



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
INSTITUTO EVANDRO CHAGAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOLOGIA PARASITÁRIA DA AMAZÔNIA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE EM
COMUNIDADE REMANESCENTE DE QUILOMBO NO MUNICÍPIO DE
MOCAJUBA-PARÁ**

EMMILY OLIVEIRA AMADOR

BELÉM/PA

2023

EMMILY OLIVEIRA AMADOR

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE EM
COMUNIDADE REMANESCENTE DE QUILOMBO NO MUNICÍPIO DE
MOCAJUBA-PARÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biologia Parasitária da Amazônia da Universidade do Estado do Pará/ Instituto Evandro Chagas como requisito parcial para obtenção de grau de Mestre em Biologia Parasitária da Amazônia. Orientador (a): Profa. Dra. Karla Valéria Batista Lima

BELÉM/PA

2023

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UEPA / SIBIUEPA**

Amador, Emmily Oliveira.

Perfil epidemiológico e os determinantes sociais da saúde em comunidade remanescente de Quilombo no Município de Mocajuba-Pará / Emmily Oliveira Amador. – Belém-Pa: UEPA; Instituto Evandro Chagas, 2023. 94f.

Orientadora: Dra. Karla Valéria Batista Lima
Dissertação (Mestrado em Biologia Parasitária na Amazônia) – Programa de Pós-Graduação em Biologia Parasitária na Amazônia. Universidade do Estado do Pará, Belém, 2023.

1. Epidemiologia. 2. Agravos em Saúde. 3. Determinantes Sociais da Saúde. 4. Quilombolas. I. Lima, Karla Valéria Batista, orient. II. Universidade do Estado do Pará. III. Instituto Evandro Chagas. IV. Título.

CDD 22. ed. 614.4

EMMILY OLIVEIRA AMADOR

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE EM
COMUNIDADE REMANESCENTE DE QUILOMBO NO MUNICÍPIO DE
MOCAJUBA-PARÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biologia Parasitária da Amazônia, da Universidade do Estado do Pará/ Instituto Evandro Chagas, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Biologia Parasitária da Amazônia.

Orientadora: Profa. Dra. Karla Valéria Batista Lima
Instituto Evandro Chagas e Universidade do Estado do Pará

Banca Examinadora: Dr. Arnaldo Jorge Martins Filho- Membro titular
Instituto Evandro Chagas
Dra. Maísa Silva de Sousa- Membro titular
Universidade Federal do Pará
Dra. Sílvia Helena Marques da Silva- Membro Titular
Instituto Evandro Chagas
Dra. Luana Nepomuceno Gondim Costa Lima -
Membro Suplente
Instituto Evandro Chagas

Belém, 12 de dezembro de 2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que em sua infinita bondade, me permitiu estar aqui e poder fazer o que amo, que em todos os momentos de aflição me fez sentir a Sua presença. Finalizar esse ciclo sem Ele seria impossível.

À minha mãe e à minha avó por todo o incentivo, colo e carinho e por me fazerem seguir em frente sempre, apesar de qualquer adversidade. Ao meu amado irmãozinho por sempre me encher de carinho. Amo-os incondicionalmente, Deus me agradeceu.

À minha orientadora, Dra. Karla Lima, que nesses quase dois anos, sempre me apoiou, incentivou e me permitiu crescer. Minha admiração por ela cresce a cada dia, que honra poder ser orientada de uma pessoa tão incrível, de uma humanidade e sensibilidade jamais vista, que não mede esforços por seus alunos. Obrigada por toda parceria e por topar tudo isso.

Ao meu amor, Wenderson Martins, que veio sendo meu alicerce desde o início. Agradeço por todo seu amor, compreensão e incentivo, por todas as vezes que apenas me ouviu, me deu carinho e suporte, é, indubitavelmente, a minha sorte diária. Por nós, sempre.

À minha parceira durante o mestrado, desde o processo seletivo, Emilly Dias. Minha dupla de viagem, planejamento, aula, escrita, trabalhos, por fim, de vida. Por todos os momentos de colo, carinho, conselhos, risadas. Todos os nossos choros e noites sem dormir valeram a pena. Que a nossa parceria se perpetue.

Aos integrantes do projeto: Priscila Pinheiro, Dayana Sandim, Isabelle Cardoso, Alex Brito que foram grandes parceiros durante as viagens e permitiram a execução desse projeto, todo meu carinho e amor. Além de todos os outros participantes que contribuem diretamente no projeto, que são anjos de Deus. Obrigada pela parceria.

A todos que aqui não foram mencionados, mas por quem nutro imenso carinho.

À Universidade do Estado do Pará e Instituto Evandro Chagas pela oportunidade. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível superior pelo incentivo da bolsa de mestrado.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	7
1.1	DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	9
1.2	SABERES TRADICIONAIS EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS ...	10
1.3	JUSTIFICATIVA.....	11
1.4	PERGUNTAS NORTEADORAS.....	11
2	OBJETIVOS.....	13
2.1	OBJETIVO GERAL	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3	METODOLOGIA	14
3.1	CASUÍSTICA.....	14
3.2	REVISÃO SISTEMÁTICA	14
3.3	ASPECTOS ÉTICOS	14
3.4	LOCAL DO ESTUDO	15
3.5	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	16
3.6	DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO	16
3.7	COLETA DE DADOS	17
3.8	SELEÇÃO DE DADOS	18
3.9	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	19
3.10	RISCOS E BENEFÍCIOS.....	19
4	CAPÍTULO I: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE EM COMUNIDADES REMENESCENTES DE QUILOMBO ...	21
5	CAPÍTULO II: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DETERMINANTES SOCIAIS NA COMUNIDADE REMANESCENTE DE QUILOMBO DE ESTUDO.....	35
6	CAPÍTULO III: USO DE PLANTAS MEDICINAIS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	60
7	CONCLUSÕES.....	70
8	PERSPECTIVAS	71
	REFERÊNCIAS	72
	ANEXO A- ANUÊNCIA PREFEITURA.....	75
	ANEXO B- ANUÊNCIA QUILOMBO	76

ANEXO C- APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA	77
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO....	78
APÊNDICE B- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	80
TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TALE	80
APÊNDICE C- TERMO DE ACEITE BIOBANCO	83
APÊNDICE D- FORMULÁRIO FAMILIAR.....	86
APÊNDICE E- FORMULÁRIO INDIVIDUAL	89

LISTA DE ABREVISTURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

Ato das Disposições Constitucionais Transitórias	ADCT
Comunidades Remanescentes de Quilombos	CRQ
Determinantes Sociais da Saúde	DSS
Hipertensão Arterial Sistêmica	HAS
Infecções Sexualmente Transmissíveis	IST
Organização Mundial da Saúde	OMS
Políticas de Promoção da Igualdade Racial	SEPPIR
Sistema Único de Saúde	SUS
Unidade Básica de Saúde	UBS

RESUMO

O acesso à assistência em saúde de comunidades remanescentes de quilombos (CRQ) é pautado na iniquidade do serviço quando submetido a barreiras sociodemográficas. Estas barreiras interferem diretamente na morbimortalidade do grupo social por meio das disparidades sociais, que afetam o modo de vida e de trabalho. Partindo do pressuposto da carência vivida por essa população em suas diversas áreas da vida, como: social, econômica, ambiental, biológico, psicológico e outras, entende-se que estes atuam como Determinantes Sociais em Saúde (DSS) e, desta forma, desqualificam o acesso à saúde. Logo, as condições em que as CRQ vivem, ou que estão inseridos, são entendidas como determinantes do processo da díade saúde-doença e moldam sua relação. A fim de mitigar os efeitos dos DSS, muitos optam pela utilização dos saberes tradicionais como o uso de plantas medicinais, sem as corretas orientações. Objetiva-se investigar características epidemiológicas com ênfase em determinantes sociais que impactam na saúde quilombola. Trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo e qualitativo transversal em que descreve características epidemiológicas de São Luís Tambaí-Açú em Mocajuba, no estado do Pará compreendendo aspectos da ocorrência de DSS e aspectos etnofarmacológicos como estratégia de mitigação dos DSS. Como produtos da pesquisa houve: i) Levantamento bibliográfico dos DSS que mais afetam CRQ no Brasil; ii) Publicação com desenho da situação epidemiológica atual; iii) Propostas de ação de educação em saúde da população. Observou-se que ainda há a reprodução do racismo institucional e estrutural que impacta de forma direta na atenção à saúde, as DSS influenciam na epidemiologia da população, diminuindo a qualidade de vida da população.

Palavras-chave: Epidemiologia; Agravos em Saúde; Determinantes Sociais da Saúde; Quilombolas.

ABSTRACT

Access to health care in remaining quilombo communities (CRQ) is based on the inequity of the service when subjected to sociodemographic barriers. These barriers directly interfere with the morbidity and mortality of the social group through social disparities, which affect the way of life and work. Based on the assumption of the lack experienced by this population in their various areas of life, such as: social, economic, environmental, biological, psychological and others, it is understood that these act as Social Determinants in Health (DSS) and, in this way, disqualify access to healthcare. Therefore, the conditions in which CRQ live, or are inserted, are understood as determinants of the health-disease dyad process and shape their relationship. In order to mitigate the effects of DSS, many choose to use traditional knowledge such as the use of medicinal plants, without the correct guidance. The aim is to investigate epidemiological characteristics with an emphasis on social determinants that impact quilombola health. This is a cross-sectional epidemiological, quantitative and qualitative study that describes epidemiological characteristics of São Luís Tambaí-Açú in Mocajuba, in the state of Pará, comprising aspects of the occurrence of DSS and ethnopharmacological aspects as a strategy for mitigating DSS. The research products included: i) Bibliographical survey of the DSS that most affect CRQ in Brazil; ii) Publication with a drawing of the current epidemiological situation; iii) Proposals for population health education action. It was observed that there is still the reproduction of institutional and structural racism that directly impacts health care, SDH influence the population's epidemiology, reducing the population's quality of life.

Keywords: Epidemiology; Health Problems; Social Determinants of Health; Quilombolas.

1. INTRODUÇÃO

Os quilombos surgiram a partir da diáspora negra, que se caracteriza pela dispersão forçada dos povos africanos em função da escravidão. A vida dos escravizados nas colônias eram regadas a castigos físicos, trabalhos forçados e subjugação, e com isso os movimentos de resistência começaram a surgir, sejam eles individuais ou coletivos. O quilombo tornou-se, então, uma unidade territorial com 6 ou mais negros escravizados fugitivos que tinham a intenção de se defender. Os habitantes desses quilombos eram chamados de “callambolas” (Silva & Silva, 2015).

O termo quilombo faz parte de um léxico adequado para a sua época de criação e implementação, no entanto, com a promulgação da abolição da escravatura e a passagem do tempo, hodiernamente, o termo não cabe ao vocabulário atual, principalmente quando aplicado ao campo jurídico. A construção do significado do termo iniciou de forma pejorativa, classificando um lugar excludente. Assim, durante os anos houve a inclusão de diversos termos, sendo um deles, o “Remanescentes de Quilombos” (RQ) (Nunes & Santos, 2021).

Os direitos das Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQ) não estão expressos na Constituição Federal de 1988 e sua inclusão começou a ser debatida juntamente às discussões acerca da sua territorialidade, cultura e auto atribuição em que assim puderam ser caracterizados como um grupo étnico, definindo o sujeito de direito, não como indivíduo remanescente, mas sim o grupo étnico como um todo (Matos & Eugênio, 2018).

Existem cerca de 3168 CRQ em todo o Brasil, entretanto, esse número pode variar, pois muitas áreas ainda não foram mapeadas, por estarem localizadas em área rural de difícil acesso, ou mesmo pela falta da autorreferência como quilombo. Na região nordeste é onde se encontram mais comunidades reconhecidas, com cerca de 62% do total de comunidades. Essas comunidades, também identificadas como comunidades tradicionais, apresentam diversas fragilidades socioeconômicas e maior necessidade de uso de políticas públicas (Macedo et al., 2021).

Desta forma, o acesso à saúde da CRQ é mais dificultado, o que afirma a existência da iniquidade. No âmbito da saúde da mulher negra, o planejamento familiar e cuidados pré-natais aparecem intimamente relacionados à saúde destas mulheres. Em ambos os sexos, a hipertensão, diabetes mellitus, obesidade e

problemas relacionados à saúde mental aparecem como as doenças mais prevalentes, além do etilismo estar frequentemente associado a esta população (Pereira & Mussi, 2020). Dentre as doenças encontradas em comunidades quilombolas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doenças de pele como a pitíriase versicolor e acne são prevalentes. As cáries, perdas dentárias, doenças gastrointestinais também ocorrem em número elevado e, estes agravos apresentam fortes relações com os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (Melo & Silva, 2015).

Os DSS definem aspectos das condições de vida e de trabalho de um indivíduo ou de um grupo que influenciam diretamente com a situação de saúde em que estão inseridos fatores sociais, econômicos, culturais, psicológicos, étnico, raciais e comportamentais, no qual exerce influência nos problemas que acometem a população em estudo (Buss & Pellegrine Filho, 2007).

Os DSS apresentam-se de diferentes formas na população quilombola. Quando discernidos à luz da assistência em saúde, a escassez de profissionais na prestação da assistência, falta de cobertura para diversos agravos em saúde e falta de equipamentos são apontados como fatores que interferem na equidade e na atenção à saúde. A discriminação racial ainda não é tão percebida pelos quilombolas quando comparada com a discriminação social (classe baixa), discriminação econômica ou por estereótipos. Logo, o racismo institucional na saúde ainda é um tema a ser debatido para a melhor compreensão como um DSS importante (Dimenstein et al., 2020).

Logo, as condições em que as CRQ vivem, ou que estão inseridos, são entendidas como determinantes do processo da díade saúde-doença e moldam sua relação. A fim de mitigar os efeitos dos DSS, acabam por optar pela utilização dos saberes tradicionais como o uso de plantas medicinais.

Assim como CRQ, indígenas, seringueiros, castanheiros, quebradeiras de coco babaçu, comunidades de fundo de pasto e ribeirinhos, destoam culturalmente do restante da população. Esses povos se relacionam com o ambiente em que vivem de forma diferente, possuem características sociais, econômicas e culturais específicas. Estas populações são reconhecidas como povos tradicionais e vêm protagonizando intensas lutas pelo reconhecimento de seus direitos e sua preservação. Os Estados ora reconhecem e promulgam decretos que garantem os direitos e ora tem ações discriminatórias contra essas populações (Shiraishi Neto, 2007). Desta forma, os membros de uma população tradicional vivem de forma distinta, com a preservação

de seus saberes e cultura, com isso, nasceu uma busca pelo autorreconhecimento da identidade e direitos dessa população (Ministério Público de Minas Gerais, 2014).

Neste interim, foi criada a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, no qual reconhece a definição de povos e comunidades tradicionais, bem como, a definição de territórios tradicionais que se entende como um espaço (necessário) de produção cultural, social e econômica de caráter permanente ou temporário, tendo sido reconhecido para indígenas e CRQ. As ações desta política têm por objetivo a valorização, reconhecimento, e respeito às diversidades destas comunidades levando em consideração todos os recortes de etnia, raça, ancestralidade, religiosidade, gênero, atividades laborais e a pluralidade socioeconômica, ambiental e cultural (Brasil, 2007).

Ainda assim, é necessária a construção de uma engenharia política, jurídica, social e econômica para tentar diminuir o abismo social existente entre brancos e não brancos, que somente será possível se as dificuldades dos povos tradicionais ocorressem na base estrutural das políticas públicas adotadas em nossa sociedade, para que fosse realmente capaz de sanar boa parte das mazelas sofridas por essas populações tão vulneráveis e suscetíveis por falta de assistencialismos básicos. Tais situações sociais, impostas por uma cultura predominante branca e capitalista, é capaz de aprofundar ainda mais um abismo social histórico sem precedentes tendo assim, a capacidade de esmagar e até exterminar culturas, costumes, tradições de muitos povos brasileiros, criando uma vulnerabilidade (Gomes et al., 2020).

1.1 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Visto que, no cenário atual, a justiça social anda em evidência, já que foi assumido como emergência e de grande importância, entende-se que o modo de vida (condições sociais, econômicas, culturais e biopsicossociais) afetam o processo de adoecimento e a mortalidade de diferentes populações dentro de um mesmo país. Neste espírito da justiça social, em 2005 foi criada a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com o objetivo de orientar ações de igualdade na saúde. As desigualdades apresentadas geram experiências potencialmente perigosas na saúde, tratando-se de uma combinação

entre políticas sociais e programas ineficazes, distribuição de renda não igualitárias e uma política de baixa qualidade (OMS, 2010).

Os determinantes estão intimamente relacionados às condições de subsistência, ou até mesmo sobrevivência dessas comunidades, uma vez que sem o apoio, a criação de políticas públicas adequadas, como o acesso ao SUS de forma plena e integral e até mesmo um olhar mais aprofundado a respeito de suas dificuldades, não teremos a continuação ou mesmo uma progressão na vida dessas famílias ocupantes de quilombos (FREITAS et al., 2011).

Com a institucionalização efetiva do Sistema Único de Saúde (SUS) nas comunidades remanescentes quilombolas, poderão ocorrer avanços na compreensão do cuidado da saúde, descoberta, prevenção e tratamento de muitas doenças, proporcionando maior qualidade de vida às pessoas que vivem nesses locais esquecidos pelo poder público (PEREIRA & MUSSI, 2020).

A utilização de métodos mais eficazes para equidade do atendimento, com respeito aos aspectos socioculturais da população atendida/estudada, pode favorecer um atendimento individualizado e personalizado para essa população que vive em regiões de difícil acesso e, com isto, garantir a efetividade e aplicação dos direitos universais (GOMES et al., 2013).

1.2 SABERES TRADICIONAIS EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS

O uso de plantas é algo estudado durante anos pela sociedade, são alternativas para alívio de sintomas e tratamentos e o conhecimento gerado sobre essas plantas, em suma, foi construído de forma empírica por meio da observação de animais e da natureza, permitindo que o conhecimento fosse sintetizado. O saber tradicional é passado através da fala (oralidade) de geração em geração, dentre os saberes tradicionais, os mais procurados pela ciência são os que envolvem o interesse da etnobotânica, levando em consideração a diversidade biológica das plantas e as diversidades culturais que deram origem ao Brasil (Santos & Quinteiro, 2018).

A biodiversidade é um tema de interesse internacional, as comunidades tradicionais detêm um saber diferencial da ciência ocidental acerca da biodiversidade por se relacionar com o ambiente de uma maneira única, todos os saberes acerca da biodiversidade são repassados de geração em geração pela fala. O conhecimento

tradicional é entendido como o saber e o saber-fazer sobre o mundo natural e sobrenatural, que são interligados e entendidos como um espaço continuum, sem uma divisória rígida (Diegues, 2019).

1.3 JUSTIFICATIVA

A menor utilização do serviço de saúde, baixa instrução, isolamento e o modo de vida pouco saudável, são fatores determinantes em saúde presentes na região. Áreas rurais impactadas afetam a qualidade da água e podem ter grande impacto na saúde.

O estudo epidemiológico aplicado a saúde pública tem sido de grande impacto para melhoria na saúde de populações. Um dos registros mais clássicos registrados, evidencia o ganho na saúde de infantil entre os séculos 19 e 20. A mortalidade infantil nos Estados Unidos foi alterada de 150 casos/1000 hab em 1900 para 6,8 casos/ 1000 hab em 2001 (Nacional Center for Health Statistics 2003). Nos tempos atuais observa-se um ganho na expectativa de vida das populações, em grande parte atribuível aos hábitos saudáveis, boa alimentação e assistência primária a saúde. No entanto, pouco se sabe sobre as CRQ, particularmente no estado do Pará. Em levantamento bibliográfico desenvolvido por nosso grupo, no período de 2013 a 2022, não foi observado nenhum estudo epidemiológico e de DSS em CRQ/Pará com os descritores utilizados. Os escassos estudos feitos nos Pará que levavam em consideração os DSS, foram utilizadas na discussão, no qual foram apresentadas as condições epidemiológicas da população (Amador et al, 2023).

Portanto, há a necessidade de desenvolver um desenho da situação epidemiológica atual destas CRQ, e compartilhar com as secretarias de saúde locais, para o desenvolvimento de estratégias de saúde pública a partir do entendimento acerca de quais fatores se tornam determinantes sociais da saúde e como desqualificam o acesso a serviços de saúde.

1.4 PERGUNTAS NORTEADORAS

A partir da hipótese e justificativa de estudo, para melhor delinear a pesquisa foram elaboradas perguntas norteadoras para conduzir o trabalho:

- Quais determinantes sociais em saúde têm maior impacto na CRQ de Tambaí-Açú?
- Quais as características epidemiológicas e ambientais a Comunidade de Tambaí-Açú?
- Quais as doenças mais relatadas pela CRQ de Tambaí-Açú?
- Quais estratégias podem ser criadas para resolver os problemas em saúde na população?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar características epidemiológicas com ênfase em determinantes sociais que impactam na saúde da CRQ.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar Determinantes Sociais da Saúde e o impacto destes na população que vive em CRQ através de revisão sistemática;
- Apresentar aspectos epidemiológicos na Comunidade de Tambaí-açú;
- Avaliar a ocorrência dos Determinantes Sociais da Saúde na população de estudo;
- Investigar o uso de plantas medicinais e procedimentos naturais para manutenção da saúde e/ou tratamento de doenças;

3 METODOLOGIA

3.1 CASUÍSTICA

Este estudo apresenta três métodos, sendo eles: revisão sistemática da literatura; estudo epidemiológico, quantitativo e transversal em que avaliou as características epidemiológicas da população da Comunidade Remanescente de Quilombo São Luis Tambaí-açú em Mocajuba, no estado do Pará compreendendo aspectos da ocorrência de Determinantes Sociais da Saúde; e determinação dos aspectos etnofarmacológicos como estratégia de mitigação dos DSS. A construção metodológica do projeto abordou os objetivos específicos definidos anteriormente, colocando-os como pontos principais a serem utilizados durante o desenvolvimento do projeto.

3.2 REVISÃO SISTEMÁTICA

Houve a construção de uma revisão sistemática acerca do tema com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Quilombolas, “Determinantes Sociais em Saúde”, “Saúde”. Foram utilizados artigos dentro da base de dados como SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) e Periódico CAPES para entender o contexto em que se vive a população e compreender os aspectos da assistência em saúde influenciada por DSS por meio de estudos anteriores. Foi utilizada a estratégia PEO para a construção da pergunta da pesquisa, definida como: “Quais os efeitos dos determinantes sociais das populações quilombolas na sua assistência em saúde?”. Foram incluídos estudos originais e de revisão. Os estudos selecionados foram inseridos no Mendeley Desktop e agrupados no Microsoft Excel® 365, a síntese dos dados seguiu a metodologia PRISMA 2020, foi utilizada a avaliação de qualidade metodológica por meio da ferramenta Checklist do *Joanna Briggs Institute*. A revisão sistemática foi registrada no PROSPERO com o código: CRD42023468294 e submetida a Revista Acervo Saúde.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto trabalho atende objetivos específicos do projeto de pesquisa intitulado “ANÁLISE SITUACIONAL EM POPULAÇÃO QUILOMBOLA DO ESTADO DO PARÁ: UMA ABORDAGEM DE SAÚDE ÚNICA (ONE HEALTH) E CUIDADO FARMACÊUTICO”, aprovado pelo CEP/IEC com número do parecer: 5.862.520, em 24 de janeiro de 2023. O projeto está sob coordenação da Dra. Karla Valéria Batista Lima e tem como sede de desenvolvimento o Instituto Evandro Chagas (Anexo C).

Para a realização da pesquisa os participantes foram informados sobre os objetivos do trabalho e riscos. Todos os participantes consentiram sua participação com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e assinatura do Termo de Aceite Biobanco (Apêndice C). Os termos foram aplicados considerando idade dos participantes. A comunidade, representada por seu líder e a prefeitura autorizam a pesquisa por meio da carta de anuência disposta nos Anexos A e B

3.4 LOCAL DO ESTUDO

O estudo ocorreu no município de Mocajuba, na Comunidade Remanescente de Quilombo São Luis Tambaí-Açú, devidamente certificada pela Fundação Cultural Palmares por meio de autodefinição sob o registro nº 1.650 em 15 de março de 2012 (Brasil, 2012). Está localizado na mesorregião do Baixo Tocantins, entre os municípios de Mocajuba e Baião com uma distância média de 20,6 km do centro de Mocajuba (Miranda & Rodrigues, 2020).



Imagem 1: Mapa de localização da Comunidade de Tambaí-Açú
 Fonte: Pereira (2019) *apud* Miranda & Rodrigues (2020)

3.5 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foram estudadas 152 pessoas moradoras da comunidade, das quais foram incluídas nos 152 participantes totais: i) Adultos acima de 18; ii) Crianças e adolescentes acima de 12 anos; iii) mediante assinatura dos termos de consentimento e assentimento. Foram excluídas dos estudos pessoas com formulários incompreensíveis ou sem resposta completa.

3.6 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

O estudo se desenvolveu em etapas que seguiram os objetivos determinados para o desenvolvimento da dissertação, como apresentado na imagem a seguir:

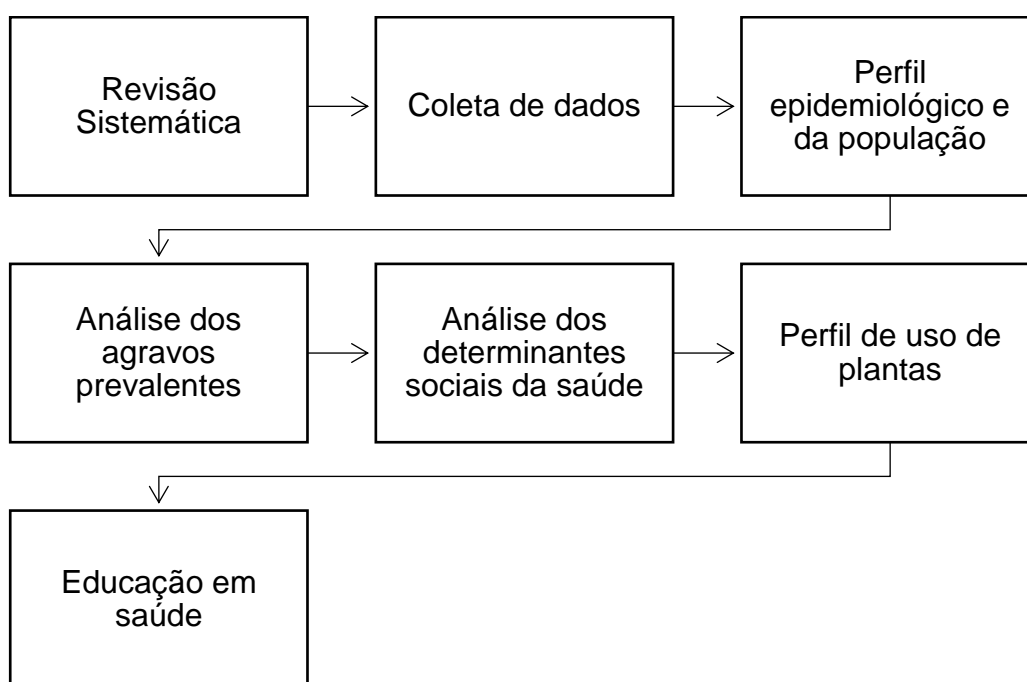


Figura 1: Fluxograma do desenvolvimento do estudo.

Fonte: Autora.

- 1º ETAPA: Revisão Sistemática feita como parte da construção metodológica para entender os DSS e a sua atuação dentro da saúde quilombola de modo geral.

- 2º ETAPA: Após a coleta de dados e as suas análises, foi traçado um perfil epidemiológico com características sociais, demográficas, culturais e de saúde da população de estudo.
- 3º ETAPA: Foram elucidados e descritos os agravos de maior prevalência na população de Tambaí-açú.
- 4º ETAPA: Foram analisadas as ocorrências de terminantes sociais da saúde relatados pela pelos entrevistados e comparados com a revisão sistemática.
- 5º ETAPA: Foram descritas as plantas medicinais utilizadas pela população, seu modo de uso e para quais doenças a comunidade utilizada.
- 6º ETAPA: Para a comunidade será realizada uma atividade de educação em saúde como produto da estratégia.

3.7 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi feita por meio de uma viagem de campo de 5 dias que contou com alguns passos para o desenvolvimento da pesquisa durante os dias de viagem, o resumo do esquema de fluxo do atendimento e coleta de dados está demonstrado na figura 2:

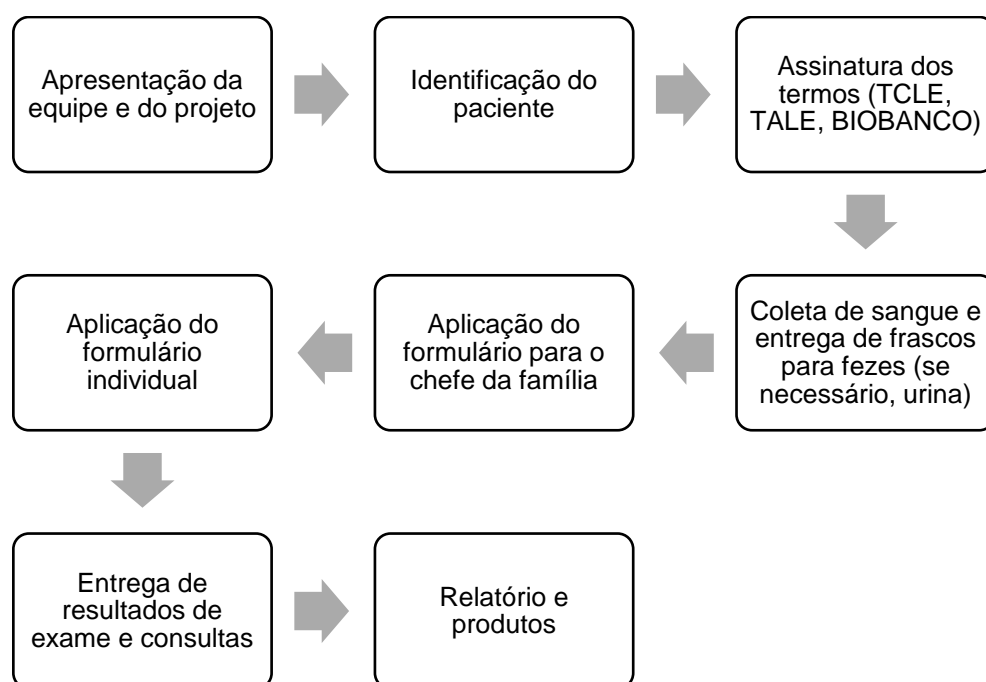


Figura 2: Fluxograma de atendimento na coleta de dados.

Fonte: Autora.

- 1º ETAPA- APRESENTAÇÃO: Os pacientes atendidos foram reunidos no local de atendimento dentro da comunidade, a coordenadora do projeto explicou brevemente do que se trata o projeto, o que era necessário e apresentou a equipe.
- 2º ETAPA- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: os pacientes foram encaminhados para uma identificação por família e residência, gerando um código alfanumérico de identificação composto pela inicial do quilombo “TA” seguido do número sequencial da família “1, 2,3...” com o espaçamento de um “.” E seguido de outro número sequencial que representa o número do membro da família (ex.: TA01.1), que foram usados nos formulários e amostras.
- 3º ETAPA- TERMOS DE AUTORIZAÇÃO: foram aplicados, bem como foi feita a leitura e explicação, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Termo de Aceite Biobanco e em caso de menores de idade o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, mediante a assinatura foram encaminhados para prosseguir o fluxo de atendimento.
- 4º ETAPA- COLETA DE MATERIAL BIOLÓGICO: nesse momento, foram coletadas amostras de sangue dos participantes para análise hematológica e bioquímica no Instituto Evandro Chagas de Ananindeua, além da entrega de frascos de coleta para urina e fezes que foram ser entregues para a equipe ao último dia.
- 5º ETAPA- APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS: após a coleta de amostras, os pacientes responderam os 2 questionários a serem aplicados, sendo 1 questionário aplicado apenas para pessoa que respondem como representante do lar e o outro para moradores da residência que tenham coletado materiais biológicos a partir de 12 anos.
- 6º ETAPA- RESULTADOS: Após o processamento das amostras, foi realizado um retorno até a comunidade para a entrega de exames e realização de consultas multiprofissionais (médica, farmacêutica e de enfermagem). Outro encontro foi marcado para realizar a educação em saúde da comunidade.

3.8 SELEÇÃO DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de questionário semiestruturado baseado no questionário da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE (2013), anteriormente validado, tendo sido adaptado para conter perguntas fechadas (para variáveis quantitativas e qualitativas) e abertas (para variáveis qualitativas quando relacionadas aos DSS que estão sendo investigados na população).

O questionário contou com algumas perguntas sendo elas sociais, demográficas, econômicas, culturais, modo de vida, agravos em saúde, informações domiciliares e percepção do indivíduo entrevistado. A pesquisa contou com dois formulários, sendo o primeiro aplicável apenas para o chefe da família (Apêndice D) contendo perguntas domiciliares e familiares e de opinião do responsável pelo lar e o segundo questionário foi de aplicação individual (Apêndice E) para participantes a partir de 12 anos respondendo perguntas que traçam o perfil epidemiológico de cada indivíduo.

Os formulários foram coletados em formato digital por meio do *software* Epi Info® da CDC e extraídos para o aplicativo Microsoft Excel® e exportados para análise estatística.

3.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Com as respostas dos formulários inseridos no banco de dados dentro do Microsoft Excel® 365, os dados foram submetidos ao *software* Jamovi® , foram construídas as tabelas de contingência, os testes estatísticos realizados foram os de associação com hipótese Grupo 1 \neq Grupo 2, assim realizou-se o Qui-quadrado para verificar a relação entre variáveis categóricas ou nominais; quando os valores esperados apresentavam valores menores de 5, foi realizada a adaptação por meio do Teste Exato de Fisher. As correlações significantes serão consideradas com o valor $P < 0,05$.

3.10 RISCOS E BENEFÍCIOS

Para a população, a pesquisa apresentou riscos de constrangimento mediante as perguntas que foi minimizada pela realização das entrevistas em lugar reservado, após os resultados houve o risco de estigmatização dos indivíduos e divulgação de

dados confidenciais que serão diminuídos pela não divulgação de nomes identificando no banco de dados apenas pelo código alfanumérico. Os formulários foram arquivados em meio digital e serão guardados até 5 anos, após o prazo serão deletados

Em relação a coleta de material biológico, houve risco de dor, hematoma, medo e desconforto que foi minimizado pela coleta realizada com profissionais habilitados e experientes. As amostras foram armazenadas no Instituto Evandro Chagas e mediante autorização com assinatura dos participantes no Termo de Biobanco, foram preservadas e guardadas as amostras biológicas para estudos posteriores.

A pesquisa tem como benefício a identificação de agravos em saúde e traçar o perfil epidemiológico da população permitindo conhecer mais a comunidade e traçar estratégias de prevenção, mitigação e intervenções necessárias para a saúde pública da comunidade. Além de contribuir para a comunidade científica em estudos com comunidades tradicionais que, por sua vez, são escassos.

4 CAPÍTULO I: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE EM COMUNIDADES REMENESCENTES DE QUILOMBO

Neste capítulo foi contemplado o seguinte objetivo específico:

- Revisar Determinantes Sociais da Saúde e o impacto destes na população que vive em CRQ através de revisão sistemática;

O presente artigo foi submetido (imagem 2) para a Revista Acervo Saúde, ISSN 2178-2091, com Qualis CAPES B1 pela classificação do quadriênio 2017-2020. Artigo foi aceito para publicação.

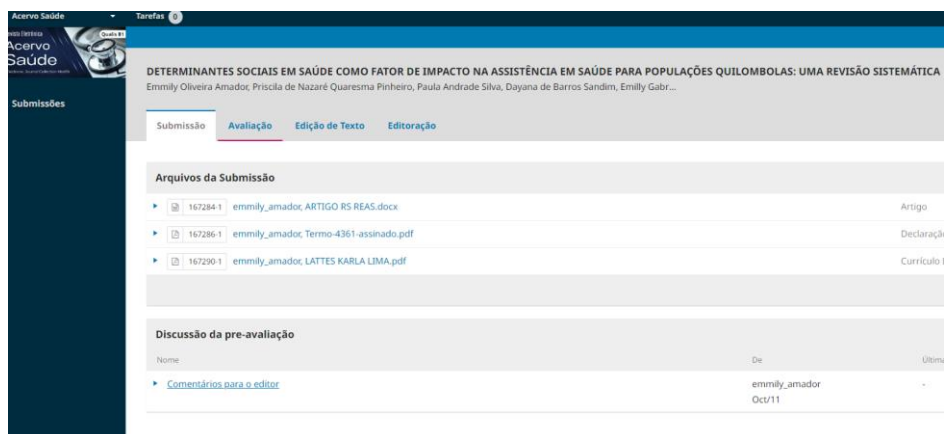


Imagem 2: Submissão enviada para a Revista Acervo Saúde (REAS).
Fonte: Site REAS.

O presente artigo submetido encontra-se a seguir, conforme as normas de submissão da revista.

DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE COMO FATOR DE IMPACTO NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE PARA POPULAÇÕES QUILOMBOLAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

SOCIAL DETERMINANTS IN HEALTH AS AN IMPACT FACTOR IN HEALTH CARE FOR QUILOMBOLA POPULATIONS: A SYSTEMATIC REVIEW
 DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD COMO FACTOR DE IMPACTO EN LA ATENCIÓN A LA SALUD DE POBLACIONES QUILOMBOLAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Emmily Oliveira Amador^{1*}, Priscila de Nazaré Quaresma Pinheiro¹, Paula Andrade Silva², Dayana de Barros Sandim³, Emilly Gabriele Ribeiro Dias¹, Luana Nepomuceno Gondim Costa Lima², Lúgia Amaral Filgueiras¹, Marcos Jessé Abrahão Silva², Arnaldo Jorge Martins Filho², Karla Valéria Batista Lima².

RESUMO

Objetivo: Avaliar os Determinantes Sociais em Saúde de populações quilombolas. **Métodos:** Foi elaborada a pergunta norteadora: “Quais os efeitos dos determinantes sociais das populações quilombolas na sua assistência em saúde?”, para responder a pergunta foi realizada buscas na nas seguinte bases de dados: *Scientific Electronic Library Online*, Biblioteca Virtual em Saúde e Periódico CAPES, incluindo estudos originais, revisão sistemática, meta-análise e estudo de caso publicados de forma integral entre os anos de 2013 e 2022. **Resultados:** Foram encontrados 32 artigos nas bases de dados, após as leituras, permaneceram 11 artigos das regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sul. Foram identificados três Determinantes Sociais em Saúde mais relatados, sendo eles: condições socioeconômicas, questões discriminatórias e ambientais. **Considerações finais:** Foi observada a presença do racismo estrutural e institucional, se não ofertadas as políticas públicas que assegurem seus direitos constitucionais à saúde e educação. Há poucos estudos acerca da temática na região Norte, estes poucos estudos foram citados ao longo da discussão.

Palavras-chave: População Negra, Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde, Acesso Efetivo aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: Assess the Social Determinants of Health of quilombola populations. **Methods:** The guiding question was created: “What are the effects of the social determinants of quilombola populations on their health care?” To answer the question, searches were carried out in the following databases: Scientific Electronic Library Online, Biblioteca Virtual em Saúde and Periódico CAPES, including original studies, systematic review, meta-analysis and case study published in full between 2013 and 2022. **Results:** 32 articles were found in the databases, after reading, 11 articles remained from the Northeast, Central-West and South regions. Three most reported Social Determinants of Health were identified, namely: socioeconomic conditions, discriminatory and environmental issues. **Conclusion:** The presence of structural and institutional racism was observed if public policies that ensure their constitutional rights to health and education were not offered. There are few studies on the subject in the North region, these few studies were cited throughout the discussion.

¹ Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém - PA. *E-mail: emmily.oamador@gmail.com.

² Instituto Evandro Chagas (IEC), Ananindeua - PA.

³ Universidade da Amazônia (UNAMA), Belém - PA.

Key words: Black People, Barriers to Access of Health Services, Effective Access to Health Services.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los Determinantes Sociales de la Salud en poblaciones quilombolas. **Métodos:** Se creó la pregunta orientadora: “¿Cuáles son los efectos de los determinantes sociales de las poblaciones quilombolas en su atención a la salud?” Para responder a la pregunta, se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos: Biblioteca Científica Electrónica en Línea, Biblioteca Virtual en Salud y CAPES. revista, incluyendo estudios originales, revisión sistemática, metaanálisis y estudio de caso publicados íntegramente entre 2013 y 2022. **Resultados:** se encontraron 32 artículos en las bases de datos, después de la lectura quedaron 11 artículos de las regiones Nordeste, Centro-Oeste y Sur. Se identificaron los tres Determinantes Sociales de la Salud más reportados, a saber: condiciones socioeconómicas, cuestiones discriminatorias y ambientales. **Conclusión:** Se observó la presencia de racismo estructural e institucional, si no se ofrecían políticas públicas para garantizar sus derechos constitucionales a la salud y la educación. Existen pocos estudios sobre el tema en la región Norte, estos pocos estudios fueron citados a lo largo de la discusión. **Palabras clave:** Población Negra, Barreras de Acceso a los Servicios de Salud, Acceso Efectivo a los Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

Comunidades remanescentes de quilombos são unidades territoriais delimitadas com grupos étnico-raciais, por autodefinição, em territórios específicos, com a ancestralidade negra relacionada a resistência aos momentos de opressão histórica (BRASIL, 2003). Estas comunidades são vítimas de fragilidades sociais e racismo institucional, principalmente em relação à assistência à saúde, considerando os fatores geográficos, culturais e socioeconômicos dos quilombos, logo, esta população não tem acesso adequado aos serviços de saúde (PEREIRA RN e MUSSI RFF, 2020; FILGUEIRAS LA e SILVA HP, 2020).

As condições em que os quilombolas estão inseridos (contexto geográfico, social e cultural) faz com que a assistência à saúde seja afetada, apresentando problemas na qualidade desta, dificultando o acesso à serviços e medicamentos. Estes locais, em geral, apresentam apenas unidades básicas de saúde com a presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que mesmo com boa vontade, carece de recursos até mesmo para o agendamento das consultas regulares, a presença do ACS atende uma parte pequena das necessidades da comunidade, tendo em vista que as ações individuais e domiciliares visam a promoção e prevenção de doenças e agravos, apenas por meio das visitas domiciliares e educação em saúde (CARDOSO CF, et al., 2018; BRASIL, 2018).

A falta de equidade na atenção à saúde contribui para que as condições permaneçam precárias, desfavorecendo a saúde coletiva das comunidades e, assim, contribuindo para que suas necessidades específicas em saúde (prevenção e tratamento de doenças prevalentes, como: hipertensão arterial sistêmica, depressão, síndromes metabólicas, artrite e outras condições ligadas a cultura e meio ambiente, como: gravidez precoce, infecções sexualmente transmissíveis e etc.) não sejam atendidas ou consideradas nas políticas públicas (ALMEIDA CB et al., 2019).

Todos os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológico e comportamentais, acima citados, exercem influência na saúde ou impactam como fatores de risco para a saúde de determinado grupo de população. Estes Determinantes Sociais de Saúde (DSS) diferem por regiões ou populações, sendo necessário sua compreensão para nortear ações de intervenção e vigilância em saúde pública em populações tradicionais (MACHADO HMB, et al., 2023). Este estudo tem por objetivo avaliar os DSS para a população quilombola em diferentes regiões brasileiras em um recorte temporal dos últimos 10 anos.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

Trata-se de uma revisão sistemática que tem por objetivo a compreensão e interpretação de dados de estudos recentes da temática de forma objetiva contribuindo para novos estudos em comunidades vulneráveis. Ela foi registrada no PROSPERO com o código: CRD42023468294. Para o desenvolvimento deste trabalho foram realizadas as seguintes etapas: 1) desenvolvimento da pergunta norteadora; 2) definição de bancos de dados e descritores; 3) critérios de inclusão e exclusão; 4) seleção de artigos; 5) leitura flutuante dos artigos; 6) seleção primária; 7) leitura analítica; 8) definição dos artigos finais; 9) interpretação dos resultados; 10) elaboração do artigo. Foi utilizada a estratégia PEO para a elaboração da pergunta norteadora, em que se considera: i) População: comunidades quilombolas; ii) Exposição: determinantes sociais; iii) Outcome (desfecho): efeitos na assistência em saúde. Resultando em: “Quais os efeitos dos determinantes sociais das populações quilombolas na sua assistência em saúde?”.

Estratégia de busca e critérios de seleção

Para realizar a busca de dados foram definidos os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo eles, respectivamente: “Quilombolas”, “Determinantes Sociais da Saúde” e “Saúde”. Foi utilizado o operador booleano “AND” para combinar os descritores, utilizou-se os seguintes banco de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Periódico CAPES.

Foram incluídos estudos originais, revisão sistemática, meta-análise e estudo de caso publicados de forma integral entre os anos de 2013 e 2022 nas línguas inglesa, portuguesa ou espanhola, a coleta de dados foi realizada em janeiro de 2023.

Seleção de estudos e extração de dados

Os estudos foram selecionados por dois autores (EOA e PAS) por leitura flutuante dos títulos e resumos, os que eram relevantes foram separados para a leitura analítica, todas as divergências foram resolvidas em consenso com análise de um terceiro autor (PNQP). Os dados extraídos foram: título, autor, ano de publicação, tipo de estudo, objetivo e resultado.

Os artigos foram exportados para o *Mendeley Desktop* (Elsevier, Londres, Reino Unido) e seus dados foram agrupados no *Microsoft Excel 365*.

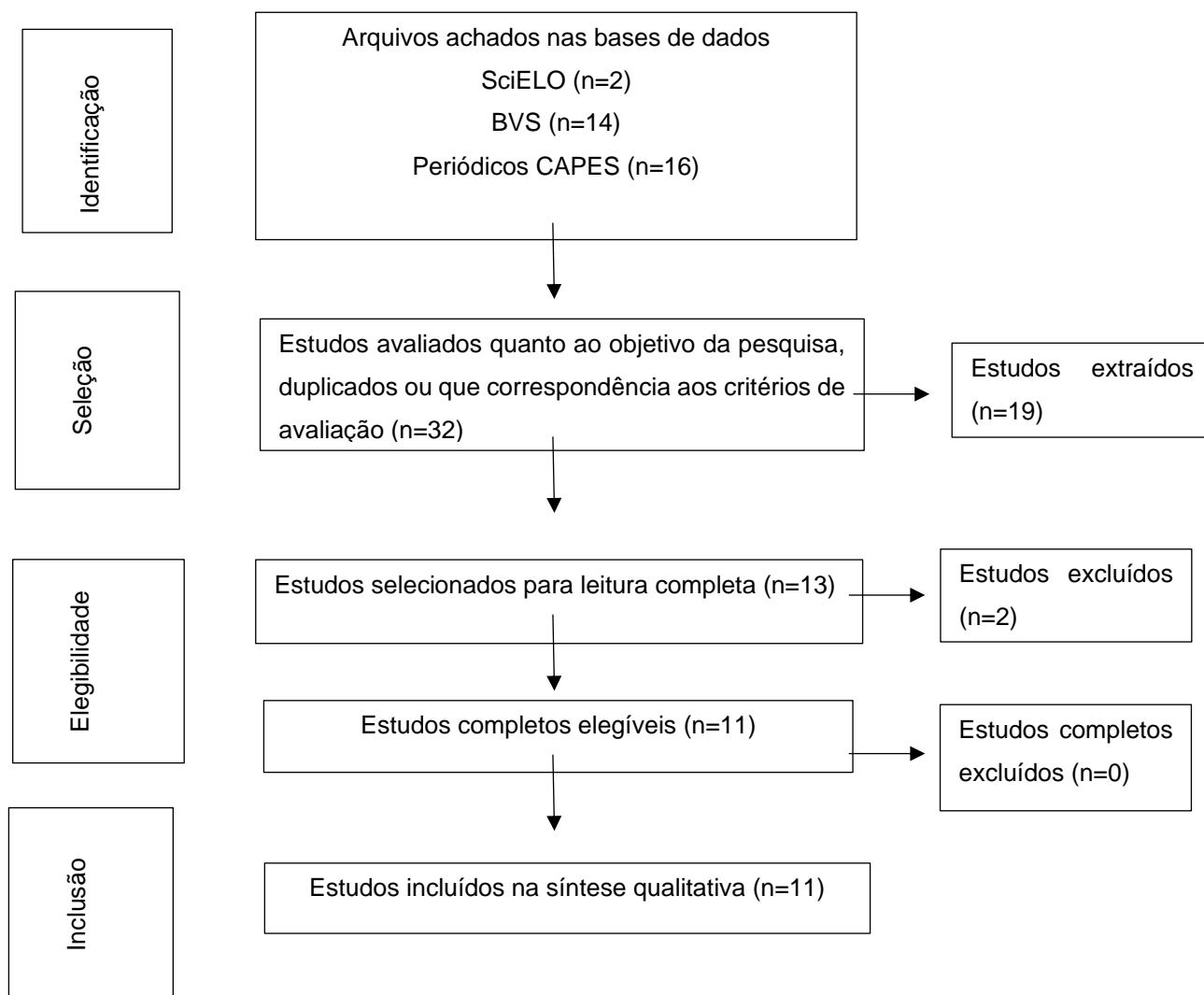
Síntese dos dados e Avaliação de Qualidade Metodológica

A síntese dos dados foi feita seguindo a metodologia de escrita PRISMA 2020 e todas suas recomendações, com a finalização da síntese foi elaborado o fluxograma PRISMA com as subdivisões: identificação, seleção, elegibilidade e inclusão. Foi elaborada uma tabela contendo os dados extraídos para melhor explanação dos resultados.

A avaliação de qualidade metodológica dos artigos foi conduzida por 2 autores (EOA e PAS) e somente em caso de discordância houve ajuda de um terceiro investigador (PNQP), com auxílio da ferramenta Checklist do *Joanna Briggs Institute* (JBI) para os tipos de artigos: revisões (variando de score de 0 a 11); pesquisas qualitativas (pontuação variando de 0 a 10); estudos transversais (pontuação variando de 0 a 8) (AROMATARIS E e MUNN Z, 2020). Apenas as respostas pós-avaliação com caráter afirmativo “Sim” foram pontuadas e para a inclusão final dos artigos na tabela elaborada foi adotado critério pré-estabelecido na literatura (MUNN Z, et al., 2019).

RESULTADOS

Foram encontrados 32 artigos nas bases de dados, no entanto, 21 artigos foram excluídos devido à falta de relevância para a pesquisa aqui mostrada, duplicidade, não adequado aos critérios de inclusão. Após as leituras, permaneceram 11 artigos da SciELO, BVS e Periódico CAPES (Figura 1).



Fonte: AMADOR EO, et al., 2023.

Em sua totalidade os artigos são brasileiros, sendo um escrito em língua inglesa. Esse fato se dá ao fato da palavra quilombo estar relacionada com o contexto histórico brasileiro, não presente em outros lugares do mundo com esta denominação. Quando analisados os artigos (Tabela 1), observou-se quilombos de diversas regiões do Brasil, sendo elas: Nordeste, Centro-Oeste e Sul. Não foram encontrados, dentro dos critérios de inclusão estabelecidos, estudos da região Norte do Brasil. Os DSS mais presentes foram condições socioeconômicas, questões discriminatórias e ambientais.

Dentre as condições socioeconômicas, observou-se: grande taxa de mulheres, consideram-se pretos ou pardos, a grande maioria desempregados ou em trabalhos informais, baixa escolaridade e baixa renda, que também interferem de maneira direta na saúde da população, seja na prevenção, na busca de atendimento em saúde, bem como no risco nutricional e desenvolvimento de doenças crônicas. Os achados trazem informações acerca da ocorrência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sobrepeso e obesidade e os relacionam com o estilo de vida da população e as suas condições socioeconômicas.

A falta de emprego formal para os moradores das comunidades quilombolas, interfere diretamente em sua renda, assim, continuam trabalhando com a agricultura. Quase totalidade destes pertencem as classes D e E, com renda menor que 1 salário-mínimo, com subempregos temporários e sazonais, normalmente desenvolvidos pelos homens. As mulheres, muito cedo, assumem a responsabilidade de cuidado da moradia, irmãos mais novos, filhos, idosos, o que impacta na busca de emprego fora do quilombo, em suma, são donas de casa ou aposentadas, os autores associaram esse achado com a taxa de sedentarismo das mulheres. Os idosos fazem co-residência com os filhos e sempre são líderes familiares, as casas que possuem os idosos morando tem as melhores rendas devido aos salários de aposentadoria. A baixa renda é frequentemente associada, nos estudos, ao risco nutricional, falta de lazer e transporte, o que interfere na saúde mental. Muitos dissertam acerca das discriminações sofridas fora da comunidade como o racismo e sexismo, que impacta na vida diária, sendo um dos motivos que levam ao etilismo e consumo de drogas apresentado nos artigos. O racismo é apresentado, também nos serviços de saúde, o que leva a um afastamento dos sistemas de saúde e preferência pela utilização de plantas medicinais (BEZERRA VM, et al., 2015; JESUS FA e AGUIAR ACSA, 2017; BATISTA EC e ROCHA KB, 2019; DURAN MK e HEIDEMANN ITSB, 2019; DURAND MK e HEIDEMANN ITSB, 2020;; ROSA LGF e ARAUJO MS, 2020; RODRIGUES DN, et al., 2020; MATOS LR, et al., 2020; PASSOS TS, et al., 2021; GOMES WS, et al., 2021).

Os determinantes ambientais encontrados nos estudos e o isolamento geográfico apresentam-se como uma barreira ao acesso à serviços básicos como transporte. A falta de estrutura para atividades de lazer é bastante citada, bem como, a falta de saneamento básico. O ambiente rural traz uma relação cultural com a natureza, que se mostra benéfica para os adultos e idosos, entretanto, os jovens não possuem essa relação, trazendo o conflito geracional, estes optam em uso de álcool e drogas para a relação com o lazer. Ainda sobre o ambiente, o isolamento está sujeito a falta de coleta de resíduos sólidos que culminam no acúmulo de lixo e presença de roedores e insetos que funcionam como reservatórios de doenças (BEZERRA VM, et al., 2015; DURAND MK e HEIDEMANN ITSB, 2020; MATOS LR, et al., 2020; ROSA LGF e ARAUJO MS, 2020).

Nº	AUTOR, ANO E TÍTULO (JBI score)	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO	RESULTADOS
01	DURAN MK e HEIDEMANN ITSB, 2020. Mulheres quilombolas e o itinerário de pesquisa de Paulo Freire (JBI 10/10)	Estudo qualitativo participativo baseado no itinerário de pesquisa de Paulo Freire	Compreender a relação dos determinantes sociais na promoção da saúde de mulheres moradoras de uma comunidade quilombola, por meio do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire.	As rodas de cultura exercem um papel significativo para o desvelar, focando no diálogo, escuta atenta e o respeito ao outro. Possui um papel propulsor na construção de relações e promove a reflexão. A partir das temáticas de investigações dos DSS foram elaboradas discussões que se pautaram na equidade da saúde e bem-estar. Durante as discussões, entenderam como a dificuldade de acesso a transporte como um dos DSS e desvelejam acerca da autopercepção como mulher negra.
02	BATISTA EC e ROCHA KB, 2019. Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura (JBI 11/11)	Revisão sistemática	Identificar estudos sobre saúde mental, em populações quilombolas e analisar como estes consideram os determinantes sociais da saúde para compreender o	Os estudos destacaram a baixa escolaridade, renda e falta de ocupação. As respostas acerca do etilismo eram intrínsecas a saúde mental, como válvula de escape para sofrimentos como o racismo, lidar com estado emocional, socialização e afirmação. Logo, marcadores sociais relacionados a

			processo de saúde e doença	vulnerabilidade influenciam diretamente na saúde mental dos quilombolas
03	DURAND MK e HEIDEMANN ITSB, 2020. Health of quilombolas women: dialog with the Literature (JBI 10/11)	Revisão Integrativa da Literatura	Realizar um mapeamento na literatura sobre os estudos que abordam a saúde das mulheres quilombolas.	Através do histórico das comunidades quilombolas percebe-se a iniquidade restringe o acesso a saúde por influência de DSS. Quanto a prevalência de doenças, a dificuldade para fazer o Papanicolau influencia na incidência e câncer de colo de útero. Percebe-se que usam mais o serviço de testagem para HIV. As mulheres quilombolas apresentam um alto risco nutricional para doenças crônicas não transmissíveis como a obesidade e hipertensão devido a vulnerabilidade. Os maiores determinantes são a violência e o racismo, presentes nos serviços de saúde reduzindo o acesso.
04	JESUS FA e AGUIAR ACSA, 2017. Co-residência com famílias intergeracionais: concepção de pessoas idosas quilombolas (JBI 9/10)	Estudo descritivo, exploratório, qualitativo	Analisar a concepção de pessoas idosas quilombolas sobre a co-residência com a família intergeracional.	Destes idosos, houve predominância do sexo feminino, analfabetas com 1 a 2 salários-mínimos com hipertensão arterial. Há uma dualidade da co-residência em que cuidam do idoso assim como idosos cuida dos demais. A co-residência é ligada a ancestralidade e o cultivo das relações, mesmo com as vulnerabilidades o cuidado prestado ao idoso é efetivo. O idoso se considera chefe da família por ser o mais velho e a sua aposentadoria diminui as vulnerabilidades econômicas da residência.
05	MATOS LR, et al., 2020. O desvelar do cuidar de si da mulher quilombola (JBI 9/10)	Estudo qualitativo de abordagem fenomenológica	Desvelar os significados do cuidar de si das mulheres quilombolas frente aos determinantes sociais presentes em seu território.	Os quilombolas percebem o ambiente do quilombo em que estão inseridos como acolhedor e sentem-se como uma grande família ajudando na autoestima e apoio social, entretanto por ser um espaço afastado a carência de lazer e emprego causam preocupação, pois o lazer torna-se o consumo de álcool e drogas o que gera preocupação por parte das mães. Estas mulheres acumulam tarefas como cuidar dos familiares, casa e trabalho o que gera preocupação e sobrecarga deixando o autocuidado de lado.

				Não há muitas opções de atendimento em saúde e essas mulheres preocupam-se apenas em tratar doenças crônicas ou em casos graves, em sua maioria recorrem a plantas medicinais e ao saber tradicional
06	BEZERRA VM, et al., 2015. Domínios de atividade física em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil: estudo de base populacional (JBI 7/8)	Estudo transversal	Descrever a prevalência e os fatores associados à atividade física (AF) nos domínios lazer, trabalho, doméstico e deslocamento, em residentes quilombolas.	Dentro do estudo verificou-se uma grande parte acima dos 40 anos, do sexo feminino e casados, 80% está alocada nas classes D e E economicamente. As atividades físicas, são assim classificadas quando há uma atividade vigorosa de 10 minutos praticada em um dos quatro domínios (lazer, trabalho, doméstico e deslocamento), foram associados há fatores como escolaridade, ambiente da vizinhança e hábitos de vida. A maior frequência da atividade física ocorreu no domínio trabalho com 42% seguido do domínio doméstico 39,3%, no domínio deslocamento 35,5% e, por fim, 13,1% no domínio lazer. Os homens foram mais ativos nos domínios trabalho, doméstico e lazer, e as mulheres no domínio doméstico. A atividade física no lazer foi associada a sensação de segurança na vizinhança, pessoas que se sentem seguras foram mais propensas a praticar atividade física.
07	RODRIGUES DN, et al., 2020. Determinantes sociodemográficos associados ao nível de atividade física de quilombolas baianos, inquérito de 2016	Estudo transversal com formulário estruturado	Analisar as variáveis sociodemográficas associadas ao nível de atividade física (NAF) insuficiente em quilombolas baianos.	Neste estudo foram em sua maioria do sexo feminino, com média de 45 anos alfabetizados que trabalhavam e com renda menor que 1 salário-mínimo. O nível de atividade física foi apontado como insuficiente ativo (de acordo com a <i>International Physical Activity Questionnaire</i>), essa classificação foi associada a fatores como a faixa etária (idosos), taxa de alfabetização (não alfabetizados) e ao trabalho (não estar trabalhando), onde os idosos e que não trabalhavam apresentavam baixos níveis de atividade física
08	DURAN MK e HEIDEMANN ITSB, 2019.	Estudo participativo baseado no Itinerário de	Compreender a relação dos Determinantes Sociais na Promoção	A saúde era entendida como centralizada apenas no profissional de saúde, baseando-se no modelo biomédico, a fé apresenta um papel

	Determinantes Sociais de uma comunidade quilombola e a interface com a Promoção da Saúde (JBI 10/10)	Pesquisa de Paulo Freire	da Saúde dessas mulheres.	importante na saúde bem como os tratamentos alternativos. Quanto as questões raciais, enfrentam discriminações no trabalho, mas se são gratas por trabalhar, apesar de serem trabalhos em muitos casos informais. Quanto as redes sociais e comunitária creem que a união acabou se perdendo durante os anos e tendem a sobrecarga emocional.
09	PASSOS TS, et al., 2021. Uso de preservativo e vulnerabilidades para infecções sexualmente transmissíveis em comunidades quilombolas: estudo descritivo, Sergipe, 2016-2017 (JBI 8/8)	Estudo transversal descritivo	Analisar a frequência do uso de preservativos segundo fatores de vulnerabilidade para infecções sexualmente transmissíveis em comunidades quilombolas de Sergipe, Brasil.	A amostra foi composta por 14 quilombos totalizando 367 entrevistados. Destes, 333 pessoas afirmaram que tinham relações sexuais com parceiro fixo e apenas 9,9% usam preservativo. 52,1% tinham parceiros eventuais e 15% usavam preservativo. Os participantes são de classe econômica D ou E, com baixa escolaridade e renda de até 600 reais. Nos hábitos de vida houve predominância do uso de álcool em uso nocivo ou de risco (classificação ASSIST) ou alta chance de dependência, assim como 10% apresentou uso de drogas psicoativas. A prevalência de sífilis foi de 3,3%, sem casos de HIV e 6,8% apresentaram IST em outros momentos. A vulnerabilidade encontrada foi início da atividade sexual precoce e múltiplos parceiros.
10	ROSA LGF e ARAUJO MS, 2020. Percepção de saúde de uma população quilombola localizada em região urbana (JBI 8/8)	Estudo transversal qualitativo	Compreender a percepção de saúde por uma população remanescente de quilombolas do município de Canoas/RS.	Os participantes tinham uma faixa de 22 a 84 anos, não completaram o ensino regular, apresentando ocupações como dona de casa, aposentado e auxiliar de serviços gerais. Suas percepções de saúde baseiam-se no modelo biomédico, quando questionados a influência do ambiente na sua saúde, percebem que sua saúde é afetada pelo ambiente rural, relatam sobre animais (como o rato) e a possível transmissão de doenças pelos mesmos, inserção de vícios em drogas na comunidade, estigmas e discriminação. Destaca-se ainda a falta de interesse em investimentos na saúde do quilombola

11	GOMES WS, et al., 2021. Saúde quilombola: percepções em saúde em um quilombo do agreste de Pernambuco/Brasil (JBI 10/10)	Estudo analítico qualitativo	Analisar a percepção de saúde dos quilombolas de uma comunidade no agreste de Pernambuco, sob a perspectiva da determinação social da saúde.	Assim, definem aspectos que influenciam em sua saúde como a alimentação correta, o trabalho como uma condição para a saúde pois permite a construção humana, o contato e o cuidado com a natureza é um aspecto de importância principalmente quando pensado nas plantas medicinais.
----	---	------------------------------	--	---

Fonte: AMADOR EO, et al., 2023.

DISCUSSÃO

Conforme visto neste estudo os DSS têm impacto como fatores de risco para a manutenção a saúde das populações remanescentes de quilombos. Este estudo reúne referências que apresentam experiências relatadas em diferentes regiões brasileiras e convergem em determinantes sociais que devem ser considerados em estudos de desenho situacional e ter seus resultados aplicados nas intervenções no sector da saúde e mesmo em intervenções de caráter inter.

O racismo estrutural foi evidente nos relatos dos estudos selecionados para esta análise, onde mulheres pretas, desempregadas, de baixa escolaridade são as mais afetadas por doenças não transmissíveis como HAS, diabetes, obesidade e sobrepeso. Achados socioeconômicos semelhantes foram observados em outros estudos, em que há uma predominância do sexo feminino, casadas ou com união estável, de baixa escolaridade e com poucos empregos formais (NEVES BR, et al., 2019; SOARES LF, et al., 2020; ARAÚJO DA, et al., 2021).

A ocorrência dos subempregos e desemprego é bem relatada em estudos com comunidades quilombolas, o que influencia diretamente na renda familiar e na classe social em que são classificados. Estudos semelhantes demonstraram a taxa de trabalhos formais de 2,9%, logo, a maioria da população está em subempregos. As mulheres quando estão em empregos formais, no geral, são ACS, professoras ou auxiliares de enfermagem enquanto os homens desenvolvem atividades agrícolas e de pesca, tendo a venda dos produtos como fonte de renda. Quanto a renda familiar, há a ocorrência de extremos com salários que não conseguem chegar a um salário-mínimo e outros com mais de 2 salários-mínimos, quando avaliada a média foi totalizado 510,00 reais de renda familiar avaliada. Em geral (61,9%), as rendas são complementadas com auxílios governamentais como Bolsa família e Benefício de Prestação Continuada (SILVA HP, et al., 2016; NEVES BR, et al., 2019; FILGUEIRAS LA e SILVA HP, 2020; SOARES LF, et al., 2020; PEREIRA GL, et al., 2022).

Observou-se que as discriminações sofridas são intrínsecas aos determinantes socioeconômicos, sendo uma barreira para a garantia dos direitos, no qual o sexo, raça/cor e renda são indissociáveis quando avaliado os motivos das discriminações recebidas. Estudos corroboram com esse achado, mostrando que a falta de emprego formal ocorre muitas vezes por discriminações raciais, religiosas ou por vestuário. Portanto, fica evidente que o racismo e a disparidade econômica funcionam como fatores adicionais que contribuem para a desigualdade social e a vulnerabilidade na saúde, pois evidenciam a carência assistencial voltada a saúde da população e a ocorrência de agravos a saúde (SOARES LF, et al., 2020; PEREIRA GL, et al., 2022;)

As doenças crônicas não transmissíveis, são resultantes de um estilo de vida pautado na vulnerabilidade socioeconômica, o que leva a alta prevalência desses agravos. É observado em estudos um estilo de vida com hábitos ligados ao vício como o tabagismo e etilismo, também observado em estudos em Cametá-PA com o consumo de 2 a 10 cigarros ao dia de 34,5% dos entrevistados e o consumo de bebida alcoólica mais de uma vez na semana. Além de contribuir para doenças pulmonares, esse consumo afeta as relações interpessoais (MELO MFT e SILVA HP, 2015; NEVES BR, et al., 2019)

Por outro lado, em outro estudo observa-se uma análise diferenciada acerca da ocorrência de hábitos que levam ao vício, sendo representada como uma prática considerada, até mesmo, cultural de enfrentamento pela situação de vulnerabilidade e desigualdade vivida. O uso do álcool é frequentemente associado ao fumo e à população mais jovem, relacionado à falta de investimentos em educação de qualidade, lazer, esporte e entretenimento nas regiões quilombolas, afetando diretamente a saúde mental e vícios (BATISTA EC e ROCHA KB, 2020).

Entendendo que os hábitos de vida exercem influência na ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão Arterial Sistêmica, diabetes e obesidade, o estudo de Batista EC e Rocha KB (2020) avalia como cultural os hábitos relacionados a vícios em regiões quilombolas, com isso em uma região do Piauí, estudo de Araújo DAM, et al. (2021), observou-se sobre a hipertensão em uma comunidade quilombola, onde 37,8% relataram ser portadores de HAS. Dos indivíduos avaliados, 39,2% apresentaram níveis pressóricos normais, enquanto os demais mostraram alguma forma de alteração.

Silva HP, et al. (2016) analisaram comunidades ribeirinhas e quilombolas do Estado do Pará e Amazonas e constataram que os níveis de HAS são maiores em homens e mulheres quilombolas do que nos grupos de ribeirinhos avaliados. O grupo de ribeirinhos de Caxiuanã tem maiores níveis de pré-hipertensão sistólica e pré-hipertensão diastólica. Quando avaliado a hipertensão diastólica e sistólica os ribeirinhos Caxiuanã e Mamirauá apresentam valores menores em relação aos quilombolas. A prevalência de hipertensão está fortemente relacionada ao sobrepeso/obesidade, assim, o estudo mostra dados em que as mulheres quilombolas tem maior frequência de obesidade/sobrepeso em quase todas as faixas etárias avaliadas, sendo menor dos 18-29 e 50-59, na qual as mulheres Mamirauá tem maiores valores. Os homens ribeirinhos Mamirauá apresentam as maiores taxas de sobrepeso e obesidade em relação aos grupos estudados e os quilombolas valores maiores em relação aos homens Caxiuanã.

Dentro dos estudos avaliados, a alimentação tem se apresentado como um problema nas regiões ligada a ocorrência de sobrepeso e obesidade, sendo relacionado ao socioeconômico das comunidades, em que a insegurança alimentar se faz presente (é pautado na segurança alimentar que se refere ao direito ao acesso a alimentos em quantidade suficiente). Outros estudos corroboram que diante das vulnerabilidades econômicas, a insegurança alimentar foi diretamente ligada ao fato de ser quilombola (64,9% dos entrevistados apresentavam insegurança alimentar), com os dos programas de transferência de renda, principalmente o Bolsa Família, muitas populações amazônicas, ribeirinhos, quilombolas, extrativistas, entre outros, começaram a consumir alimentos ultraprocessados, pois seriam mais facilmente adquiridos com os valores que recebem. Todavia, muitos relatam que este rancho adquirido com o auxílio financeiro termina antes do final do mês, o que pode levar muitas famílias a sofrerem com insuficiência alimentar e acabam dependendo da ajuda de outros familiares e vizinhos. Deve-se observar que os alimentos ultraprocessados são particularmente fáceis de serem transportados, não estragam tão rapidamente quanto os que eram cultivados, ou seja, muitas das vezes têm vida de prateleira maior, são geralmente rápidos em se preparar, apesar de toda a carga extremamente calórica e pobre em nutrientes (BRASIL, 2006; FILGUEIRAS LA, 2016; SILVA EKP, et al., 2017; SILVA HP, et al., 2019; FILGUEIRAS LA e SILVA HP, 2020; SILVA HP, et al., 2022; SILVA HP, et al., 2023).

Isto é especialmente delicado quando se analisa a saúde de crianças de 0 a 9 anos. Filgueiras LA (2016) aponta que as populações amazônicas, incluindo quilombolas e ribeirinhos, apresentam parâmetros como a Altura por Idade e IMC por Idade, distantes dos padrões internacionais de crescimento da Organização Mundial de Saúde, ou seja, as crianças estão menores e mais magras que outras populações do país. Ao mesmo tempo, a autora percebeu a presença de adultos em sobrepeso e obesos, caracterizando o que se chama de transição nutricional. Estes déficits no crescimento e a convivência com hábitos alimentares não saudáveis, sendo continuamente distanciados de seus hábitos tradicionais, acarretarão no futuro, problemas como obesidade e doenças crônicas, impactando o sistema de saúde brasileiro. No trabalho de Guimarães RCR e Silva HP (2015), os autores destacam que 29,9% das crianças quilombolas de 0 a 5 anos de idade no Estado do Pará investigadas, por meio do programa para antropometria WHO-Anthro avaliando os z-score, estavam

acima do z-escore +1 em relação ao peso e ao IMC; no entanto, 31,1% das crianças foram classificadas no z-escore -2 em relação à altura.

As condições ambientais rurais atuam como uma barreira geográfica para o enfrentamento adequado de diversos agravos, com menor vigilância em saúde. No estudo de Sousa RF, et al (2023), entende-se que frente às adversidades relacionadas ao acesso precário ou pouco eficaz aos serviços de saúde, os quilombolas desenvolvem abordagens de superação. Entre essas estratégias, destacam-se a automedicação, onde optam por recorrer à farmácia mais próxima, muitas vezes representando a primeira opção para cuidados de saúde. Além disso, uma alternativa é a utilização de plantas medicinais para a preparação de chás ou banhos, ressaltando o uso do conhecimento tradicional enraizado na comunidade como um componente cultural significativo.

Estes exemplos mostram a situação complexa que estes grupos vêm enfrentando. Além dessas novas situações de precarização de saúde, as populações quilombolas ainda tem que enfrentar o racismo, violências diversas, seja pela luta intermitente ao seu direito à terra, aos seus hábitos de vida, religiões, afirmamos que os quilombolas são considerados os grupos mais vulnerabilizados do país (SILVA HP, et al., 2019).

A reduzida utilização dos serviços de saúde, juntamente com o isolamento geográfico e o estilo de vida adotado, podem desempenhar um papel crucial na propagação de doenças crônicas transmissíveis ou não transmissíveis na localidade. As regiões rurais frequentemente enfrentam desafios em relação à potabilidade da água disponível. A falta de educação formal prejudica a disseminação de informações de saúde adequadas. A dificuldade de acesso à região impede que equipes de saúde prestem assistência regular, destacando a necessidade de intervenções de políticas públicas voltadas para aprimorar a qualidade de vida (CAVALCANTE IMS e SILVA HP, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos sobre populações quilombolas na Região Norte do Brasil ainda são poucos, porém existem, como pudemos citar no decorrer da discussão. Em todos os estudos podemos facilmente observar a presença do racismo estrutural e institucional, quando não se há a oferta de políticas públicas que possam assegurar a essas populações seus direitos constitucionais à saúde plena, educação, o que caracteriza, enfim, o racismo estrutural. A necropolítica do estado brasileiro se faz presente nestas comunidades quilombolas, no tocante ao seu direito à terra e territórios, saúde e segurança física e alimentar, precarizando sua qualidade de vida. A luta contra todas as formas de racismo é perene e deve ser uma bandeira constante quando se trabalha com populações quilombolas. Os DSS relatados neste estudo devem ser considerados em estudos de desenho de situação em saúde, comunidades tradicionais, preferencialmente em comunidades remanescentes de quilombos, para que a partir dos resultados obtidos sejam propostos modelos organizacionais inovadores que possam reverter este processo através de um melhor direcionamento das despesas em saúde que permitam maior eficácia dos serviços de intervenção em menor custo.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos o incentivo para a realização deste trabalho por meio apoio dado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- CAPES.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA CB, et al. Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira. *Avances en Enfermería*, 2019, 37 (1): 92-103.
2. ARAÚJO DAM, et al. Fatores associados ao desenvolvimento de hipertensão arterial em uma comunidade quilombola. *Revista de Enfermagem da Ufsm*, 2021, 11: 1-19.
3. AROMATARIS E e MUNN Z. JBI Manual for Evidence Synthesis. 2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. Acessado em: 2 de março de 2023
4. BATISTA EC e ROCHA KB. Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura. *Interações (Campo Grande)*, 2020, 21(1): 35-50.

5. BEZERRA VM, et al. Domínios de atividade física em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil: estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 2015, 31 (6): 1213–1224.
6. BRASIL. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13595.htm. Acessado em: 12 de janeiro de 2023.
7. BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003.2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm. Acessado em: 12 de janeiro de 2023.
8. BRASIL. Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm. Acessado em: 27 de agosto de 2023.
9. CARDOSO CS, et al. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. *Revista de Enfermagem Ufpe On Line*, 2018, 12 (4): 1037-1045.
10. CAVALCANTE IMS e SILVA HP. Políticas Públicas e Acesso aos Serviços de Saúde em Quilombos na Amazônia Paraense. In: In: FONTES A, et al. *Quilombolas: aspectos políticos, jurídicos e políticas públicas inclusivas consequentes à edição do Decreto nº 4887-2003 e do julgamento da ADI nº 3239*. Rio de Janeiro: TRF2, 2019, 498p
11. JESUS FA e AGUIAR ACS. A. Co-residência com famílias intergeracionais: concepção de pessoas idosas quilombolas. *Revista Kairós-Gerontologia*, 2018, 20 (3): 119–138.
12. DURAND MK e HEIDEMANN ITSB. Health of quilombolas women: dialog with the literature *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 2020, 12: 203–210, 2020.
13. DURAND MK e HEIDEMANN ITSB. Determinantes Sociais de uma comunidade quilombola e a interface com a Promoção da Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2019, 53: e03451.
14. DURAND MK e HEIDEMANN ITSB. Mulheres quilombolas e o itinerário de pesquisa de Paulo Freire *Texto & Contexto-Enfermagem*, 2020, 29: e20180270
15. FILGUEIRAS LA e SILVA HP. Socioecologia e saúde de populações Quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Tessituras, Dossiê Antropologia Biológica*, 2020, 8 (2): 351–370.
16. FILGUEIRAS LA. Crianças Ribeirinhas e Quilombolas da Amazônia: Crescimento, Determinantes Sociais de Saúde e Políticas Públicas. Tese (Doutorado em Antropologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Pará, Belém, 2016, 180p.
17. GOMES WS, et al. Saúde quilombola: percepções em saúde em um quilombo do agreste de Pernambuco/Brasil. *Saúde e Sociedade*, 2021, 30 (3): e190624.
18. GUIMARÃES RCR e SILVA HP. Estado nutricional e crescimento de crianças Quilombolas de diferentes comunidades do Estado do Pará. *Amazônica. Revista de Antropologia*, 2015, 7 (1): 186–209.
19. MACHADO HMB, et al. Determinantes sociais em saúde e suas implicações no processo saúde doença da população. *Revista Contemporânea*, 2023, 3 (6): 6086–6102.
20. MATOS LR, et al; PACHECO, Z. M. L.; PINHEIRO, R.; ALMEIDA, G. B. S. O desvelar do cuidar de si da mulher quilombola. *Cienc Cuid Saude*; v. 19, 2020.
21. MELO MFT e SILVA HP. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em Comunidades Quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Revista da ABPN, Dossiê Saúde da População Negra*, 2015, 15 (7): 168–189.
22. MUNN Z, et al. The development of software to support multiple systematic review types: the Joanna Briggs Institute System for the Unified Management, Assessment and Review of Information (JBI SUMARI). *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 2019, 17(1): 36-43.
23. NEVES BR, et al. Representação social do consumo de álcool em idosos de uma população quilombola. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 2019, 15 (4): 1-8.
24. PASSOS TS, et al. Uso de preservativo e vulnerabilidades para infecções sexualmente transmissíveis em comunidades quilombolas: estudo descritivo, Sergipe, 2016-2017. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2021, 30 (2): e2020617.
25. PEREIRA GL, et al. Promoção à saúde das mulheres negras frente aos determinantes: racismo, gênero e classe econômica no quilombo de Murumuru, Santarém, Pará. *Revista de Extensão da Integração Amazônica*, 2022, 3 (1): 108-110.

26. PEREIRA RN e MUSSI RFF. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. *Odeere*, 2020, 5 (10): 280-303.
27. RODRIGUES DN, et al. Determinantes sociodemográficos associados ao nível de atividade física de quilombolas baianos, inquérito de 2016. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2020, 29 (3): e2018511.
28. ROSA LGF e ARAUJO MS. Percepção de saúde de uma população quilombola localizada em região urbana. *Aletheia*, 2020, 53 (1): 109-120.
29. SILVA EKP, et al. Insegurança alimentar em comunidades rurais no Nordeste brasileiro: faz diferença ser quilombola?. *Cadernos de Saúde Pública*, 2017, 33 (4): e00005716.
30. SILVA HP e FILGUEIRAS LA. Biological anthropology of childrens growth in amazonia. In: UBELAKER DH e COLANTONIO SE. *Biological Anthropology of Latin America – Historical Development and Recent Advances*. 51ed.Washington D.C.: Smithsonian Institution Scholarly Press, 2019, 57p.
31. SILVA HP, et al. Social determinants of health among traditional Amazon populations: Obesity, hypertension and the epidemiologic transition. *Annals of Human Biology*, 2016, 43 (4): 371–381.
32. SILVA HP, et al. Condições sócioecológicas, determinantes sociais e saúde no Mola. In: SILVA HP, et al. (Org.). *Como lidar com uma Amazônia Sensível*. 1ed.BELÉM: UNAMA, 2022, 120p.
33. SILVA HP, et al. Growth and Nutrition Indicators in Brazil: Some perspectives and changes from 1975 to 2019. In: SUDIP DB. (Org). *Nutritional na Epidemiological Aspects of Child Growth in Latin American and Caribbean Countries*. New York: Springer, 2023, 289p.
34. SOARES LF, et al. Socioeconomic and health aspects of quilombola populations in the state of Piauí, Brazil. *Research, Society and Development*, 2020, 9 (2): e73922091.
35. SOUSA RF, et al. Condições de saúde e relação com os serviços de saúde na perspectiva de pessoas de quilombo. *Escola Anna Nery*, 2023, 27 (1): 1-9.

5 CAPÍTULO II: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DETERMINANTES SOCIAIS NA COMUNIDADE REMANESCENTE DE QUILOMBO DE ESTUDO

Neste capítulo foram contemplados os seguintes objetivos específicos:

- Apresentar aspectos epidemiológicos na Comunidade de Tambaí-açú;
- Avaliar a ocorrência dos Determinantes Sociais da Saúde na população

de estudo;

O presente manuscrito será submetido para a Revista Saúde e Sociedade, ISSN: 1884-0470, com Qualis CAPES A3 pela classificação do quadriênio 2017-2020. A seguir, encontra-se nas normas para submissão da revista escolhida.

**AS INFLUÊNCIAS DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA DIFERENÇA
ENTRE A SAÚDE DO HOMEM E DA MULHER EM COMUNIDADE
REMANESCENTE DE QUILOMBO**

**THE INFLUENCES OF SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH ON THE
DIFFERENCE BETWEEN MEN'S AND WOMEN'S HEALTH IN A QUILOMBO
REMNANT COMMUNITY**

Emmily Oliveira Amador. Universidade do Estado do Pará, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Biologia Parasitária na Amazônia, Belém-Pará. Email: emmily.oamador@gmail.com.

Priscila de Nazaré Quaresma Pinheiro. Universidade do Estado do Pará, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Biologia Parasitária na Amazônia, Belém-Pará. Email: priscilapcr4@gmail.com.

Emilly Gabriele Ribeiro Dias. Universidade do Estado do Pará, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Biologia Parasitária na Amazônia, Belém-Pará. Email: emillygrdias@icloud.com.

Dayana de Barros Sandim. Universidade da Amazônia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Faculdade de Farmácia, Belém-Pará. Email: dayanna.barros@gmail.com.

Ana Beatriz Henrique dos Santos. Universidade do Estado do Pará, Centro de Ciências Sociais e Educação, Licenciatura em Ciências Biológicas, Belém-Pará. Email: anabeatrizdossantos85@gmail.com.

Adriano Felipe Barbosa Castro. Universidade do Estado do Pará, Centro de Ciências Sociais e Educação, Licenciatura em Ciências Biológicas, Belém-Pará. Email: adrianobarbosabarbosa22@gmail.com.

Alex Brito Souza. Instituto Evandro Chagas, Seção de Bacteriologia e Micologia, Ananindeua-PA. Email: alexbritosouza@yahoo.com.br.

Anísio de Jesus Cruz Lima. Instituto Evandro Chagas, Seção de Patologia Experimental, Ananindeua-PA.

Arnaldo Jorge Martins Filho. Instituto Evandro Chagas, Seção de Patologia Experimental, Ananindeua-PA. Email: arnaldofilho@iec.gov.br.

Karla Valéria Batista Lima. Instituto Evandro Chagas, Seção de Bacteriologia e Micologia, Ananindeua-PA. Email: karlalima@iec.gov.br

Resumo:

Objetivo: O presente estudo tem por objetivo esclarecer a epidemiologia da população vivente em comunidade remanescente quilombola e a associação como determinante social da saúde.

Metodologia: Foi aplicado um questionário semiestruturado baseado no formulário da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, as perguntas foram adaptadas para os objetivos do trabalho. Obtiveram-se 152 respostas de moradores acima de 12 anos da comunidade. Todos os dados foram tabulados no Microsoft Excel®.365 e analisados estatisticamente no *software* Jamovi® e aplicados os testes de amostras independentes, considerando como uma associação significativa $p < 0.05$. **Resultados:** O estudo apontou disparidades entre os sexos em relação a epidemiologia, apesar de estarem exposto as mesmas condições socioeconômicas, existem diferenças epidemiológicas quando estudada a saúde do homem e da mulher, principalmente no seu acesso ao serviço de saúde, o que pode estar relacionado a construção social do papel de cada sexo.

Palavras-chave: Epidemiologia; Fatores Socioeconômicos; Populações Minoritárias, Vulneráveis e Desiguais em Saúde.

Abstract:

Objective: The present study aims to clarify the epidemiology of the population living in a quilombola remnant community and the association as a social determinant of health.

Methodology: A semi-structured questionnaire based on the 2013 National Health Survey form was applied, the questions were adapted to the objectives of the work. 152 responses were obtained from residents over 12 years of age in the community. All data were tabulated in Microsoft Excel®.365 and statistically analyzed using Jamovi® software and independent samples tests were applied, considering $p < 0.05$ as a significant association. **Results:** The study showed disparities between the sexes in relation to epidemiology, despite being exposed to the same socioeconomic conditions, there are epidemiological differences when studying the health of men and women, mainly in their access to health services, which may be related the social construction of the role of each sex.

Key words: Epidemiology; Socioeconomic Factors; Health Disparate, Minority and Vulnerable Populations.

INTRODUÇÃO

No contexto da diáspora negra no final do século XVI, surge no Brasil, em locais afastados do perímetro urbano, os quilombos que eram locais para onde os negros de origem africana se refugiavam, buscando esconder-se, abrigar-se e proteger-se dos senhores de engenho (Silva & Silva, 2015). Lá os negros traficados, agora fugitivos, trabalhavam sob condições precárias em plantações espalhadas pelo país, conseguiam com o plantio produzir seus próprios alimentos, manter seus costumes, crenças, tradições e valores (Andrade et al., 2017).

A origem isolada dos quilombos acabou dificultando a inserção de políticas públicas naquela região de difícil acesso. Comprometendo, assim, a introdução das condições básicas para a promoção da saúde dessa população como, por exemplo, saneamento básico, acessibilidade a saúde, educação, resultando em vários problemas e agravantes sociais a essa população (Freitas et al., 2011).

A dificuldade de acesso favoreceu a criação de um abismo sociodemográfico entre o ambiente urbano e o rural, propiciando, assim, o aparecimento de vários problemas relacionados à saúde e bem-estar, os quais pode citar: falta de planejamento familiar, doenças preveníveis decorrentes do sedentarismo, hábitos inadequados e desconhecimento de ações preventivas em saúde (Cardoso et al., 2018).

Estima-se um número expressivo de comunidades remanescentes de quilombolas pelo Brasil, destacando os estados do Pará, Pernambuco, Bahia, Maranhão e Minas Gerais, por acomodarem o maior número desta população (Sousa et al., 2023). Observando assim, as vulnerabilidades da população negra brasileira, a partir da Lei nº 10.678/2003, foi criado no ano de 2004, o Programa Brasil Quilombola, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que visa o combate da desigualdade no Sistema Único de Saúde (SUS) e promover a saúde da população negra (Brasil, 2003).

A dificuldade de acesso a saúde tem influência direta dos chamados Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que estão presentes em comunidades remanescentes de quilombos, assim, observa-se uma parcela da população vem sofrendo com as desigualdades sociais, acesso inadequado a serviços de saúde e sem saneamento básico o que agrava o processo saúde-doença (Gomes; Gurgel; Fernandes, 2021). Esses DSS podem se apresentar como ambientais, socioeconômicos, sexismo, racismo estrutural e institucional, esses fatores culminam no menor acesso à saúde, contribuindo para a ocorrência de doenças infecciosas e crônicas;

Desta forma, este estudo visa descrever as características epidemiológicas de uma população quilombola no interior do Pará e de que forma essas características atuam como DSS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo transversal que avaliou as características epidemiológicas da população da Comunidade Remanescente de Quilombo São Luis do Tambaí-açú em Mocajuba, no estado do Pará. O estudo seguiu a Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com número do parecer: 5.862.520, em 24 de janeiro de 2023, a pesquisa é derivada de uma pesquisa de mestrado. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

Coleta de dados

Em junho de 2023, foram entrevistados 152 moradores da comunidade, provenientes de 83 famílias. Os dados foram coletados em formato digital por meio do *software* Epi Info® e extraídos para o aplicativo Microsoft Excel® 365. O questionário semiestruturado foi baseado no formulário da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE (2013), anteriormente validado, tendo sido adaptado para conter perguntas fechadas (para variáveis quantitativas e qualitativas) e abertas (para variáveis qualitativas quando relacionadas aos DSS que estão sendo investigados na população).

Foram analisadas as seguintes variáveis: (i) Socioeconômicas familiares: tipo de moradia, quantidade de cômodos na casa, característica da moradia e do telhado, existência de cozinha, tipo de fogão, existência e localização do banheiro, escoamento de dejetos sólidos e líquidos, destino do lixo doméstico, abastecimento e tratamento de água, abastecimento de energia elétrica, renda familiar (valor e tipo); (ii) Socioeconômicos individuais: faixa etária, sexo, cor, escolaridade, estado civil; (iii) Saúde: acesso a serviço de saúde, doenças relatadas, hábitos de vida.

Foram aplicados dois formulários, sendo o primeiro apenas para o chefe da família contendo perguntas domiciliares e familiares e de opinião do responsável pelo lar (foram obtidas 83 respostas). O segundo questionário foi aplicado individualmente para participantes a partir de 12 anos respondendo perguntas sobre o perfil epidemiológico de cada indivíduo (foram obtidas 154 respostas). A partir do critério de exclusão de formulários com respostas incompletas foram obtidos 152 formulários individuais e 83 familiares.

Análise de dados

Todos os dados foram tabulados no Microsoft Excel® 365, onde as inconsistências foram avaliadas e sanadas. Os dados foram exportados para o *software* Jamovi® 3ª geração,

onde foram feitas as tabelas de contingência e aplicados os testes de amostras independentes: Teste de associação qui-quadrado (χ^2) e teste exato de Fisher (para frequências esperadas abaixo de 5). Foi considerada como uma associação significativa $p < 0,05$.

RESULTADOS

No estudo das características sociodemográficas, tabela 1, dos domicílios analisados, observou-se predominância de moradias próprias (86,75%), contendo de 3 a 4 cômodos (48,20%). As casas eram principalmente construídas em alvenaria (66,27%) e possuíam telhado com telha (93,98%). A maioria dos banheiros era localizada dentro da casa (69,88%). Quanto ao escoamento de dejetos, 60,24% utilizavam fossa séptica e 78,31% dos entrevistados relataram incinerar o lixo. A maioria dos domicílios era abastecida por poço artesiano (66,27%) e o responsável familiar relatou tratamento da água de consumo por meio de cloração (89,83%). A quase totalidade dos atendidos tinham energia elétrica (98,80%) proveniente da rede de abastecimento. Acesso à internet era disponível em 56,10% das residências, no entanto, todos relatavam oscilações.

Tabela 1. Características sociodemográficas

Tipo de moradia	N	%
Própria	72	86,75
Cedida	9	10,84
Alugada	2	2,41
Total	83	100%
Quantidade de cômodos internos	N	%
1-2	9	10,84
3-4	40	48,20
+5	32	38,55
Vazio	2	2,41
Total	83	100%
Característica predominante da casa	N	%
Alvenaria	57	68,68
Madeira	26	21,32
Total	83	100%
Material predominante do telhado	N	%
Telha	78	93,98
Laje	2	2,41
Madeira	2	2,41
Vazio	1	1,2
Total	83	100%
Localização do banheiro	N	%
Dentro da casa	58	69,88
Fora da casa	25	30,12

Total	83	100%
Escoamento de dejetos sólidos e líquidos	N	%
Fossa rudimentar	29	34,94
Fossa séptica	50	60,24
Vala	4	4,82
Total	83	100%
Destino do Lixo	N	%
Jogado a céu aberto	9	10,84
Incinerado	65	78,31
Reciclagem	2	2,41
Enterrado	7	8,44
Total	83	100%
Abastecimento de água	N	%
Rede	6	7,23
Poço raso	17	20,48
Poço artesiano	55	66,27
Direto do igarapé	4	4,82
Outro	1	1,20
Total	83	100%
Tratamento de água	N	%
Filtração	3	3,61
Fervura	1	1,2
Cloração	53	63,86
Decantação	2	2,41
Não informado	24	28,92
Total	83	100%

Fonte: Autores.

Em relação à renda familiar, 38,5% recebem até 1 salário-mínimo e dependiam de benefícios sociais como Bolsa Família, seguro defeso, auxílios de provenientes do Benefício Prestação Continuada (BPC) (59,76%). No âmbito ocupacional, a agricultura era a principal atividade (77,66%) (Tabela 2).

Tabela 2. Características econômicas

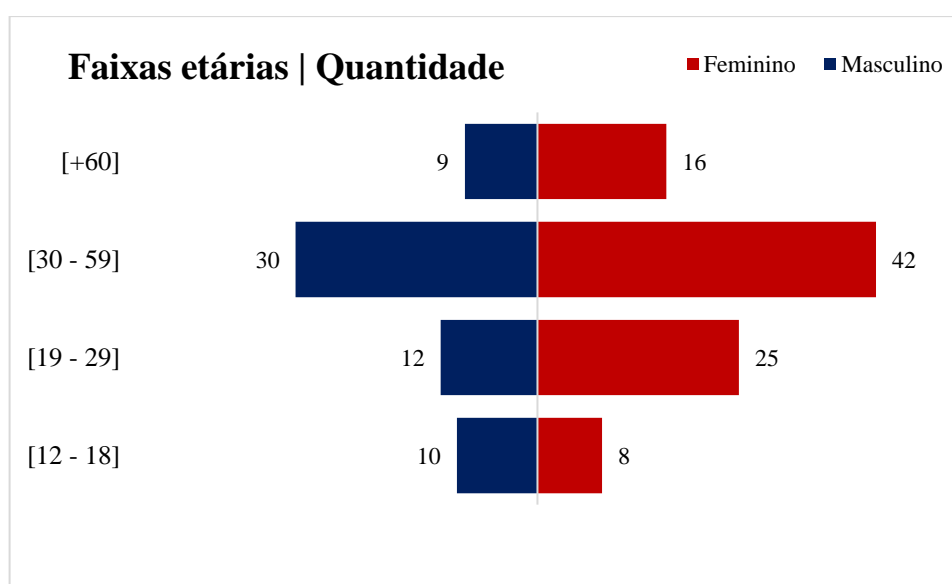
Residentes com renda	N	%
1-2	68	81,93
3-4	5	6,02
5-6	2	2,41
Vazio	8	9,64
Total	83	100%
Tipo de renda familiar	N	%
Trabalhador ativo	8	9,64
Beneficiário	52	62,65
Ambos	23	27,71
Total	83	100%
Tipo de benefício	N	%

Aposentadoria e pensão	22	26,83
Bolsa família e auxílios	49	59,76
Seguro defeso	11	13,41
Total	82	100%
Tipos de trabalho		
	N	%
Agricultura	73	77,66
Setor público	5	5,31
Setor privado	2	2,13
Autônomo	14	14,90
Total	94	100%
Valor da renda familiar		
	N	%
R\$ 100,00 a R\$ 500,00	5	6,02
R\$ 501,00 a R\$ 600,00	5	6,02
R\$ 601,00 a R\$ 700,00	8	9,64
R\$ 701,00 a R\$ 800,00	6	7,23
R\$ 801,00 a R\$ 900,00	12	14,46
R\$ 901,00 a R\$ 1320,00	32	38,55
Acima de R\$ 1320,00	15	18,08
Total	83	100%

Fonte: Autores.

A análise das características sociais individuais, gráfico 1, revelou uma distribuição diversificada dentro da amostra estudada. Quanto ao sexo, a população é majoritariamente composta por mulheres (59,87%) e em valor menor os homens (40,13%). Em termos de faixa etária, a maioria estava na faixa de 30 a 59 anos (47,37%), seguida por jovens de 19 a 29 anos (24,34%).

Gráfico 1. Pirâmide etária da população



Fonte: Autores.

No que diz respeito à cor/raça, houve maior número de autodeclaração como pardo (76,16%), e 20,53% como pretos. No contexto educacional, foi observado que uma parcela significativa possuía apenas ensino fundamental incompleto (44,37%), seguido por aqueles com ensino médio incompleto (22,52%). Quanto ao estado civil, a maioria das pessoas estava casada ou em união estável (56,67%), com 27,33% sendo solteiras. No aspecto religioso, houve unanimidade de respostas como praticantes do Cristianismo como católicos com 71,5%, seguida por 28,29% que praticavam o protestantismo, nenhum participante relatou praticar religiões de matriz africana (Tabela 3).

Tabela 3. Características sociais

Cor/raça	N	%
Preto	31	20,39
Pardo	115	75,66
Branco	4	2,63
Indígena	1	0,66
Vazio	1	0,66
Total	152	100%
Escolaridade	N	%
Nunca estudou	6	3,94
Fundamental completo	9	5,92
Fundamental incompleto	67	44,08
Médio completo	23	15,13
Médio incompleto	34	22,37
Superior completo	6	3,95
Superior incompleto	6	3,95
Vazio	1	0,66
Total	152	100%
Estado civil	N	%
Casado (a)/ União estável	85	55,92
Divorciado (a)/ Separado (a)	16	10,53
Viúvo (a)	8	5,26
Solteiro (a)	41	26,97

Vazio		2	1,32
	Total	152	100%
Religião		N	%
Católico		108	71,05
Protestante		43	28,29
Vazio		1	0,66
	Total	152	100%

Fonte: Autores.

A análise do acesso aos serviços de saúde por sexo (tabela 4) revelou diferenças na utilização de serviços de saúde básicos. Entre as mulheres, 87,91% acessaram unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS), enquanto os homens 86,89% utilizando esses serviços, não foi observado significância na associação entre o sexo e a utilização do serviço. Em relação aos exames de saúde, 67,03% das mulheres fizeram exames, em comparação com 59,02% dos homens, não havendo uma associação significativa. Quando consideramos o tempo desde a última utilização dos serviços de saúde, a maioria das mulheres (62,64%) havia utilizado os serviços nos últimos 1 a 6 meses, quando verificado acesso há mais de 1 anos somaram-se apenas 13 mulheres (12,28%), enquanto para os homens, menos da metade (40,98%) havia visitado o sistema de saúde nos últimos 6 meses, somaram-se 45,90% dos homens foram até o serviço de saúde há mais de 1 ano. Quando submetido ao teste exato de Fisher, a associação entre gênero e tempo de acesso foi significativa ($p: 0,006$). Esses dados destacam disparidades de gênero no acesso aos cuidados de saúde, enfatizando a necessidade de políticas e intervenções direcionadas para melhorar o acesso equitativo aos serviços de saúde para ambos os sexos.

Tabela 4. Tipo de serviço de saúde e tempo acessado por sexo

	Acesso ao serviço de saúde			
	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Utiliza ESF ou UBS				
Sim	80	87,91	53	86,89
Não	11	12,09	8	13,11
Total	91	100%	61	100%

p: 0,851 (x²)

Acesso a exames

Sim	61	67,03	36	59,02
Não	30	32,97	25	40,98
Total	91	100%	61	100%

p: 0,313 (x²)

**Tempo da última utilização do
serviço de saúde**

1-6 meses	57	62,64	25	40,98
7-12 meses	21	23,08	12	19,67
13-18 meses	1	1,10	2	3,28
19-24 meses	6	6,59	6	9,84
+24 meses	6	6,59	14	22,95
Vazio	0	0	2	3,28
Total	91	100%	61	100%

p: 0,006 (teste exato de Fisher)

Fonte: Autores.

A análise dos hábitos de vida por sexo (tabela 5) destaca diferenças significativas nos comportamentos de saúde entre mulheres e homens. Em relação ao tabagismo, um maior percentual de homens (39,34%) relatou ser fumante em comparação com as mulheres (12,09%), houve significância na avaliação (p: <0,001). No consumo de álcool, 82,42% das mulheres afirmaram não consumir, enquanto apenas 54,10% dos homens relataram o mesmo, também foi percebida uma associação de gênero e consumo significativa (p: <0,001). Quanto ao uso de drogas ilícitas, uma pequena porcentagem de mulheres (1,10%) admitiu o consumo, enquanto 6,56% dos homens afirmaram fazê-lo, não houve significância (p: 0,136). Além disso, mais da metade (54,94%) das mulheres e 32,79% dos homens não praticavam atividade física ou não podiam fazê-lo. Em contraste, 19,67% dos homens realizavam atividades físicas diariamente, enquanto apenas 7,70% das mulheres tinham esse hábito. É observado que os homens apresentam uma relação mais direta no consumo de álcool e tabaco, entretanto são os que mais apresentam o hábito de praticar atividades físicas. As mulheres são as que menos consomem álcool e tabaco, porém são mais sedentárias.

Tabela 5. Hábitos de vida por sexo

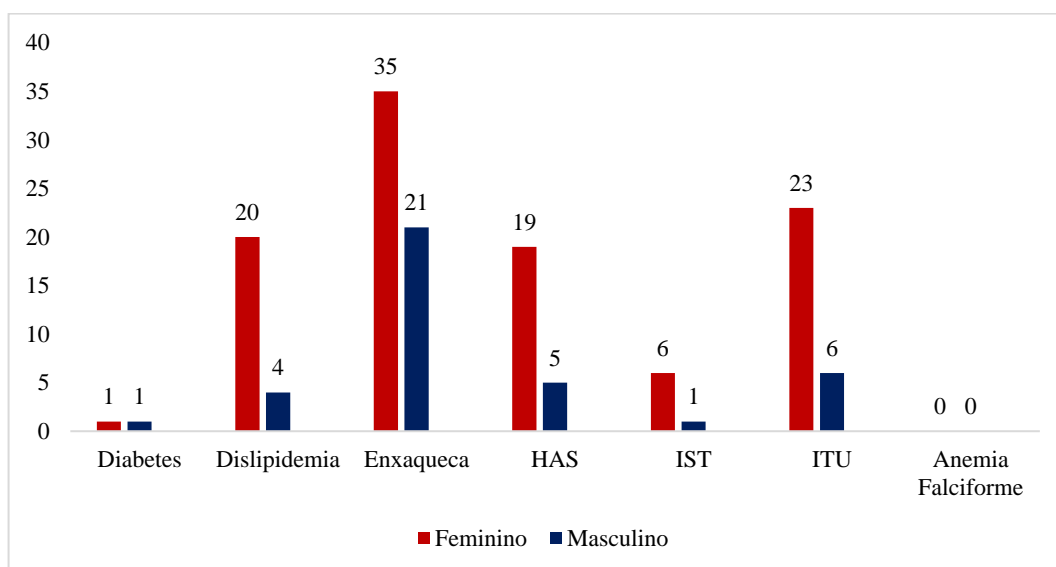
Hábitos de vida				
	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Fumo				
Sim	11	12,09	24	39,34
Não	80	87,91	36	59,02
Vazio	0	0	1	1,64
Total	91	100%	61	100%
p: <0,001 (teste exato de Fisher)				
Álcool				
Sim	16	17,58	28	45,90
Não	75	82,42	33	54,10
Total	91	100%	61	100%
p: <0,001 (x²)				
Drogas ilícitas				
Sim	1	1,10	4	6,56
Não	82	90,11	50	81,97
Não quis informar	8	8,79	7	11,48
Total	91	100%	61	100%
p: 0,136 (teste exato de Fisher)				
Atividade física				
Não faz/não pode	50	54,94	20	32,79
1x na semana	15	14,49	10	16,39
2 a 3x na semana	16	17,59	15	24,59
Diariamente	7	7,70	12	19,67
Vazio	3	3,39	4	6,56
Total	91	100%	61	100%
p: 0,038 (teste exato de Fisher)				

Fonte: Autores

Foram questionados acerca de quais patologias eles tinham conhecimento de possuir (gráfico 2), foi relatado com a maioria, em ambos os sexos, a ocorrência de enxaqueca e Infecções do Trato Urinário (ITU), problemas relacionados a saúde mental foram mais relatados

em mulheres (n=17) do que em homens (n=2), as dislipidemias ou alterações lipêmicas foram relatadas por 20 mulheres e apenas 4 homens. Quanto as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), 19 mulheres relataram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e apenas 5 homens relataram o mesmo, diabetes houve apenas 2 casos, e nenhum caso de anemia falciforme.

Gráfico 2. Alterações de saúde autorreferidas



Fonte: autores.

As outras alterações de saúde observadas em um grupo de 152 indivíduos, tem-se a anemia foi registrada em 3 casos, representando 1,97% do total da amostra. As dores de cabeça foram relatadas por 7 indivíduos, correspondendo a 4,61% da população estudada, enquanto 11 pessoas (7,24%) mencionaram dor na coluna. A dor no abdômen afetou 9 participantes, representando 5,92% da amostra, e doenças articulares foram identificadas em 2 casos, totalizando 1,32%. Além disso, foram questionados se havia outras alterações, houve relatos de problemas ginecológicos e mamários foram observados em 6 indivíduos, representando 3,95% dos participantes. A hanseníase foi relatada em apenas 1 caso, representando 0,66% da amostra total. Esses dados fornecem uma visão abrangente das diferentes alterações de saúde presentes no grupo estudado.

A análise dos níveis de hemoglobina como indicador de anemia em crianças e adolescentes entre 12 e 18 anos (tabela 7) revela dados importantes sobre a saúde desses grupos. No caso das adolescentes do sexo feminino, 87,5% apresentaram níveis de hemoglobina na

faixa considerada saudável, entre 11,0 e 14,8 g/dL, enquanto 12,5% mostraram-se abaixo do limite saudável, indicando anemia. Não houve registros de níveis acima de 14,8 g/dL para esse grupo. Já entre os adolescentes do sexo masculino, 70% estavam na faixa saudável, enquanto 30% tinham níveis de hemoglobina acima de 14,8 g/dL, nenhum adolescente do sexo masculino foi diagnosticado com anemia, não foi identificada nenhum tipo de relação significativa nesta análise ($p=0,216$).

Tabela 7. Análise de hemoglobina como um dos indicadores de anemia em crianças

	Criança e adolescente (12-18 anos)			
	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Menor que 11,0 g/dL	1	12,5%	0	0%
11,0 – 14,8 g/dL	7	87,5%	7	70%
Acima de 14,8 g/dL	0	0%	3	30%
Total	8	100%	10	100%

p: 0,216 (teste exato de Fisher)

A análise dos níveis de hemoglobina como indicador de anemia em adultos levou em consideração que há padrões distintos entre homens e mulheres (tabela 8). Entre as mulheres (acima de 18 anos), 13,25% apresentaram níveis de hemoglobina abaixo de 11,5 g/dL, indicativo de anemia, enquanto a grande maioria (85,54%) tinha níveis entre 11,5 e 14,9 g/dL, considerados saudáveis. Não houve registros de hemoglobina acima de 14,9 g/dL para esse grupo. Já entre os homens adultos, uma pequena porcentagem (7,84%) apresentou níveis de hemoglobina abaixo de 13,0 g/dL, enquanto a maioria significativa (90,20%) tinha níveis entre 13,0 e 16,9 g/dL, dentro da faixa saudável. Não houve casos registrados com hemoglobina acima de 16,9 g/dL para os homens.

Tabela 8. Análise de hemoglobina como um dos indicadores de anemia em adultos

	Mulheres (acima de 18 anos)	
	N	%
Menor que 11,5 g/dL	11	13,25
11,5 – 14,9 g/dL	71	85,54
Acima de 14,9 g/dL	0	0

Vazio	1	1,21
Total	83	100%
Homens (acima de 18 anos)		
	N	%
Menor que 13,0 g/dL	4	7,84
13,0 – 16,9 g/dL	46	90,20
Acima de 16,9 g/dL	0	0
Vazio	1	1,96
Total	51	100%

A análise dos parâmetros glicêmicos apresentados na tabela revela padrões interessantes nas diferentes faixas etárias e entre os gêneros (tabela 9). Entre crianças e adolescentes (12-18 anos), metade das meninas exibiu níveis glicêmicos normais (n=4), enquanto a outra metade estava na faixa de hipoglicemia. Em contraste, todos os meninos nesse grupo (n=10) mantiveram níveis normais de glicose, houve significância entre a glicemia e o sexo das crianças e adolescentes (p: 0,023). No grupo de adultos, as mulheres mostraram uma predominância de níveis normais (76,82%), com uma minoria apresentando níveis alterados (7,32%) ou indicativos de diabetes (3,66%). Outrossim, a hipoglicemia afetou 12,20% das mulheres adultas. Nos homens adultos, a maioria também manteve níveis normais (76,47%), enquanto uma pequena porcentagem foi diagnosticada com diabetes (1,97%) e uma proporção significativa experimentou hipoglicemia (21,56%).

Tabela 9. Parâmetros glicêmicos

Criança e adolescente (12-18 anos)				
	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Normal (menor que 99 mg/dL)	4	50%	10	100
Alterado (100 – 125 mg/dL)	0	0	0	0
Diabetes (igual ou superior que 126 mg/dL)	0	0	0	0
Hipoglicemia (igual ou inferior que 70 mg/dL)	4	50%	0	0
Total	8	100%	10	100%

p: 0,023 (teste exato de Fisher)

Adultos (acima de 18 anos)				
	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Normal (menor que 99 mg/dL)	63	75,90	39	76,47
Alterado (100 – 125 mg/dL)	6	7,24	0	0
Diabetes (igual ou superior que 126 mg/dL)	3	3,61	1	1,97
Hipoglicemia (igual ou inferior que 70 mg/dL)	11	13,25	11	21,56
Total	83	100%	51	100

p: 0.140 (teste exato de Fisher)

A tabela apresenta os dados dos parâmetros lipêmicos em diferentes grupos etários e gêneros (tabela 10). Para o grupo de crianças e adolescentes (12-18 anos), observou-se que 87,5% das meninas tinham níveis de triglicerídeos abaixo de 90 mg/dL, enquanto metade dos meninos estava na mesma faixa. Quanto ao LDL, todos os participantes, tanto meninas quanto meninos, apresentaram níveis abaixo de 110 mg/dL. No grupo de adultos (acima de 18 anos), 79,52% das mulheres e 74,51% dos homens tinham níveis de triglicerídeos inferiores a 150 mg/dL. Em relação ao LDL, 66,27% das mulheres e 72,55% dos homens mantiveram níveis abaixo de 130 mg/dL. Por outro lado, 20,48% das mulheres e 25,49% dos homens adultos tinham triglicerídeos acima de 150 mg/dL, enquanto 33,73% das mulheres e 27,45% dos homens apresentaram LDL superior a 130 mg/dL. Não houve associações de significância.

Tabela 10. Parâmetros lipêmicos

Criança e adolescente (12-18 anos)				
Triglicerídeos	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Menor que 90 mg/dL	7	87,5	5	50
Maior que 90 mg/dL	1	12,5	5	50
Total	8	100	10	100

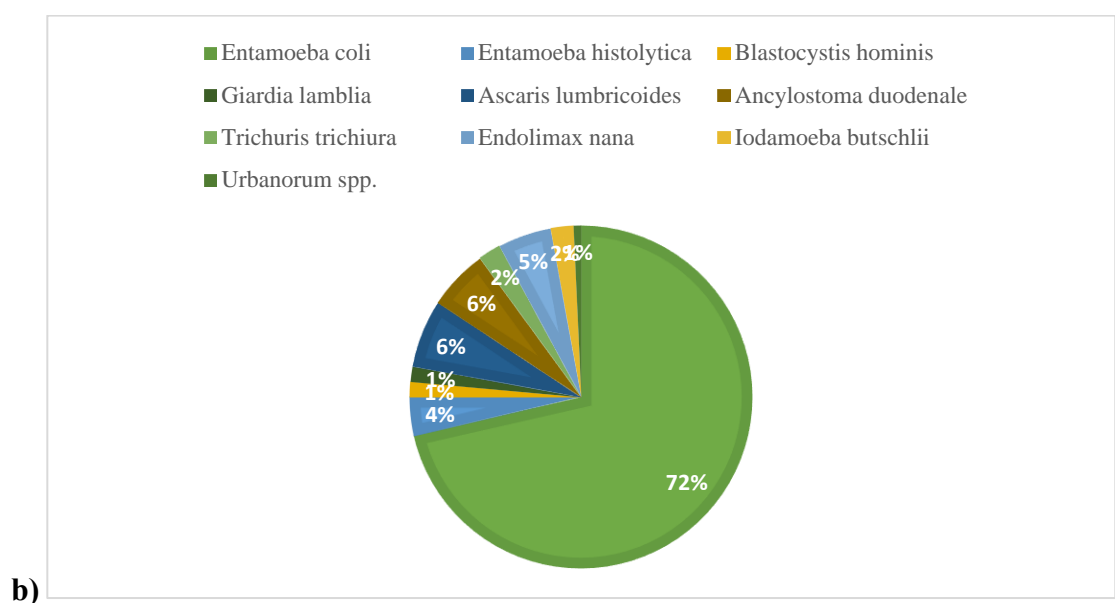
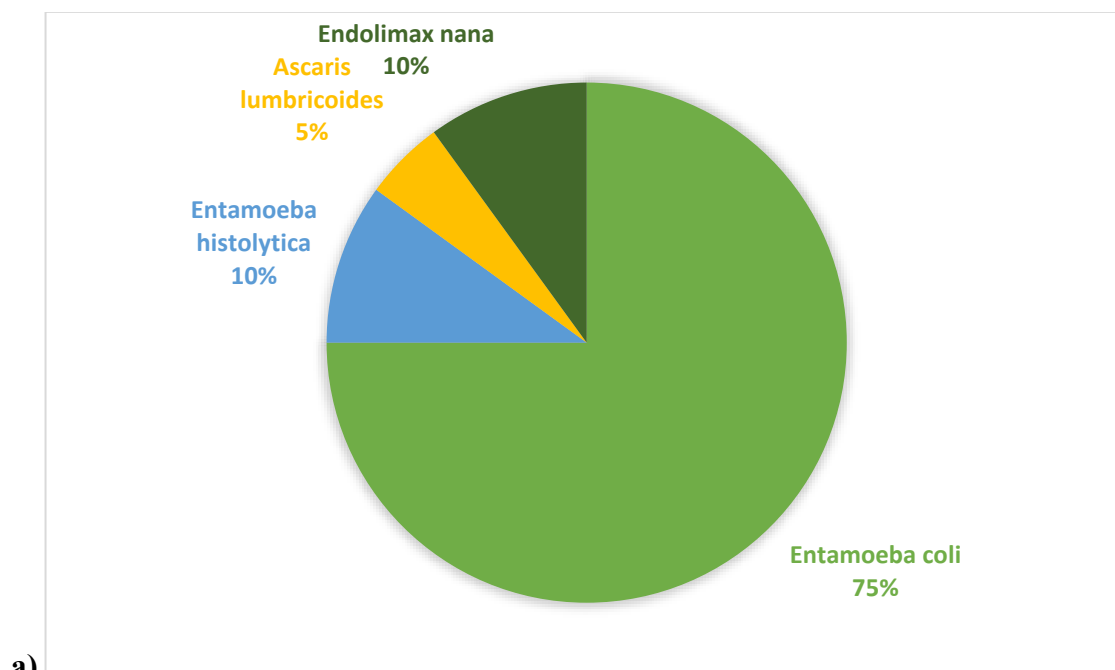
p: 0,152 (teste exato de Fisher)

LDL	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Menor que 110 mg/dL	8	100	10	100
Maior que 110 mg/dL	0	0	0	0

Total	8	100	10	100
Adultos (acima de 18 anos)				
	Feminino		Masculino	
Triglicerídeos	N	%	N	%
Menor que 150 mg/dL	66	79,52	38	74,51
Maior que 150 mg/dL	17	20,48	13	25,49
Total	83	100	51	100
p: 0,499 (x²)				
	N	%	N	%
LDL				
Menor que 130 mg/dL	55	66,27	37	72,55
Maior que 130 mg/dL	28	33,73	14	27,45
Total	83	100	51	100

No gráfico 4, pode-se observar os achados no exame parasitológico de fezes realizado em crianças e adolescentes (12-18 anos), das 16 crianças que entregam amostra fecal, foi observado 15 resultados positivos para *Entamoeba coli*, 2 positivos para *Endolimax nana* e *Entamoeba histolytica* apenas 1 caso de *Ascaris lumbricoides*. Não foram observados outros parasitos. Quando avaliado os adultos, 100 apresentaram positivo para *Entamoeba coli*, 9 pacientes com *Ascaris Lumbricoides*, 8 com *Ancylostoma duodenale* e 7 com *Endolimax nana*. Muitos estavam poliparasitados

Gráfico 3. Resultados parasitológicos achados na população



Legenda: a) achados em crianças e adolescentes. b) achados em adultos.

Fonte: Autores.

DISCUSSÃO

Diante dos resultados, foi verificada diversas vulnerabilidades socioeconômicas enfrentadas pela comunidade, acerca da saúde da população foi observado a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis e infecções parasitárias. A ocorrência destas doenças pode

estar intimamente relacionada ao dificuldades sociais e econômicas enfrentadas pela população, atuando como uma DSS na região e dificultando o melhor uso dos sistemas de saúde.

Quando observada a moradia dos participantes, verificou-se que as casas são próprias e tem uma boa estrutura básica o que corrobora com o estudo de Santos et al. (2022), desenvolvido em uma comunidade localizada em Alagoas, onde as casas, em sua maioria, eram de alvenaria (95%) com 3 a 6 cômodos (81,25%) e 63,75% eram casa próprias. No estudo de Brauer et al. (2019), em 5 comunidades do Espírito Santo, percebe-se que a características de moradia repetem-se sedo alvenaria o material predominante, a cobertura das casas são preferencialmente telhas com 3 ou mais cômodos.

Segundo Freitas et al. (2018), em Ananindeua/ Pará, em estudo do perfil sociodemográfico e epidemiológico de comunidade quilombola da Amazônia, existe uma predominância de pessoas negras, do sexo feminino, com nível de escolaridade fundamental incompleta, moradia própria de construção em alvenaria com 4 a 6 cômodos, renda familiar de até 1 salário-mínimo para 1 a 5 pessoas que residem no mesmo imóvel, desta maneira eles acabam dependendo diretamente da agricultura familiar e da pesca artesanal, nesse contexto demográfico e social. Sabemos que onde o estado não atua de forma adequada e eficaz, agravará mais ainda as mazelas sociais.

Observa-se que o saneamento é feito em fossas, sejam elas sépticas ou rudimentares e, apesar de ser água encanada, vem de poços onde é relatado o tratamento. Estudos identificaram que existe uma relação de significância entre as condições socioeconômicas e ocorrência de achados de protozoários e helmintos em fezes, o saneamento e a contaminação da água atuam como fatores determinantes para a ocorrência (Sousa et al., 2019; Ignacio et al., 2017).

A renda familiar, na maioria das residências, chega até um salário-mínimo por haver composição da renda com auxílios governamentais. A agricultura familiar parece ser a principal fonte de renda, no entanto, é sazonal, dificultando o cálculo mais preciso. Este dado vai de encontro com a literatura, na qual aborda que apesar das dificuldades de manter a produção constante, a agricultura familiar ainda é a principal atividade laboral executada. As fontes de renda são o trabalho (agricultura como principal) e benefícios como a aposentadoria, como observado nos estados do Mato Grosso do Sul e Minas Gerais, a concentração da renda familiar está entre meio salário-mínimo e até 1 salário-mínimo (Xavier et al., 2023; Queiroz et al., 2023)

O estudo de Xavier et al. (2023), apresenta que o reconhecimento da comunidade como remanescente de quilombos de fato, trouxe o acesso às políticas públicas. Desta maneira, se deu a construção de casas em alvenaria, melhorias da infraestrutura, saneamento básico, educação e saúde. Além disto, é importante para se obter documentações que concedam aposentadorias,

pensões e auxílios. As políticas sociais voltas aso quilombolas garante o direito a benefícios que agregam a renda familiar garantindo a seguridade social. Um território delimitado e reconhecido permite a reprodução da cultura local (Silva & Matsuoka, 2019).

A história do reconhecimento de terras pertencentes a comunidades remanescentes de quilombos iniciou em meados do século XX, o Brasil passa por uma reforma tecnológica no campo com uma intensa mecanização dos meios. Com isso, as elites regionais avançam cada vez mais para o campo, a fim de aumentar a ocupação de terra para a produção agrícola em massa, invadindo terras já ocupadas. Essa invasão foi marcada por agressões físicas, ameaças, grileiros, jagunços e as terras quilombolas não foram poupadas, causando uma desterritorialização física e simbólica. Nesse contexto, igrejas e a Comissão Pastoral da Terra foram as primeiras apoiadoras das comunidades negras contra a expulsão e, mais à frente, o Movimento Negro também se envolve na luta, organizando diversos encontros e movimentações, o que favoreceu para a entrada do artigo de número 68 o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (Corrêa et al., 2020).

Em agosto de 1987 houve diversas reuniões e articulações do Movimento Negro. Dentre elas, aconteceu em Brasília o encontro intitulado “O Negro e a Constituinte”, no qual, as pautas discutidas foram encaminhadas para o governo federal e, assim, foi sugerida a criação de um órgão cultural que valorizasse a cultura afro-brasileira. Foi criada a Fundação Cultural Palmares, em 1988, com objetivo de fortalecer valores e superar discriminações, foi uma marca da democracia (Moura, 2008). Assim, no início dos anos 2000, as demandas do movimento negro começaram a ser atendidas pelo governo, o que foi representado pela criação da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) em 2003. Neste ano, também houve a promulgação do decreto de número 4.887/2003 que regulariza as terras quilombolas (Rodrigues, 2020). Assim, sugere-se que a falta de reconhecimento de terras pode ter impactado profundamente na reprodução da cultura.

O perfil dos moradores é pautado na baixa escolaridade, em suma casados, ou em união estável, e praticantes de religiões baseadas no Cristianismo, declaram-se pardos e negros. Outros estudos corroboram para este achado, em Minas Gerais, os participantes da pesquisa tinham de 1 a 8 anos de estudo (ensino fundamental) e seus rendimentos frutos do trabalho ou aposentadoria. Na Bahia, a descrição socioeconômica da população aborda pessoas declaradas como negras, casadas, e baixa taxas de analfabetos (Almeida et al., 2020; Queiroz et al., 2023). No estado do Pará, município de Breu Branco foi observado que grande parte de autodeclarou como pardo, estes são casados ou “moram junto” além de maioria declarar-se católico (Coelho, 2019).

Quanto ao acesso a saúde, observa-se que as mulheres são as que acessam com mais frequência os serviços, assim, o menor acesso aos serviços de saúde é um determinante para a ocorrência de doenças por falta de prevenção ou subdiagnóstico, o que corrobora com o estudo de Coelho (2019), feita no município de Breu Branco no Pará, mostram que as mulheres são as maiores frequentadoras da UBS e há uma grande taxa de solicitação de exames de rotina, o que pode contribuir para o diagnóstico precoce no sexo feminino. O estudo de Brauer e colaboradores (2019), no Espírito Santo, apresentou significância entre o acesso a serviço de saúde e a ocorrência de parasitas, com uma relação inversamente proporcional. Queiroz et al (2023), no estudo realizado em Minas Gerais, justifica a baixa admissão nos estabelecimentos de saúde pela discriminação por cor de pele nestes locais, podendo estar relacionada ao afastamento dos usuários do sistema de saúde, onde apresentavam mais de 12 meses da última vez que foram ao serviço, enquanto Almeida et al. (2020), em sua observação na Bahia, reitera que o racismo por parte dos profissionais de saúde é um agravamento e racismo para o afastamento.

Diante deste cenário de dificuldades no acesso à serviços de saúde, que se mostram deficientes ou ineficientes, os quilombolas traçam estratégias de enfrentamento. Dentre as estratégias estão a automedicação, em que preferem procurar a farmácia mais próxima que surge como a primeira porta de acesso à saúde, uma alternativa é o uso de plantas medicinais para o preparo de chás ou banhos que demonstram onde a utilização do saber tradicional dentro da comunidade é um fator cultural (Sousa et al., 2023).

Os achados apontam uma grande prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em destaque a hipertensão, entretanto a diabetes não é uma queixa prevalente na população. A literatura aponta as DCNT são prevalentes em populações com baixa índices socioeconômicos, nas populações quilombolas, a HAS e a DM são doenças comuns nas populações (Almeida et al., 2020; Queiroz et al., 2023). O estudo de Miranda (2022), no município de Baião no Pará, observou que as maiores causas de ida às unidades básicas de saúde ou estratégia saúde da família eram a hipertensão e doenças articulares. A falta de relatos sobre a diabetes destoa em relação aos achados da literatura.

Dentre as doenças relatadas, a saúde mental apresenta-se com mais frequência em mulheres quando comparado os gêneros. No estudo de Queiroz et al. (2023), houve significância na relação sexo e transtorno mental estando relacionado a carga de trabalho das mulheres dentro do seio familiar, além disto, houve significância na associação de outras doenças, sendo estas doenças prevalentes em populações de baixa renda pela falta de acesso adequado a rede de assistência à saúde. Quando analisado as discriminações sofridas no estabelecimento de saúde, estas situações criam estigmas, problemas de confiança e autoestima.

Os homens apresentam maiores números de consumo de bebida, uso de tabaco e atividade física quando comparados às mulheres. Este dado corrobora com o estudo de Dos Santos e colaboradores (2021) em que os homens apresentam cada vez mais envolvimento com drogas ilícitas e ingestão de álcool, e esse dado pode estar relacionado às condições socioeconômicas, tratando como um tipo de enfrentamento da realidade. No município de Abaetetuba no Pará, observou que as mulheres da comunidade, quando questionadas sobre os hábitos de vida prevaleciam o não-tabagismo, não-eticismo e falta de prática de atividades físicas (Leite et al., 2021).

A anemia não foi uma condição relatada, nem mesmo a anemia falciforme que é reconhecida como ligada a raça negra, quando realizado os exames hematológicos foi observado 14 exames com baixas do parâmetro hemoglobina, sugestivo de anemia. O estudo de Joerin-Luque e colaboradores (2023), aborda que apesar da anemia falciforme ser associado a raça negra é verificado que a frequência da hemoglobina S em quilombos é entre 0 e 13%.

Os parâmetros para síndromes metabólicas não estavam associados com o gênero, o oposto foi observado por Oliveira et al. (2020), em seu estudo baseado nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, no qual a hipercolesterolemia estava mais presente em mulheres do que em homens. As mulheres, em geral, são maiores diagnosticadas pelo seu maior acesso a atenção primária, os homens apresentam subdiagnósticos. Os homens apresentam, em sua maioria, maior vulnerabilidade pelos seus hábitos de consumo de álcool e tabaco (Santos et al., 2021), o que não foi observado no presente estudo, apesar de haver relação direta entre os hábitos de vida e o gênero.

Os testes parasitológicos realizados identificaram muitos pacientes poliparasitados com altas ocorrências de *Entamoeba coli*, *Endolimax nana*, *Ascaris Lumbricoides*, *Ancylostoma duodenale* e *Entamoeba histolytica*, de forma geral, os protozoários foram os parasitos mais encontrados do que os helmintos. O estudo de Brauer et al. (2019), no Espírito Santo, tem um resultado análogo com 72,2% de protozoários e 41,6% de helmintos, entre os parasitos mais observados estão *Entamoeba coli*, *Endolimax nana* e *Entamoeba histolytica*. O estudo de Coutinho et al. (2020) verifica, no público infantil, alta presença de *Entamoeba coli*, *Endolimax nana* e *Giardia Lamblia*. A alta ocorrência destes parasitos é intrínseca as condições socioeconômicas principalmente ao saneamento básico e contaminação da água (Sousa et al., 2019).

Assim, observa-se as condições socioeconômicas e o papel social da mulher e do homem dentro das comunidades, interfere diretamente na saúde deles, em que um grupo é mais exposto e subdiagnosticado enquanto o outro é mais bem diagnosticado. É necessário fortalecer

a atenção primária a saúde por meio de políticas para a saúde do homem e da mulher, focando na prevenção de doenças de doenças parasitológicas e crônicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os DSS melhores observados foram as condições socioeconômicas e as disparidades de gênero. Apesar de todo o aparato em políticas públicas, com o intuito de melhorar as o modo de viver da população, após o reconhecimento territorial a atenção básica ainda é não é equitativa. É notória a necessidade de políticas preventivas baseadas na Política Nacional da Atenção Básica e, conseqüentemente, seu fortalecimento e expansão, visando a diminuição do racismo institucional e combater o racismo estrutural. Entender as condições e as disparidades vividas pelas comunidades remanescentes de quilombos fomenta novos investimentos e melhoria para a população.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, I. L. D, et al. Lifestyle, morbidity and multimorbidity in adult Quilombolas. **ABCS Health Sci.**, v. 45, p. 1-7, 2020
- ANDRADE, D. A et al. Avaliação da situação de insegurança alimentar em uma comunidade quilombola de Sergipe. **Segurança Alimentar Nutricional**, v. 24, n. 2, p. 125-140, 2017.
- BRASIL. Lei nº 10.678, DE 23 de maio de 2003. Cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, da Presidência da República, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 de maio de 2003.
- BRAUER, Alline M NUNES WILDEMBERG. et al. Socioeconomic and parasitological aspects in Quilombola communities in two of the oldest municipalities in Brazil. **Revista de Salud Pública**, v. 21, p. 588-594, 2023.
- CARDOSO, C.S; DE MELO, L.O.; FREITAS, D.A. Condições de saúde nas comunidades Quilombolas. **Rev. Enferm. UFPE on-line.**, Recife, v. 12, p. 4, p.1037-45, abr., 2018.
- COELHO, Gisele Lima. Perfil epidemiológico da comunidade quilombola de Vila Nova Jutai, Breu Branco- PA. 75f. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Marabá, 2019.
- CORRÊA, Gabriel Siqueira; MONTEIRO, Gabriel Romagnose Fortunato de Freitas; MARÇAL, Diogo Cirqueira. A questão quilombola na conjuntura atual: Conflitos, desafios e r-existências. *Revista da ANPEGE*, v. 16, n. 29, p. 249-284, 2020.
- COUTINHO, Gutembergmann Batista et al. Presence of protozoans and helminths in quilombola children from Agreste region of Pernambuco, Northeast Brazil. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 19191-19199, 2020.

DOS SANTOS, F. V, et al. Gestão do Cuidado em saúde no contexto do homem quilombola. **Revista Online de Pesquisa: cuidado é fundamental**, p.1217-1226, 2021.

FREITAS, D. A. et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 5, p. 937–943, set. 2011.

FREITAS, I. A; RODRIGUES, I. L. A; DA SILVA, I. F. S; NOGUEIRA, L. M. V. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 2, p. 2187-2200, 2018.

GOMES, W. da S.; GURGEL, I. G. D.; FERNANDES, S. L. Saúde Quilombola: percepções de saúde em um quilombo do agreste pernambucano/Brasil. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 3, 2021.

IGNACIO, C. F, et al. Intestinal parasitic infections in a lowincome urban community: prevalence and knowledge, attitudes and practices of inhabitants of parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brazil. **Rev Patol Trop**, v. 46, n. 1, p. 47-62, 2017.

JOERIN-LUQUE, Iriel A. et al. Ancestry, diversity, and genetics of health-related traits in African-derived communities (quilombos) from Brazil. **Functional & Integrative Genomics**, v. 23, n. 1, p. 74, 2023.

LEITE, D. S., et al. HÁBITOS DE VIDA, PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E SEXUAL DE MULHERES QUILOMBOLAS DA COMUNIDADE DE ITACURUÇÁ EM ABAETETUBA/PARÁ. Saúde Coletiva: avanços e desafios para a integralidade do cuidado. **Editora Científica Digital**. v. 3, n. 21, p. 280-293, out. 2021.

MIRANDA, Alessandra Leite. Perfil socioeconômico e de saúde da Comunidade Quilombola de Umarizal, Baião-Pará. 60f. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Marabá, 2022.

MOURA, Carlos. 20 anos de história. **Revista Palmares**, v. 4, n. 4, 2008.

OLIVEIRA, Laís Vanessa Assunção et al. Prevalência da Síndrome Metabólica e seus componentes na população adulta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 25, n. 11, pp. 4269-4280, 2020.

QUEIROZ, P. DE S. F. et al.. Transtornos Mentais Comuns em quilombolas rurais do Norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 6, p. 1831–1841, jun. 2023.

RODRIGUES, Vera. Movimento Negro, Quilombos e Democracia: trajetórias de lutas. I CURSO DE FORMAÇÃO EM RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS E COMBATE AO RACISMO DO MOVIMENTO NEGRO UNIFICADO DO CEARÁ (TURMA PRETA SIMOA): **SABERES CONSTRUÍDOS NA LUTA ANTIRRACISTA CEARENSE**, p. 88, 2020.

SANTOS, E. N. A. et al.. Quality of life of women from a quilombola community in northeastern Brazil. **Brazilian Journal of Biology**, v. 84, p. e246463, 2022.

SANTOS, Isleide Santana Cardoso et al. Factores asociados con síndrome metabólico y calidad de vida de adultos en un municipio noreste de brasileño. *Revista Cuidarte*, v. 12, n. 2, 2021.

SILVA, L. P.; MATSUOKA, E. A. de C.. The Brazilian Social Security System and Public Policies for "Quilombolas" Communities. **Rev. Jurídica UFERSA**, v. 3, p. 104, 2019.

SILVA, G. S. da; SILVA, V. J. da. Quilombos Brasileiros: alguns aspectos da trajetória do negro no Brasil. **Revista Mosaico-Revista de História**, v. 7, n. 2, p. 191-200, 2015.

SOUSA, F. das C. A., et al. Prevalência de parasitoses intestinais em crianças de uma escola pública municipal: Prevalence of intestinal parasitoses in children of a municipal public school. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 90, n. 28, 2019.

SOUSA, R. de F. de., et al.. Condições de saúde e relação com os serviços de saúde na perspectiva de pessoas de quilombo. **Escola Anna Nery**, v. 27, p. e20220164, 2023.

XAVIER, Leticia Ferreira et al. O associativismo em territórios quilombolas: um estudo na Comunidade Quilombola Chácara do Buriti em Campo Grande/MS. **Revista de Gestão e Secretariado (Management and Administrative Professional Review)**, v. 14, n. 8, p. 12920-12933, 2023.

6 CAPÍTULO III: USO DE PLANTAS MEDICINAIS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Neste capítulo foram contemplados os seguintes objetivos específicos:

- Investigar o uso de plantas medicinais e procedimentos naturais para manutenção da saúde e/ou tratamento de doenças;

Dos 83 formulários familiares coletados, houve a pergunta “possui plantas medicinais no quintal de casa?”, 69 (83,13%) chefes familiares afirmaram ter enquanto 14 (16,87%) negaram, a questão seguinte pedia para que mencionasse algumas das plantas existentes, as plantas foram mencionadas por seus nomes populares, a figura 4 mostra, por meio de uma nuvem de palavras, as plantas e quais as mais citadas pelos chefes familiares, dentre elas, destacam-se: verga-morta, hortelã, boldo, urtiga e erva cidreira.



Figura 4: Nuvem de palavras sobre as plantas medicinais mais citadas durante o questionário.

Fonte: Autora.

As plantas mencionadas têm os mais diversos usos e preparações, as plantas foram identificadas com seus respectivos nomes científicos bem como a quantificação das menções na entrevista (tabela 1), por meio de pesquisa em sites de hortos universitários e documentos oficiais (Brasil, 2006; ANVISA, 2016; Horto didático UFPR; Missouri Botanical Garden; Herbário UEPA; Secretaria de Saúde do Distrito Federal; Prefeitura de Belém).

Nº	Nome popular	Nº de menções	Nome científico	Uso popular	Ação farmacológica	Efeitos adversos, interações e contraindicações
1	Açafrão	2	<i>Curcuma longa</i>	Condimento culinário e tônico estomacal	Anti-inflamatórias, digestiva, antimicrobiano, antioxidante, imunoestimulante, anti agregante plaquetário	Pode causar toxicidade quando usada mg acima do recomendado, interage com medicamentos antiagregantes plaquetários, não recomendado para crianças menores de 4 anos, grávidas, e pessoas com úlceras gástricas
2	Alfavaca	1	<i>Ocimum basilicum</i>	Antiespasmódico, constipação, reumatismo, inflamações urogenitais, expectorante, antitussígeno, aftas, feridas	Atividade anti-ulcerogênica	Não recomendado usar durante a gravidez
3	Amor crescido	1	<i>Portulaca pilosa</i>	Diurético, cicatrizante, analgésico, antidiarreico e problemas estomacais, uso cosmético	Anti-inflamatório e antiespasmódico	Não apresenta efeitos tóxicos na via oral

4	Anador	1	<i>Justicia pectoralis</i>	Antitussígeno, expectorante, antipirético, analgésico	Antibacteriana, relaxante muscular, atividade sedante, alucinógeno, broncodilatador, analgésico, cicatrizante, inseticida	Interação com anticoagulantes, doses maiores causam sonolência, enjoo e dor de cabeça, dependendo do armazenamento da folha seca e o aparecimento de fungos pode causar hemorragia, contraindicado para grávidas e lactentes.
5	Arruda	3	<i>Ruta graveolens</i>	Varizes, flebite, antiparasitário	Antiparasitária, antiespasmódica, bacteriostático, anticonvulsionante	Pode causar fotodermatite, pode causar toxicidade com sintomas diarreia, confusão mental, choque, convulsão, morte, contraindicados para grávidas por causar aborto
6	Babosa	7	<i>Aloe vera</i>	Cicatrizante, hidratante, hemorroida e gastrite	Cosmético	O uso com outros medicamentos pode alterar o metabolismo dos fármacos, evitar uso interno em gestantes, lactantes e crianças
7	Boldo	22	<i>Peumus boldus</i>	Regulador digestivo, calmante, antiparasitário, reumatismo	Hepatovesicular, hepatoprotetor, digestiva, antioxidante, antimicrobiana, sedativa, anti-inflamatória	Acima da dose recomendada pode causar alucinações, vômito, diarreia, convulsão, letargia, efeito narcótico, paralisia. Não deve ser usado por pessoas com doenças hepáticas e

						intestinais, não recomendado para crianças e grávidas
8	Borboleta	3	<i>Rotheca myricoides</i>	Não identificado	Arbusto decorativo	Não identificado
9	Cama de menino Jesus	1	<i>Euphorbia milii</i>	Não identificado	Estudos apontam atividade analgésica, muscular e sedativa	Seiva tóxica com apresentação de erupções cutâneas
10	Canarana	1	<i>Costus spicatus</i>	Diurético, infecções do trato urinário, infecções genitais,	Antiinflamatório, nefroprotetor, analgésico, antiespasmódico	Não identificado
11	Canela	3	<i>Cinnamomum verum</i>	Tempero, aromatizante, problemas respiratórios, digestivos, cefaléia, odontalgia, doenças cardíacas	Antioxidante, antifúngica, antipirético, analgésico	Contraindicada para grávidas e lactantes, pode causar aborto, gastroenterite, dermatite de contato. Em doses tóxicas causa irritabilidade na pele, insônia, agitação. Atenção especial ao uso concomitante com medicamentos arrítmicos e diurético.
12	Capim limão/Capim santo	10	<i>Cymbopogon citratus</i>	Calmante, antiespasmódico, diurético, hipotensor, má digestão, enjoo, diarreia	Antifúngico, gastroprotetor, antimicrobiano	Não existe efeitos tóxicos

13	Catinga de mulata	1	<i>Tanacetum vulgare</i>	Ornamental, odontalgia, anti-helmíntico, inseticida, abortiva	Inseticida	Contraindicado para mulheres grávidas, o óleo possui composto tóxico
14	Chicória	1	<i>Cichorium intybus</i>	Uso alimentício, diurético, laxante, tônico estomacal, hepatoprotetor, anemia	Antiinflamatório, diurético, antioxidante, hepatoprotetor	O contato pode causar reações alérgicas e dermatites, contraindicados para pacientes com cálculos renais, gota e com hipotensão.
15	Corrente de planta	1	<i>Pfaffia paniculata</i>	Fadiga, anemia, antidiabético, analgésico	Antidiabético, hepatoprotetor, hipolipidêmico, antifúngico, anti-helmíntico	Doses altas podem causar hipertensão, agitação, insônia. Não recomendado para grávidas e lactantes
16	Cumaru	1	<i>Dipteryx odorata</i>	Úlcera bucal, analgésico, problemas respiratórios, vermífugo, alimento	Cosmético, aromático, flavorizante similar a baunilha, problemas respiratórios, vermífugo	Não identificado
17	Elixir paregórico	3	<i>Piper callosum</i>	Problemas gastrointestinais, constipação, antipirético e analgésico, calmante	Antibacteriano, antifúngico, analgésico, antiespasmódico, diurético, anti-hemorragico	Efeito sedativo por ter compostos opiáceos

18	Erva cidreira	19	<i>Melissa officinalis</i>	Sedativo, analgésico, odontalgia, distúrbios gastrointestinais	Ação sedativa, espasmolítica e antibacteriana	Potencializa medicamento hipnóticos sedativos, seu efeito tóxico causa entorpecimento, contraindicado para grávidas e lactantes
19	Estoraque	4	<i>Storax balsam</i>	Não identificado	Não identificado	Não identificado
20	Eucalipto	1	<i>Eucalyptus globulus</i>	Gripe e resfriado, antiviral	Antibacteriano, antiviral, anti-helmíntico, imunoestimulante, inseticida	Bem tolerada, o óleo pode causar lesão cutânea
21	Folha da laranjeira	1	<i>Citrus aurantium</i>	Gripes, resfriados, antitussígeno, ansiedade	Hipotensor, laxante, antiescorbútica, diminui níveis de colesterol e triglicerídeos	Fotos sensibilização cutânea, não há relatos sobre toxicidade
22	Folha de urubu/Cravo de urubu	1	<i>Porophyllum ruderale</i>	Hipotensor, varizes, hemorroidas, infecções uterinas, alimento	Não identificado	Não identificado
23	Folha grossa/Pirarucu	1	<i>Bryophyllum pinnatum</i>	Antitussígeno e tratamento para doenças dermatológicas, hipotensor, gripe, resfriado, analgésico,	Antiinflamatório, cicatrizante, antiúlcera	Bem tolerado, ainda sem estudos em grávidas e lactantes

				antidiabético, saúde mental		
24	For sangue	5	<i>Justicia polygonoides</i>	Anemia	Tranquilizante	Não identificado
25	Gengibre	5	<i>Zingiber officinale</i>	Tempero, problemas digestivos, antimicrobiano, anti-inflamatório, náuseas, resfriado, gripe, antitussígena	Náuseas, antidiabético, perda de peso, dores musculares	Cuidados em usos em grávidas, lactantes. Interage com medicamentos hipoglicemiantes e antiagregantes plaquetários. Altas doses podem causar úlceras ou gastrite.
26	Hortelã	24	<i>Mentha sp.</i>	Tempero, problemas gastrointestinais, gripe, resfriado, flatulência	Anti-inflamatória, antioxidante, antifúngica, hepatoprotetora, antidiabética, antibacteriana	Bem tolerada
27	Japana branca	1	<i>Ayapana triplinervis</i>	Analgésica, laxante, diurético, problemas respiratórios, acidentes vasculares cerebrais, questões espirituais	Laxante, contra constipação, diurética, analgésica	Não informado.
28	Jucá	1	<i>Libidia ferrea</i>	Anti-inflamatórios, problemas	Antiinflamatório, cicatrizante	Não informado.

				gastrointestinais, cicatrização		
29	Manjeriçã	5	<i>Ocimum americanum</i>	Antiespasmódico, antitussígeno, expectorante	Anti-inflamatório, antimicrobiano, antiespasmódico	Não informado
30	Mastruz	4	<i>Coronopus didymus</i>	Problemas pulmonares, infecções do trato urinário, problemas gástricos, vermífugo	Anti-inflamatório, antialérgico, hipoglicêmico e antipirético	Não informado
31	Mucuracaá	1	<i>Petiveria alliacea</i>	Repelente, abortiva, envenenamento, ansiedade, analgésico	Anestésico, sedativo, antiespasmódico, anti- helmíntico	Altas doses causam efeitos sedativos
32	Oriza ou patchouli	4	<i>Pogostemon heyneanus</i>	Aromatizante, relaxante, problemas cardíacos	Antioxidante, antimicrobiano, larvicida	Não informado.
33	Pariri	3	<i>Arrabidaea chica</i>	Não informado.	Não informado.	Não informado.
34	Sabugueiro	1	<i>Sambucus australis</i>	Gripe, resfriado, dermatoses, laxante, diurético	Diurético, resfriados e gripes	Interação com hipoglicemiantes, altas doses podem causar hipocalemia, não é indicado para crianças e grávidas
35	Sucuriju	2	<i>Mikania lindleyana</i>	Diurético, analgésico, hipotensor, anti-	Não informado.	Não informado.

				inflamatório, problemas gastrointestinais		
36	Terramicina	2	<i>Alternanthera brasiliana</i>	Diurético, digestivo, antidiarreica, acidente vascular cerebral, antitussígeno, infecções do trato respiratório	Analgésico, anti-inflamatório, cicatrizante	Não há estudos sobre interações, não indicado para crianças e grávidas
37	Unha de gato	1	<i>Uncaria tomentosa</i>	Analgésico, anti-inflamatório, infecções do trato urinário	Imunoestimulante, anti-inflamatório, antioxidante	Contraindicados para pessoas que irão realizar transplante, grávidas, lactantes. Interage com anticoagulantes.
38	Urtiga	17	<i>Urtica dioica</i>	Rinite, diurético, hiperplasia prostática, reumatismo, anti-hemorrágico, anemia, diarreia, queimaduras, antidiabético, inflamações orofaríngeas	Anti-hemorrágico, antirreumático, antisséptico, hipotensor, diurético, bactericida	Interage com antidiabéticos e anticoagulantes, bem tolerado, não é indicado para grávidas por ser abortivo e para lactantes.
39	Verga-morta	19	<i>Mentha aquatica</i>	Não informado.	Não informado.	Não informado.

Tabela 1: Plantas medicinais e suas características e uso

Fonte: Autora.

Apesar das plantas citadas serem de uso corriqueiro para os moradores, é observado que muitas delas possuem contraindicações, interações medicamentosas e eventos adversos, devendo ser consumidas com racionalidade. Os produtos naturais são precursores da síntese de moléculas promissoras para medicamentos, as plantas naturalmente possuem compostos fitoquímicos que afetam a saúde do consumidor (benéfico ou deletério), logo, é importante que o uso seja racional (Pedroso et al., 2021).

Nas CRQ, desde o início de sua história, é verificado que as condições socioeconômicas e acesso deficiente ao sistema de saúde faz que as plantas medicinais sejam preferenciais para o tratamento de patologias. Santana et al. (2022), em Salamita na Bahia, verificaram que os moradores da comunidade alegam que o uso das plantas era conveniente em questões financeiras e logísticas, as mulheres de idade mais avançada são as que mais tem conhecimentos sobre as plantas medicinais.

Neste interim, foi proposto, como uma atividade de educação em saúde, a construção de um horto medicinal. O horto medicinal da comunidade irá permitir que sejam dadas orientações corretas sobre plantios, cuidados, uso correto das plantas medicinais, estimulando a racionalidade. A construção do horto se deu como uma atividade extensão (com financiamento prévio em atenção a chamada pública sob o Edital nº 70/2023) voltadas para a público jovem adulto e idosos, permitindo a troca de conhecimentos intergeracional, reproduzindo, assim, a cultura. Em um primeiro encontro foi guiada a construção de um viveiro para as plantas, juntamente a uma estudante de agronomia cuja família reside na CRQ. No segundo momento sobre o preparo do solo e plantio de mudas. No último encontro, foi feita uma oficina sobre as formas de preparação das plantas medicinais, com quantidade correta, parte da planta, como usar e posologia.

Entende-se que a construção do horto e a oficina sensibilizou sobre o uso racional e informe a população, com o acompanhamento profissional do farmacêutico, sobre como trabalhar a racionalidade.

7 CONCLUSÕES

Apesar de todo o aparato político como tentativa de mitigar os efeitos das DSS na população vivente em CRQ, as medidas não são suficientes, ainda reproduzem o racismo estrutural e institucional excludente, trazendo a iniquidade do acesso a atenção primária. Seus problemas socioeconômicos, ambientais e raciais continuam por afetar a saúde da população. Sem medidas preventivas adequadas, o constante aparecimento das mesmas doenças, bem relatadas na literatura, na CRQ faz a qualidade de vida seja cada vez mais reduzida. É necessário que os DSS sejam uma pauta constantemente levantada para entender a causalidade processo saúde-doença de uma população vulnerável.

8 PERSPECTIVAS

Diante do diagnóstico realizado na comunidade, estão sendo elaborados relatórios estratégicos para a Secretária de Saúde Municipal e Estadual como forma de auxílio para elaboração de políticas públicas, ainda está em andamento a análise da água de poços e rios e estão previstas 3 ações em saúde sensibilizando e capacitando acerca das temáticas: hipertensão, diabetes e parasitas intestinais. Espera-se que com as publicações desses resultados, as intervenções sejam feitas de forma eficaz para a população de estudo. São recomendados outros estudos na comunidade para compreender outras patologias que assolam os moradores. Espera-se que as atividades de educação em saúde realizadas possam ter contribuído para o empoderamento dos pacientes, para que eles sejam o centro do cuidado e tenham autossuficiência de forma segura.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Memento Fitoterápico Farmacopeia Brasileira. 115p. 1ª edição, Brasília, 2016.

Brasil. DECRETO Nº 6.040, DE 7 DE FEVEREIRO DE 2007. **Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais**. Brasília, 2007.

Brasil. A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos. 148p. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINE FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, Rio de Janeiro, 2007.

DIEGUES, Antonio Carlos. Conhecimentos, práticas tradicionais e a etnoconservação da natureza. **Desenvolvimento e meio ambiente**, v. 50, n. 1, p. 116-126, 2019.

DIMENSTEIN, Magda; BELARMINO, Victor Hugo; MARTINS, Maria Emanuely; DANTAS, Candida; MACEDO, João Paulo Sales; LEITE, Jáder Ferreira; ALVES FILHO, Antonio. Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural. **Amazônica - Revista de Antropologia**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 205-229, 29 out. 2020. Universidade Federal do Para. <http://dx.doi.org/10.18542/amazonica.v12i1.8303>.

GOMES, Daiane de Oliveira; BRANDÃO, Wanessa Nhayara Maria Pereira; MADEIRA, Maria Zelma de Araújo. Justiça racial e direitos humanos dos povos e comunidades tradicionais. *Revista Katálysis*, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 317-326, ago. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02592020v23n2p317>.

Herbário UEPA. Herbário MFS Profª Drª Marlene Freitas da Silva. <https://herbariomfs.uepa.br/>. Acesso em: 14 de outubro de 2023.

MACEDO, João Paulo et al. Condições de vida, acesso às políticas e racismo institucional em comunidades quilombolas. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 14, n. 1, p. 1-28, 2021.

MATOS, Wesley Santos de; EUGENIO, Benedito Gonçalves. Comunidades quilombolas: elementos conceituais para sua compreensão. **Pracs: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, [S.L.], v. 11, n. 2, p. 141-153, 22 mar. 2019. Universidade Federal do Amapá. <http://dx.doi.org/10.18468/pracs.2018v11n2.p141-153>.

MELO, Maíra Fernanda Tavares de; SILVA, Hilton Pereira da. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. **Revista da ABPN**, v. 7, n. 16, 2015, p.168-189.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS. Direito dos Povos e Comunidades Tradicionais. **Coordenadoria de Inclusão e Mobilização Sociais**, Minas Gerais, 2014.

Missouri Botanical Garden.

<https://www.missouribotanicalgarden.org/plantfinder/plantfindersearch.aspx>. Acesso em: 14 de outubro de 2023.

NUNES, Diego; SANTOS, Vanilda Honória dos. Por uma história do conceito jurídico de quilombo no Brasil entre os séculos XVIII e XX. **Revista da Faculdade de Direito UFPR**, Curitiba, v. 66, n. 1, p. 117-148, jan./abr. 2021. ISSN 2236-7284. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/direito/article/view/72690>. Acesso em: 21 mar. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/rfdufpr.v66i1.72690>.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Redução das desigualdades no período de uma geração**. OMS, Genebra, 2010.

PEDROSO, Reginaldo dos Santos; ANDRADE, Géssica; PIRES, Regina Helena. Medicinal plants: an approach to rational and safe use. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, 2021.

PEREIRA, Rosilene das Neves; MUSSI, Ricardo Frankllin de Freitas. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. **Odeere**, [S.L.], v. 5, n. 10, p. 280-303, 31 dez. 2020. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/Edicoes UESB. <http://dx.doi.org/10.22481/odeere.v5i10.6938>.

Prefeitura Municipal de Belém. Ver-Belém. <http://www.belem.pa.gov.br/ver-belem/detalhe.php?p=84&i=1>. Acesso em: 14 de outubro de 2023.

SANTANA, Bruna Farias de; VOEKS, Robert A.; FUNCH, Ligia Silveira. Quilombola ethnomedicine: The role of age, gender, and culture change. **Acta Botanica Brasilica**, v. 36, p. e2020abb0500, 2022.

SANTOS, M.G.; QUINTERO, M., comps. Saberes tradicionais e locais: reflexões etnobiológicas [online]. **EDUERJ**, 2018, 191 p. ISBN: 978-85-7511-485-8.

Secretaria de Saúde do Distrito Federal. <https://www.saude.df.gov.br/plantas-medicinais-folhetos>. Acesso em: 14 de outubro de 2023.

SHIRAISHI NETO, Joaquim. Direito dos povos e das comunidades tradicionais no Brasil: declarações, convenções internacionais e dispositivos jurídicos definidores de uma política nacional. **Projeto nova cartografia social da amazônia, org**. Manaus: uea, 2007.

SILVA, Giselda Shirley da; SILVA, Vandeir José da. Quilombos Brasileiros: alguns aspectos da trajetória do negro no Brasil. **Revista Mosaico-Revista de História**, v. 7, n. 2, p. 191-200, 2015.

UFPR. PORTAL DA PLANTAS TÓXICAS.

<http://www.gege.agrarias.ufpr.br/plantastoxicas/>. Acesso em: 14 de outubro de 2023.

UFSC. Horto Didático de Plantas Medicinais do HU/CCS.

<https://hortodidatico.ufsc.br/banco-de-plantas/>. Acesso em: 14 de outubro de 2023.

VALENTIM, Livia de Aguiar; QUARESMA, Tatiane Costa; DO CARMO LUIZ, Olinda. Diagnóstico de saúde em comunidades quilombola: revisão sistemática: Health diagnosis in quilombola communities: systematic review. **Revista Cocar**, v. 15, n. 33, 2021.

ANEXO A- ANUÊNCIA PREFEITURA



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOCAJUBA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Prezada Priscila de Nazaré Quaresma Pinheiro

Pesquisadora responsável

Declaro para os devidos fins que a Secretaria de Saúde de Mocajuba, está de acordo com a condução do projeto de pesquisa intitulado "ANÁLISE SITUACIONAL EM POPULAÇÃO QUILOMBOLA DO ESTADO DO PARÁ: UMA ABORDAGEM DE SAÚDE ÚNICA (*ONE HEALTH*) E CUIDADO FARMACÊUTICO" sob a vossa responsabilidade tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa em seres humanos-CEP.

Estamos cientes que os participantes da pesquisa serão indivíduos quilombolas moradores da jurisdição de São José de Icatu e São Luiz de Tambaí-Açu. O presente trabalho deve seguir a resolução do CNS 466/2012 e complementares.

Atenciosamente,

Mocajuba, 18 de fevereiro de 2022


Wilson Moraes Nunes
Secretário Municipal de Saúde
WILSON MORAES NUNES
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO B- ANUÊNCIA QUILOMBO**AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

Eu, Maria Deuza Conceição Caldas,

representante da população quilombola de São Luiz de Tambaí-Açú, localizada no Município de Mocajuba/PA, autorizo a execução do projeto intitulado "ANÁLISE SITUACIONAL EM POPULAÇÃO QUILOMBOLA DO ESTADO DO PARÁ: UMA ABORDAGEM DE SAÚDE ÚNICA (ONE HEALTH) E CUIDADO FARMACÊUTICO", de autoria da Farmacêutica Priscila de Nazaré Quaresma Pinheiro, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Biologia Parasitária na Amazônia, em nossa comunidade. Confirmando que fui orientado (a) quanto aos objetivos, metodologia, cronograma, riscos e benefícios do estudo e recebi cópia do projeto em questão. Além disso, foi realizada palestra para apresentar à comunidade a proposta do trabalho.

Data: 20 / 02 / 22

Maria Deuza Conceição Caldas
CPF: 630.480.512-87
Presidente ACREQTA

M^a Deuza C. Caldas

Representante dos quilombolas de Tambaí-Açú

ACREQTA
Associação da Comunidade de Remanescente de Quilombos de Tambaí-Açú
CNPJ: 03.105.289/0001-00
Fundada em 27/02/2001
PA151 - Ramal São Luis - Vila Tambaí-Açú
Cep: 68.420.000 - Mocajuba - Pará

ANEXO C- APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA

INSTITUTO EVANDRO
CHAGAS - IEC/SVS/MS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE SITUACIONAL EM POPULAÇÃO QUILOMBOLA DO ESTADO DO PARÁ:
UMA ABORDAGEM DE SAÚDE ÚNICA (ONE HEALTH) E CUIDADO

Pesquisador: Karla Valéria Batista Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60723622.3.0000.0019

Instituição Proponente: Instituto Evandro Chagas/SVS/MS

Patrocinador Principal: Instituto Evandro Chagas/SVS/MS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.862.520

Apresentação do Projeto:

O estudo é uma pesquisa descritiva exploratória, com abordagem quanti-qualitativa que propõe a realização da análise situacional de duas comunidades quilombolas do município de Mocajuba -PA, por meio de aplicação de um inquérito de saúde e pesquisa da resposta imunológica celular associados a uma abordagem One Health e cuidado farmacêutico.

As fontes de dados serão moradores dessas comunidades acima de 18 que aceitarem a participar da pesquisa. Considerando a quantidade de objetivos propostos o estudo será conduzido em 6 etapas: 1ª etapa - realização do diagnóstico situacional das regiões de quilombo com consulta de saúde e coleta de material biológico (sangue; fezes; urina; escarro; raspado de lesões de pele). A análise do material coletado abrange Hemcgrama, bioquímica, urinocultura, hemocultura; exame micológico direto e testes rápido para HIV, Hepatites virais e síflis; 2ª etapa - mapeamento das regiões de quilombos; 3ª etapa - elaboração do Protocolo e Procedimento Operacional Padrão(POP) da consulta farmacêutica para quilombolas; 4ª Etapa - execução do Protocolo de Consulta Farmacêutica nas regiões de quilombo; 5ª Etapa - Validação do Protocolo de Consulta Farmacêutica através da avaliação da qualidade de vida dos quilombolas assistidos pelo serviço por meio da aplicação do instrumento WHOQOL – Bref; 6ª Etapa - Análise de Polimorfismos para os genes de citocinas e caracterização de isolados Gram-negativos, incluindo a extração de DNA e detecção molecular de marcadores de virulência e resistência antimicrobiana em Gram-negativos e tipagem

Endereço: Rodovia BR-316, Km 07, S/N

Bairro: Levilândia

UF: PA

Município: ANANINDEUA

CEP: 67.030-000

Telefone: (91)3214-2165

E-mail: cep@iec.gov.br

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



INSTITUTO EVANDRO CHAGAS
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOLOGIA PARASITÁRIA NA AMAZÔNIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



O (A) Senhor (a) _____ está sendo convidado (a) a participar do estudo ANÁLISE SITUACIONAL EM POPULAÇÃO QUILOMBOLA DO ESTADO DO PARÁ: UMA ABORDAGEM DE SAÚDE ÚNICA (*ONE HEALTH*) E CUIDADO FARMACÊUTICO, da pesquisadora Priscila de Nazaré Quaresma Pinheiro, sob orientação da profa. Dra. Karla Valéria Batista Lima.

O objetivo central do estudo é analisar a situação de saúde dos quilombos voltados para condições que prejudicam a saúde deles, como o meio ambiental, animal, social e plantas e cuidado farmacêutico em população quilombola na unidade de saúde de Mocajuba (PA), garantindo aos usuários melhorias na qualidade de vida.

Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assinar. Caso tenha alguma palavra que você não entenda, converse com o pesquisador responsável pelo formulário ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecer suas dúvidas.

O convite para sua participação se deve ao seu perfil estar dentro do grupo de acordo com esse estudo, que são usuários de no mínimo 18 anos de idade, acompanhados pela unidade de saúde do município de Mocajuba, que se encontra morando na região de quilombo.

Sua participação é voluntária, ou seja, não obrigatória, e você tem toda liberdade para decidir se quer ou não participar, bem como sair a qualquer momento da pesquisa. Você não será prejudicado de nenhuma forma caso queira desistir da pesquisa. Porém, ela é muito importante para a realização do estudo.

Apenas os pesquisadores do estudo, que se comprometeram a guardar seus dados de forma segura, terão acesso a seus dados e não farão uso destes, as informações que possam lhe identificar serão excluídas na divulgação dos resultados da pesquisa.

A sua participação consistirá em ser entrevistado (a) e atendido (a) pela farmacêutica Priscila Pinheiro, que irá atender com a consulta farmacêutica (fazendo perguntas sobre sua rotina, medicamentos que faz uso, entre outras). Será aplicado o instrumento de qualidade de vida (com perguntas sobre você, qual a estrutura da casa onde você mora, se tem animais, como se alimenta etc.), além de ser coletado seu sangue, fezes e urina, para verificar se tem alguma alteração na sua saúde. O período para você ser entrevistado, a coleta e consultas farmacêuticas vão ter duração de 40 minutos e vão ser realizadas no período de dezembro de 2022 a dezembro de 2023

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou depois, você poderá pedir ao pesquisador informações sobre sua participação e sobre a pesquisa, poderá ser feita através dos contatos colocados neste documento.

Se houver algum problema, causado pela pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõe o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os instrumentos preenchidos contendo informações do participante serão guardados em arquivos físicos na Universidade do Estado do Pará (UEPA) e só terão acesso aos documentos a pesquisadora e orientadora. No final da pesquisa, todo material coletado será colocado em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, poderá ser descartado.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de permitir conhecer os problemas de saúde que mais prejudicam você e possibilitar um atendimento farmacêutico de qualidade, orientar em relação aos medicamentos que faz uso e de modo geral, contribuir para melhorias da sua qualidade de vida. Além de colaborar com a elaboração do Protocolo de Consulta Farmacêutica a quilombolas para o município de Mocajuba.

O risco deste projeto se dá ao constrangimento e/ou desconforto durante a aplicação de formulário.

O trabalho que tem os resultados, bem como o produto gerado (Protocolo de Consulta Farmacêutica a quilombolas do município de Mocajuba) estarão disponíveis aos participantes da pesquisa, pois será fornecido uma via de ambos os documentos aos representantes dos quilombos. Poderão também ser apresentados através de publicação de artigos científicos e apresentação em congressos e outros.

Em caso de dúvida quanto à ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do IEC (Instituto Evandro Chagas). O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Tel do CEP/IEC: (91) 3214-2165

E-Mail: cep@iec.gov.br

Comitê de ética em pesquisa em seres humanos do Instituto Evandro Chagas (CEP-IEC) - Instituto Evandro Chagas / SVS / MS - 2007-2013 rodovia BR-316 km 7 s/n -Levilândia - 67030-000 -Ananindeua / Pará / Brasil

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail: conep@saude.gov.br

Contato com a pesquisadora responsável Profa. Dra. Karla Valéria Batista Lima

e-mail: karlavaléria2007@gmail.com

Contato com a pesquisadora de campo Discente PRISCILA DE NAZARÉ QUARESMA PINHEIRO

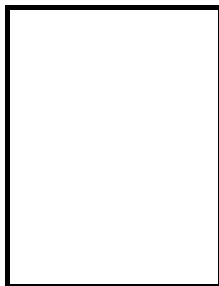
e-mail: priscilapcr4@gmail.com

telefone: (91) 98837-3045

“Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador”.

Priscila de Nazaré Quaresma Pinheiro – (pesquisador de campo)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada ANÁLISE SITUACIONAL EM POPULAÇÃO QUILOMBOLA DO ESTADO DO PARÁ: UMA ABORDAGEM DE SAÚDE ÚNICA (*ONE HEALTH*) E CUIDADO FARMACÊUTICO e concordo em participar.



Impressão digital

Autorizo o uso de imagens da minha entrevista e consulta farmacêutica/ e aplicação do instrumento de qualidade de vida.

(Participante Voluntário)

APÊNDICE B- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TALE
INSTITUTO EVANDRO CHAGAS
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ



Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para menores de idade (2-17 ANOS) da pesquisa “Análise situacional em população quilombola do Estado do Pará: uma abordagem de saúde única (*one health*) e cuidado farmacêutico”

Nome do Coordenador Geral: Dra. Karla Valéria Batista Lima

Nome do coordenador Geral: Me Priscila de Nazaré Quaresma Pinheiro

Nome da Instituição: Instituto Evandro Chagas/SVS/MS

Você, _____, está sendo convidado a participar voluntariamente do projeto mencionado acima.

Você já ouviu falar que na região de quilombos onde você mora, existem muitas doenças por conta de parasitas e bactérias que adoram o ambiente que tem aqui. Esses parasitas e bactérias podem te deixar doente se entrarem em contato com você, por isso estamos convidando você para participar desta pesquisa. Para saber se você está infectado ou se teve contato com algum desses seres é preciso fazer alguns exames e por isso estamos aqui. Nós vamos precisar coletar um pouco do seu cocô, urina e seu sangue. Você pode ficar um pouco incomodado, mas não se preocupe, é tudo muito rápido e seguro. Se você quiser participar desta pesquisa, vai saber se está ou não com algum parasita ou bactéria ou se teve contato com outros que estão sendo investigados. Seus pais já concordaram que você participe desta pesquisa, mas você só participa se quiser e pode desistir, sem problemas!

Seus pais vão ajudar você a colocar o seu cocô e xixi no potinho que iremos deixar na sua casa e pode deixar que nós vamos buscar. Pode ser que você suje as mãos quando for fazer a coleta, por isso é muito importante que você lave bastante as mãos com água e sabão depois de coletar as amostras nos potinhos. A coleta do seu sangue vai ser feito pela nossa equipe, então você não precisa se preocupar com ela. Se você quiser desistir, você pode nos procurar durante a coleta ou ligar em algum dos telefones que estão escritos aqui.

Não falaremos com mais ninguém que você está participando desta pesquisa e seu nome não vai aparecer em nenhum lugar, tudo bem? Depois que a pesquisa acabar, nós daremos os resultados dos seus exames para você e seus pais. Se você tiver com algum desses parasitas ou bactérias que vamos procurar nas suas amostras, vamos pedir aos seus pais que levem você ao posto de saúde para tomar os remédios necessários.

Você tem alguma dúvida? Se tiver, pode nos perguntar agora ou a qualquer hora.

Esse papel tem duas cópias iguais. Uma cópia vai ficar conosco e a outra vai ficar com você e seus pais.

Nossos nomes e endereços são:

Coordenadora Geral: Dra. Karla Valéria Batista Lima – Laboratório de Biologia Molecular, Seção de Bacteriologia e Micologia, Instituto Evandro Chagas / SVS / MS, Rodovia BR-316

km 7 s/n - Levilândia - CEP: 67030-000 Ananindeua, Pará. Tel: (91) 3214-2116; e-mail: karlalima@iec.gov.br.

Coordenador Geral: Me. Priscila de Nazaré Quaresma Pinheiro – Laboratório de Biologia Molecular, Seção de Bacteriologia e Micologia, Instituto Evandro Chagas / SVS / MS, Rodovia BR-316 km 7 s/n - Levilândia - CEP: 67030-000 Ananindeua, Pará. Tel: (91) 3214-2104; e-mail: priscilapcr4@gmail.com

Você também poderá entrar em contato com o CEP – IEC (Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Instituto Evandro Chagas). Endereço: Rodovia BR-316, km 7, s/nº - Bairro: Levilândia – CEP: 67.030-000 – Ananindeua-PA Tel.: (91) 3214-2165

Verificação do Assentimento

Declaração da criança Este termo de assentimento foi lido para mim.

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai brigar comigo.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus pais.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e concordo em participar da pesquisa.

Nome da criança: _____

Nome do responsável: _____

Assinatura do responsável: _____

Endereço: _____

Data: ___/___/___ Local: _____

Se iletrado:

Na presença de uma testemunha independente alfabetizada:

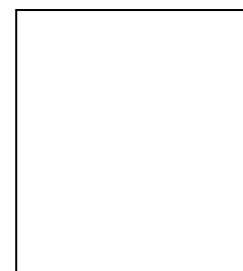
(Se possível, essa pessoa deve ser indicada pelo responsável)

Nome da testemunha: _____

Assinatura da testemunha: _____

Endereço: _____

Data: ___/___/___ Local: _____



Impressão digital

Declaração do pesquisador

Declaro que o participante teve tempo necessário para compreender o estudo e que todas suas dúvidas foram sanadas. É minha opinião que o participante compreendeu os objetivos, benefícios, riscos e procedimentos que serão seguidos neste estudo e que concordou em participar de forma voluntária.

Nome da pessoa que obteve o assentimento

Assinatura do pesquisador(a) que obteve o assentimento

Data: ___/___/____ Local: _____

APÊNDICE C- TERMO DE ACEITE BIOBANCO



Banco de Material Biológico Humano Instituto Evandro Chagas/SVS/MS

1- Convite

Convidamos você a participar, da pesquisa intitulada “Análise situacional em população quilombola do estado do Pará: uma abordagem de saúde única (*one health*) e cuidado farmacêutico”, que se propõe realizar o mapeamento do diagnóstico situacional, principais doenças infecto-parasitárias que acometem esta população e polimorfismos genético associados ao melhor ou pior prognóstico para as doenças infecto-parasitárias, sob a responsabilidade das pesquisadoras: Dra. Karla Valéria Batista Lima e Priscila de Nazaré Quaresma Pinheiro, vinculadas ao Instituto Evandro Chagas. Com isso, através do armazenamento da sua amostra biológica ou da sua autorização para a participação do seu filho(a) (ou pessoa pela qual o(a) senhor(a) é o responsável legal), do Biobanco Institucional do Instituto Evandro Chagas/SVS/MS, que é uma coleção organizada de amostras biológicas humanas e informações associadas à pessoa.

O respeito à dignidade humana exige que todo armazenamento de material biológico humano em Biobanco Institucional se processe com o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou por seu representante legal. Sendo assim, os esclarecimentos abaixo visam elucidar o(a) senhor(a) para que a sua manifestação seja realizada de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida.

2- Esclarecimentos

Desse modo, queremos traçar tanto o perfil clínico como o epidemiológico, para conhecer os reais problemas presentes na população quilombola, além de desenvolver o protocolo de consulta farmacêutica, na abordagem saúde única (One health), para que os serviços farmacêuticos sejam realizados com segurança e promova qualidade de vida para os quilombolas. Assim, no Instituto Evandro Chagas (IEC), órgão vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), são realizadas pesquisas que visam, entre outras coisas, encontrar maneiras de melhorar a vida dos pacientes, às vezes até descobrindo novos tratamentos ou exames que ajudem a diagnosticar e tratar os pacientes. O(A) senhor(a) e/ou seu filho(a) (ou pessoa pela qual o(a) senhor(a) é o responsável legal) está sendo atendido para o tratamento de uma doença ou aceitou previamente participar de uma pesquisa científica, tendo assinado documento que comprova isso. Para a realização de seu tratamento (ou da pessoa pela qual o(a) senhor(a) é o responsável legal), ou para a realização da pesquisa, exames laboratoriais são realizados. Depois de fazer os exames necessários para o seu tratamento ou pesquisa, pode sobrar um pouco de material (sangue total, soro, plasma, fezes, urina, saliva, tecidos humanos, secreções respiratórias, líquido cefalorraquidiano) que normalmente seria jogado fora. Sendo assim, estamos solicitando uma pequena quantidade do seu material coletado, para guardá-lo no Biobanco do Instituto Evandro Chagas/SVS/MS para eventualmente utilizá-lo em pesquisas futuras.

O seu material armazenado poderá ser submetido a outros exames laboratoriais com objetivo de desenvolver novas pesquisas relacionadas às doenças

de interesse em Saúde Pública. Garantimos que o IEC só usará esse material e suas informações para os fins já citados, obedecendo a rigorosos princípios de respeito à sua vida e manterá a confidencialidade de todas as informações relacionadas à sua pessoa.

Se você desejar, a qualquer momento, terá acesso às informações, inclusive referentes aos resultados obtidos com as pesquisas que forem realizadas, bem como poderá solicitar que seu material e suas informações sejam excluídos do Biobanco. Caso seja sua decisão retirar o consentimento, o(a) senhor(a) deverá informar aos responsáveis pelo Biobanco por escrito, documento no qual decidirá sobre o destino do material, podendo ser devolvido ao(a) senhor(a) ou ser destruído conforme as normas de biossegurança da instituição. O contato para se obter acesso às informações sobre os resultados das pesquisas, das amostras, sobre o procedimento de exclusão e sobre possíveis aconselhamentos genéticos serão feitos com o intermédio do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Evandro Chagas (CEP/IEC), o qual terá os seus dados de contato especificados mais abaixo.

O material também poderá ser descartado devido à inadequação da amostra por critérios de qualidade, por iniciativa da instituição ou em caso de dissolução do Biobanco. Antes da realização do descarte, somente nos casos de iniciativa da instituição ou dissolução do Biobanco, a amostra será ofertada a pelo menos dois biobancos diferentes. Em todas as hipóteses, o(a) senhor(a) será comunicado.

No caso de eventual necessidade de transferência de seu material para outra instituição, dentro dos objetivos já mencionados, você será informado e terá o direito de não autorizar.

Você também será informado sobre quaisquer situações que envolvam o seu material armazenado, incluindo o eventual encerramento do Biobanco.

Você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para consultá-lo quando quiser.

Você não receberá nenhum pagamento, nem terá que pagar nada para que seu material biológico fique guardado no Biobanco/IEC.

Você poderá escolher entre autorizar o uso de seu material biológico e/ou suas informações a cada pesquisa proposta ou, se preferir, autorizar o uso em pesquisas futuras sem necessidade de consulta prévia.

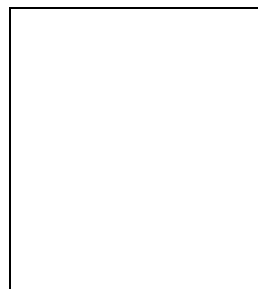
Qualquer dúvida sobre os seus direitos como participante do Biobanco pode ser tirada através do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Evandro Chagas (CEP/IEC), o qual é responsável pelo acompanhamento do Biobanco e avaliação das futuras pesquisas que serão realizadas na instituição. O endereço do CEP/IEC é Rodovia BR-316, Km 07, s/n, CEP 63030-000, Ananindeua-PA, Brasil, tendo seu horário de funcionamento de 07:30 às 16:30. Caso prefira, o atendimento pode ser telefônico através do telefone (91) 3214-2165 ou através do e-mail cep@iec.gov.br

Você deseja ser consultado para renovar a sua autorização a cada nova pesquisa que pretenda utilizar o seu material biológico?

SIM

NÃO

Data da Coleta: ____/____/____



Impressão Digital

Nome do participante

Assinatura do Participante ou Responsável Legal

**Karla Valéria Batista Lima - IEC/SVS/MS
Pesquisadora Responsável**

APÊNDICE D- FORMULÁRIO FAMILIAR



FORMULÁRIO DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL QUILOMBOS- DOMICILIAR

APLICAR APENAS PARA O CHEFE DE FAMÍLIA

PERFIL ECONÔMICO, CULTURAL, AMBIENTAL E FAMILIAR

1. COMUNIDADE: () a. ICATÚ () b. TAMBAÍ-AÇÚ 2. DATA DA ENTREVISTA: _____

3. ENTREVISTADOR: _____

4. NOME DO RESPRESENTANTE: _____

5. CÓDIGO DO PACIENTE: _____ 6. CÓDIGO DA FAMÍLIA: _____

7. QUANTAS PESSOAS RESIDEM? _____

8. ENDEREÇO:

() GPS

9. MORADIA: () Própria () Cedida () Alugada () Outro

10. N° DE CÔMODOS DA CASA (contando banheiro e cozinha): _____

11. CARACTERÍSTICA PREDOMINANTE DA MORADIA: () Alvenaria () Madeira
() Alvenaria/Madeira () Barro () Taipa () Palha () Outro

11.1 Qual outro tipo? _____

12. MATERIAL PREDOMINANTE DO TELHADO: () Telha () Laje () Madeira () Palha () Zinco
() Outro

12.1 Qual outro? _____

13. TEM ANIMAL DENTRO DA RESIDÊNCIA? () Não () Sim.

13.1 Quantos?

13.2 Quais? () Gato () Cachorro () Pássaro () Outro

13.3 Nos últimos 12 meses, os gatos e cachorros foram vacinados contra raiva? () Não () Sim

14. TEM ANIMAL NO QUINTAL? () Não () Sim.

14.1 Quantos? _____

14.2 Quais? () Porco () Galinha () Cachorro () Peixe () Jabuti/tartaruga () Cavalo
() Bovino () Pato

15. ABASTECIMENTO DE ÁGUA: () Rede () Poço raso () Poço artesiano () Direto do igarapé () Outro

16. FAZ TRATAMENTO DA ÁGUA PARA USO? () Não () Sim

16.1 Qual tipo de tratamento? () Mineral industrializada () Filtração () Fervura () Cloração () Decantação

17. COSTUMA IR AO IGARAPÉ, RIACHO OU CORREGO? () Sim () Não

17.1 Qual finalidade vai ao riacho: () Banho () Lavar roupas ou utensílios domésticos () Lazer () Lavar animais () Outros

17.2. Qual outra finalidade? _____

18. TEM COZINHA? () Não () Sim

18.1 O fogão utiliza predominantemente: () Botijão de gás () Lenha () Carvão () Não tem fogão

19. TEM BANHEIRO? () Não () Sim

19.1 Onde se localiza o banheiro? () Dentro () Fora da casa () Ambos

20. ESCOAMENTO DE DEJETOS SÓLIDOS E LÍQUIDOS: () Fossa rudimentar () Fossa séptica () Vala () Rede

21. DESTINO DO LIXO: () Jogado a céu aberto () Coleta pública () Incinerado () Reciclagem () Enterrado

22. ENERGIA ELÉTRICA: () Gerador () Rede elétrica () Sem energia

23. TEM ACESSO A INTERNET? () Não () Sim

24. NO DOMICÍLIO EXISTE: () Televisão () Geladeira () Máquina de lavar () Telefone fixo () Celular

() Micro-ondas () Computador () Vídeo/DVD

25. MEIO DE TRANSPORTE FAMILIAR: () Carro () Moto () Bike () Animais de tração () Outro

26. UTILIZA MEIO DE TRANSPORTE PÚBLICO: () Não () Sim

27. QUANTIDADE DE PESSOAS NA RESIDÊNCIA RECEBEM DINHEIRO: _____

28. RENDA FAMILIAR: () Ativo () Benefício () Ambos

28.1 Qual o tipo de benefício? _____

28.2. Trabalho no domicilio: () Agricultura () Setor Público () Setor Privado () Conta própria () Outra

28.3 Qual outro trabalho? _____

28.4 Qual o Valor da renda total? () Menor que R\$100 () 100- 200 () 201-300 () 301-400 () 401-500 () 501-600 () 601-700 () 701-800 () 801-900 () Até 1 salário mínimo () 2 ou mais salários

29. TRABALHA COM AGRICULTURA (FAMILIAR OU SUBSISTENCIA)? () Não () Sim

29.1 Quem trabalha com agricultura? () PAI/MAE () FILHOS () AVÓS () IRMÃO/IRMÃ
() OUTRO

29.2 Gosta? () Não () Sim () Depende

29.3 Utiliza veneno na plantação? () Não () Sim

29.4 Qual o veneno? _____

30. ATIVIDADES DE LAZER FAMILIAR (IGREJA, IGARAPÉ, ESPORTES, PRAÇAS...): () Não () Sim

30.1 Qual tipo de lazer? _____

30.2 Com quem vai para o lazer? () PAI/MAE () Filhos () Parente () Amigos/conhecidos
() Outros

31. ALGUM MORADOR É ETILISMO: () Não () Sim

32. ALGUM MORADOR JÁ FEZ (OU FAZ) USO DE DROGRAS ILÍCITAS: () Não () Sim

33. QUAL A OPINIÃO DO CHEFE EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS?

APÊNDICE E- FORMULÁRIO INDIVIDUAL



FORMULÁRIO DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL QUILOMBOS- INDIVUAL

APLICAR INDIVIDUAL

PERFIL SOCIAL, ECONÔMICO E CULTURAL

1. COMUNIDADE: () 1. ICATÚ () TAMBAÍ-AÇÚ 2. DATA DA ENTREVISTA: _____

3. ENTREVISTADOR: _____

4. NOME: _____

5. REPONSÁVEL (SE MENOR DE IDADE): _____

6. DATA DE NASCIMENTO: _____

7. CÓDIGO DO PACIENTE: _____ 8. CÓDIGO DA FAMÍLIA: _____

NSA: Não Se Aplica

NQR: Não Quis Responder

NS: Não Sabe

9. FAIXA ETÁRIA: () 0-11 anos () 12-18 anos () 19-29 anos () 30-59 anos
() +60 anos

10. SEXO: () Feminino () Masculino () NQR/Ignorado

11. COR AUTORREFERIDA: () Pardo () Negro () Branco () Indígena

12. ESCOLARIDADE: () Nunca estudou () Fundamental completo () Fundamental incompleto
() Médio completo () Médio incompleto () Superior completo
() Superior incompleto

13. ESTADO CIVIL: () Casado(a) () Separado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)
() Solteiro(a)

14. RELIGIÃO: () Catolicismo () Evangélico () Espiritismo () Umbanda () Candomblé

15. TEM CADASTRO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA? () Sim () Não

16. JÁ UTILIZOU OS SERVIÇOS DE ESF OU UNIDADE DE SAÚDE? () Sim () Não

17. TEM ACESSO A EXAMES? () Sim () Não

18. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE VOCÊ FOI A UM SERVIÇO DE SAÚDE (EM MESES)?

19. MOTIVO: () Consulta de rotina () Exames () Odontológico () Gestaçã () Acompanhamento
() Outro

19.1 Qual o quadro patológico (Acompanhamento)/Qual outro: _____

20. QUAL A ÚLTIMA VEZ QUE FOI AO MÉDICO? _____

21. QUALA ÚLTIMA VEZ QUE FOI AO DENTISTA? _____

22. COMO VOCÊ AVALIA SEU ESTADO DE SAÚDE ATUAL: () Muito bom () Bom () Regular
() Ruim

23. POSSUI ALGUMA ALTERAÇÃO DE SAÚDE ATUALMENTE? () Hipertensão () Diabetes
() Enxaqueca () Infecção Urinária () Dislipidemia () Saúde Mental () ISTs

23.1 Que outro tipo de alteração de saúde: _____

24. POSSUI ALGUMA LIMITAÇÃO? () Física () Auditiva () Fala () Visual () Intelectual

25. VOCÊ FAZ USO DE MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO? () Não () Sim

25.1 Qual (is): _____

26. POSSUI ALERGIAS? () Não () Sim

26.2 Qual alergia? _____

27. O QUE VOCÊ PROCURA QUANDO ESTÁ DOENTE? () ESF () Posto de saúde () Hospital
() Farmácia () Remédio caseiro () Igreja () Benzedeira

27.1 Por que procura este serviço?

27.2 Já foi mal atendido? () Sim () Não

27.3 Qual foi "o motivo"? () Sexismo () Classe social/renda () Racismo () outro () NQR () NS

28. SOFREU ALGUM TIPO DE VIOLÊNCIA? () Sim () Não

28.1 Qual o tipo de violência mais grave que já sofreu? () Física () Sexual () Psicológica () Outra

28.2 Qual outra? _____

29. QUAL A FREQUÊNCIA QUE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE VISITAM SUA CASA?

() Uma vez por mês () A cada dois meses () Uma vez por ano () Nunca recebeu visita

30. UTILIZA ERVAS PARA TRATAMENTO DE ALGUMA DOENÇA? () Não () Sim

30.1 Qual erva? _____

30.2 Pra qual doença? _____

30.3 Quem ensinou? _____

30.4 Como você prepara (chá, infusão; decocção; emplasto; outro)? _____

31. VOCÊ TEM PLANTAS MEDICINAIS EM SEU QUINTAL? () Não () Sim.

31.1 Qual planta? _____

32. QUANTAS VEZES VOCÊ SE ALIMENTA POR DIA?() 6 ou mais vez () 5 a 4 vezes () 3
() 2 () 1

33. VOCÊ CONSOME FRUTAS QUANTAS VEZES NA SEMANA? () Não consome fruta () 1 vez por semana () 2 vez por semana () 3 a 4 vez por semana () 5 a 6 vezes por semana () Diariamente

34. VOCÊ CONSOME LEGUMES E VERDURAS QUANTAS VEZES POR SEMANA? () Não consome legumes e verduras () 1 vez por semana () 2 vez por semana () 3 a 4 vez por semana () 5 a 6 vezes por semana () Diariamente

35. VOCÊ CONSOME AÇAÍ E/OU BACABA QUANTAS VEZES POR SEMANA? () Não consome açaí/ Bacaba () 1 vez por semana () 2 vez por semana () 3 a 4 vez por semana () 5 a 6 vezes por semana () Diariamente

36. VOCÊ FUMA OU JÁ FUMOU? () Não () Sim 36.1 Tempo de fumo (em anos):

37. VOCÊ CONSOME OU JÁ CONSUMIU BEBIDA ALCOÓLICA? () Não () Sim

37.1 Tempo: () Menos de 1x por semana () Até 2x na semana de forma intensa () Até 3x na semana () Nos finais de semana () Todos os dias

37.2. Com quantos anos começou a consumir bebida alcoólica? _____

34. VOCÊ JÁ FEZ OU FAZ USO DE ENTORPECENTES/DROGAS? () Não () Sim () NQR

39. PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA? () Não faz/ não pode () 1 x na semana () 2 a 3 x na semana () Diariamente

39.1 Qual é a atividade? _____