



UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL E SUDESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE E BIOLÓGICAS
FACULDADE DE SAÚDE COLETIVA

GISELE LIMA COELHO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE
VILA NOVA JUTAI, BREU BRANCO – PA

MARABÁ

2019

GISELE LIMA COELHO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE
VILA NOVA JUTAI, BREU BRANCO – PA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Saúde Coletiva, Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas, Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Marabá, PA, Brasil, como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Área de estudo: Epidemiologia Social

Orientadora: Prof. Dra. Aline Coutinho Cavalcanti

MARABÁ

2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca Setorial Campus do Tauarizinho da Unifesspa

Coelho, Gisele Lima

Perfil epidemiológico da comunidade quilombola de Vila Nova Jutai, Breu Branco – PA / Gisele Lima Coelho ; orientadora, Aline Coutinho Cavalcanti. — Marabá : [s. n.], 2019.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas, Faculdade de Saúde Coletiva, Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, 2019.

1. Epidemiologia - Pesquisa - Breu Branco (PA). 2. Quilombolas - Condições sociais. 3. Quilombolas - Saúde e higiene. 4. Quilombolas - Avaliação de riscos de saúde. 5. Demografia. I. Cavalcanti, Aline Coutinho, orient. II. Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará. III. Título.

CDD: 22. ed.: 614.4098115

GISELE LIMA COELHO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE VILA NOVA
JUTAI, BREU BRANCO – PA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como exigência parcial para
obtenção do título de Bacharel em Saúde
Coletiva ao Instituto de Estudos em Saúde
e Biológicas da Universidade Federal do Sul
e Sudeste do Pará - Campus Marabá.

BANCA EXAMINADORA

Aline Coutinho Cavalcanti

Prof.^a Dr.^a Aline Coutinho Cavalcanti
Orientadora – IESB/FASC/UNIFESSPA

Valéria Melo

Prof.^a Dr.^a Valéria Moreira Coelho de Melo
Avaliadora – ICH/FAHIST/UNIFESSPA

Carlos Podalírio Borges de Almeida

Prof. Dr Carlos Podalírio Borges de Almeida
Avaliador – IESB/FASC/UNIFESSPA

Marabá – PA, 16 de Dezembro de 2019.

Aos meus pais, Risomar Moreira Coelho e Marilda Lima, por todo amor, paciência e orações.

Ao vovô, Benedito Coelho (*in memoriam*), que foi um grande líder em Jutai. Certamente ficaria muito feliz com a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao Eterno, por sua maravilhosa graça e por me proporcionar mais esta realização. Não tenho mérito nenhum, é tudo d'Ele.

Aos meus pais, por todo suporte, conselhos e por sonharem esse sonho junto comigo. A minha orientadora, Dr^a Aline Coutinho, por valiosos apontamentos, paciência, direcionamento e disponibilidade.

Aos moradores de Jutaí que gentilmente se voluntariaram para a fase do pré-teste. Aos professores que deram dicas essenciais para a versão final do questionário.

Aos meus irmãos, por toda parceria, apoio financeiro e por toda amizade. Em especial, a Patrícia, que foi uma das financiadoras das minhas passagens para ir à comunidade no período de coleta de dados.

Ao meu príncipe, Williams Queiroz, por ter se dedicado a mim e a este projeto. Você foi a melhor coisa que Marabá me proporcionou.

Aos meus parceiros de moradia, Clarice Portilho, Clenilson Lima e Nayara Motta, por estarem comigo nessa fase final, por todos os momentos de risos, orações, planos, e por terem tornado esta etapa mais leve.

As meninas que estiveram comigo desde o começo, Natália Lima, Deidiane Lima, Larissa Lima, Diany Lima e Bruna Lima, obrigada por tudo.

As minhas primas, Rosana Lima, Rosali Lima e a tia Rosa, por terem me recepcionado tão bem todas as vezes em que precisei ir à comunidade.

Ao meu primo Karleisson Coelho, por ter disponibilizado o mapa de localização e por todo apoio.

A minha prima Layane Coelho, por ter me auxiliado todas às vezes em que precisei. A tia Benvinda Coelho, por todas as orações, conselhos e almoços no período em que estive em Jutaí trabalhando neste projeto.

Aos irmãos que fiz nesta graduação, Layse Rodrigues, Leilson Carvalho e Leliane dos Santos. Levarei vocês para toda a vida.

A toda a turma de Saúde Coletiva, por nunca terem soltado a mão um do outro, por estarmos sempre unidos e nos ajudando, vocês foram minha família nesses quase cinco anos.

A toda a comunidade de Vila Nova Jutaí, por sua participação e por todas palavras de bênçãos desejadas a mim ao final de cada visita.

Por fim, a todos que contribuíram para a realização deste projeto. Gratidão.

RESUMO - Os grupos originados de antigos quilombos são conhecidos como comunidades remanescentes quilombolas e constituem uma representação da resistência dos negros brasileiros. Estas comunidades estão localizadas em diversas regiões do país e, principalmente, nas zonas rurais, isoladas geograficamente e marcadas por desigualdades sociais e de saúde. Diante da situação de vulnerabilidade da população negra, sobretudo das comunidades quilombolas, aliado à escassez de pesquisas sobre estes grupos na região, este estudo tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico da comunidade quilombola de Vila Nova Jutai, Breu Branco, Pará. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. Adotou-se percentual de erro de 5% e nível de confiança de 95%, a amostra foi composta por 201 indivíduos que responderam a um questionário referente a aspectos sociodemográficos, socioeconômicos, domiciliares e sanitários, condições de saúde, estilo de vida e morbidades. Houve predomínio de indivíduos negros, do sexo feminino, com renda inferior a um salário mínimo, sendo a maioria dependente de benefícios do governo, escolaridade de nível fundamental incompleto, ausência de saneamento básico, inexistência de rede geral de esgoto, coleta de lixo e descarte irregular, a maioria dos indivíduos não realiza nenhum tratamento na água em que consome. Observou-se alto consumo de frutas, principalmente de açaí e baixo consumo de legumes e verduras. A maior parte dos jutaienses se alimentam três vezes por dia, não praticam atividades físicas, e o consumo de álcool e cigarro foi superior à média nacional. As mulheres são as que mais utilizam os serviços de saúde ($p= 0,04$) e as plantas medicinais foram apontadas como uma das principais alternativas no tratamento de doenças. As morbidades mais prevalentes foram dores articulares, hipertensão arterial sistêmica e anemia ferropriva. Este estudo possibilitou a descrição do perfil dos moradores de Jutai, podendo servir como subsídio para a formulação de políticas e ações voltadas para a comunidade.

PALAVRAS-CHAVES: Perfil Epidemiológico; População Negra; Comunidades Vulneráveis;

ABSTRACT - The groups originated from old quilombos are known as remnant quilombola communities and constitute a representation of the resistance of black Brazilians. These communities are located in various regions of the country and especially in rural areas, geographically isolated and marked by social and health inequalities. Given the vulnerable situation of black population, especially the quilombola communities, coupled with the scarcity of research on these groups in the region, this study aims to describe the epidemiological profile of the quilombola community of Vila Nova Jutai, located at the city of Breu Branco, state of Pará. This is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach. An error percentage of 5% and a confidence level of 95% were adopted. The sample consisted of 201 individuals who answered a questionnaire regarding sociodemographic, socioeconomic, household and sanitary aspects, health conditions, lifestyle and morbidities. There was a predominance of black female individuals with income below one minimum wage, most of them dependent on government benefits, incomplete elementary schooling, lack of basic sanitation, no general sewage system, irregular garbage collection and disposal systems and an absence of drinking and cooking water treatment. It was observed a high consumption of fruits, mainly of açaí, and low consumption of vegetables. Most Jutai people eat three times a day, do not practice physical activities, and consume alcohol and cigarette in a higher rate than the national average. Women are the ones who mostly use health services ($p = 0.04$) and medicinal plants were pointed as one of the main alternatives in treating diseases. The most prevalent morbidities were joint pain, hypertension and anemia. This study allowed to describe the profile of the residents of Jutai, and should work as a subsidy for the formulation of public policies and actions aimed towards the community.

KEYWORDS: Epidemiological Profile; Black population; Vulnerable Communities;

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Ocupação dos residentes de Jutai	32
Gráfico 2 - Medicamentos utilizados pela comunidade	47
Gráfico 3 - Plantas Medicinais utilizadas pela comunidade.....	49
Gráfico 4 - Por qual motivo utilizou os serviços da UBS.....	51
Gráfico 5 – Morbidade.....	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa de localização da comunidade Nova Jutai – Breu Branco - PA	25
Figura 2 - Escola Municipal de Educação Infantil e Ensino Fundamental Jutai.....	29
Figura 3 - Rede geral de distribuição de água	33
Figura 4 - Terreno utilizado para descarte do lixo.....	35
Figura 5 - Área (atrás do campo) utilizada como alternativa para dejeções	36
Figura 6 - Unidade Básica de Saúde	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Aspectos Sociodemográficos e Socioeconômicos.....	30
Tabela 2 - Perfil Domiciliar e Sanitário.....	34
Tabela 3 - Autopercepção de Saúde e Estilo de Vida.....	39
Tabela 3 - Autopercepção de Saúde e Estilo de Vida (Continuação)	40
Tabela 4 - Hábitos alimentares da comunidade.....	46
Tabela 5 - Plantas medicinais e suas funções	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS - Ácido Acetilsalicílico

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde

CONAQ - Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais
Quilombolas

CRQs - Comunidades Remanescentes Quilombolas

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

ITERPA - Instituto de Terras do Pará

LENAD - Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

MCID - Ministério das Cidades

OMS - Organização Mundial da Saúde

PBQ - Programa Brasil Quilombola

PCCU - Prevenção do Câncer do Colo do Útero

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNASPN - Política Nacional de Atenção à Saúde da População Negra

PNPIR - Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

SEPPIR - Secretaria Especial de Políticas e Promoção para Igualdade Racial

SNIS - Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento

SNSA - Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. JUSTIFICATIVA	15
3. OBJETIVOS	16
3.1. Geral	16
3.2. Específicos.....	16
4. REFERENCIAL TEÓRICO	17
4.1. Breve Contexto histórico das Comunidades Quilombolas no Brasil	17
4.2. Políticas Públicas para as Comunidades Quilombolas.....	19
4.3. Determinantes Sociais de Saúde da População Quilombola.....	20
4.4. Sobre a Comunidade Quilombola de Vila Nova Jutáí.....	24
5. MÉTODOS	25
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICES	68
Apêndice A - Questionário	69
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	73

1. INTRODUÇÃO

São denominados quilombos os locais de fugas ocupados por negros que fugiram do sistema de escravidão que vigorou no Brasil por mais de trezentos anos. Nessas localidades eram mantidas a cultura, tradições, práticas religiosas, o trabalho na terra e organização social dos escravos fugitivos (FERREIRA & TORRES, 2015).

Atualmente, os grupos originados de antigos quilombos são conhecidos como comunidades remanescentes quilombolas e constituem uma representação da resistência dos negros brasileiros. Estas comunidades estão localizadas em diversas regiões do país e, principalmente, nas zonas rurais, distantes dos grandes centros e marcadas por desigualdades sociais e de saúde (MONEGO et al., 2010), com características regionais diversificadas (ANJOS & CIPRIANO, 2007).

As comunidades quilombolas foram reconhecidas oficialmente pelo Estado brasileiro em 1988, no Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (BRASIL, 2002). De acordo com a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ) e a Fundação Palmares (2019), existem aproximadamente 3 mil comunidades em todo o país, embora muitas delas ainda não sejam certificadas.

A maioria dessas comunidades está localizada nas regiões Norte e Nordeste. O Pará é referência na demarcação de terras quilombolas no Brasil e segundo a base de dados do Instituto de Terras do Pará, até maio de 2019 já foram certificadas 259 Comunidades Remanescentes Quilombolas (CRQs) (ITERPA, 2019), entre elas, a comunidade de Jutaí, localizada no município de Breu Branco, sudeste do estado do Pará, mais precisamente na microrregião de Tucuruí.

Após a abolição da escravatura o Governo não efetivou nenhuma política que integrasse os quilombolas ao processo de desenvolvimento do país, então “não lhes foi possibilitado nenhum meio de acesso à propriedade dos fatores de produção de modo a promover a integração destes à sociedade envolvente” (AMBIENTE BRASIL, 2008 *apud* ARAÚJO, SANTANA & FILHO, 2009). Este fato contribuiu para que essas comunidades desenvolvessem formas próprias de organização social, produtiva, religiosa e outras formas de manifestações culturais que passaram a funcionar como símbolos característicos destes povos (AMBIENTE BRASIL, 2008 *apud* ARAÚJO, SANTANA & FILHO, 2009).

As políticas públicas voltadas às comunidades quilombolas só começaram a ser viabilizadas no Brasil a partir dos anos 2000, por meio da Política Nacional de

Promoção da Igualdade Racial (PNPIR), Programa Brasil Quilombola e também da criação da Secretaria Especial de Políticas e Promoção para a Igualdade Racial (SILVA, 2018).

O contexto de escravização sofrido por esta população resultou em problemas que persistem até os dias atuais, como desigualdades sociais e de saúde, falta de acesso a bens e serviços e, apesar dos avanços, ainda enfrentam diversos entraves, como a luta pelo direito à terra e a falta de investimentos públicos e infraestrutura, precariedade na garantia da educação, discriminação, além do isolamento físico e social que têm privado essas comunidades de seus direitos básicos (SILVA, 2007).

Em 2009, o governo federal publicou a Política Nacional de Atenção à Saúde da População Negra (PNASPN). Essa política tem como objetivo principal “a promoção da saúde integral à população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2009).

Atualmente, o governo federal tem incentivado a implantação de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) junto a grupos de alta vulnerabilidade social, entre eles as comunidades quilombolas. Entretanto, estas comunidades têm dificuldade no acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBS) devido à distância, ausência de transportes, barreiras naturais como rios, encostas e matas (FRANCHI et al., 2018).

De acordo com Lopes (2005), a garantia do direito de acesso à saúde pelos negros ainda continua sendo negligenciada. Em geral, a população negra recebe pior atendimento de saúde quando comparada com outros grupos no Brasil (CHOR & LIMA, 2005; BRASIL, 2013). Todos estes fatores, sejam históricos, econômicos ou sociais fazem com que este seja um dos grupos populacionais mais fragilizados da sociedade atualmente (FRAGA & SANINO, 2014).

Os estudos realizados em comunidades quilombolas evidenciam alta prevalência de problemas básicos de saúde relacionados às precárias condições de vida e moradia, ausência de saneamento básico, acesso restrito à educação e serviços de saúde (SILVA, 2007; GUERRERO et al., 2007). Diante do exposto, e com a escassez de estudos no Pará sobre o tema, fica evidente a situação de vulnerabilidade da população quilombola no Brasil e evidencia a necessidade de estudos epidemiológicos representativos que melhor caracterizem a situação de saúde e sociodemográfica destes grupos, especialmente a comunidade de Jutáí.

2. JUSTIFICATIVA

Estudos acerca da situação de saúde das comunidades remanescentes de quilombos apontam que as iniquidades sociais são prevalentes nestes grupos. No geral, são populações predominantemente negras, pobres, rurais, com baixa escolaridade, sem acesso adequado a serviços de saúde e sem saneamento ambiental (GOMES et al., 2013; MARQUES et., 2010; SILVA et al., 2010), além de condições sanitárias precárias que implicam na deficiência da qualidade de vida e contribuem para o surgimento de doenças nessa população (PINHO et al., 2015).

Um número considerável de famílias depende exclusivamente de benefícios do governo para sua subsistência, revelando a precária situação socioeconômica a que estão submetidos (BRASIL, 2012). Este quadro explicita a situação de pobreza e vulnerabilidade das comunidades quilombolas e se configura como um dos grandes desafios para a redução das disparidades sociais no Brasil (IPEA, 2005).

Diante da situação de vulnerabilidade da população negra, sobretudo as comunidades quilombolas, aliada à escassez de estudos nessa área do conhecimento, fica evidente a necessidade de estudos que tratem, apontem e tornem conhecidas as condições de saúde em comunidades quilombolas, podendo subsidiar a formulação e implementação de políticas públicas de saúde representativas deste grupo.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

- Descrever o perfil epidemiológico da Comunidade Quilombola de Vila Nova Jutáí.

3.2. Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico, socioeconômico, domiciliar e sanitário da comunidade;
- Identificar as condições de saúde, estilo de vida e morbidade dos residentes de Jutáí.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Breve Contexto histórico das Comunidades Quilombolas no Brasil

O período de escravidão no Brasil perdurou por mais de trezentos anos, marcado pela dominação e condenação dos negros a diversas condições desumanas. Vistos como propriedades de seus senhores, muitos escravos foram vendidos, leiloados ou trocados por mercadorias (ALBUQUERQUE & FRAGA FILHO, 2006). Nesse espaço de tempo, houve muitas rebeliões de escravos inconformados que organizavam fugas individuais ou coletivas como forma de resistência à escravidão, formando pequenas comunidades de fugitivos em regiões de difícil acesso, denominados quilombos (FIABANI, 2005).

Desta forma, quilombo pode ser conceituado como uma sociedade livre, formada por homens e mulheres que resistiram ao regime escravista, lutando contra esse sistema (MUNANGA & GOMES, 2006). Semelhantemente, pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária, por meio da Instrução Normativa Nº 16, de 24 de março de 2004:

Consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida.

A partir da constituição de 1988, as comunidades quilombolas passam a ser reconhecidas oficialmente pelo Estado brasileiro, assegurando-lhes a legitimidade dos seus direitos sobre os territórios em que habitam e/ou trabalham (FREITAS, 2011). Assim, em consonância com o Artigo de nº 68, do ato das Disposições Constitucionais Transitórias: “aos remanescentes de comunidades quilombolas que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos” (BRASIL, 1988).

Mesmo estando predominantemente longe dos grandes centros, os quilombolas estabelecem relações sociais com outros setores, refletindo em grandes transformações históricas e conquistas, desmistificando a ideia de populações “isoladas” e “homogêneas” (GOMES e MACHADO, 2011).

De acordo com a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ) e a Fundação Palmares (2019), estima-se que existam aproximadamente 3 mil comunidades distribuídas nas cinco regiões do país,

embora muitas delas ainda não sejam registradas. Calcula-se que no Brasil, habitem em média 2 milhões de pessoas nas comunidades certificadas.

A certificação visa reconhecer origens e garantir o acesso a políticas públicas. O processo de reconhecimento das comunidades quilombolas é feito de forma criteriosa, para tanto uma equipe técnica da Fundação Palmares, composta por antropólogos e historiadores, avalia a comunidade que se autodeclara quilombola, e a partir desta etapa é emitido um parecer favorável ou não à certificação da terra (FUNDAÇÃO PALMARES, 2018).

As comunidades remanescentes quilombolas lidam com diversas fragilidades sociais, culturais e históricas, dentre eles, pode-se destacar problemas como o racismo, preconceito, desmatamentos, perdas de territórios e recursos naturais provenientes das ações de indústrias, hipossuficiência e serviços de saúde ineficiente (VIEIRA & MONTEIRO, 2013).

De acordo com Machado (2007), a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, certamente foi uma das maiores conquistas do país, contudo, ela se deu em uma conjuntura desfavorável ao crescimento de políticas que atendessem aos princípios de equidade e universalidade do SUS. Isso se deu devido à ausência de um plano nacional de saúde que demonstrasse o diagnóstico situacional, prioridades e recursos de maneira abrangente. Desta forma, as populações marginalizadas social e economicamente continuaram negligenciadas e sem o acesso integral aos serviços de saúde.

Estudos acerca do uso de serviços de saúde pelos quilombolas ou suas condições de saúde no Brasil são pouco explorados. Todavia, as obras disponibilizadas explicitam a vulnerabilidade desses grupos, reflexo de um contexto escravocrata, que acarretou desigualdades sociais, econômicas, políticas e na saúde, resultando no menor acesso aos serviços públicos (GOMES et al., 2013; MARQUES et al., 2010; SILVA et al., 2010).

Embora tenha havido melhorias significativas na área da saúde, como redução nas taxas de mortalidade ou melhora na expectativa de vida, ainda há altas taxas de morbimortalidade nas populações negras quando comparadas com a população em geral e maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde (MATOS & TOURINHO, 2018).

Devido à distância, às limitações e falta de acesso aos serviços de qualidade, essas comunidades, assim como outras do meio rural, apresentam condições de

saúde mais precárias quando comparadas com populações urbanas (SOARES & BARRETO, 2014; BEZERRA et al., 2014). Vale ressaltar que, além das condições sanitárias dessas comunidades serem insuficientes, pois a maioria não possui água tratada ou esgoto, toda vez que adoecem são obrigados a percorrer longas distâncias em busca de atendimento, uma vez que, devido estarem predominantemente situados em locais afastados, é comum a ausência de serviços de saúde locais (SILVESTRE & MOREIRA, 2011).

Santos e Camargo (2008) acrescentam que a identidade desses povos está intimamente vinculada ao seu contexto cultural, social e geográfico. Devido a essas particularidades, assegurar o acesso aos serviços de saúde e social se torna ainda mais desafiador já que as comunidades quilombolas estão entre os grupos mais pobres, marginalizados e desconhecidos.

O Governo Federal tem incentivado a instalação de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), objetivando assistência aos grupos vulneráveis, incluindo os remanescentes quilombolas (FRANCHI et al., 2018). “Mas o acesso dessas populações às unidades básicas de saúde e ao centro do município varia bastante, seja pela distância, seja pela ausência de transportes, além da necessidade de superar barreiras como rios, encostas e matas” (ZOLLNER et al., 2007).

4.2. Políticas Públicas para as Comunidades Quilombolas

As políticas públicas voltadas aos quilombolas começam a ganhar visibilidade no Brasil somente a partir dos anos 2000, estimuladas pela histórica declaração de Durban. Este documento apontou o racismo como um importante fator na produção de iniquidades em saúde, na qual estão expostos as populações africanas e afrodescendentes em todo o mundo (PARE et al., 2007). Tal declaração incitou a implantação da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR), o Programa Brasil Quilombola e a criação da Secretaria Especial de Políticas e Promoção para Igualdade Racial (SEPPIR, 2013).

Em novembro de 2003, por meio do Decreto Federal 4886/2003, a PNPIR foi regulamentada, tendo por principal objetivo reduzir as desigualdades étnicas no Brasil, através de programas e projetos. Esta política nacional tem como base, em seus princípios de gestão, a transversalidade, gestão descentralizada e gestão democrática (BRASIL, 2003).

O Programa Brasil Quilombola (PBQ), por sua vez, foi criado em março de 2004, e em 2007 foi elaborado o Decreto Federal 6.261/2007, que trata da agenda social no âmbito do PBQ. Este Programa é composto por 04 eixos temáticos: o acesso à terra; infraestrutura e qualidade de vida; desenvolvimento local e inclusão produtiva; e direitos e cidadania (BRASIL, 2007a).

Em 2007, através do Decreto Federal 6.040, foi criada a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, focando primordialmente na promoção do desenvolvimento sustentável, garantindo direitos territoriais, sociais, ambientais, culturais e econômicos, bem como o reconhecimento da identidade dos povos (BRASIL, 2007b).

Há também a Portaria 98/2007 da Fundação Cultural Palmares, que dispõe a certificação das comunidades quilombolas, além da Instrução Normativa 57/2009 do INCRA que prevê o procedimento para identificação, delimitação, demarcação e titulação das terras quilombolas (BRASIL, 2009).

A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) tem incentivado a viabilização de projetos referentes à atenção em saúde de comunidades quilombolas, destacando-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, que visa promover a saúde da população negra, a diminuição das desigualdades étnico-raciais, o enfrentamento ao racismo e à discriminação ainda presentes nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009b).

4.3. Determinantes Sociais de Saúde da População Quilombola

Grupos populacionais podem ter suas condições de vida e o processo saúde doença pesquisados através da determinação de seu perfil epidemiológico (MARMOT & WILKINSON, 1999; BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007). Em conformidade com a lei 8.080, a saúde tem aspectos determinantes e condicionantes, como moradia, lazer, alimentação, renda, saneamento básico, meio ambiente, transporte, entre outros, que são elementos essenciais para nortear a construção do perfil de uma determinada comunidade (OLIVEIRA et al., 2009).

A Organização Mundial da Saúde (2008) conceitua os determinantes sociais de saúde como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), “os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e

comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população” (BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78)

Os remanescentes quilombolas são considerados pela antropologia e pelo governo brasileiro diferentes das demais comunidades brasileiras quando se considera o contexto histórico e cultural (PAIVA, 2017). O Decreto n.º 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, assevera que:

Populações tradicionais são grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição (BRASIL, 2007).

A CNDSS OMS tem proposto políticas que melhor contemplem a saúde dessas populações mais fragilizadas. Em concordância com o contexto, um estudo atual denotou as condições socioeconômicas como uma das mais relevantes prenunciadoras de morbidade e mortalidade precoce em todo mundo (STRINGHINI et al., 2017).

Sendo as condições de vida e de trabalho dos indivíduos que determinam o processo saúde doença, as populações marginalizadas social e ambientalmente estão mais suscetíveis aos quadros de agravos a saúde quando comparadas com outros grupos (MARMOT & WILKINSON, 1999; NIELSEN, 2001; IANNI, et al., 2007; CNDSS, 2008).

Um estudo realizado em três comunidades quilombolas na zona rural de Caxias no Maranhão, que teve por objetivo identificar o estado sociodemográfico e a condição de saúde das crianças, evidenciou que a situação sociodemográfica das crianças é inadequada para se ter qualidade de vida, deixando-as expostas a vários tipos de doenças, como diarreia, doenças respiratórias, entre outras (NASCIMENTO et al., 2016).

No Norte de Minas Gerais foi feito um estudo com o intuito de apresentar as condições de saúde da comunidade quilombola da região. Após análise dos dados, foi possível caracterizar o perfil de saúde desses grupos, que por sua vez se mostrou precário, devido às frágeis condições sanitárias e degradação do meio ambiente. Além

disso, apesar das ações de promoção de saúde desenvolvidas na comunidade, os serviços de saúde se mostraram insuficientes (PINHO et al., 2015).

Em 2005, foi desenvolvido um trabalho em Pernambuco com os quilombolas de Serra do Osso Pesqueiro, objetivando, através dos sistemas de informações, mapear o perfil epidemiológico, descrever as condições de habitação, escolaridade e renda da comunidade, identificar o índice de morbimortalidade, assim como as condições de saneamento, coleta de lixo e abastecimento d'água. A população estudada apresentou baixa qualidade de vida e vulnerabilidade devido às más condições sanitárias, causadas pela falta de serviços básicos como saneamento. De acordo com os resultados, 72,3% faziam uso de cacimbas, e em apenas 27,3% dos domicílios havia água tratada. Em relação ao descarte do lixo, 72,7% eram jogados a céu aberto (ARAÚJO, SANTANA & FILHO, 2009).

Segundo o Programa Brasil Quilombola, existem mais de 1 milhão de quilombolas no Brasil, e a maioria destes vivem em áreas rurais, em condição de extrema pobreza, dependendo de algum auxílio do Governo Federal para sobreviver, possuindo baixa ou nenhuma escolaridade (BRASIL, 2012). Diversos estudos comprovam esses apontamentos e ainda acrescentam outras questões, como as péssimas condições sanitárias, moradias com poucos compartimentos, ausência de água tratada e descarte inadequado dos lixos, sendo estes, em muitos casos, queimados próximos às suas residências. Outro problema é a falta de esgotos, fazendo com que os dejetos fiquem expostos ou em fossas sépticas (MOURA, et al. 2014; SANTOS & SILVA, 2014; PINHO et al., 2015).

Em relação ao estado do Pará, as condições das comunidades quilombolas não se diferem tanto no que se refere aos aspectos socioambientais (OLIVEIRA, et al. 2011). Todavia, ainda há poucos estudos realizados na região Norte, mais precisamente no Pará, que tratem sobre o acesso à saúde e sobre as condições das comunidades remanescentes de quilombos (GUERRERO, 2010; BORGES, 2011; CAVALCANTE, 2011; OLIVEIRA, et al., 2011; PINHO, et al., 2013; GUIMARÃES & SILVA, 2015). Entretanto, os estudos já realizados denotam as condições precárias as quais estão submetidos os quilombolas, bem como a urgência de ações que visem a segurança social deste grupo.

No conjunto de comunidades quilombolas conhecidos como Molas, no município de Cametá – PA, foi produzido um trabalho com a finalidade de caracterizar as condições de saúde dos adultos desta população, identificar a prevalência de

doenças crônicas, bem como a sua relação com a transição epidemiológica na região e, por fim, discutir a relação dessas doenças com os DSS. As análises desse estudo apontam que os residentes do Mola são acometidos por doenças crônicas, que estão relacionadas às condições sócio-ecológicas em que estão inseridos (MELO & SILVA, 2015).

Desta maneira, fica evidente que, para a melhoria da situação da saúde das populações quilombolas da Amazônia, são necessárias não só medidas relacionadas à saúde pública, mas também políticas que visem diminuir as distâncias e as iniquidades presentes entre todos os grupos sociais da população brasileira, como preconizado pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde e pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (MELO & SILVA, 2015, p. 183).

O Ministério da Saúde, em meio ao crescimento demográfico e tecnológico, tem dado atenção especial às comunidades tradicionais quilombola, ficando evidente a relevância de estudos acerca do perfil sociodemográfico e epidemiológico dessas populações para nortear a construção de ações afirmativas e políticas públicas de saúde (PAIVA, 2017).

É de fundamental importância a realização de estudos epidemiológicos mais detalhados, que tratem a questão da diversidade étnico-racial da população brasileira (KABAD, BASTOS & SANTOS, 2013), que consigam ir além da análise de dados secundários e busquem conhecer, efetivamente, a realidade de minorias ainda não cobertas pelos sistemas de informações de saúde, tal qual a população quilombola (BEZERRA et al., 2013).

Embora as pesquisas já realizadas em comunidades quilombolas demonstrem alta prevalência de problemas de saúde relacionados à ausência de saneamento básico e às precárias condições de vida e moradia, bem como a falta de acesso à educação e serviços de saúde (SILVA, 2007; BRASIL, 2012; PINHO et al., 2015), a escassez de estudos na área ainda é latente. Diante da vulnerabilidade e invisibilidade destes povos, fica explícita a realidade da população quilombola no Brasil e a urgência de estudos epidemiológicos representativos que melhor caracterizem a situação de saúde, identificando aspectos socioeconômicos capazes de interferir nas condições de saúde desses indivíduos.

4.4. Sobre a Comunidade Quilombola de Vila Nova Jutaí

O estado do Pará possui diversas comunidades certificadas, entre elas a comunidade de Nova Jutaí (ITERPA, 2019), que é um povoado pertencente ao Município de Breu Branco, localizado à margem direita do Rio Tocantins, na divisa com o Município de Baião. Não há documentos ou sites oficiais que forneçam informações mais detalhadas pertinentes à localidade em questão, os dados relatados a seguir são provenientes de dois trabalhos acadêmicos desenvolvidos nesta comunidade.

A comunidade foi fundada por volta do século XIX por negros que fugiram da escravidão e do alistamento obrigatório para a Guerra do Paraguai (1864-1870), oriundos de Baião, Cametá e outras regiões nos arredores. Inicialmente, refugiaram-se em uma ilha, que recebeu o nome de Ilha Grande de Jutaí, dividida em três partes: Jutaí de baixo, Jutaí do Meio e Jutaí de Cima (LIMA & MONTEIRO, 2016).

Em 20 de Fevereiro de 1980, devido a uma forte enchente, os moradores se viram obrigados a se mudar para a “terra firme”, onde hoje está a Vila Nova Jutaí, localizada no Município de Breu Branco, Sudeste do Pará, na Microrregião de Tucuruí. Com pouco mais de 30 anos, atualmente a vila conta com uma população de aproximadamente 880 habitantes, divididos em 103 famílias (LIMA, 2017).

Sua economia é alicerçada, basicamente, na produção agrícola (arroz, milho, feijão, cacau, entre outros), pesqueira e na criação de animais como porcos e aves. Os membros da comunidade deram início ao processo de reconhecimento e em 2011, a partir de seu histórico, Nova Jutaí foi registrada, reconhecida e, em 2019, certificada como Comunidade Remanescente Quilombola pela Fundação Palmares (ITERPA, 2019).

A Vila Nova Jutaí apresenta inúmeras fragilidades decorrentes do seu contexto histórico e pela ausência de políticas públicas eficientes que contemplem suas necessidades. Desta forma, devido à escassez de pesquisas sobre estes grupos na região e à ausência de estudos na comunidade em questão, fica evidente a urgência de estudos epidemiológicos que caracterizem o perfil sanitário e sociodemográfico dos residentes deste povoado, podendo servir como subsídio para a formulação de políticas e ações voltadas para a comunidade.

5. MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado na comunidade Remanescente Quilombola Vila Nova Jutai, localizado à margem direita do Rio Tocantins, na divisa com o Município de Baião, pertencente ao município de Breu Branco-PA. As informações sobre o povoado ainda são bem escassas, não há dados oficiais sobre a localidade em questão.

Figura 1 – Mapa de localização da comunidade Nova Jutai – Breu Branco-PA



Fonte: (Paixão, 2018)

Para a seleção dos participantes foi utilizada a técnica de amostragem aleatória simples. Adotou-se percentual de erro de 5% e nível de confiança de 95%. O quantitativo de adultos que residem na comunidade atualmente, de acordo com os dados cedidos pelos Agentes Comunitários de Saúde que trabalham em Jutai, é de 419 pessoas, assim, após o cálculo, a amostra probabilística mínima estimada foi de 201 indivíduos, e esta proporção varia no intervalo de confiança (95%) entre 42,97 e 52,97%.

O instrumento de coleta (APÊNDICE A) foi adaptado a partir de um questionário utilizado em outros estudos (ROCHA & CARMO, 2014; FREITAS et al., 2018), contendo perguntas referentes a aspectos sociodemográficos, socioeconômicos, domiciliares, sanitários, saúde, estilo de vida e morbidades.

Antes da aplicação, o questionário passou por duas etapas: pré-teste e avaliação de especialistas, e após estas etapas a versão final do questionário foi produzida. Em todo questionário, após a elaboração das perguntas e opções de respostas, é necessário a realização de um pré-teste, visando avaliar a aceitabilidade, clareza e entendimento dos itens (MCDOWELL, 2006).

O pré-teste foi realizado com 10 voluntários integrantes da população alvo, com idades entre 22 e 88 anos. Para analisar o nível de entendimento das perguntas e opções de respostas contidas no questionário, ao final de cada item foram colocadas as seguintes alternativas para serem avaliadas pelos participantes: "() Eu não entendi nada, () Eu entendi um pouco, () Eu entendi quase tudo, () Eu entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas nas perguntas, e () Eu entendi tudo completamente." (MCDOWELL, 2006).

Para a avaliação de especialistas foi elaborado um formulário com as perguntas e opções de respostas e ao final de cada item continha as alternativas: compreensível, parcialmente compreensível e incompreensível, além disso, o formulário incluía o campo "outro", onde os especialistas podiam deixar comentários com recomendações, caso julgassem necessário. Esta etapa é indispensável para a validação da semântica do instrumento de coleta antes da sua aplicação, pois se este for incoerente e confuso pode prejudicar a análise da pesquisa e não atender aos objetivos propostos (CUNHA, 2008).

Os dados foram coletados pelos próprios pesquisadores através da aplicação dos questionários. A coleta ocorreu nos domicílios no período da manhã e no final da tarde, considerando os residentes que trabalham. Os pesquisadores acompanharam cada indivíduo no momento da aplicação dos questionários, auxiliando e dirimindo eventuais dúvidas. Foram excluídos moradores com menos de 18 anos, indivíduos incapazes de responder ou residentes que não foram encontrados em seus domicílios no período de coleta de dados, mesmo após duas visitas. Os objetivos e justificativas deste projeto foram explicados de forma sucinta para todos os participantes.

Os dados foram processados e analisados no *Microsoft Excel* versão 2016, onde foram construídos os gráficos e tabelas para as análises descritivas, além de

teste qui-quadrado de *Pearson* para verificar associação entre determinadas variáveis.

Os riscos desta pesquisa envolveram constrangimento em responder ao questionário ou possibilidade de vazamento de dados, entretanto os pesquisadores asseguram comprometimento com os participantes, além de garantir que todas as informações prestadas são sigilosas e foram utilizadas somente para esta pesquisa. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que continha todas essas informações sobre o risco da pesquisa, conforme a ética com pesquisa envolvendo seres humanos. Em relação aos benefícios, a pesquisa possibilitou a caracterização da situação de saúde da população estudada, gerando informações que posteriormente podem subsidiar a formulação de políticas e ações direcionadas à comunidade pelos órgãos responsáveis.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, através do envio do projeto na Plataforma Brasil (Comprovante número 152951/2019). Todos os participantes receberam as devidas informações acerca dos objetivos e justificativas da pesquisa, de acordo com as orientações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo suas assinaturas em duas vias juntamente com os pesquisadores responsáveis, conforme determina a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 (BRASIL, 2012).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os objetivos propostos, apresenta-se a seguir os resultados da pesquisa sobre os aspectos sociodemográficos, socioeconômicos, domiciliares, sanitários, saúde, estilo de vida e morbidades da comunidade quilombola de Vila Nova Jutaí, Breu Branco (PA). Em relação aos dados sociodemográficos e socioeconômicos, verificou-se na tabela 1 que houve predomínio de indivíduos do sexo feminino (59 %), com idade entre 18 e 29 anos (33%), que se autodeclararam pardos (60%). Esses resultados equiparam-se aos encontrados em outros estudos realizados em comunidades quilombolas (FREITAS et al., 2018; PINHO et al., 2015; BEZERRA, V. M et al., 2013). O maior percentual do sexo feminino nestas comunidades pode estar relacionado à necessidade de os homens migrarem para outras regiões em busca de emprego, além da expectativa de vida ser inferior nos indivíduos do sexo masculino (AMORIM et al., 2013).

A predominância de pardos autodeclarados assemelha-se aos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), divulgados pelo IBGE (2016). Esta pesquisa aponta para um aumento significativo da parcela de pardos no Brasil entre 2012 e 2016. Conrado, Campelo e Ribeiro (2015) salientam a ideia do “moreno” (pardo ou mulato) no contexto paraense e constataam que devido ao contexto histórico de negação do “ser negro” a cor parda surge como uma identidade alternativa que dificulta o autorreconhecimento em ser preto.

“A ideia do moreno(a) ameniza os confrontos, atenua o sentimento de exclusão e faz com que as pessoas se sintam integradas ao dizerem com ênfase: “Eu sou morena”. Ter consciência da cor preta aponta para uma busca de identidade que não atinge toda a população negra do Pará. Ser moreno torna-se a possibilidade de inserção na sociedade [...]” (CONRADO, CAMPELO e RIBEIRO, 2015, p. 220, 221).

No que diz respeito ao estado civil, escolaridade e renda, a maioria é casada ou “mora junto” (62%), possui fundamental incompleto (32%), recebe algum benefício do governo (58%) e tem renda inferior a um salário mínimo (62%). Estudos realizados em outras regiões do Brasil evidenciam que as comunidades quilombolas são marcadas por exclusão social, baixo nível de escolaridade e precárias condições

socioeconômica que implicam negativamente no processo saúde doença (PAULI et al., 2019; SILVA et al., 2016).

O baixo nível de escolaridade na comunidade de Jutai pode estar relacionado à ausência de ensino médio na localidade, a escola só conta com o nível fundamental (Figura 2), e atende não somente os moradores de Jutai, mas estudantes de vilarejos vizinhos (Piranopã, Branquelândia e Santa Maria do Andirobal) (SILVA, 2017), e por isso há uma grande evasão, para outras cidades, de jovens que almejam concluir o segundo grau ou cursar o ensino superior.

De acordo com o Ministério da Educação, o panorama das escolas das comunidades quilombolas é preocupante, pois na maioria dos casos as unidades educacionais ficam longe das residências dos estudantes, há escassez de água potável e instalações sanitárias adequadas, além do número de professores ser insuficiente para a demanda, além disso, são poucas as escolas de nível fundamental completo (BRASIL, 2018). “O impacto nas condições de saúde de populações que se concentram em níveis socioeconômicos mais baixos é decorrente da falta de acesso ao sistema de saúde, grau de informação, compreensão do problema e adesão ao tratamento” (BEZERRA V. M. et al., 2013, p.1897).

Figura 2 - Escola Municipal de Educação Infantil e Ensino Fundamental Jutai.



Fonte: Arquivo dos autores, 2019.

Tabela 1 - Aspectos Sociodemográficos e Socioeconômicos.

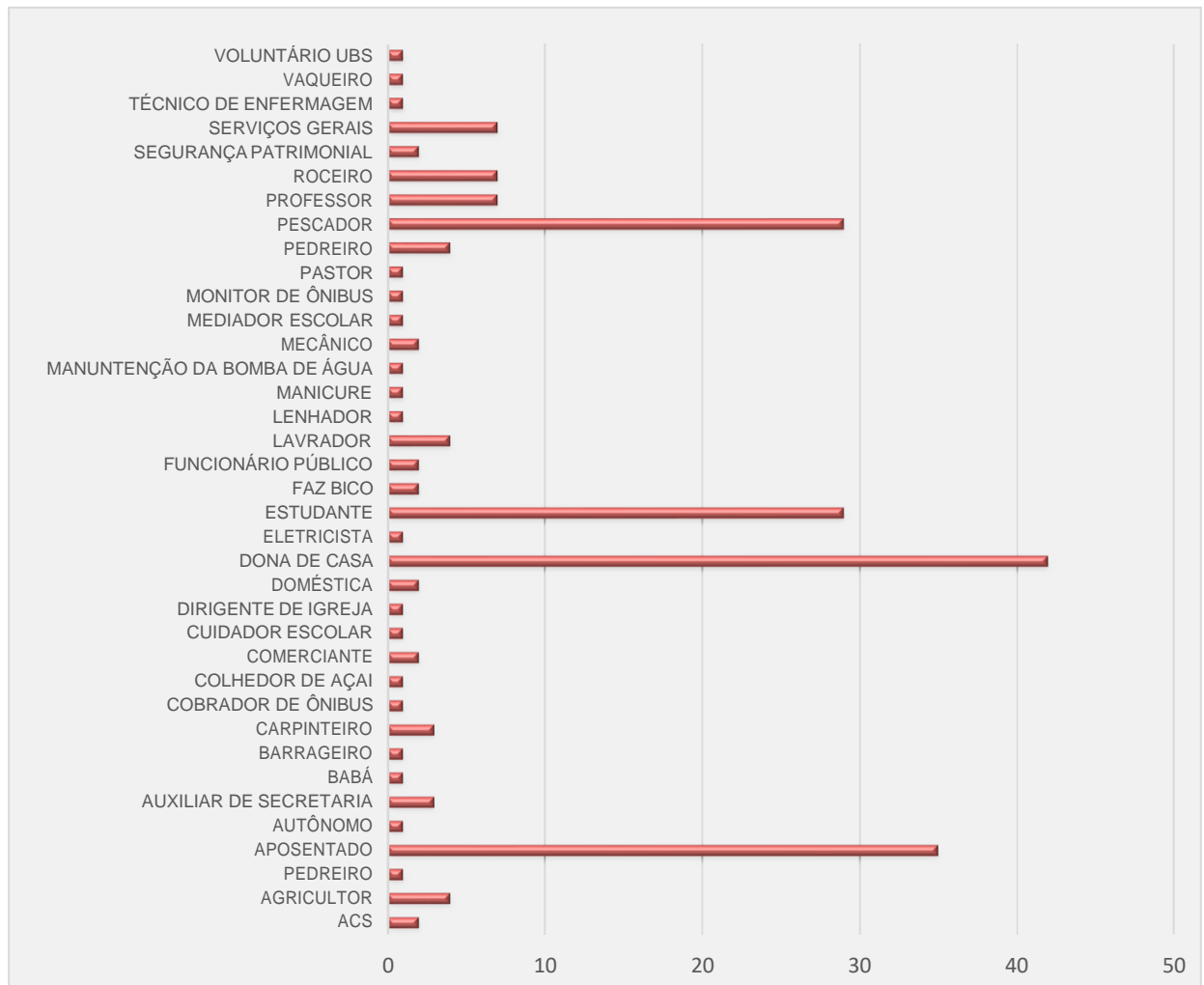
Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	118	59
Masculino	83	41
Idade		
18-29	66	33
30-41	53	26
42-53	30	15
54-65	31	15
66-93	21	11
Cor Autorreferida		
Branco	10	5
Pardo	120	60
Preto	71	35
Estado Civil		
Solteiro	56	28
Casado/morando junto	124	62
Separado/divorciado	8	4
Viúvo	13	6
Escolaridade		
Nunca frequentou a escola	11	6
Alfabetizado	13	6
Fundamental Incompleto	65	32
Fundamental Completo	15	7
Médio Incompleto	26	13
Médio Completo	57	28
Superior Incompleto	7	4
Superior Completo	7	4
Benefício do Governo		
Sim	116	58
Não	85	42
Renda		
< 1 salário mínimo	124	62
1 salário mínimo	53	26
>1 salário mínimo	24	12

Fonte - Dados organizados pelos autores, 2019.

No gráfico 1 observa-se que as ocupações mais frequentes da comunidade são de dona de casa, pescador, estudante e aposentado. Um estudo realizado na Bahia, que teve como objetivo avaliar a situação de saúde e habitacional da comunidade quilombola Boqueirão demonstrou que a ocupação mais frequente entre eles foi de lavrador, dona de casa e estudante (AMORIM et al., 2013). Em São Paulo, foi desenvolvida uma pesquisa que objetivou caracterizar o perfil demográfico e socioeconômico de nove comunidades quilombolas no Vale do Ribeira e através de seus resultados ficou evidente que uma das fontes de renda mais comuns nas comunidades é a aposentadoria, além disso, muitos indivíduos aposentados complementam sua renda com a venda de peixes, galinhas entre outros (PAIVA, 2017; PEDROSO JÚNIOR et al., 2008).

A principal atividade econômica desenvolvida por quilombolas é a agricultura familiar, no entanto, o percentual de agricultores em Jutaí foi inferior ao observado em outros estudos (CARDOSO, MELO e FREITAS, 2018; FREITAS et al, 2011). A comunidade de Jutaí, assim como a comunidade de São João do Meio Itacuruçá, Abaetetuba (PA), por estarem localizadas à margem de rios, tem como atividade econômica a extração dos recursos florestais e a pesca (CARDOSO e HAGE, 2016).

Outro aspecto é o fato de algumas comunidades quilombolas usufruírem da agricultura familiar para o consumo próprio e não como principal fonte de renda, como ocorre na comunidade de Pêga, no município de Portalegre (RN), onde a maioria cultiva milho, mandioca, feijão, entre outros, para o consumo da família e só comercializam o excedente, entretanto, devido ao baixo lucro com as vendas e à pequena área de extensão para o cultivo, os moradores optam por outras atividades (LUCENA, LIMA e PEREIRA, 2016).

Gráfico 1 - Ocupação dos residentes de Jutaí.

Fonte - Dados organizados pelos autores, 2019.

Estudos acerca do perfil domiciliar e sanitário de comunidades são essenciais para que se estabeleçam medidas de promoção de qualidade de vida em nível individual e coletivo (AZEREDO et al., 2007). Sobre os aspectos domiciliar e sanitário da comunidade de Jutaí, observou-se (Tabela 2) predominância de casas de alvenaria (63%), tendo como principal fonte de abastecimento de água a rede encanada até sua residência (97%) através da rede geral de distribuição (Figura 3), 55% dos entrevistados consomem água sem tratamento e 44% utilizam cloro.

Em 2014, um estudo feito nas comunidades quilombolas rurais Jussarinha, Mariana e Filus, em Santana do Mundaú (AL), constatou que devido à falta de saneamento básico não há água encanada, nem tampouco potável nas residências, assim os moradores buscam como fontes alternativas para o uso doméstico rios e riachos (FERREIRA et al., 2014). Amorim et al. (2013), estudaram as condições de saneamento básico em Boqueirão, comunidade quilombola do município de Vitória da

Conquista (BA) e observaram que 88% da população não possui água encanada, 34% das pessoas usam panos para filtrar a água e apenas 14% utiliza o filtro de barro.

Em uma comunidade de Paraíba, 82,8% da população utiliza cloro e apenas 15% não faz nenhum tratamento na água (SILVA, 2007). A comunidade de Jutaí, nesse aspecto, é similar às comunidades quilombolas do Mato Grosso do Sul, onde a maioria (67%) das casas possui água encanada, por outro lado, 88% não realiza nenhum tipo de tratamento para o consumo da água (PAULO e FILHO, 2017).

As populações situadas na zona rural, devido à distância dos grandes centros e de ações do governo, estão mais suscetíveis a ausência de saneamento básico, o que as torna mais vulneráveis à precárias condições hídricas. A ausência de tratamento adequado na água utilizada para consumo humano pode acarretar em diversos problemas de saúde, entre eles, Cólera e Hepatite A (QUEIROZ e OLIVEIRA, 2018).

Figura 3 - Rede geral de distribuição de água.



Fonte: Arquivo dos autores, 2019.

Tabela 2 - Perfil Domiciliar e Sanitário.

Variáveis	N	%
Característica da moradia		
Alvenaria	127	63
Madeira	74	37
Abastecimento de água		
Rede encanada até a sua casa	195	97
Poço	3	1
Direto do igarapé	2	1
Outro (casa ao lado)	1	1
Tratamento de água no domicílio		
Sem tratamento	110	55
Filtração	2	1
Fervura	1	0
Cloração	88	44
Destino do lixo		
Coletado	156	78
Jogado a céu aberto	6	3
Queimado	38	19
Enterrado	1	0
Escoamento de dejetos sólidos e líquidos		
Fossa rudimentar	166	83
Céu aberto	35	17

Fonte - Dados organizados pelos autores, 2019.

Em relação ao destino do lixo, 78% dos respondentes alegaram que o seu lixo é coletado e 19% queimado. Vale ressaltar, que a coleta no Jutá se dá através de uma caçamba (jerico), com descarte do lixo em um terreno a céu aberto (Figura 4) próximo ao cemitério e ao campo de futebol da comunidade. Em 2013, um levantamento elaborado pelo Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento - SNIS, administrado pelo Governo Federal no âmbito da Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental (SNSA) do Ministério das Cidades (MCID) asseverou que o percentual (68,93%) da população atendida por coleta domiciliar no município de Breu Branco, ao qual Jutá pertence, é inferior à média nacional (74,64%). Nas comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, a maioria da população

alegou que queimava ou enterrava o lixo (BEZERRA V. M. et al., 2014). Já nas comunidades quilombolas do Mato Grosso do Sul 60% deposita seus lixos em um terreno baldio para posteriormente a caçamba da prefeitura coletá-lo, e 36% queima o seu próprio lixo (SANTOS, RAMOS e MORAES, 2017). Na comunidade remanescente de quilombo Mandira, em São Paulo, a coleta de lixo ocorre de forma regular em todos as residências (NAVAS et al., 2015).

A coleta de lixo irregular ocasiona diversos agravos ao meio ambiente e a saúde, além da proliferação de vetores transmissores de doenças, contaminação de corpos d'água, poluição visual e mau cheiro (RAUBER, 2017).

Figura 4 - Terreno utilizado para descarte do lixo.



Fonte: Arquivo dos autores, 2019.

Sobre o escoamento de dejetos sólidos e líquidos, 83% o fazem por meio da fossa rudimentar e 17% a céu aberto, além disso, Jutai não dispõe de rede geral de esgoto. Alguns moradores relataram que não possuem nenhum tipo de banheiro em casa, desta forma utilizam a área atrás do campo de futebol (Figura 5) “a céu aberto”, como alternativa para suas necessidades fisiológicas. De acordo com o Sistema Nacional de Informação sobre Saneamento (SNIS, 2017), o Pará possui um dos piores indicadores de saneamento básico do país, apenas 6,3% da população tem acesso a

coleta de esgoto, e somente 4,4% dos esgotos são tratados, esse reflexo fica evidente na comunidade de Jutaí.

A zona rural brasileira possui um déficit em relação a cobertura de sistemas de tratamento de água e esgoto, aproximadamente 67% da população consome água de fontes alternativas inadequadas para o consumo humano, e 66,5% descartam seus dejetos em fossas rudimentares ou direto no solo (IBGE, 2013). As fossas rudimentares são mais comuns na população rural e não são adequadas porque, ao contrário da fossa séptica, não evita a contaminação do solo e, conseqüentemente, das águas subterrâneas e superficiais (COSTA e GUILHOTO, 2014).

O esgotamento sanitário é o componente que possui maior percentual de domicílios na categoria "atendimento precário" em todo o país, com o uso da fossa rudimentar em mais da metade dos domicílios - na maioria das regiões - sendo que, na região Norte, 49,7% dos domicílios utilizam fossa rudimentar e 41,6% tem como solução "outras formas" (BRASIL, 2010).

Figura 5 - Área (atrás do campo) utilizada como alternativa para dejeções



Fonte: arquivo dos autores, 2019.

O problema acerca da ausência de esgotos sanitários adequados é muito recorrente nas comunidades quilombolas rurais, como apontam alguns estudos (TORALES et al., 2019; ARAÚJO et al., 2011). Estes fatores contribuem para a

contaminação dos recursos hídricos por material fecal, além disso, a precária condição socioeconômica aliada às péssimas condições de saneamento ambiental viabiliza a proliferação de infecções parasitárias (ARAÚJO et al., 2011). Na comunidade rural de Santa Fé, Uberaba (MG) 94% das famílias fazem uso da fossa rudimentar (PEREIRA et al, 2012).

O descarte das fezes direto no solo oportuniza o surgimento de vetores responsáveis por causar doenças parasitárias e endêmicas, além da deterioração dos mananciais, afetando a qualidade da água consumida pela população (PINHO et al., 2015).

Em relação a autopercepção de saúde, de acordo com a tabela 3, 40% dos indivíduos avalia a sua saúde como boa, enquanto que 48% considera a sua saúde regular. Nota-se que uma parcela considerável dos moradores de Jutai julga sua saúde como boa, este resultado é distinto da maioria dos estudos em comunidades quilombolas acerca da autopercepção de saúde, pois estes apontam que há um alto registro de indivíduos quilombolas que avaliam sua saúde como ruim e muito ruim (GOMES et al., 2013; BEZERRA et al., 2013; KOCHERGIN; PROJETTI; CÉSAR, 2014).

Um estudo nas comunidades remanescentes quilombola do norte de Minas Gerais revelou que o percentual de autopercepção negativa da saúde foi de 46% e principalmente que a concepção de saúde da comunidade estudada está atrelada à ausência de doenças crônicas (OLIVEIRA et al., 2015).

A autopercepção de saúde, apesar de subjetiva, é considerada pelo meio científico como um método efetivo, capaz de filtrar importantes informações sobre a saúde de grupos populacionais (REICHERT, LOCH e CAPILHEIRA, 2012). Apesar do crescente número de estudos nesta temática, no contexto da saúde de comunidades quilombolas ainda é pouco explorado (OLIVEIRA et al, 2015).

Entre os diversos fatores que implicam no processo saúde-doença, que por sua vez afetam diretamente a autopercepção de saúde dos indivíduos, estão as informações e acesso aos serviços de saúde (BARROS e FRANCISCO, 2011; OLIVEIRA et al., 2013). Com isto, pode-se salientar que o percentual de autopercepção positiva de saúde observado neste estudo pode estar relacionada ao alto índice de realização de exames de rotina e ao acesso à UBS em Jutai.

Sobre o peso, a maior parte o considera adequado (58%) e 33% considera acima do ideal. Os estudos voltados à avaliação do estado nutricional de grupos em

vulnerabilidades sociais, apesar de escassos, demonstram alta prevalência de excesso de peso em quilombolas adultos, entretanto é difícil delinear com clareza os fatores predisponentes devido à heterogeneidade nos aspectos sociodemográficos e comportamentais (SOARES; BARRETO, 2014; GUERRERO, 2010).

Um estudo de Mussi et al. (2018), que analisou a prevalência de sobrepeso e fatores associados em adultos de comunidade quilombola do médio São Francisco, na Bahia, concluiu que a taxa de sobrepeso se associou ao sexo feminino e a autopercepção negativa de saúde. Nas comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, o percentual de excesso de peso foi maior na população feminina com mais idade e entre os adultos na faixa etária de 30 a 39 anos. A alta taxa de aumento de peso entre esses grupos indica a necessidade de implementação de ações específicas que visem prevenir e controlar a obesidade nas comunidades (SOARES e BARRETO, 2014).

Quanto a prática regular de atividade física, 60 % não praticam exercícios, consomem ou já consumiram bebida alcoólica (61%), nunca fumaram (60%) e entre os 40% que fumam ou já fumaram a maior frequência de tempo de fumo foi de 1 a 10 anos (50%). A maior parte não consome bebida alcoólica atualmente (59%) e 33% consomem uma vez por semana. No tocante ao uso de entorpecentes/drogas, 94% nunca utilizaram e 6% já fez uso, entre estes, 92% não fazem uso atualmente e 8% consomem uma vez por semana.

Os benefícios das atividades físicas vão além da estética, a prática faz bem ao corpo e a mente, reduz o risco de hipertensão, doenças cardíacas, diabetes, acidente vascular cerebral, depressão, fortalece os ossos, reduz a ansiedade, entre outros (BRASIL, 2017). No âmbito das comunidades quilombolas, estudos desvelam que grande parte não realiza nenhum tipo de exercício físico (OLIVEIRA et al., 2015; SOARES; BARRETO, 2015; MUSSI et al., 2015; FREITAS et al., 2018).

A prática regular de atividades físicas previne e auxilia no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (BEZERRA et al., 2013), entretanto, a maior parcela da população não adere a estas recomendações, e esse quadro se agrava quando observado nos grupos menos favorecidos economicamente, como os quilombolas, por exemplo (BEZERRA et al., 2015).

Tabela 3 - Autopercepção de Saúde e Estilo de Vida.

Variáveis	N	%
Como avalia a sua saúde		
Muito boa	9	5
Boa	81	40
Regular	97	48
Ruim	10	5
Muito ruim	4	2
Considera o seu peso		
Abaixo do ideal	18	9
Adequado	116	58
Acima do ideal	67	33
Pratica atividade física regularmente		
Não pratica	121	60
Uma vez por semana	23	11
Duas vezes por semana	19	10
Três a quatro vezes por semana	27	13
Cinco a sete vezes por semanas	11	6
Fuma ou já fumou		
Sim	80	40
Não	121	60
Tempo de fumo		
1-10 anos	40	50
11-20 anos	17	21
21-30 anos	10	13
31 anos ou mais	13	16
Consome ou já consumiu bebida alcoólica		
Sim	122	61
Não	79	39
Frequência do consumo de bebida		
Não consome atualmente	72	59
Uma vez por semana	40	33
Duas vezes por semana	6	5
Três a quatro vezes por semana	3	2
Cinco a sete vezes por semana	1	1

Fonte: Dados organizados pelos autores, 2019.

Tabela 3 - Autopercepção de Saúde e Estilo de Vida (continuação).

Variáveis	N	%
Fez ou faz uso de entorpecentes/drogas		
Sim	13	6
Não	188	94
Frequência do uso de entorpecentes/drogas		
Não faz uso atualmente	12	92
Uma vez por semana	1	8
Duas vezes por semana	0	0
Três a quatro vezes por semana	0	0
Cinco a sete vezes por semana	0	0
Já utilizou a UBS local		
Sim	174	87
Não	27	13
O que procura quando está doente		
UBS	79	39
Farmácia	64	32
Remédio caseiro	56	28
Outro (oração)	2	1
Última vez que usou os serviços de saúde local		
No último mês	85	42
Nos últimos seis meses	66	33
Nos últimos 12 meses	16	8
Nos últimos 2 anos	3	2
Há 3 anos ou mais	4	2
Nunca procurou	27	13
Frequência que os profissionais de saúde visitam sua casa		
Uma vez por mês	200	100
A cada dois meses	0	0
A cada seis meses	0	0
Uma vez por ano	1	0
Produtos agrotóxicos no cultivo de plantas		
Sim	139	69
Não	62	31

Fonte - Dados organizados pelos pesquisadores, 2019.

Em relação ao consumo de álcool, os resultados desta pesquisa não se diferem muito do cenário nacional. Dados do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - LENAD (2014) revelou que até 2012 mais de 50% da população brasileira com mais de 18 anos havia ingerido álcool nos últimos 12 meses, e esse percentual aumentou de 38% para 47% entre os homens (2006 a 2012) e de 26% para 39% entre as mulheres (2006 a 2012), além disso, o grupo que teve maior aumento no consumo de álcool foi o que recebe até um salário mínimo.

No contexto rural, alguns pesquisadores observaram que um dos fatores que mais favorece o alto consumo de álcool é o fato das comunidades possuírem muitos bares e poucos lugares onde os moradores possam socializar, desta forma, os bares seriam uma alternativa de lazer e de encontro entre a comunidade (MONTEIRO et al., 2011). Cardoso, Melo e Cesar (2015), avaliaram o consumo de álcool e os fatores associados em comunidades rurais quilombolas no sudoeste da Bahia, e concluíram que 10,7% das pessoas consumiam bebida em um nível considerado de alto risco, e os fatores associados ao uso foram, entre outros, aspectos socioeconômicos e socialização.

Em outro estudo, nas comunidades quilombolas Castainho e Estivas, localizadas em Garanhuns (PE), os jovens justificaram o consumo de álcool como finalidade para se divertir com os amigos ou para enfrentar situações ou sentimentos difíceis, entre outros (SILVA e MENEZES, 2015). Por fim, “apesar de o consumo ser prevalente em diversas classes sociais e grupos, o impacto do consumo pode estar associado à maior vulnerabilidade social e à desassistência de populações específicas” (RONZANI, COSTA e PAIVA, 2016, p. 282).

O percentual de pessoas que não fumam no Jutaí foi superior aos que fumam, esses dados são proporcionais a tendência nacional, que destaca uma redução de 36% na frequência de consumo de tabaco entre os fumantes entre 2006 e 2017, e o percentual de fumantes caiu de 15,7% para 10,1% (BRASIL, 2018). Ainda sobre a comunidade de Jutaí, apesar da maioria declarar ser não fumante, 40% fumam ou já fumaram, esse percentual é superior à média nacional de fumantes declarados em 2014 que foi de 20% (LENAD, 2014). De acordo com Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), o uso de cigarros na zona rural (20,4%) é maior que na zona urbana (16,6%).

Na comunidade quilombola dos Kalungas, 25% dos indivíduos afirmaram nunca ter fumado; 55% fumavam, mas pararam; e 43% fumam atualmente, além do mais, o

tabagismo se associou à faixa etária, pois o consumo entre os mais velhos foi superior em relação aos mais novos (NOVAIS, 2017).

O hábito de fumar aumenta a susceptibilidade de morbimortalidades por doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Acidente Vascular Cerebral, que são prevalentes em populações negras (SILVA, BEZERRA e MEDEIROS, 2019). No estudo de Bezerra et al (2013), o percentual do hábito de fumar na comunidade quilombola foi de 19,6%. Diante deste cenário, faz-se necessário a inserção da educação popular em saúde dando ênfase ao tabagismo, a fim de fortalecer a promoção de saúde e prevenir agravos oriundos do hábito de fumar (SILVA et al., 2019).

Os estudos acerca do uso de drogas ilícitas nas comunidades quilombolas são escassos. Em Alagoas, um relatório feito pela secretaria de saúde demonstrou que o uso de drogas lícitas e ilícitas é comum nas comunidades quilombolas, pois 50% dos entrevistados alegaram conhecer alguém na comunidade que já fez ou está fazendo tratamento para dependência química (ALAGOAS, 2015).

No quilombo da região metropolitana de Belém foi constatado que 4,6% dos moradores já usaram drogas (FREITAS et al., 2018). Salienta-se que os fatores predisponentes ao uso de drogas ilícitas na comunidade podem ser o fácil acesso à estas substâncias, desorganização da comunidade, frágil vínculo familiar, alto índice de criminalidade e violência, extrema pobreza e ausência de saneamento básico (TRIGO et al., 2015).

No que concerne ao uso da Unidade Básica de Saúde local, 87% já recorreu aos seus serviços e 13% nunca utilizou. Quando estão doentes, 39% das pessoas procuram a UBS, 32% a farmácia, 28% preferem os remédios caseiros e 1% opta por outros meios, neste caso, a oração. A respeito da última vez que usou os serviços de saúde local, 42% utilizou no último mês e 100% dos indivíduos respondeu que recebe visita dos profissionais de saúde uma vez por mês.

A busca pelos serviços de saúde é fruto de vários determinantes que vão desde as características sociodemográficas dos usuários, perfil epidemiológico, até aspectos sobre os prestadores de serviços (RIBEIRO et al., 2006).

“Os fatores predisponentes correspondem às características sociodemográficas e culturais que definem o indivíduo como mais ou menos propenso a procurar um serviço de saúde. Fatores capacitantes são aqueles

que devem estar presentes para que a utilização do serviço se realize: é preciso que existam instalações, equipamentos e profissionais de saúde, mas também que os indivíduos tenham renda, tempo e informações necessárias para chegar aos serviços e deles fazer uso. Por fim, as necessidades representam o estado de saúde percebido pelos indivíduos ou diagnosticado por profissionais de saúde” (GOMES et al., 2013, p. 1830).

Em Jutaí as mulheres são as que mais utilizam os serviços de saúde ($p= 0,04$). A literatura aponta que a utilização dos serviços de saúde está associada com o sexo feminino e a idade avançada, isso pode estar relacionado ao fato de as mulheres realizarem mais exames de rotina e prevenção mesmo quando não estão grávidas, e os idosos terem piores condições de saúde quando comparados com as outras faixas etárias (GOMES et al., 2013; DIAS et al., 2011; MOREIRA; MORAES; LUIZ, 2011). As regiões Norte e Nordeste possuem menos acesso aos serviços de saúde em relação as demais regiões do país (PEREIRA, SILVA e SANTOS, 2015), da mesma forma, o acesso e utilização dos serviços de saúde tem sido reduzido na população rural, devido à falta de disponibilidade dos serviços, distância, dificuldade de locomoção e baixa renda (VIEIRA, 2010; TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). O isolamento geográfico, as grandes filas, os horários de atendimento e o tempo de espera também podem ser fatores que explicam este fenômeno (MARQUES et al, 2010; SILVA; LIMA; HAMANN, 2010).

No caso de Jutaí, apesar da Unidade Básica de Saúde (Figura 6) estar bem localizada dentro da comunidade, uma parcela significativa (13%) nunca utilizou os serviços de saúde local. Desta forma, vale ressaltar que além dos entraves citados anteriormente, problemas como a alta rotatividade dos profissionais de saúde com ensino superior, precárias infraestruturas e atendimento não humanizado por parte dos profissionais, são empecilhos que podem dificultar o acesso (MARQUES et al, 2010).

Conforme observado na tabela 3, os residentes de Jutaí utilizam métodos alternativos aos cuidados de saúde que vão além do modelo hegemônico hospitalocêntrico. Em um quilombo do agreste de Alagoas foi investigado os itinerários terapêuticos de saúde, com o intuito de conhecer quais as práticas mais utilizadas pelos moradores quando estão doentes. Os resultados demonstraram que os primeiros recursos que eles buscam são o uso de chás, ervas e práticas religiosas

(rezas, benzimentos) e só em último caso buscam medicamentos e atendimento na UBS da comunidade (FERNANDES e SANTOS, 2019).

Na comunidade quilombola de Abacatal, em Ananindeua, Pará, quando ficam doentes, 46,2% das pessoas procuram o hospital, 38,5% a Unidade Básica de Saúde, e 33,3% usam ervas medicinais e/ou remédios caseiros (ARAÚJO et al., 2017). Freitas et al. (2018) enfatiza que embora o índice de pessoas que já utilizaram os serviços de saúde seja alto, o percentual de indivíduos que o procuram quando estão doentes é baixo, isso pode ocorrer devido ao atendimento médico, na maioria das vezes, ser disponibilizado apenas uma vez por semana nas comunidades rurais, favorecendo assim a procura pela farmácia e o uso de remédios caseiros. Vale lembrar que em Jutaí o médico normalmente presta atendimento uma vez por semana, contudo, no período de coleta de dados, a UBS estava sem médico há um mês, devido à falta de pagamento ao profissional pela prefeitura de Breu Branco.

Figura 6 - Unidade Básica de Saúde.



Fonte: Arquivo dos autores, 2019.

Em relação ao uso de agrotóxicos no cultivo de plantas, a taxa de indivíduos que os utilizam foi alta (69%). No quilombo Paraíso do Sul, Rio Grande do Sul, a maioria dos agricultores julga o uso do agrotóxico como inapropriado, não obstante, o consideram indispensável para a produção agrícola. Do mesmo modo, acreditam que seu uso é impactante, todavia, desconhecem as consequências negativas (CHAVES e FARENZENA, 2010).

Agrotóxico é conceituado como: “compostos de substâncias químicas destinadas ao controle, destruição ou prevenção, direta ou indiretamente, de agentes patogênicos para plantas e animais úteis e às pessoas” (BRASIL, 1989). Atualmente, devido a negligência em seu uso, é tido como um importante problema de saúde pública, principalmente por sua dimensão, pois afeta desde o seu produtor até o cidadão comum que consome alimentos contaminados (RIGOTTO, VASCONCELOS e ROCHA, 2014). Inclusive, o Dossiê Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) assumiu publicamente o compromisso dos profissionais da Saúde Coletiva em tornar público, com evidências científicas, os danos que os agroquímicos causam, divulgando os resultados no meio acadêmico, mídias, entre outros (CARNEIRO et al., 2012).

Verifica-se na tabela abaixo (Tabela 4) que a maior parte se alimenta três vezes por dia (49%), consome frutas sete ou mais vezes por semana (28%), consome verduras e legumes duas vezes por semana (25%) e toma açaí ou bacaba sete ou mais vezes por semana (52%). Vale ressaltar que 2% dos moradores entrevistados não comem frutas e 8% não consomem legumes e verduras.

Para Sousa et al. (2019), o hábito alimentar é desenvolvido por cada indivíduo a partir das suas características sociais, culturais, biológicas, entre outros. Além disso, a escolha e o consumo são influenciados pela cultura, saberes locais, disponibilidade e acesso aos alimentos (PEÑA e MOLINA, 1991). No contexto amazônico, a base alimentar das comunidades tradicionais envolve o consumo de peixes, mandioca e frutas nativas, especialmente o açaí (ADAMS et al., 2005). Nas comunidades quilombolas, fatores como a falta de posse de terra, fatores ambientais e socioeconômicos podem dificultar a segurança alimentar destes grupos (SILVA et al., 2008).

O número de refeições por dia adotado pela maioria dos juitaienses é semelhante ao da população estudada por Vinholes et al. (2009), onde 57,1% dos adultos seguia a recomendação de realizar três refeições diariamente, o que estaria associado a uma alimentação saudável. O consumo de frutas por semana foi superior ao encontrado em alguns estudos em comunidades quilombolas, onde o percentual de ingestão de legumes e frutas é baixo (SOUSA et al., 2019; NAVAS et al., 2015; FIGUEIREDO et al., 2011). Alguns autores explicam que essa deficiência pode estar relacionada com a vulnerabilidade social, condições socioeconômicas e as barreiras de acessos a esses alimentos (RIVAS et al., 2016; VEIGA; SICHIERI; 2006).

O consumo de açaí em Jutai é altíssimo, mais da metade da comunidade o utiliza mais de sete vezes por semana, da mesma forma, na comunidade quilombola de Abacatal, constatou-se que 50% dos moradores consomem este fruto pelo menos quatro vezes por semana, assim, o açaí constitui-se como uma singularidade cultural nutritiva que pode suprir a ausência das demais frutas (FREITAS et al., 2018).

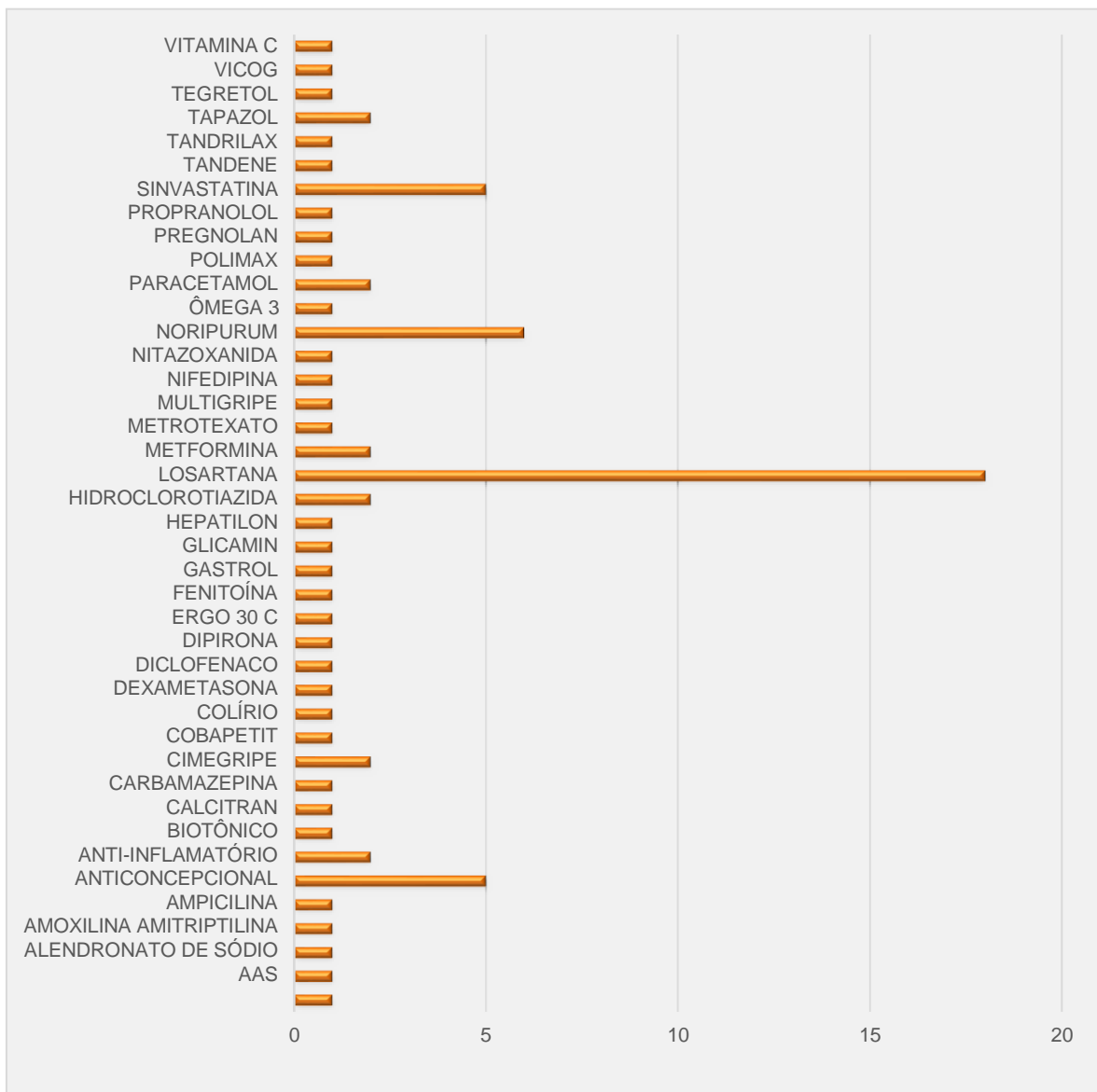
Tabela 4 – Hábitos alimentares da comunidade.

Variáveis	N	%
Quantas vezes se alimenta por dia		
Uma vez	3	2
Duas vezes	35	17
Três vezes	99	49
Quatro vezes ou mais	64	32
Consome frutas quantas vezes por semana		
Não consome	5	2
Uma vez por semana	25	12
Duas vezes por semana	39	19
Três a quatro vezes por semana	40	20
Cinco a seis vezes por semana	36	19
Sete ou mais vezes por semana	56	28
Consome legumes e verduras quantas vezes por semana		
Não consome	15	8
Uma vez por semana	43	21
Duas vezes por semana	50	25
Três a quatro vezes por semana	26	13
Cinco a seis vezes por semana	40	20
Sete ou mais vezes por semana	27	13
Consome Açaí e/ou Bacaba quantas vezes por semana		
Não consome	7	4
Uma vez por semana	23	11
Duas vezes por semana	21	10
Três a quatro vezes por semana	26	13
Cinco a seis vezes por semana	20	10
Sete ou mais vezes por semana	104	52

Fonte - Dados organizados pelos pesquisadores, 2019.

O gráfico 2 explicita que os medicamentos mais usados pelos moradores da comunidade são noripurum (antianêmico), losartana (antihipertensivo), sinvastatina (antidislipidêmico) e anticoncepcionais. Os medicamentos são instrumentos terapêuticos eficientes no tratamento de doenças, atuando de forma a aumentar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida. O seu uso é determinado a partir de fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais e culturais (MEDEIROS et al., 2013).” A obtenção de informações sobre a utilização de medicamentos em população quilombola é importante para a identificação de problemas existentes nesse âmbito e de fatores associados ao uso “(MEDEIROS et al, 2013, p.906).

Gráfico 2 - Medicamentos utilizados pela comunidade.



Fonte: Dados organizados pelos pesquisadores, 2019.

Em uma população quilombola de Malhadinha, Brejinho de Nazaré (TO), os medicamentos mais prevalentes foram sinvastatina e losartana (MORBECK, 2014). Pesquisas realizadas nessa área elucidam que os medicamentos mais utilizados foram os que agem nos sistemas cardiovascular, nervoso, aparelho digestivo e musculoesquelético (MEDEIROS et al., 2013; COELHO et al., 2004; ROZENFELD et al., 2008).

No que se refere ao uso de plantas medicinais, de acordo com o gráfico 3, as plantas mais utilizadas, segundo seu nome popular, são: Verônica, Pariri, Jucá, Boldo, Mastruz, Sucuba, Erva Cidreira e Forsangue. Há muitos séculos a humanidade utiliza as plantas medicinais, e além de ser um importante objeto de estudo no campo das ciências biológicas, continuam sendo muito utilizadas nas comunidades tradicionais (MACEDO et al., 2002).

Tabela 5 - Plantas medicinais e suas funções.

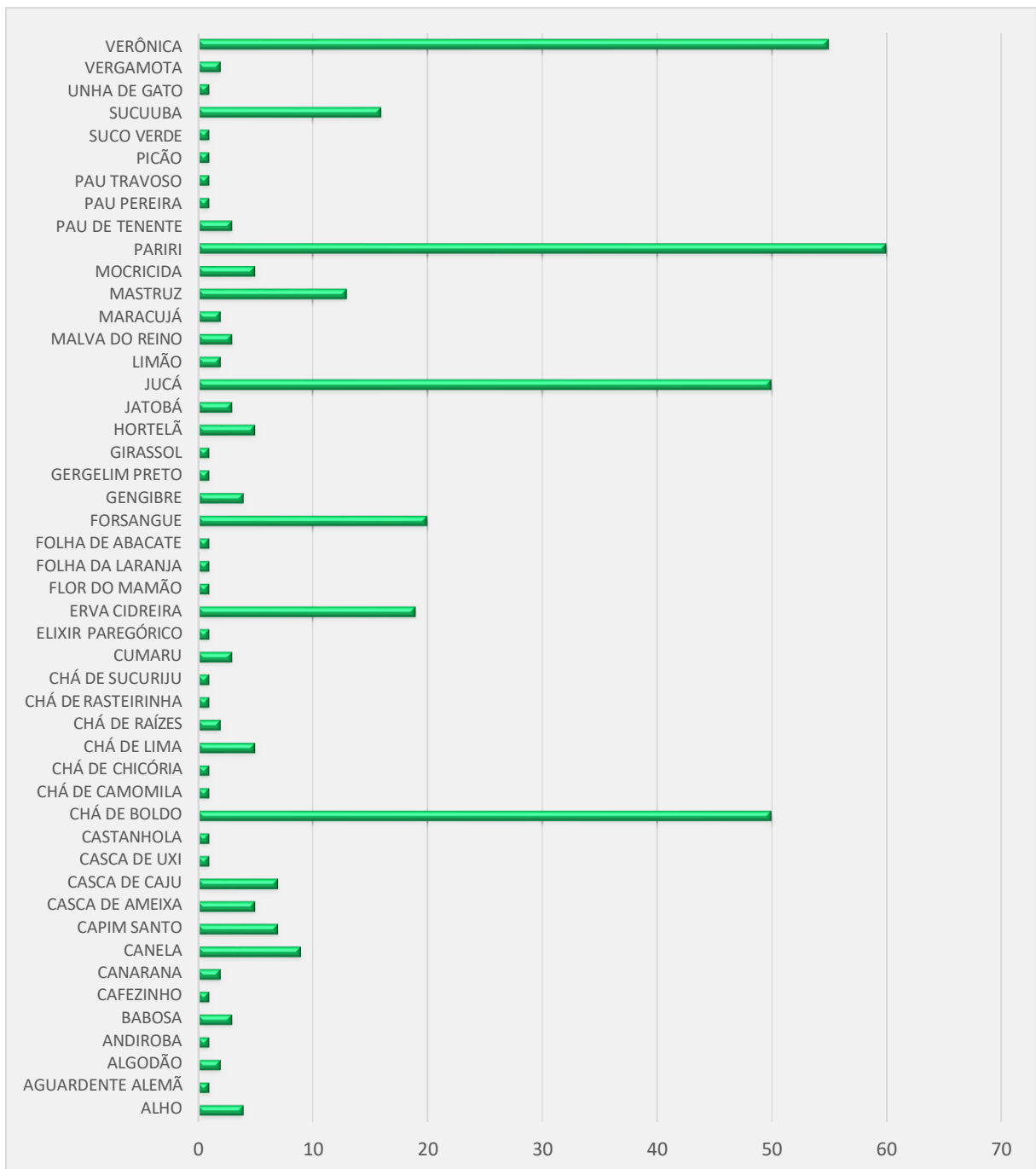
Nome popular	Função
Verônica	Problemas no útero (menstruação, dificuldade em engravidar), asseio vaginal, anemia, cicatrização.
Pariri	Inflamações do útero, infecção urinária, problema no fígado, anemia.
Jucá	gastrite, pneumonias, anemia, diarreia, lesões.
Boldo	Problemas no estômago e no fígado.
Mastruz	Verme, problemas digestivos
Erva Cidreira	Gases, problemas no estômago, ansiedade
Sucuuba ou Sucuba	Úlceras, gastrite, hemorragias, vermes.
Forsangue	Anemia

Fonte: SILVA, 2016; FLOR; BARBOSA, 2015; COUTINHO, 2013.

Sales et al. (2009) estudaram o uso de plantas medicinais na comunidade quilombola Senhor do Bonfim, Areia (PB) e os resultados mostraram que as plantas mais utilizadas foram erva cidreira, capim santo e hortelã. Na comunidade Mata Cavalo, município de Nossa Senhora do Livramento, Mato Grosso, os entrevistados citaram 54 tipos de plantas de uso medicinais, e os mais usados foram boldo, hortelã, erva cidreira, capim santo e babosa (FERREIRA, BATISTA e PASA, 2015). Já na comunidade de Paratibe, João Pessoa (PB), houve prevalência do uso de chás, os mais comuns foram hortelã, boldo, coité e capim estrela (COSTA e OLIVEIRA, 2017).

Os quilombolas carregam as tradições e os costumes dos seus ancestrais, dentre os quais está o cultivo de plantas medicinais, sendo seu uso passado empiricamente e servido como subsídio nos cuidados primários de saúde em comunidades rurais menos favorecidas (FERREIRA, BATISTA e PASA, 2015; SALES et al., 2009).

Gráfico 3 - Plantas Medicinais utilizadas pela comunidade.



Fonte: Dados organizados pelos pesquisadores, 2019.

Conforme o gráfico 4, os três principais motivos que levaram os residentes de Jutai a procurarem os serviços de saúde na Unidade Básica de Saúde da comunidade foram exame de rotina, pressão alta e dor de cabeça. Uma parcela significativa da população (13%) nunca procurou os serviços da UBS. Entretanto, observou-se que todos os participantes são assistidos pelas visitas domiciliares do ACS, pelo menos uma vez por mês. Nos estudos de Freitas et al (2018) e Gomes et al., (2013), os principais motivos de procura à UBS foram exames de rotina, algum tipo de dor e realização de exames.

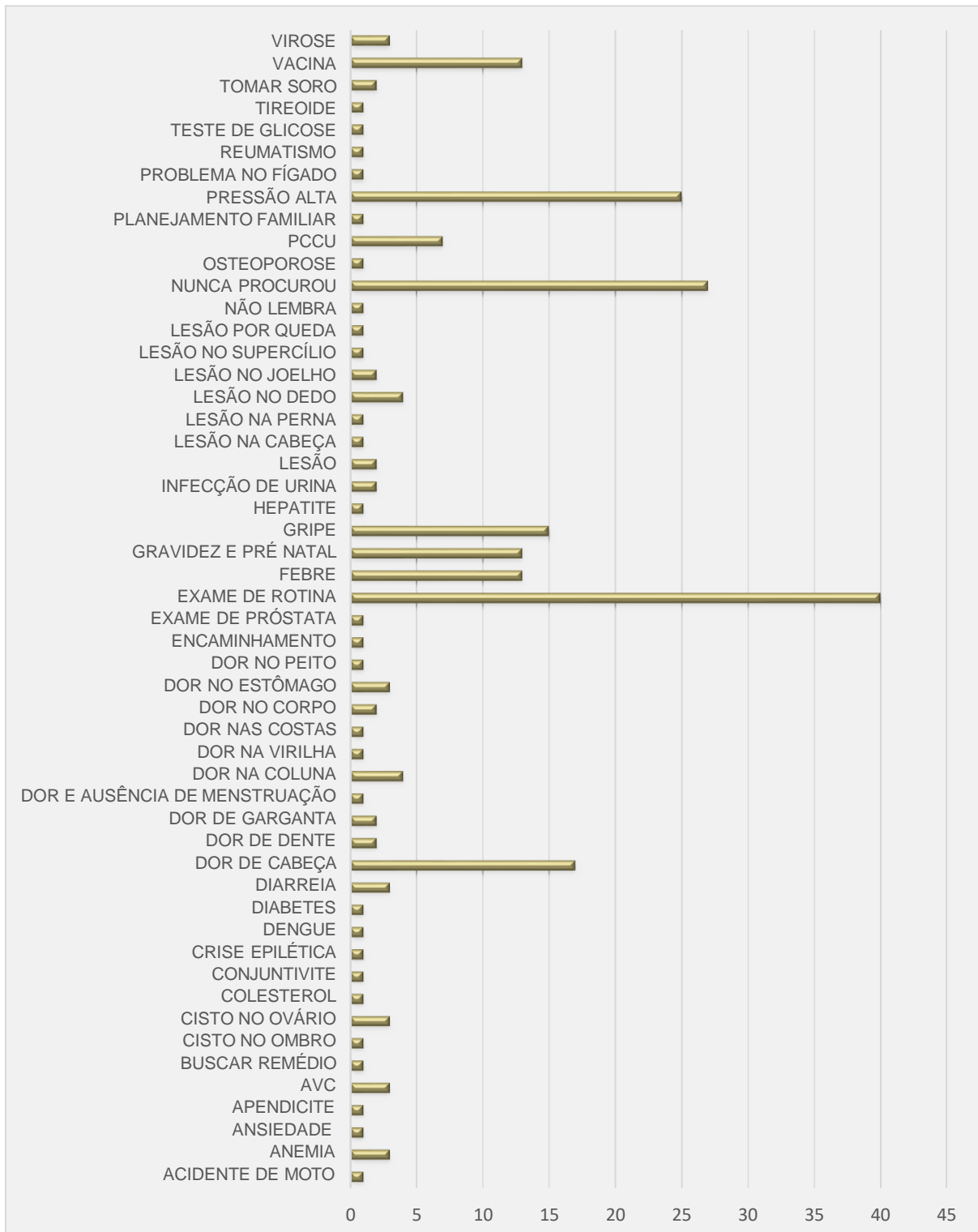
O gráfico 5 traz a relação dos problemas de saúde dos habitantes de Jutai diagnosticado por médicos, entre eles os mais notórios foram dores articulares, HAS e anemia ferropriva. Os remanescentes quilombolas estão entre os grupos mais vulneráveis do Brasil e essa precariedade reflete diretamente em suas condições de saúde. No contexto amazônico, pouco tem sido explorado sobre a saúde dos quilombolas. Melo e Silva (2015) investigaram as principais doenças que acometiam a comunidade de Mola, localizada no nordeste paraense, e observou-se elevado índice de doenças crônicas, 87,8% dos adultos apresentaram problemas crônicos no sistema digestivo, 50,9% tinham alguma doença de pele e 48,8% mostrou algum nível de pré-hipertensão ou HAS. Não muito diferente, no norte de Minas Gerais, as doenças mais prevalentes foram HAS, diabetes e doenças de chagas (PINHO et al., 2015).

Diversos estudos concernentes às comunidades quilombolas evidenciam alta prevalência de HAS neste grupo, e isto ocorre, primordialmente, devido à predisposição genética, no entanto, aspectos como condição socioeconômica, baixa escolaridade e estresse agravam o quadro nas classes mais desfavorecidas (BEZERRA et al., 2015; BEZERRA et al., 2013; CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018).

A pressão arterial elevada é uma das principais causas de mortalidade no mundo, só em 2013, segundo a organização Mundial da Saúde, houve 9,4 milhões de mortes advindas da HAS (PAULI et al., 2019). No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, 21,4% dos indivíduos com 18 anos ou mais foi diagnosticado com HAS (PAULI et al., 2019). Esse percentual é superior quando analisado nas comunidades quilombolas, conforme demonstram estudos realizados nos quilombos da Bahia, Minas Gerais, Maranhão, Mato Grosso, Espírito Santo e Alagoas, onde a

taxa de prevalência variou entre 23% e 52,5% (AMORIM, TOMAZI; SILVA, 2013; PAULI et al., 2019; SILVA et al., 2016).

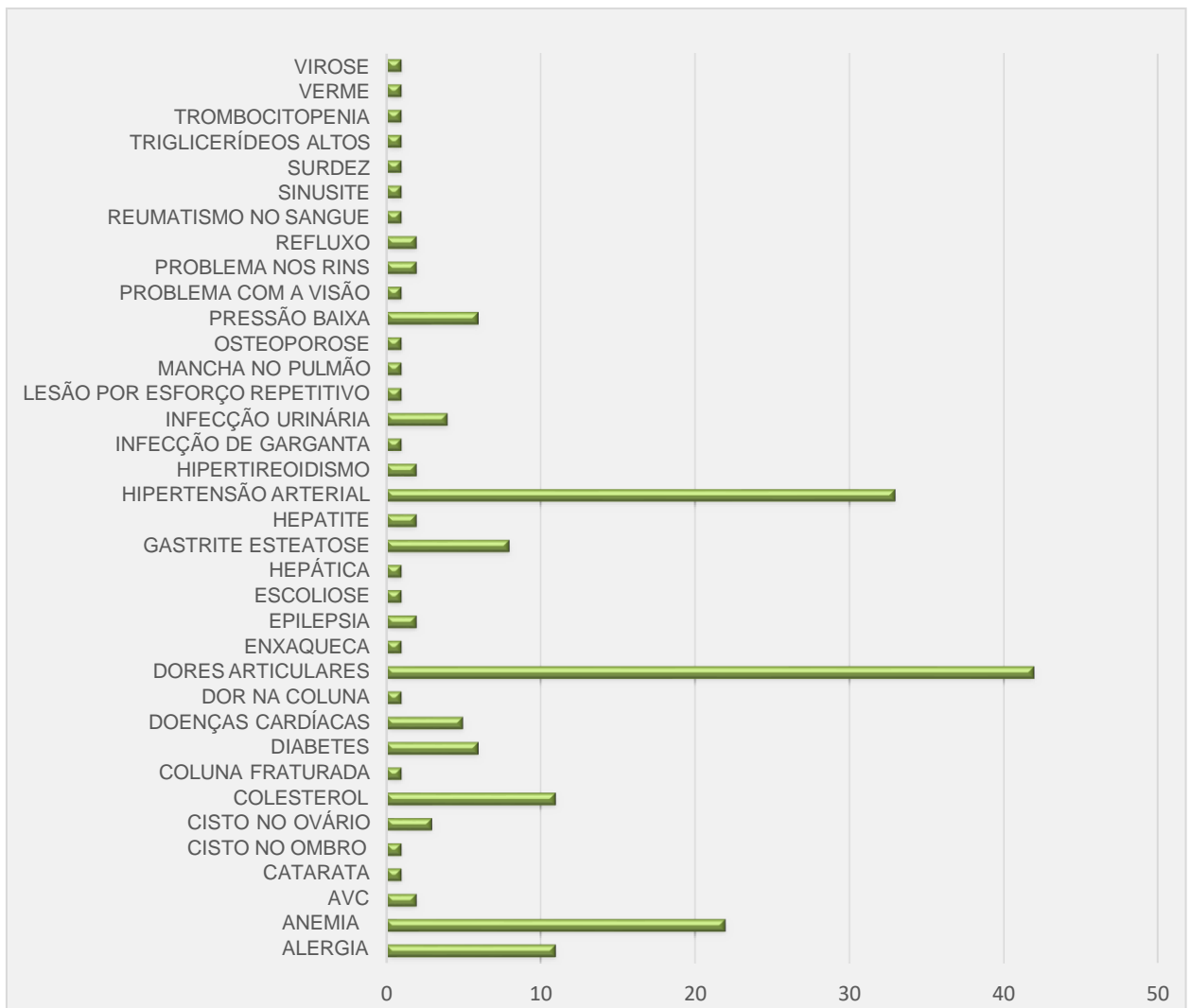
Gráfico 4 - Por qual motivo utilizou os serviços da UBS.



Fonte: Dados organizados pelos pesquisadores, 2019.

Os problemas de saúde mais frequentes (Gráfico 5) foram dores articulares. Essa condição está entre as principais responsáveis pelos agravos de saúde da população, pois um quinto da população adulta brasileira manifesta algum problema de coluna ou dores nas costas, por exemplo, tornando-se assim, o segundo problema de saúde crônico mais prevalente no contexto brasileiro, afetando a qualidade de vida dos indivíduos (OLIVEIRA et al., 2015; CAMARGO, 2014; MALTA et al., 2013).

Gráfico 5 - Morbidade.



Fonte: Dados organizados pelos pesquisadores, 2019.

Em uma comunidade do Alto Sertão baiano, 49,1% dos indivíduos apresentaram dores articulares, os pesquisadores relacionaram esse percentual a insuficiência de atividades físicas (MUSSI, TEIXEIRA e FIGUEIREDO, 2016). Nas comunidades quilombolas da Bahia a prevalência de dores articulares foi de 50,5%,

esse resultado pode ser associado a inserção precoce dos quilombolas aos trabalhos que demandam muito esforço físico (TEIXEIRA et al., 2019). Em Abacatal, o percentual de dores articulares foi de 51,54% e os autores salientaram associação com as atividades desenvolvidas no cotidiano, como agricultura e carvoaria (FREITAS et al., 2018).

De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra algumas morbidades são altamente recorrentes em grupos de pessoas negras, podendo ocorrer por ordem genética, como a anemia falciforme, ou por conta das frágeis condições de vida, como a desnutrição e a anemia ferropriva (BRASIL, 2007). Segundo Fisberg, Lyra e Weffort (2018, p.2):

Anemia é, segundo a Organização Mundial da Saúde, a condição na qual a concentração sanguínea de hemoglobina se encontra abaixo dos valores esperados, tornando-se insuficiente para atender as necessidades fisiológicas exigidas de acordo com idade, sexo, gestação e altitude. De origem multifatorial, pode ser ocasionada pela deficiência de ferro e/ou diversos outros micronutrientes, por perdas sanguíneas, processos infecciosos e patológicos concomitantes, uso de medicações específicas que impeçam ou prejudiquem a absorção do ferro. A principal causa de anemia é a deficiência de ferro, estando associada a mais de 60% dos casos em todo o mundo.

Um estudo transversal com crianças quilombolas do estado de Alagoas indicou prevalência de anemia em 52,6% em crianças de 6 a 58 meses (FERREIRA et al., 2011). Estima-se que quase dois bilhões de pessoas em todo mundo possuem anemia e que entre 27% e 50% da população apresenta deficiência de ferro, afetando principalmente as camadas sociais mais baixas, associando-se à insegurança alimentar (ANDRÉ et al., 2018). Diante disso, fica explícita a imprescindibilidade de estudos representativos que identifiquem os problemas sociais e de saúde desses grupos, norteados as ações e políticas voltadas para estas comunidades.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou a caracterização do perfil epidemiológico da comunidade remanescente quilombola de Vila Nova Jutaí, identificando os aspectos sociodemográficos, socioeconômicos, domiciliar e sanitário da comunidade, bem como, as condições de saúde, estilo de vida e morbidade dos moradores de Jutaí.

A pesquisa evidenciou precárias condições socioeconômicas, como baixa renda, baixa escolaridade e necessidade de algum benefício do governo. Além da fragilidade nas condições sanitárias, relacionadas à inexistência da rede geral de esgoto, inutilização de tratamento de água por parte dos moradores, coleta de lixo irregular e descarte inadequado.

Outro aspecto notório foi a autopercepção negativa de saúde, pouca prática de atividade física regular e percentual superior à média nacional referente ao consumo de álcool e cigarro. Mesmo com renda inferior a um salário mínimo, a maioria se alimenta três vezes por dia e consome frutas diariamente, principalmente o fruto do açaí, entretanto, o consumo de legumes e verduras foi baixo.

A utilização de serviços de saúde foi associada ao sexo feminino, ou seja, as mulheres são as que mais utilizam a UBS. Apesar de um percentual significativo de indivíduos nunca ter procurado os serviços de saúde local, os resultados deste estudo apontam para um alto índice de realização de exames de rotina, potencializando maiores possibilidades de prevenção dos agravos de saúde na comunidade.

O papel do Sanitarista, entre outros, é pensar em estratégias e técnicas que visem solucionar problemas relacionados a saúde, dentro dos princípios do SUS. Diante do percentual de indivíduos no Jutaí que nunca procurou os serviços de saúde faz-se necessário propor intervenções, junto aos ACSs, o principal elo entre a comunidade e a UBS observada neste estudo, que gere informações e sensibilize estes moradores acerca da importância de utilizar estes serviços.

Os traços culturais marcantes e os hábitos de vida influenciam diretamente nas práticas de cuidado em saúde dos jutaíenses, pois o uso de plantas medicinais foi apontado com uma das principais alternativas para o tratamento de doenças. As morbidades mais prevalentes foram dores articulares, HAS e anemia.

Diante do exposto, fica evidente a necessidade de estudos como este que investiguem o perfil epidemiológico e os determinantes sociais de saúde destes grupos, identificando suas principais vulnerabilidades e as tornando conhecidas, a fim de subsidiar a formulação de políticas públicas e ações de saúde que visem reduzir

as iniquidades sociais e de saúde ainda persistente nas comunidades remanescentes quilombolas, sobretudo, no estado do Pará.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, C.; MURRIETA, R. S. S.; SANCHES, R. A. **Agricultura e alimentação em populações ribeirinhas das várzeas do Amazonas: novas perspectivas.** Ambiente & Sociedade, v. 8, n. 1, p. 1-22, 2005
- ALAGOAS. Secretaria de Estado do Planejamento, Gestão e Patrimônio. **Estudo sobre as comunidades Quilombolas de Alagoas/Alagoas.** Secretaria de Estado do Planejamento, Gestão e Patrimônio. – Maceió: SEPLAG, 2015.
- ALBUQUERQUE, W. R.; FRAGA FILHO, W. **Uma história do negro no Brasil.** Brasília, DF: Fundação Cultural Palmares, 2006.
- AMORIM, M. M. et al. **Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola boqueirão, Bahia, Brasil.** Biosci J. 2013.
- ANDRÉ, H. P. et al. **Indicadores de insegurança alimentar e nutricional associados à anemia ferropriva em crianças brasileiras: uma revisão sistemática.** Ciência & Saúde Coletiva. 2018.
- ANJOS, R. S. A.; CIPRIANO, A. **As comunidades no território nacional.** In: ANJOS, R. S. A.; CIPRIANO, A. (org.). Quilombolas: tradições e cultura da resistência. São Paulo: Aori Comunicação, 2007.
- ARAÚJO, A. S. et al. **Análise socioeconômica de agricultores da comunidade quilombola do Abacatal, Ananindeua, estado do Pará, Brasil.** Biota Amazônia (Biote Amazonie, Biota Amazonia, Amazonian Biota), [S.l.], v. 7, n. 1, p. 30-37, mar. 2017.
- ARAÚJO, G. F. R. et al. **Qualidade físico-química e microbiológica da água para o consumo humano e a relação com a saúde: estudo em uma comunidade rural no estado de São Paulo.** O Mundo da Saúde, 35(1), 98-104. 2011.
- ARAÚJO, M. A. R.; SANTANA, M. C.; AZEVEDO FILHO, R. D. **Diagnóstico sócio-sanitário do quilombo Serra do Osso Pesqueira – Pernambuco.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.
- AZEREDO, C. M. et al. **Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 743-753, June 2007.
- BARROS, M. B. A. et al. **Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003– 2008.** Cien Saude Colet 2011.
- BEZERRA V. M. et al. **Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, set. 2013.

BEZERRA, V. M. et al. **Desconhecimento da hipertensão arterial e seus determinantes em quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil.** Ciência e saúde coletiva. 2015.

BEZERRA, V. M. et al. **Domínios de atividade física em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil: estudo de base populacional.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1213-1224, June, 2015.

BEZERRA, V. M. et al. **Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva.** Ciência e saúde coletiva. 2014.

BORGES, W. D. **Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e seus determinantes bioantropológicos em populações quilombolas da Amazônia.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará. Programa de Pós-graduação em saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia. Belém: UFPA, 2011.

BRASIL. Constituição Federal da República, 1988. **Ato das Disposições Constitucionais Transitórias**, artigo 68: Ministério da Justiça, 2002.

BRASIL. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. **Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 fev. 2007.

BRASIL. Decreto nº 6.261 de 20 de novembro de 2007. **Dispõe sobre a gestão integrada para o desenvolvimento da Agenda Social Quilombola no âmbito do Programa Brasil Quilombola, e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 nov. 2007.

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.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 nov. 2003.

BRASIL. Lei nº 7802, de 11 de julho de 1989. **Dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências.** Diário Oficial da União. 11 jul, 1989.

BRASIL. Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares. **Quadro Geral de Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs)**, 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. **Educação Quilombola – Escolas.** Brasília, 2018. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/educacao-quilombola/-escolas>. Acesso em 29 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Física.** Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/component/content/article/781-atividades-fisicas/40390-atividade-fisica>. Acesso em 30 de nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hábito de fumar cai em 36% entre brasileiros.** Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43401-habito-de-fumar-cai-em-36-entre-os-brasileiros>. Acesso em 30 de nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Panorama do Saneamento Rural no Brasil.** 2010.
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 992, de 13 de maio de 2009. **Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial.** Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília. 2007.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, uma política do SUS.** 2ª Ed. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2013.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Promoção à Igualdade Racial (SEPPIR) – **Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas.** Brasília, DF. 2012.

BRASIL. **Sistema Nacional de Informação sobre Saneamento. Diagnóstico dos serviços de Água e Esgoto.** Brasília: SNIS, 2017.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A Saúde e seus determinantes sociais.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.1, 2007.

CAMARGO, M. C. S. **Estimativas de expectativa de vida com doenças crônicas de coluna no Brasil.** Ciênc Saúde Coletiva. 2014.

CARDOSO, C. S.; MELO, L. O.; FREITAS, D. A. **Condições de saúde em comunidades quilombolas.** Revista de Enfermagem da UFPE. v. 12, n. 4, p. 1037-1045, abr. 2018.

CARDOSO, L. G. V.; MELO, A. P. S.; CESAR, C. C. **Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 809-820, Mar. 2015.

CARDOSO, M. B. C; HAGE, S. M. **No remanso do contexto ribeirinho quilombola da Amazônia.** Revista Margens Interdisciplinar, v. 8, n. 10, p. 109-126, maio2016.

CARNEIRO, F. F. et al. Dossiê ABRASCO. **Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde.** Parte 1 – Agrotóxicos, Segurança Alimentar e Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012.

CAVALCANTE, I. M. S. **Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em três quilombos na Amazônia paraense: um olhar antropológico.** Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Pará. Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia. Belém: UFPA, 2011.

CHAVES, M.; FARENZENA, D. **Concepções de meio ambiente da população rural e suas implicações no processo de deterioração ambiental na localidade de**

Quilombo, Paraíso do Sul, RS. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas, Santa Maria*, v. 11, n. 1, p. 1-16, 2010.

CHOR, D.; LIMA, C. R. A. **Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil.** *Cad Saúde Pública* 2005.

CNDSS (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** Relatório Final. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008.

COELHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. **Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil.** *Rev Saude Publica.* 2004.

CONRADO, M; CAMPELO, M; RIBEIRO, A. **Metáforas da cor: morenidade e territórios da negritude nas construções de identidades negras na Amazônia paraense.** *Afro-Ásia.* 2015.

COSTA, C. C.; GUILHOTO, J. J. M. **Saneamento rural no Brasil: impacto da fossa séptica biodigestora.** *Eng. Sanit. Ambiente.* Rio de Janeiro, v. 19, n. spe, p. 51-60, 2014.

COSTA, I. E.; OLIVEIRA, L. L. **O uso de plantas medicinais na comunidade quilombola de Paratibe: um relato de experiência na E.M.E.F. Antônia do Socorro Silva Machado, João Pessoa – PB.** 2017.

COUTINHO, G. S. L. **Bioprospecting LEAVES, BARK AND LATEX VEGETABLE KIND *Himatanthus drasticus* (Frangipani).** (Dissertação Mestrado em SAÚDE E MEIO AMBIENTE) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2013.

CUNHA A. M. **Ciência, tecnologia e sociedade na óptica docente: construção e validação e uma escala de atitudes** [dissertação de mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2008.

DIAS, C. J. S. et al. **Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal.** *Cad Saúde Pública*, 2011.

FERNANDES, S. L.; SANTOS, A. O. **Itinerários Terapêuticos e Formas de Cuidado em um Quilombo do Agreste Alagoano.** *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 39, 2019.

FERREIRA, A. L.; BATISTA, C. A. S.; PASA, M. C. **Uso de plantas medicinais na comunidade quilombola Mata Cavallo em Nossa Senhora do Livramento – MT, Brasil.** *Biodiversidade*, v. 14, n. 1, 2015.

FERREIRA, E. P et al. **Abastecimento de água para consumo humano em comunidades quilombolas no município de Santana do Mundaú - AL.** *Revista Brasileira de Geografia Física*, v. 7, n. 6, p. 1119-1125, 2014.

FERREIRA, H. S. et al. **Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil.** Rev Panam Salud Publica. 2011.

FERREIRA, H. S.; TORRES, Z. M. C. **Comunidade quilombola na região Nordeste do Brasil: saúde de mulheres e crianças antes e pós sua certificação.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, 2015.

FIABANI, A. **Mato, palhoça e pilão: o quilombo, da escravidão às comunidades remanescentes (1532 –2004).** 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2005.

FIGUEIREDO, M. C. et al. **Avaliação do padrão alimentar de quilombolas da comunidade do Limoeiro de Bacupari, Rio Grande do Sul, Brasil.** Revista da Faculdade de Odontologia, Passo Fundo, v. 16, n. 2, p. 130-135, maio/ago. 2011.

FILHO, F. J. C.; PAULO, P. L. **Abastecimento de água, esgotamento doméstico e aspectos de saúde em comunidades Quilombolas no Estado de Mato Grosso do Sul.** Interações (Campo Grande), Campo Grande, v. 18, n. 2, p. 103-116, Apr. 2017.

FISBERG, M.; LYRA I.; WELFORTH, V. **Consenso sobre anemia ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica.** Departamentos de Nutrologia e Hematologia-Hemoterapia • Sociedade Brasileira de Pediatria. 2018.

FLOR, A.; BARBOSA, W. L. R. **Sabedoria popular no uso de plantas medicinais pelos moradores do bairro do sossego no distrito de Marudá - PA.** Rev. bras. plantas med. Botucatu, v. 17, n. 4, supl. 1, p. 757-768, 2015.

FRAGA, F. A.; SANINO, G. E. C. **Saúde da mulher negra: passos e descompassos, ações afirmativas na saúde, provável luz no fim do túnel?** Revista da ABPN, v.07, n.15, fev. 2015.

FRANCHI, E. P. L. P. et al. **A formação de profissionais de saúde no cuidado às comunidades quilombolas: Um relato de experiência.** Rev. Bras Med Fam Comunidade. 2018.

FREITAS, D. A. et al. **Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão de literatura.** Rev. CEFAC. 2011.

FREITAS, I. A. et al. **Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira.** Rev Cuid. 2018.

GOMES, F. S.; MACHADO, M. H. **Interiorização e os Quilombos em São Paulo nos Séculos XVIII e XIX.** Iberoamericana (Madrid), v. 42, 2011.

GOMES, K. D. O. et al. **Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil.** Cad Saude Publica, 2013.

GUERRERO, A. F. H. et al. **Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do Município de Santarém - Pará, Brasil.** Saude soc., São Paulo, v. 16, n. 2, p. 103-110, Aug. 2007.

GUERRERO, A. F. H. **Situação Nutricional de Populações Remanescentes de Quilombos do Município de Santarém, Pará – Brasil.** Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro: ENSP, 2010.

GUIMARÃES, R. C. R.; SILVA, H. P. **Estado nutricional e crescimento de crianças quilombolas de diferentes comunidades do Estado do Pará.** *Amazônica, Rev. de Antrop.* v. 7, n. 1, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílio – Síntese dos Indicadores 2015.** Rio de Janeiro: IBGE; 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílio – Síntese dos Indicadores 2012.** Rio de Janeiro: IBGE; 2013.

INSTITUTO DE TERRAS DO PARÁ. ITERPA. **Cadastro de Georreferenciamento e Regularização Fundiária de Imóveis Rurais do Estado do Pará:** Manual de Procedimentos. Belém. ITERPA 2019.

IPEA. **Políticas sociais – acompanhamento e análise.** São Paulo, IPEA. 2005.

KABAD, J. F.; BASTOS, J. L.; SANTOS, R. V. **Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras:** revisão sistemática na base PubMed. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2012.

KOCHERGIN, C. N.; PROJETTI F. A.; CÉSAR, C. C. **Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados.** *Cad Saude Publica* 2014.

LEVANTAMENTO NACIONAL DE ÁLCOOL E DROGAS – 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: **Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP.** 2014.

LIMA, R. P.; MONTEIRO, W. **O Resgate Histórico da Comunidade Jutaí pela Retextualização Oral/Escrita de Relatos Pessoais.** Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal do Pará. 2016.

LIMA, W. C. **Memórias de mulheres quilombolas e identidade territorial da comunidade Nova Jutaí, Breu Branco – PA.** (Dissertação Mestrado) – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará. 2017.

LOPES, F. **Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde.** *Cad Saúde Pública*, 2005.

LUCENA, C, S, S.; LIMA, F. E. S.; PEREIRA, C. S. **A agricultura familiar na comunidade quilombola do Pêga, em Portalegre – RN.** *Revista Geotemas*, v. 6, p. 51-51, 2016.

MACEDO, M.; CARVALHO, J.M.K.; NOGUEIRA, F.L. **Plantas medicinais e ornamentais da área de aproveitamento múltiplo de Manso, Chapada dos Guimarães, Mato Grosso.** Cuiabá: Ed. da UFMT, 188p. 2002.

- MACHADO, C. V. **O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90.** Cad Saude Publica, 2007.
- MALTA, D. C. et al. **A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil:** Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.
- MARMOT, M.; WILKINSON, R. **Social determinants of health.** New York: Oxford University Press. 1999.
- MARQUES, A. S. et al. **População quilombola no norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde.** BIS: Boletim do Instituto de Saúde, 2010.
- MATOS, C. C. S. A.; TOURINHO, F. S. V. **Saúde da População Negra: como nascem, vivem e morrem os indivíduos pretos e pardos em Florianópolis (SC).** Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018.
- McDOWELL, I. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires.** New York: Oxford University, Press; 2006.
- MEDEIROS, D. S. et al. **Utilização de medicamentos pela população quilombola: inquérito no Sudoeste da Bahia.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 905-913, Oct. 2013.
- MELO, M. F. T.; 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), [S.l.], v. 7, n. 16, p. 168-189, jun. 2015.
- MONEGO, E. T. et al. **Segurança alimentar de comunidades quilombolas do Tocantins.** Campinas. Segurança Alimentar e Nutricional, 2010.
- MONTEIRO, C. F. S. et al. **Relatos de mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas.** Esc Anna Nery, 15 (3), pp. 567-572. 2011.
- MORBECK, N. B. M. **Abordagem Educativa para o Uso de Medicamentos em Remanescentes Quilombolas: Uma Perspectiva Freiriana.** Palmas, TO, 2014.
- MOREIRA, J. P. L.; MORAES, J. R.; LUIZ, R. R. **Utilização de consulta médica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados da PNAD 2008.** Ciênc Saúde Coletiva, 2011.
- MOURA, L. et al. **Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil, 2011.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.22, n.3, 2014.
- MUNANGA, K.; GOMES, N. L. **O negro no Brasil de hoje.** Coleção para entender, São Paulo: Global, 2006.
- MUSSI, R. F. F. et al. **Atividades físicas praticadas no tempo livre em comunidade quilombola do alto sertão baiano.** Licere. 2015.

MUSSI, R. F. F.; QUEIROZ, B. M.; PETROSKI, E. L. **Excesso de peso e fatores associados em quilombolas do médio São Francisco baiano, Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1193-1200, abril. 2018.

MUSSI, R. F. F.; TEIXEIRA, E. P.; FIGUEIREDO, A. C. M. G. **Problema dor articular e atividade física de tempo livre em Quilombo Baiano, Brasil.** Rev Ciênc Méd Biol. 2016.

NASCIMENTO, F. S. et al. **estado sociodemográfico e condição de saúde de crianças remanescentes de quilombo.** REVISTA CIÊNCIA & SABERES, v. 2, p. 279, 2016.

NAVAS, R. et al. **Transição alimentar em comunidade quilombola no litoral sul de São Paulo.** Revista NERA. 2015.

NIELSEN, N. O. **Ecosystem approaches to human health.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 17, 2001.

NOVAIS, T. O. **O uso de álcool e outras drogas na comunidade rural quilombola Kalunga em Goiás. Comunicação em Ciências da Saúde, [S.l.], v. 28, n. 03/04, p. 379-388, aug. 2018.**

OLIVEIRA, C. M. et al. **Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida.** Cien. Saúde Colet. 2013.

OLIVEIRA, A. K. A. et al. **Perfil epidemiológico do bairro de Nova Cidade no município de Natal/RN.** In: 2º Seminário Nacional de Diretrizes para a Enfermagem na Atenção Básica em Saúde, 2009, Recife/PE. Perfil Epidemiológico do bairro de Nova Cidade no município de Natal/RN, 2009.

OLIVEIRA, A. S. J. et al. **Quilombolas do Pará: condições de vulnerabilidade nas comunidades remanescentes de Quilombo.** Assis: Triunfal Gráfica e Editora. 2011.

OLIVEIRA, S. K. M. et al. **Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro. v. 20, n. 9, p. 2879-2890, set. 2015.

PAIVA, S. G. **Fatores de risco para doenças cardiovasculares em quilombos contemporâneos do Brasil Central: parâmetros demográficos, socioeconômicos, ancestralidade genética e saúde.** 2017. 269 f., il. Tese (Doutorado em Biologia Animal - Universidade de Brasília), Brasília, 2017.

PARE, M. L.; OLIVEIRA, L. P.; VELLOSO, A. D. **A educação para quilombolas: experiências de São Miguel Dos Pretos Em Restinga Seca (RS) e da comunidade Kalunga Do Engenho II (GO).** Cad. Cedes, Campinas, 2007.

PAULI, S. et al. **Prevalência autorreferida de hipertensão e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3293-3303, Sept. 2019.

PEDROSO JUNIOR, N. N. et al. **A casa e a roça: socioeconomia, demografia e agricultura em populações quilombolas do Vale do Ribeira, São Paulo,**

Brasil. Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciênc. Belém, v. 3, n. 2, p. 227-252, Aug. 2008.

PEÑA, M.; MOLINA, V. **Diretrizes alimentares baseadas em alimentos e promoção da saúde na América Latina.** Washington: Organização Pan-Americana da Saúde / Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP), 1999.

PEREIRA, C. A. R.; MELO, J. V.; FERNANDES, A. L. T. **A educação ambiental como estratégia da atenção primária à saúde.** *Revista brasileira de medicina de família e comunidade*, 7(23), 108-16. 2012.

PEREIRA, L. L.; SILVA, H. P.; SANTOS, L. M. P. **Projeto mais médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas.** *Revista da ABPN*. 2015.
PINHO, L. et al. **Condições de saúde de comunidade quilombola no norte de Minas Gerais.** *Revista de pesquisa cuidado é fundamental online*. v. 7, n.1, 2015.

PINHO, P. Matos.; PAMPLONA, V. M. S.; RAMOS, E. M. L. S. **Avaliação nutricional em quilombolas Marajoaras.** Belém: UFPA/ PROEX. 2013.

QUEIROZ, T. M.; OLIVEIRA, L. C. P. **Qualidade da água em comunidades quilombolas do Vão Grande, município de Barra do Bugres (MT).** *Eng. Sanit. Ambient.*, Rio de Janeiro. v. 23, n. 1, p. 173-180, Feb. 2018.

RAUBER, D. et al. **Indicadores da Gestão dos Resíduos Sólidos e Saneamento Básico Presentes no Plano Municipal de Saúde de Curitiba 2014-2017.** *Anais do 8º Fórum internacional de Resíduos Sólidos*, 2017.

REICHERT, F. F.; LOCH, M. R.; CAPILHEIRA, M. F. **Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos.** *Ciência Saúde Coletiva*. 2012.

RIBEIRO, M. C. S et al. **Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003.** *Ciênc Saúde Coletiva*, 2006.

RIGOTTO, R. M.; VASCONCELOS, D. P.; ROCHA, M. M. **Uso de agrotóxicos no Brasil e problemas para a saúde pública.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1360-1362, jul. 2014.

RIVAS, M. E. et al. **Desenvolvimento de um questionário de frequência alimentar para populações quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil.** *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, [S.l.], v. 11, p. 1317-1332, nov. 2016.

ROCHA, I. R.; CARMO, M. S. **Perfil epidemiológico de ribeirinhos da ilha do Combú: um reflexo da saúde nas águas.** [Trabalho de Conclusão de Curso]. Belém: Universidade do Estado do Pará; 2014.

RONZANI, T. M.; COSTA, P. H. A.; PAIVA, F. S. **Fatores associados ao uso de álcool em assentamentos rurais.** In: Magda Dimenstein, Jader Leite, João Paulo Macedo, Candida Dantas. (Org.). *CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE MENTAL EM CONTEXTOS RURAIS*. 1ed.São Paulo: Intermeios, 2016.

- ROZENFELD, S.; FONSECA, M. J. M.; ACURCIO, F. A. **Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil.** Rev Panam Salud Publica. 2008.
- SALES, G. P. S.; ALBUQUERQUE, H. N.; CAVALCANTI, M. L. F. **Estudo do uso de plantas medicinais pela comunidade quilombola Senhor do Bonfim – Areia-PB.** Revista de Biologia e Ciências da Terra. Vol. 1, 2009.
- SANTOS, M. E. G.; CAMARGO, P. M. **Comunidades Quilombolas de Minas Gerais no século XXI: história e resistência.** Centro de Documentação Elóy Ferreira da Silva. Belo Horizonte: Autêntica/CEDEFES, 2008.
- SANTOS, R. C.; SILVA, M. S. **Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás.** Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.3, 2014.
- SANTOS, S. B. N.; RAMOS, J. M. S.; MORAES, L. R. S. **O esgoto sanitário, a água e os resíduos sólidos no Quilombo Dom João - suas condições e propostas de melhorias.** 2016.
- SECRETARIA DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL – SEPPIR. **Guia de políticas públicas para comunidades quilombolas,** 2013.
- SILVA, D. O. et al. **A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR163, Pará, Brasil.** Revista de Nutrição, Campinas, v. 21, supl., p. 83s-87s, 2008.
- SILVA J. A. N. **Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba.** *Saúde e Sociedade*, v. 16, n. 2, p. 111-24, ago. 2007
- SILVA, A. A. **Educação do campo no instituto Federal do Pará/Tucuruí: Currículo e educação para as relações etnicorraciais.** Dissertação (Mestrado). Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, programa de pós-graduação em educação agrícola, 2017.
- SILVA, A. R. F. **Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas: uma luta em construção.** Política & Trabalho (UFPB), v. 1, p. 115-128, 2018.
- SILVA, E. R. M. **Plantas medicinais em comunidades tradicionais da Reserva Extrativista Marinha de Soure-Pará, Brasil.** -- Belém, 2016.
- SILVA, J. A. N. **Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba.** *Saúde e sociedade*, São Paulo, v.16, n. 2, p. 111-124, ago. 2007.
- SILVA, M. J. G.; LIMA, F. S. S.; HAMANN, E. M. **Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil.** Saude soc., São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 109-120, Dec. 2010.
- SILVA, R. A.; MENEZES, J. A. **Os significados do uso de álcool entre jovens quilombolas.** Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 14 (1), pp. 493-504. 2016.

SILVA, R. M. A.; BEZERRA, V. M.; MEDEIROS, D. S. **Experimentação de tabaco e fatores associados entre adolescentes da zona rural de Vitória da Conquista, BA, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019.

SILVA, T. S. S. et al. **Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil.** *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 376-383, Sept. 2016.

SILVESTRE, D. O, MOREIRA, A. P. C. **Uso, vivência e conservação do meio ambiente em populações tradicionais:** o caso da comunidade quilombola de Caiana dos Crioulos, Alagoa Grande (PB). *Cadernos do Logepa*. 2011.

SOARES, D. A, BARRETO, S. M. **Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas.** *Cad saúde pública*. 2014.

SOUSA, B. C. et al. **Hábitos alimentares de adolescentes quilombolas e não quilombolas da zona rural do semiárido baiano, Brasil.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 419-430, Feb. 2019.

STRINGHINI, S. et al. **The social patterning of risk factors for noncommunicable diseases in five countries:** evidence from the modeling the epidemiologic transition study (METS). *BMC Public Health*, 16: 956. 2016.

TEIXEIRA, E. P. et al. **Problema crônico de coluna/dor nas costas em população quilombolas de região baiana, nordeste brasileiro.** *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 85-90, Mar. 2019.

TORALES, A. P. B.; SOBRAL, H. C. F.; OLIVEIRA, C. C. C. **Representação Social de Problemas Ambientais por Mulheres Quilombolas.** *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences*, v. 41, n. 2, p. e46705, 25 set. 2019.

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F. **Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003.** *Cad Saúde Pública*, 2007.

TRIGO, S. et al. **Representações sociais de adolescentes sobre o consumo de drogas.** *Arq Med, Porto*, v. 29, n. 2, p. 39-45, abr. 2015.

VEIGA, G. V.; SICHIERI, R. **Correlation in food intake between parentes and adolescents depends on socioeconomic level.** *Nutrition Research*. 2006.

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S. **Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção.** *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 610-618, Dec. 2013.

VIEIRA, E. W. R. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais.** [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

VINHOLES, D. B.; ASSUNCAO, M. C. F.; NEUTZLING, M. B. **Frequência de hábitos saudáveis de alimentação medidos a partir dos 10 Passos da Alimentação**

Saudável do Ministério da Saúde: Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 25, n. 4, p. 791-799, Apr. 2009.

ZOLNNER, L. A. M. et al. **Determinantes do Acesso à Saúde:** o caso das populações remanescentes de quilombos. Saúde, Cultura e Subjetividade. Bol. Inst. Saúde. 2007.

APÊNDICES

Apêndice A – Questionário**PARTE I: SOCIODEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO****1. Sexo:**

() feminino () masculino () outro

2. Idade: _____ anos**3. Cor autorreferida:**

() branco () preto () pardo
() amarelo () indígena

4. Estado civil:

() solteiro () casado/morando junto
() separado/Divorciado () viúvo

5. Escolaridade:

() Nunca frequentou a escola
() Alfabetizado
() Fundamental Incompleto
() Fundamental Completo
() Médio Incompleto
() Médio Completo
() Superior Incompleto
() Superior Completo

6. Ocupação: _____**7. Recebe algum benefício do governo?**

() sim () não

8. Renda:

() menos que R\$ 998,00
() R\$ 998,00
() De \$ 999,00 a R\$2.994
() R\$ 2.995 ou mais

PARTE II: DOMICILIAR E SANITÁRIO**9. Característica da Moradia:**

() alvenaria () madeira () barro
() outro

10. Abastecimento de água:

() rede encanada até a sua casa
() poço
() carro pipa
() direto do igarapé
() outro

11. Tratamento de água no domicílio:

() sem tratamento () filtração

() fervura () cloração

12. Destino do lixo:

() coletado () jogado a céu aberto
() queimado () enterrado

13. escoamento de dejetos sólidos e líquidos:

() fossa Séptica () fossa rudimentar () direto para um rio ou lago
() céu aberto () outro

PARTE III: AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE E ESTILO DE VIDA

14. Em geral, como avalia a sua saúde?

() muito boa () boa () regular
() ruim () muito ruim

15. Considera o seu peso:

() abaixo do ideal () adequado () acima do ideal

16. Pratica atividade física regularmente?

() não pratica
() uma vez por semana
() duas vezes por semana
() três a quatro vezes por semana
() cinco a sete vezes por semana

17. Fuma ou já fumou?

() sim () não

18. Se sim, por quanto tempo?

() 1-10 anos () 11-20 anos
() 21-30 anos () 31 anos ou mais

19. Consome ou já consumiu bebida alcoólica?

() sim () não

20. Se sim, com que frequência?

() não consome atualmente
() uma vez por semana
() duas vezes por semana
() três a quatro vezes por semana
() cinco a sete vezes por semana

21. Fez ou faz uso de entorpecente/drogas?

() sim () não

22. Se sim, com que frequência?

() não faz uso atualmente
() uma vez por semana
() duas vezes por semana

- () três a quatro vezes por semana
 () cinco a sete vezes por semana

23. Usa algum medicamento? Se sim, qual (is)?

1. _____ 6. _____
 2. _____ 7. _____
 3. _____ 8. _____
 4. _____ 9. _____
 5. _____ 10. _____

24. Utiliza plantas medicinais? Se sim, qual (is)?

1. _____ 6. _____
 2. _____ 7. _____
 3. _____ 8. _____
 4. _____ 9. _____
 5. _____ 10. _____

25. Já utilizou os serviços de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) local?

- () sim () não

26. Por qual motivo procurou os serviços de saúde da UBS local?

27. O que procura quando está doente?

- () UBS () farmácia
 () remédios caseiros () outros

28. Quando foi a última vez que foi ao serviço de saúde local?

- () no último mês () nos últimos 6 meses
 () nos últimos 12 meses () nos últimos 2 anos
 () há 3 anos ou mais () nunca procurou

29. Qual a frequência que os profissionais de saúde da unidade local visitam sua casa?

- () uma vez por mês () a cada dois meses () a cada seis meses
 () uma vez por ano

30. Utiliza produtos agrotóxicos no cultivo de plantas?

- () sim () não

31. Quantas vezes se alimenta por dia?

- uma vez ao dia duas vezes ao dia
 três vezes ao dia quatro vezes ou mais ao dia

32. Consome frutas quantas vezes por semana?

- não come frutas
 uma vez por semana
 duas vezes por semana
 três a quatro vezes por semana
 cinco a seis vezes por semana
 sete ou mais vezes por semana

33. Consome legumes e verduras quantas vezes por semana?

- não come legumes e nem verduras
 uma vez por semana
 duas vezes por semana
 três a quatro vezes por semana
 cinco a seis vezes por semana
 sete ou mais vezes por semana

34. Consome Açaí e/ou Bacaba quantas vezes por semana?

- não consome
 uma vez por semana
 duas vezes por semana
 três a quatro vezes por semana
 cinco a seis vezes por semana
 sete ou mais vezes por semana

PARTE IV) MORBIDADE**35. Atualmente possui algum problema de saúde diagnosticado por médicos?**

- Nenhum
 Hipertensão Arterial
 Diabetes
 Anemia
 Gastrite
 Doenças cardíacas
 Dores Articulares
 Alergia
 Asma/Bronquite
 Hanseníase
 Depressão

Outros: _____

Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a), a participar de um trabalho de pesquisa chamado: “**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE VILA NOVA JUTAÍ, BREU BRANCO – PA**”. Esta pesquisa tem como objetivo descrever o perfil sociodemográfico, socioeconômico, domiciliar e sanitário da comunidade, bem como identificar as condições de saúde, estilo de vida e morbidade dos residentes de Jutaí.

Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão realizadas algumas perguntas referentes à aspectos sociodemográfico, socioeconômico, domiciliar, sanitário, saúde, estilo de vida e morbidade.

Sua participação consiste em responder às perguntas do questionário, sendo que neste estudo é muito importante sua participação e toda ela consta como um trabalho voluntário, ou seja, você tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento. Os riscos desta pesquisa são mínimos e envolvem a possibilidade de constrangimento, desconforto ou vergonha ao responder o questionário, além de cansaço ao responder às perguntas, possibilidade de vazamento de dados ou quebra de anonimato, entretanto asseguramos o comprometimento da equipe com os entrevistados, além de garantir que todas as informações prestadas pelo senhor (a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Gisele Lima Coelho
(Pesquisador)

Aline Coutinho Cavalcanti
(Pesquisador e Orientador da Pesquisa)

Declaração de Consentimento

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo, e estou ciente que participo voluntariamente do projeto, sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Assinatura do participante

_____ / _____ / _____

Obrigado pela sua colaboração, disposição e por merecer sua confiança!

Está com alguma dúvida? Procure-nos para fazer qualquer pergunta!

Gisele Lima Coelho. Graduanda do Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará - UNIFESSPA. Tel.: (94) 981333853. Email: coelholima.gl@gmail.com

Aline Coutinho Cavalcanti. Prof.^a Dr.^a do Curso de Saúde Coletiva – UNIFESSPA. Email: aline.cavalcanti@unifesspa.edu.br