que mais se associam às doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA.

REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 COMUNIDADES QUILOMBOLAS

A origem da palavra “quilombo” vem das populações de linguagem bantu, que remonta os séculos XVI e XVII na África Central (MUNANGA, 1996). Os bantu compreendem um conjunto de várias populações que compartilham da mesma raiz linguística, da mesma cultura, os quais foram escravizados no Brasil, tais como: Lunda, Mundu, entre outras, que tem origem nas regiões do Zaire e Angola (SILVA; MORAES, 2009). Nesse sentido, o conceito de quilombo caracteriza uma unidade social, culturalmente diferenciada, tanto em relação às formas de existir e de se organizar socialmente, o qual representa um símbolo de luta e garantia de direitos (ARRUTI, 2009).

Reconhecer e certificar comunidades quilombolas não são tarefas fáceis, haja vista os critérios adotados, pois se entende, atualmente, que o critério principal é a autodefinição e percepção de pertencimento à história de luta das populações quilombolas, fato que resulta em muitas discussões e contrapontos. Posto isso, comumente se adota a classificação legal oriunda do art. 68 das disposições constitucionais transitórias do decreto 4887 de 2003, qual seja, “consideram-se comunidades remanescentes de quilombos os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra” (BRASIL, 2003).

Ressalta-se que as comunidades apresentam entre si, como essência, a diversidade e o pluralismo, as quais trazem seu histórico, sua tradição e cultura, que as definem como populações remanescentes de quilombo (SOUZA, 2008). A maneira de se organizar dos quilombolas traduz uma estratégia de sobrevivência histórica e cultural, o que representa uma forma de garantia da dignidade e da liberdade dos afrodescendentes no Brasil, que buscam conviver, assim, com sua cultura tradicional (CARVALHO, 2010).

Do ponto de vista histórico, os quilombos se consolidaram como unidades de protestos e vivência de resistência e de reconstrução dos valores sociais e culturais dos africanos, em todos os lugares onde o processo escravista se fez presente (SOUZA, 2008).

No sentido antropológico, o conceito de “remanescente de quilombo” se ampliou de forma a abarcar não somente as comunidades oriundas dos antigos quilombos (no seu sentido historiográfico), mas também, as populações que resultam das terras compradas por negros libertos, e por negros que ganharam terras de antigos senhores ou por comunidades que tomaram posse de terras não habitadas. Dessa maneira, resultou-se no conceito mais

abrangente para representar grupos com organizações sociais e histórias semelhantes, relacionadas à luta por direitos, qual seja, “comunidades negras rurais” (ARRUTI, 2002).

Portanto, o movimento de luta pela garantia dos direitos dessas comunidades é histórico e político. Traz em seu cerne o significado de resistência, no qual sujeitos que sofriam com o processo de escravidão refugiavam-se em quilombos, como forma de expressar sua cultura e características sociais específicas, em contraponto à lógica da escravidão (SOUZA, 2008).

Dessa forma, as comunidades quilombolas podem apresentar todas ou algumas das seguintes definições: características específicas nos rituais ou religiosidade compartilhadas, ancestralidade em comum, vínculo territorial permanente, relações de parentesco generalizado e relações com o processo de escravidão (MARQUES, 2008).

O Brasil foi um dos países que mais recebeu escravos no mundo, fato que proporcionou o fenômeno do “aquilombamento”. No estado da Bahia, a formação das comunidades quilombolas se refere à criação dos quilombos, enquanto local geográfico, os quais se formavam como maneira de resistência e negociação ao regime escravista que se fez presente no período colonial (SILVA, 2015).

Atualmente, mais de 2.600 comunidades quilombolas já foram certificadas em todo território nacional, distribuídas desta forma pelos estados brasileiros: Norte (264), Nordeste (1381), Centro-oeste (123), Sudeste (314) e Sul (154) (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2014). Entre os estados, a Bahia se revela como o estado com maior número de comunidades quilombolas certificadas, fato merecedor de maiores pesquisas no campo da saúde.

No entanto, não existem registros escritos na maioria das localidades de quilombos, sendo sua história construída e disseminada através de relatos orais dos próprios quilombolas, o que resulta, inevitavelmente, no enterro histórico, após a morte de um ancestral (AMORIM; GERMANI, 2005).

Levando-se em consideração o processo escravocrata no estado da Bahia, verifica-se que os primeiros municípios que receberam a coroa portuguesa e os escravos africanos foram Salvador e alguns municípios do Recôncavo baiano. Algum tempo depois, a cidade de Feira de Santana, assim como outros municípios, passou a ser alvo dos portugueses, por conta do interesse na pecuária, como possibilidade de crescimento financeiro, fato que oportunizou a ocupação de alguns territórios por populações indígenas e quilombolas (AMORIM; GERMANI, 2005).

Em relação à distribuição espacial dos grupos quilombolas no estado baiano, observa-se uma centralização em duas localidades: Recôncavo baiano, justificado pelo trabalho escravo na cultura da cana-de-açúcar e, na região do Sudoeste, mais precisamente nas localidades de Caetité e Rio de Contas, onde a atividade escravista estivera relacionada à extração de ouro e ao cultivo de algodão, além de gêneros alimentícios (AMORIM; GERMANI, 2005). Dentre essas comunidades quilombolas, destaca-se a do Rio das Rãs, localizada entre o município de Bom Jesus da Lapa e o rio São Francisco, como sendo uma das primeiras comunidades registradas como remanescente de quilombos no país, tornando-se um símbolo de resistência e de bravura para as demais comunidades (AMORIM; GERMANI, 2005).

No estado da Bahia existem, na atualidade, 612 comunidades de remanescentes de quilombos reconhecidas. Em relação à Feira de Santana, encontram-se certificadas as comunidades foco deste estudo, a saber: Lagoa Grande (reconhecida no ano de 2007) e Matinha dos Pretos (reconhecida no ano de 2014), localizadas na zona rural deste município (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2014). Igualmente, aponta-se que a formação das comunidades quilombolas em Feira de Santana está ligada a experiências de escravidão impostas no final do século XIX e início do XX, tendo sido criadas pelos negros africanos locais, como alternativa de resistência e sobrevivência ao sofrimento e violência vivenciados (SOUZA, 2010).

Em relação à comunidade quilombola da Lagoa Grande, não se sabe ao certo de qual quilombo dos arredores baianos se originou. Infere-se que a população dessa comunidade é oriunda de uma dispersão, originada da fuga durante o processo de escravidão e pela escolha de locais distantes dos centros, como forma de manutenção da cultura (MENDONÇA, 2014). Essa comunidade foi a primeira a ser reconhecida pela Fundação Cultural Palmares no município de Feira de Santana. No local, existem mais de 300 casas de remanescentes de quilombo, estando localizadas na zona rural do distrito de Maria Quitéria (PREFEITURA MUNICIPAL DE FEIRA DE SANTANA, 2014).

Em contrapartida, o distrito de Matinha dos Pretos, como é conhecido, localiza-se também na zona rural do município de Feira de Santana-BA, datando sua emancipação do ano de 2008, porém, segundo relatos de antigos moradores locais, constitui-se como povoado há muito mais tempo (SAMPAIO; BARZANO, 2013).

Como forma de manutenção das tradições de origens africanas, as comunidades quilombolas exercem ainda práticas peculiares de sustento (agricultura, ato curativo, religião, artesanato, dança, dialetos e culinária, dentre outras formas de expressões culturais), uma

maneira encontrada para manter viva a cultura africana (ANJOS, 2013). Quilombolas possuem características próprias e práticas de sustento bem peculiares, referentes ao manuseio com o campo (NUNES, 2013).

Não diferente de outras localidades onde residem populações quilombolas, o povoado de Matinha dos Pretos mantém sua base econômica através da agricultura familiar, com o cultivo de feijão, amendoim e mandioca, além de frutas tropicais como jaca, caju, manga, laranja e acerola (SAMPAIO; BARZANO, 2013). A concepção de saúde e doença nesta comunidade vai ao encontro do modelo multicausal de explicação do processo saúde-doença. O significado é expresso por cinco níveis de causalidade: natural, ecológica, sobrenatural, psicossocial e socioeconômica (NASCIMENTO, 1997).

Na comunidade da Matinha dos Pretos existe uma importante manifestação cultural e artística, o grupo de dança “Quixabeira da Matinha”, caracterizado pelo samba de roda, o qual representa um símbolo identitário desse distrito. Para além de uma produção musical, trata-se de uma autoafirmação da identidade quilombola, enquanto uma comunidade formada por afrodescendentes (SAMPAIO; BARZANO, 2013).

A partir do exposto, observa-se que as múltiplas culturas africanas foram se espalhando pelo mundo, sendo que os grupos remanescentes de quilombo passaram a reinventar a memória cultural no seu processo identitário, sendo os mais marcantes a força cultural, provocada pelo ritmo musical, dança, culinária e saberes de tratamentos de saúde (TAVARES, 2010).

4.2 INIQUIDADES NAS CONDIÇÕES DE VIDA DOS QUILOMBOLAS

Condição de vida é caracterizada pela reunião de indicadores que expressam a realidade social de uma sociedade, abrangendo informações amplas acerca de aspectos relacionados à situação demográfica, educação, renda, domicílio, família, organização do espaço, entre outros, representando as formas de vivência de uma determinada população (IBGE, 2006).

O *status* racial atribuído aos grupos sociais influencia na desigualdade da oferta de serviços e ações de saúde, na causa de doença e de morte, uma vez que as condições de saúde estão vinculadas diretamente à maneira como os grupos vivem e trabalham (ARAÚJO et al, 2010; SANTOS; SILVA, 2014).

As distâncias que segregam negros de brancos, em todos os setores da vida social, resultam não somente da herança traumática da escravidão, mas da construção e manutenção

de preconceitos e estereótipos raciais que certificam, a todo o momento, procedimentos discriminatórios (BENTO; BEGHIN, 2005). Foram 316 anos de sofrimento para os grupos afrodescendentes, marcando definitivamente a história do Brasil e da sua invisibilidade social (FURTADO; PEDROZA; ALVES, 2014).

Assim sendo, ao serem impostas assimetrias de poder e bem-estar social, uma nova ordem baseada nas diferenças raciais se consolida onde sujeitos com traços físicos e culturais divergentes passam a assumir uma categoria estigmatizada de inferioridade, passando a auferir na sociedade um lugar de exclusão (SANTOS; SILVA, 2014).

Mesmo sendo a segunda maior população negra mundial, atrás somente da Nigéria, é neste grupo que se encontra mais pobreza e iniquidades sociais. Dos 53 milhões de pobres no Brasil, no ano de 2001, 19 milhões eram brancos e 33,7 milhões eram negros e, dos indigentes, 6,8 milhões eram brancos e 15,1 milhões eram negros (HENRIQUES, 2001). No ano de 2012, mesmo diante das disparidades de renda entre negros e brancos, os negros que recebiam menos de um salário mínimo passaram de 65,8% em 2001, para 38,6% em 2012, uma melhora significativa oriunda de políticas sociais e de transferência de renda. Contudo, mesmo diante desses avanços, a população negra ainda representa a maioria entre os pobres no Brasil (BRASIL, 2014).

Diante desta conjuntura, verifica-se uma situação de desigualdade racial presente ao longo do desenvolvimento da vida dos indivíduos, desde a infância, passando pelo acesso à educação, moradia, firmando-se no mercado de trabalho, nos rendimentos auferidos e na condição de vida como um todo (HERINGER, 2002). Nesse sentido, os indicadores sociais têm se constituído em marcadores da condição de vida de muitos grupos sociais, em especial, da população negra, uma vez que a mesma pertence ao grupo com os piores níveis educacionais, de saúde, renda, mantendo-se em vulnerabilidade social e em situação de maior adoecimento, principalmente de ordem psicológica (ARAUJO, 2007).

Por estar refletida nos mais variados indicadores sociais, a desigualdade racial cria um abismo de disparidades entre brancos e negros em todas as esferas que caracterizam a qualidade de vida dos sujeitos. Esses indicadores revelam iniquidades sociais, observadas nos perfis de mortalidade e de condição de vida diferentes da população, colocando barreiras para o avanço do processo de saúde no país (ARAUJO, 2007). Assim, fica evidenciado que a pobreza no Brasil tem raça e cor e que está apoiada em condições de vida e saúde que desvelam a situação de precarização de negros e negras (BRASIL, 2004).

Em se tratando dos aspectos epidemiológicos de saúde do Brasil, Chor e Lima (2005) retratam que os piores indicadores de morte por causas evitáveis acontecem entre pessoas

negras, indígenas e mulheres, na faixa de 40 a 69 anos de idade. A taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares é duas vezes maior em mulheres negras (115 por 100 mil habitantes), em comparação a mulheres brancas (58 por 100 mil habitantes). Na mesma proporção, é impossível dissociar os fatores das desigualdades sociais existentes e as razões de mortalidade materna de mulheres pretas e pardas, chegando a 65,1% superior quando, comparadas ao percentual das mulheres brancas (PAIXÃO, et al., 2009).

Concernente à educação, constata-se que a população branca possui, em média, dois anos de estudo a mais do que a população negra, sendo que os negros, em geral, não ultrapassam 5,7 anos de estudo, bem como os negros têm menor acesso à educação formal, ocupando postos de trabalho de menor prestígio, estando muitos trabalhadores negros em situação de informalidade (BENTO; BEGHIN, 2005; CRUZ, 2006). Estas disparidades educacionais vão se acirrando à medida que aumentam os níveis educacionais. Na faixa etária de 7 a 14 anos, o número de crianças matriculadas em média, no ensino fundamental, é de 92,7% para negros e de 95,0% para brancos; somente 4,4% dos jovens negros entre 18 a 24 anos estão vinculados a alguma instituição de ensino superior, apresentando-se, na população branca um percentual de 16,6%, quatro vezes maior que a população negra (BENTO; BEGHIN, 2005). Cabe destacar, no entanto, que no ensino médio e superior, estas desigualdades sofreram reduções passando a representar três quartos apenas de diferença entre negros e brancos, mas, prevalecem as estatísticas para o ensino fundamental (BRASIL, 2014).

Um estudo realizado por Rosa et al. (2005) no estado de São Paulo, referente à escolarização, segundo o recorte raça/cor, observou-se que 50,4% dos brancos atingem o nível educacional acima do segundo grau completo e, entre os pardos e pretos, esse índice cai para 28,3% e 39,6% respectivamente. Pesquisas de âmbito nacional revelam que o país possui uma taxa de analfabetismo de 9,8%, tendo a região Nordeste uma das taxas mais elevadas, de 18,7% (IPEA, 2011). No que tange ao percentual de jovens negros entre 25 e 29 anos, tem diminuído o nível de analfabetismo, mesmo ainda sendo maior quando comparado com jovens brancos da mesma faixa etária (BRASIL, 2014).

Por sua vez, o baixo nível de renda, tanto individual, como domiciliar ou *per capita*, aprisiona socialmente os sujeitos, fazendo com que seu contexto se apresente de forma deficiente e gerador de adoecimento (LOPES, 2005 BENTO; BEGHIN, 2005). A pessoa que nasce negra, neste país, tem maior probabilidade de crescer pobre (HENRIQUES, 2001). Torna-se válido destacar que, dentre todas estas iniquidades, a mulher negra possui menor acesso aos serviços de saúde, menor nível de escolaridade, condições de vida e moradia

precárias, emprego desqualificado, bem como se encontra ainda em pior situação social que o homem negro (LOPES, 2005).

Ademais, verifica-se que os jovens negros são as principais vítimas da violência urbana e dos casos de homicídios no Brasil. Além de apresentarem maior risco de óbito por causas externas (ARAUJO, 2007; LAURELL, 1983).

Acrescenta-se que, das 214 mil famílias quilombolas do país, 80 mil se encontram incluídas no programa de proteção socioassistencial, conhecido como Cadastro Único. Destas, 79,8% são beneficiárias do Programa Bolsa Família, estando ainda 74,7% em situação de extrema pobreza (BRASIL, 2012). Somado a essa realidade, a taxa de desemprego é elevada nessas comunidades, sendo que a maioria das famílias vive da agricultura familiar e do artesanato, fato que demonstra a relação íntima da organização do trabalho desses grupos com suas tradições afrodescendentes (ANJOS, 2013; FURTADO; PEDROZA; ALVES, 2014). Os Indicadores de Desenvolvimento Humano (IDH) das comunidades quilombolas no Brasil ainda são mais desiguais, quando comparados às populações brancas (BRASIL, 2012).

Segundo o estudo de Idrovo, Rodríguez e Manzano-Patiño (2010), realizado em 110 países, inclusive no Brasil, a desigualdade de renda e de capital social têm consequências diretas na expectativa de vida da criança ao nascer. Em todos os grupos raciais analisados nos Estados Unidos, as disparidades raciais em saúde aparecem como realidade, na qual envolvem, principalmente, a condição socioeconômica das pessoas e os processos migratórios (WILLIAMS et al., 2010).

Um estudo transversal de base populacional composto por 169 comunidades quilombolas reconhecidas no país, entre 1995 e 2009, residentes nas seguintes localidades: Norte 53,8% (Amapá e Pará); Nordeste 30,5% (Bahia, Maranhão, Pernambuco, Piauí e Sergipe); Sudeste 3,8% (Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo); Sul 0,3% (Rio Grande do Sul); e Centro-Oeste 11,7% (Goiás, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso), revelou que é prevalente as condições de precariedade nessas comunidades, apresentando uma renda *per capita* familiar de R\$ 205,85, sendo que 61,0% das famílias dependem do complemento financeiro do Programa Bolsa Família, bem como 31,4% relataram terem precisado de benefícios como cestas básicas. Ademais, verificaram-se péssimas condições habitacionais, esgotamento sanitário e água encanada, presente em menos da metade dos domicílios (BRASIL, 2013).

Estima-se que a frequência escolar na comunidade quilombola Caiana dos Crioulos, localizada no estado da Paraíba, é de 34,4%, estando 65,5% das crianças fora da escola (SILVA, 2007). Nas comunidades quilombolas do estado do Pará, 41,0% das pessoas são

apenas alfabetizadas e 55,0% possuem o ensino fundamental incompleto ou completo (MELO; SILVA, 2015).

Trata-se de uma população que, mesmo tendo sido alvo de políticas públicas a partir do ano de 2003, especialmente com a implantação do Programa Brasil Quilombola (PBQ)², ainda sofre com o pouco acesso à água encanada, ausência de esgotamento sanitário e coleta de lixo. Além de ser insuficiente a cobertura dos serviços de saúde, em especial, das unidades básicas a esses grupos (BRASIL, 2013).

Verifica-se que essas populações, em sua maioria, não têm acesso à água encanada e ao esgotamento sanitário, nem acesso à coleta de lixo, e muitas casas não têm sequer banheiro (BEZERRA et al., 2013; CABRAL-MIRANDA; DATTOLI; DIAS-LIMA, 2010; MELO; SILVA, 2015; NEIVA, 2008; SANTOS; SILVA, 2014; SILVA, 2007;). Segundo Silva, (2007), quase metade das casas dos quilombolas é suprida com água da barragem (46,9%), retirada de poços (14,6%), cisternas (16,4%), caçambas (8,5%) e de poços/nascente (8,5%). Quanto ao destino dos dejetos, 82,3% dos domicílios contam com fossa rudimentar, sendo que o lixo é jogado por 86,0% das pessoas em terrenos próximos às residências. Estes dados corroboram com os estudos de Melo e Silva (2015), que observaram que 96,0% das casas eram feitas de madeira e cobertas com telhas de barro, sendo que 82,0% não tinham banheiro interno, bem como 70,0% não tinha acesso à água tratada e à coleta de lixo.

Reconhecidamente, as comunidades quilombolas do Brasil se encontram vulnerabilizadas em sua condição de vida e saúde, fato que representa um relevante problema social e de saúde pública, não só pela precária condição socioeconômica, educacional e ambiental a que estão expostas, como também pelo impacto desses fatores na garantia de direitos sociais, culturais e políticos.

4.3 DOENÇAS E AGRAVOS À SAÚDE EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS

O quadro de distribuição das doenças de maior prevalência em afrodescendentes revela que características de ordem genética influenciam no padrão de adoecimento. Mas, são os fatores socioeconômicos – situação de pobreza e exclusão social – os que mais incidem no processo saúde-doença da população negra, levando-se em conta, por exemplo, doenças

² O Programa Brasil Quilombola é um programa federal de ações que ofertam um conjunto de bens e serviços à população quilombola de todo território brasileiro. Foi resultado de ações pactuadas entre o Governo Federal e a Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial (SEPPIR), no ano de 2004, com o objetivo de implementar ações nas comunidades quilombolas que produzissem melhorias nas condições de vida e saúde dessa população.

ligadas à pobreza, como é o caso da tuberculose, verminoses, desnutrição, entre outras (BRASIL, 2001).

Nesse aspecto, existe no país um consenso entre vários pesquisadores sobre as doenças e agravos de maior prevalência na população negra, quais sejam, doença falciforme; foliculite; desnutrição; anemia ferropriva; doenças do trabalho; DST/HIV/aids; sofrimento psíquico, stress, depressão, transtornos mentais, tuberculose (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas); e por complicações da hipertensão arterial e da diabetes *mellitus* (WORKSHOP INTERAGENCIAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, 2001).

Concernente às populações quilombolas, torna-se válido destacar que essas comunidades já demonstram uma transição em seu perfil epidemiológico, atualmente, convivendo mais com doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* (VOLOCHKO; BATISTA, 2009).

Estudos de prevalência realizados em comunidades quilombolas têm observado um elevado índice de doenças crônicas em comparação ao restante da sociedade brasileira. Um estudo transversal com comunidades quilombolas no estado de Minas Gerais, com 756 pessoas, no ano de 2016, observou que os principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis nessa população estavam relacionados com o estilo de vida: 23,5% pelo consumo de refrigerante; 41,8% pelo consumo de carne com gordura; 66,1% pelo o baixo consumo de frutas; 63,9% com o sedentarismo e 47,9% com o excesso de peso, com destaque para maior prevalência entre homens de menor escolaridade (OLIVEIRA et al., 2016).

Cabe salientar que esse índice de doenças crônicas entre as populações negras rurais, atualmente se apresenta mais elevado quando comparado ao índice do restante da sociedade (MELO; SILVA, 2015), mostrando diferenciais nos fatores de risco segundo raça/cor, os quais podem ser explicados por aspectos culturais, por diferenças socioeconômicas, que determinam o menor acesso a bens e menor oportunidade para a população negra (MALTA et al., 2015).

Estima-se que, no estado do Pará, 48,8% dos quilombolas apresentaram um nível de pré-hipertensão ou hipertensão (MELO; SILVA, 2015), quadro epidemiológico semelhante ao das populações quilombolas do estado da Bahia, onde foi verificado que quase a metade (45,4%) dos quilombolas avaliados tinha hipertensão arterial, condição associada à idade elevada, à baixa escolaridade e à pior situação econômica (SOUZAS, et al., 2015).

Borges (2011) verificou uma prevalência de hipertensão de 22,1% nos homens quilombolas do sexo masculino e 34,9% nas mulheres quilombolas do estado do Pará. Esta diferença entre sexos também foi encontrada no estudo de Silva (2007), em comunidades quilombolas da Paraíba, em que as mulheres apresentaram uma taxa de 5,8%, maior que a dos homens, que foi de 3,4%.

No tocante às condições sanitárias existentes nas diversas localidades onde residem remanescentes de quilombolas, verifica-se a relação dessa situação com a ocorrência de doenças e agravos. Na comunidade quilombola do Espírito Santo, por exemplo, observou-se uma prevalência de 42,7% de pessoas infectadas por enteroparasitose (DAMAZIO et al., 2013). Já em uma comunidade quilombola do semiárido baiano, obteve-se uma prevalência maior de enteroparasitose, com 79,3% (CABRAL-MIRANDA; DATTOLI; DIAS-LIMA, 2010).

Outrossim, doenças e agravos ligados às condições sanitárias representam um elevado índice de doenças parasitárias nessas populações, tendo a condição de renda, aliada a um histórico de exclusão de políticas sociais, como fatores determinantes (CUNHA et al., 2013; SILVA, 2007).

Shafe et al. (2009) constataram em um estudo realizado no Caribe, com 143 participantes, associação estatisticamente significativa entre consumo excessivo de álcool e distúrbios de ansiedade em grupos com ancestrais no continente africano e em grupos de indianos, percebendo que a dependência de álcool pode levar a outras co-morbidades, como depressão maior e uso de drogas. Essa constatação também foi observada no estudo realizado por Melo e Silva (2015), em populações quilombolas, em que se verificou um elevado consumo de álcool (50,9%), com periodicidade maior que uma vez na semana.

Acrescenta-se, o sofrimento mental também é considerado um agravo de grandes impactos sociais, uma vez que possui relação com a condição de vida, sendo evidenciada, por exemplo, associação estatisticamente significativa entre transtornos mentais comuns (TMC) e fatores associados à pobreza, como baixa escolaridade (SILVA; SANTANA, 2012). Como quadro ilustrativo, observa-se nos estudos de McGuire e Miranda (2008), na área de saúde mental, que a população afrodescendente dos Estados Unidos tem mais sofrimento mental em decorrência do pouco acesso aos recursos socioeconômicos.

De forma semelhante, um estudo realizado por Barroso, Melo e Guimarães (2014), com comunidades quilombolas de Vitória da Conquista-BA, acerca da depressão, verificou que essa população apresentou 1,14 vezes de chances para a triagem positiva para a depressão.

Em relação às pesquisas de autoavaliação do estado de saúde em comunidades quilombolas, observa-se que, em sua maioria, existe um predomínio de autoavaliação negativa de saúde e que essa condição envolve diversos fatores sociais (KOCHERGIN; PROIETTI; CÉSAR, 2014). Essa realidade é confirmada pelos dados do relatório anual das desigualdades raciais no Brasil sobre uma autoavaliação do estado de saúde pela população, uma vez que indicam que, quanto maior a renda per capita domiciliar, maior a autoavaliação de saúde como muito boa e boa (PAIXÃO, et al., 2009).

Frisa-se que a pesquisa sobre as condições de saúde das populações quilombolas situadas no município de Vitória da Conquista-BA, encontrou uma taxa elevada de autoavaliação de saúde ruim/muito ruim, totalizando 12,5% quando comparada aos valores obtidos em outras pesquisas nacionais, com outras populações (AMORIM et al., 2013).

Em vista dessas considerações acerca das doenças e agravos nas populações quilombolas, aponta-se a necessidade de um olhar ainda mais criterioso para o processo saúde-doença desse grupo vulnerabilizado, haja vista a existência de diversos fatores sociais envolvidos na ocorrência e cronificação de enfermidades. Além disso, o baixo nível de renda, tanto a nível individual quanto familiar, acaba por restringir as liberdades individuais e sociais dos indivíduos, fato que influencia todo o contexto de vida dos sujeitos, tornando-o deficiente, desgastante e preditor de doenças (BRASIL, 2013).

4.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE EQUIDADE PARA QUILOMBOLAS

As políticas públicas brasileiras, em sua maioria, nasceram dos descontentamentos da população em relação a algum aspecto da qualidade da vida humana. Já as políticas públicas de combate à discriminação racial transcenderam os descontentamentos, tornando-se oportunidades de transformação de vida para milhares de negros e negras com histórias de sofrimento e exclusão social (BRASIL, 2007).

É válido salientar que os momentos de grandes mobilizações sociais, no final da década de 80, fizeram emergir a promulgação do processo constituinte de maior impacto social na vida de todos os brasileiros visto até hoje no país. A constituição de 88, ou como é conhecida, “constituição cidadã”, que surge a partir de grandes protestos sociais, de movimentos de muitos setores que uniram intelectuais, militantes e sociedade civil como um todo. Foi neste ensejo que o movimento negro colocou a realidade na qual a população negra vivia, em especial a situação dos remanescentes de quilombos que, isolados da sociedade, encontravam-se naquele momento destituídos dos direitos sociais mínimos (BRASIL, 2004).

Desta constituição, as populações quilombolas tiveram, em particular, três artigos os quais evidenciaram seus direitos perante a sociedade brasileira: o art. 68, que consagra aos remanescentes de quilombo o direito à terra; o art. 215, no qual é assegurado pelo Estado proteção às diversas manifestações culturais de origem afrodescendente, fixando datas importantes no calendário nacional, que possuem importância étnica; e o art. 216, que declara o direito à manutenção da cultura afro e a constituição de patrimônio material e imaterial destes grupos (BRASIL, 2012).

A partir desses acontecimentos ocorridos no final da década de 80, culminaram-se grandes eventos que marcaram a situação social das populações quilombolas no país, a exemplo da realização do I Encontro Nacional de Comunidades Quilombolas e, logo após esse evento, realizou-se uma grande caminhada conhecida como “Marcha Zumbi dos Palmares”, a qual pressionou por melhores condições de vida para a população afrodescendente, organizada pelo movimento negro brasileiro. Como resultado, conseguiu-se dar grande visibilidade ao direito à vida e à cidadania dos remanescentes de quilombos. Consequente, no ano de 2000, a Fundação Cultural Palmares passou a administrar a identificação e o reconhecimento de comunidades quilombolas em todo o território nacional, além de tratar de outras demandas referentes à promoção da cidadania desses grupos (BRASIL, 2004).

Nessa conjuntura, cresceu o reconhecimento no meio científico da necessidade de se incorporar a interpretação das seguintes variáveis: sexo, gênero, raça/etnia e classe social, com vistas à imagem mais próxima da verdade epidemiológica das populações. (OLIVEIRA, 2009). Não obstante, o recorte da variável raça/cor da pele não se faz necessário somente para indicar condições de morbimortalidade em grupos vulnerabilizados, como os quilombolas, mas para realizar a avaliação de políticas públicas, bem como para fornecer informações mais completas ao sistema de saúde e elaborar planejamentos mais focados nas necessidades específicas de cada grupo populacional (OLIVEIRA, 2009).

Diante desse contexto, de avanços ainda incipientes referentes à população negra no Brasil, foi criada, no ano de 2003, a Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial (SEPPIR), com a tarefa institucional de coordenar e articular a formulação, coordenação e avaliação das políticas públicas afirmativas de promoção da igualdade racial (BRASIL, 2004).

Logo após a criação da SEPPIR, surge no ano de 2004, numa ação pactuada entre SEPPIR e Governo Federal, o Programa Brasil Quilombola, com objetivo de propor ações de transformação nas condições de vida das populações quilombolas, a partir do acesso das

mesmas ao conjunto de bens e serviços sociais necessários à promoção dos direitos cidadãos (BRASIL, 2004).

Com a criação deste programa específico, puderam-se realizar mapeamentos *in loco* nas diversas comunidades quilombolas do Brasil, buscando identificar as reais necessidades socioassistenciais desses segmentos. Esses esforços vieram da parceria interministerial, que inclui o Ministério do Desenvolvimento Agrário/Incra e do Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome, vinculados ao decreto n. 4.887 de novembro de 2004 (BRASIL, 2004).

No entanto, mesmo após grandes avanços como a criação da Constituição Federal e de movimentos em defesa da população negra na década de 80; da implementação do SUS na década de 90; da criação de uma Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial em 2003 e da constituição do Programa Brasil Quilombola em 2004, constatava-se que a população negra ainda não era foco de ações em saúde por parte do poder público, fato este marcado por condições de vida e saúde ainda precárias, bem como pela existência de serviços de saúde que desconheciam as necessidades deste grupo específico e, o que é ainda pior, que praticavam discriminação étnico-racial nos atendimentos realizados. Diante dessa realidade, cria-se em 2006, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), com o objetivo de combater o racismo institucional existente nos serviços públicos e promover equidade na saúde (BRASIL, 2007).

Tal política, além de ser um reconhecimento legal, apresenta-se como uma ferramenta estratégica e transversal, uma vez que envolve diversas secretarias e órgãos públicos com o objetivo de melhorar as condições de saúde da população negra, através de ações de prevenção e promoção da saúde, tendo como base o reconhecimento de práticas racistas na saúde. Para tanto, destacam-se princípios e diretrizes pautados em alguns aspectos, tais como: incentivo à pesquisa; educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS acerca das necessidades em saúde da população negra, das disparidades existentes, da presença do racismo institucional na oferta do cuidado; estudos visando à melhoria do acesso da população negra aos serviços de saúde, especialmente da população quilombola; desenvolvimento de instrumentos, indicadores em saúde, formas de acompanhamentos mais qualificados, que considerem o quesito cor e educação popular, visando à melhora da condição de vulnerabilidade existente (BRASIL, 2007).

Admite-se que, com o reconhecimento das comunidades quilombolas no Brasil pelo Estado, através da constituição de 88, na garantia do direito à terra, foram evocadas questões socioeconômicas, culturais, jurídicas, entre outras, trazendo maior reconhecimento desses grupos

na sociedade brasileira (PARÉ; OLIVEIRA; VELLOSO, 2007). Além disso, outros avanços entre os anos 2004-2007 se fizeram presentes na realidade dos quilombolas, a respeito, por exemplo, do aumento de ações orçamentárias para o Programa Brasil Quilombola, o qual atuava em quatro eixos temáticos: regularização fundiária (referente à titulação de terras); infraestrutura (relacionado a obras de infraestrutura em quilombos); desenvolvimento econômico e social; e, por fim, controle e participação social (diz respeito à promoção de sustentabilidade socioeconômica, cultural e política). Destaca-se que os quilombolas eram público-alvo do Plano Brasil sem Miséria, justificado pelo fato de existirem 74,7% de afrodescendentes abaixo da linha da pobreza (BRASIL, 2012).

Ainda, concernente aos progressos das políticas públicas direcionadas aos remanescentes de quilombo, constata-se que houve fortes investimentos no setor social, com a inclusão de milhares de famílias no Programa Bolsa Família, condição que tirou muitas pessoas da situação de pobreza extrema. Assim como se ressalta que, dentre as políticas afirmativas, a criação de cotas para populações afrodescendentes, estabelecendo 20% de vagas para serem preenchidas em empregos públicos, nos três níveis federativos, e 30% de vagas em cursos de nível superior, de fato proporcionou melhores condições educacionais e de emprego para a população negra (IPEA, 2011).

Contudo, mesmo sendo institucionalizado pela lei 8.080 de 1990, o direito de todos brasileiros ao acesso igualitário aos serviços de saúde e a garantia de ações e serviços equânimes, ainda é menor o acesso e utilização dos serviços de saúde por populações negras rurais, isso associado a fatores que vão desde as dificuldades geográficas, financeiras, até a menor disposição dos serviços de saúde. (BRASIL, 2004). Diante disso, garantias legais ao acesso aos serviços de saúde não têm assegurado indicadores de saúde positivos para população negra em geral, quando comparados aos indicadores da população branca (BRASIL, 2004).

A incongruência entre leis e a efetividade das mesmas constituem hoje o maior entrave para a melhoria das condições de vida dos remanescentes de quilombo, uma vez que a instituição de leis não se encontra suficiente para transformar as precárias condições de vida e saúde dessa população específica (LEITE, 2008). Devendo-se assim promover meios mais sólidos de comprometer Estado, governo e sociedade civil na causa da melhor qualidade de vida dos quilombolas, que visem, acima de tudo, garantir a implementação e a ampliação dessas políticas (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011).

Além disso, verifica-se que a equidade, enquanto princípio organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS), deve buscar reconhecer as disparidades em saúde existentes entre os

grupos sociais para traçar perfis epidemiológicos pertinentes, os quais considerem os recortes de raça/cor e as condições de vulnerabilidades destinadas a cada população. Dessa maneira, obter a equidade é agir de forma estratégica, baseando-se em cada necessidade apresentada pelos indivíduos e populações, e para isso deve-se conhecer a natureza das desigualdades e corrigir as iniquidades existentes (WERNECK, 2010).

Nesse ensejo, torna-se válido destacar, no que diz respeito às políticas públicas relacionadas às populações quilombolas, que a SEPPIR, no ano de 2016, através da medida provisória nº 726, deixou de ser um órgão independente do Ministério, para se integrar ao Ministério da Justiça e da Cidadania (BRASIL, 2016). Dessa maneira, o órgão que trata das políticas públicas voltadas para a população negra, deixa de funcionar como instância independente, condição que vem demonstrar um retrocesso político e social para a promoção de igualdade racial.

Espera-se, com este trabalho, dar maior visibilidade às condições de vida e saúde das populações quilombolas, que possa ajudar a subsidiar o avanço da política nacional de saúde integral da população negra, como o Programa Brasil Quilombola, que atua em todo o território nacional, visando à melhoria da qualidade de vida e saúde dos remanescentes de quilombo.

4.5 MODELO TEÓRICO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Nos últimos anos, tem-se discutido acerca da associação entre saúde e fatores sociais, em decorrência da necessidade de responder a problemas de saúde complexos, como é o caso de gênero, raça e outros temas com forte viés social. Com o advento da pós-modernidade, o processo de adoecimento passou a apresentar outras facetas, se antes a preocupação era com o controle de agentes infecciosos, hoje se evidencia a necessidade de dar conta das inúmeras disparidades no campo social, as quais acabam legitimando as iniquidades em saúde (BREILH, 2010).

A questão da causalidade em saúde evoluiu ao longo dos anos, acompanhando as demandas referentes ao processo saúde-doença, que se faziam presentes em cada década vivida. Da teoria dos miasmas, às considerações do processo bacteriológico, até chegar ao entendimento da multicausalidade dos fatores envolvidos no adoecimento. Na medida em que se mudava o conceito de causalidade, alguns aspectos se tornaram importantes, como o de vulnerabilidade, iniquidade e determinação social (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Diversos estudos têm demonstrado que tanto em países em desenvolvimento, quanto nos desenvolvidos, quando as desigualdades socioeconômicas são menores, os indivíduos usufruem de melhores condições de vida e saúde, apresentando melhores expectativas de vida (WILKINSON, 1997). No caso da população afrodescendente, o contexto social que exclui e nega o direito natural de pertencimento, determina condições reais de vulnerabilidade (LOPES, 2005).

A saúde no início do século XX passa a ser considerada como uma condição resultante de diversos fatores da vida dos indivíduos como acesso ao lazer, trabalho, condições favoráveis de moradia, entre outros. Depois disso, houve diversas teorias que tentaram estudar o impacto das questões sociais no processo saúde-doença.

Dentre esses modelos explicativos tem destaque o modelo de Dahlgren e Whitehead, o qual inclui a determinação social como fator preponderante para o aparecimento de doenças e agravos à saúde nas populações. Tal modelo ilustra os fatores envolvidos na saúde, a partir de camadas, desde a camada mais próxima ao indivíduo, até a mais distal (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007).

As camadas que possuem uma relação mais direta com o indivíduo dizem respeito aos fatores micro determinantes, como estilo de vida, idade e sexo; seguido das camadas compostas por redes sociais, comunitárias e ligadas às inter-relações. Logo após, aparecem os fatores envolvidos na condição de vida e trabalho e, na última camada, verificam-se as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, que afetam de forma mais indireta o processo de saúde-doença, como pode ser visualizado abaixo (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Figura 1 - Modelo dos determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead (1991) para compreender os possíveis fatores envolvidos no aparecimento de doenças e agravos.



Fonte: CNDSS, 2008, p.14.

Na medida em que essas iniquidades foram sendo compreendidas ao longo dos anos, os conceitos e métodos em saúde passaram a ser reinventados, com o objetivo de desvendar relações causais complexas. Sob esta perspectiva, observa-se que existe uma relação simultânea entre a situação de saúde e o nível de desenvolvimento humano e social, a qual é mediada pela condição de vida das populações (CASTELLANOS, 1997).

Dessa maneira, a desigualdade passa a ser entendida como sinônimo de injustiça e iniquidade, que aparece na atualidade de forma mais velada, podendo ser evitada através do reconhecimento de que os indivíduos não são iguais e apresentam demandas diversas, necessitando serem tratados de formas diferentes (NUNES et al., 2001). É por esta situação que os fatores sociais, econômicos, culturais e étnicos passaram a ser alvo da agenda epidemiológica internacional (CHOR; LIMA, 2005).

As doenças e agravos à saúde e seu caráter social só são entendidos quando se observam a maneira de viver e de existir dos grupos sociais, pois dentro de uma mesma sociedade, a saúde das populações se apresenta de formas diferentes (LAURELL, 1983; MARMOT, 2005). Sendo assim, a compreensão objetiva da saúde e de suas conseqüentes adversidades devem associar os padrões de trabalho, consumo, reprodução e organização social de cada população, com as enfermidades que os afetam (BREILH, 2010).

Considerando-se esses aspectos, constata-se que em todas as dimensões do setor de saúde, a população negra se encontra em desigualdade em relação à população branca (CRUZ, 2006). O primeiro grupo vive, no geral, em péssimas condições de vida, sendo excluído do acesso a muitos direitos, resultando, na maioria das vezes, em doenças e agravos à saúde (SANTOS; SILVA, 2014). Deve-se considerar, para além das condições sociais e de saúde vulnerabilizada dos afrodescendentes, que a discriminação racial se apresenta como fator devastador na qualidade de vida desse grupo, uma vez que afeta não somente a aquisição de bens materiais, mas também, contribui para uma baixa autoestima.

Verifica-se que a maioria dos estudos na área de saúde com populações quilombolas, aponta que a condição de vulnerabilização dessas comunidades tem relação significativa com fatores sociais, econômicos, políticos e culturais (BEZERRA et al., 2013).

Considerando a teoria dos DSS, esta pesquisa assumirá um modelo teórico-conceitual pautado na inter-relação existente entre diversos fatores sociais e o processo saúde-doença em populações quilombolas.

A escolha desse modelo ocorre pelo fato de possibilitar um olhar ampliado sobre o processo saúde-doença, condição fundamental da proposta desta dissertação, bem como esse modelo teórico vai ao encontro do atual entendimento de doenças e agravos em saúde, por

considerar a múltipla causalidade e a interação dos fatores associados, em todos os aspectos que envolvem o sujeito. Além de esse modelo se organizar na mesma lógica da análise, através do modelo hierárquico, que considera desde condições mais distais, às mais proximais como determinantes do processo saúde-doença.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo de corte transversal do tipo exploratório. Define-se corte transversal ou seccional, como um estudo de recorte específico no tempo, das condições de saúde de uma população, demonstrando vantagem pelo seu baixo custo e sua ampla descrição dos resultados obtidos (ROUQUAYROL, 2013). Representa uma maneira simples de estudo populacional, o qual fornece, em um momento escolhido pelo pesquisador, um retrato de como se relacionam as variáveis num determinado tempo, além de poder analisar a prevalência de doenças e de outras características da população (PEREIRA, 2015).

Ademais, o estudo transversal ou seccional se apresenta como o mais indicado para estudar indivíduos selecionados aleatoriamente, o que possibilita maior generalização das estimativas de prevalência encontradas nos estudos (MEDRONHO et al., 2009).

Contudo, estudos de prevalência possuem limitações referentes, principalmente, a ausência de respostas acerca da causalidade dos fatores envolvidos num estudo, não conseguindo determinar a incidência de doenças, bem como podem apresentar viés de prevalência, fornecendo uma imagem distorcida da realidade da população estudada, por só informarem os casos existentes naquele momento do tempo (PEREIRA, 2015).

5.2 ÁREA DE ESTUDO

Este estudo foi realizado na cidade de Feira de Santana-Ba, cidade comercial, plana, localizada entre o Recôncavo e os tabuleiros Semi-Áridos do nordeste baiano, à 108 Km da capital Salvador (MORAES, 2004). Possui uma área de 1.344 Km², com população residente de 622.639 habitantes, sendo que cerca de 90% está concentrada na zona urbana (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

A pesquisa foi realizada em duas comunidades rurais quilombolas – devidamente reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares – Distrito de Matinha dos Pretos e Lagoa

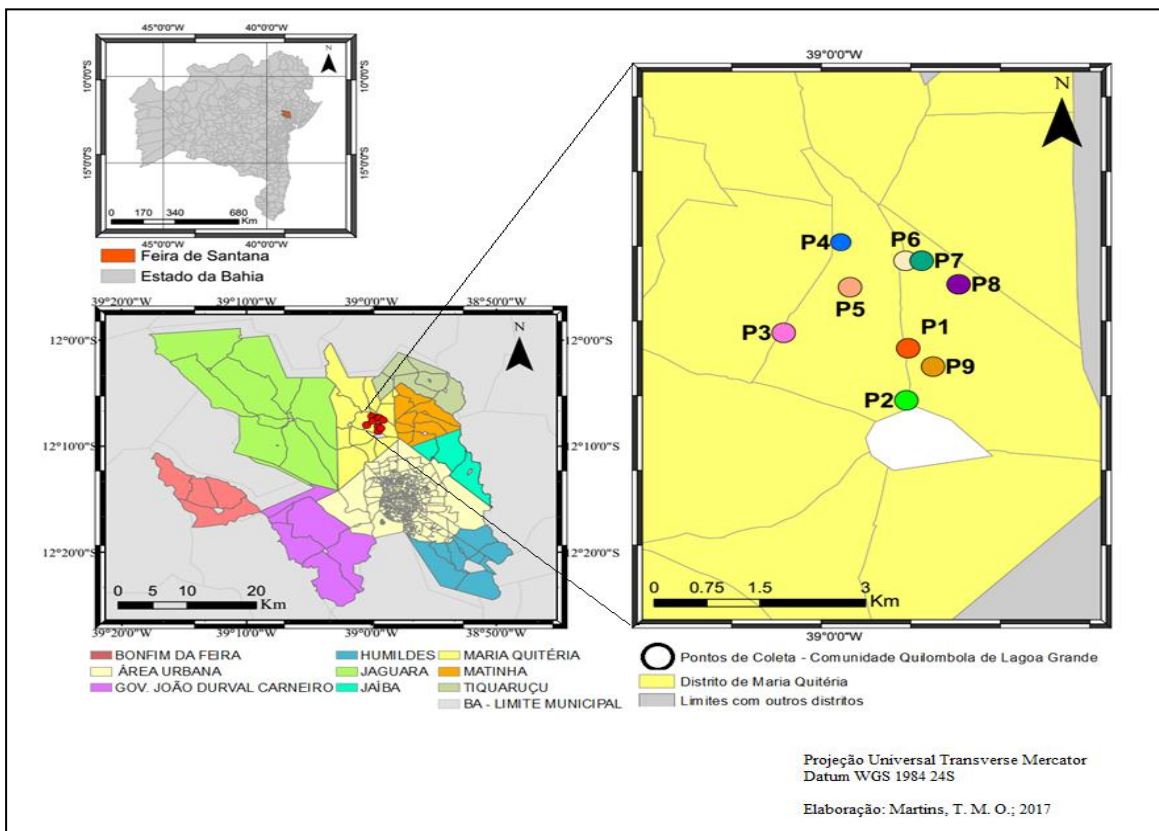
Grande. Feira de Santana é a segunda maior cidade do estado da Bahia, com população em 2016, em torno de 622.639 habitantes. Ao se fazer um recorte por raça/cor, do total de habitantes do município de Feira de Santana, tem-se: 18% de brancos; 21% de pretos; 51% de pardos; 5% de amarelos; 4% de indígenas e, 1% sem declaração, de acordo com o IBGE (2010).

Já as populações quilombolas são grupos sociais com características étnicas específicas, que os distinguem da população geral por sua herança histórica de luta por liberdade, apresentam a noção de território e identidade intimamente relacionados com seu estilo de vida (BRASIL, 2004).

A comunidade quilombola Lagoa Grande se localiza no distrito de Maria Quitéria, próximo a BR 116 ao norte de Feira de Santana. Estima-se que exista nessa comunidade um total de 12.077 pessoas (IBGE, 2010). Lagoa Grande foi a primeira comunidade quilombola reconhecida em Feira de Santana, no ano de 2007, pela Fundação Cultural Palmares (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2014).

Segue mapeamento das áreas quilombolas da Lagoa Grande:

Mapa 1 - Mapa da Comunidade Quilombola Lagoa Grande



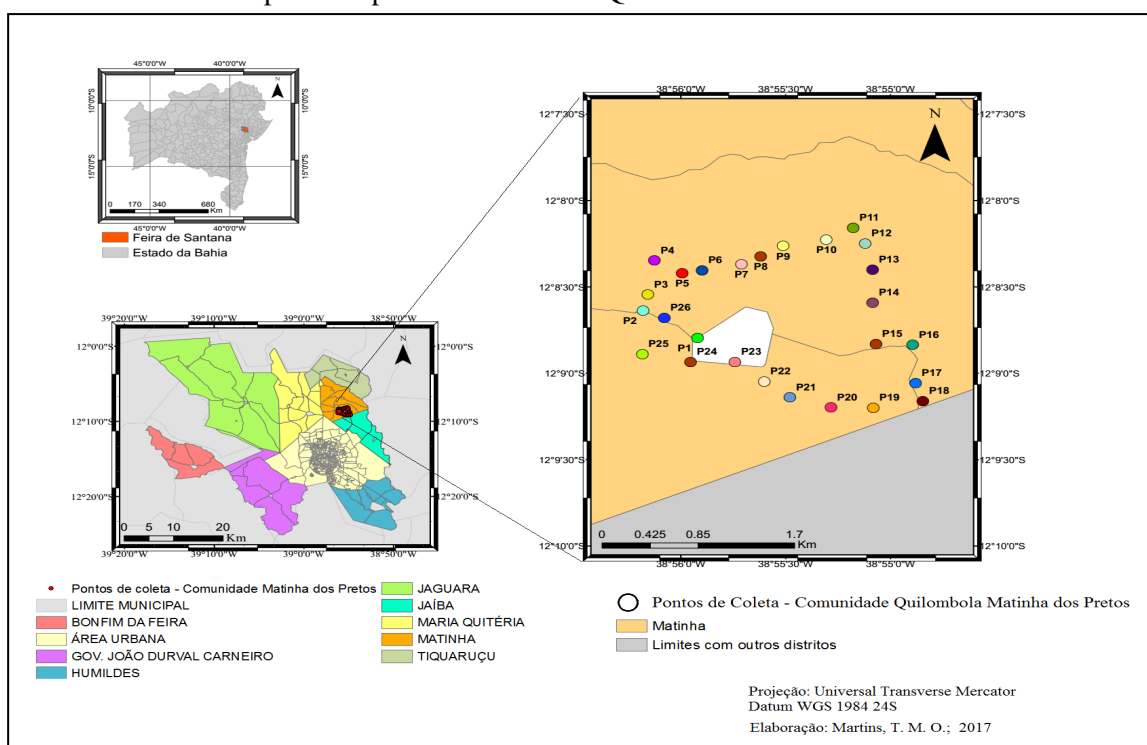
Fonte: Próprio autor, com colaboração de MARTINS, 2017.

Por outro lado, a Comunidade Matinha dos Pretos conta com uma população total de 8.855 pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Situa-se nas proximidades da BR 116 Norte e tem reconhecimento e registro na Fundação Cultural Palmares, por ter sido local de negros refugiados, que passaram pelo processo de resistência ao período da escravidão (SOUZA, 2010). A Fundação Cultural Palmares certifica comunidades quilombolas em todo território nacional e propõe ações e projetos que visem à promoção da cidadania dos mesmos (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2014).

Segundo Souza e Reginaldo (2011), a origem da comunidade quilombola rural da Matinha dos Pretos se encontra alicerçada na história local, através da promessa de certa moradora de uma comunidade, de fazer um cruzeiro se caso a epidemia da peste bubônica, ocorrida em 1922 na região, não se alastrasse. A moradora cumpriu a promessa e construiu um cruzeiro, que logo depois se tornou uma capela do povoado e, subsequentemente, foram construídas casas nos arredores, dando origem à comunidade. Outrossim, verifica-se, também, em outras literaturas que, esta comunidade se constituiu a partir da existência de uma fazenda da época, conhecida como Candeal, retratada como local de conflitos entre senhores de terra e escravos (SOUZA, 2010).

Segue mapeamento das áreas quilombolas da Matinha dos Pretos:

Mapa 2- Mapa da Comunidade Quilombola Matinha dos Pretos



Fonte: Próprio autor, com colaboração de MARTINS, 2017.

5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo incluiu todos os indivíduos com 18 anos ou mais, residentes nas duas comunidades quilombolas do município de Feira de Santana-Ba: Matinha dos Pretos e Lagoa Grande. A seleção dos sujeitos foi feita por amostragem probabilística sistemática, tendo o domicílio como unidade amostral. Foram adotados os seguintes procedimentos para a seleção da amostra:

1. Determinação da representação percentual da população através do programa EpiInfo;
2. Adoção de um ponto de referência, nas comunidades – Associação de moradores, para a realização das entrevistas de forma sistemática (adotou-se o sentido horário, uma vez que as casas não são numeradas, assim como são muito distantes geograficamente);
3. Ordenamento sistemático das visitas, estabelecido de duas em duas casas;
4. Divisão das áreas entre os entrevistadores;
5. Todos os indivíduos com idade de 18 anos ou mais, residentes nos domicílios, foram considerados indivíduos elegíveis, compondo a amostra a ser estudada;
6. Registro dos domicílios a partir de ficha de registro.

5.4 PLANO AMOSTRAL

O cálculo amostral levou em consideração a heterogeneidade dos desfechos esperados e a simultaneidade dos múltiplos eventos a serem mensurados. Sendo assim, calculou-se a amostra tomando como parâmetro uma prevalência de 50%, com precisão estimada de 5%, intervalos de confiança de 95%, fato que corrobora com outros estudos de base populacional em comunidades quilombolas (BEZERRA et al., 2013; MEDEIROS et al., 2013). Assumiu-se uma prevalência de 50%, considerando os diversos desfechos estudados, com poder de estudo de 80% e acréscimo de 10%, considerando possíveis perdas, conforme utilizado no estudo de base populacional com quilombolas no sudoeste da Bahia BEZERRA et al., 2013).

Dessa forma, a partir do quantitativo populacional nas duas comunidades quilombolas: Matinha (N= 8.855) e Lagoa Grande (N=12.077), o cálculo amostral final foi de 369 pessoas na comunidade Matinha e 373 na comunidade Lagoa Grande, o que totalizou uma amostra de n=742 pessoas. Levando-se em conta possíveis perdas no estudo, considerou-se 10% a mais da amostra. Dessa forma, totalizou-se uma amostra final de n=816 indivíduos. Esta proporção

foi calculada no programa estatístico conhecido como OpenEpi, desenvolvido para cálculos estatísticos, inclusive do tamanho amostral (OPENEPI, 2016). Contudo, foram entrevistados 864 indivíduos no total.

5.5 LEVANTAMENTO DE DADOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

5.5.1 Piloto

Foi realizado um estudo piloto em uma comunidade negra rural, conhecida como Olhos D'água, localizada próxima à comunidade quilombola Matinha dos Pretos. Realizou-se esse estudo com 74 adultos acima de 18 anos (10% da amostra total), no período de junho de 2016. Conseguiu-se, com esse estudo piloto, calibrar os instrumentos selecionados para a pesquisa, adequar as questões, avaliar o grau de aceitação e o tempo, em média, despendido nas entrevistas.

5.5.2 Sensibilização

O processo de sensibilização contou com reuniões nas duas comunidades, oportunizadas pelas lideranças locais. Nessas reuniões foram realizadas as seguintes ações: 1- Apresentação do projeto para a comunidade; 2- Discussão dos questionários e do processo de coleta de dados; 3- Apresentação dos entrevistadores e do material de identificação da pesquisa (camisa, crachá). Esse processo aconteceu entre os meses de maio e junho de 2016.

5.5.3 Treinamentos

Foram selecionados três graduandos da UEFS que, junto com a pesquisadora responsável, formaram a equipe de coleta de dados.

Antes da realização das entrevistas, os demais entrevistadores conheceram o campo de estudo, assim como foi realizado um treinamento a partir da discussão do manual do entrevistador e de simulação da entrevista. Além disso, ao longo da coleta foram realizadas sessões para tirar dúvidas e realizar orientações adicionais.

5.5.4 Coleta de dados

Realizaram a coleta de dados quatro entrevistadores, os quais atuaram a partir de uma escala semanal, com carga horária de 40h semanais. O período de coleta ocorreu entre Julho e Setembro de 2016. O processo de coleta de dados ocorreu com os indivíduos que aceitaram voluntariamente participar do estudo, de forma aleatória nos domicílios, considerando as diferentes visões de cada familiar acerca de todos os aspectos abordados nos questionários.

Para garantir a confiabilidade das entrevistas realizadas, foi feita checagem de 10% questionários, escolhidos de forma aleatória.

5.6 FONTES E INSTRUMENTOS

Os dados do estudo foram obtidos através de fonte primária, a partir da aplicação de três instrumentos voltados à caracterização socioeconômica, demográfica, sanitária, das condições de saúde dos sujeitos da pesquisa e para identificação de doenças e agravos, inclusive transtornos mentais comuns e de agravos à saúde (uso abusivo de álcool). O primeiro foi constituído de quatro blocos, a saber: Bloco I - Inquérito Individual; Bloco II - Inquérito Domiciliar; Bloco III - Autoavaliação do estado de saúde; Bloco IV - Doenças e Agravos (ANEXO B). O segundo instrumento, conhecido como *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) tratou de identificar a suspeição de transtornos mentais comuns através das respostas dadas a 20 perguntas (ANEXO C). O terceiro instrumento conhecido como *CAGE-Cut down Anonoyed Guilt Eyeopener*, que representa quatro perguntas, identificam a suspeição de casos de uso/abuso de álcool (ANEXO D).

O primeiro instrumento foi inspirado no inquérito do Projeto "COMQUISTA", utilizado por Bezerra et al. (2013), que tem como objetivo descrever as condições de vida e saúde das comunidades quilombolas do município de Vitória da Conquista. Salienta-se ainda que, o inquérito do Projeto COMQUISTA foi uma adaptação do questionário semiestruturado para as populações quilombolas – devidamente validado, da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Inquérito Região Integrada do Distrito Federal (RIDE/DF).

Frisa-se também que a escolha de mais dois instrumentos, justificou-se pela tentativa de analisar aspectos ainda incipientes na literatura, acerca da existência de agravos em saúde mental e da situação de uso abusivo de álcool em comunidades quilombolas.

O instrumento SRQ foi proposto por Goldberg e Huxly, no ano de 1992, com objetivo de avaliar o conjunto de sinais e sintomas (transtornos mentais comuns), de caráter

não psicótico, como ansiedade, esquecimento, insônia, irritabilidade, fadiga e queixas somáticas (LUDERMIR; FILHO; 2002). Em sua versão original, o *SRQ* continha 24 questões, sendo 20 para avaliar sintomatologias não psicóticas e quatro para questões ligadas a sinais e sintomas de ordem psicótica, sendo considerado o ponto de corte de 7 respostas positivas. Em sua versão atual, consideraram-se as 20 primeiras questões para realizar uma triagem de suspeição (presença/ausência) de transtornos mentais comuns, não tendo potencial diagnóstico (SANTOS et al., 2010).

O instrumento *CAGE* – utilizado para mensurar uso abusivo de álcool, foi desenvolvido por Ewing e Rouse, e traduzido para o português por Mansur e Monteiro em 1983, tem o objetivo de verificar a existência de abuso de álcool e detecção de possíveis prejuízos sociais e emocionais aos bebedores. É constituído por quatro questões, relacionadas com o padrão de uso de álcool e do comportamento emocional e social do bebedor. Foi avaliado por alguns pesquisadores, posteriormente, para verificar o seu nível de precisão na identificação de pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool. Se duas questões forem respondidas positivamente, sugere-se prejuízo social ao bebedor e suspeição de abuso de álcool (AMARAL; MALBERGIER, 2004).

5.7 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis foram classificadas em variáveis desfecho e variáveis de exposição.

5.7.1 Variáveis desfecho

A variável desfecho diz respeito às doenças e agravos, que foi identificada através da afirmativa de pelo menos uma doença ou agravo diagnosticada por médico, das seguintes opções existentes no questionário: ***Doenças:** 1- Hipertensão arterial; 2- Diabetes; 3- Doenças cardíacas; 4- Doenças do aparelho circulatório; 5- Anemia; 6- Anemia e outras doenças falciformes; 7- Doenças respiratórias; 8- Infecções sexualmente transmissíveis; 9- Tuberculose; 10- Doenças dos ossos; Doenças da coluna; 11- Doenças Parasitárias; 12- Doenças de pele; 13- Câncer. ***Agravos:** 1- Ansiedade; 2- Depressão; 3- Fobias; 4- Transtornos mentais comuns; 5- Uso abusivo de álcool.

5.7.2 Variáveis de exposição

Blocos de Variáveis Socioeconômicas: estado conjugal, anos de estudo, renda média familiar, quantidade de pessoas que dependem da renda familiar, recebimento de benefícios sociais, trabalho, ocupação, situação de trabalho.

Blocos de Variáveis Ambientais: 1- Características Habitacionais: quantidade de cômodos, existência de banheiro, tipo de material utilizado na construção da casa, formas de iluminação; 2- Características Sanitárias: cobertura do lixo, cobertura do abastecimento de água, existência de esgotamento sanitário, procedência da água, destino dos dejetos.

Bloco de Variáveis Condições de Saúde: 1- Estado de Saúde: Autoavaliação de saúde, consumo diário de frutas, legumes e verduras, como vem se sentindo nos últimos 15 dias, uso de medicamento, tipo de medicamento, indicação de medicamento, uso de cigarro, consumo de álcool, frequência do consumo de álcool, quantidade de doses, problemas de cárie, extração de dentes; 2- Uso de serviços de saúde: Procura por serviços, exames laboratoriais, visita ao dentista.

5.8 ANÁLISE DE DADOS

A análise univariada incluiu a descrição das populações residentes das duas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, com ênfase nas características demográficas, socioeconômicas, ambientais, da condição de saúde e da utilização dos serviços de saúde. Além disso, foi estimada a medida de tendência central: média, das variáveis quantitativas, bem como foram realizadas as frequências absoluta e relativa das variáveis de interesse. Com objetivo de identificar as doenças e agravos que mais representavam as de maior prevalência, foi realizada uma análise fatorial. Para medir a associação entre a variável dependente e as independentes foram utilizadas análises bivariada e multivariada.

Na análise bivariada foi verificada a distribuição das covariáveis em relação à variável dependente. Foram calculadas as *Odds Ratio* da variável desfecho e os respectivos intervalos de confiança de 80%. Foi aplicado o Teste do Qui-Quadrado, considerando nível de significância de 20% ($p \leq 0,20$) para a associação estatisticamente significativa.

Foi realizada uma análise fatorial exploratória, com o objetivo de verificar quais variáveis estavam mais correlacionadas com o desfecho, ou seja, quais variáveis explicavam as doenças e agravos mais prevalentes nas comunidades. Para tanto, foi feita uma correlação tetracórica para identificar as doenças e agravos que apresentaram frequência igual ou maior a

5%. Define-se a análise fatorial exploratória como um procedimento de análise que abarca um conjunto de técnicas multivariadas, com objetivo de encontrar em matrizes de dados variáveis latentes (fatores) que melhor respondam ao fenômeno estudado (BROWN, 2006).

No processo de correlação tetracórica³, foram retiradas as variáveis que apresentavam um padrão indeterminado para responder ao desfecho, e as variáveis que ficaram foram analisadas a partir das matrizes fatoriais, para realizar os agrupamentos de fatores possíveis para responder ao desfecho. Logo após o estabelecimento desses fatores que representam o desfecho, foi aplicado o teste Kaiser-Meyer-Olkin para verificar se os fatores estabelecidos conseguiam dar conta da variabilidade do desfecho.

Também foi realizada análise bivariada para cada fator identificado na análise fatorial, considerando as variáveis de associação pré-definidas pelo modelo preditivo (Figura 2), observando o nível de significância de 20% ($p \leq 0,20$) para a associação estatisticamente significativa.

A análise multivariada foi realizada conforme o modelo hierarquizado definido *a priori* (Figura 2), sendo feita em cada fator estabelecido pela análise fatorial, considerando os três níveis de determinação do evento. Neste tipo de análise, a escolha de critérios para a seleção de variáveis de confusão ultrapassa o aspecto puramente estatístico, criticado em alguns processos anteriormente citados (EVANS, 1988). A hierarquização das variáveis ocorreu baseada no modelo preditivo elaborado, a qual foi fundamentada no modelo teórico dos DSS. Nesse modelo foram incluídas todas as variáveis, mesmo aquelas que não tiveram significância estatística, para ampliar as possibilidades de respostas entre as variáveis no momento da interação.

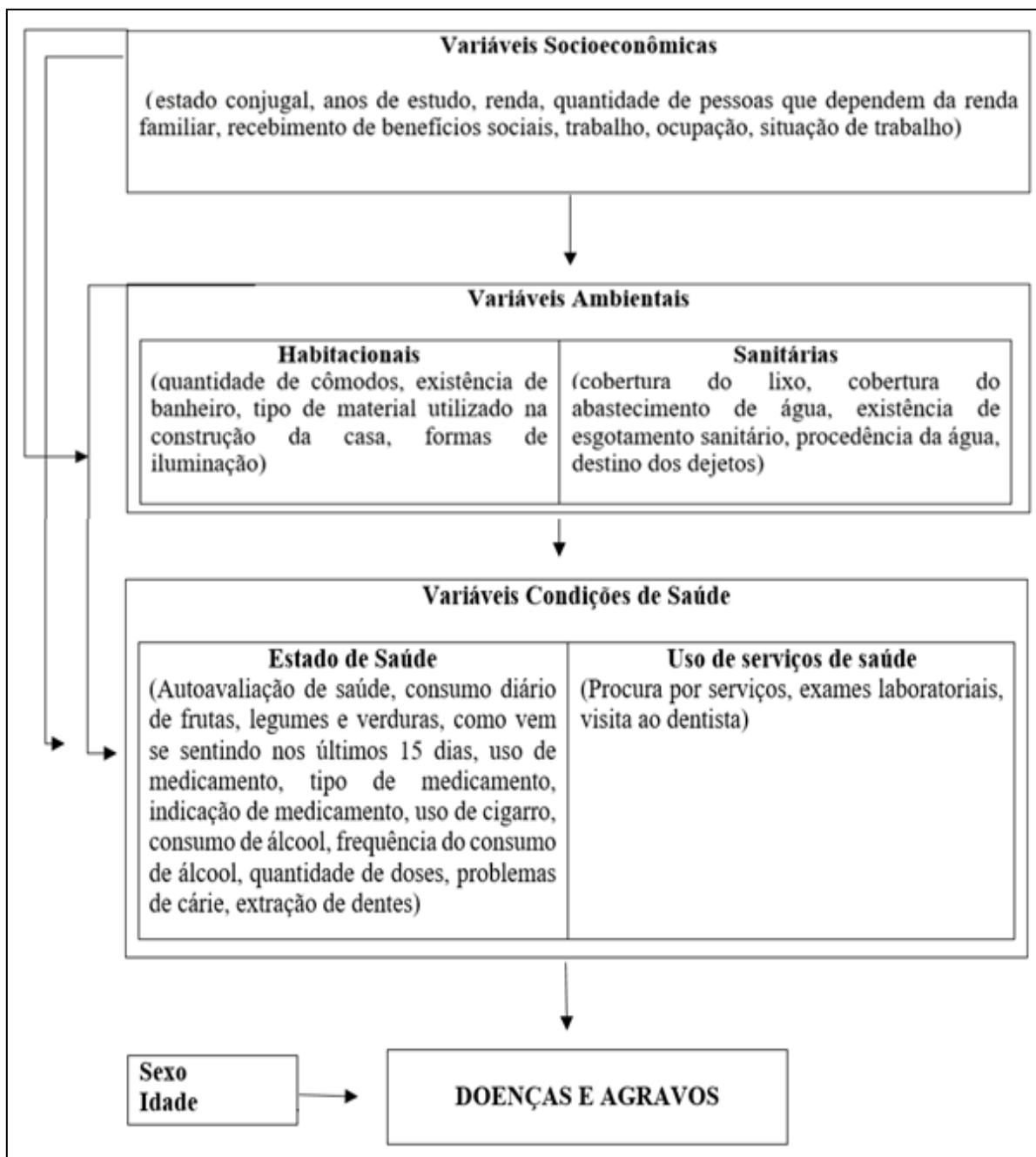
Inicialmente foram realizadas análises hierárquicas intra-blocos dos fatores identificados, com objetivo de confirmar o resultado das análises bivariadas, concernente às associações que deram estatisticamente significantes. No primeiro bloco (nível 1) foram incluídas variáveis socioeconômicas, estabelecidas como os determinantes distais do desfecho. No segundo bloco (nível 2) foram colocadas as variáveis referentes às condições ambientais, as quais foram divididas em dois sub-blocos: habitacionais e sanitários, tendo sido determinado como bloco intermediário. No terceiro bloco (nível 3) foram inseridas as variáveis relacionadas com condições de saúde, as quais foram divididas em dois sub-blocos: estado de saúde e utilização dos serviços de saúde, estabelecido como nível mais

³ A correlação tetracórica é uma medida de associação para tratamento estatístico para variáveis contínuas, porém transformadas em tabelas 2x2. Essa correlação tem como base a análise fatorial e objetiva determinar a dimensionalidade de uma medida, a partir de matrizes, com foco nas melhores respostas para as variáveis desfecho (SOARES, 2005).

proximal do desfecho. As variáveis sexo e idade foram incluídas nas análises. Porém, elas foram tratadas nesse estudo como fatores de confusão, por isso, não foram incluídas dentro dos blocos.

No modelo hierarquizado inter-blocos foram, em cada fator, testados vários modelos em cada bloco, até se encontrar um modelo mais adequado, tendo sido consideradas todas as variáveis do bloco que apresentavam uma significância estatística ($p \leq 0,20$).

Figura 2 - Modelo hierárquico para a investigação de fatores determinantes para doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA.



Fonte: Construção do autor segundo o Modelo Teórico Hierarquizado

As variáveis significantes encontradas em cada fator foram conservadas nos modelos e entraram no ajuste dos três blocos. As variáveis selecionadas em um determinado nível permaneciam nos modelos subsequentes e foram consideradas como fatores associados a doenças e agravos, mesmo que, com a inclusão de variáveis hierarquicamente inferiores, estas perdessem sua significância. Ao final deste procedimento, obtiveram-se os respectivos fatores de risco identificados em cada nível hierárquico. O modelo estatístico aplicado foi a Regressão Logística – que expressou os resultados em termos de *odds ratio* (OR), os quais foram potencialmente maiores que as razões de prevalência (RP), particularmente porque os desfechos estudados eram comuns (prevalências acima de 10%). Os dados foram analisados utilizando-se o pacote estatístico, STATA versão 12.0 (*Stata Corporation Coleg Station, Estados Unidos*).

5.9 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Em atendimento aos princípios éticos, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS, conforme regulamentação da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e a continuidade da pesquisa foi subordinada à emissão de parecer favorável do referido Comitê, para sua realização. Foi garantido caráter sigiloso quanto aos nomes dos envolvidos no estudo e a não ocorrência de riscos para esta população (BRASIL, 2012).

O projeto de pesquisa: “Determinantes sociais de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia” foi aprovado pelo CEP da UEFS, protocolado pelo CAAE 57412416.4.0000.0053, obedecendo às exigências da Resolução 466/12.

6 RESULTADOS

6.1 ARTIGO I

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE UM INTERIOR DA BAHIA, NO ANO DE 2016⁴

Profile of the living and health conditions of the quilombolas communities of an interior of Bahia, in the year 2016

Roberta Lima Machado de Souza Araújo; Edna Maria de Araújo

RESUMO

O objetivo dessa pesquisa é traçar o perfil epidemiológico das condições de vida e saúde das comunidades quilombolas no município de Feira de Santana, Bahia, em 2016. Trata-se de um estudo de prevalência realizado nas comunidades quilombolas: Matinha dos Pretos e Lagoa Grande, com indivíduos adultos (≥ 18 anos). Os dados foram coletados através da aplicação de três instrumentos validados, contendo perguntas referentes às condições socioeconômicas, demográficas, ambientais, da condição de saúde e da identificação de doenças e agravos. Participaram do estudo 864 adultos, de ambos os sexos. Foram estimadas as médias das variáveis quantitativas e realizadas frequências absolutas e relativas de variáveis qualitativas, de cada comunidade. Os dados foram analisados utilizando-se o pacote estatístico, STATA versão 12.0 (*Stata Corporation College Station, Estados Unidos*). Os resultados demonstraram que as comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, encontram-se vulnerabilizadas, condição que revela a necessidade de intervenções sociais e de saúde, com vistas a melhorar a condição de vida e saúde dos quilombolas.

Palavras chaves: Perfil epidemiológico. Condição de vida. Grupos com ancestrais do continente africano. Quilombo.

⁴ Artigo nas normas da Revista Cad. de Saúde Pública

ABSTRACT

This research aims to trace the epidemiological profile of the standards of living and health of Quilombola communities of Feira de Santana town, in Bahia, in Brazil, in 2016. This is a cross-sectional study performed in Quilombola communities: Matinha dos Pretos and Lagoa Grande, the population of the study was composed of 864 adults of both sexes (≥ 18 years). The data were collected by means of three instruments, which had questions for the socio-economic standards, demographic, environmental and health care patterns. Averages of the quantitative variables were estimated and absolute and relative frequencies of qualitative variables were made from each community. The analysis of the collected data was carried out by using the statistical package STATA version 12.0 (Stata Corporation College Station, United States). The results showed that the Quilombola communities of Feira de Santana, Bahia are vulnerable, condition that reveals the need for social and health interventions, in order to improve the standards of life and health of the Quilombola.

Key words: Epidemiological profile. The standards of living. Groups with Ancestors in Africa. Quilombo.

INTRODUÇÃO

Reconhecidas as comunidades quilombolas do Brasil se encontram vulnerabilizadas em suas condições de vida e saúde, fato que representa um relevante problema social e de saúde pública, não só pela precária condição socioeconômica, educacional e ambiental a que estão expostas, como também pelo impacto desses fatores na garantia de direitos sociais, culturais e políticos.

Os quilombolas se caracterizam por serem grupos com presunção de ancestralidade negra, com características étnico-raciais bem específicas, que possuem trajetória social, cultural e territorial bem definidas (BRASIL, 2003). Trata-se de uma população que mesmo tendo sido alvo de políticas públicas a partir do ano de 2003, especialmente, com a implantação do Programa Brasil Quilombola (PBQ), ainda sofre com o pouco acesso à água encanada, ausência de esgotamento sanitário e coleta de lixo. Além de ser insuficiente a cobertura dos serviços de saúde, em especial, das unidades básicas a esses grupos (BRASIL, 2013).

Uma pesquisa realizada pela Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), no ano de 2012, constatou que 75,6% das famílias quilombolas brasileiras estão em situação de extrema pobreza e 78,0% dependem de benefícios de transferência direta de renda do governo federal (BRASIL, 2012).

No Brasil, estima-se que existam atualmente 1,7 milhões de quilombolas, sendo que 63,0% estão localizados no Nordeste brasileiro (BRASIL, 2012). Em relação ao Estado da

Bahia, destaca-se a existência de 612 comunidades, caracterizando-o como o estado que tem maior número de quilombolas no país (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2014). No que tange às comunidades remanescentes de quilombos do município de Feira de Santana, quais sejam, Matinha dos Pretos e Lagoa Grande, verifica-se que as duas estão devidamente reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares, possuindo um número elevado de habitantes, assim como estão localizadas em distritos (zona rural) do município. Salienta-se, também, que essas comunidades possuem em comum a história de criação dos seus quilombos, estando vinculada ao processo de lutas e conflitos entre escravos e senhores de terras, no período colonial, mantendo similaridade com o processo de criação de grande parte dos quilombos no estado da Bahia (SOUZA, 2010).

Diversos estudiosos demonstram a relevância do recorte étnico-racial nas pesquisas, uma vez que se torna possível discutir questões relacionadas às desigualdades sociais e de saúde entre as populações (ARAÚJO et al., 2009; BEZERRA et al., 2013; FREITAS et al., 2011; SILVA, 2007). São diversos os resultados dessa discussão, especialmente quando se verifica o tratamento diferenciado atribuído aos segmentos por raça/cor da pele no Brasil, no qual é possível observar um alto nível de desenvolvimento do país, quando considerados os indicadores sociais da população branca e, de muito baixo desenvolvimento, quando se observam os indicadores sociais da população negra (ARAÚJO, 2007).

Nesse contexto, evidencia-se que na sociedade brasileira, negros e indígenas ocupam níveis sociais inferiores, possuindo os piores indicadores de escolaridade e de condições de trabalho, além de terem menos acesso a bens de consumo, levando-os à miséria material, isolamento social e restrita participação política (MEDEIROS et al., 2013; BORGES, 2011).

Um estudo transversal de base populacional, composto por 169 comunidades quilombolas reconhecidas no país, entre 1995 e 2009, residentes nas seguintes localidades: Norte 53,8% (Amapá e Pará); Nordeste 30,5% (Bahia, Maranhão, Pernambuco, Piauí e Sergipe); Sudeste 03,8% (Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo); Sul 00,3% (Rio Grande do Sul); Centro-Oeste 11,7% (Goiás, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso), revelou que é prevalente as condições de precariedade nessas comunidades, apresentando uma renda per capita familiar de R\$ 205,85, sendo que 61% das famílias dependem do complemento financeiro do Programa Bolsa Família (PBF), bem como 31,4% relataram terem precisado de outros benefícios eventuais, como cestas básicas. Ademais, verificaram-se péssimas condições habitacionais, de esgotamento sanitário e água encanada, presente em menos da metade dos domicílios (BRASIL, 2013).

Tendo em vista as evidências citadas, é importante levantar o perfil epidemiológico das condições de vida e saúde das populações quilombolas localizadas em região do semiárido baiano, com vistas à elaboração e implementação de políticas públicas.

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico das condições de vida e saúde das comunidades quilombolas localizadas em uma cidade do interior do estado da Bahia, no ano de 2016.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal descritivo, de base populacional, de fonte primária, que analisou duas comunidades localizadas na zona rural do município de Feira de Santana-BA: Matinha dos Pretos e Lagoa Grande, no período entre julho e setembro de 2016. Torna-se válido destacar que essas duas comunidades se encontram certificadas pela Fundação Cultural Palmares. Os critérios de inclusão adotados nesse estudo foram: a comunidade possuir certificação pela Fundação Cultural Palmares e a população estudada ser adulto (≥ 18 anos). Para o cálculo do tamanho amostral, foi considerada uma prevalência de 50%, em face da heterogeneidade dos eventos mensurados, precisão de 5% e intervalo de 95% de confiança (IC95%), corroborando com outros estudos de base populacional em comunidades quilombolas no Brasil (BEZERRA et al., 2013). A partir do quantitativo populacional das duas comunidades: Matinha dos Pretos (N=8.855) e Lagoa Grande (N= 12.077) foi estimado um tamanho amostral de 742 pessoas, através do cálculo realizado pelo programa estatístico OpenEpi. No entanto, acrescentou-se 10% do total da amostra, considerando possíveis perdas, o que totalizou no n=816 indivíduos. Contudo, foram entrevistados 864 indivíduos no total (OPENEPI, 2016).

Os dados deste estudo derivam da aplicação de três instrumentos. O primeiro foi baseado no Projeto COMQUISTA: Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista-BA. Avaliação de Saúde e seus Condicionantes, com vistas a verificar as condições socioeconômicas, demográficas, ambientais, do estado de saúde, utilização dos serviços de saúde, bem como a prevalência de doenças e agravos à saúde. O segundo instrumento foi o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), para verificar a suspeição de transtornos mentais. O terceiro foi o acrônimo das quatro perguntas: *Cut Down, Annoyed by Criticisms, Guilty e Eye-Open* (CAGE), que trata da detecção de problemas derivados do uso abusivo de álcool.

O tipo de amostra foi sistemática, tendo sido desenvolvida da seguinte forma: (1) a partir da escolha de um ponto de referência na comunidade, realizaram-se entrevistas de

duas em duas residências, uma vez que os domicílios não possuíam numeração; (2) todos os residentes com 18 anos ou mais foram convidados a participar do estudo.

Nesta pesquisa, procedeu-se, antes da coleta de dados, a realização das fases do estudo piloto, sensibilização das comunidades e do treinamento dos entrevistadores. O estudo piloto foi realizado com 74 adultos acima de 18 anos (10% da amostra total), em uma comunidade negra rural conhecida como Olhos D'água, localizada próxima a uma das comunidades quilombolas do estudo. Assim, conseguiu-se testar os instrumentos selecionados para a pesquisa, bem como foi realizada uma melhor adequação das questões e foi avaliado o grau de aceitação da pesquisa e o tempo médio despendido nas entrevistas.

Com a finalidade de levantar as condições de vida e saúde das comunidades quilombolas, foram feitas análises descritivas de dados demográficos, socioeconômicos, bem como das características das condições ambientais e da frequência da situação de saúde e hábitos de vida e saúde, além da estimativa da prevalência das doenças e agravos. As estimativas foram obtidas através do pacote estatístico *Stata Corporation Colage* Estados Unidos (STATA), na versão 12.0.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UEFS, sendo que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Participaram do estudo 864 adultos, 484 residentes na comunidade da Matinha dos Pretos e 380 da Lagoa Grande. Observou-se que a prevalência do sexo feminino é maior nas duas comunidades, no entanto, a situação conjugal difere entre as comunidades, tendo mais casados na população da Matinha dos Pretos (52,6%). Verificou-se que a média de idade em ambas as comunidades é de 42,6 anos. Contudo, a média de anos de estudo diverge, são 7 anos, em média, na comunidade da Matinha dos Pretos e 6 anos, na Lagoa Grande.

Nas duas comunidades, mais de 60% dos trabalhadores realizam atividades informais, especialmente nas funções de lavrador e agricultor. Em relação à renda média familiar, observa-se que na Matinha dos Pretos a média de renda é menor (R\$699,99), quando comparada à outra comunidade (R\$732,82). Todos os 864 se autointitularam quilombolas e negros (entendendo negro enquanto categoria social, que inclui pretos e pardos). No que concerne aos beneficiários de programas sociais, a Lagoa Grande tem uma proporção maior de beneficiários (25,6%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil demográfico e socioeconômico das comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016.

| VARIÁVEL N (864) | COMUNIDADE DA MATINHA DOS PRETOS | | COMUNIDADE LAGOA GRANDE | |
|--|--|-------|----------------------------|------|
| | n (484) | % | n (380) | % |
| Sexo | | | | |
| Feminino | 312 | 64,4 | 232 | 61,1 |
| Masculino | 172 | 35,6 | 148 | 38,9 |
| Idade (anos) | | | | |
| 18-29 | 126 | 26,03 | 94 | 24,7 |
| 30-39 | 125 | 25,83 | 101 | 26,5 |
| 40-49 | 82 | 16,94 | 68 | 17,8 |
| 50-59 | 62 | 12,81 | 38 | 10,0 |
| ≥60 | 89 | 18,39 | 79 | 21,0 |
| Estado Conjugal | | | | |
| Sem companheiro | 229 | 47,3 | 192 | 50,5 |
| Com companheiro | 255 | 52,7 | 188 | 49,5 |
| Escolaridade (anos) | | | | |
| 0-8 anos | 385 | 79,5 | 282 | 74,2 |
| >8 anos | 99 | 20,5 | 98 | 25,8 |
| Trabalha | | | | |
| Sim | 268 | 55,4 | 252 | 66,4 |
| Não | 216 | 44,6 | 128 | 33,6 |
| Situação de Trabalho | | | | |
| Sem carteira assinada | 171 | 63,8 | 210 | 83,4 |
| Com carteira assinada | 97 | 36,2 | 42 | 16,6 |
| Principal Função do Trabalho | | | | |
| Trabalhador nível superior | 8 | 3,3 | 7 | 3,0 |
| Trabalhador nível médio e fundamental | 69 | 29,0 | 62 | 26,0 |
| Trabalhador informal | 191 | 67,7 | 183 | 71,0 |
| Renda Familiar^I | | | | |
| Até 1 Salário Mínimo | 399 | 82,4 | 308 | 81,1 |
| >1 Salário Mínimo | 85 | 17,6 | 72 | 18,9 |
| Quantas pessoas dependem da renda | | | | |
| Até 3 pessoas | 91 | 18,8 | 67 | 17,7 |
| >3 pessoas | 393 | 81,2 | 313 | 82,3 |
| Recebe Benefício Social | | | | |
| Sim | 119 | 24,6 | 97 | 25,6 |
| Não | 365 | 75,4 | 283 | 74,4 |
| Tipo de Benefício Social | | | | |
| Bolsa Família ^{II} | 110 | 92,7 | 84 | 81,1 |
| Benefício de Prestação Continuada ^{III} | 9 | 7,3 | 13 | 18,9 |
| Recebe outros Benefícios Sociais^{IV} | | | | |
| Sim | 18 | 3,8 | 118 | 31,1 |
| Não | 466 | 96,2 | 262 | 68,9 |

Notas: ^IConsiderou-se o salário mínimo de 2016: R\$888,00. ^{II}Bolsa Família é um benefício do Governo Federal voltado às famílias de baixa renda. ^{III}Benefício de Prestação Continuada é um benefício voltado a idosos que não contribuíram e estão em situação de extrema vulnerabilidade socioeconômica e pessoas com deficiência. ^{IV}Outros benefícios sociais dizem respeito aos benefícios eventuais, tais como: cestas básicas, enxovais, cisternas. Fonte: autores (2017).

Quanto às condições ambientais (características habitacionais e sanitárias), observa-se que mais de 90% das casas, em ambas as comunidades, possuem banheiro, são feitas de tijolos e os residentes têm acesso à água encanada. Também verificou-se que na comunidade Lagoa Grande a prevalência de casas com coleta de lixo foi menor (50,7%), quando comparada à Matinha dos Pretos (91,5%). Destaca-se que, em ambas as comunidades, mais de 90% das casas não têm rede de esgoto (Tabela 2).

Tabela 2 - Características das condições ambientais das comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016.

| VARIÁVEL N (864) | COMUNIDADE DA MATINHA DOS PRETOS | | COMUNIDADE LAGOA GRANDE | |
|---|--|------|----------------------------|------|
| | n (484) | (%) | n (380) | (%) |
| Tem banheiro | | | | |
| Sim | 456 | 94,2 | 356 | 93,6 |
| Não | 28 | 5,8 | 24 | 6,4 |
| Material Utilizado na Construção da Casa | | | | |
| Com tijolos | 470 | 97,1 | 357 | 93,9 |
| Sem tijolos | 14 | 2,9 | 23 | 6,1 |
| Quantos Cômodos tem a Casa | | | | |
| Até 4 cômodos | 234 | 48,4 | 244 | 64,3 |
| >4 cômodos | 250 | 51,6 | 136 | 35,7 |
| Tem Água Tratada | | | | |
| Sim | 419 | 86,6 | 344 | 90,6 |
| Não | 65 | 13,4 | 36 | 9,4 |
| Procedência da Água | | | | |
| Rede geral | 459 | 94,8 | 360 | 94,7 |
| Poço/cisternas | 25 | 5,2 | 20 | 5,3 |
| Formas de Iluminação da Casa | | | | |
| Elétrica | 481 | 99,3 | 375 | 98,6 |
| Óleo/querosene/gás de botijão | 3 | 0,7 | 5 | 1,4 |
| Continua | | | | |
| Destino do Lixo | | | | |
| Coleta regular | 443 | 91,4 | 193 | 50,7 |
| Queima/joga em terrenos | 41 | 8,6 | 187 | 49,3 |
| Destino dos Dejetos | | | | |
| Com rede de esgoto | 41 | 0,6 | 41 | 0,3 |
| Sem rede de esgoto | 481 | 99,4 | 379 | 99,7 |

Fonte: autores (2017).

No que se refere às condições de saúde (estado de saúde e utilização dos serviços de saúde), constatou-se que a prevalência de autoavaliação em saúde regular e ruim foi maior na comunidade da Lagoa Grande (51,4%). No entanto, o consumo de medicação foi superior na Matinha dos Pretos (40,5%). Ambas as comunidades consomem mais remédios para tratamentos de doenças crônicas, especialmente, para controle de hipertensão e diabetes, assim como mais de 60,0% raramente procuram os serviços de saúde e mais de 70,0% o dentista (Tabela 3).

Tabela 3 - Frequências da situação de saúde e hábitos de vida das comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016.

| VARIÁVEL N (864) | COMUNIDADE DA MATINHA DOS PRETOS | | COMUNIDADE LAGOA GRANDE | |
|---|--|------|----------------------------|------|
| | n (484) | (%) | n (380) | (%) |
| Autoavaliação de saúde | | | | |
| Bem | 254 | 52,4 | 185 | 48,6 |
| Regular | 204 | 42,1 | 181 | 47,6 |
| Mal | 26 | 5,5 | 14 | 3,8 |
| Sentindo-se nos Últimos 15 dias | | | | |
| Bem | 287 | 59,3 | 248 | 65,2 |
| Regular | 175 | 36,1 | 116 | 30,5 |
| Mal | 22 | 4,6 | 16 | 4,3 |
| Uso de Medicação | | | | |
| Sim | 196 | 40,5 | 150 | 39,4 |
| Não | 288 | 59,5 | 230 | 60,6 |
| Tipo de Medicação | | | | |
| Psicotrópicos | 40 | 29,5 | 28 | 23,6 |
| Doenças crônicas | 130 | 56,8 | 90 | 43,3 |
| Doenças agudas | 26 | 13,7 | 32 | 33,1 |
| Indicação de Medicação | | | | |
| Médico | 180 | 76,2 | 130 | 84,2 |
| Não médico | 16 | 23,8 | 20 | 15,8 |
| Consumo de Frutas/Verduras e Legumes | | | | |
| Todos os dias | 162 | 33,4 | 99 | 26,2 |
| ≥1 X na semana | 297 | 61,3 | 261 | 68,6 |
| 1 X no mês | 25 | 5,3 | 20 | 5,2 |
| Consumo de Álcool | | | | |
| Sim | 63 | 13,2 | 84 | 22,2 |
| Não | 421 | 86,8 | 296 | 77,8 |
| Frequência de Consumo | | | | |
| Até 3 X na semana | 7 | 11,6 | 7 | 11,8 |

| | | | | |
|--|-----|------|-----|------|
| Nos fins de semana | 51 | 77,2 | 72 | 76,9 |
| Todos os dias | 5 | 11,2 | 5 | 11,3 |
| Doses de Bebida | | | | |
| Até 1 dose | 13 | 12,8 | 10 | 12,6 |
| Até 5 doses | 22 | 71,3 | 29 | 17,6 |
| ≥10 doses | 28 | 15,9 | 45 | 69,8 |
| Uso de Cigarro | | | | |
| Sim | 41 | 8,7 | 51 | 13,4 |
| Não | 443 | 91,3 | 329 | 86,6 |
| Procura por Serviços de Saúde | | | | |
| Frequentemente | 154 | 31,8 | 124 | 32,6 |
| Raramente | 324 | 66,9 | 255 | 67,1 |
| Nunca procurou | 6 | 1,3 | 1 | 0,3 |
| Procura por Dentista | | | | |
| Frequentemente | 134 | 27,2 | 79 | 20,7 |
| Raramente | 340 | 70,1 | 283 | 74,5 |
| Nunca procurou | 10 | 2,7 | 18 | 4,8 |
| Problemas com Cáries/Canal | | | | |
| Sim | 307 | 63,4 | 195 | 51,3 |
| Não | 177 | 36,6 | 185 | 48,7 |
| Extração dos Dentes | | | | |
| Até 5 dentes | 237 | 48,9 | 193 | 50,7 |
| Mais de 5 dentes | 161 | 33,3 | 117 | 30,8 |
| Nunca extraiu | 86 | 17,8 | 70 | 18,5 |
| Último Exame Clínico/Laboratorial | | | | |
| Recentemente | 100 | 20,6 | 57 | 15,1 |
| ≥1 mês | 381 | 78,7 | 322 | 84,7 |
| Nunca realizou | 3 | 0,7 | 1 | 0,2 |

Fonte: autores (2017).

A tabela 4 apresenta a prevalência das doenças e agravos, por comunidade. As doenças de maior prevalência foram: hipertensão arterial (43,9%); doenças de ossos (31,8%); doenças da coluna (77,9%); doenças parasitárias (52,6%). Os agravos em saúde mais prevalentes estão ligados à saúde mental: ansiedade (54,3%); fobias (26,1%) e transtornos mentais comuns (36,7%). A partir desses resultados foi possível observar que a prevalência de transtornos mentais comuns (21,7%) foi superior na comunidade quilombola Matinha dos Pretos. Contudo, os outros agravos em saúde mental: fobias (18,9%) e uso abusivo de álcool (10,7%) foram mais prevalentes na comunidade Lagoa Grande.

Em relação à hipertensão arterial, a prevalência foi superior na Matinha dos Pretos (24,5%). Todavia, a frequência das doenças de coluna (43,6%) e dos ossos (16,3%) mostrou-

se superior na comunidade Lagoa Grande, assim como foi mais elevada a prevalência de doenças parasitárias (37,6%) nessa comunidade.

Tabela 4 - Prevalência de Doenças e Agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016.

| DOENÇAS E AGRAVOS | COMUNIDADE DA MATINHA DOS PRETOS | | COMUNIDADE LAGOA GRANDE | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------|----------------------------|------|
| | n | (%) | n | (%) |
| Hipertensão Arterial | 119 | 24,5 | 74 | 19,4 |
| Diabetes | 48 | 9,9 | 20 | 5,2 |
| Doenças Cardíacas | 25 | 5,1 | 26 | 6,8 |
| Doenças do aparelho circulatório | 42 | 8,6 | 23 | 6,0 |
| Anemia | 30 | 6,2 | 43 | 11,3 |
| Anemia e outras doenças falciformes | 17 | 3,5 | 6 | 1,5 |
| Doenças respiratórias | 22 | 4,5 | 26 | 6,8 |
| Infecção sexualmente transmissíveis | 2 | 0,4 | 2 | 0,5 |
| Tuberculose | 0 | 0 | 3 | 0,7 |
| Doenças dos ossos | 75 | 15,5 | 62 | 16,3 |
| Doenças da coluna | 166 | 34,3 | 166 | 43,6 |
| Ansiedade | 113 | 23,3 | 118 | 31,0 |
| Depressão | 34 | 7,0 | 27 | 7,1 |
| Fobias | 35 | 7,2 | 72 | 18,9 |
| Doenças parasitárias | 73 | 15,0 | 143 | 37,6 |
| Doenças de pele | 28 | 5,7 | 25 | 6,5 |
| Câncer | 6 | 1,2 | 3 | 0,7 |
| Transtornos mentais comuns | 102 | 21,7 | 57 | 15,0 |
| Uso abusivo de álcool | 33 | 6,8 | 41 | 10,7 |

Fonte: autores (2017).

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciam o perfil epidemiológico das comunidades quilombolas do município de Feira de Santana, Bahia, proporcionando um indicador sensível da condição de vida desse grupo específico. Esses achados corroboram com outros estudos realizados com a mesma população em outras localidades do Brasil (AMORIM et al., 2013; BEZERRA et al., 2013; CABRAL-MIRANDA; DATTOLI; DIAS-LIMA, 2010; MELO; SILVA, 2015; SANTOS; SILVA, 2014; BRASIL, 2001; SILVA, 2007).

A prevalência do sexo feminino (61,9%) foi superior a do sexo masculino, resultado semelhante a outros estudos com comunidades quilombolas (AMORIM et al., 2013; BEZERRA et al., 2013; SILVA, 2007). Entretanto, destaca-se que nas populações quilombolas da Paraíba essa variável demográfica difere, sendo um pouco elevada para o

sexo masculino (51,5%). Além disso, a faixa etária mais prevalente no presente estudo foi de 30 a 39 anos (25,8%), faixa de idade equivalente à encontrada na comunidade quilombola do Curiaú, Macapá (FERREIRA, 2015), contrapondo ao resultado em outras populações, em que os indivíduos possuem entre 18 e 30 anos (BEZERRA et al., 2013; SILVA, 2007).

No que se refere à situação conjugal, observou-se que a proporção é inferior em relação a outras pesquisas. Nesse estudo, 50,9% relataram ter companheiro, porém, outros achados mostram uma prevalência acima de 60%, chegando até 81,7% do total da população (BEZERRA et al., 2013; SILVA, 2007).

No que condiz à variável cor da pele, os 864 entrevistados desta pesquisa se autodeclararam negros (pretos e pardos), fato que difere de outro estudo de base populacional com quilombolas em Vitória da Conquista- BA, uma vez que tiveram indivíduos que se autodeclararam brancos (12,7%), amarelos (0,8%) e indígenas (2,7%) (BEZERRA et al., 2013).

No que se refere à condição socioeconômica, evidenciou-se que a renda familiar média das famílias quilombolas não ultrapassa um salário mínimo (R\$888,00), condição verificada em todas as outras comunidades analisadas. Isto posto, evidencia-se que o quesito renda coloca em desvantagem social a população afrodescendente, aparecendo como fator de risco elevado para aquisição de doenças e de permanência no adoecimento por um período maior de tempo (WILLIAMS, 1999). Reconhecidamente, a renda familiar média das comunidades quilombolas do nordeste do país apresenta uma renda elevada. É possível que haja contribuição, do fato de a região nordeste ser a área com maior acesso ao PBF (69,1%) (BRASIL, 2013), aspecto que possibilita às famílias quilombolas nordestinas complementarem a renda.

Por outro lado, observa-se que grande parte das famílias analisadas nesse estudo não recebe ajuda financeira do Governo Federal, mesmo compondo a relevante parcela que não se encontra trabalhando no momento (75,4%). Ou seja, muitas pessoas vulnerabilizadas ainda se encontram desassistidas pelas políticas públicas existentes, situação presenciada em outras comunidades quilombolas no país (BRASIL, 2013).

Neste ensejo, evidenciam-se as dificuldades atuais relacionadas à implementação, de fato, do PBQ, tendo em vista que mesmo reunindo esforços e recursos de várias secretarias não se tem alcançado a melhoria das condições socioeconômicas da sua população-alvo. Além disso, o fato da maioria das famílias quilombolas de Feira de Santana não receber o Bolsa Família, pode estar relacionado com problemas de gestão municipal, em identificar as reais necessidades dessa população.

Outro achado relevante desta pesquisa, que reitera a literatura, diz respeito à situação de trabalho dos quilombolas, dos que trabalham atualmente (60,3% no total), 44,2% são trabalhadores que não possuem vínculos empregatícios, portanto estão inseridos em atividades informais. Contexto que corresponde à realidade de todas as comunidades de remanescentes de quilombo, com destaque para as ocupações informais de lavrador e agricultor, que aparecem em maior proporção (AMORIM et al., 2013; CABRAL-MIRANDA; DATTOLI; DIAS-LIMA, 2010; SANTOS; SILVA, 2014; SILVA, 2007).

Por sua vez, o baixo nível educacional vem sendo discutido como um dos fatores principais para a manutenção do ciclo de pobreza e da situação de informalidade do trabalho da população afrodescendente. Destaca-se ainda que as vulnerabilidades das comunidades quilombolas estudadas estão associadas com baixos níveis de escolaridade e pela concentração em classes econômicas mais baixas (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013). Destarte, constata-se que a população branca possui em média dois anos de estudo a mais do que a população negra, sendo que os negros, em geral, não ultrapassam 5,7 anos, bem como os negros têm menor acesso à educação formal, ocupando postos de trabalho de menor prestígio, estando muitos trabalhadores negros em situação de informalidade (BENTO; BEGHIN, 2005; CRUZ, 2006).

Nesse sentido, observou-se que nas duas comunidades analisadas existe uma proporção significativa de pessoas que não possui mais de oito anos de estudo (76,4%), constatação semelhante à de outro estudo realizado com indivíduos quilombolas da Bahia (64,3%) (BEZERRA et al., 2013). Contudo, essa taxa se mostra superior quando comparada com quilombolas do Rio Grande do Sul, em que 80% da população possui menos de 8 anos de estudo (PAULI, 2016). Torna-se válido destacar ainda que o nível educacional encontrado nessas comunidades pode explicar, em parte, o racismo estrutural ao qual elas estão submetidas e o fato das mesmas não conseguirem uma ocupação de trabalho de maior prestígio.

Muitos estudos revelam que a condição ambiental em que vivem os quilombolas não corresponde às condições adequadas para a sobrevivência, visto que apresentam habitações em situação precária (BEZERRA et al., 2013; BRASIL, 2013; FREITAS et al., 2011; SILVA, 2007). Todavia, a grande parcela dos domicílios das comunidades quilombolas do estudo foi feita por material de alvenaria (95,7%), possuindo banheiro interno (93,7%) e água tratada, oriunda da rede geral (88,3%), condições que diferem da realidade de outras comunidades.

Em outros territórios quilombolas da Bahia, 82,9% ainda possuem paredes de adobe, sendo que 75,3% não possuem banheiro e 88,0% não possuem água encanada (BEZERRA et al., 2013), assim como em comunidades remanescentes de quilombos do Macapá, 80,9% das casas são de madeira (FERREIRA, 2015), realidade semelhante ao estado do Pará, em que 87,5% dos domicílios são também de madeira e não possuem água encanada (72,5%) (MELO; SILVA, 2015). Essa disparidade provavelmente se dá em detrimento das questões socioeconômicas próprias dessas regiões, seja pelo fato dessas comunidades quilombolas se encontrarem localizadas geograficamente em territórios de difícil acesso, condição que facilita o isolamento social desses grupos.

Ressalta-se que em relação à distribuição de energia elétrica, 99,1% dos entrevistados desta pesquisa possuem iluminação proveniente de rede geral, realidade ratificada por todas as outras comunidades quilombolas no país, condição provavelmente decorrente dos esforços do Programa Luz para Todos (BRASIL, 2013).

Ademais, a situação sanitária existente em grande parte dos territórios de quilombolas coloca esses grupos específicos em risco para o aparecimento de doenças e agravos à saúde. Houve indicativo que 99,5% das residências não possuem esgotamento sanitário, tendo o destino dos dejetos, em sua maioria, para fossas rudimentares. Esses achados corroboraram com a realidade de todas as comunidades quilombolas do Brasil (AMORIM et al., 2013; BEZERRA et al., 2013; CABRAL-MIRANDA; DATTOLI; DIAS-LIMA, 2010; MELO; SILVA, 2015; SANTOS; SILVA, 2014; BRASIL, 2001; SILVA, 2007).

Todavia, concernente à coleta de lixo nas comunidades participantes deste estudo, 57,9% dos domicílios não possui coleta de lixo regular, sendo o lixo queimado ou jogado em terrenos, proporção inferior quando comparada aos estudos realizados em outros territórios quilombolas da Bahia, em que 93,4% do lixo é queimado ou enterrado em terrenos, situação compartilhada por outras comunidades em outros estados, como o Pará 87,5% (MELO; SILVA, 2015) e Paraíba (86,0%) (SILVA, 2007). Dado o contexto, é possível que essa diferença esteja alicerçada no fato de que as comunidades quilombolas do município de Feira de Santana se localizam em áreas não tão distantes de grandes centros urbanos, assim como as duas comunidades possuem lideranças comunitárias muito atuantes, condição que já resultou na aquisição de muitos recursos oriundos de políticas públicas nacionais e locais.

Frente às constatações relacionadas às variáveis das condições de saúde, verificou-se que no quesito autoavaliação de saúde, 50,4% dos sujeitos pesquisados autoavaliaram a saúde como boa e 44,9% como regular. Esses achados apontam para o mesmo sentido da pesquisa de autoavaliação de saúde e fatores associados, realizada em 2014, no município de Vitória da

Conquista-BA, na qual se constatou uma taxa de 44,5% de autoavaliação em saúde como boa e 43,1% como regular, tendo sido identificada associação dessa variável com as dimensões sociodemográficas, hábitos de vida, suporte social e situação de saúde (KOCHERGIN; PROIETTI; CÉSAR, 2014). Além destes trabalhos, outras pesquisas trazem resultados semelhantes aqueles expostos acima, como no quilombo de Alcântara-MA (2014), em que 37,0% dos sujeitos autoavaliaram sua saúde como boa e 48,1% como regular (SILVA; FERREIRA; RODRIGUES, 2016).

Outros achados importantes referem-se às variáveis mais ligadas ao estilo de vida, que também, conseguem expressar o perfil das comunidades quilombolas. No tocante ao uso de medicação, observou-se que 39,7% fazem uso de algum medicamento, sendo as medicações para tratamento de doenças crônicas, especialmente hipertensão e diabetes, as mais utilizadas (24,1%). Resultado similar ao de uma pesquisa realizada no sudoeste da Bahia, em 2013, para verificar a prevalência de utilização de medicamentos pela população quilombola (41,9%), tendo sido verificado também que o uso é mais prevalente nas mulheres quilombolas (50,3%) (MEDEIROS et al., 2013).

Aponta-se, ainda, que foi encontrado nesta pesquisa um consumo de álcool de 17,3 %, com padrão caracterizado de leve a moderado, resultado inferior a de outras pesquisas com outras comunidades remanescentes de quilombo, as quais relataram um consumo médio de 40,0% (AMORIM et al., 2013). Um estudo transversal, em 2011, envolvendo 750 indivíduos quilombolas do interior da Bahia, com idade acima de 18 anos, verificou-se prevalência de consumo de álcool de 41,5%, sendo que 10,7% apresentaram um padrão de consumo de risco (CARDOSO et al., 2015). Diante dessas constatações, verifica-se uma disparidade de proporção do consumo de álcool, tendo sido encontrado nas comunidades quilombolas analisadas no presente estudo um consumo relativamente inferior, quando comparadas a outras comunidades. No entanto, a prevalência inferior encontrada nesse estudo pode ter sido subestimada, visto que a temática em questão pode causar constrangimentos nos entrevistados.

Já em relação ao uso de cigarro, constatou-se uma prevalência de 10,6%, estimativa também menor quando comparada a de outros estudos realizados com adultos quilombolas, em que se verificou um consumo médio de 19,5% (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013). Contrária a esses achados, uma pesquisa nacional para triagem da depressão em comunidades quilombolas, realizada em 2014, observou uma prevalência superior de uso de cigarro (26,4%) (BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2014). Essa proporção maior foi

observada, possivelmente, pelo fato de ter sido uma pesquisa de cunho mais abrangente, a qual considerou um valor médio de todas as comunidades quilombolas do Brasil.

A respeito da saúde bucal dos quilombolas do presente estudo, verificou-se que 57,1% relataram ter tido problemas com cáries ou ter realizado procedimento de canal, bem como 32,9% disseram já ter extraído mais de cinco dentes, achados que expressam a condição social precária em que vivem os quilombolas e da necessidade relevante de serviços odontológicos nessas localidades. Tais constatações coadunam com uma pesquisa com uma das comunidades estudadas nesse trabalho, Matinha dos Pretos, com 176 indivíduos, no ano de 2006, concernente à avaliação da existência de doença periodontal, em que foi constatado que 24,4% desses sujeitos possuíam doença periodontal, condição associada a fatores socioeconômicos e biológicos, especialmente no que tange à higiene bucal inadequada e idade elevada (MACÊDO et al., 2006). Contudo, esse resultado se mostra inferior quando comparado à prevalência de doença periodontal na comunidade quilombola de Patioba no estado de Sergipe (75,8%) (BRUNO et al., 2013).

Além disso, outros achados enfatizam essa condição de saúde bucal das populações quilombolas no país. Na comunidade quilombola de Santo Antônio do Guaporé, Rondônia, por exemplo, 48,3% das pessoas necessitam de prótese superior, 72,4% apenas de prótese inferior e 17,2% da combinação de ambas as próteses (SILVA et al., 2012). Ademais, destaca-se a primeira experiência de cárie e comportamento em saúde bucal com a comunidade quilombola Kalunga, localizada em Goiás, que ocorreu em 2002, em que foi evidenciado um dado alarmante, já que, dos 298 quilombolas examinados, apenas 26,5% estavam livres de cáries (SOARES; FREIRE; ARAÚJO, 2002). Diante do exposto, é possível verificar que a condição de precariedade relativa à saúde bucal de quilombolas se mantém em diversas localidades e se apresenta como um problema a ser superado.

Com base na análise da variável utilização dos serviços de saúde, comprovou-se que no referido trabalho a prevalência da procura por esses serviços foi maior no quesito raramente (67,3%), tendo sido relatado que o último exame ou consulta realizada tinha ocorrido há mais de um mês da data da realização da pesquisa (81,4%). Achados que corroboram com a realidade de outras comunidades quilombolas, na medida em que a proporção da procura por serviços de saúde deu-se na mesma condição e pelo mesmo motivo: raramente e só quando em situações emergenciais. Por conseguinte, observou-se que, 81,8% dos quilombolas do Boqueirão-BA (AMORIM et al., 2013), bem como 70,4% da comunidade de Alcântara-MA, só procuravam os serviços de saúde raramente e na condição de urgência (FERREIRA, 2015).

Essa situação também é evidenciada através dos resultados de um estudo realizado no Sudoeste da Bahia, com comunidades quilombolas, em 2013, que teve o objetivo de identificar a prevalência da utilização dos serviços de saúde. Nesse estudo, constatou-se que 57,1% usaram algum serviço de saúde nos últimos 12 meses, anterior à pesquisa, sendo que o fato de estar doente foi o principal motivo da procura (46,3%), assim como se identificou que as mulheres quilombolas são as que mais utilizam os serviços de saúde, as quais avaliaram a saúde como regular, ruim e muito ruim (SOARES; FREIRE; ARAÚJO, 2002). Diante de tais evidências, torna-se claro a necessidade de melhorar a prestação de serviços de saúde a essa população.

Sublinha-se ainda que, no presente estudo, a procura por dentista foi inferior à procura por serviços de saúde, tendo uma proporção relevante de 72,1% da resposta “raramente”. Achado semelhante ao encontrado em outra pesquisa realizada no estado de Rondônia, em 2011, em que se observou que 37,9% tinham procurado por serviços odontológicos e, mesmo assim, há mais de três anos (SILVA et al., 2012). Realidade que aponta, também, para a dificuldade das condições de acesso desses grupos aos serviços odontológicos, bem como da precariedade das condições bucais.

Dentre as doenças e agravos de maior prevalência, foi possível observar que a taxa de prevalência de transtornos mentais comuns foi, em média, 10% maior na comunidade de Matinha dos Pretos, quando comparada à outra comunidade quilombola estudada. Essa proporção maior foi observada, possivelmente, pelo fato de a comunidade da Matinha dos Pretos possuir uma renda familiar inferior à da Lagoa Grande e, a relação entre menor renda e TMC já foi encontrada em outros estudos com populações vulneráveis socioeconomicamente (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; 5, MOREIRA et al., 2011).

Referente a doenças de ossos (16,3%) e coluna (43,6%), a frequência mais elevada ocorreu na Lagoa Grande, assim como foi mais alta a prevalência de doenças parasitárias (37,6%), sendo superior a outra comunidade. Essa estimativa mais elevada de doenças de ossos e coluna na comunidade da Lagoa Grande, possivelmente, está relacionada ao fato de que essa localidade tem mais trabalhadores em situação de informalidade, realizando trabalhos de cunho mais braçal do que na outra comunidade, assim como o motivo da maior proporção de doenças parasitárias é devido, provavelmente, à taxa elevada de ausência de coleta de lixo (49,2%) e de saneamento básico (99,7%).

Outros achados importantes do presente estudo se referem às doenças crônicas, nesse agrupamento estão incluídas as doenças crônicas que tiveram maior prevalência,

como hipertensão (22,3%); diabetes (7,8%); doenças cardíacas (5,9%) e doenças do aparelho circulatório (7,5%).

Pode-se verificar que os quilombolas da Matinha dos Pretos apresentam uma maior prevalência de doenças crônicas. Esse fato pode estar associado a um estilo de vida menos saudável, especialmente, no que diz respeito ao consumo de alimentos e prática de exercícios físicos, bem como ao nível de educação em saúde da comunidade sobre a influência desses aspectos no aparecimento de doenças crônicas.

A prevalência de hipertensão (22,3%), em ambas as comunidades é semelhante ao resultado encontrado no estudo realizado com outras populações quilombolas da Bahia (23%) (AMORIM et al., 2013; SILVA, 2007). Todavia, essa prevalência se mostrou inferior a de outras pesquisas realizadas com quilombolas do Maranhão (70,4%) (SILVA; FERREIRA; RODRIGUES, 2016); Rio Grande do Sul (38,3%) (PAULI, 2016) e da Paraíba (58%) (SILVA, 2015).

Em relação à prevalência de diabetes (7,8%), essa se mostrou superior a um dos poucos estudos acerca da avaliação dessa doença (2,6%) (AMORIM et al., 2013). A condição das menores taxas de diabetes encontradas nessa população pode ser justificada pelo fato de que a população negra tem menos frequência de diagnóstico prévio (BRASIL, 2001), realidade que inviabiliza a realização de estimativas mais abrangentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados no presente estudo apontam a condição vulnerabilizada que se encontram as comunidades de remanescente de quilombos do município de Feira de Santana-Bahia, achados que são semelhantes à realidade de outras populações quilombolas no país. Nesse sentido, discutiu-se que, mesmo considerando os avanços ocorridos após a implementação de políticas públicas, como o Programa Brasil Quilombola (PBQ), muito ainda necessita ser feito para melhorar a condição de vida e de saúde dessas populações.

Ressalta-se que as condições que vulnerabilizam essas comunidades não diferem de outros grupos remanescentes de quilombos, uma vez que estão associadas aos baixos níveis de escolaridade, assim como ao insuficiente acesso a bens materiais e recursos sociais. Dessa forma, todos esses fatos evidenciam a necessidade de mais pesquisas com essas populações, com vistas a identificar outras necessidades, para melhor embasar políticas públicas e intervenções nas áreas sociais e de saúde.

Em vistas dessas considerações, acredita-se que os achados dessa pesquisa possam contribuir com o estado da arte sobre o tema estudado e estimular a realização de outros estudos mais robustos que objetivem analisar outros fatores envolvidos na determinação da condição de vida e saúde das populações quilombolas do Brasil.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M.; et al. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. **Bioscience Journal**, v. 29, n. 4, 2013, p. 1049-1057.

ARAUJO, E. M. DE **Mortalidade por causas externas e raça cor da pele: uma das expressões das desigualdades sociais**. 2007. 204 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2007.

ARAÚJO, E. M. de; et al. The use of the variable of race/color within Public Health: possibilities and limits. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, 2009, p. 383-394.

BARROSO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Depression in former slave communities in Brazil: screening and associated factors. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 4, 2014, p. 256-263.

BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, 2013, p. 681-690.

BENTO, M. A. S.; BEGHIN, N. **Juventude Negra e Exclusão Radical: políticas sociais - acompanhamento e análise**. Brasil: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2005. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/4583>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

BEZERRA, V. M.; et al. Quilombo communities in Vitória da Conquista, Bahia State, Brazil: hypertension and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, 2013, p. 1889-1902.

BORGES, W. D. **Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e seus determinantes bioantropológicos em populações quilombolas da Amazônia**. 2011. 82 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias) - Universidade Federal do Amazonas - Universidade Federal do Pará, Pará, 2011.

BRASIL. **DECRETO Nº 4.887, 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, 2003.

BRASIL. **Pesquisa de avaliação da situação de segurança alimentar e nutricional em comunidades quilombolas tituladas**. BRASILIA, 2013. Universidade Federal Fluminense (DataUFF). Fundação Euclides da Cunha de Apoio Institucional à Universidade Federal Fluminense (FEC-UFF). Núcleo de Pesquisas Sociais Aplicadas, Informações e Políticas Públicas. Disponível em:

<https://aplicacoes.mds.gov.br/.../sumário%20pronto_QUILOMBOLAS%202013.pdf>. Acesso em: 2 out. 2017.

BRASIL, SECRETARIA DE PROMOÇÃO DE IGUALDADE RACIAL. **Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas**, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 123), 2001. 78 p.

BRUNO, I. F.; et al. Avaliação da doença periodontal em adultos na população quilombola. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, v. 1, n. 2, 2013, p. 33-39.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, 2007, p. 77-93.

CABRAL-MIRANDA, G.; DATTOLI, V. C. C.; DIAS-LIMA, A. Enteroparasitos e condições socioeconômicas e sanitárias de uma comunidade Quilombola do Semiárido Baiano. **Revista de Patologia Tropical**, v. 39, n. 1, 2010, p. 48-55.

CARDOSO, L. G. V.; et al. Prevalence of moderate and excessive alcohol consumption and associated factors among residents of Quilombo Communities (hinterland settlements founded by people of African origin) of Vitória da Conquista, Bahia, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, 2015, p. 809-820.

CRUZ, I. C. F. DA. Saúde e iniquidades raciais no Brasil: o caso da população negra. **Braz.J. Nurs. (Online)**, v. 5, n. 2, 2006, p.1-10. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/400/95>. Acesso em: 25 fev. 2016.

FERREIRA, J. N. **Condições de saúde de população negra remanescente de quilombo em Alcântara** - MA. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2015.

FREITAS, D. A.; et al. Health and quilombolas communities. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 5, 2011, p. 937-943.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Quadro geral por estados de comunidade remanescentes de quilombo**. 2014. Disponível em: <<http://www.palmares.gov.br>>. Acesso em: 22 set. 2014.

HERINGER, R. Racial inequalities in Brazil: a synthesis of social indicators and challenges for public policies. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, 2002, p.57-65. Suplemento.

KOCHERGIN, C. N.; PROIETTI, F. A.; CÉSAR, C. C. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 7, 2014, p. 1487-1501.

LOPES, F. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para promoção da equidade**. Brasília: [s.n.]. 2004, Disponível em: <

<http://sna.saude.gov.br/download/Projeto%20914BRA3002%20Saude%20da%20Pop%20Negra.pdf>. Acesso em: 15/09/2016.

LUDERMIR, A. B.; FILHO, M.; DE, D. A. Living conditions and occupational organization associated with common mental disorders. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, 2002, p. 213-221.

MALTA, D. C.; et al. Differentials in risk factors for chronic non-communicable diseases from the race/color standpoint. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, 2015, p. 713-725.

MACÊDO, T. C. N. DE.; et al. Factors related to periodontal disease in a rural population. **Brazilian Oral Research**, v. 20, n. 3, 2006, p. 257-262.

MEDEIROS, D. S. DE.; et al. Utilização de medicamentos pela população quilombola: inquérito no Sudoeste da Bahia. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n.5, 2013, p. 905-913.

MELO, M. F. T. de; SILVA, H. P. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, v. 7, n. 16, 2015, p. 168-189.

MOREIRA, J. K. P.; et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr**, v. 60, n. 3, 2011, p. 221-226.

OPENEPI. **Cálculo do tamanho da amostra**. [s.l: s.n.], 2015. Disponível em: <http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm>. Acesso em: 14 mar. 2015.

PAULI, S. **Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil**. 2016. 131f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, 2016.

SANTOS, R. C. DOS; SILVA, M. S. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, 2014, p. 1049-1063.

SILVA, C. B. R. DA; FERREIRA, C. G. S.; RODRIGUES, F. L. Saúde quilombola no maranhão. **Revista Ambivalências**, v. 4, n. 7, 2016, p. 106-133.

SILVA, J. A. N. DA. Sanitary and health conditions at Caiana dos Crioulos, a quilombo community in the State of Paraíba. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, 2007, p. 111-124.

SILVA, M. E. DE A. E.; et al. Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé - Rondônia - Brasil. **Brazilian Dental Science**, v. 14, n. 1/2, 2012, p. 62-66.

SOARES, E. F.; FREIRE, M. DO C. M.; ARAÚJO, A. C. DE. Kalunga - GO: primeiro relato sobre experiência de cárie e comportamentos em saúde bucal. **Rev. paul. odontol**, v. 24, n. 5, 2002, p. 21-5.

SOUZA, E. B. **Terra, Território, Quilombo: à luz do povoado de matinha dos pretos (BA)**. 2010. 138f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, 2010.

SOUZAS, R.; et al. **PROJETO COMQUISTA-RESULTADOS**, 2015. Disponível em: <http://www.ims.ufba.br/wp-content/uploads/downloads/2015/02/Boletim_Epidemiol%C3%B3gico.pdf>. Acesso em: 3 out. 2017.

VOLOCHKO, A; BATISTA, L. E. Saúde nos Quilombos. **Temas em Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, 2009, p. 1-304.

WILLIAMS, D. R. Race, socioeconomic status, and health. The added effects of racism and discrimination. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 896, 1999, p. 173-188.

6.2 ARTIGO II

FATORES ASSOCIADOS ÀS DOENÇAS E AGRAVOS NAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE UMA REGIÃO DO SEMIÁRIDO BAIANO, 2016⁵

Social determinants of diseases and injuries in the quilombolas communities of a region of Semiárido baiano, 2016

Roberta Lima Machado de Souza Araújo; Edna Maria de Araújo

RESUMO

O objetivo dessa pesquisa é analisar os determinantes sociais das doenças e agravos de maior prevalência nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, em 2016. Trata-se de um estudo transversal, exploratório, que a partir de uma amostra probabilística sistematizada estudou 864 adultos residentes nas duas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA. Foi realizada uma amostra probabilística. Os dados foram coletados através de visitas domiciliares, a partir da aplicação de três instrumentos validados. Foi estimada a prevalência das doenças e agravos. Aplicou-se a estratégia de análise fatorial exploratória, para criar agrupamentos, por fatores, das doenças e agravos que eram mais prevalentes nas comunidades quilombolas. Além disso, foi realizada análise bivariada de cada fator, observando o nível de significância de $p \leq 0,20$, assim como foi feita análise multivariada, baseada no modelo conceitual hierarquizado, a fim de identificar os fatores associados das doenças e agravos de maior prevalência. As doenças mais prevalentes foram: doenças de coluna (38,4%); doenças parasitárias (25,0%); hipertensão arterial (22,3%); doenças de ossos (15,8%). Os agravos em saúde de maior prevalência estavam ligados à saúde mental: ansiedade (26,7%); transtornos mentais comuns (18,4%) e fobias (12,3%). Na análise multivariada, os fatores associados às doenças e agravos nas comunidades quilombolas, no que tange aos agravos em saúde mental foram: não recebimento de benefícios sociais (OR=1,63; IC80%:1,07; 2,50); material utilizado na construção da casa (OR=3,22; IC80%:1,17; 8,80); ausência de coleta de lixo (OR=1,51; IC80%:1,07; 2,13); não ter banheiro (OR=2,82; IC80%:1,17; 6,77); autoavaliação negativa de saúde (OR=2,64; IC80%:1,92; 3,65); tipo de medicação (OR=0,15; IC80%:0,05; 0,45); problemas com cáries/canal (OR=1,47; IC80%:1,07; 2,01); idade (OR=1,84; IC80%:1,19; 2,84) e sexo (OR=0,48; IC80%:0,34; 0,67). Em relação às doenças crônicas, foram: material utilizado na construção da casa (OR=3,18; IC80%:1,09; 9,28); não ter ter banheiro (OR=3,69; IC80%:1,36; 10,01); idade (OR=1,87; IC80%:1,18; 2,95) e sexo (OR=0,47; IC80%:0,32; 0,68). Referente às doenças de ossos e coluna, as variáveis foram: baixo nível de escolaridade (OR=1,77; IC80%:1,20; 2,62); autoavaliação negativa de saúde (OR=1,64; IC80%:1,15; 2,32); tipo de medicação (OR=6,12; IC 80%:2,59; 14,4). Conclui-se que as doenças e agravos nas populações quilombolas estão associadas aos fatores demográficos, socioeconômicos, ambientais e das condições de saúde. Os achados encontrados expressam a urgência no planejamento e implementações de intervenções nas áreas sociais e de saúde nas comunidades quilombolas.

Palavras chaves: Doenças e Agravos em Saúde. Grupos com Ancestrais no Continente Africano. Fatores sociais. Desigualdades em Saúde. Estudos Transversais.

⁵ Artigo nas normas da Revista Cadernos de Saúde Pública.

ABSTRACT

This research aims to analyze the social determinants of disease and injuries most prevalent in Quilombola communities of Feira de Santana, Bahia, in 2016. It is a sectional exploratory study, with 864 adults living in two Quilombola communities of Feira de Santana, Bahia. The data were collected through home visits, by using the application of three validated instruments. It was estimated the prevalence of diseases and injuries. An exploratory factor analysis was applied as a strategy to create groups, by factors, diseases and injuries that were more prevalent in the Quilombola communities. In addition, bivariate analysis was performed of each factor, noting the significance level of $p \leq 0,20$, as well as multivariate analysis was made, based on the hierarchical conceptual model, in order to identify the social determinants of disease and injuries most prevalent. The most prevalent diseases were: hypertension (22,3%); diseases of bones (15,8%); diseases of spine (38,4%) parasitic diseases (25,0%). The most prevalent health injuries were associated to mental health: anxiety (26,7%); phobias (12,3%) and mental disorders (18,4%). In multivariate analysis, the associated factors of diseases and harms in the Quilombola communities, with respect to the mental health injuries, were: receiving social benefits (HR=1,63; CI80%:1,07; 2,50); material used in the construction of the house (HR=3,22; CI80%:1,17; 8,80); disposal of the garbage (HR=1,51; CI80%:1,07; 2,13); have bathroom (HR=2,82; CI80%:1,17; 6,77); self-assessment of health (HR=2,64; CI80%:1,92; 3,65); type of medication: (HR=0,15; CI80%:0,05; 0,45); problems with cavities/cannal (HR=1,47; CI80%:1,07; 2,01); age (HR=1,84; CI80%:1,19; 2,84) and sex (HR=0,48; CI80%:0,34; 0,67). In relation to the chronic diseases, were: material used in the construction of the House (HR=3,18; CI80%:1,09; 9,28); have bathroom (HR=3,69; CI80%: 1,36; 10,01); age (HR=1,87; CI80%:1,18; 2,95) and sex (HR=0,47; CI80%:0,32; 0,68). The diseases of the bones and spine variables were years of study (HR=1,77; CI80%:1,20; 2,62); self-assessment of health (HR=1,64; CI80%:1,15; 2,32); type of medication (HR=6,12; CI80%:2,59; 14,4). Concluded that, diseases and injuries the Quilombola populations are determined by demographic, socioeconomic, environmental factors and health patterns. The findings found expressive necessity in the planning and implementation of assistance in social and health areas in the Quilombola communities.

Key words: Diseases and Injuries in Health. Groups with Ancestors in Africa. Social factors. Inequalities in Health. Cross-sectional Studies.

INTRODUÇÃO

A compreensão do processo saúde-doença em grupos socialmente vulnerabilizados é um desafio, vez que se trata de um processo histórico e cultural alicerçado em desigualdades étnico-raciais, as quais estão associadas, em sua maioria, com fatores socioeconômicos, situação de pobreza e exclusão social (BRASIL, 2001).

Dentre esses grupos socialmente vulnerabilizados, destacam-se as populações afrodescendentes, por apresentarem um elevado risco de adquirir doenças devido a fatores sociais, como a distribuição desigual de renda e a questões culturais como a discriminação racial (WILLIAMS, 1999). Por conta disso, diversos estudiosos vêm demonstrando a relevância do recorte étnico-racial nas pesquisas, uma vez que se torna possível discutir questões relacionadas às desigualdades sociais e de saúde entre as populações (BEZERRA et al., 2013; SILVA, 2007).

Ressalta-se que, o *status* socioeconômico mediado pela renda, escolaridade e situação de ocupação formam determinantes mais robustos de saúde em praticamente todas as sociedades (WHO, 2008). Além disso, o baixo nível de renda, tanto no plano individual quanto no familiar, acaba por restringir as liberdades individuais e sociais dos indivíduos, fato que influencia todo o contexto de vida dos sujeitos, tornando-o deficiente, desgastante e preditor de doenças (BRASIL, 2013). Conseqüentemente, esforços no sentido de buscar melhorias na saúde devem prestar mais atenção aos determinantes sociais da saúde, com vistas às transformações nas condições de vida, tais como: moradia e *status* socioeconômico, já que esses aspectos podem levar à melhoria do processo saúde-doença (WILLIAMS; LEAVELL, 2012).

Nesse panorama de disparidades sociais e de saúde entre as diferentes populações, destacam-se as comunidades quilombolas, as quais se encontram em condições precárias de vida e saúde, decorrentes do processo histórico de expropriação de sua cultura e de seus direitos sociais (FREITAS et al., 2011; SILVA, 2007).

Apesar de ser uma tendência em associar as comunidades quilombolas a populações negras, o essencial do processo de conceituação desses grupos não diz respeito à cor da pele, mas às representações sociais produzidas a partir da cor – e suas variações – onde se estabelecem limites sociais (ARRUTI, 2002). Nesse sentido, consideram-se remanescentes das comunidades de quilombos, os grupos étnico-raciais, segundo critérios autoatribuídos, com trajetória histórica própria, com características territoriais específicas e com presunção de

ancestralidade negra referente à resistência ao processo de escravidão sofrido (BRASIL, 2003).

No Brasil, existe um consenso entre vários pesquisadores sobre as doenças e agravos de maior prevalência na população negra, quais sejam, doença falciforme; foliculite; desnutrição; anemia ferropriva; doenças do trabalho; DST/HIV/aids; sofrimento psíquico, stress, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas) e por complicações da hipertensão arterial e da diabetes *mellitus* (WORKSHOP INTERAGENCIAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, 2001).

No estudo epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica, a nível mundial, observam-se elevadas prevalências dessa doença entre negros (20 a 71%), assim como se observa uma frequência elevada de complicações em saúde decorrentes da diabetes *mellitus* em maior proporção na população negra, destacando-se a determinação de fatores sociais como o menor nível educacional e de renda (BRASIL, 2001).

Concernente às populações quilombolas, torna-se válido destacar que as comunidades quilombolas já demonstram uma transição em seu perfil epidemiológico, convivendo atualmente mais com doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* (VOLOCHKO; BATISTA, 2009).

Estima-se que, no estado do Pará, 48,8% dos quilombolas apresentaram um nível de pré-hipertensão ou hipertensão (MELO; SILVA, 2015), quadro epidemiológico semelhante ao das populações quilombolas do estado da Bahia, em que se verificou que quase a metade (45,4%) dos quilombolas avaliados tinha hipertensão arterial, condição associada com idade elevada, com baixa escolaridade e com pior situação econômica (SOUZAS, et al., 2015).

Outrossim, doenças e agravos ligados às condições sanitárias representam um elevado índice de doenças parasitárias nessas populações, tendo a condição de renda, aliada a um histórico de exclusão de políticas sociais como fatores determinantes (CUNHA et al., 2013; SILVA, 2007).

Comparados aos brancos, os afro-americanos relatam níveis baixos de bem-estar psicológico (por exemplo, satisfação com a vida e felicidade) e mais frequentemente, têm taxas mais altas de sofrimento psíquico (MCGUIRE; MIRANDA, 2008). Uma pesquisa realizada na Bahia, com 764 quilombolas observou triagem positiva para episódio depressivo maior (EDM) em 12% dos participantes, tendo sido verificada associação com doenças crônicas, sedentarismo, autoavaliação de saúde ruim e muito ruim (BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2014).

Na literatura brasileira, ainda são escassos os estudos na área de epidemiologia voltados à caracterização das condições de vida e saúde das populações quilombolas, que permitam intervenções mais efetivas no campo da saúde para a melhoria do atual quadro epidemiológico desses grupos (BEZERRA et al., 2013). Ademais, observa-se a ausência de estudos acerca das doenças e agravos mais prevalentes em comunidades quilombolas no município de Feira de Santana-BA.

Assim, devido ao número limitado de achados sobre a prevalência de doenças e agravos em comunidades quilombolas, assim como, inconsistências em relação aos fatores associados, o presente estudo tem como objetivo principal: analisar os fatores associados de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de uma região do Semiárido baiano, no ano de 2016.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, realizado com 864 adultos quilombolas, de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos, residentes nas duas comunidades quilombolas do município de Feira de Santana-BA, realizado de julho a setembro de 2016. Este estudo faz parte do projeto de pesquisa: “NUDES QUILOMBO”, e também se vincula ao projeto de pesquisa intitulado: “Avaliação da atenção à saúde da população negra e a intersecção do racismo sobre as práticas de cuidado em estados do Nordeste e do Sudeste brasileiro”.

A população do estudo incluiu todos os indivíduos com 18 anos ou mais, residentes nas duas comunidades quilombolas de Feira de Santana-Ba: Matinha dos Pretos e Lagoa Grande, devidamente certificadas pela Fundação Cultural Palmares. A seleção das áreas foi feita por amostragem probabilística sistemática, tendo o domicílio como unidade amostral.

Foram adotados os seguintes procedimentos para a seleção da amostra: 1. Determinação da representação percentual da população através do programa EpiInfo; 2. Adoção de um ponto de referência, nas comunidades (Associação de moradores), para a realização das entrevistas sistemáticas (no sentido horário, uma vez que as casas não são numeradas, assim como são muito distantes geograficamente); 3. Ordenamento sistemático das visitas: estabelecido de duas em duas casas; 4. Divisão das áreas entre os coletadores; 4. Todos os indivíduos com 18 anos ou mais de idade, residentes nos domicílios, foram considerados indivíduos elegíveis, compondo a amostra a ser estudada; 5. Registro dos

domicílios a partir de ficha de registro. Os critérios de inclusão adotados nesse estudo foram possuir certificação pela Fundação Cultural Palmares e ser adultos (≥ 18 anos).

A partir do quantitativo populacional das duas comunidades, Matinha dos Pretos (N=8.855) e Lagoa Grande (N= 12.077), foi estimado um tamanho amostral de 742 pessoas, através do cálculo realizado pelo programa estatístico OpenEpi. Para o cálculo do tamanho amostral, foi considerada uma prevalência de 50%, em face à heterogeneidade dos eventos mensurados; precisão de 5%; intervalo de 95% de confiança (IC95%); corroborando com outro estudo de base populacional em comunidades quilombolas no Brasil (BEZERRA et al., 2013). No entanto, participaram da pesquisa 864 quilombolas.

Anterior à coleta de dados, foi realizado um estudo piloto em uma comunidade negra rural, conhecida como Olhos D'água, localizada próxima à comunidade quilombola Matinha dos Pretos. Realizou-se esse estudo com 74 adultos acima de 18 anos (10% da amostra total), no período de Junho de 2016. Além disso, houve um processo de sensibilização, que contou com reuniões nas duas comunidades, oportunizadas pelas lideranças locais, bem como foi realizado treinamento com os entrevistadores, no qual foi discutido o manual do entrevistador, além de ter sido realizada uma simulação da coleta de dados.

Os dados do estudo foram obtidos através de fonte primária, a partir da aplicação de três instrumentos validados, voltados à caracterização socioeconômica, demográfica, ambiental e da condição de saúde dos sujeitos da pesquisa e das doenças e agravos, inclusive transtornos mentais comuns e hábitos de vida (uso e abuso de álcool). O primeiro instrumento foi inspirado no inquérito do projeto COMQUISTA, o qual é constituído de quatro blocos, a saber: Bloco I – Inquérito Individual; Bloco II – Inquérito Domiciliar; Bloco III – Autoavaliação do estado de saúde; Bloco IV – Doenças e Agravos. O segundo instrumento, conhecido como *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), tratou de identificar a suspeição de transtornos mentais comuns. O terceiro instrumento, conhecido como CAGE, identificou a prevalência de casos de uso/abuso de álcool.

A variável desfecho diz respeito às doenças e agravos. Contudo, foi realizada uma análise fatorial exploratória, com o objetivo de verificar quais as variáveis que estavam mais correlacionadas com o desfecho, ou seja, quais das doenças e agravos representavam as de maiores prevalências nas comunidades. Para tanto, foi feita uma correlação tetracórica⁶ para identificar as doenças e agravos que apresentaram frequência igual ou menor a 5%. A partir

⁶ A correlação tetracórica é uma medida de associação para tratamento estatístico para variáveis contínuas, porém transformadas em tabelas 2x2. Essa correlação tem como base a análise fatorial e objetiva determinar a dimensionalidade de uma medida, a partir de matrizes, com foco nas melhores respostas para as variáveis desfecho (SOARES, 2005).

da correlação tetracórica, retirou-se as variáveis que apresentavam um padrão indeterminado para responder ao desfecho, e as variáveis que ficaram foram analisadas a partir das matrizes fatoriais, com o objetivo de realizar os agrupamentos de fatores possíveis para responder ao desfecho.

Desta análise, foram verificadas quais doenças e agravos mais respondiam ao desfecho e, a partir disso, foram estabelecidos agrupamentos de doenças e agravos, representados por três fatores: agravos em saúde mental, doenças crônicas e doenças de ossos e coluna. Logo após o estabelecimento desses fatores que representaram o desfecho, foi aplicado o teste Kaiser-Meyer-Olkin, verificou-se que esses fatores apresentam uma boa explicação para dar conta da variabilidade do desfecho (50%).

As variáveis de exposição foram categorizadas em três blocos. O primeiro foi constituído pelas variáveis socioeconômicas: estado conjugal, anos de estudo, renda, quantidade de pessoas que dependem da renda familiar, recebimento de benefícios sociais, trabalho, ocupação, situação de trabalho.

O segundo bloco foi formado pelas variáveis das condições ambientais, o qual se subdivide em dois subblocos: 1- Características Habitacionais: quantidade de cômodos, existência de banheiro, tipo de material utilizado na construção da casa, formas de iluminação; 2- Características Sanitárias: cobertura do lixo, cobertura do abastecimento de água, existência de esgotamento sanitário, procedência da água, destino dos dejetos.

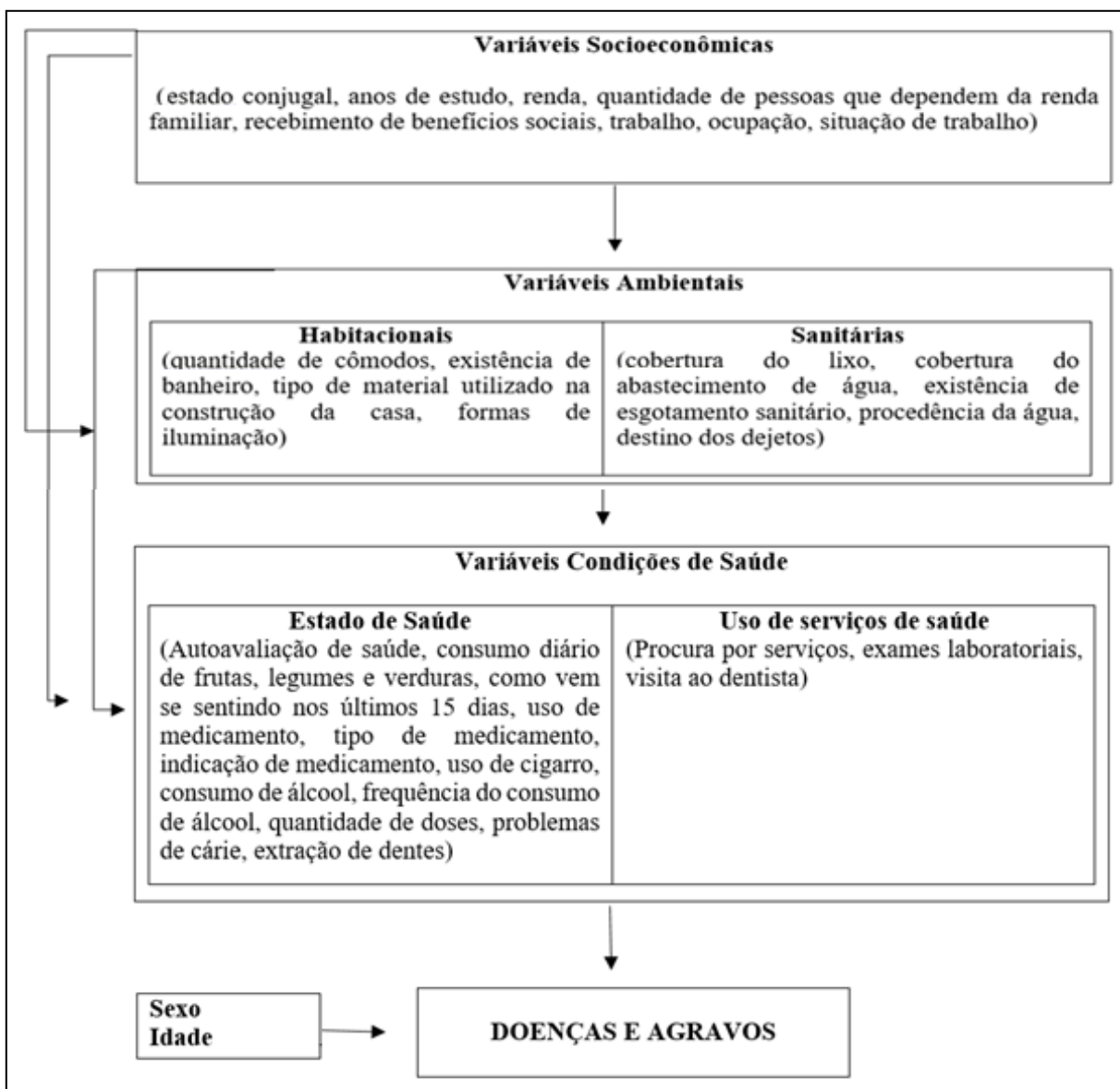
O terceiro bloco foi constituído pelas variáveis das condições de saúde, o qual se subdivide em dois subblocos: 1- Estado de Saúde: autoavaliação de saúde, consumo diário de frutas, legumes e verduras, como vem se sentindo nos últimos 15 dias, uso de medicamento, tipo de medicamento, indicação de medicamento, uso de cigarro, consumo de álcool, frequência do consumo de álcool, quantidade de doses, problemas de cárie, extração de dentes; 2- Uso de serviços de saúde: procura por serviços, exames laboratoriais, visita ao dentista.

Também foram feitas análises descritivas para medir a frequência das variáveis em estudo. Procedendo-se, em seguida, às estimativas de prevalência das doenças e agravos. Para verificação da associação estatisticamente significativa entre as variáveis de exposição e o desfecho, realizou-se análise bivariada de cada fator, adotando-se um IC80% e $p \leq 0,20$.

A análise multivariada foi realizada conforme o modelo hierarquizado definido *a priori* (Figura 1), sendo feita em cada fator estabelecido pela análise fatorial, considerando os três níveis de determinação do evento. A hierarquização das variáveis ocorreu baseada no modelo preditivo elaborado, o qual foi fundamentado no modelo teórico dos Determinantes

Sociais da Saúde. Inicialmente, foram incluídas todas as variáveis, mesmo aquelas que não tiveram significância estatística, para ampliar as possibilidades de associação entre as variáveis, no momento da interação.

Figura 1- Modelo hierárquico para a investigação de fatores determinantes para doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA.



Fonte: Construção do autor segundo o Modelo Teórico Hierarquizado

No entanto, após a primeira análise, foram retiradas algumas variáveis que apresentavam algum tipo de colinearidade ou algum tipo de erro, que pudessem enviesar os resultados da análise. Posteriormente a esse processo, foram realizadas análises hierárquicas

intra-blocos dos fatores identificados, com o objetivo de confirmar o resultado das análises bivariadas, concernente às associações que foram estatisticamente significantes.

No modelo hierarquizado inter-blocos foram, em cada fator, testados vários modelos em cada bloco, até encontrar um modelo mais adequado, tendo sido consideradas todas as variáveis do bloco com significância estatística ($p \leq 0,20$).

As variáveis significantes encontradas em cada fator foram conservadas nos modelos e entraram no ajuste dos três blocos. As variáveis selecionadas em um determinado nível permaneciam nos modelos subsequentes e foram consideradas como fatores associados a doenças e agravos, mesmo que, com a inclusão de variáveis hierarquicamente inferiores, estas perdessem sua significância. Ao final deste procedimento obtiveram-se os respectivos fatores de risco identificados em cada nível hierárquico.

O modelo estatístico aplicado foi a Regressão Logística – que expressou os resultados em termos de *odds ratio* (OR), as quais foram potencialmente maiores que as razões de prevalência (RP), particularmente porque os desfechos estudados eram comuns (prevalências acima de 10%). Os dados foram analisados utilizando-se o pacote estatístico STATA versão 12.0 (*Stata Corporation Colege Station, Estados Unidos*).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, através do parecer nº 1.657.664, tendo sido adotadas todas as recomendações da Resolução 466/2012. Os participantes foram informados sobre os objetivos do trabalho, procedimentos e sigilo dos dados, e manifestaram sua concordância em participar da pesquisa ao assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

As comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA possuem características demográficas e socioeconômicas bem similares, sendo que as duas se encontram vulnerabilizadas em suas condições de vida e saúde.

Na tabela 1 observa-se que, dos 864 entrevistados, 63,0% são do sexo feminino, casados, apresentando uma média de idade de 42,6 anos e de escolaridade de 7 anos de estudo, bem como 73,4% realizam trabalhos informais, especialmente nas funções de lavrador e agricultor.

Tabela 1 - Caracterização das condições demográficas e socioeconômicas das comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016.

| VARIÁVEL N (864) | COMUNIDADE DA MATINHA DOS | COMUNIDADE LAGOA GRANDE |
|---------------------|------------------------------|----------------------------|
|---------------------|------------------------------|----------------------------|

| | PRETOS | | | |
|--|----------------|----------|----------------|----------|
| | n (484) | % | n (380) | % |
| Sexo | | | | |
| Feminino | 312 | 64,4 | 232 | 61,1 |
| Masculino | 172 | 35,6 | 148 | 38,9 |
| Idade (anos) | | | | |
| 18-29 | 126 | 26,03 | 94 | 24,7 |
| 30-39 | 125 | 25,83 | 101 | 26,5 |
| 40-49 | 82 | 16,94 | 68 | 17,8 |
| 50-59 | 62 | 12,81 | 38 | 10,0 |
| ≥60 | 89 | 18,39 | 79 | 21,0 |
| Estado Conjugal | | | | |
| Sem companheiro | 229 | 47,3 | 192 | 50,5 |
| Com companheiro | 255 | 52,7 | 188 | 49,5 |
| Escolaridade (anos) | | | | |
| 0-8 anos | 385 | 79,5 | 282 | 74,2 |
| >8 anos | 99 | 20,5 | 98 | 25,8 |
| Trabalha | | | | |
| Sim | 268 | 55,4 | 252 | 66,4 |
| Não | 216 | 44,6 | 128 | 33,6 |
| Situação de Trabalho | | | | |
| Sem carteira assinada | 171 | 63,8 | 210 | 83,4 |
| Com carteira assinada | 97 | 36,2 | 42 | 16,6 |
| Principal Função do Trabalho | | | | |
| Trabalhador nível superior | 8 | 3,3 | 7 | 3,0 |
| Trabalhador nível médio e fundamental | 69 | 29,0 | 62 | 26,0 |
| Trabalhador informal | 191 | 67,7 | 183 | 71,0 |
| Renda Familiar^I | | | | |
| Até 1 Salário Mínimo | 399 | 82,4 | 308 | 81,1 |
| >1 Salário Mínimo | 85 | 17,6 | 72 | 18,9 |
| Quantas pessoas dependem da renda | | | | |
| Até 3 pessoas | 91 | 18,8 | 67 | 17,7 |
| >3 pessoas | 393 | 81,2 | 313 | 82,3 |
| Recebe Benefício Social | | | | |
| Sim | 119 | 24,6 | 97 | 25,6 |
| Não | 365 | 75,4 | 283 | 74,4 |
| Tipo de Benefício Social | | | | |
| Bolsa Família ^{II} | 110 | 92,7 | 84 | 81,1 |
| Benefício de Prestação Continuada ^{III} | 9 | 7,3 | 13 | 18,9 |
| Recebe outros Benefícios Sociais^{IV} | | | | |
| Sim | 18 | 3,8 | 118 | 31,1 |
| Não | 466 | 96,2 | 262 | 68,9 |

Notas: ^IConsiderou-se o salário mínimo de 2016: R\$888,00. ^{II}Bolsa Família é um benefício do Governo Federal voltado às famílias de baixa renda. ^{III}Benefício de Prestação Continuada é um benefício voltado a idosos que não contribuíram e estão em situação de extrema vulnerabilidade socioeconômica e pessoas com deficiência. ^{IV}Outros benefícios sociais dizem respeito aos benefícios eventuais, tais como: cestas básicas, enxovais, cisternas. Fonte: autores (2017).

Quanto à renda, constata-se que nas duas comunidades mais de 80% das famílias quilombolas possuem renda mensal de até um salário mínimo, bem como mais de 80% dessas famílias sustentam mais de três pessoas.

Em relação à vulnerabilidade ambiental, destaca-se que 99,5% não possuem rede de esgoto, assim como 13,4 % não possuem água tratada (Tabela 2).

Tabela 2 – Características das condições ambientais das comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016.

| VARIÁVEL N (864) | COMUNIDADE DA MATINHA DOS PRETOS | | COMUNIDADE LAGOA GRANDE | |
|---|--|------|----------------------------|------|
| | n (484) | (%) | n (380) | (%) |
| Tem banheiro | | | | |
| Sim | 456 | 94,2 | 356 | 93,6 |
| Não | 28 | 5,8 | 24 | 6,4 |
| Material Utilizado na Construção da Casa | | | | |
| Com tijolos | 470 | 97,1 | 357 | 93,9 |
| Sem tijolos | 14 | 2,9 | 23 | 6,1 |
| Quantos Cômodos tem a Casa | | | | |
| Até 4 cômodos | 234 | 48,4 | 244 | 64,3 |
| >4 cômodos | 250 | 51,6 | 136 | 35,7 |
| Tem Água Tratada | | | | |
| Sim | 419 | 86,6 | 344 | 90,6 |
| Não | 65 | 13,4 | 36 | 9,4 |
| Procedência da Água | | | | |
| Rede geral | 459 | 94,8 | 360 | 94,7 |
| Poço/cisternas | 25 | 5,2 | 20 | 5,3 |
| Formas de Iluminação da Casa | | | | |
| Elétrica | 481 | 99,3 | 375 | 98,6 |
| Óleo/querosene/gás de botijão | 3 | 0,7 | 5 | 1,4 |
| Destino do Lixo | | | | |
| Coleta regular | 443 | 91,4 | 193 | 50,7 |
| Queima/joga em terrenos | 41 | 8,6 | 187 | 49,3 |
| Destino dos Dejetos | | | | |
| Com rede de esgoto | 41 | 0,6 | 41 | 0,3 |
| Sem rede de esgoto | 481 | 99,4 | 379 | 99,7 |

Fonte: autores (2017).

Dentre os dados acerca das condições de saúde, observa-se que 67,01% disseram raramente procurar os serviços de saúde. No que tange à utilização de medicação, observa-se que o maior consumo é para o tratamento de doenças crônicas (26,4%), especialmente, no

controle de hipertensão e diabetes. Quando as comunidades são comparadas, verifica-se que a localidade da Matinha dos Pretos apresenta maior utilização de medicação (40,5%).

No que tange aos hábitos de vida, constata-se que a comunidade de Matinha dos Pretos apresenta melhores hábitos de vida do que a comunidade Lagoa Grande. Em relação ao uso de bebidas alcólicas, observa-se que Lagoa Grande apresenta um consumo mais elevado (22,1%), quando comparada ao uso na comunidade da Matinha dos Pretos (13,2).

Em relação à utilização de cigarro, também, verifica-se que na comunidade da Lagoa Grande a utilização é maior (13,4%), quando comparada ao uso na outra localidade.

Tabela 3 - Frequências da situação de saúde e hábitos de vida das comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016.

| VARIÁVEL N (864) | COMUNIDADE DA MATINHA DOS PRETOS | | COMUNIDADE LAGOA GRANDE | |
|---|--|------|----------------------------|------|
| | n (484) | (%) | n (380) | (%) |
| Autoavaliação de saúde | | | | |
| Bem | 254 | 52,4 | 185 | 48,6 |
| Regular | 204 | 42,1 | 181 | 47,6 |
| Mal | 26 | 5,5 | 14 | 3,8 |
| Sentindo-se nos Últimos 15 dias | | | | |
| Bem | 287 | 59,3 | 248 | 65,2 |
| Regular | 175 | 36,1 | 116 | 30,5 |
| Mal | 22 | 4,6 | 16 | 4,3 |
| Uso de Medicação | | | | |
| Sim | 196 | 40,5 | 150 | 39,4 |
| Não | 288 | 59,5 | 230 | 60,6 |
| Tipo de Medicação | | | | |
| Psicotrópicos | 40 | 29,5 | 28 | 23,6 |
| Doenças crônicas | 130 | 56,8 | 90 | 43,3 |
| Doenças agudas | 26 | 13,7 | 32 | 33,1 |
| Indicação de Medicação | | | | |
| Médico | 180 | 76,2 | 130 | 84,2 |
| Não médico | 16 | 23,8 | 20 | 15,8 |
| Consumo de Frutas/Verduras e Legumes | | | | |
| Todos os dias | 162 | 33,4 | 99 | 26,2 |
| Continua | | | | |
| ≥1 X na semana | 297 | 61,3 | 261 | 68,6 |
| 1 X no mês | 25 | 5,3 | 20 | 5,2 |
| Consumo de Alcool | | | | |
| Sim | 63 | 13,2 | 84 | 22,2 |
| Não | 421 | 86,8 | 296 | 77,8 |

| | | | | |
|--|-----|------|-----|------|
| Frequência de Consumo | | | | |
| Até 3 X na semana | 7 | 11,6 | 7 | 11,8 |
| Nos fins de semana | 51 | 77,2 | 72 | 76,9 |
| Todos os dias | 5 | 11,2 | 5 | 11,3 |
| Doses de Bebida | | | | |
| Até 1 dose | 13 | 12,8 | 10 | 12,6 |
| Até 5 doses | 22 | 71,3 | 29 | 17,6 |
| ≥10 doses | 28 | 15,9 | 45 | 69,8 |
| Uso de Cigarro | | | | |
| Sim | 41 | 8,7 | 51 | 13,4 |
| Não | 443 | 91,3 | 329 | 86,6 |
| Procura por Serviços de Saúde | | | | |
| Frequentemente | 154 | 31,8 | 124 | 32,6 |
| Raramente | 324 | 66,9 | 255 | 67,1 |
| Nunca procurou | 6 | 1,3 | 1 | 0,3 |
| Procura por Dentista | | | | |
| Frequentemente | 134 | 27,2 | 79 | 20,7 |
| Raramente | 340 | 70,1 | 283 | 74,5 |
| Nunca procurou | 10 | 2,7 | 18 | 4,8 |
| Problemas com Cáries/Canal | | | | |
| Sim | 307 | 63,4 | 195 | 51,3 |
| Não | 177 | 36,6 | 185 | 48,7 |
| Extração dos Dentes | | | | |
| Até 5 dentes | 237 | 48,9 | 193 | 50,7 |
| Mais de 5 dentes | 161 | 33,3 | 117 | 30,8 |
| Nunca extraiu | 86 | 17,8 | 70 | 18,5 |
| Último Exame Clínico/Laboratorial | | | | |
| Recentemente | 100 | 20,6 | 57 | 15,1 |
| ≥1 mês | 381 | 78,7 | 322 | 84,7 |
| Nunca realizou | 3 | 0,7 | 1 | 0,2 |

Fonte: autores (2017).

A tabela 4 apresenta a prevalência das doenças e agravos, por comunidade. As doenças de maior prevalência são: doenças da coluna (77,9%); doenças parasitárias (52,6%); hipertensão arterial (43,9%) e doenças de ossos (31,8%). Os agravos em saúde mais prevalentes estão ligados à saúde mental: ansiedade (54,3%); transtornos mentais comuns (36,7%) e fobias (26,1%)

A partir desses resultados foi possível observar que a prevalência de transtornos mentais comuns foi superior na comunidade quilombola Matinha dos Pretos. Contudo, os outros agravos em saúde mental, como fobias (18,9%) e uso abusivo de álcool (10,7%), foram mais prevalentes na comunidade Lagoa Grande.

Em relação à hipertensão arterial, a proporção foi superior na Matinha dos Pretos (24,5%). Todavia, a frequência das doenças de coluna (43,6%) e dos ossos (16,3%) mostrou-se superior na comunidade Lagoa Grande, assim como foi mais elevada a prevalência de doenças parasitárias (37,6%) nessa localidade.

Tabela 4 - Prevalência de Doenças e Agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016.

| DOENÇAS E AGRAVOS | COMUNIDADE DA MATINHA DOS PRETOS | | COMUNIDADE LAGOA GRANDE | |
|-------------------------------------|--|------|-------------------------------|------|
| | n | (%) | n | (%) |
| Hipertensão Arterial | 119 | 24,5 | 74 | 19,4 |
| Diabetes | 48 | 9,9 | 20 | 5,2 |
| Doenças Cardíacas | 25 | 5,1 | 26 | 6,8 |
| Doenças do aparelho circulatório | 42 | 8,6 | 23 | 6,0 |
| Anemia | 30 | 6,2 | 43 | 11,3 |
| Anemia e outras doenças falciformes | 17 | 3,5 | 6 | 1,5 |
| Doenças respiratórias | 22 | 4,5 | 26 | 6,8 |
| Infecção sexualmente transmissíveis | 2 | 0,4 | 2 | 0,5 |
| Tuberculose | 0 | 0 | 3 | 0,7 |
| Doenças dos ossos | 75 | 15,5 | 62 | 16,3 |
| Doenças da coluna | 166 | 34,3 | 166 | 43,6 |
| Ansiedade | 113 | 23,3 | 118 | 31,0 |
| Depressão | 34 | 7,0 | 27 | 7,1 |
| Fobias | 35 | 7,2 | 72 | 18,9 |
| Doenças parasitárias | 73 | 15,0 | 143 | 37,6 |
| Doenças de pele | 28 | 5,7 | 25 | 6,5 |
| Câncer | 6 | 1,2 | 3 | 0,7 |
| Transtornos mentais comuns | 102 | 21,7 | 57 | 15,0 |
| Uso abusivo de álcool | 33 | 6,8 | 41 | 10,7 |

Fonte: autores (2017).

Na tabela 5 observa-se que as mulheres apresentam prevalências nos três fatores (agravos em saúde mental, doenças crônicas e doenças de ossos e da coluna), sempre superior ao sexo masculino. Na comunidade de Matinha dos Pretos, a proporção de agravos em saúde mental oscila entre as faixas etárias, apresentando uma frequência maior na idade de 50-59 anos ($p=0,068$). Para as doenças crônicas, de ossos e de coluna, a prevalência aumenta significativamente com a idade.

Tabela 5 - Agrupamentos por fatores das doenças e agravos de maior prevalência em adultos (≥ 18 anos) residentes nas comunidades quilombolas, segundo a comunidade, sexo e faixa etária. Feira de Santana-BA, 2016.

| VARIÁVEL | COMUNIDADES QUILOMBOLAS | | | | | | |
|---|-------------------------------|------|----------------|-------------------------|------|----------------|-----|
| | MATINHA DOS PRETOS N (484) | | | LAGOA GRANDE N (380) | | | T |
| | n | % | p ¹ | n | % | p ¹ | |
| Fator 1: Agravos em saúde mental | | | | | | | |
| Sexo | | | | | | | |
| Feminino | 149 | 47,8 | 0,000 | 152 | 65,6 | 0,025 | 301 |
| Masculino | 41 | 23,9 | 0,000 | 80 | 54,5 | 0,030 | 121 |
| Faixa etária | | | | | | | |
| 18-29 | 41 | 32,5 | 0,023 | 50 | 53,2 | 0,059 | 91 |
| 30-39 | 55 | 44,0 | 0,097 | 66 | 65,3 | 0,063 | 121 |
| 40-49 | 36 | 43,9 | 0,058 | 50 | 73,3 | 0,084 | 86 |
| 50-59 | 30 | 48,3 | 0,068 | 20 | 52,6 | 0,048 | 50 |
| ≥60 | 28 | 31,4 | 0,042 | 46 | 58,2 | 0,063 | 74 |
| Fator 2: Doenças crônicas | | | | | | | |
| Sexo | | | | | | | |
| Feminino | 136 | 43,6 | 0,000 | 108 | 46,5 | 0,307 | 244 |
| Masculino | 34 | 19,7 | 0,000 | 61 | 41,2 | 0,403 | 95 |
| Faixa etária | | | | | | | |
| 18-29 | 32 | 25,4 | 0,073 | 28 | 29,8 | 0,020 | 60 |
| 30-39 | 43 | 34,4 | 0,082 | 47 | 46,5 | 0,037 | 90 |
| 40-49 | 33 | 42,0 | 0,096 | 33 | 48,5 | 0,042 | 66 |
| 50-59 | 26 | 42,0 | 0,094 | 20 | 52,6 | 0,056 | 46 |
| ≥60 | 36 | 40,0 | 0,085 | 41 | 51,9 | 0,053 | 77 |
| Fator 3: Doenças de ossos e coluna | | | | | | | |
| Sexo | | | | | | | |
| Feminino | 164 | 52,5 | 0,002 | 122 | 52,5 | 0,683 | 286 |
| Masculino | 65 | 37,8 | 0,003 | 81 | 54,7 | 0,704 | 146 |
| Faixa etária | | | | | | | |
| 18-29 | 18 | 14,2 | 0,000 | 35 | 37,2 | 0,000 | 53 |
| 30-39 | 45 | 36,0 | 0,004 | 33 | 32,6 | 0,001 | 78 |
| 40-49 | 49 | 59,7 | 0,037 | 44 | 64,7 | 0,046 | 93 |
| 50-59 | 44 | 70,9 | 0,048 | 31 | 81,5 | 0,093 | 75 |
| ≥60 | 73 | 82,2 | 0,087 | 60 | 75,9 | 0,085 | 133 |

Nota: ¹p<0,20.

Fonte: autores (2017).

Na comunidade Lagoa Grande, a proporção das doenças e agravos, em nenhum dos fatores, segue uma ordem, fato que demonstra uma grande variabilidade etária. Dos agravos em saúde mental (p=0,059), a frequência é maior na faixa etária de 40-49 anos. Na idade de 50-59 anos são mais prevalentes as doenças crônicas (p=0,020) e as doenças de ossos e de coluna (p=0,000).

Na análise bivariada do fator 1: agravos em saúde mental, observa-se que as variáveis que apresentam associação estatisticamente significativa ($p \leq 0,20$; IC80%) com o desfecho são: sexo; idade; situação de trabalho; quantas pessoas dependem da renda; recebe benefício social (bolsa família e/ou benefício de prestação continuada); recebe outro benefício social (cesta básica, cisterna); destino do lixo; autoavaliação de saúde; como tem se sentido nos últimos 15 dias; tipo de medicação; consumo de frutas, verduras e legumes e problemas com cáries/canal.

Diante desses resultados, foi verificado que as famílias que não recebem benefícios sociais têm 43% mais chances de desenvolver agravos em saúde mental, bem como ter mais de três pessoas dependendo da renda familiar aumenta em 62% de possibilidade de ter o mesmo agravo. Além disso, as famílias que não têm coleta de lixo apresentam 60% de chance de ter o agravo, e as pessoas que autoavaliam sua saúde como ruim apresentam 69% mais chances de ter agravos em saúde mental.

Na análise bivariada do fator 2: doenças crônicas, observa-se que as variáveis que apresentam associação estatisticamente significativa ($p \leq 0,20$; IC80%) com o desfecho são: sexo; idade; situação de trabalho; receber outros benefícios sociais; quantidade de cômodos na casa; autoavaliação de saúde; como se sentiu nos últimos 15 dias; uso de medicação; indicação de medicação e procura por dentista.

Do fator 2 destaca-se que os sujeitos com menos de 8 anos de estudo apresentam 7% mais chances de desenvolverem doenças crônicas, assim como trabalhadores que não possuem carteira assinada têm aumentada essa possibilidade para 80% vezes de chances. As famílias que não consomem frutas, verduras e legumes com frequência têm 42% mais de chances de desenvolverem doenças crônicas.

Na análise bivariada do fator 3: doenças de ossos e coluna, observa-se que as variáveis que apresentam associação estatisticamente significativa ($p \leq 0,20$; IC80%) com o desfecho são: sexo; idade; trabalho; situação de trabalho; renda; recebimento de outros benefícios sociais; destino do lixo; autoavaliação de saúde; como se sentiu nos últimos 15 dias; uso de medicação; tipo de medicação; indicação de medicação; procura por serviços de saúde; problemas com cáries/canal.

A partir desses resultados, pode-se concluir que quilombolas que não recebem benefício social têm 52% vezes maior de chances de desenvolver doenças de ossos e coluna. Os sujeitos com idade entre 50-59 anos têm mais de 9% vezes maior de chances de desenvolver essas doenças.

Tabela 6 - Modelo final da análise multivariada de regressão logística dos fatores associados a doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016.

| FATORES ASSOCIADOS | OR AJUSTADA (IC 80%) |
|--|-----------------------------|
| FATOR 1: AGRAVOS EM SAÚDE MENTAL | |
| <i>Bloco 1: Fatores socioeconômicos</i> | |
| <i>Recebimento de benefícios sociais</i> | 1,63 (1,07-2,50) |
| <i>Bloco 2: Fatores ambientais</i> | |
| <i>Material utilizado na casa</i> | 3,22 (1,17-8,80) |
| <i>Continua</i> | |
| <i>Destino do lixo</i> | 1,51 (1,07-2,13) |
| <i>Tem banheiro</i> | 2,82 (1,17-6,77) |
| <i>Bloco 3: Fatores condições de saúde</i> | |
| <i>Autoavaliação de saúde</i> | 2,64 (1,92-3,65) |
| <i>Tipo de Medicação</i> | 0,15 (0,05-0,45) |
| <i>Problemas com cáries/canal</i> | 1,47 (1,07-2,01) |
| <i>Fatores demográficos</i> | |
| <i>Sexo</i> | 0,48 (0,34-0,67) |
| <i>Idade</i> | 1,84 (1,19-2,84) |
| FATOR 2: DOENÇAS CRÔNICAS | |
| <i>Bloco 2: Fatores ambientais</i> | |
| <i>Material utilizado na casa</i> | 3,18 (1,09-9,28) |
| <i>Tem banheiro</i> | 3,69 (1,36-10,01) |
| <i>Bloco 3: Fatores condições de saúde</i> | |
| <i>Autoavaliação de saúde</i> | 2,22 (1,48-3,33) |
| <i>Fatores demográficos</i> | |
| <i>Sexo</i> | 0,47 (0,32-0,68) |
| <i>Idade</i> | 1,87 (1,18-2,95) |
| FATOR 3: DOENÇAS DE OSSOS E DE COLUNA | |
| <i>Bloco 1: Fatores socioeconômicos</i> | |
| <i>Anos de estudo</i> | 1,77 (1,20-2,62) |
| <i>Bloco 3: Fatores condições de saúde</i> | |
| <i>Autoavaliação de saúde</i> | 1,64 (1,15-2,32) |
| <i>Tipo de medicação</i> | 6,12 (2,59-14,4) |
| <i>Fatores demográficos</i> | |
| <i>Idade</i> | 1,61 (1,03-2,51) |

Fonte: autores (2017).

A tabela 6 descreve o resultado da análise multivariada referente aos fatores sociodemográficos, ambientais e das condições de saúde analisados com relação aos fatores que mais representam as doenças e agravos de maior prevalência nas comunidades quilombolas.

A partir da interação hierárquica entre os modelos, a hipótese de modificação de efeito por idade e sexo, foi confirmada para os três fatores. Das interações mais significativas no fator 1: agravos em saúde mental, destaca-se que as famílias quilombolas mais

vulnerabilizadas em suas condições socioeconômicas e ambientais se encontram com maiores chances de desenvolver agravos em saúde mental.

O não recebimento de benefícios sociais aumenta em 63% vezes a possibilidade para o aparecimento desses agravos. Além disso, o fato de residir em casas de adobe ou taipa eleva em 3,22 vezes as chances dos quilombolas de terem agravos em saúde mental.

No fator 2: doenças crônicas, as condições ambientais estão associadas significativamente com essas doenças. Observou-se que as famílias que residiam em casas de adobe ou taipa apresentavam 3,18 mais chances de ter doenças crônicas, possibilidade aumentada 3,69 vezes quando as famílias não têm banheiro em casa.

No fator 3, observou-se que quilombolas com menos de 8 anos de estudo têm 77% mais de chances de desenvolver doenças de ossos e coluna. Condição aumentada para 6,12 vezes para o uso de determinados medicamentos (psicotrópicos, anti-hipertensivo, entre outros).

DISCUSSÃO

A prevalência de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, demonstra as precárias condições de vida e saúde em que sempre viveu essa população. Trata-se de condições as quais envolvem diversos fatores, sendo necessária uma análise ampla, que considere características sociais, demográficas, econômicas, das condições de saúde, entre outras. Sendo assim, a análise multivariada de fatores sociais que possam estar associados, seja de forma mais distal ou mais proximal a doenças e agravos em populações vulnerabilizadas, proporciona um avanço considerável no que tange às condições de saúde desses grupos.

No presente estudo, as doenças e agravos de maior prevalência estão representados em três agrupamentos, os quais respondem às maiores prevalências de adoecimento nas comunidades quilombolas: doenças de ossos e coluna (50,0%), agravos em saúde mental (48,8%) e doenças crônicas (39,2%). Ressalta-se que, após análise fatorial, as doenças parasitárias acabaram sendo abarcadas no agrupamento dos agravos em saúde mental, como resultado do processo de análise proveniente das matrizes fatoriais, apresentando uma prevalência de 25,0%.

Dentre as doenças e agravos de maior prevalência foi possível observar que a taxa de prevalência de transtornos mentais comuns foi, em média, 10% maior na comunidade da Matinha dos Pretos, quando comparada com a outra comunidade quilombola estudada. Essa

proporção maior foi observada, possivelmente, pelo fato de a comunidade da Matinha dos Pretos possuir uma renda familiar inferior à da Lagoa Grande, e a relação entre menor renda e TMC já foi encontrada em outros estudos com populações vulneráveis socioeconomicamente (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; 5, MOREIRA et al., 2011).

Em relação à hipertensão arterial, a prevalência foi superior na Matinha (24,5%). Essa diferença se deve, possivelmente, ao fato da diferença do estilo de vida entre as comunidades quilombolas, uma vez que na Matinha dos Pretos foram verificados relatos de hábitos alimentares menos saudáveis e menor prática de exercícios físicos.

Referente às doenças de ossos (16,3%) e coluna (43,6%), a frequência se apresentou mais elevada na Lagoa Grande, assim como foi mais alta a prevalência de doenças parasitárias (37,6%), sendo superior a outra comunidade. Essa diferença entre as comunidades, possivelmente, é explicada pelo número superior de trabalhadores informais na Lagoa Grande, exercendo trabalhos braçais, assim como a maior taxa de doenças parasitárias, provavelmente esteja associada à ausência de posto de saúde nessa comunidade, fato que inviabiliza maiores ações no setor sanitário, quando comparada à comunidade da Matinha dos Pretos, a qual possui posto de saúde.

A prevalência de agravos em saúde mental na população estudada foi elevada, sendo que esse grupo está representado pelos seguintes agravos: ansiedade (26,7%); fobias (12,3%) e transtornos mentais comuns (18,4). Essa elevada taxa também foi identificada em um estudo epidemiológico nos Estados Unidos, em 2010, com 4.351 adultos sul-africanos, em que se observou que todos os negros (africanos) inicialmente relatavam níveis mais elevados de sofrimento mental do que os brancos (WILLIAMS et al., 2010).

Os achados desse estudo apontam para a associação estatisticamente significativa entre precárias condições sociais e ambientais, das condições de saúde e os agravos em saúde mental. Observa-se que, a autoavaliação da saúde como ruim eleva as chances de 2,64 vezes para este agravo. Condição superior a encontrada no estudo realizado por Barroso et al. (2014), com comunidades quilombolas de Vitória da Conquista-BA, em que se verificou 14% de chances para a triagem positiva para a depressão. Essa diferença possivelmente reside no fato do presente estudo ter considerado mais opções de agravos em saúde mental, não se restringindo, apenas, à triagem positiva para depressão.

Também se constatou nesta pesquisa que as condições insalubres relacionadas à moradia, ausência de cobertura de lixo e inexistência de banheiro, respondem de forma significativa ao desenvolvimento de sofrimento mental, e esses resultados são similares aos estudos realizados nos Estados Unidos com a população afrodescendente, os quais já

identificaram que essa população tem mais sofrimento mental em decorrência do pouco acesso aos recursos socioeconômicos (MCGUIRE; MIRANDA, 2008). Acrescenta-se que, o sofrimento mental também é considerado um agravo de grandes impactos sociais, uma vez que possui relação com a condição de vida, sendo evidenciada associação estatisticamente significativa entre transtornos mentais comuns (TMC) e fatores associados à pobreza, como baixa escolaridade (SILVA; SANTANA, 2012).

No que diz respeito especificamente aos achados de TMC nesse estudo, a prevalência (18,4%) foi semelhante a uma pesquisa realizada com 848 pessoas em condição de vulnerabilidade social, na cidade de Campinas, em 2016, em que se observou prevalência de 18,7% (SENICATO, et al., 2016). Quadro ilustrativo que vem reforçar a associação dos fatores socioeconômicos e os agravos em saúde mental.

Concernente ao recebimento de benefício social se apresentar como um fator de proteção para o desenvolvimento de agravos em saúde mental, pode ser justificado a partir do modelo conceitual adotado por este estudo, em que se pressupõe que o fato das famílias receberem ajuda financeira do governo, possibilitam que elas disponham de melhores condições de alimentação, de moradia e, conseqüentemente, melhor nível de saúde mental, uma vez que a segurança econômica, de certa maneira, ameniza possíveis estresses, situações de ansiedade, decorrentes de problemas financeiros. Além disso, já são reconhecidos os impactos positivos do programa de transferência de renda Bolsa Família, para a melhoria da saúde geral das famílias mais vulnerabilizadas socioeconomicamente (BRASIL, 2013).

Quanto ao sexo, no presente estudo, os agravos em saúde mental foram maiores entre os quilombolas do sexo feminino (55,3%), na faixa etária de 40-49 anos. Este achado é similar ao encontrado em outro estudo com populações também vulnerabilizadas (SENICATO, et al., 2016).

Por sua vez, foi identificada na presente pesquisa uma prevalência de doenças parasitárias de 25,0%. Por outro lado, alguns estudos têm observado maior prevalência dessas doenças (35,4%) (AMORIM et al., 2013). Sabe-se que, quando comparada às investigações das doenças parasitárias, intestinais e infecciosas, verifica-se forte associação com as péssimas condições higiênico-sanitárias em que vivem os quilombolas, refletidas através da ingestão de água não tratada, da ausência de esgotamento sanitário, do acúmulo de lixo e dos despejos incorretos dos dejetos (CABRAL-MIRANDA; DATTOLI; DIAS-LIMA, 2010; DAMAZIO et al., 2013).

Desse fato, o presente estudo vem confirmar essa relação entre fatores ligados às condições sanitárias e ao aparecimento de doenças parasitárias, posto que se constatou que a

ausência de cobertura de lixo aumenta em 1,51 vezes mais de chances de ter essas doenças, assim como não ter banheiro eleva as chances para 2,82 vezes. Ademais, o material utilizado na construção da casa foi um fator determinante para o aparecimento de doenças parasitárias, fato que corrobora com outro estudo em comunidades quilombolas acerca da avaliação de infecções parasitárias (CUNHA et al., 2013).

Outros achados importantes do presente estudo se referem às doenças crônicas, nesse agrupamento estão incluídas as doenças crônicas que tiveram maior prevalência, tais como, hipertensão (22,3%); diabetes (7,8%); doenças cardíacas (5,9%) e doenças do aparelho circulatório (7,5%).

Cabe salientar que existe um elevado índice de doenças crônicas entre as populações negras rurais, quando comparadas com o restante da sociedade (MELO; SILVA, 2015), apresentando diferenciais nos fatores de risco segundo raça/cor, os quais podem ser explicados por aspectos culturais, por diferenças socioeconômicas, que determinam menor acesso a bens e menor oportunidade para população negra (MALTA et al., 2015). Esse índice, também foi constatado no presente estudo, uma vez que as doenças crônicas representam uma proporção de 39,2% das doenças mais prevalentes nas comunidades quilombolas estudadas.

Oliveira (et al., 2016) realizou um estudo transversal com comunidades quilombolas no estado de Minas Gerais, com 756 pessoas, no ano de 2016, e observou que os principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis nessa população estavam relacionados com o estilo de vida: 23,5%; por consumo de refrigerante; 41,8% consumo de carne com gordura; 66,1% com o baixo consumo de frutas; 63,9% para o sedentarismo e 47,9% excesso de peso, com destaque para maior prevalência para os homens e menor escolaridade.

Em consonância a esses achados, foi verificado na presente pesquisa associação estatisticamente significativa dos fatores ambientais e das condições de saúde com as doenças crônicas. O fato de os quilombolas residirem em casas de adobe ou taipa aumentam em 3,18 vezes as chances de desenvolvimento dessas doenças, bem como a inexistência de banheiro nas residências aumenta a possibilidade de doença crônica em 3,69 vezes. Contudo, cabe salientar que não foi encontrada associação entre essas doenças e as condições socioeconômicas.

Como a condição sanitária e de moradia se relaciona, geralmente, de forma direta com as condições socioeconômicas, chega-se à conclusão de que os fatores socioeconômicos acabam por mediar as condições ambientais e sanitárias. Dessa

realidade, constata-se que a prevalência de doenças crônicas está mais relacionada com o *status* social, nível educacional e renda (CNDSS, 2008).

No que tange à variável sexo e idade, constatou-se que grande parte das pessoas com doenças crônicas é do sexo feminino (44,8%), resultado que corrobora com os estudos de (BEZERRA et al., 2013; MELO; SILVA, 2015) acerca das doenças crônicas em populações quilombolas, divergindo de outro estudo de base populacional, com quilombolas do estado de Minas Gerais, em que a maior prevalência foi de homens (OLIVEIRA et al., 2016). No entanto, em relação à idade, observou-se que no referido estudo a idade de maior prevalência se encontra na faixa etária entre 40-49 anos, achado que difere de outra pesquisa com doenças crônicas com comunidade quilombolas, em que foi observado maior frequência na idade compreendida de 18-29 anos (MELO; SILVA, 2015).

Dentre as doenças de maior prevalência por razões étnicas na população afrodescendente, destacam-se a hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Sobre essa realidade, ressalta-se uma das maiores referências nacionais, uma pesquisa realizada em quatro comunidades negras rurais do médio São Francisco-BA, em que se verificou uma prevalência de pressão arterial de 14,3%, apresentando forte associação com a obesidade. Concernente à diabetes, observou-se que a população negra tem menos frequência de diagnóstico prévio, condição que traduz, possivelmente, as diferentes condições sociais entre os negros e brancos, que reflete no acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2001).

Na presente pesquisa verificou-se uma prevalência de hipertensão de 22,3%, resultado semelhante ao encontrado no estudo realizado com outras populações quilombolas da Bahia (23%) (AMORIM et al., 2013; SILVA, 2007). Todavia, essa prevalência se mostrou inferior a de outras pesquisas realizadas com quilombolas do Maranhão (70,4%) (SILVA; FERREIRA; RODRIGUES, 2016); Rio Grande do Sul (38,3%) (PAULI, 2016) e da Paraíba (58%) (SILVA, 2015).

Em relação à prevalência de diabetes (7,8%), apresentou-se superior a um dos poucos estudos acerca da avaliação dessa doença (2,6%) (AMORIM et al., 2013). A condição das menores taxas de diabetes encontradas nessa população pode ser justificada pelo fato da população negra ter menos frequência de diagnóstico prévio (BRASIL, 2001), realidade que inviabiliza a realização de estimativas mais abrangentes.

Frente às constatações relacionadas com as doenças de ossos e coluna, verificou-se uma prevalência de 50%, com maior frequência no sexo feminino (52,5%), sendo que esta prevalência se eleva com o aumento da faixa etária. Esse resultado pode se relacionar aos

problemas ligados aos níveis de hormônios das mulheres que são afetados devido à menopausa.

Em relação às doenças cardíacas, a prevalência foi (5,9%) superior à taxa encontrada em outras comunidades quilombolas da Bahia (3,2) (AMORIM et al., 2013). Outros estudos têm apontado taxas mais elevadas de doenças cardiovasculares em afro-americanos, quando comparados à população branca, e essa situação está relacionada, especialmente, com condições socioeconômicas. (WILLIAMS; LEAVELL, 2012).

Já no que tange às doenças do aparelho circulatório, a prevalência na presente pesquisa foi de 7,5%, taxa inferior a encontrada nas populações quilombolas do estado do Maranhão (11,1%) (FERREIRA,2015).

Ademais, sobre as doenças de ossos e de coluna, verificou-se que os indivíduos com menos de 8 anos de estudo têm 77% mais chance de desenvolver doenças de ossos e coluna. Contudo, a chance se eleva para quilombolas na faixa etária de 50-59 anos para 11,9 vezes. Além disso, observou-se que a autoavaliação de saúde e o tipo de medicação utilizado aparecem, também, associados com o desenvolvimento dessa doença.

Em relação às doenças de coluna, encontrou-se uma prevalência superior (38,4%) à média nacional de populações que não são quilombolas, mas que residem em áreas rurais, as quais também realizam trabalhos braçais (21,3%) (IBGE, 2014). É possível que haja contribuição do fato dos quilombolas representarem uma população tradicionalmente ligada às atividades do campo, em funções como agricultor e lavrador, condição que envolve a utilização de instrumentos pesados, de manuseio manual, onde se exige muito esforço físico, gerando muitas lesões na coluna.

Reconhecidamente, as doenças de coluna estão associadas ao sexo, idade, situação de trabalho e doenças prévias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011). Referente à idade, observa-se na presente pesquisa que, as chances de desenvolver doenças de coluna se elevam conforme o aumento de idade, sendo mais prevalente na faixa etária de 50-59 anos, corroborando com estudos nacionais com adultos brasileiros (IBGE, 2014). Nessa faixa etária de 50-59 anos, os quilombolas têm 11,9 vezes de chance de desenvolver doenças de coluna.

Após ajuste, verificou-se que a doença de coluna estava associada com anos de estudo e não se observou associação com a situação de trabalho. Contudo, tal resultado pode indicar uma relação entre menos anos de estudo e a condição de informalidade no trabalho em que vivem grande parte da população quilombola estudada. Por sua vez, o fator educacional expressa uma das questões que mais vulnerabiliza os grupos remanescentes de quilombos. Na

maior comunidade quilombola do Brasil, Kalunga-GO, estima-se que, em média, 80,0% dos moradores possuem ensino fundamental incompleto, tendo 10% que só assinam o nome (NEIVA, 2008). Do mesmo modo, nas comunidades de Minas Gerais a taxa de analfabetismo chega a 54,2% (RIBEIRO; MORAIS; PINHO, 2015; SANTOS; SILVA, 2014).

A relação não direta entre a situação de trabalho e problemas ligados a coluna também foi evidenciada em um inquérito domiciliar realizado com adultos quilombolas em um município da Bahia, em que se identificou uma prevalência de dor nas costas de 39,3%, estando associado com idade ≥ 30 anos, não sendo associada à situação de trabalho (SANTOS, ASSUNÇÃO; LIMA, 2014).

É importante salientar que, os fatores sociais, de forma isolada, não explicam as doenças e agravos, mas na interação com outras variáveis potencializam determinadas associações. Ou seja, os fatores socioeconômicos que dispõem os quilombolas influenciam na qualidade de vida dos mesmos, o que afeta as condições de moradia, além de predizerem o nível do acesso aos serviços de saúde, o que influencia nas condições de saúde.

Apesar de o estudo ter tido um significativo alcance quanto aos objetivos propostos, através da mostra robusta dos achados, algumas limitações devem ser consideradas. Como se sabe, a realização de estudos de base populacional, através da aplicação de inquéritos está sujeito a vieses por parte dos entrevistadores e dos entrevistados, os quais nem sempre são passíveis de controle, a exemplo das questões que necessitam memorização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, expressa as condições de vida e saúde, em que vivem essas populações. Como esperado, a associação entre doenças e agravos e os fatores demográficos, socioeconômicos, ambientais e das condições de saúde, foi confirmada nesse estudo.

Os resultados encontrados na presente pesquisa apontam a condição vulnerabilizada em que se encontram as comunidades de remanescente de quilombos do município de Feira de Santana-BA, achados que são semelhantes à realidade de outras populações quilombolas no país. Nesse sentido, discutiu-se que, mesmo considerando os avanços ocorridos após a implementação de políticas públicas, como o PBQ, muito ainda necessita ser feito para melhorar a condição de vida e saúde dessas populações.

A partir desses achados, pôde-se dar maior visibilidade às condições de vida e saúde das populações quilombolas. Ressalta-se que as condições que vulnerabilizam essas

comunidades não diferem das outras, uma vez que estão associadas com os baixos níveis de escolaridade, assim como do insuficiente acesso a bens materiais e recursos sociais.

Espera-se que os resultados encontrados possam subsidiar o avanço da PNSIPN e do programa PBQ, em todo território nacional, visando à melhoria da qualidade de vida dos grupos remanescentes de quilombo. Além disso, que possam contribuir para a implementação de políticas sociais e de saúde específicas, assim como para a realização de intervenções intersetoriais com aplicabilidade loco-regional.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M.; et al. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. **Bioscience Journal**, v. 29, n. 4, 2013, p. 1049-1057.

ARRUTI, J. M. A. As comunidades negras rurais e suas terras: a disputa em torno de conceitos e números. **Dimensões Revista de História da UEFS**, v. 1, n. 14, 2002, p.243-246.

BARROSO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Depression in former slave communities in Brazil: screening and associated factors. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 4, 2014, p. 256-263.

BEZERRA, V. M.; et al. Quilombo communities in Vitória da Conquista, Bahia State, Brazil: hypertension and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, 2013, p. 1889-1902.

BRASIL. **DECRETO Nº 4.887, 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, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 123), 2001. 78 p.

BRASIL. **Pesquisa de avaliação da situação de segurança alimentar e nutricional em comunidades quilombolas tituladas**. Brasília: Fundação Euclides da Cunha de Apoio Institucional à Universidade Federal Fluminense (FEC-UFF) Núcleo de Pesquisas Sociais Aplicadas, Informações e Políticas Públicas da Universidade Federal Fluminense (DataUFF), 2013a. Disponível em:
<https://aplicacoes.mds.gov.br/.../sumário%20pronto_QUILOMBOLAS%202013.pdf>.
Acesso em: 2 out. 2017.

BRASIL. **Impacto do Bolsa Família na saúde é incontestável**, 2013b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2013/10/impacto-do-bolsa-familia-na-saude-e-incontestavel>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

CABRAL-MIRANDA, G.; DATTOLI, V. C. C.; DIAS-LIMA, A. Enteroparasitos e condições socioeconômicas e sanitárias de uma comunidade Quilombola do Semiárido Baiano. **Revista de Patologia Tropical**, v. 39, n. 1, 2010, p. 48-55.

CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

CUNHA, G. M.; et al. Prevalência da infecção por enteroparasitas e sua relação com as condições socioeconômicas e ambientais em comunidades extrativistas do município de Cairu -BA. **REEC - Revista Eletrônica de Engenharia Civil**, 2013, v. 7, n. 2, p.27-36. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/reec/rt/captureCite/27445/0>>. Acesso em: 18 maio. 2016.

DAMAZIO, S. M.; et al. Intestinal parasites in a quilombola community of the Northern State of Espírito Santo, Brazil. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 55, n. 3, 2013, p. 179-183.

FERREIRA, J. N. **Condições de saúde de população negra remanescente de quilombo em Alcântara - MA**. 2015. 149 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

FREITAS, D. A.; et al. Health and quilombolas communities. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 5, 2011, p. 937-943.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: [s.n.].2013, Disponível em: <<http://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 14 abril. 2016.

MALTA, D. C.; et al. Differentials in risk factors for chronic non-communicable diseases from the race/color standpoint. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, 2015, p. 713-725.

MCGUIRE, T. G.; MIRANDA, J. Racial and Ethnic Disparities in Mental Health Care: Evidence and Policy Implications. **Health affairs (Project Hope)**, v. 27, n. 2, 2008, p. 393-403.

MELO, M. F. T. DE; SILVA, H. P. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, v. 7, n. 16, 2015, p. 168-189.

NEIVA, A. C. G. R.; et al. **Caracterização socioeconômica e cultural da comunidade quilombola Kalunga de Cavalcante, Goiás, Brasil: Dados Preliminares**. Apresentação de Trabalho Científico no IX Simpósio Nacional Cerrado apresentado em IX Simpósio Nacional Cerrado. Brasília, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10383/1/3333333333.pdf>>. Acesso em: 22 junh. 2015.

OLIVEIRA, S. K. M.; et al. Risk factors for non-communicable chronic diseases in quilombo communities in northern Minas Gerais, Brazil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, 2016, p. 420-427.

PAULI, S. **Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil**. 2016. 131f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, 2016.

RIBEIRO, G.; MORAIS, F. M. DE O.; PINHO, L. de. Segurança alimentar de comunidade quilombola no Norte de Minas Gerais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 3, 2015, p. 1245-1250.

SANTOS, L. R. C. S.; ASSUNÇÃO, A. A.; LIMA, E. P. **Rev. Saúde Pública**, v.48, n.5, 2014, p.750-757.

SANTOS, K. O. B.; et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do *self-reporting questionnaire* (SRQ-20). **Rev. Baiana de Saúde Pública**, vol. 34, n. 3, 2010.

SANTOS, R. C. DOS; SILVA, M. S. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, 2014, p. 1049-1063.

SENICATO, C.; et al. TRANSTORNO MENTAL COMUM EM MULHERES ADULTAS: IDENTIFICANDO OS SEGMENTOS MAIS VULNERÁVEIS. **Ciência e Saúde Coletiva para a Sociedade**, 2016.

SILVA, D. F.; SANTANA, P. R. DE S. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, 2012, p. 175-185.

SILVA, C. B. R. DA; FERREIRA, C. G. S.; RODRIGUES, F. L. SAÚDE QUILOMBOLA NO MARANHÃO. **Revista Ambivalências**, v. 4, n. 7, 2016, p. 106-133.

SILVA, J. A. N. DA. Sanitary and health conditions at Caiana dos Crioulos, a quilombo community in the State of Paraíba. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, 2007, p. 111-124.

SILVA, J. A. N. Condições de moradia e de saúde em três comunidades quilombolas do estado da Paraíba. **Cadernos Imbondeiro**, v. 4, n. 1, 2015, p. 1-12.

SOARES, T. M. Utilização da teoria da resposta ao item na produção de indicadores sócio-econômicos. **Pesquisa Operacional**, v. 25, n. 1, 2005, p. 83-112.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Coluna cartilha para pacientes**, 2011.

SOUZAS, R.; et al. **PROJETO COMQUISTA-RESULTADOS**, 2015. Disponível em: <http://www.ims.ufba.br/wp-content/uploads/downloads/2015/02/Boletim_Epidemiol%C3%B3gico.pdf>. Acesso em: 3 out. 2017

VOLOCHKO, A; BATISTA, L. E. Saúde nos Quilombos. **Temas em Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, 2009, p. 1-304.

WHO. **Commission on Social Determinants of Health - final report**. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/>. Acesso em: 19 abr. 2017.

WILLIAMS, D. R. Race, socioeconomic status, and health. The added effects of racism and discrimination. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 896, 1999, p. 173-188.

WILLIAMS, D. R.; et al. Race, socioeconomic status, and health: complexities, ongoing challenges, and research opportunities. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1186, 2010, p. 69-101.

WILLIAMS, D. R.; LEAVELL, J. The social context of cardiovascular disease: challenges and opportunities for the Jackson Heart Study. **Ethnicity & Disease**, v. 22, n. 3, 2012, p. S1-15-21. Suplemento I.

WORKSHOP INTERAGENCIAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA. **Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade**. Brasília: PNUD, 2001.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia, expressa as condições de vida e saúde, em que vivem essas populações. Como esperado, a associação entre doenças e agravos e os fatores demográficos, socioeconômicos, ambientais e das condições de saúde, foi confirmada nesse estudo.

Os resultados encontrados na presente pesquisa apontam a condição vulnerabilizada que se encontram as comunidades de remanescente de quilombos do município de Feira de Santana, Bahia, achados que são semelhantes à realidade de outras populações quilombolas no país. Nesse sentido, discutiu-se que, mesmo considerando os avanços ocorridos após a implementação de políticas públicas, como o Programa Brasil Quilombola (PBQ), muito ainda necessita ser feito para melhorar a condição de vida e saúde dessas populações.

A partir desses achados pôde-se dar maior visibilidade as condições de vida e saúde das populações quilombolas. Ressalta-se que as condições que vulnerabilizam essas comunidades não diferem das outras, vez que estão associadas com os baixos níveis de escolaridade, assim como do insuficiente acesso a bens materiais e recursos sociais.

Espera-se que os resultados encontrados possam subsidiar o avanço da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e do programa PBQ, em todo território nacional, visando a melhoria da qualidade de vida dos grupos remanescentes de quilombo. Além disso, que possam contribuir para a implementação de políticas sociais e de saúde específicas, assim como para a realização de intervenções intersetoriais com aplicabilidade loco-regional.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, R. A. Do; MALBERGIER, A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da prefeitura do *campus* da Universidade de São Paulo (USP) - *campus* capital. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2004, v. 26, n. 3, p. 156-163.
- AMORIM; I. G.; GERMANI, G. I. **Quilombos da Bahia: presença incontestável**. Apresentação de Trabalho no X Encontro de Geógrafos da América Latina. Universidade de São Paulo, 2005. Disponível em: <bservatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal10/Geografiasocioeconomica/Geografiadela poblacion/03.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2016
- AMORIM, M. M.; et al. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. **Bioscience Journal**, 2013, v. 29, n. 4, p. 1049-1057.
- ANJOS. R. S. A. O espaço geográfico das comunidades remanescentes de antigos quilombos no Brasil, **Rev. Bras. Extensão Universitária**. Rio de Janeiro, 2013, v. 1, n. 1, p. 52-57.
- ARAUJO. E. M. DE **Mortalidade por causas externas e raça cor da pele: uma das expressões das desigualdades sociais**. 2007. 204 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2007.
- ARAÚJO, E. M. De; et al. The use of the variable of race/color within Public Health: possibilities and limits. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2009, v. 13, n. 31, p. 383-394.
- ARAÚJO, E. M. De; et al. Desigualdades em saúde e raça/cor da pele: revisão da literatura do Brasil e dos Estados Unidos (1996-2005). **Saúde Coletiva**, 2010, v. 40, n. 7, p. 116-121.
- ARRUTI, J. M. A. As comunidades negras rurais e suas terras: a disputa em torno de conceitos e números. **Dimensões Revista de História da UEFES**, 2002, v. 1, n. 14, p.243-246.
- ARRUTI, J. M. Quilombos. **Jangwa Pana**, 2009, v. 8, n. 1, p. 102-121.
- BARROSO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Depression in former slave communities in Brazil: screening and associated factors. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 2014, v. 35, n. 4, p. 256-263.
- BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde em Debate**, 2013, v. 37, n. 99, p. 681-690.
- BENTO, M. A. S.; BEGHIN, N. **Juventude negra e exclusão radical: políticas sociais - acompanhamento e análise**. BRASIL: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2005. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/4583>>. Acesso em: 25 jun. 2016.
- BEZERRA, V. M.; et al. Quilombo communities in Vitória da Conquista, Bahia State, Brazil: hypertension and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, 2013, v. 29, n. 9, p. 1889-1902.

BORGES, W. D. **Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e seus determinantes bioantropológicos em populações quilombolas da Amazônia**. 2011. 82 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias) - Universidade Federal do Amazonas - Universidade Federal do Pará, Pará, 2011.

BRASIL. **DECRETO Nº 4.887, 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, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 123), 2001. 78 p.

BRASIL. **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da EQUIDADE**. Fundação Nacional de Saúde, 2004. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/download/Projeto%20914BRA3002%20Saude%20da%20Pop%20Negra.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. BRASÍLIA: Secretaria Especial de Políticas da Igualdade Racial (SEPPIR), 2007.

BRASIL. **I Seminário Nacional de Saúde da População Negra**. Ministério da Saúde. Departamento de apoio á gestão participativa. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília, 2007.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: texto promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº1 a 6/1994. Sec. 35°. Brasília, 2012.

BRASIL. **Pesquisa de avaliação da situação de segurança alimentar e nutricional em comunidades quilombolas tituladas**. Fundação Euclides da Cunha de Apoio Institucional à Universidade Federal Fluminense (FEC-UFF). Núcleo de Pesquisas Sociais Aplicadas, Informações e Políticas Públicas da Universidade Federal Fluminense (Data UFF). Brasília, 2013. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/.../sumário%20pronto_QUILOMBOLAS%202013.pdf>. Acesso em: 2 out. 2017.

BRASIL. **Impacto do Bolsa Família na saúde é incontestável**, 2013. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2013/10/impacto-do-bolsa-familia-na-saude-e-incontestavel>>. Acesso em: 13 mar. 2017

BRASIL. **Situação Social da População Negra por estado**: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2014. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=24121>. Acesso em: 31 mar. 2016.

BRASIL. **Medida Provisória estabelece nova organização dos Ministérios**, 2016. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/medida-provisoria-estabelece-nova-organizacao-dos-ministerios-2>>. Acesso em: 1 out. 2016.

BRASIL, **Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas**: Secretaria de Promoção de Igualdade Racial. Brasília, 2012.

BREILH, J. Las três “S” de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la vida y la salud, In: NOGUEIRA, R. P. **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. AMERICA LATINA: [s.n.]. 2010. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>>. Acesso em: 18 maio. 2016.

BROWN, T. A. **Confirmatory Factor Analysis for Applied Research, First Edition (Methodology in the Social Sciences)**. 1. ed. New York: The Guilford Press, 2006.

BRUNO, I. F.; et al. Avaliação da doença periodontal em adultos na população quilombola. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, 2013, v. 1, n. 2, p. 33-39.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2007, v. 17, n. 1, p. 77-93.

CABRAL-MIRANDA, G.; DATTOLI, V. C. C.; DIAS-LIMA, A. Enteroparasitos e condições socioeconômicas e sanitárias de uma comunidade Quilombola do Semiárido Baiano. **Revista de Patologia Tropical**, 2010, v. 39, n. 1, p. 48-55.

CARDOSO, L. G. V.; et al. Prevalence of moderate and excessive alcohol consumption and associated factors among residents of Quilombo Communities (hinterland settlements founded by people of African origin) of Vitória da Conquista, Bahia, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015, v. 20, n. 3, p. 809-820.

CARVALHO, A. S. **Concepções sobre Segurança alimentar e nutricional pelos quilombos da comunidade de Tijuáçu, Bahia: Uma abordagem Etnográfica sobre o PAA**. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Universidade Federal de Recife, Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. **ABRASCO. Saude Movimento**, 1997, v. 1, n. 4, p. 31-75.

CHOR, D.; LIMA, C. R. DE A. Epidemiologic aspects of racial inequalities in health in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2005, v. 21, n. 5, p. 1586-1594.

CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

CRUZ, I. C. F. DA. Saúde e iniquidades raciais no Brasil: o caso da população negra. **Braz.J. Nurs. (Online)**, v. 5, n. 2, 2006, p.1-10. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/400/95>. Acesso em: 25 fev. 2016.

CUNHA, G. M.; et al. Prevalência da infecção por enteroparasitas e sua relação com as condições socioeconômicas e ambientais em comunidades extrativistas do município de Cairu -BA. **REEC - Revista Eletrônica de Engenharia Civil**, 2013, v. 7, n. 2, p.27-36. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/reec/rt/captureCite/27445/0>>. Acesso em: 18 maio. 2016.

DAMAZIO, S. M.; et al. Intestinal parasites in a quilombola community of the Northern State of Espírito Santo, Brazil. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, 2013, v. 55, n. 3, p. 179-183.

EVANS, S. J. Uses and abuses of multivariate methods in epidemiology. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 1988, v. 42, n. 4, p. 311-315.

FERREIRA, J. N. **Condições de saúde de população negra remanescente de quilombo em Alcântara - MA**. 2015. 149 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

FREITAS, D. A.; et al. Health and quilombolas communities. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 5, 2011, p. 937-943.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Quadro geral por estados de comunidade remanescentes de quilombo**. 2014. Disponível em: <<http://www.palmares.gov.br>>. Acesso em: 22 set. 2014.

FURTADO, M. B.; PEDROZA, R. L. S.; ALVES, C. B. Quilombola culture, identity and subjectivity: a cultural psychology perspective. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, 2014, p. 106-115.

HENRIQUES, R. **Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90**. BRASIL: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2001. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0807.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2016.

HERINGER, R. Racial inequalities in Brazil: a synthesis of social indicators and challenges for public policies. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, 2002, p.57-65. Suplemento.

IDROVO, A. J.; RUIZ-RODRÍGUEZ, M.; MANZANO-PATIÑO, A. P. Beyond the income inequality hypothesis and human health: a worldwide exploration. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, 2010, p. 695-702.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico**. BRASIL: IBGE, 2016. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2016>. Acesso em: 1 ago. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico**. BRASIL: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: [s.n.].2013, Disponível em: <<http://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 14 abril. 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. Brasília (DF), IPEA, 2011, 39 p.

JARDIM, P. C. B. V.; et al. Pressão arterial em comunidade negra isolada remanescente de quilombo - Norte de Goiás - Kalunga. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 58, n. 4, 1992, p. 289-293.

KOCHERGIN, C. N.; PROIETTI, F. A.; CÉSAR, C. C. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 7, 2014, p. 1487-1501.

LAURELL, A. C. **A saúde-doença como processo social**. São Paulo: Global, 1983.

LEITE, I. B. O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais. **Estudos Feministas**, v. 16, n. 3, 2008, p. 965.

LOPES, F. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para promoção da equidade**. Brasília: [s.n.]. 2004, Disponível em: <
<http://sna.saude.gov.br/download/Projeto%20914BRA3002%20Saude%20da%20Pop%20Negra.pdf>. Acesso em: 15/09/2016.

LUDERMIR, A. B.; FILHO, M.; DE, D. A. Living conditions and occupational organization associated with common mental disorders. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, 2002, p. 213-221.

KRIEGER, N.; et al. Racism, Sexism and social class, implications for studies of health, diseases and well being. **American Journal of Preventive Medicine**, vol.9, n.1, 1993, p.82-122.

MACÊDO, T. C. N. De; et al. Factors related to periodontal disease in a rural population. **Brazilian Oral Research**, v. 20, n. 3, 2006, p. 257-262.

MALTA, D. C.; et al. Differentials in risk factors for chronic non-communicable diseases from the race/color standpoint. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, 2015, p. 713-725.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. **Lancet (London, England)**, v. 365, n. 9464, 2005, p. 1099-1104.

MARQUES. C. E. **Remanescentes das Comunidades de Quilombos, da resignificação ao imperativo legal**. 2008. 172 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

MCGUIRE, T. G.; MIRANDA, J. Racial and Ethnic Disparities in Mental Health Care: Evidence and Policy Implications. **Health affairs (Project Hope)**, v. 27, n. 2, 2008, p. 393-403.

MEDEIROS, D. S. De.; et al. Utilização de medicamentos pela população quilombola: inquérito no Sudoeste da Bahia. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n.5, 2013, p. 905-913.

MEDRONHO, R. A.; et al. **Epidemiologia**. 2^a ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MELO, M. F. T. DE; SILVA, H. P. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, v. 7, n. 16, 2015, p. 168-189.

MENDONÇA, L. C. **Escrevivendo: escrita de remanescentes quilombolas no domínio escolar e na vida cotidiana: uma abordagem dialógica**. 2014. 250 f. Tese (Doutorado em Letras) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, 2014.

MORAES, A. A. V. DE. **Conhecendo Feira de Santana: Olhares sobre a cidade. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana**, 2004.

MOREIRA, J. K. P.; et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr**, v. 60, n. 3, 2011, p. 221-226.

MUNANGA, K. Origem e histórico do quilombo na África. **Revista USP**, v. 0, n. 28, 1996, p. 56-63.

NASCIMENTO, M. A. A. Do. As práticas populares de cura no povoado Matinha dos Pretos-BA: Eliminar, reduzir ou convalidar? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 50, n. 3, 1997, p. 459-459.

NEIVA, A. C. G. R.; et al. **Caracterização socioeconômica e cultural da comunidade quilombola Kalunga de Cavalcante, Goiás, Brasil: Dados Preliminares**. Apresentação de Trabalho Científico no IX Simpósio Nacional Cerrado apresentado em IX Simpósio Nacional Cerrado. Brasília, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10383/1/3333333333.pdf>>. Acesso em: 22 junh. 2015.

NUNES, D. J. **Saúde da criança em Comunidades Quilombolas: uma revisão sistemática**. 2013, 40 f. Monografia (curso de graduação em Medicina) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

NUNES, A.; et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medindo_desigual.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2017.

OLIVEIRA, K. B. S.; et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-reporting Questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, 2011, p. 544-560.

OLIVEIRA, F. O recorte racial/étnico e a saúde reprodutiva: mulheres negras. In: PAIXÃO, M.; et al. **Desigualdade racial e crise: indicadores de acesso ao mercado de trabalho metropolitano desempregados por cor ou raça em 2009**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2009. Disponível em: <<http://www.ie.ufrj.br>>. Acesso em: 15 set. 2016.

OLIVEIRA, S. K. M.; et al. Risk factors for non-communicable chronic diseases in quilombo communities in northern Minas Gerais, Brazil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, 2016, p. 420-427.

OPENEPI. **Cálculo do tamanho da amostra**. [s.l: s.n.], 2015. Disponível em: <http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm>. Acesso em: 14 mar. 2015.

PAIXÃO, M.; et al. **Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil 2009-2010**. Brasil: Fundação Cultural Palmares, 2009. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/09/desigualdades_raciais_2009-2010.pdf>. Acesso em: 14 agost. 2016.

PARÉ, M. L.; OLIVEIRA, L. P. DE; VELLOSO, A. D. A educação para quilombolas: experiências de São Miguel dos Pretos em Restinga Seca (RS) e da Comunidade Kalunga de Engenho II (GO). **Cadernos CEDES**, v. 27, n. 72, 2007, p. 215-232.

PAULI, S. **Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil**. 2016. 131f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, 2016.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 18. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FEIRA DE SANTANA. **Começam ações no 1º quilombo de Feira**. 2014. Disponível em: <<http://www.pmfs.ba.gov.br/noticias.asp?idn=8004>>. Acesso em: 28 julh. 2016.

RIBEIRO, G.; MORAIS, F. M. DE O.; PINHO, L. De. Segurança alimentar de comunidade quilombola no norte de Minas Gerais/ Food (in) security of quilombola community in the north of Minas Gerais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 3, 2015, p. 1245-1250.

ROSA, T. E. da C.; KALCKMANN, S.; BATISTA, L. E. Fatores de risco para doenças crônicas da população negra do município de São Paulo. **BEPA - Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 2, n. 24, 2015, p. 7-9.

ROUQUAYROL, M. Z; SILVA. M. G. C. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Med book, 2013.

SAMPAIO; M.C; BARZANO, M. A. L. Culturas e escolas na Matinha dos Pretos: relações tecidas no cotidiano. Rio de Janeiro: **Teias - Impresso**, v. 14, n. 31, 2013, p. 62-75.

SANTOS, L. R. C. S.; ASSUNÇÃO, A. A.; LIMA, E. P. **Rev. Saúde Pública**, v.48, n.5, 2014, p.750-757.

SANTOS, R. C. DOS; SILVA, M. S. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, 2014, p. 1049-1063.

SENICATO, C.; et al. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciência e Saúde Coletiva para a Sociedade**, v. 28, n. 1, 2012, p. 1903-1914.

SHAFE, S.; et al. Co-morbidity of Alcohol Dependence and Select Affective and Anxiety Disorders among individuals of East Indian and African Ancestry in Trinidad and Tobago. **The West Indian medical journal**, v. 58, n. 2, 2009, p. 164-172.

SILVA, D. F.; SANTANA, P. R. DE S. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, 2012, p. 175-185.

SILVA, C. B. R. DA; FERREIRA, C. G. S.; RODRIGUES, F. L. Saúde quilombola no maranhão. **Revista Ambivalências**, v. 4, n. 7, 2016, p. 106-133.

SILVA, J. A. N. DA. Sanitary and health conditions at Caiana dos Crioulos, a quilombo community in the State of Paraíba. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, 2007, p. 111-124.

SILVA, M. E. DE A. E.; et al. Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé - Rondônia - Brasil. **Brazilian Dental Science**, v. 14, n. 1/2, 2012, p. 62-66.

SILVA, J. A. N. Condições de moradia e de saúde em três comunidades quilombolas do estado da Paraíba. **Cadernos Imbondeiro**, v. 4, n. 1, 2015, p. 1-12.

SILVA; C. DE M. F.; MORAES, S. A. DE. O conceito de quilombo e a (re) construção de identidades e espacialidades negras. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, 2009, v. 1, n. 1, p. 1-24.

SOARES, É. F.; FREIRE, M. DO C. M.; ARAÚJO, A. C. DE. Kalunga - GO: primeiro relato sobre experiência de cárie e comportamentos em saúde bucal. **Rev. paul. odontol**, v. 24, n. 5, 2002, p. 21-5.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Coluna cartilha para pacientes**, 2011. Disponível em: <<http://www.reumatologia.com.br/PDFs/Cartilha%20Coluna.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

SOUZA. B. O. **Aquilombar-se: Panorama histórico, identitário e político do movimento quilombola brasileiro**. 2008. 204 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social)- Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

SOUZA. E. B. **Terra, Território, Quilombo: à luz do povoado de Matinha dos pretos (BA)**. 2010. 138f. Dissertação (Mestrado em Geografia)- Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, 2010.

SOUZA, R. S.; REGINALDO, L. **Memória e história da matinha e trajetórias de vida da comunidade negra rural de Matinha dos Pretos como fonte para a historiografia da escravidão em Feira de Santana**. Apresentação de artigo no SEMIC apresentado em Apresentação de artigo no SEMIC - Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia. Feira de Santana, 2011.

SOUZAS, R.; et al. **PROJETO COMQUISTA-RESULTADOS**, 2015. Disponível em: <http://www.ims.ufba.br/wp-content/uploads/downloads/2015/02/Boletim_Epidemiol%C3%B3gico.pdf>. Acesso em: 03 out. 2017

TAVARES, J. C. Diáspora Africana: a experiência negra de interculturalidade. **Revista do Programa de Educação sobre o Negro na Sociedade Brasileira Faculdade de Educação – UFF**, v. 10, n. 1, 2010, p. 77-85.

VOLOCHKO, A; BATISTA, L. E. Saúde nos Quilombos. **Temas em Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, 2009, p. 1-304.

WERNECK, J. Nossos passos vêm de longe! Movimentos de mulheres negras e estratégias políticas contra o sexismo e o racismo. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, v. 1, n. 1, 2010, p. 07-17.

WHO. **Commission on Social Determinants of Health - final report**. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/>. Acesso em: 19 abr. 2017.

WILKINSON, R. G. **Unhealthy societies: The Afflictions of Inequality**. New York: Routledge, 1997.

WILLIAMS, D. R. Race, socioeconomic status, and health. The added effects of racism and discrimination. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 896, 1999, p. 173-188.

WILLIAMS, D. R.; et al. Race, socioeconomic status, and health: complexities, ongoing challenges, and research opportunities. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1186, 2010, p. 69-101.

WILLIAMS, D. R.; LEAVELL, J. The social context of cardiovascular disease: challenges and opportunities for the Jackson Heart Study. **Ethnicity & Disease**, v. 22, n. 3, 2010, p.15-21. Suplemento I.

WORKSHOP INTERAGENCIAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA. **Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade**. Brasília: PNUD, 2001.

ANEXOS

ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA. DEPARTAMENTO DE SAÚDE – NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS DESIGUALDADES EM SAÚDE (NUDES)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ADULTOS

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa chamada: “Os Determinantes Sociais de Doenças e Agravos nas Comunidades Quilombolas de Feira de Santana, Bahia”, que tem como objetivo analisar os problemas de saúde que mais ocorrem nessas comunidades e os fatores sociais associados a elas. São responsáveis pela pesquisa Roberta Lima Machado de Souza Araújo, psicóloga, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da UEFS e Edna Maria de Araújo, enfermeira, professora orientadora dessa pesquisa e coordenadora do Núcleo de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES), localizado no prédio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS. A coleta dos dados será realizada por uma equipe formada por quatro pessoas, inclusive por uma das pesquisadoras responsáveis pela pesquisa.

Como um dos benefícios pela sua participação na pesquisa, podemos citar o levantamento diagnóstico da situação de saúde da sua comunidade para que os problemas de saúde tenham maior visibilidade e a contribuição à Secretaria Municipal de Saúde, para que sejam planejadas ações que melhore a situação de saúde da sua comunidade.

Para coleta das informações será realizada uma entrevista com a utilização de três questionários, com perguntas referentes à sua condição de vida e de saúde, sua percepção sobre o estado da sua saúde, uso/abuso de álcool e seu estado de saúde mental. Caso não se sinta confortável em responder alguma pergunta, o senhor (a) pode pedir para interromper a entrevista ou mesmo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Cabe salientar que os questionários ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável e/ou orientadora, no NUDES/UEFS, por um período de cinco anos, sendo destruídos posteriormente. Ademais, será garantido o sigilo da sua entrevista, respeitando a sua privacidade. Esta pesquisa seguirá a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que rege as normas regulamentadoras para pesquisa que envolve seres humanos, assegurando sigilo, anonimato e privacidade quanto às informações envolvidas na investigação. Para tanto, as entrevistas serão identificadas através de uma numeração específica, não sendo colocado seu nome no questionário.

Para colaborar com esta pesquisa, você terá que assinar este “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” em duas vias e manter uma cópia com você. Sua participação é voluntária, não terá pagamento em momento algum e você será compensado por qualquer prejuízo decorrente da sua participação.

Os resultados desta pesquisa serão apresentados na sua comunidade, utilizados na elaboração de uma dissertação de mestrado, publicados em revistas como artigos e outros meios de divulgação científica. Também serão apresentados em formato de relatório à Secretaria Municipal de Saúde e ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEFS. Este estudo, embora não ofereça riscos físicos, poderá lhe causar constrangimento ao relatar fatos de sua vida particular, ou se sentir sua privacidade invadida com a presença e perguntas dos pesquisadores, bem como por receio de não saber responder o que lhe for perguntado, procuraremos deixá-lo/la o mais confortável possível e, se for da sua vontade, poderemos interromper a entrevista e retomá-la em outro momento.

O (a) senhor (a) poderá solicitar informações a qualquer momento sobre a pesquisa, através de contato telefônico: 75. 3161-8469, ou pelo endereço: Avenida Transnordestina, S/N, bairro Novo Horizonte, UEFS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva no fundo do módulo VI, ou ainda através do Comitê de Ética em Pesquisa que também se localiza na UEFS no Módulo I, MA 17 (Tel: 3161-8067).

Se o senhor (a) tiver se sentindo bem informado e concorda em participar, por livre vontade, deverá assinar este termo de consentimento em duas vias, ficando o senhor (a) com uma cópia.

Profª Drª Edna Maria de Araújo

Roberta Lima Machado de Souza Araújo

Entrevistado (a)

ANEXO B: Inquérito Condição de Vida e Saúde

IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA (Comunidade: _____ Nº _____)

Data da entrevista: ____/____/____

Horário: ____: ____

Número do entrevistador: ____

Número da Comunidade: ____

Número do Domicílio: ____

Tipo de Entrevista: Primeira entrevista Reentrevista

BLOCO I – INQUÉRITO INDIVIDUAL

1. Sexo Feminino Masculino

2. Idade:

18-29

30-39

40-49

50-59

60 ou mais

3. Qual seu estado conjugal?

Com companheiro (casado)

Sem Companheiro (separado, viúvo, solteiro)

4. Quantos anos de estudos?

≥de 9 anos

5 -8 anos

0-4 anos

5. Qual a sua raça/cor da pele?

Parda

Preta

6. O senhor (a) é quilombola? Não Sim

7. O senhor (a) trabalha?

- Sim
 Não (desempregado e nunca trabalhou)
 Aposentado

8. Qual a sua situação de trabalho? Não se aplica

- Empregado com carteira assinada (servidor público, trabalhadores com carteira assinada)
 Empregado sem carteira assinada (Autônomo)
 Empregado Informal (Realiza “bicos”, empregado familiar não remunerado)

9. Qual é sua principal função no trabalho? Não se aplica

- Trabalhador Formal de nível superior
 Trabalhador Formal Nível Fundamental e Médio (Gerente, dirigente de empresa, Profissional de artesanato, Trabalhador (a) de serviços domésticos, Trabalhador (a) Comércio, Membros das forças armadas, policiais, bombeiros e militares)
 Trabalhador Informal (Agricultor, Trabalhador (a) manual (construção civil, etc, camelô

10. Qual a sua renda? Não se aplica

- \geq 1 salário mínimo
 Até 1 salário mínimo

11. Quantas pessoas dependem desta renda, além de você? _____ Não se aplica

- Até 3 pessoas
 \geq 4 pessoas

12. O senhor (a) recebe alguma ajuda financeira do governo, através de algum programa social?

- Não Sim

13. Qual benefício recebe? Não se aplica

- Bolsa Família
 Benefício de Prestação Continuada

14. Sua família já recebeu algum outro benefício eventual do governo (Cisternas, banheiro, cesta básica, etc.) Não Sim

BLOCO II – INQUÉRITO DOMICILIAR

15. Quantos cômodos têm na sua casa (refere-se a sala e quartos)? _____ cômodos

- Até 4 cômodos

₁ ≥ de 5 cômodos

16. Tem banheiro dentro na sua casa? ₀ Não ₁ Sim

17. Qual material foi utilizado na construção da sua casa?
 ₀ Com tijolos (Alvenaria/Tijolos)
 ₁ Sem tijolos (Madeira, Taipa, Adobe/Barro, Palha)

18. Sua casa tem água tratada? ₀ Não ₁ Sim

19. A água que o Sr (a) e sua família utilizam vêm de onde?
 ₀ Rede Geral ₁ Poço/ Nascente ₂ Cisternas/Tanques

20. Qual é a forma de iluminação da sua casa?
 ₀ Elétrica (rede, gerador, solar)
 ₁ Óleo/querosene/gás de botijão

21. Qual o destino do seu lixo?
 ₀ Tem Coleta regularmente ₁ O lixo é queimado ₂ Joga em Terreno, rios

22. Qual o destino dos dejetos?
 ₀ Com rede de esgoto
 ₁ Sem rede de esgoto (Fossa séptica, Fossa Rudimentar, Vala, Direto para o rio, lago, terreno)

BLOCO III – AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

23. Em geral, como o senhor (a) avalia a sua saúde?
 ₀ Boa ₁ Regular ₂ Ruim

24. Quantos dias na semana o (a) senhor (a) costuma comer frutas, legumes e verduras?
 ₀ Todos os dias ₁ ≥ 1x/ por semana ₂ 1x no mês

25. Como vem se sentindo nos últimos 15 dias?
 ₀ Bem ₁ Regular ₃ Mal

26. Você faz uso de algum medicamento? ₀ Não ₁ Sim

27. Qual tipo de medicamento? ₉₉₉ Não se aplica
 ₀ Psicotrópicos (Antidepressivo, Ansiolítico/tranquilizante)
 ₁ Doenças Crônicas (Anti-hipertensivo, Hipoglicemiante)
 ₂ Doenças agudas (Analgésico)

28. O medicamento usado foi indicado por: ⁹⁹⁹ Não se aplica

₀ Médico(receita)

₁ Não médico (Amigo, Familiar, Você mesmo, Vendedor da farmácia)

29. O senhor (a) utiliza medicação para tratamento de hipertensão? ₀ Não ₁ Sim

30. O senhor (a) utiliza medicação para tratamento de diabetes? ₀ Não ₁ Sim

BLOCO IV – DOENÇAS E AGRAVOS

31. O senhor (a) tem diagnóstico de hipertensão arterial? ₀ Não ₁ Sim

32. O senhor (a) já teve ou tem alguma destas complicações por conta da hipertensão?

(Angina (Dor no peito), Infarto, AVC (Derrame), Insuficiência Cardíaca, Outros Problemas Circulatórios, Problemas nos Rins)

₀ Não ₁ Sim

33. O senhor (a) já teve ou tem diagnóstico de diabetes? ₀ Não ₁ Sim

34. O senhor (a) já teve ou tem alguma destas complicações por conta da diabete?

(Problemas de Vista, Infarto, AVC (Derrame), Outros Problemas Circulatórios, Problemas nos Rins, Úlceras na Perna ou Pés, Amputação, Coma Diabético)

₀ Não ₁ Sim

35. Já foi diagnosticado com alguma dessas doenças?

A) Cardíaca ₀ Não ₁ Sim

B) Circulatória ₀ Não ₁ Sim

C) Anemia ₀ Não ₁ Sim

D) Anemia ou outra doença Falciforme ₀ Não ₁ Sim

E) Respiratórias ₀ Não ₁ Sim

F) Sexualmente Transmissíveis ₀ Não ₁ Sim

G) Tuberculose ₀ Não ₁ Sim

H) Ossos ₀ Não ₁ Sim

I) Coluna ₀ Não ₁ Sim

J) Ansiedade ₀ Não ₁ Sim

L) Depressão ₀ Não ₁ Sim

M) Fobias ₀ Não ₁ Sim

N) Parasitárias ₀ Não ₁ Sim

O) Problemas de Pele ₀ Não ₁ Sim

P) Câncer ₀ Não ₁ Sim

36. Qual foi a última vez que realizou exames laboratoriais?

Recentemente

\geq um mês

Nunca realizei

37. O senhor (a) faz uso de cigarro? Não Sim

38. Com que frequência o senhor (a) procura os serviços de saúde?

Frequentemente Raramente Nunca procurei

39. Qual a frequência da sua visita ao dentista?

Frequentemente

Raramente

Nunca foi a dentista

40. Já teve problemas com cáries, canal? Não Sim

41. Já extraiu quantos dentes?

Nunca extrair

Extraí até 5 dentes

Extraí mais de 5 dentes

EM RELAÇÃO AO USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS, VOCÊ:

42. Consome bebida alcoólica? Não Sim

Se NÃO, passe para o questionário SRQ-20

Se SIM, responda todas essas perguntas e mais o questionário CAGE

43. Com que frequência você costuma beber ⁹⁹⁹ Não se aplica

Até 3 X na semana

Nos finais de semana

Todos os dias

44. Quantas doses bebe em geral (dose entendida por um copo, uma taça, uma dose de cachaça)?

1 dose Até 5 doses \geq 10 doses

ANEXO C: Questionário acerca da suspeição de TMC

SELF REPORT QUESTIONAIRE

Instruções

As 20 questões na tabela abaixo estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos **30 dias**. Se você sentiu a situação descrita nos últimos 30 dias responda **SIM**. Se você não sentiu a situação responda **NÃO**.

| | | | |
|-----|------------------------------|------------------------------|---|
| 45. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | 45. Sente-se triste ultimamente? |
| 46. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | 46. O (a) senhor (a) dorme mal? |
| 47. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | 47. O (a) senhor (a) chora mais que de costume? |
| 48. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | 48. Sente-se nervoso (a), tenso (a), preocupado (a)? |
| 49. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | 49. Tem tremores nas mãos? |
| 50. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | 50. Assusta-se com facilidade? |
| 51. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | 51. O seu trabalho traz sofrimento? |
| 52. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | 52. O (a) senhor (a) se cansa com facilidade? |
| 53. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | 53. Sente-se cansado todo o tempo? |
| 54. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | 54. Tem dificuldade de ter satisfação em suas tarefas? |
| 55. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | 55. O (a) senhor (a) sente desconforto estomacal? |
| 56. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | 56. O (a) senhor (a) tem falta de apetite? |
| 57. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | 57. O (a) senhor (a) tem má digestão? |
| 58. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | 58. Tem dores de cabeça frequentemente? |
| 59. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | 59. Tem dificuldade de tomar decisão? |
| 60. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | 60. Tem perdido interesse pelas coisas? |
| 61. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | 61. Sente-se inútil em sua vida? |
| 62. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | 62. Tem dificuldade de pensar claramente? |
| 63. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | 63. Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida? |
| 64. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | 64. Tem pensado em dar fim à sua vida? |

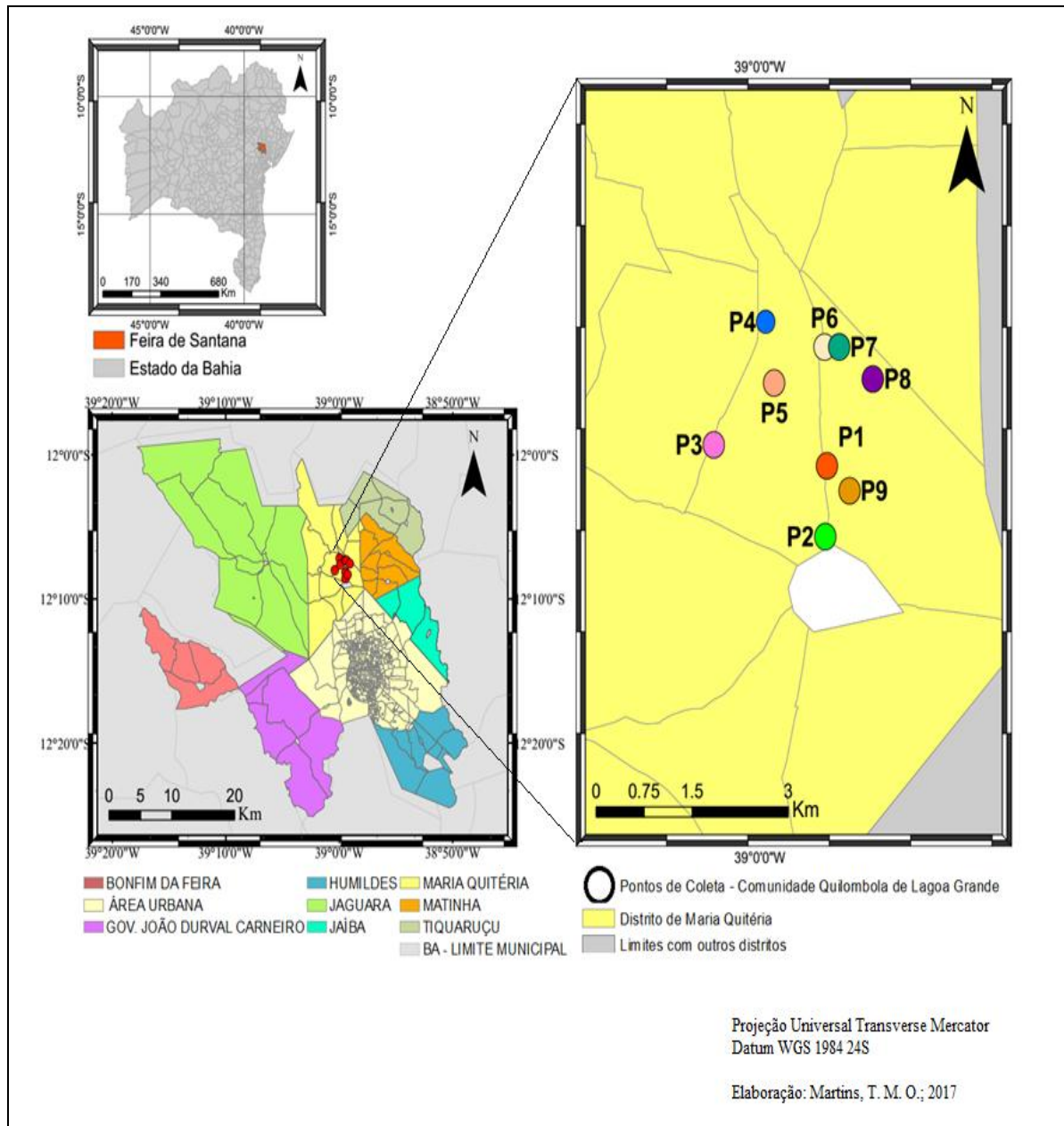
ANEXO D: Questionário acerca da suspeição de uso abusivo de álcool

QUESTIONÁRIO CAGE.

| | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|--|
| 65. O (a) senhor (a) já pensou em largar de beber? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não se aplica |
| 66. Ficou aborrecido quando outras pessoas criticaram seu hábito de beber? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não se aplica |
| 67. Sentiu-se mal ou culpado pelo fato de beber? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não se aplica |
| 68. Bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não se aplica |

ANEXO E: Mapeamento das áreas quilombolas realizado durante pesquisa de Mestrado

Comunidade Quilombola de Lagoa Grande



Dados de localização – São José / Comunidade Quilombola de Lagoa Grande

| Ponto | Lat. | Long. | Localização |
|-------|--------|---------|---------------------|
| P1 | 501024 | 8658423 | Associação |
| P2 | 500999 | 8657549 | Tesoura da Lagoa |
| P3 | 499295 | 8658687 | D. Luizinha |
| P4 | 500089 | 8660222 | Kezinha |
| P5 | 500217 | 8659459 | Corredor de Teté |
| P6 | 500988 | 8659905 | Maria de Afonso |
| P7 | 501210 | 8659910 | Amancio |
| P8 | 501726 | 8659508 | Bomba Mix |
| P9 | 501369 | 8658116 | Roça de Seu Adriano |

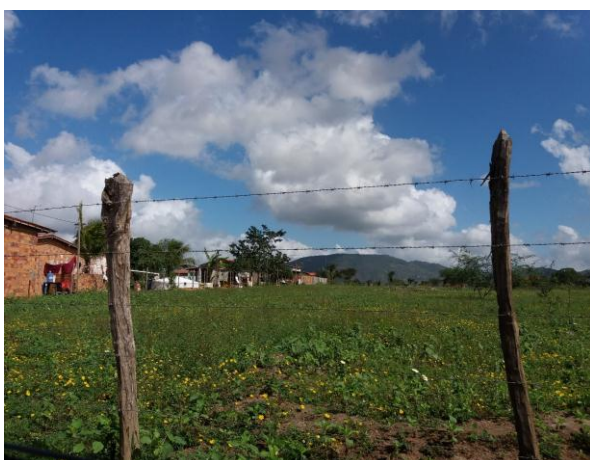
P1 - Associação



P2 - Tesoura da Lagoa



P3 - D. Luizinha



P4 - Kezinha



P5 - Corredor de Teté/Canto da roça de Lário



P6 - Maria de Afonso



P7 - Amancio



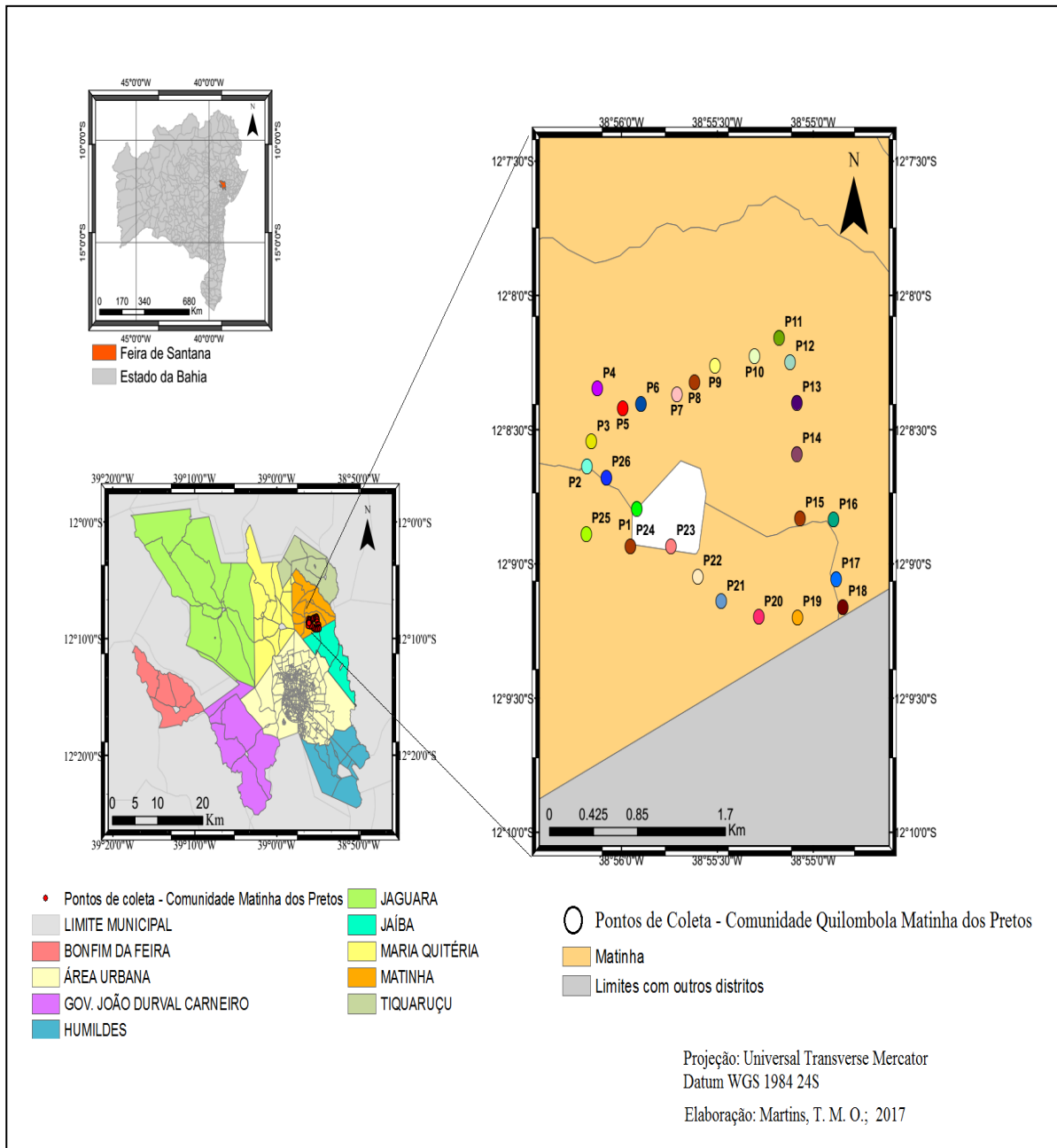
P8 - Bomba Mix



P9 - Roça de Seu Adriano / Filho de André



Comunidade Quilombola Matinha dos Pretos



Dados de localização – Matinha/Comunidade Quilombola Matinha dos Pretos

| Ponto | Latitude | Longitude | Localização |
|-------|----------|-----------|--------------------------------|
| P1 | 507399 | 8657239 | ACOMA |
| P2 | 506927 | 8657530 | Plantão |
| P3 | 506970 | 8657698 | Corredor de Angelina |
| P4 | 507027 | 8658062 | Roça de Dãozinho |
| P5 | 507266 | 8657927 | Corredor de Coringa |
| P6 | 507438 | 8657958 | Corredor de Dore |
| P7 | 507778 | 8658023 | Casa de Sr. Tadeu |
| P8 | 507945 | 8658105 | Casa de Dika |
| P9 | 508139 | 8658217 | Casa de Dãozinho |
| P10 | 508513 | 8658283 | Corredor de Belunga |
| P11 | 508745 | 8658411 | Entrocamento do Sítio do Padre |
| P12 | 508849 | 8658245 | Casa de Miro |
| P13 | 508913 | 8657966 | Corredor de Silvio |
| P14 | 508913 | 8657613 | Casa de Camilo |
| P15 | 508941 | 8657171 | Chácara de Sr. Martin |
| P16 | 509259 | 8657161 | Final de Linha / Venda de Gil |
| P17 | 509284 | 8656754 | Corredor de Domingão |
| P18 | 509348 | 8656561 | Casa da filha de "Peixe" |
| P19 | 508918 | 8656489 | Casa de Damiana |
| P20 | 508552 | 8656494 | Casa de Rita |
| P21 | 508197 | 8656603 | Casa de Juscly |
| P22 | 507976 | 8656773 | Casa de Maria de Alfredo |
| P23 | 507722 | 8656980 | Casa de Bertozzi |
| P24 | 507339 | 8656980 | Casa de D. Ermíria |
| P25 | 506921 | 8657064 | Corredor de Manoel |
| P26 | 507111 | 8657451 | Casa de Doroth |

P1 - Associação Comunitária de Matinha (ACOMA)



P2 - Plantão



P3 - Corredor de Angelina



P4 - Roça de Dãozinho



P5 - Corredor de Coringa



P6 - Corredor de Dore



P7 - Casa de Sr. Tadeu



P8 - Casa de Dika



P9 - Casa de Dãozinho



P10 - Corredor de Belunga



P11 - Entrocamento do Sítio do Padre



P12 - Casa de Miro



P13 - Corredor de Silvio



P14 - Casa de Camilo



P15 - Chácara de Sr. Martin



P16 - Final de Linha



P17 - Corredor de Domingão



P18 - Casa da Filha de "Peixe"



P19 - Casa de Damiana



P20 - Casa de Rita



P21 - Casa de Juscly / Corredor de Zalú



P22 - Casa de Maria de Alfredo



P23 - Casa de Bertozzi



P24 - Casa de D. Ermíria

