



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

**ANÁLISE SITUACIONAL DE COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBO
DO ESTADO DO PARÁ E CUIDADO FARMACÊUTICO**

PRISCILA DE NAZARÉ QUARESMA PINHEIRO

BELÉM/PA

2026

PRISCILA DE NAZARÉ QUARESMA PINHEIRO

**ANÁLISE SITUACIONAL DE COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBO
DO ESTADO DO PARÁ E CUIDADO FARMACÊUTICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biologia Parasitária da Amazônia da Universidade do Estado do Pará/ Instituto Evandro Chagas como requisito para obtenção de grau de Doutor em Biologia Parasitária da Amazônia.

Orientador (a): Profa. Dra. Karla Valéria Batista Lima

BELÉM/PA

2026

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

Pinheiro, Priscila de Nazaré Quaresma
Análise situacional de comunidades remanescentes de quilombo do
Estado do Pará e cuidado farmacêutico / Priscila de Nazaré Quaresma
Pinheiro. – Belém: UEPA, 2026.
151f.: il.

Orientadora: Prof.^a Dra. Karla Valéria Batista Lima
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Pará, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-graduação em
Biologia Parasitária na Amazônia, Belém, 2026.

1. Epidemiologia. 2. Assistência farmacêutica. 3. Quilombolas.
I. Universidade do Estado do Pará. II. Título.

CDD 23.ed. 614.40981

Elaborada por Josicléia Garcia Vieira - CRB-2 /562

PRISCILA DE NAZARE QUARESMA PINHEIRO

ANÁLISE SITUACIONAL DE COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBO
DO ESTADO DO PARÁ E CUIDADO FARMACÊUTICO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biologia Parasitária da Amazônia, da Universidade do Estado do Pará/ Instituto Evandro Chagas, como requisito para obtenção do Grau de Doutor 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. Máisa Silva de Sousa- Membro titular
Universidade Federal do Pará
Dra. Juliana Conceição Dias Garcez – Membro titular-Universidade do Estado do Pará
Dra. Silvia Helena Marques da Silva- Membro titular
-Instituto Evandro Chagas

Belém, 29 de janeiro de 2026

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os Deuses que me acolhem nesta vida e em outras.

Aos meus pais Maria Liduina e Joaquim Nery pelo dom da vida, que eu possa continuar respeitando e aceitando minha constelação familiar no lugar que me cabe no universo.

Aos meus irmãos Pablo e Patrícia pelo privilegio de ama-los.

Aos meu sobrinhos Joaquim e Gael pelo carinho e certeza da propagação da energia divina que esta em nós.

As minhas amigas da secretaria de Saúde do município de Belem que sempre estavam me apoiando.

À minha orientadora, Dra. Karla Lima, pelo apoio, carinho e demonstração de uma humanidade pouco vista no meio científico.

Aos integrantes do projeto: Emmily Amador, Dayana Sandim, Isabelle Cardoso, Anísio e Alex Brito que foram grandes parceiros durante as viagens e permitiram a execução desse projeto.

A comunidade quilombola de Icatu e Tambai-açu que me ensinaram a ser resistência e nunca esquecer de minha ancestralidade! todo meu carinho e amor.

Além de todos os outros participantes que contribuem direta ou indiretamente no projeto. Obrigada pela parceria.

À Universidade do Estado do Pará e Instituto Evandro Chagas pela oportunidade e financiamento da pesquisa.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	9
1.1.	ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE.....	10
1.2.	SITUAÇÃO DE SAÚDE DAS CRQ E DETERMINANTES SOCIAIS	12
1.3.	IMPORTÂNCIA DO CUIDADO FARMACÊUTICO A POPULAÇÕES VULNERÁVEIS	15
1.4.	PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CUIDADO EM SAÚDE 17	
1.5.	JUSTIFICATIVA.....	19
1.6.	HIPÓTESE.....	20
1.7.	PERGUNTAS NORTEADORAS.....	211
1.8.	OBJETIVOS	21
1.8.1.	Objetivo Geral	21
1.8.2.	Objetivos Específicos	21
2.	METODOLOGIA.....	22
2.1.	CASUÍSTICA	22
2.2.	ASPECTOS ÉTICOS.....	23
2.3.	LOCAIS DO ESTUDO	23
2.4.	POPULAÇÃO DE ESTUDO	24
2.5.	DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO.....	25
2.6.	COLETA DE DADOS.....	26
2.6.1.	Cuidado farmacêutico e PICS.....	28
2.7.	ANÁLISE ESTATÍSTICA	29
2.8.	RISCOS E BENEFÍCIOS.....	29
3.	RESULTADOS	31
3.1.	CAPÍTULO I: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE EM COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBO	31
3.2.	CAPÍTULO II: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE COMUNIDADE REMANESCENTE DE QUILOMBO SÃO JOSÉ DE ICATÚ, AMAZÔNIA, PARÁ, 2023-2024.....	43

3.3. CAPÍTULO III: CUIDADO FARMACÊUTICO E PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE EM COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS DA AMAZÔNIA.....	63
3.4. CAPÍTULO IV: DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE COMUNIDADE REMANESCENTE QUILOMBOLA DA AMAZÔNIA, BRASIL: CONSIDERANDO OS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAUDE.....	57
3.5. CAPÍTULO V: USO DE PLANTAS MEDICINAIS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM COMUNIDADE REMANESCENTE DE QUILOMBO DO ESTADO DO PARÁ ...	77
3.6. CAPÍTULO VI: RELATÓRIOS	95
REFERÊNCIAS.....	125
ANEXO A- ANUÊNCIA PREFEITURA	130
ANEXO B- ANUÊNCIA QUILOMBO ICATU	131
ANEXO C- ANUÊNCIA QUILOMBO DE TAMBAÍ-AÇÚ	132
ANEXO D- APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA	133
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	134
APÊNDICE B- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	136
APÊNDICE C- TERMO DE ACEITE BIOBANCO.....	139
APÊNDICE D- FORMULÁRIO FAMILIAR.....	142
APÊNDICE E- FORMULÁRIO INDIVIDUAL.....	145

LISTA DE ABREVISTURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

Atenção Primária a Saúde	APS
Comunidades Remanescentes de Quilombos	CRQ
Determinantes Sociais da Saúde	DSS
Hipertensão Arterial Sistêmica	HAS
Infecções Sexualmente Transmissíveis	IST
Organização Mundial da Saúde	OMS
Sistema Único de Saúde	SUS
Unidade Básica de Saúde	UBS
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	PNPIC
Práticas Integrativas e Complementares em saúde	PICS
Doenças Crônicas não Transmissíveis	DCNT
vírus linfotrópico de células T humanas	HTLV
Papilomavírus humano	HPV
Ministério da Saúde	MS
Organização Pan Americana de Saúde	OPAS
Objetivos de Desenvolvimento Sustentável	ODS
Rede de Atenção a Saúde	RAS
Medicina Tradicional chinesa	MTC

RESUMO

O acesso à assistência em saúde de comunidades remanescentes de quilombos (CRQ) é pautado na iniquidade do serviço quando submetido a barreiras sociodemográficas. Partindo do pressuposto da carência vivida por essa população em suas diversas áreas da vida, como: social, econômica, ambiental, biológica, psicológica e outras, entende-se que estes atuam como Determinantes Sociais em Saúde (DSS) e, portanto, limitam o acesso à saúde. Logo, as condições em que as CRQ vivem, ou que estão inseridos, dificulta a implementação de políticas públicas que dão acesso a todos os profissionais da equipe multiprofissional, como ao farmacêutico e afasta a possibilidade de ter o cuidado integrativo proporcionado pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPICS). A fim de mitigar os efeitos dos DSS e o pouco acesso ao SUS, muitos optam pela utilização dos saberes tradicionais como o uso de plantas medicinais, sem as corretas orientações. Objetiva-se realizar diagnóstico situacional com ênfase nas características sociodemográficas, ambientais, econômicas e culturais, correlacionando os dados epidemiológicos com os DSS e refletindo sobre o cuidado farmacêutico e as Práticas Integrativas e complementares em saúde (PICS), que impactam na saúde das CRQ. Trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo e qualitativo transversal em que descreve características epidemiológicas de duas CRQ: São Luís Tambaí-Açú e São José de Icatú, respectivamente nos municípios de Mocajuba e Baião, no estado do Pará, compreendendo aspectos da ocorrência de DSS e cuidado farmacêutico com PICS como estratégia de diminuição das iniquidades em saúde. Como produtos da pesquisa houve: i) Levantamento bibliográfico dos DSS que mais afetam CRQ no Brasil; ii) desenho da situação epidemiológica atual; iii) reflexões sobre cuidado farmacêutico e PICS. Observou-se que ainda há a reprodução do racismo institucional e estrutural que impacta de forma direta na atenção à saúde, as DSS influenciam diretamente na epidemiologia das doenças nas CRQ, a falta de acesso a profissionais como o farmacêutico e a PNPIC diminui a qualidade de vida da população.

Palavras-chave: Epidemiologia; Determinantes Sociais da Saúde; Assistência Farmacêutica, Integralidade em Saúde; Quilombolas.

ABSTRACT

Access to healthcare for quilombo remnant communities (CRQ) is marked by inequity in services due to sociodemographic barriers. Based on the premise of the deprivation experienced by this population in various areas of life, such as social, economic, environmental, biological, psychological, and others, it is understood that these act as Social Determinants of Health (SDH) and, therefore, limit access to healthcare. Consequently, the conditions in which the CRQ live, or in which they are embedded, hinder the implementation of public policies that provide access to all professionals on the multidisciplinary team, such as pharmacists, and preclude the possibility of receiving the integrative care provided by the National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPICS). In order to mitigate the effects of SDH and the limited access to the SUS (Brazilian Unified Health System), many opt for the use of traditional knowledge, such as the use of medicinal plants, without proper guidance. The objective is to conduct a situational diagnosis with emphasis on sociodemographic, environmental, economic, and cultural characteristics, correlating epidemiological data with the Social Determinants of Health (SDH) and reflecting on pharmaceutical care and Integrative and Complementary Health Practices (ICPs) that impact the health of CRQs (Community Reference Centers for Chemistry). This is a cross-sectional epidemiological, quantitative and qualitative study that describes the epidemiological characteristics of two CRQs: São Luís Tambaí-Açú and São José de Icatú, respectively in the municipalities of Mocajuba and Baião, in the state of Pará, encompassing aspects of the occurrence of SDHs and pharmaceutical care with ICPs as a strategy to reduce health inequities. The research products included: i) a bibliographic survey of the SDHs that most affect CRQs in Brazil; ii) a design of the current epidemiological situation; iii) reflections on pharmaceutical care and ICPs. It was observed that institutional and structural racism is still reproduced, directly impacting healthcare; the social determinants of health (SDH) directly influence the epidemiology of diseases in the CRQ (Centers for Rehabilitation and Quality of Life); and the lack of access to professionals such as pharmacists and the PNPIC (National Policy on Integrative and Complementary Practices) reduces the population's quality of life.

Keywords: Epidemiology; Social Determinants of Health; Pharmaceutical Services; Integrality in Health; Quilombolas

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, as comunidades remanescentes de quilombo (CRQ) são enquadradas no conjunto de grupos étnicos minoritários que fazem parte da população negra e afrodescendente. As CRQ compartilham em seu cotidiano de condições de saúde, conhecimentos, atitudes, crenças, culturas e práticas de saúde herdadas de sua ancestralidade (Rosa et al., 2021).

As CRQ podem ser compreendidas como entidades sociais dinâmicas, constituídas a partir de histórias de formação distintas, que não necessariamente tenham como pano de fundo exclusivo as fugas e o isolamento. Há presença dessa comunidade não somente em áreas rurais mais isoladas, mas também em áreas urbanas e periurbanas, em quase todo o país (Borges & Kimura, 2023). Embora mais de 3.752 comunidades tenham recebido suas certificações, o número exato de remanescentes permanece desconhecido (Palmares, 2024).

Desde o período escravista, em que sua formação constituía-se numa prática amplamente criminalizada, até o período atual, se apresentando como elemento primordial no processo de afirmação da identidade quilombola, houveram muitas transformações no delineamento da ideia de quilombo ao longo da história colonial, imperial e parte da republicana, um conceito empregado do que seja quilombo, construído a partir da ótica do poder instituído, negando todo um modo de vida e cultura dos indivíduos dessas comunidades (Dos Santos, 2017).

Além disso, os direitos das CRQ não estão expressos na Constituição Federal de 1988 e sua inclusão começou a ser discutida juntamente às análises 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).

A partir desse momento, o Programa Brasil Quilombola, lançado em 12 de março de 2004, objetivando consolidar os marcos da Política de Estado para os territórios quilombolas, é exemplo de incentivo ao cuidado dessas populações. Várias são as ações integradas para melhorar a realidade dessas comunidades: Acesso à terra, saúde, desenvolvimento local e inclusão produtiva, direitos sociais, cidadania, infraestrutura e qualidade de vida (Brasil, 2013).

A implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2009) demonstrou a necessidade de promover e garantir a equidade do direito à saúde das populações negras. Sob essa perspectiva, vários estudos epidemiológicos ganharam destaque no mapeamento das doenças que mais acometem esses grupos populacionais, norteados de forma mais objetiva as políticas públicas para atender suas demandas específicas (Borges & Kimura, 2023).

As populações quilombolas vêm passando por um significativo processo de transição epidemiológica ao longo das últimas décadas, esse processo, caracterizado pelo aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em relação às enfermidades decorrentes da falta de acesso a saneamento básico e serviços de saúde, como as doenças parasitárias, está relacionado a essas mudanças (Angeli et al., 2011).

Discussões nacionais e internacionais vêm sendo promovidas para analisar intervenções nas demandas e necessidades de saúde de populações tradicionais, em específico dos quilombolas, com a instituição de ações de promoção e fortalecimento do cuidado integral nos diversos níveis do Sistema Único de Saúde (SUS) (Gomes et al., 2023). Logo, estudos sobre características sociodemográficas, educacionais e econômicas possibilitam o reconhecimento das necessidades inerentes aos cuidados de saúde específicos a CRQs.

1.1. ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

O acesso à saúde é um direito do ser humano fundamental e um dos pilares do SUS no Brasil, caracterizado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. A universalidade assegura que toda pessoa, sem discriminação, tenha direito aos serviços de saúde; a equidade reconhece que grupos historicamente vulnerabilizados necessitam de atenção diferenciada, a fim de superar desigualdades sociais em saúde. Esses princípios estão diretamente alinhados aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas, especialmente ao ODS 3, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos (ONU, 2015).

O ODS 3 propõe metas como a cobertura universal de saúde, acesso a medicamentos essenciais e fortalecimento da atenção primária. Contudo, no Brasil, a

efetivação dessas metas ainda enfrenta desafios estruturais, como desigualdades regionais, subfinanciamento do SUS e exclusão de populações vulneráveis. Segundo Giovanella et al. (2018), o acesso desigual a serviços especializados e a má distribuição de profissionais dificultam a consolidação da equidade e da universalidade no sistema de saúde brasileiro. Essa situação compromete diretamente os avanços necessários para o cumprimento das metas e revela a necessidade de políticas públicas mais inclusivas e eficazes.

A equidade em saúde esta diretamente vinculada com o ODS 10, que busca reduzir as desigualdades dentro dos países e entre eles. Grupos como indígenas, quilombolas, população em situação de rua, pessoas negras e mulheres enfrentam múltiplas barreiras no acesso à saúde. Lima e Westphal (2019) afirmam que oferecer o mesmo tipo de cuidado para todos não garante justiça social, sendo necessário adaptar os serviços às especificidades culturais e sociais dos diversos grupos. Portanto, a promoção da equidade exige uma atuação intersetorial que considera os determinantes sociais da saúde: moradia, renda, escolaridade e gênero.

O ODS 5, que fala da igualdade de gênero, também tem impacto direto sobre o acesso à saúde. As mulheres, especialmente as negras e periféricas, estão mais expostas à violência obstétrica e doméstica, têm menor acesso a métodos contraceptivos e enfrentam discriminação institucional nos serviços de saúde. Segundo Diniz (2017), a interseccionalidade entre gênero, raça e classe produz desigualdades profundas no cuidado em saúde, evidenciando a importância de políticas que reconheçam e combatam essas múltiplas formas de opressão. A equidade de gênero na saúde exige o fortalecimento das políticas públicas voltadas à saúde da mulher, principalmente a negra, com enfoque interseccional e multicêntrico.

Além disso, o acesso justo à saúde está relacionado ao ODS 16, que propõe sociedades pacíficas, justas e inclusivas. A justiça social, a participação da sociedade civil e a transparência na gestão pública são fundamentais para garantir que os princípios do SUS sejam respeitados. De acordo com Paim et al. (2011), a participação social e o controle democrático das políticas de saúde são estratégias principais para promover a equidade e combater as desigualdades. A construção de uma sociedade mais justa e igualitária depende do fortalecimento das instituições públicas de saúde e da ampliação do acesso à informação, a tecnologias e ao poder de decisão por parte das comunidades, principalmente as vulneráveis.

Importante registrar que o Brasil propôs a ODS 18, a qual esta voltada a povos tradicionais como indígenas, quilombolas e ribeirinhos. Fala da igualdade étnico-racial tornando-se fundamental para o contexto das comunidades aqui estudada. Ela evidencia desigualdades estruturais que não aparecem de forma explícita nos 17 ODS, fortalece políticas públicas específicas, principalmente para populações vulnerabilizadas, amplia a justiça social como eixo central do desenvolvimento sustentável e dialoga com determinantes sociais da saúde, tema fundamental em pesquisas sobre populações quilombolas e amazônicas.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma das principais estratégias para a efetivação da universalidade e equidade no SUS. A Estratégia Saúde da Família (ESF), ao aproximar o cuidado as comunidades, tem contribuído para a melhoria dos indicadores de saúde e para a inclusão de populações historicamente marginalizadas, como é o caso das CRQ. Segundo Macinko et al. (2007), municípios com maior cobertura da ESF apresentaram menores taxas de mortalidade infantil e maior acesso a cuidados básicos, sendo um instrumento potente na redução das desigualdades em saúde.

Por fim, a realização dos ODS e a garantia dos princípios do SUS requerem vontade política, financiamento adequado e articulação entre os setores da saúde, educação, assistência social e justiça. A equidade e a universalidade em saúde não podem ser alcançadas de forma isolada, mas sim em um esforço coletivo e interinstitucional. A integração das metas dos ODS à política de saúde pública brasileira é essencial para que os direitos das CRQ sejam efetivados na prática e não permaneçam apenas como ideais normativas.

1.2. SITUAÇÃO DE SAÚDE DAS CRQ E DETERMINANTES SOCIAIS

O acesso aos serviços de saúde é fundamental para promoção da qualidade de vida e intervém no desenvolvimento social, econômico e demográfico de uma população, gerando impactos sobre mortalidade e expectativa de vida. Logo, a oferta de serviços, dispositivos para diagnósticos, área geográfica, poder aquisitivo, além de meios que subsidiem os serviços de saúde, são exemplos que podem auxiliar ou dificultar o acesso (Arruda; Maia; Alves, 2018).

As CRQ vivem em condições de vulnerabilidade, as quais demonstram altos índices de morbimortalidade quando comparadas a outros grupos sociais, realidade esta que evidencia um grande problema social e de saúde pública, que está associado não só a instável situação socioeconômica, ambiental, assistencial e educacional que estão sujeitas, como também pela consequência desses aspectos na garantia de direitos sociais, políticos e culturais (Araújo et al., 2019).

Por esses motivos, a população negra tem sido objeto de políticas de saúde, tendo em vista as particularidades concernentes às disparidades de suas condições de saúde, do ponto de vista individual e coletivo. O Ministério da Saúde (MS) considera que mais de 46% do total da população de pessoas negras do Brasil vivem em condições desfavoráveis de saúde. A literatura evidencia que as desigualdades em saúde estão diretamente relacionadas à questão étnico-racial agravando-se em indivíduos de cor de pele preta, parda e indígena (Cardoso, Melo & Freitas, 2018; Mussi et al., 2020).

As CRQ estão em evidência no contexto das pesquisas em saúde, haja vista que vivem em condições de vulnerabilidade social, distante das redes de serviços de saúde, gerando dificuldade no acesso a diagnósticos, terapias e reabilitação. Implicando no aumento de doença crônicas, tais como diabetes e HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) (Silva et al., 2020). Os fatores de riscos associados ao desenvolvimento de DCNT em indivíduos afrodescendentes, sobretudo os que vivem em comunidades quilombolas, ainda são pouco estudados. Observa-se mudança no estilo de vida desta população, com presença do sedentarismo, obesidade, etilismo e tabagismo, e conseqüentemente o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Linhares et al., 2024).

Há na literatura relatos de dores musculares, articulares e na coluna nessas comunidades, permitindo inferir que o desempenho expressivo de atividades ocupacionais de subsistência, como aquelas ligadas à agricultura e à pesca, e o modo de vida particular dessa comunidade rural influenciam significativamente nas suas condições de vida (De Sousa et al., 2023)

Além das DCNT, vários estudos tem demonstrado que há presença de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) em populações quilombolas: Brito et al. (2022) e Botelho et al. (2024) descreveram infecções por HTLV-1 e HTLV-2; Ross et al. (2023) observaram alta frequência de HPV (41,37%) com infecções múltiplas em mulheres negras. Quanto a sífilis, uma revisão sistemática (Russell et al. 2019) demonstrou

elevada prevalência de sífilis ativa , em comparação com valores de referência nacionais, em todos os grupos afrodescendentes dos estudos analisados.

Considerando a precariedade nas condições de moradia, a falta de saneamento básico, o pouco ou inexistente acesso à água tratada para consumo humano, o descarte incorreto de resíduos e o precário acesso aos serviços de saúde influenciam na situação de vulnerabilidade dessas CRQ, contribuindo para a alta incidência e prevalência de infecções parasitárias (De Sousa et al., 2023).

Além disso, observam-se trabalhos relatando a presença de transtornos mentais em números consideráveis nessas comunidades. Ainda que não seja um consenso na literatura, muitos estudos sugerem que a prevalência desses transtornos é maior na população negra que na população branca, mesmo nas análises multivariadas em que foram incluídas variáveis socioeconômicas, como escolaridade ou renda familiar. Pessoas com menor poder aquisitivo, sem acesso à educação e em condições de moradia precárias por falta de acesso a serviços básicos se mostram mais expostas , estas características possuem importante relação com o adoecimento e sofrimento mental (Queiroz et al. 2023).

Em resumo, o perfil de saúde das CRQ esta atrelado a um histórico de privação, injustiça e invisibilidade junto a sociedade e o poder público, convivendo com processos que são determinantes à sua saúde, sendo estes ligados a história do seu povo, suas histórias de vida e seu território. Estão, logo, submetidos a um sistema excludente, que não respeita sua cultura e modo de vida , que lhes impõe outra forma de viver em parâmetros ocidentais modernos e coloniais (Gomes, Gurgel & Fernandes, 2022).

Portanto, 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, 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).

O racismo faz parte da determinação social da saúde, afetando a população quilombola em todas as etapas de sua vida e do cuidado em saúde. As instituições

de saúde integrantes da Rede de Atenção a Saúde (RAS), ao fazerem parte de uma sociedade estruturalmente racista, são configuradas por meio dessa mesma estrutura, expressando distinções na atenção à saúde, iniquidades de acesso aos serviços e diferenças na oferta dos cuidados (Anunciação et al., 2022).

Os DSS 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 (Pereira et al., 2020).

1.3. IMPORTÂNCIA DO CUIDADO FARMACÊUTICO A POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

O cuidado farmacêutico é caracterizado pela ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde e focada no usuário para a promoção, proteção e recuperação da saúde, somada a prevenção de agravos. Prioriza a educação em saúde e a promoção do uso racional de medicamentos prescritos e não prescritos, de terapias integrativas e complementares, por meio dos serviços da clínica farmacêutica e das atividades técnico-pedagógicas-assistenciais voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde (OPAS, 2013).

A Organização Pan-Americana da Saúde propõe a reorientação de políticas e estratégias relacionadas a medicamentos, propõe como foco os indivíduos, a família e a comunidade, com suas necessidades e condições de saúde, tendo o medicamento e os Serviços Farmacêuticos entre os elementos fundamentais para a garantia da atenção integral e contínua (Pereira, Luiza & Da Cruz, 2015). Logo, esses serviços são reconhecidos por sua efetividade e importância no cuidado dentro do SUS.

A inserção de serviços farmacêuticos, como as consultas, no dia a dia das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de outros cenários de assistência do SUS, tem garantido mais clareza aos pacientes sobre o uso correto de medicamentos, maior humanização no atendimento, valorização profissional e maior adesão e eficácia aos tratamentos recomendados.

Considerando o contexto apontando que a oferta e o quantitativo de ações em saúde para CRQ são insuficientes para suprir as demandas e expectativas da comunidade, haja vista que não dispõem de recursos com maior complexidade e, mesmo quando o atendimento com determinada categoria profissional se encontra disponível, desafios operacionais e gerenciais limitam a possibilidade de o quilombola agendar o atendimento. Portanto, obrigam o usuário a procurar por serviços de saúde apenas diante de um quadro de doença, muitas vezes com complicações, e não para prevenir o adoecimento ou buscar orientação profissional (De Sousa et al., 2023).

Nessa retórica, práticas como automedicação reflete a carência de serviços para atender às demandas de saúde das CRQ, induzindo-as a optar primeiramente por se cuidarem, de forma independente, em suas residências, usando medicamentos sem prescrição de um profissional (De Sousa et al. 2023). Em consequência pode ocorrer, quando o medicamento é utilizado de maneira incorreta, a piora de uma doença, seleção de populações bacterianas resistentes a antibióticos, interação medicamentosa, reações alérgicas, intoxicação, dependência, e na pior das hipóteses, a morte (Dos Santos et al., 2023).

Considerando a complexidade e vulnerabilidade das CRQ quanto a vários fatores relacionados a medicamentos e ao seu próprio bem estar, é de extrema importância a presença do profissional farmacêutico no cuidado aos quilombolas por ser capacitado para identificar e solucionar problemas relacionados ao uso de medicamentos, podendo oferecer significativa contribuição à equipe multiprofissional de saúde no que tange ao acompanhamento da farmacoterapia, colaborando para a otimização da terapia farmacológica e não farmacológica, identificação de efeitos adversos, aumento da adesão ao tratamento e interações medicamentosas, educação em saúde, desenvolvimento de autonomia e responsabilidade no autocuidado com a saúde e identificação prévia de erros de prescrição e utilização de fármacos (Ribeiro, 2020).

Diante do aumento das DCNT nas CRQ, principalmente a HAS, Scaramello & Almeida (2022) verificaram que o acompanhamento farmacoterapêutico melhorou significativamente o controle da pressão arterial, principalmente da pressão arterial sistólica. Concluindo que o cuidado farmacêutico de acordo com as especificidades locais melhora a terapia anti-hipertensiva. Este tipo de intervenção é imprescindível para as CRQ.

Além disso, o conhecimento e as habilidades dos farmacêuticos na promoção do uso racional de medicamentos e outras formas de terapia, como os fitoterápicos (uma das mais usada pelas CRQ) foram considerados pontos fortes (Barros, Silva & Leite, 2022). Segundo Batista et al. (2020) a desprescrição (“retirada de medicação inapropriada supervisionada por um profissional de saúde com o objetivo de gerenciar a polimedicação e melhorar resultados”) pode ser bem conduzida pelo profissional farmacêutico.

Portanto, garantir a continuidade do cuidado figura como relevante atribuição do farmacêutico na atenção primária em saúde, devendo considerar as necessidades de cada população para estabelecer e/ou fortalecer as relações de vínculo por meio da promoção do acolhimento (De Sousa et al. 2023). Dessa forma, pode-se afirmar que a presença do farmacêutico é de suma importância no acompanhamento do usuário, principalmente os polimedicados, tendo em vista que sua atuação proporciona uma evidente melhora na qualidade de vida do paciente, consequentemente, sendo assim capaz de reduzir impactos da morbimortalidade (Batista et al. 2020).

1.4. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CUIDADO EM SAÚDE

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) têm ganhado cada vez mais destaque no âmbito nacional desde a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, em 2006. As PICS, podem se fundamentar em racionalidades médicas tradicionais complexas, como a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e Medicina Ayurveda, podem ser práticas desenvolvidas a partir de conceitos utilizados na psicologia, a exemplo a Terapia Bioenergética e Terapia Comunitária Integrativa, como também podem ser oriundas a partir da experimentação, como a Homeopatia e os Florais de Bach. Seja por qual fundamento estejam as PICS, todas as 29 terapias aceitas dentro da Política Nacional promovem a saúde centrada no ser humano, maior vínculo com o terapeuta e reequilíbrio físico e mental são pressupostos da saúde integrativa (BRASIL, 2015).

Vários profissionais de saúde do SUS, vem demonstrando interesse em atuar nessas práticas, sendo o farmacêutico um deles. Visto que o Conselho Federal de

Farmácia publicou em 08/09/2022 a Resolução nº 732/2022 que regulamenta a atuação do Farmacêutico em PICS. Por esse motivo, esses serviços estão sendo somados ao cuidado do profissional em consultório farmacêutico nos vários níveis de atenção a saúde.

Considerando que as PICS são ferramentas que ganharam mais visibilidade ainda devido a sua singularidade de tratar pela visão integral e sistêmica do ser humano, atuando na promoção da saúde e prevenção de agravos por meio das esferas da saúde mental, física, espiritual e bem-estar coletivo, elas são importantes para o cuidado as CRQs, as quais valorizam a natureza e sua ancestralidade. Por isso, a fitoterapia e uso de plantas medicinais (uma das 29 PICS que esta dentro da Política de Prática integrativas do SUS) é bem aceita nas populações afrodescendentes, que priorizam esse cuidado (Durão, Da Costa & Medeiros, 2021).

De modo geral, as escolhas de cuidado de saúde expressam construções individuais e coletivas sobre as experiências de adoecimento e as formas de intervenção, construídas sob as influências de fatores pessoais, culturais e socioambientais. A literatura destaca que, nas comunidades quilombolas, os cuidados são exercitados por meio dos conhecimentos tradicionais, em contraste com as intervenções biomédicas. O uso e preparo de remédios caseiros à base de plantas medicinais se apresenta como a prática mais adotada e preservada. As mulheres, sobretudo as mais velhas, e os homens quilombolas exploram os diversos recursos naturais. A transmissão desse conhecimento ocorre entre as gerações, demonstrando uma forte herança cultural de cuidados. O subsistema popular representa o primeiro recurso a ser procurado (Gomes et al., 2023).

Isso também é evidenciado pela importância das plantas medicinais no tratamento de DCNT e como elas podem atuar de forma complementar e positiva nas manifestações clínicas ou complicações ocasionadas por essas doenças (Dos Santos et al., 2023 (2)). Isto é conseguido desde que haja racionalidade no uso, esta sendo proporcionada pela atuação de profissionais que manejam PICS, demonstrando assim a importância da presença de terapeutas integrativos em territórios que almejam o cuidado holístico, sem críticas a práticas ancestrais que sobrevivem nesses cenários.

Nesse sentido, as PICS se constituem em estratégia que promove mudanças no modelo assistencial predominante em saúde, pois se propõem a legitimar saberes e práticas complementares, priorizando a saúde ao invés da doença, enfatizando o cuidado/autocuidado, a autonomia e protagonismo do utente, além da promoção da

saúde dos indivíduos e coletividades. Tais práticas proporcionam visão singular sobre o ser humano e o processo saúde-doença, não sendo percebidas unicamente como práticas de cuidado, desvinculando-se do processo determinado e regulamentado pelo modelo biomédico e da medicalização pelas indústrias farmacêuticas, pois propõem a interpretação abrangente dos indivíduos em sua integralidade. Portanto, essa reflexão dialoga com os saberes e as práticas tradicionais presentes nas CRQ, os quais figuram como elementos fundamentais do cotidiano dos quilombos, pois constituem o seu imaginário e o seu mundo tangível, contribuindo para atribuir sentido à sua realidade material e sociocultural (De Sousa et al., 2023).

1.5. JUSTIFICATIVA

As CRQ encontram-se em áreas rurais, possuem baixos níveis de escolaridade e renda com atividades agrícolas, pecuária e artesanato. Sendo uma comunidade altamente vulnerável refletindo nos indicadores de saúde (Cardoso, Melo & Freitas, 2018). 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.

Os indicadores de saúde em CRQ revelam importantes desigualdades sociais e sanitárias em comparação à população em geral. Estudos mostram que essas populações enfrentam maiores taxas de morbimortalidade, incidência elevada de doenças infecciosas e parasitárias, bem como dificuldades no acesso a serviços de saúde. Segundo Silva et al. (2018), fatores como isolamento geográfico, condições precárias de saneamento básico e dificuldades de transporte comprometem a efetividade da Atenção Primária à Saúde nessas localidades. Além disso, a subnotificação de doenças e a ausência de dados desagregados por raça e território dificultam a formulação de políticas públicas específicas e eficazes.

Outro ponto crítico é a vulnerabilidade nutricional e as condições de habitação precária, que afetam diretamente a saúde dessas comunidades. De acordo com Santos et al. (2020), indicadores como baixa cobertura vacinal, alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, desnutrição infantil e mortalidade materna são agravados pela exclusão social histórica sofrida pelos quilombolas. Ainda que a

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra proponha diretrizes para enfrentar essas desigualdades, a implementação efetiva ainda é limitada. Portanto, a análise dos indicadores de saúde em CRQ evidencia a necessidade de ações intersetoriais que considerem as especificidades culturais e territoriais desses grupos.

Pouco se sabe sobre as CRQ, particularmente no estado do Pará. Logo, há necessidade de desenvolver um diagnóstico da situação de saúde atual destas CRQ e compartilhar com as secretarias de saúde municipal e estadual, 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 no SUS.

Soma-se a necessária abordagem multiprofissional/interprofissional, exigida pelas políticas de saúde em vigor, com a importante inserção do profissional farmacêutico nas áreas de quilombos, para que seja implementado o cuidado farmacêutico nessas comunidades que careçam de uma abordagem mais específica: considerando as questões geográficas, sociodemográficas, ambientais, econômicas e culturais e que valorize o vínculo das CRQ com a terra, as plantas, as águas e tudo que de direto elas se empoderam.

Além disso, implementar políticas como a de PICS, que é bem aceita por um público que gosta de usar as riquezas naturais, e mostra resultados importantes em regiões com populações vulneráveis, significa efetivar o direito universal e equitativo aos cuidados em saúde preconizado pelo SUS. Abrindo um leque dentro da perspectiva do acesso a serviços complementares e integrais que são de direito na escolha do modo do cuidado que o indivíduo quer ser atendido.

1.6. HIPÓTESE

- H1: Os DSS são importantes para compreender as iniquidades em saúde das CRQ e o cuidado farmacêutico é fundamental para a melhoria da qualidade de vida dessas populações.
- H2: Os DSS não são importantes para compreender as iniquidades em saúde das CRQ e o cuidado farmacêutico não é fundamental para a melhoria da qualidade de vida dessas populações.

1.7. 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 nas CRQ de Tambaí-Açú e Icatú?
- Quais as características epidemiológicas, sociais, demográficas e ambientais das duas comunidades?
- Quais as doenças mais relatadas na CRQ de Tambaí-Açú e Icatú?
- Qual a importância do cuidado farmacêutico e PICS para essas comunidades?
- Quais estratégias podem ser criadas para resolver os problemas em saúde nas populações estudadas?

1.8. OBJETIVOS

1.8.1. Objetivo Geral

Realizar diagnóstico situacional e análise sobre o cuidado farmacêutico em duas CRQ do Estado do Pará.

1.8.2. Objetivos Específicos

- Revisar Determinantes Sociais da Saúde e o impacto destes na população que vive em CRQ através de revisão sistemática;
- Analisar as características epidemiológicas, sociais e demográficas da CRQ de São José de Icatu e Tambaí-açú
- Identificar os principais agravos ambientais e econômicos nas duas populações em estudo.
- Descrever o perfil de saúde das CRQ de Icatú e Tambaí-Açu
- Discutir a importância do cuidado farmacêutico e de PICS nessas comunidades.
- Propor melhorias para a saúde e bem-estar das populações do estudo.

2. METODOLOGIA

2.1. CASUÍSTICA

Trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo e qualitativo transversal em que avaliou os aspectos epidemiológicos das populações das Comunidades Remanescente de Quilombo São Luis Tambaí-açú em Mocajuba e São José de Icatú em Baião, no estado do Pará. Compreendendo aspectos da ocorrência de DSS, das características sociodemográficas, econômicas, ambiental, perfil de saúde e características epidemiológicas e etnofarmacológicas, como forma de apresentar aos gestores o diagnóstico e incentivar o planejamento em saúde. A construção metodológica do projeto abordou os objetivos específicos definidos anteriormente, colocando-os como pontos principais a serem utilizados durante o desenvolvimento do projeto.

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 pelos 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 publicada a Revista Acervo Saúde.

Em sequência, foram submetidos 4 artigos a revistas científicas, correspondendo aos objetivos específicos deste trabalho, sendo eles: “Perfil sociodemográfico e de saúde de comunidade remanescente de quilombo São José de Icatú, Amazônia, Pará, 2023-2024”, “Cuidado farmacêutico e Práticas Integrativas em Saúde em comunidades remanescentes de quilombos da Amazônia”, “Diagnóstico situacional de comunidade remanescente quilombola da Amazônia,

Brasil: considerando os determinantes sociais em saúde” e “Uso de plantas medicinais e educação em saúde em comunidade remanescente de quilombo do Estado do Pará”.

2.2. ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho faz parte do projeto intitulado “ANÁLISE SITUACIONAL EM POPULAÇÃO QUILOMBOLA DO ESTADO DO PARÁ: UMA ABORDAGEM DE SAÚDE ÚNICA (ONE HEALTH) E CUIDADO FARMACÊUTICO”, aprovado pelo CEP/IEC CAAE: 60723622.3.0000.0019, em 24 de janeiro de 2023, com número de parecer 5.862.520 (Anexo D). O projeto está sob coordenação das pesquisadoras Dra. Karla Valéria Batista Lima, MSc. Priscila de Nazaré Quaresma Pinheiro e Dr. Arnaldo Jorge Martins filho. Os exames laboratoriais foram desenvolvidos no Instituto Evandro Chagas.

Para a realização da pesquisa os participantes foram informados sobre os objetivos do trabalho e riscos. Todos eles consentiram sua participação com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Apêndice A), Termo de Assentimento Livre e Esclarecido-TALE (Apêndice B) e assinatura do Termo de Aceite Biobanco (Apêndice C). Os termos foram aplicados considerando idade dos participantes. As comunidades, representadas por seus líderes e a prefeitura autorizam a pesquisa por meio de carta de anuência dispostas nos Anexos A, B e C.

2.3. LOCAIS DO ESTUDO

O estudo ocorreu nos municípios de Mocajuba e Baião, nas Comunidades Remanescentes de Quilombos de São Luis Tambaí-Açú e São José de Icatú, a primeira comunidade devidamente certificada pela Fundação Cultural Palmares por meio de autodefinição sob o registro nº 1.650 em 15 de março de 2012 e a segunda sob o registro nº 01420 009023/2010-81 em 20 de dezembro de 2010. Estão localizadas na mesorregião do Baixo Tocantins: Tambaí sob responsabilidade do município de Mocajuba e Icatú por Baião.



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

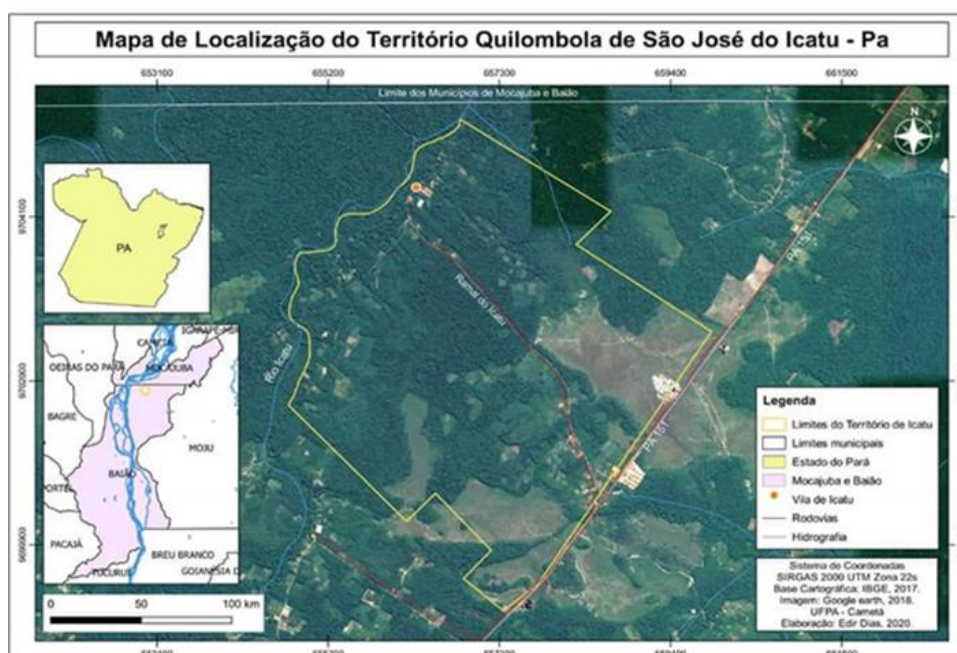


Imagem 2 – Mapa da localização da CRQ de São José de Icatu, Baião-Pará
 Fonte: Prefeitura de Baião

2.4. POPULAÇÃO DE ESTUDO

CRQ de Tambaí-Açu: Foram atendidos 210 indivíduos, no entanto, foram incluídos no estudo 152 participantes, adultos acima de 18 anos e crianças e

adolescentes acima de 12 anos. Todos os adultos assinaram termo de consentimento e termo de assentimento no caso de adultos responsáveis por menores de 18 anos. Foram excluídos indivíduos que assinaram o TCLE, realizaram os exames, no entanto, não responderam aos questionários aplicados.

CRQ Icatú: Foram atendidos 124 indivíduos, no entanto, foram incluídos no estudo 87 pessoas adultas acima de 18 anos e crianças e adolescentes acima de 12 anos. Todos os adultos assinaram termo de consentimento e termo de assentimento no caso de adultos responsáveis por menores de 18 anos. Foram excluídos indivíduos que assinaram o TCLE, realizaram os exames, no entanto, não responderam aos questionários aplicados.

2.5. DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

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

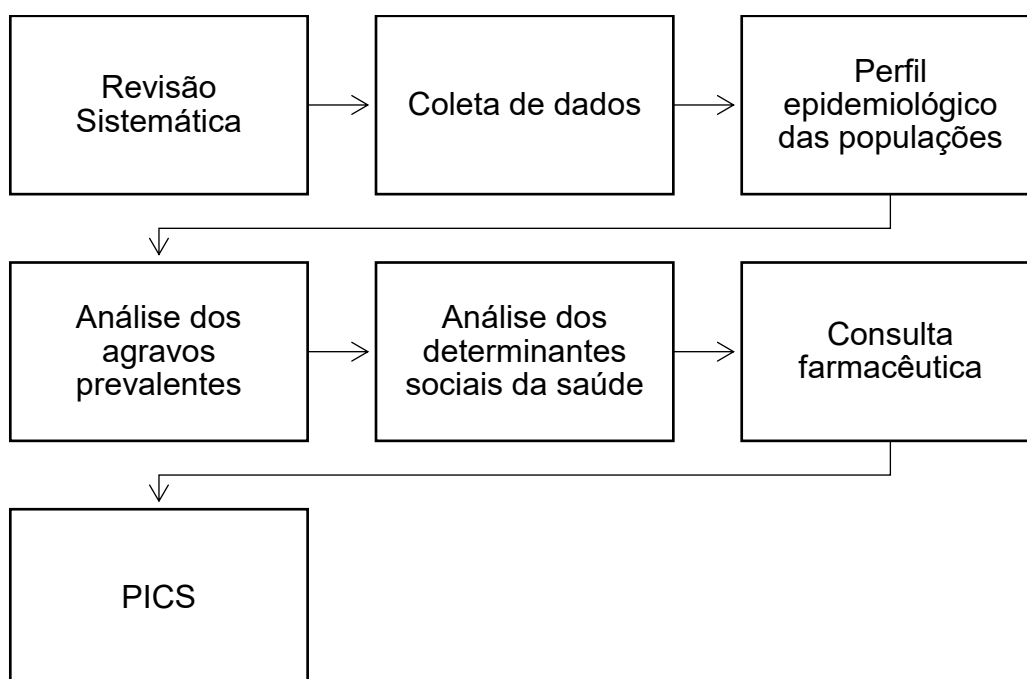


Figura 1: Fluxograma do desenvolvimento do estudo.

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, econômicas, ambientais, culturais e de saúde das populações de estudo.
- 3º ETAPA: Foram elucidados e descritos os agravos de maior prevalência nas CRQ.
- 4º ETAPA: Foram analisadas as ocorrências de determinantes sociais da saúde relatados pelos entrevistados e comparados com a revisão sistemática.
- 5º ETAPA: Foi realizada triagem dos indivíduos atendidos a partir dos resultados do exames. Indivíduos com necessidade de atendimento médico foram encaminhados para equipe médica. Os demais, indivíduos que concordaram foram atendidos em consulta farmacêutica : sendo 77 consultados em Icatú e 86 em Tambaí-Açú, somando um total de 163 quilombolas.
- 6º ETAPA: Após consulta farmacêutica, foi aplicado PICS nos indivíduos que apresentaram HAS, totalizando 19 quilombolas.

2.6. COLETA 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 foram investigados na população).

O questionário contou com perguntas sobre informações 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.

A coleta de dados foi feita por meio de viagens de campo aos quilombos estudados, seguindo o fluxo de atendimento demonstrado abaixo:

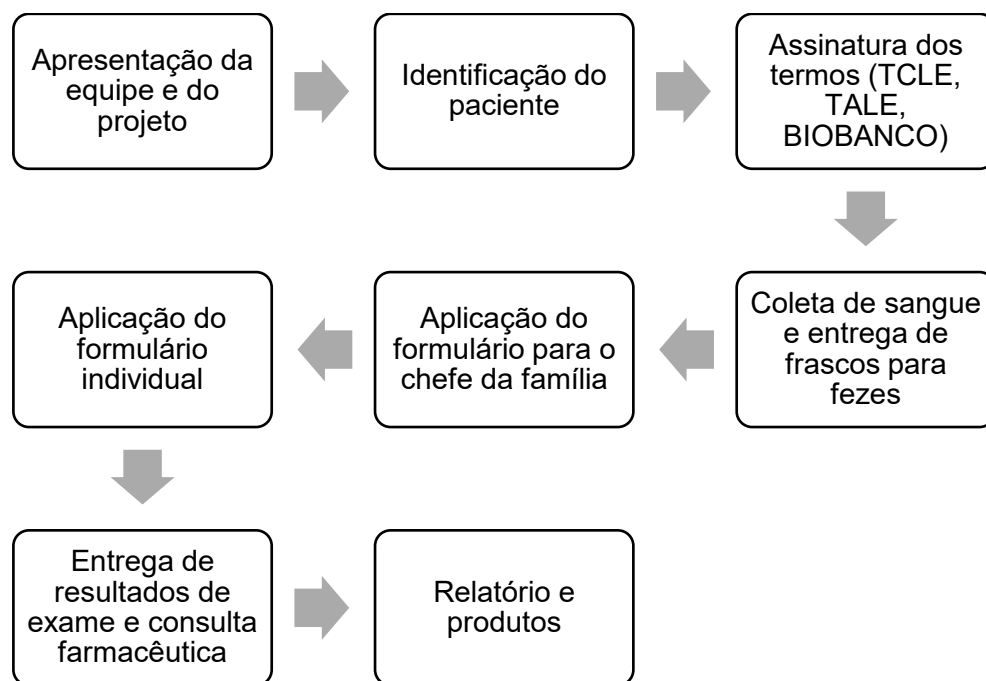


Figura 2: Fluxograma de atendimento na coleta de dados.

Fonte: Autora.

- 1º ETAPA- APRESENTAÇÃO: Os pacientes atendidos foram reunidos no local de atendimento dentro das comunidades, a coordenadora do projeto explicou brevemente do que se trata o estudo, 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” ou “IC”, 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, os 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 fezes que foram entregues para a equipe ao último dia de coleta no quilombo.
- 5º ETAPA- APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS: após a coleta de amostras, os pacientes responderam os 2 questionários a serem aplicados, sendo um questionário aplicado apenas para pessoa que responde 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 farmacêuticas e, se necessário, aplicação de PICS.

2.6.1. Cuidado farmacêutico e PICS

Foi usado o acrônimo SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) adaptado de Vieira et al. (2020) como base de protocolo durante as consultas. Sendo aberto prontuário físico de primeira consulta no qual consta os seguintes itens: perfil do usuário; histórico social; histórico familiar; problemas de saúde; serviços realizados na consulta; resultados de exames; farmacoterapia atual; informações gerais; intervenções farmacêuticas e ações e metas pactuadas (Apêndice F).

Entre as intervenções, para quilombolas apresentando HAS, foi realizado encaminhamento para realização de PICS: Aromaterapia e sangria/auriculoterapia com sementes, sendo atendidos logo após consulta, por farmacêutico habilitado nas técnicas, usando os seguintes materiais: aparelho de aferição de pressão arterial, seguindo o preconizado pela Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (Barros, 2021); óleos essenciais de Ylang-ylang (*Cananga odorata*), lavanda (*Lavandula angustifolia*), eucalipto (*Eucalypto globulus*) e capim-santo (*Cymbopogon citratus*), todos da Laszlo® e seguindo técnica pela via inalatória, com 3 gotas de óleo essencial em algodão, por 10min de inalação (Tisserand, 2017). A sangria foi realizada no ápice da orelha com lanceta descartável e a auriculoterapia com sementes de mostarda (Araujo et al. 2020; Siqueira, 2021).

Abaixo figura 3 ilustrando as etapas do cuidado farmacêutico realizado:

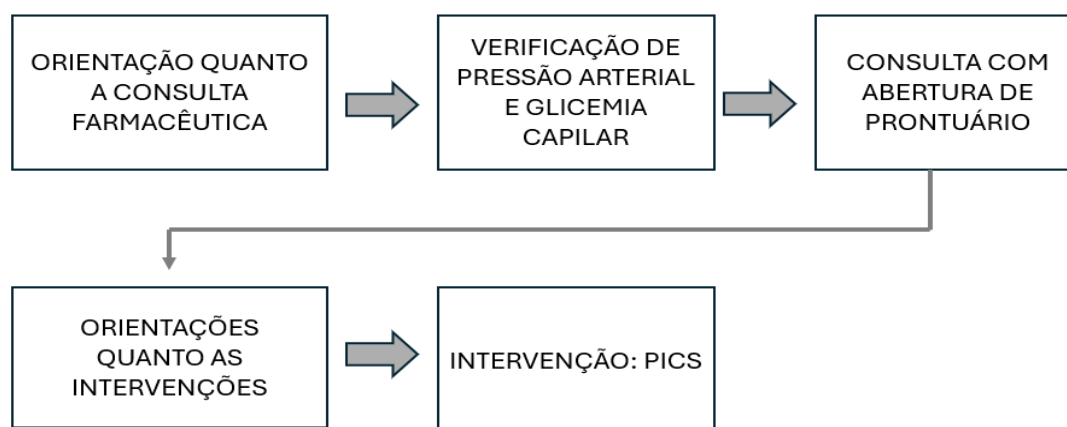


Figura 3: Fluxograma do cuidado farmacêutico

Fonte: Autora.

2.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após as respostas dos formulários serem inseridas no banco de dados dentro do Microsoft Excel® 365, foram aplicados métodos estatísticos descritivos e inferenciais. As variáveis qualitativas foram apresentadas por distribuição de frequências absolutas e relativas. Na parte inferencial foram aplicados os seguintes métodos: (a) A distribuição das variáveis qualitativas foi avaliada pelo teste Qui-quadrado de tendência; (b) Nas variáveis qualitativas a comparação entre os grupos foi realizada pelo teste do Qui-quadrado; (c) As variáveis que tiveram p-valor <0.05 (estatisticamente significativa) quando relacionadas ao sexo masculino (variável dependente = 1) foram submetidas ao modelo multivariado de regressão logística. Foi previamente fixado erro alfa em 5% para rejeição de hipótese nula e o processamento estatístico foi realizado nos programas BioEstat® versão 5.3 e STATA Release® 16.

2.8. RISCOS E BENEFÍCIOS

Para as populações, 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 foram 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 sociodemográfico, econômico e cultural da população, permitindo conhecer mais a comunidade e traçar estratégias de prevenção, mitigação e intervenções necessárias para a saúde pública da CRQ. Além de contribuir para a comunidade científica em estudos com comunidades vulneráveis que, por sua vez, são escassos.

3. RESULTADOS

3.1. CAPÍTULO I: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE EM COMUNIDADES REMANESCENTES 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 publicado na Revista Acervo Saúde, ISSN 2178-2091, com Qualis CAPES B1 pela classificação do quadriênio 2017-2020.



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 Amador¹, Priscila de Nazaré Quaresma Pinheiro¹, Paula Andrade Silva², Dayana de Barros Sandim³, Emilly Gabriele Ribeiro Dias¹, Luana Nepomuceno Gondim Costa Lima², Lígia 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 à pergunta foi realizada buscas nas seguintes 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 10 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, 10 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.

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

¹ Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém - PA.

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

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

SUBMETIDO EM: 10/2023

| ACEITO EM: 11/2023

| PUBLICADO

EM:

4/2024

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 10 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 teve 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; 8) interpretação dos resultados; 8) elaboração do artigo. Foi utilizada a estratégia PEO (conforme elucidado pela *National University of Singapore* (2024) e Khan KS, et al. (2011) em suas diretrizes para revisões sistemáticas) 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 leitura flutuante dos títulos e resumos, os que eram relevantes foram separados para a leitura analítica, todas as divergências foram resolvidas em consenso. 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 um quadro contendo os dados extraídos para melhor explanação dos resultados.

A avaliação de qualidade metodológica dos artigos foi conduzida por 2 autores e somente em caso de discordância houve ajuda de um terceiro investigador, 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).

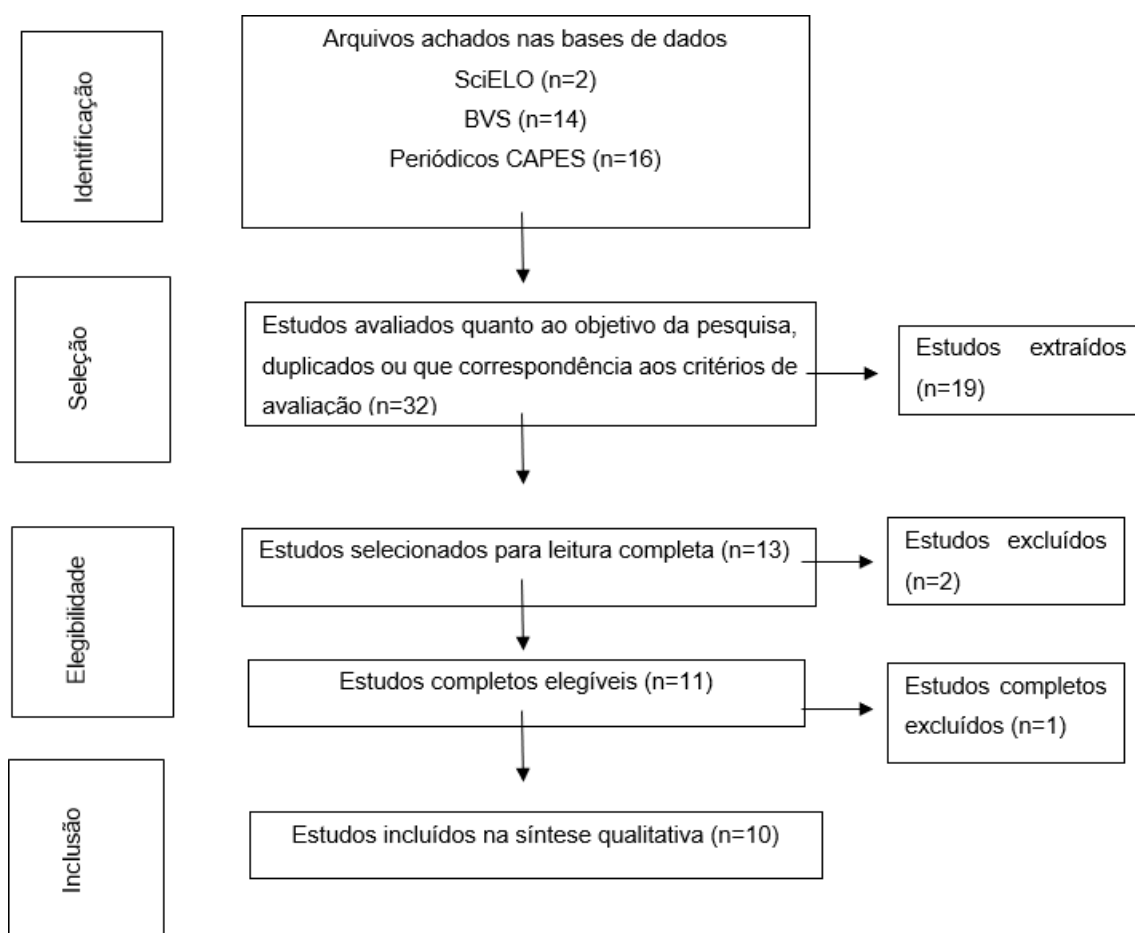
Apenas as respostas pós-avaliação com caráter afirmativo “Sim” foram pontuadas e para a inclusão final dos artigos no quadro elaborado foi adotado critério pré-estabelecido na literatura (MUNN Z, et

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 10 artigos da SciELO, BVS e Periódicos CAPES (**Figura 1**).

Figura 1 – Etapas da seleção de dados.



Fonte: Amador EO, et al., 2024.

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 (**Quadro 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; 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; MATOS LR, et al., 2020; ROSA LGF e ARAUJO MS, 2020).

Quadro 1 – Principais dados extraídos dos achados.

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 processo de saúde e doença	Os estudos destacaram a baixa escolaridade, renda e falta de ocupação. As respostas acerca do estresse 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 vulnerabilidade influenciam diretamente na saúde mental dos quilombolas
03	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.
04	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.

05	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 homes 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
----	--	--------------------	--	---

Nº	Autor, ano e título (JBI score)	Tipo de estudo	Objetivo	Resultados
				vizinhança, pessoas que se sentem seguras foram mais propensas a praticar atividade física.
06	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
07	DURAN MK e HEIDEMANN ITSB, 2019. Determinantes Sociais de uma comunidade quilombola e a interface com a Promoção da Saúde (JBI 10/10)	Estudo participativo baseado no Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire	Compreender a relação dos Determinantes Sociais na Promoção da Saúde dessas mulheres.	A saúde era entendida como centralizada apenas no profissional de saúde, baseando-se no modelo biomédico, a fé apresenta um papel 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.
08	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.
09	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
10	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., 2024.

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. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm. Acessado em: 12 de janeiro de 2023.
7. BRASIL. Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm. Acessado em: 27 de agosto de 2023.
8. 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.
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: 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. 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.
 11. DURAND MK e HEIDEMANN ITSB. Health of quilombolas women: dialog with the literature *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 2020; 12: 203–210.
 12. DURAND MK e HEIDEMANN ITSB. Mulheres quilombolas e o itinerário de pesquisa de Paulo Freire *Texto & Contexto-Enfermagem*, 2020; 29: e20180270
 13. FILGUEIRAS LA e SILVA HP. Socioecologia e saúde de populações Quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Tessituras, Dossiê Antropologia Biológica*, 2020; 8(2): 351–370.
 14. 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.
 15. GOMES WS, et al. Saúde quilombola: percepções em saúde em um quilombo do agreste de Pernambuco/Brasil. *Saúde e Sociedade*, 2021, 30 (3): e190624.
 16. 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.
 17. JESUS FA e AGUIAR ACS. A. Co-residência com famílias intergeracionais: concepção de pessoas idosas quilombolas. *Revista Kairós-Gerontologia*, 2018; 20(3): 119–138.
 18. KHAN KS, et al. *Systematic reviews to support evidence-based medicine: How to review and apply findings of healthcare research*. 201p. Royal Society of Medicine Press, 2011.
 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. O desvelar do cuidar de si da mulher quilombola. *Cienc Cuid Saude*; 2020; 19.
 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. National University of Singapore. *Systematic Reviews*. Disponível em: <https://libguides.nus.edu.sg/c.php?g=145717&p=2948890> , acesso em: 3 feb. 2024
 24. 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.
 25. 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.
 26. 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.
 27. 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.
 28. 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.
 29. ROSA LGF e ARAUJO MS. Percepção de saúde de uma população quilombola localizada em região urbana. *Aletheia*, 2020, 53 (1): 109-120.
 30. SILVA EKP, et al. Insegurança alimentar em comunidades rurais no Nordeste brasileiro: faz diferença ser quilombola?. *Cadernos de Saúde Pública*, 2017; 33(4): e00005716.
 31. 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.
 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 and Epidemiological Aspects of Child Growth in Latin American and Caribbean Countries. New York: Springer, 2023, 289p.
34. 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.
35. 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.
36. 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.

3.2. CAPÍTULO II: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE COMUNIDADE REMANESCENTE DE QUILOMBO SÃO JOSÉ DE ICATÚ, AMAZÔNIA, PARÁ, 2023-2024

Neste capítulo foram abordados objetivos específicos listados abaixo:

- Analisar as características epidemiológicas, sociais e demográficas da CRQ de São José de Icatu
- Identificar os principais agravos ambientais e econômicos na CRQ de Icatú
- Descrever o perfil de saúde da CRQ Icatú
- Propor melhorias para a saúde e bem-estar da população de Icatú

O presente artigo foi submetido (Imagem 3) para a Revista de Atenção Primária a Saúde (ISSN: 1809-8363), com Qualis CAPES B1 pela classificação do quadriênio 2017-2020.

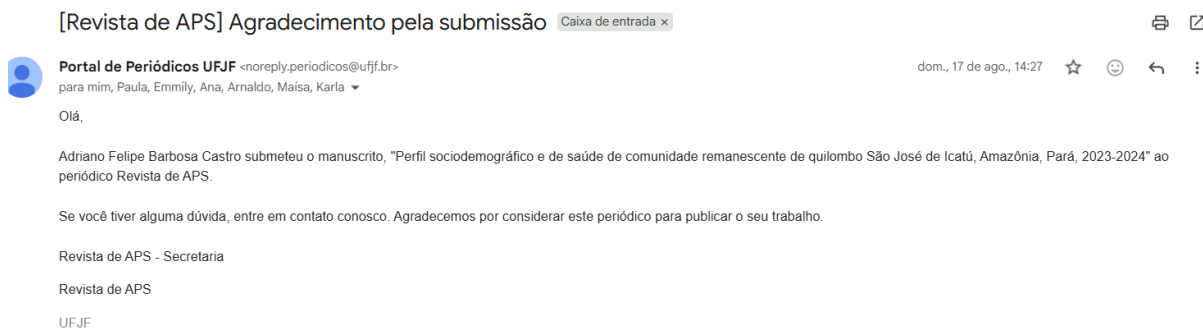


Imagem 3 – Submissão enviada para a Revista
Fonte: E-mail

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

Tipo de submissão (seção): artigo original

Perfil sociodemográfico e de saúde de comunidade remanescente de quilombo São José de Icatú, Amazônia, Pará, 2023-2024

Sociodemographic and health profile of the remaining quilombo community São José de Icatú, Amazon, Pará, 2023-2024

RESUMO

As comunidades remanescentes de quilombo apresentam grande importância cultural e histórica, no entanto, esses grupos enfrentam diversas vulnerabilidades sociais, econômicas, dentre outras, que impactam na saúde das comunidades. Desse modo, avaliar essas condições e seus impactos nessa população, é essencial para orientar políticas públicas direcionadas e promover a equidade no acesso aos serviços de saúde. Com isso, o estudo tem como objetivo, analisar o perfil sociodemográfico e epidemiológico de comunidade remanescente de quilombo na Amazônia Brasileira. Para isso, realizou-se uma pesquisa epidemiológica, quantitativa e transversal em um quilombo localizado em Baião/Pará, onde foi aplicado formulário com perguntas abertas e fechadas semiestruturadas. Coletadas amostras de sangue para análise hematológica e bioquímica e esfregaço de cérvix uterina para análise citopatológica e detecção do DNA (ácido desoxirribonucleico) viral de papilomavírus humano (HPV). Como resultado, observou-se que a maioria (90,2%) dos quilombolas residem em moradia própria, com renda familiar mensal predominante de um salário-mínimo (56,9%). A faixa etária predominante foi de 30-59 anos, com predominância do sexo feminino. Além disso, notou-se o predomínio de autodeclaração de raça/cor da pele negra (81,6%) e ensino fundamental incompleto (51,7%). A análise das amostras de cérvix mostrou 17,4% de casos positivos para HPV. Assim, no presente estudo, foi possível inferir que os aspectos socioeconômicos e demográficos refletem nas condições de saúde da comunidade de Icatú.

PALAVRAS-CHAVE: Quilombolas; Vulnerabilidade em saúde; Saúde pública; Amazônia

ABSTRACT

Quilombola communities hold great cultural and historical significance; however, these groups face multiple social, economic, and other vulnerabilities that impact their overall health. Therefore, assessing these conditions and their effects on such populations is essential to guide targeted public policies and promote equity in access to healthcare services. This study aimed to analyze the sociodemographic and epidemiological profile of a quilombola community in the Brazilian Amazon. To this end, an epidemiological, quantitative, and cross-sectional survey was conducted in a quilombola community located in Baião, Pará, where a semi-structured questionnaire containing open- and closed-ended questions was administered. Blood samples were collected for hematological and biochemical analyses, and cervical smears were obtained for cytopathological examination and detection of human papillomavirus (HPV) DNA. The results showed that most quilombola residents (90.2%) live in their own homes, with a predominant monthly household income of one minimum wage (56.9%). The most frequent age group was 30–59 years, with a predominance of females. In addition, there was a predominance of self-reported Black race/skin color (81.6%) and incomplete primary education (51.7%). Analysis of cervical samples revealed 17.4% HPV positivity. Thus, in the present study, it was possible to infer that socioeconomic and demographic aspects are reflected in the health conditions of the Icatú community.

KEYWORDS: Quilombolas; Health vulnerability; Public health; Amazon

INTRODUÇÃO

De forma majoritária, a população brasileira é constituída por raça/cor da pele pretos e/ou pardos, sendo que boa parte desse contingente humano se inclui nas camadas mais pobres da sociedade. Isso é consequência de uma vivência histórica repleta de desigualdades¹. Logo, há precariedade do quadro de saúde, tendo um impacto crescente na qualidade de vida dessa população.

A raça/cor da pele negra e seus descendentes, na pretensão de se libertarem do esquema escravista no qual viviam, buscaram resistir e impedir a recaptura por meio da formação de comunidades. Essas comunidades surgiram no século XVI e eram denominadas de “quilombos”, que se apropriavam dos territórios e recursos naturais para a manutenção e transmissão das suas práticas culturais. Então, compreende-se a resiliência ao incorporarem a cultura, a natureza, a ancestralidade e as relações sociais ².

Atualmente, as chamadas Comunidades Remanescentes de Quilombos ainda prevalecem, ocupando vários pontos do país². De acordo com a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas, existem mais de 3 mil comunidades no Brasil. No entanto, é válido ressaltar que esse quantitativo ainda é difícil de ser estimado, impedindo a implementação de políticas públicas e ações afirmativas em qualquer âmbito. Como consequência dessa invisibilidade, esse grupo acaba por ser acompanhado de uma vulnerabilidade social, marcada por fatores como a pobreza, o desemprego e o analfabetismo, além do explícito isolamento geográfico, o que faz com que essas pessoas recebam uma escassa oferta de saúde e saneamento básico³.

Aponta-se para a criação do Programa Brasil Quilombola, o qual integrou um conjunto amplo de políticas e serviços sociais com o intuito de facilitar o acesso pelos quilombolas. O programa prevê consequentemente uma série de objetivos: garantia do acesso à terra; saúde e educação; infraestrutura local; recuperação ambiental; auxílio governamental de programas sociais e medidas de preservação e promoção das manifestações culturais quilombola⁴.

O presente estudo tem como objetivo analisar o perfil sociodemográfico e de saúde da população de Icatú, uma comunidade remanescente quilombola localizada no município de Baião/Pará, a fim de realizar um diagnóstico situacional de saúde nessa população.

METODOLOGIA

Desenho e período do estudo

Trata-se de pesquisa qualitativa, quantitativa e transversal, que analisa as características sociodemográfica/econômica e de saúde da população da comunidade remanescente de quilombo São José de Icatu no município de Baião, no estado do Pará, no período de 2023 a 2024 e devidamente aprovado por Comitê de ética em pesquisa.

Fonte de dados e análise estatística

O cálculo do tamanho amostral teve o objetivo de caracterizar a amostra para um estudo comparativo das proporções de variáveis qualitativas entre os sexos. Para aplicar as comparações pelo teste G para amostras independentes, foram previamente fixados o Poder do Estudo em 0.90 (90%), o Erro alfa = 0.05 (5%) e a diferença entre as proporções 20%. Pela aplicação da fórmula abaixo foi calculado o tamanho amostral do estudo, comparativo entre os dois grupos (Masculino e Feminino), sendo n=30 a quantidade mínima de pessoas de cada sexo.

Fórmula 1:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \cdot (df + 1)}{d^2}$$

Sendo:

- n é o tamanho da amostra necessário.
- $Z_{\alpha/2}$ é o escore z correspondente ao nível de significância (α é o nível de significância).
- Z_{β} é o escore z correspondente ao poder estatístico (β é a probabilidade de erro Tipo II).
- df é o grau de liberdade.
- d é o tamanho do efeito (diferença entre proporções).

As informações sociodemográficas e econômicas são provenientes da aplicação de formulário (*software Epi Info®*, o qual permite que a coleta seja *off-line*) com perguntas abertas e fechadas semiestruturadas, embasado na Pesquisa

Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁵. A aplicação do formulário foi dividida em dois momentos, primeiro foi aplicado um formulário somente para o chefe da família com perguntas relacionadas ao ambiente domiciliar (51 respostas). Em um segundo momento foi aplicado um formulário individual para os participantes a partir de 12 anos, que responderam perguntas sobre o perfil epidemiológico de cada indivíduo (87 respostas).

Foram coletadas amostras de sangue para análise hematológica e bioquímica no Instituto Evandro Chagas de Ananindeua/Pará. As análises foram desenvolvidas em analisadores automatizados como, para o hemograma: o SYSMEX XN-450 e o SYSMEX XS-1000i, que propuseram resultados precisos para hemácias, leucócitos e plaquetas. Nas análises bioquímicas, foi utilizado o equipamento COBAS INTEGRA 400 (ROCHE®), que permitiu a determinação de glicose e lipidograma. Os valores de referência dos exames hematológicos foram baseados no estudo de Rosenfeld *et al*⁶, os parâmetros lipídicos de acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia⁷ e valores glicêmicos segundo Sociedade Brasileira de Diabetes⁸.

Exames citopatológicos foram realizados em 23 mulheres que já tinham iniciado a vida sexual e manifestaram interesse em realizá-lo. As amostras coletadas foram fixadas em lâminas e encaminhadas ao Laboratório de Pesquisa, Ensino e Extensão em Análises Clínicas da Universidade Federal do Pará. As lâminas foram coradas pela técnica de Papanicolau e avaliadas de acordo com a Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais⁹.

Além da análise citológica, amostras pareadas foram encaminhadas para o Laboratório de Papilomavírus e Retrovírus do Instituto Evandro Chagas para a detecção do DNA do papilomavírus, sendo submetidas a amplificação do genoma viral por Reação em Cadeia da Polimerase com posterior hibridação tipo específico para determinação do tipo viral infectante, utilizando o sistema Inno-Lipa HPV *genotyping extra II, Fujirebio, Belgium*.

Os dados foram organizados em planilhas e gráficos no aplicativo Microsoft Excel® 365, para melhor visualização e assim exportados para o *software BioEstat*®, onde foram elaboradas tabelas de contingência. As variáveis qualitativas foram apresentadas por medidas de frequências absolutas e relativas e tiveram a distribuição analisada pelo teste Qui-Quadrado (χ^2) de tendência. A avaliação da distribuição das variáveis qualitativas conforme o sexo foi realizado pelo Teste G de

independência. Foi previamente fixado o nível alfa = 0,05 (Erro alfa = 5%) para rejeição da hipótese nula.

RESULTADOS

A maior frequência de domicílio foi moradia própria (84,3%, 43/51), com 3 - 4 cômodos (45,1%, 23/51), sendo a maioria construção de alvenaria (70,6%, 36/51). Com fossa séptica 62,7% (32/51). Sobre o destino do lixo, 86,3% (44/51) responderam utilizar o método de incineração. Os chefes de família (60,8%, 31/51) relataram utilizar o poço artesiano e 39,2% (20/51) relataram fazer uso de cloração quando disponível (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas da comunidade Icatú

Características sociodemográficas	(n=51)	%	IC95%		p-valor
			Min	Max	
Tipo de moradia					<0,001*
Própria	43	84,3	74.3	94.3	
Cedida	4	7,8	0.5	15.2	
Alugada	4	7,8	0.5	15.2	
Características Sociodemográficas	Frequência (n=51)		IC95% Min		p-valor
Característica da casa					<0,001*
Alvenaria	36	70,6	58.1	83.1	
Madeira	6	11,8	2.9	20.6	
Alvenaria/madeira	7	13,7	4.3	23.2	
Barro	2	3,9	58.1	83.1	
Quantidade de cômodos					<0,001*
1 – 2 cômodos	7	13.7	4.3	23.2	
3 – 4 cômodos	23	45.1	31.4	58.8	
5 cômodos ou mais	21	41.2	27.7	54.7	
Quantidade de pessoas que residem					<0,001*
1 -5 pessoas	38	74,5	62.5	86.5	
6 -10 pessoas	13	25,5	13.5	37.5	
11-15 pessoas	0	0,0	0.0	0.0	
Localização do banheiro					<0,001*
Dentro de casa	40	78,4	67.1	89.7	

Fora de casa	11	21,6	10.3	32.9	
Escoamento de dejetos sólidos e líquidos					<0,001*
Fossa rudimentar	8	15,7	5.7	25.7	
Fossa séptica	32	62,7	49.5	76.0	
Vala	3	5,9	0.0	12.3	
Rede	6	11,8	2.9	20.6	
Não sabe	2	3,9	5.7	25.7	
Destino do Lixo					<0,001*
Jogado a céu aberto	1	2,0	0.0	5.8	
Incinerado	44	86,3	76.8	95.7	
Reciclagem	1	2,0	0.0	5.8	
Enterrado	5	9,8	1.6	18.0	
Abastecimento de água					<0,001*
Rede	7	13,7	4.3	23.2	
Poço raso	9	17,6	7.2	28.1	
Poço artesiano	31	60,8	47.4	74.2	
Direto do igarapé	4	7,8	0.5	15.2	
Tratamento de água					<0,001*
Filtração	2	3,9	0.0	9.2	
Fervura	5	9,8	1.6	18.0	
Cloração	20	39,2	25.8	52.6	
Não informado	24	47,1	33.4	60.8	

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

Quanto às características econômicas (Tabela 2), predominou a renda familiar de até um salário-mínimo (56,9%, 29/51), sendo que uma a duas pessoas (49,0%, 25/51) possuíam renda na residência, normalmente benefício do governo. O tipo de benefício mais relatado foi bolsa família e auxílios (52,9%, 27/51).

Tabela 2 – Características econômicas de 51 domicílios da comunidade

Características econômicas	Frequência		IC95%		p-valor
	(n=51)	%	Min	Max	
Residentes com renda					<0,001*
1- 2 pessoas	25	49,0	35.3	62.7	
3- 4 pessoas	17	33,3	20.4	46.3	
5- 6 pessoas	3	5,9	0.0	12.3	
Vazio	6	11,8	2.9	20.6	
Tipo de renda familiar					<0,001*

Trabalhador ativo	3	5,9	0.0	12.3
Beneficiário	23	45,1	31.4	58.8
Ambos	25	49,0	35.3	62.7
Tipo de benefício				<0,001*
Aposentadoria e pensão	20	39,2	25.8	52.6
Bolsa família e auxílios	27	52,9	39.2	66.6
Seguro defeso*	4	7,8	0.5	15.2
Valor da renda familiar				<0,001*
R\$ 100,00 - R\$ 500,00	2	3,9	0.0	9.2
R\$ 501,00 -R\$ 600,00	6	11,8	2.9	20.6
R\$ 601,00 - R\$ 700,00	0	0,0	0.0	0.0
R\$ 701,00 - R\$ 800,00	0	0,0	0.0	0.0
R\$ 801,00 - R\$ 900,00	0	0,0	0.0	0.0
R\$ 901,00 - R\$ 1320,00	29	56,9	43.3	70.5
Acima de R\$ 1320,00	14	27,5	15.2	39.7

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

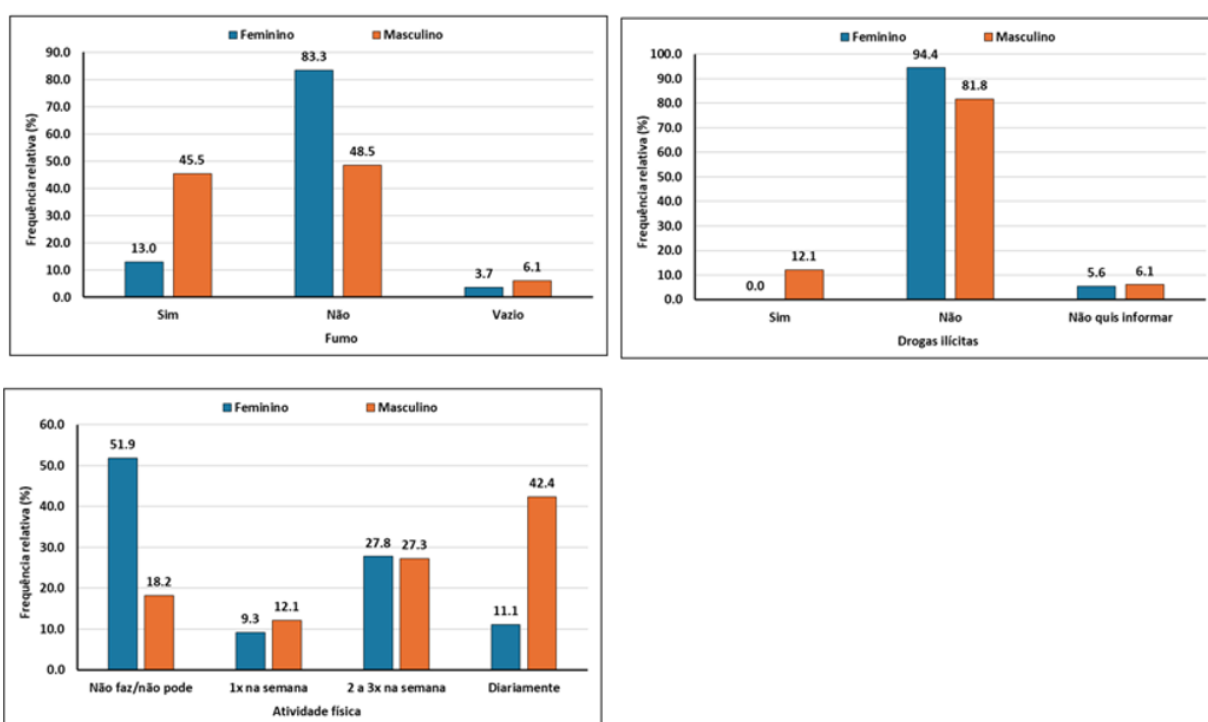
No que se refere às características individuais, as faixas etárias dos n=87 participantes (Tabela 3) são assim distribuídas: 12 -18 anos (10,3%), 19 - 29 anos (16,1%), 30 - 59 anos (maioria, 54%) e 60 anos ou mais (19,5%). No sexo masculino (n=33) a maioria está na faixa de 30- 59 anos (42.4%). No sexo feminino (n=54) a maioria está na faixa de 30-59 anos (62.3%).

Considerando tipo de serviço e a frequência de utilização por sexo, observou-se que a maioria já utilizou os serviços de saúde da estratégia saúde da família ou unidades básicas de saúde, tanto no sexo feminino (98,1%, 53/54) quanto no masculino (100%, 33/33), onde não houve significância na relação entre a utilização do serviço de acordo com o sexo ($p=0,999$). A distribuição do tempo da última utilização do serviço de saúde não apresentou diferenças consideráveis entre homens e mulheres. O intervalo de maior frequência foi de 1 - 6 meses para os homens (66,7%) e mulheres (64,8%) e não houve significância estatística ($p= 0,921$).

Quanto aos hábitos de vida por sexo (Tabela 3), o tabagismo é significativamente maior entre os homens (45,5%) em relação às mulheres (13,0%),

com p -valor $< 0,001^*$, ver Figura 1. O consumo de álcool não apresentou real diferença entre o sexo masculino (63,6%, 21/33) e feminino (44,4%, 24/54), com p -valor = 0,067 não significativa. Nenhuma das mulheres relatou uso de drogas ilícitas, enquanto 12,1% (4/33) dos homens relataram o uso, com o p -valor = 0,004 altamente significativa. Na prática da atividade física, 51,9% (28/54) das mulheres afirmaram não fazer ou não poder fazer, por outro lado, entre os homens apenas 18,2% (não podem fazer), também com p -valor = 0.002 altamente significativa.

Figura 1 – Hábitos relatados pela população conforme sexo de crianças e adultos



Fonte: elaborado pelos autores (2024)

Apresenta-se na Tabela 3, a análise da concentração de hemoglobina como um indicativo de anemia em $n=9$ crianças e adolescentes de 12-18 anos dividida por sexo, onde foi demonstrado que a maioria dos indivíduos (85,7%) apresenta um nível normal de hemoglobina (11,0 – 14,8 g/dL) tanto no sexo feminino (60%, 3/5) como no sexo masculino (75%, 3/4) e apenas 20% (1/5) do sexo feminino apresentou uma alteração acima do valor estabelecido para normalidade. Nesse cenário, entre esses dados, não foi identificada significância estatística ($p=0,537$).

Tabela 3 – Hábitos de vida e hemoglobina de n=87 crianças e adultos da comunidade

Hábitos de vida	Frequência						p-valor
	Feminino		Masculino		Geral		
	(n=54)	%	(n=33)	%	(n=87)	%	
Faixa etária (anos)							0,066
12 -8 anos	5	9.4	4	12.1	9	10.3	
19 - 29 anos	10	18.9	4	12.1	14	16.1	
30 - 59 anos	33	62.3	14	42.4	47	54.0	
60+	6	11.3	11	33.3	17	19.5	
Fumo							<0,001*
Sim	7	13,0	15	45,5	22	25,3	
Não	45	83,3	16	48,5	61	70,1	
Vazio	2	3,7	2	6,1	4	4,6	
Álcool							0,067
Sim	24	44,4	21	63,6	45	51,7	
Não	29	53,7	11	33,3	40	46,0	
Vazio	1	1,9	1	3,0	2	2,3	
Drogas ilícitas							0,004*
Sim	0	0,0	4	12,1	4	4,6	
Não	51	94,4	27	81,8	78	89,7	
Não quis informar	3	5,6	2	6,1	5	5,7	
Atividade física							0,002*
Não faz/não pode	28	51,9	6	18,2	34	39,1	
1x na semana	5	9,3	4	12,1	9	10,3	
2 a 3x na semana	15	27,8	9	27,3	24	27,6	
Diariamente	6	11,1	14	42,4	20	23,0	
Hemoglobina							
Criança e adolescente (12-18 anos)	(n=5)	%	(n=4)	%	(n=7)	%	0,537
Menor que 11,0 g/dL	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Normal 11,0 – 14,8 g/dL	3	60,0	3	75,0	6	85,7	
Acima de 14,8 g/dL	1	20,0	0	0,0	1	14,3	
Vazio	1	20,0	1	25,0	2	28,6	
Mulheres (acima de 18 anos)	(n=49)	%					
Menor que 11,5 g/dL	3	6,1	---	---	---	---	
11,5 – 14,9 g/dL	34	69,4	---	---	---	---	
Acima de 14,9 g/dL	9	18,4	---	---	---	---	
Vazio	3	6,1	---	---	---	---	
Homens (acima de 18 anos)			(n=29)	%			
Menor que 13,0 g/dL	---	---	1	3,4	---	---	
13,0 – 16,9 g/dL	---	---	19	65,5	---	---	
Acima de 16,9 g/dL	---	---	6	20,7	---	---	
Vazio	---	---	3	10,3	---	---	

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

Menor que 110 mg/dL	3	60,0	3	75,0	6	66,7
Maior que 110 mg/dL	1	20,0	1	25,0	2	22,2
Vazio	1	20,0	0	0,0	1	11,1
Adultos (acima de 18 anos)	(n=49)	%	(n=29)	%	(n=78)	%
Parâmetros glicêmicos e lipidograma	Frequência					p-valor
	Feminino		Masculino		Geral	
	N	%	N	%	N	%
Triglicerídeos						0,527
Menor que 150 mg/dL	36	73,5	17	58,6	53	67,9
Maior que 150 mg/dL	12	24,5	8	27,6	20	25,6
Vazio	1	2,0	4	13,8	5	6,4
LDL (lipoproteína de baixa densidade)						0,059
Menor que 130 mg/dL	33	67,3	22	75,9	55	70,5
Maior que 130 mg/dL	15	30,6	3	10,3	18	23,1
Vazio	1	2,0	4	13,8	5	6,4
Frequente unidade básica de saúde						0,999
Sim	53	98,1	33	100	Sim	53
Não	1	1,9	0	0	Não	1
Acesso a exames						0,858
Sim	43	79,6	26	78,8	Sim	43
Não	11	20,4	7	21,2	Não	11
Última visita na unidade básica de saúde						0,921
1-6 meses	35	64,8	22	66,7	1-6 meses	35
7-12 meses	8	14,8	5	15,2	7-12 meses	8
13-18 meses	1	1,9	1	3,0	13-18 meses	1
19-24 meses	4	7,4	1	3,0	19-24 meses	4
+24 meses	5	9,3	4	12,1	+24 meses	5

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

A Tabela acima demonstra os resultados do lipidograma. Entre crianças e adolescentes (n=9) não há real diferença conforme o sexo (p-valor = 0,999, não significante), portanto, a hipótese nula aponta para no geral: menor que 110 mg/dl (66,7%) e maior que 110 mg/dl (22,2%). Entre os adultos (n=78) não há real diferença conforme o sexo (p-valor = 0,057, não significante), portanto, a hipótese nula aponta para no geral: Menor que 130mg/dl (70,5%) e maior que 130 mg/dl (23,1%).

Na análise do exame citopatológico do colo uterino de 23 mulheres, cujos dados não foram apresentados em tabela, não foram observadas células neoplásicas no material examinado e houve uma alta prevalência de mulheres com resultado inflamatório (82,6%; 19/23), predominando a vaginose bacteriana (84,2% 16/19) dentre esses. Quanto aos microrganismos encontrados nos exames, destacaram-se os bacilos supracitoplasmáticos, como a *Gardnerella vaginalis* e os *Mobiluncus* (70%;

16/23), seguidos dos lactobacillus sp (21,7%; 5/23); de *Candida sp* (17,4%; 4/23); bacilos curtos (8,7%; 2/23), além de *Trichomonas vaginalis* (4,4%; 1/23). Em quatro exames foram encontrados mais de um microrganismo.

Sobre a prevalência de papilomavírus, os resultados positivos foram observados em 17,4% (4/23) dos casos, sendo que dessas infecções, 75% (3/4) são por tipos de alto risco oncogênico e uma das quatro pacientes infectadas possui uma infecção múltipla por dois tipos virais diferentes: o tipo 33 de alto risco oncogênico e o 70 de baixo risco oncogênico.

Quanto as patologias de saúde autorreferidas, houve mais de uma doença autorreferida por pessoa, a principal alteração de saúde referenciadas foram enxaqueca e hipertensão em ambos os sexos. A Infecção do Trato Urinário foi referida por várias mulheres 23,7% (18/76). As alterações lipêmicas foram mais autodeclaradas nas mulheres 13,2% (10/76) do que nos homens 6,7% (2/30) e problemas de saúde mental foram relatadas principalmente pelo sexo feminino 10,5% (8/76), diabetes teve 2,6% (2/76) registros em mulheres e 10% (3/30) em homens, não houve nenhum relato de infecções sexualmente transmissíveis no sexo masculino, apenas no sexo feminino (1,3%, 1/76).

Analisando o estado de saúde, 57,5% (50/87) possuem a autopercepção regular, 35,6% (31/87) consideram como bom, 5,7% (5/87) como ruim e apenas 1,2% (1/87) classifica como muito bom. Logo, 63,2% (55/87) possuíam uma percepção negativa de sua própria saúde (“Regular” ou “Ruim”).

DISCUSSÃO

De maneira geral, as comunidades remanescentes de quilombos são populações vulneráveis, com menores remunerações laborais, níveis educacionais mais baixos, com acesso restrito às políticas públicas e aos serviços de saúde¹⁰. Os resultados desta pesquisa evidenciam o perfil epidemiológico da comunidade de São José de Icatú e são importantes indicadores das condições de vida desse grupo específico.

Algumas pesquisas demonstram as condições ambientais precárias que diversas comunidades remanescentes vivem, não sendo condizente com a realidade

ideal para habitação, propiciando uma maior vulnerabilidade para estas comunidades¹¹. Contudo, dados obtidos nesse estudo indicaram que uma grande parcela apresenta infraestrutura relativamente adequada, fato que se distingue de outras comunidades. O abastecimento de água por poço artesiano foi observado na maioria das famílias, sendo o método de tratamento de água mais empregado a cloração. No entanto, foi evidenciado técnica de cloração inadequada, a maioria relatava adicionar o cloro diretamente no poço.

A condição socioeconômica mostra que a renda familiar da maioria dos participantes chega até um salário-mínimo, refletindo no rendimento familiar, visto que a baixa escolaridade, falta de emprego e difícil acesso à cidade, devido a condições geográficas, pode influenciar em ocupações com salários inferiores¹⁰. Logo, gera dificuldades nas condições de vida e cuidado à saúde dessa população, conseqüentemente, surge iniquidade social, sendo um agravante para o aparecimento de enfermidades e o prolongamento de doenças¹².

Os trabalhos informais e desempregos são comuns em comunidades remanescentes de quilombos. Apenas 2,9% da população está em empregos formais, demonstrando que uma grande parcela se encontra em subempregos. A partir disso, foi observado que as discriminações estão relacionadas aos determinantes socioeconômicos, o que dificulta a promoção dos direitos, assim quando identificada as razões das discriminações, verifica-se que gênero, cor e renda estão correlacionados¹³.

Após análise das características demográficas, os resultados se assemelham a pesquisa de Miranda¹⁴ onde a maioria dos residentes foi do sexo feminino (80%), com idades entre 30 e 59 anos (54%) e autodeclarados como raça/cor da pele pretos (70%). Quanto a escolaridade os resultados se assemelham a comunidade remanescente de quilombo de São Domingos do Capim/Pará onde o percentual foi de 46%¹⁵. Portanto, leva-se em conta a localização rural desses indivíduos, uma vez que a distância geográfica até a área urbana é vista como um dos principais motivos que afetam o acesso e o prosseguimento na educação.

Quanto aos serviços de saúde, todas as mulheres fizeram uso dos serviços da estratégia saúde da família ou unidade básica de saúde. Segundo Silva *et al*¹⁶. Isso possivelmente se deve a concepção de saúde estar ligada a figura social da mulher como detentora do cuidado. Resultados diferentes foram encontrados sobre o tempo

da última utilização do serviço de saúde, no estudo de Pereira, Mussi e Rocha¹⁷ a maioria das pessoas utilizaram o serviço de saúde nos últimos 12 meses, sendo mais provável que os homens fiquem mais de um ano sem usufruir de tais serviços.

A ingestão de bebida alcoólica, uso de drogas ilícitas e o tabagismo foram práticas bastante difundidas entre o sexo masculino e podem ser destacadas como as principais causas: a ausência de visão de futuro e desenvolvimento pessoal, precárias condições de vida e carências de estratégias governamentais que valorizem a saúde do homem quilombola. Diante disso, as doenças advindas dessas ações prejudiciais à saúde e o agravamento de condições pré-existentes, precisam de estratégias específicas que reforcem as necessidades das comunidades¹⁸.

Dentre as mulheres (51,9%) afirmaram não fazer ou não poder fazer atividade física. Este cenário não é diferente em outras comunidades, como na de quilombo de Abaetetuba/Pará, onde a inatividade física das mulheres foi de 94%, sendo um fator agravante para o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis¹⁹. Pesquisa realizada na comunidade Adelaide Maria da Trindade Batista no Paraná, demonstrou um percentual elevado de sobrepeso (30,3%) e pessoas obesas (45,5%) entre as mulheres. Estas têm cerca de 67 vezes mais chances de desenvolver doenças cardiovasculares, comparando-se com as que estão com peso normal. Assim, as mulheres fazem parte de uma parcela da população que tende a passar por situações de elevado estresse psicossocial e físico, os quais são parâmetros que podem influenciar o surgimento de sobrepeso e pessoas com obesidade. Com o avançar da idade as mulheres possuem uma tendência de depositar uma maior quantidade de gordura corporal que os homens²⁰. Campos e colaboradores²¹ observaram o predomínio de 29,4% de indivíduos com hipertensão, 10,2% com diabetes e 5,5% possuíam ambas. A hipertensão é mais prevalente em indivíduos de raça/cor da pele negros quando comparados a populações de raça/cor da pele brancas, entretanto, a origem da doença e hábitos de vida desempenham um papel significativo no aparecimento da hipertensão, variando de acordo com a raça/cor da pele. As doenças crônicas são responsáveis por atingir as parcelas mais vulneráveis da população, como as comunidades afrodescendentes que possuem baixa renda e escolaridade²².

A infecção urinária foi a doença mais autorreferida entre as mulheres. O desequilíbrio da microbiota vaginal pelo consumo excessivo de carboidratos, favorece o desenvolvimento de microrganismos prejudiciais. Somado a isso, a desnutrição pela

falta de nutrientes como minerais e vitaminas elevam as chances de infecções genitais em mulheres quilombolas. Sendo assim, nas populações remanescentes de quilombos, as práticas alimentares são influenciadas por fatores econômicos, uma vez que a dificuldade de obtenção de renda influencia na qualidade dos alimentos consumidos²³.

A autopercepção de saúde na comunidade de Icatú totalizam 63,2% da percepção negativa sobre sua própria saúde, o que se aproxima do estudo realizado na comunidade remanescente de quilombo no norte de Minas Gerais, o qual 46% autorreferem sua saúde como regular ou ruim²⁴.

Nos exames de hemoglobina em crianças e jovens não foi encontrado índices sugestivos de anemia e em adultos apenas um pequeno percentual. No entanto, a anemia é recorrente em comunidades afrodescendentes, tendo causas multifatoriais e a gravidade pode variar de acordo com as manifestações clínicas, sendo um imprescindível indicador socioeconômico, devido à baixa ingestão de nutrientes essenciais, pobreza e condições insalubres de saneamento básico, o que acarreta o aparecimento de doenças infecto parasitárias. Modificações comportamentais, do sistema imunológico e fraquezas musculares, podem gerar prejuízos no desenvolvimento de atividades de vida diária, já que as comunidades remanescentes de quilombos utilizam a agricultura de subsistência²⁵.

Quando ao lipidograma e dosagem glicêmica, notou-se que não houve uma associação significativa entre triglicerídeos, lipoproteína de baixa densidade e glicemia com o gênero. Esses parâmetros servem para identificar Síndromes Metabólicas que estiveram normais na maioria dos indivíduos desse estudo. Todavia, Barbosa²⁶ identificou síndrome em 48,3% das mulheres de uma comunidade remanescente de quilombo de Alagoas e associada a esta aproximadamente 30% havia hiperglicemia e 33,1% hipertrigliceridemia. Pesquisa realizada com mulheres beneficiárias do Bolsa Família constatou maior número de autodeclaradas raças/cor da pele pardas ou pretas, que se concentram no nordeste do país, com péssimo desempenho em indicadores de doenças crônicas, altos índices de excesso de peso, pessoas com obesidade, hipertensão, colesterol elevado, alto consumo de cigarro e percepção ruim de saúde, quando relacionada a mulheres não beneficiárias. Logo, percebe-se que as mulheres que são socialmente desfavorecidas possuem péssimo indicadores de saúde e estão expostas a diversas vulnerabilidades ligadas a níveis

inferiores de escolaridade, baixa renda e desigualdades sociais, o que possivelmente reflete no surgimento de síndromes metabólicas²⁷.

A *Gardnerella vaginalis*, associada ou não ao *Mobiluncus*, foi a mais evidente dentre os microrganismos encontrados nos exames citopatológicos das mulheres. Isso se dá pela desordem da microbiota do trato genital e está relacionada à diminuição ou ausência de lactobacilos acidófilos, o que faz com que aumente a produção de bactérias anaeróbias²⁸. Pesquisas apontam²⁹ que a infecção por *Gardnerella vaginalis* relacionada ou não a *Mobiluncus* podem ser influenciadas pela faixa etária, nível de escolaridade, ocupação e ausência de educação sexual, o que repercute em práticas como hábitos inadequados de higiene íntima do casal, vida sexual precoce, múltiplos parceiros e a não utilização de preservativo.

A infecção pelo papilomavírus esteve presente em 17,4% (4/23) das mulheres que realizaram o exame para pesquisa dele. Em uma comunidade remanescente de quilombo de Itapecuruçá no Pará, foi realizado uma pesquisa com mulheres, para analisar o conhecimento destas sobre câncer de colo uterino e seus fatores associados, 39% afirmaram que o papilomavírus não é um fator de predisposição para o câncer e 55% responderam que o exame Papanicolau só é realizado a cada quatro anos²³. Percebe-se a importância da educação em saúde como uma ferramenta que precisa ser utilizada para divulgação de informações a respeito do vírus e sua associação com câncer de colo uterino de forma lúdica para fácil compreensão e assim haver a sensibilização dessas mulheres para a realização do exame citopatológico e agora, mais recentemente, ao teste molecular para detecção da infecção viral, visto que muitos desses indivíduos, não possuem acesso a essas informações³⁰.

No presente estudo, foi possível identificar que os aspectos socioeconômicos refletem nas condições de vida da comunidade remanescente de quilombo de São José do Icatú, como a baixa escolaridade e renda, fazendo com que aumente ainda mais a vulnerabilidade social e conseqüentemente o desenvolvimento de doenças. Após a evidência da circulação da infecção por papilomavírus de alto risco oncogênico e alta prevalência de *Gardnerella vaginalis* e *Mobiluncus* é necessário levar o rastreamento preventivo para a comunidade, visto que esta população está exposta e sem cobertura de um rastreamento preventivo organizado, dificultando a garantia de uma melhor saúde e qualidade de vida.

É de extrema relevância o investimento em educação em saúde para disseminação de informações científicas que privilegiam a prevenção de doenças infecciosas e crônicas e que possam dar direcionamento e assim agilizar as intervenções em saúde de comunidades como esta. De acordo com os resultados apresentados, espera-se que a esfera governamental possa promover estratégias e intervenções voltadas às condições de saúde de comunidades remanescentes de quilombo, levando em conta sobretudo o contexto social, cultural e ambiental que esses indivíduos estão inseridos.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou como os determinantes sociais da saúde: baixa renda, escolaridade limitada, discriminação racial e geográfica, impactam diretamente na qualidade de vida e nos desfechos em saúde dessa população. Apesar de algumas melhorias estruturais, como o abastecimento de água por poço artesiano, persistem falhas nos métodos de tratamento e na cobertura de serviços básicos. A predominância de subempregos e o acesso limitado aos direitos sociais reforçam as desigualdades históricas que marcam essas comunidades.

Os dados levantados demonstram um quadro preocupante de saúde, sobretudo entre as mulheres, com altos índices de sedentarismo, sobrepeso, infecções ginecológicas e percepção negativa do próprio estado de saúde. A presença significativa de infecções por *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus* e papilomavírus de alto risco ressalta a necessidade urgente de rastreamento sistemático e ações de promoção e prevenção voltadas à saúde sexual e reprodutiva. Além disso, os hábitos alimentares precários e a falta de estratégias públicas específicas para os homens também revelam lacunas importantes nas políticas de atenção integral à saúde quilombola, sendo estes, fatores determinantes que impactam na saúde e qualidade de vida desse grupo.

Portanto, é fundamental que políticas públicas eficazes sejam planejadas e implementadas com base nas especificidades socioculturais dessas comunidades. O fortalecimento da atenção primária, a ampliação da cobertura de exames preventivos, a promoção da educação em saúde e a garantia de acesso equitativo aos direitos sociais são ações indispensáveis para a superação das vulnerabilidades. Somente

com uma abordagem intersetorial e sensível às particularidades dessas populações será possível reduzir as iniquidades e promover justiça social e saúde de forma integral e equalitária, pensando na melhoria do bem-estar e qualidade de vida da população quilombola, sendo esse um direito primordial de cada indivíduo e grupo social.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira HDS, Torres ZMC. Comunidade quilombola na região nordeste do Brasil: saúde de mulheres e crianças antes e após sua certificação. *Rev bras saúde mater infant.* 2015 Abr; 15(2): 219–29
2. Pereira ADS, Magalhães LA. Vida no quilombo: trabalho, afeto e cuidado nas palavras e imagens de mulheres quilombolas. *Interface Comun saúde educ.* 2023; 27: e210788.
3. Queiroz PSF, Neto JFR, Miranda LP, Oliveira PSD, Silveira MF, Neiva RJ. Transtornos mentais comuns em quilombolas rurais do norte de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc saúde colet.* 2023; jun; 28(6):1831–41.
4. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Quilombos do Brasil: segurança alimentar e nutricional em territórios titulados. V. 20. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; 2014.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro, IBGE; 2013. Plano nacional de saúde 2013. [Acesso em 29 de maio de 2024]. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/questionarios/>.
6. Rosenfeld LG, Malta DC, Bacal NS, Szwarcwald CL, Cuder MAM, Figueiredo AW. Valores de referência para exames laboratoriais de hemograma da população adulta brasileira: pesquisa nacional de saúde. *Rev bras epidemiol.* 2019; 22, (2):1-13.
7. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Consenso brasileiro para a normatização da determinação laboratorial do perfil lipídico. Versão 1.13; SBEM; 2016.
8. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Editora científica Clannad. São Paulo: SBD; 2020.

9. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais. 3. ed. – Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2012.
10. Mota AN, Maciel ES, Quaresma FRP, Araújo FA, Sousa LVA, Junior HM. Um olhar para a vulnerabilidade: análise da ausência de acesso à saúde pelos quilombolas no Brasil. *J hum growth dev.* 2021; 31(2):302-09.
11. Macedo JP, Dantas C, Dimenstein M, Leite J, Filho AA, Belarmino VH. Condições de vida, acesso às políticas e racismo institucional em comunidades quilombolas. *Gerais (univ fed juiz fora).* 2021; 14(1): e15488.
12. Araújo RLMS, Araújo EM, Silva HP, Santos CAST, Nery FS, Santos DB. LB. Condições de vida, saúde e morbidade de comunidades quilombolas do semiárido baiano, Brasil. *Rev baiana saúde pública.* 2019; mar/abr; 43(1): 226-24.
13. Amador EO, Pinheiro PNQ, Silva PA, Sandim DB, Dias EGR, Lima LNGC. Determinantes sociais em saúde como fator de impacto na assistência em saúde para populações quilombolas: uma revisão sistemática. *Rev eletrônica acervo saúde.* 2024. 24(4):1-12.
14. Miranda AL. Perfil socioeconômico e de saúde da comunidade quilombola de Umarizal, Baião-Pará [Trabalho de Conclusão de Curso]. Marabá (PA). Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Marabá; 2022. 60p.
15. Ramos NMJM. Caracterização socioepidemiológica em comunidades quilombolas do nordeste do Pará-Amazônia, Brasil [Dissertação]. Castanhal (PA): Universidade Federal do Pará; 2019. 73p.
16. Silva NN, Favacho VABC, Boska GA, Andrade EC, Mercês NP, Oliveira MAF. Access of the black population to health services: integrative review. *Rev bras enferm.* 2020; 73(4):e20180834.
17. Pereira RN, Mussi RFF, Rocha RM. Acesso e utilização dos serviços de saúde por quilombolas contemporâneos baianos. *Rev ABPN.* 2020; 12(31):449-69.
18. Santos FV, Rodrigues AIL, Nogueira LMV, Silva IFS, Andrade EGR. Gestão do cuidado em saúde no contexto do homem quilombola. *Rev onl pesq: cuidado é fundamental.* 2021; jan; 1217-26.
19. Leite DS, Costa KC, Nascimento RGN, Batista KNM. Hábitos de vida, perfil sociodemográfico e sexual de mulheres quilombolas da comunidade de Itacuruçá

em Abaetetuba/Pará. Saúde colet: avanços e desafios para a integralidade do cuidado. 2021; 3(1): 280-93.

20. Vieira VK, Lazarotto AK, Antes DC, Silva JC, Motter NS, Teló VLB et al. Prevalência e preditores do excesso de peso e do risco cardiovascular em mulheres quilombolas de Palmas, PR. Revi bras desenvolv. 2019; 5(12): 32277–99.

21. Campos SFF, Santo BS, Marques MN, Madi RR, Oliveira CCC, Melo CM. Condições de saúde e desigualdades contextuais em comunidades quilombolas na pandemia da covid-19. Diversit J. 2024; mar; 9(1):448-62.

22. Carmo TNBV, Araújo EM, Araújo RLMS, Pereira SRS, Silva HP, Souza BLM. Fatores associados a doenças crônicas não transmissíveis autorrelatadas em quilombolas do semiárido baiano. Rev baiana saúde pública. 2022; mai; 45(1):54-75.

23. Pereira CA. Perfil nutricional, consumo alimentar e candidíase em mulheres quilombolas de um município do Maranhão. [Dissertação]. São Luis (MA). Universidade Federal do Maranhão. 2024. 92p.

24. Oliveira SKM, Pereira MM, Guimarães ALS, Caldeira AP. Self-perceived health among 'quilombolas' in northern Minas Gerais, Brazil. Ciênc saúde colet. 2015; 20(9):2879-90.

25. Brauer AMNW, Gradella DBT, Souza AA, Souza MAA. Hemoglobinopatias em população quilombola de antigas cidades brasileiras. Scient Vit. 2020; 9(27): 25-40.

26. Barbosa LB. Consumo alimentar e associação com a síndrome metabólica e seus componentes: estudo de base populacional com mulheres quilombolas do estado de Alagoas, Brasil. [Tese]. Maceió (AL): Universidade Federal de Alagoas; 2022. 192p.

27. Bernal RTI, Mendes-Felisbino MS, Carvalho QH, Leyland A, Pell J, Dundas R. Indicadores de doenças crônicas não transmissíveis em mulheres com idade reprodutiva, beneficiárias e não beneficiárias do programa bolsa família. Rev bras epidemiol. 2019; 22(2):1-13.

28. Alves GB, Alvim MCT, Odozzi VF, Borges AKP, Baptista AB. Perfil etiológico e epidemiológico das vulvovaginites que acometem mulheres em uma cidade do estado de Tocantins. Revi eletrônica acervo saúde. 2021; 13(2):1-9.

29. Oliveira AB, França CAS, Santos TB, Garcia MAF, Tsutsumi MY, Júnior LCB. Prevalência de *Gardnerella* e *Mobiluncus* em exames de colpocitologia em Tomé-Açu, Pará. Ver para med. 2007; dez; 21(4):47-51.

30. Silva PS, Alves PM. O papel do enfermeiro na educação em saúde como ferramenta para conhecimento da mulher sobre o exame citopatológico. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Gama (DF). Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos. 2019. 19p.

3.3. CAPÍTULO III: CUIDADO FARMACÊUTICO E PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE EM COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS DA AMAZÔNIA

Neste capítulo foram abordados objetivos específicos listados abaixo:

- Descrever o perfil de saúde das CRQ de Icatú e Tambaí-Açu
- Discutir a importância do cuidado farmacêutico e de PICS nessas comunidades.
- Propor melhorias para a saúde e bem-estar das populações do estudo.

O artigo foi publicado na revista *Amazônia: Science & Health* (ISSN: 2318-1419), com Qualis CAPES B1 pela classificação do quadriênio 2017-2020.

O referido artigo submetido encontra-se a seguir conforme as normas de publicação da revista.

10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v13n2p91-105

ARTIGO ORIGINAL

<< Recebido em: 12/01/2025 Aceito em: 09/05/2025. >>



**Cuidado Farmacêutico e Práticas Integrativas
em Saúde em Comunidades Remanescentes de
Quilombos da Amazônia**

*Pharmaceutical care and Integrative Health Practices in
Amazonian quilombo communities*

Priscila de Nazaré Quaresma Pinheiro¹, Dayana de Barros Sandim², Paula Andrade Silva³, Emmily Oliveira Amador⁴, Adriano Felipe Barbosa Castro⁵, Ana Beatriz Henrique Santos⁶, Arnaldo Jorge Martins Filho⁷, Karla Valéria Batista Lima⁸

RESUMO

O estudo visa descrever o perfil de CRQ e discutir a importância do cuidado farmacêutico e da aplicação de práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) nessas comunidades. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado a partir de consultas farmacêuticas em duas CRQ do estado do Pará, onde foram analisados o perfil pessoal, histórico familiar e uso de medicamentos e outras PICS, por parte dos moradores, através do preenchimento de um prontuário físico, estabelecendo intervenções adequadas a cada caso. Houve predominância de mulheres de 29-59 anos, com consumo frequente de bebidas alcoólicas e alimentos ultra processados (122/163; 75%) em horários desregulados. Observou-se incidência de indivíduos hipertensos, com queixas relacionadas a dor de cabeça, estômago e dor na coluna. 23,65% (38/163) dos moradores declarou ter algum tipo de alergia ao medicamento utilizado e 12% (19/163) possuía alguma dificuldade relacionada ao uso. 50,44% (82/163) informou utilizar PICS, com destaque para a fitoterapia (82/82; 100%). Dentre as intervenções, destacam-se o aconselhamento (160/163; 98%) e prescrição farmacêutica (100/163; 61%). Este estudo contribui para a compreensão do cenário de desenvolvimento do cuidado farmacêutico em áreas de quilombos.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Quilombolas. Prescrições. Plantas Medicinais.

ABSTRACT

The study aims to describe the profile of QRCs and discuss the importance of pharmaceutical care and the application of integrative and complementary health practices (IHP) in these communities. This is a qualitative, descriptive and exploratory study, based on pharmaceutical consultations in two QRCs in the state of Pará, where the residents' personal profile, family history and use of medicines and other IHP were analyzed by filling out a physical medical record, establishing appropriate interventions for each case. There was a predominance of women aged 29-59, with frequent consumption of alcoholic drinks and ultra-processed foods (122/163; 75%) at unregulated times. There was an incidence of hypertensive individuals, with complaints related to headaches, stomachaches, and back pain. 23.65% (38/163) of the residents reported having some kind of allergy to the medication used and 12% (19/163) had some difficulty related to its use. 50.44% (82/163) reported using IHP, especially phytotherapy (82/82; 100%). Among the interventions, counseling (160/163; 98%) and pharmaceutical prescription (100/163; 61%) stand out. This study contributes to understanding the development of pharmaceutical care in quilombo areas.

Keywords: Pharmaceutical Services. Quilombola Communities. Prescriptions. Plants, Medicinal.

1. INTRODUÇÃO

Comunidades remanescentes de quilombolas (CRQ) ou quilombos contemporâneos, são comunidades negras afro-brasileiras que estão inseridas em questões emergenciais da sociedade do país. Estima-se que em toda extensão do território brasileiro, possa existir em torno de três mil comunidades remanescentes de quilombolas. Os remanescentes de quilombos vivem em territórios étnicos, em áreas de vivências coletivas distribuídas por inúmeros Estados do Brasil. Por décadas, as CRQ vêm resistindo às influências da sociedade externa e lutando com muita força pela inclusão social e reconhecimento de seus direitos e para que novas políticas públicas sejam implementadas a eles¹.

No que se refere às condições de saúde, 49,2% das CRQ autoavaliaram a sua saúde como regular. Quanto ao uso de medicamentos, verificou-se que 40% da população quilombola faz uso de algum tipo de medicamento. Quanto à procura pelos serviços de saúde, 60% relataram procurar “raramente” pelo serviço de saúde. Com essa problemática se faz necessário um olhar em especial por parte do profissional farmacêutico para essas comunidades, já que a Organização mundial de saúde (OMS) produziu recomendações mundial relacionadas no que diz respeito ao papel do profissional farmacêutico diante do sistema de atenção à saúde².

A OMS no Japão, especificamente na cidade de Tóquio em 1993, definiu o conceito de Atenção Farmacêutica, hoje conhecido como Cuidado farmacêutico, firmando a importância do papel farmacêutico, sendo este o responsável em disseminar informação sobre o uso correto, controle do uso seguro e racional do medicamento, tendo como o principal objetivo, atingir resultados positivos na saúde e na qualidade de vida da população³.

O cuidado farmacêutico pode ser enriquecido pela integração de conhecimentos ancestrais, oferecendo uma visão mais ampla e holística do cuidado em saúde. Os saberes tradicionais, muitas vezes baseados no uso de plantas medicinais e práticas naturais, podem complementar as terapias convencionais, proporcionando alternativas eficazes e culturalmente aceitas. O farmacêutico, nesse contexto, desempenha um papel fundamental ao avaliar a segurança e interações entre medicamentos alopáticos e fitoterápicos. Logo, a união dessas duas abordagens expande as opções terapêuticas e promove uma maior aceitação dos tratamentos pelos CRQ⁴.

A literatura destaca que, junto com as intervenções biomédicas nas CRQ os cuidados com a saúde ainda são realizados por meio dos conhecimentos ancestrais, que são repassados de gerações em gerações ao longo de séculos de tradição. Destacando o preparo e uso de remédios caseiros à base de plantas medicinais como uma das práticas integrativas e complementar (PICS) utilizada pela comunidade remanescentes⁵⁻⁶. Com isso, este trabalho tem como objetivo descrever o perfil de CRQ e discutir a importância do cuidado farmacêutico e aplicação de PICS nessas comunidades.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo qualitativo, descritivo e exploratório originado a partir de consultas farmacêuticas realizadas em duas CRQ da Amazônia brasileira, a qual visa descrever e refletir sobre o cuidado farmacêutico a comunidades tradicionais e vulneráveis. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa do Instituto Evandro Chagas (CEP/IEC) CAAE: 60723622.3.0000.0019, em 24 de janeiro de 2023, com número de parecer:

5.862.520. A população de estudo é composta de mulheres e homens moradores de duas CRQ, com idade mínima de 11 anos, mulheres e homens que podiam se deslocar até o local da consulta. Não houve critérios de exclusão quanto às patologias ou agravos apresentados. Sendo 77 indivíduos consultados em Icatú e 86 em Tambaí-Açú, somando um total de 163 quilombolas.

A comunidade de São Luís Tambaí-Açú, devidamente certificada pela Fundação Cultural Palmares por meio de autodefinição sob o registro nº 1.650 em 15 de março de 2012, está localizada no município de Mocajuba/Pará e a comunidade São José de Icatú, devidamente certificada pela Fundação Cultural Palmares por meio de autodefinição sob o registro nº 01420 009023/2010-81 em 20 de dezembro de 2010, localiza-se no município de Baião/Pará⁷⁻⁸. Quanto as consultas farmacêuticas, utilizou-se o acrônimo SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) adaptado⁹. Sendo aberto prontuário físico de primeira consulta no qual consta os seguintes itens: perfil do usuário; histórico social; histórico familiar; problemas de saúde; serviços realizados na consulta; resultados de exames; farmacoterapia atual; informações gerais; intervenções farmacêuticas e ações e metas pactuadas.

Entre as intervenções, para quilombolas hipertensos apresentando pressão arterial (PA) alta, se encaminhou para realização de PICS: Aromaterapia e sangria/auriculoterapia com sementes, sendo atendidos logo após consulta, por farmacêutico habilitado nas técnicas, usando os seguintes materiais: aparelho de aferição de pressão arterial (seguindo o preconizado pela Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial¹⁰); óleos essenciais de Ylang-ylang (*Cananga odorata*), lavanda (*Lavandula angustifolia*), eucalipto (*Eucalypto globulus*) e capim-santo (*Cymbopogon citratus*), todos da Laszlo® e seguindo técnica pela via inalatória, com 3 gotas de óleo essencial em algodão, por 10min de inalação¹¹. A sangria foi realizada no ápice da orelha com lanceta descartável e a auriculoterapia com sementes de mostarda¹²⁻¹³.

A coleta de dados foi realizada utilizando os prontuários da consulta farmacêutica preenchidos. Os dados foram exportados para planilhas do programa Excel® 365 apenas com a identificação numérica dos indivíduos para serem tabulados e analisados qualitativa e quantitativamente por porcentagens.

Abaixo fluxo de atendimento nas CRQ:

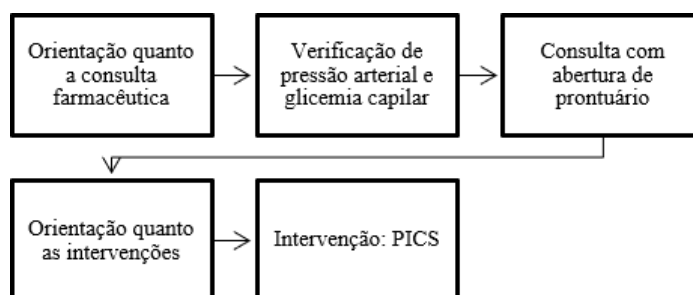


Figura 1: Sequência esquemática do fluxo de atendimento aplicado as CRQ

3. RESULTADOS

A tabela 1 mostra o perfil dos indivíduos consultados quanto ao sexo, a faixa etária, ocupação e histórico social, com porcentagem (%) e número (N) específico/total de quilombolas atendidos.

Tabela 1: Perfil dos quilombolas consultados

SEXO	% e N	OCUPAÇÃO	% e N
Feminino	58,28%(95/163)	Trabalho rural	60,5%(99/163)
Masculino	41,72%(68/163)	Estudante	13,5%(22/163)
		Dona de casa	10%(16/163)
FAIXA ETÁRIA	% e N	HISTÓRICO SOCIAL	% e N
Criança (0 a 14 anos)	7,54%(12/163)	Bebida alcoólica	31,28% (51/163)

Adulto (15 a 28 anos)	24,52%(40/163)	Tabagismo	7,36% (12/163)
Adulto (29 a 59 anos)	50,31%(82/163)		
Idoso (60 ou mais anos)	17,61%(29/163)		

Fonte: Autores, 2024

Em relação aos hábitos alimentares, uma grande parcela ingere alimentos processados ou ultraprocessados (75%-122/163) em horários desregulados. Muitos se alimentam de animais criados no quintal. Uma pequena parcela declara ingerir frutas, verduras e legumes adquiridos de hortas (11%-18/163). Verificou-se que 87% (142/163) dos entrevistados tomam o tradicional açaí com farinha d'água advinda da macaxeira.

Queixa quanto ao meio ambiente que o indivíduo estava vivendo: a maioria de Icatú (83%-64/77) respondeu não haver, contudo os que narraram algum problema disseram que insetos, cachorros e falta de iluminação nas ruas os incomodavam (17%-13/77). Em Tambaí-açu 60% (52/86) afirmaram não haver problemas, mas os que pontuaram indicaram: Morcegos, ratos e baratas (40%-34/86).

As doenças mais relatadas durante as consultas foram: Hipertensão (20,24%-33/163), diabetes (5,52%-9/163) e enxaqueca (5%-8/163). Contudo houve relatos de dislipidemia, obesidade e ansiedade, corrimento vaginal, gastrite e sinusite. Entre as queixas que levaram à consulta estão dor de cabeça (15,5%-25/163), dor de estômago (14,2%-23/163) e dor na coluna (12%-19/163). Todos os consultados tiveram aferida a PA, se observou que 19% (31/163) apresentaram ela aumentada.

Quanto ao histórico familiar da doença, em Icatu a maioria relata Hipertensão (36,36%- 28/77) e diabetes (19,4%-15/77), mas houve relato de familiares com câncer, dislipidemia e epilepsia. Em Tambaí-Açu, verificou-se um alto número de pessoas com familiar hipertenso (44%-38/86) e diabéticos (10,3%-9/86). Poucos relataram câncer e dislipidemia, não havendo relato de epilepsia. Percebe-se que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são predominantes nas comunidades estudadas.

Quanto à farmacoterapia, os anti-hipertensivos mais utilizados pelos consultados foram Losartana e hidroclorotiazida. Outros medicamentos também referidos foram hipoglicemiantes, anti-inflamatórios, anticoncepcionais, ácido acetilsalicílico e vitaminas.

Foi perguntado se já haviam realizado alguma PICS, 50,44% (82/163) responderam que sim, destacando a fitoterapia com 100% (82/82). Quanto a consultas

prévias com outros profissionais: 66,75% (109/163) relataram não ter consultado com outro profissional antes da consulta farmacêutica. Ocorrência de alergia foi relatada por 23,65% (38/163), presença de RAM (Reação adversa a Medicamento) em 13% (21/163). Quanto a dificuldade no uso de medicamentos, 12% (19/163) relataram ter. Quanto à Problema Relacionado a Medicamento (PRM), se verificou que a grande maioria não apresentou nenhum (92%-150/163). Em relação ao acesso a medicamentos alopáticos, 16% (26/163) têm dificuldade para comprar.

O uso de fitoterapia foi relatado em 50,44% (82/163) dos entrevistados, em forma de chá, das seguintes plantas: Erva-cidreira (*Lippia alba*), Boldo (*Plectranthus barbatus*) e capim-santo (*Cymbopogon citratus*). Também foram referenciados canela (*Cinnamomum cassia*), hortelã (*Mentha piperita*) e gengibre (*Zingiber officinale*).

Quanto às intervenções farmacêuticas realizadas durante as consultas, destaca-se: aconselhamento (98%-160/163) e prescrição farmacêutica em 61% (100/163). Outras intervenções como pedido de exames laboratoriais foram realizadas em 33,12% (54/163), solicitação de monitoramentos como de DCNT, verificou-se 22,65% (37/163), encaminhamentos foram realizados em 25% (41/163) dos casos e não houve nenhum registro de alteração de terapia.

Foram realizados 19 encaminhamentos para as PICS (aromaterapia e auriculoterapia com sementes), com foco na queixa de hipertensão. Os procedimentos e resultados são apresentados na figura abaixo.

PACIENTE	SEXO	QUILOMBO	AVALIAÇÃO INICIAL	AURICULOTERAPIA PONTOS	SANGRIA	AROMATERAPIA	AVALIAÇÃO APÓS PICS
	M/F				LOCAL	ÓLEOS	
1	M	ICATU	180K100			LAVANDA/YLANG YLANG	160K100
2	M	ICATU	150K90		ÁPICE DA ORELHA	YLANG YLANG/LAVANDA/CAPIM SANTO	140K90
3	F	ICATU	180K120	ÁPICE, YANG DO FIGADO, CORAÇÃO, FICADO	ÁPICE DA ORELHA	LAVANDA E EUCALIPTO	160K110
4	M	ICATU	160K100	ÁPICE		LAVANDA	130K80
5	F	ICATU	160K90		ÁPICE DA ORELHA	CAPIM SANTO, LAVANDA E YLANG YLANG	150K80
6	M	ICATU	160K100			CAPIM SANTO, LAVANDA E YLANG YLANG	140K80
7	F	ICATU	140K100			LAVANDA E CAPIM SANTO	120K80
8	M	ICATU	260K140	Coração	ÁPICE DA ORELHA		230K120
9	F	ICATU	150K90			LAVANDA	120K80
10	F	ICATU	160K90		ÁPICE DA ORELHA	LAVANDA E YLANG YLANG	150K80
11	M	ICATU	150K90	CORAÇÃO, H1, H4, HIPOTENSOR	ÁPICE DA ORELHA		110K70
12	M	ICATU	160K90			LAVANDA	130K80
13	M	ICATU	140K100		ÁPICE DA ORELHA	YLANG YLANG	140K80
14	M	ICATU	180K110		ÁPICE DA ORELHA	EUCALIPTO, YLANG YLANG, LAVANDA	180K110
15	F	TAMBAI-AÇU	160K100		ÁPICE DA ORELHA	EUCALIPTO	140K100
16	F	TAMBAI-AÇU	160K90	ANSIEDADE E CORAÇÃO		LAVANDA	150K100
17	M	TAMBAI-AÇU	180K80		ÁPICE DA ORELHA	EUCALIPTO E CAPIM SANTO	140K80
18	M	TAMBAI-AÇU	140K80			EUCALIPTO	120K80
19	F	TAMBAI-AÇU	200K100		ÁPICE DA ORELHA	EUCALIPTO E LAVANDA	140K80

Figura 2: Resultado da intervenção farmacêutica em quilombos utilizando PICS (aromaterapia e sangria e/ou auriculoterapia)

Fonte: Autores, 2024.

4. DISCUSSÃO

Analisando o perfil dos consultados, percebe-se que este trabalho corrobora com vários estudos realizados nessas comunidades: predominância do sexo feminino e de adultos, com relevante número de hipertensos, presença do etilismo e baixo índice de tabagismo^{2,14,15,16,17}. Analisando a ocupação declarada, observa-se principalmente agricultura de subsistência (plantação de mandioca e hortaliças), sendo lavradores que se dedicam à pequena agricultura e são estudantes, corroborando com os estudos^{15,17,18}.

Estudo realizado em comunidade quilombola do Maranhão¹⁴, relatou que a maioria se alimenta de enlatados, consomem refrigerantes e doces, fato também registrado em outras pesquisas^{16,18}, corroborando com o evidenciado neste trabalho. Logo, deve-se intensificar a educação em saúde alimentar e alinhar programas assistências que possibilitem ganhos financeiros para que estas famílias possam adquirir/plantar alimentos saudáveis. Sendo o papel do farmacêutico clínico essencial para o acompanhamento e aconselhamento quanto a alimentação em áreas de CRQ.

Pesquisas abordam as questões ambientais precárias observadas nas CRQ pelo Brasil: ausência de água encanada, ausência de sanitário na residência, dejetos eliminados a “céu aberto” no peridomicílio, sendo que no presente estudo ainda foram relatadas a ocorrência de outras situações como insetos e ratos, corroborando com o descrito nos estudos publicados e mostrando a grande necessidade de investimentos em saneamento básico, pois este é determinante para a saúde das comunidades^{17, 19, 20}.

As doenças prévias e queixas apresentadas nesta pesquisa foram indicativas de altas porcentagens para doenças cardiovasculares. Corroborando com os estudos^{2, 16, 21}, a elevação da expectativa de vida e da incidência dos fatores de risco cardiovascular, como diabetes e a hipertensão arterial não controlada, representam os principais motivos do crescente aumento das doenças cardiovasculares ao longo dos últimos anos. O farmacêutico, por ser capacitado para identificar e solucionar os PRM, pode oferecer grande contribuição no que tange o cuidado aos indivíduos com esse perfil.

As CRQ apresentaram necessidades importantes no que tange as comorbidades, efeitos indesejados a medicamentos, custo e aceitabilidade do tratamento, os quais também devem ser avaliados. Portanto, foi avaliado o impacto de um programa de acompanhamento farmacêutico em uma cidade da região norte, concluindo que o acompanhamento farmacoterapêutico melhorou significativamente

o controle da pressão arterial, principalmente da pressão arterial sistólica²². Corroborando com achados que demonstraram bons resultados quanto ao acompanhamento de indivíduos com Diabetes. Os dados deste estudo em comunidade quilombola demonstram a importância de implementação do cuidado farmacêutico a pacientes hipertensos e diabéticos, haja vista que estas patologias são as mais frequentes nessas regiões²³.

Quanto às questões geográficas de comunidades mais distantes, Vieira e Monteiro¹ e Gomes *et al*¹⁹ apontam para a persistência de fragilidades relacionadas às questões sociais e de saúde, bem como para a dificuldade de promoção dos processos inclusivos de universalidade e equidade em saúde para comunidades quilombolas. Além disso, alguns autores^{19,20} evidenciaram que os determinantes sociais de saúde são decisivos para a qualidade de vida dessas comunidades. Barros *et al*²⁴ relatam que deficiências estruturais podem dificultar a operacionalização dos princípios elementares da atenção básica, fragilizando a formação do vínculo profissional-usuário e a relação com os serviços de saúde locais. Eles ressaltam a imprescindibilidade de reconhecer a importância dos serviços clínicos farmacêuticos que são realizados em localidades distantes.

Da Silva *et al*²⁵ relatam a realidade de quilombos como marcada pela invisibilidade e exclusão social associada a vulnerabilidades acentuadas e persistentes frente à inacessibilidade ao serviço de saúde, com atendimentos centrado na cura e medicalização, portanto o combate a iniquidades à saúde representa um grande desafio. Os autores complementam reconhecendo o vínculo existente entre essa população e o território que habitam, tido por ela como fonte de subsistência e manutenção de relações sociais, culturais, religiosas, afetivas e simbólicas. Este fato foi igualmente percebido neste estudo. Poucos relatos foram evidenciados neste trabalho quanto a PRM, RAM, alergias, dificuldade de acesso ao tratamento e dificuldade no uso de medicamentos. Além disso, o pouco diagnóstico de doenças devido ao baixo acesso a consultas médicas, leva ao escasso tratamento medicamentoso, surgindo a automedicação como opção. Portanto o profissional farmacêutico contribui intensamente, por meio da consulta farmacêutica, para a melhora nesse cenário.

Devido ao grande número de hipertensos, se confirmou que o uso de medicamentos anti-hipertensivos ou os envolvidos com as comorbidades (diabetes e trombose) seriam os mais usados. Destaca-se também o fato da dor como uma das

queixas mais relatadas durante as consultas farmacêuticas, logo há considerável consumo de anti-inflamatórios e analgésicos, havendo alguns estudos corroborando com esses achados: Medeiros *et al*²⁶ e Leite *et al*²⁷. Considerando que se trata de populações rurais constituídas por lavradores na sua maioria, as questões laborais levariam a predominância de problemas relacionados à dor na coluna e muscular.

Quanto a Adesão ao tratamento medicamentoso, Penaforte²⁸ relata que o trabalho de campo demonstrou uma diversidade de posturas quanto ao uso dos medicamentos, capaz

de indicar que o cuidado não se orienta apenas a partir de um percurso, mas de formas múltiplas, instalando-se em um campo paradoxal. Araújo *et al*²⁹ avaliaram a adesão ao tratamento farmacoterapêutico em condições crônicas de saúde por meio do cuidado farmacêutico, verificaram que 84,71% dos indivíduos apresentaram tendência a aderir ao tratamento. Guerra *et al*³⁰ evidenciou que é crucial para o êxito do tratamento o acompanhamento do farmacêutico clínico, constituindo um pilar positivo.

Ribeiro *et al*³¹ realizaram em hospital da Bahia, várias intervenções farmacêuticas, os autores afirmam que a aceitabilidade no período do estudo foi positiva. Em estudo na Espanha, Garrides *et al*³² obteve resultados animadores quanto a importância do acompanhamento farmacêutico em domicílio, mostrando-se eficaz no que tange a resolução dos PRM, a adesão ao tratamento e o entendimento que os pacientes têm sobre os tratamentos farmacológicos e suas próprias patologias.

Nesta pesquisa, as principais intervenções foram o aconselhamento e a prescrição farmacêutica, fato que reafirma a importância do farmacêutico clínico prescritor corroborando com Lüthold *et al*³³, Batista *et al*³⁴, Ramos *et al*³⁴ e Dos Santos *et al*³⁵ que evidenciaram a importância da prescrição farmacêutica para diminuir a automedicação, a facilidade na comercialização e banalização na compra de medicamentos, principalmente os analgésicos, anti-inflamatórios e relaxantes musculares, os quais se apresentaram como uns dos mais usados pela população quilombola. Logo justifica-se os investimentos na consulta farmacêutica como forma de racionalizar o uso de medicamentos através da prescrição.

Quanto as PICS, em estudo na comunidade quilombola de Porto Alegre, município de Cametá, Pará, Durão *et al*⁶ fizeram levantamento etnobotânico das plantas comumente usada naquela região, corroborando com este estudo e o trabalho de Da Silva³⁶ quando verificou que o chá é a forma mais comum de preparo. Contudo,

no que se refere às plantas mais utilizadas, se observa espécies diferentes do narrado nesta pesquisa: *Kalanchoe pinnata* (folha da fortuna), *Dalbergia sp.* (Jacarandá), *Portulaca pilosa* (amor-crescido) e *Stryphnodendron adstringens* (barbatimão).

O uso de plantas medicinais é uma prática milenar que permanece sendo a principal terapia natural adotada por CRQ, corroborando com Do Vale *et al*³⁷, Souza *et al*³⁸, Silva *et al*³⁹, Gomes *et al*¹⁹, Silva *et al*⁴⁰ e Marvila *et al*⁴¹. Os resultados deste estudo também corroboram com Santos *et al*³⁵, onde estes evidenciaram que a hipertensão é uma queixa frequente e que o Boldo se apresenta como a planta mais usada. Além disso, é válida a

discussão sobre o uso racional e seguro de plantas medicinais, pois as DCNT requerem um tratamento contínuo e comumente há necessidade de politerapia. Logo, cabe acompanhamento dessas comunidades para que sejam esclarecidas sobre a grande importância das plantas como tratamento, mas que se deve ter cuidados na utilização para evitar PRM, sendo o farmacêutico clínico o principal orientador⁴².

O estudo de De Sousa *et al*⁴² revelou que as percepções da CRQ de Caldeirão, Ilha de Marajó, Pará, Brasil, demonstra predomínio do saber biomédico e da visão hospitalocêntrica. Atendimento pontual e curativista são alguns dos fatores que permeiam esse grupo populacional como observado por Cardoso *et al*¹⁶. Isto também foi perceptível nas comunidades estudadas deste trabalho, contudo se verificou a ancestralidade no uso de plantas medicinais e uma boa aceitação do cuidado farmacêutico manejando PICS, serviço inédito aplicado e registrado em comunidade quilombola, gerando resultados animadores quanto a diminuição de pressão arterial, corroborando com estudos de Siqueira¹³, Filho⁴³, Oliveira & Lopes⁴⁴ e Molerio⁴⁵. Logo, técnicas relacionadas as PICS apresentam-se como uma boa opção para o cuidado de saúde em comunidades vulneráveis, contudo se necessita de mais estudos nessa área.

Embora existam pesquisas abordando a temática da saúde nos quilombos, a literatura ainda é escassa em estudos que evidenciam as condições de saúde e principalmente, o cuidado farmacêutico, sendo este o primeiro registro sobre a temática. Demonstrando a carência quanto a presença do profissional farmacêutico clínico nas equipes multiprofissionais que atendem os vulneráveis quilombolas e povos da floresta e águas.

Considerando as dificuldades de acesso aos componentes do subsistema convencional de cuidado em saúde, essas comunidades buscam solucionar seus

agravos e processos de adoecimento embasados nas práticas tradicionais, que compreendem o subsistema popular. Nessas populações, o cuidado em saúde está atrelado a uma dimensão maior, vinculada às determinações históricas dos modos de viver de cada localidade e de sua ancestralidade. Portanto, o profissional farmacêutico conhecedor de PICs pode contribuir significativamente para a manutenção das terapias que valorizam a cultura popular.

Embora a atuação clínica do farmacêutico na prevenção e tratamento de doenças ainda seja discreta nos serviços brasileiros de saúde, é possível constatar que a participação dele nas equipes multiprofissionais pode melhorar a qualidade da assistência aos pacientes, contribuindo para a redução da incidência de PRM e na melhoria dos

resultados terapêuticos relativos à eficácia dos medicamentos. Este trabalho ratifica a importância do farmacêutico clínico, uma vez que, a atuação deste junto à equipe multidisciplinar visa promover a qualidade da terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, através da prevenção de erros de medicação e de uso irracional, promovendo o uso seguro e racional de medicamentos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção farmacêutica, especialmente por meio do aconselhamento e da prescrição farmacêutica, é fundamental para garantir o uso seguro e eficaz dos medicamentos. A prescrição, por sua vez, amplia o papel do farmacêutico no cuidado à saúde, permitindo que ele amplie sua atuação, aliviando a sobrecarga de outros serviços de saúde. Logo, as intervenções farmacêuticas contribuem diretamente para a promoção da saúde e a qualidade de vida de CRQ.

As práticas integrativas e complementares (PICs) têm se mostrado especialmente eficazes no cuidado de saúde em comunidades vulneráveis, onde o acesso aos serviços tradicionais de saúde pode ser limitado. Ao utilizar recursos naturais e culturais locais, as PICs fortalecem o vínculo entre profissionais de saúde e pacientes, respeitando os saberes populares. Além disso, elas contribuem para a redução de custos e a promoção da autonomia dessas comunidades, oferecendo alternativas seguras e sustentáveis para o tratamento de doenças crônicas e a prevenção de enfermidades.



O cuidado farmacêutico de acordo com as especificidades locais melhora a terapia anti-hipertensiva e auxilia no bom uso de plantas medicinais em comunidades quilombolas. Este estudo contribui para a compreensão do cenário de desenvolvimento do cuidado farmacêutico em áreas de quilombos e, conseqüentemente, fornece subsídios para as ações de planejamento, avaliação e qualificação dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1Vieira ABD, Monteiro PS. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. *Saúde debate*. 2013; 37 (99):610-618.

2TNBV, Araújo EM, Araújo RLMS, Pereira SRS, Silva HP, Souza BLM. Fatores associados a doenças crônicas não transmissíveis autorrelatadas em quilombolas do se

3Batista SCM, Albuquerque LER, Santos BGC, Silva NM, Medeiros JS. Polimedicação, atenção farmacêutica e cuidado farmacêutico. *J Biol Pharm Agric Manag*. 2020; 16(4):455- 469.

4Araújo PS. Atenção farmacêutica no Brasil: um resgate histórico. *Ciêns Saúde Colet*. 2008; 13(1):329-336.

5Gomes RF, Oliveira PSD, Silva MLO, Miranda SVC, Sampaio CA. Itinerários terapêuticos no cuidado em saúde em comunidades quilombolas. *Ciêns Saúde Colet*. 2024; 29(3): 1-10.

6Durão HLG, Costa KG, Medeiros M. Etnobotânica de plantas medicinais na comunidade quilombola de Porto Alegre, Cametá, Pará, Brasil. *Bol Mus Para Emílio Goeldi Zool*. 2021; 16(2):245-258.

7Brasil. Decreto nº 11.786 de 20 de novembro de 2023. Institui a Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental Quilombola e o seu Comitê Gestor. *Diário oficial da união*. 2023; 20 nov. 2023

8Malungu. Quilombo São José de Icatu é a pioneira na região do Baixo Tocantins (Amazônia Paraense) na elaboração do Protocolo de Consulta Prévia, Livre e Bem Informada. Malungu. 2023. [acessado em fev. 2024]. Disponível em: <https://malungu.org/quilombo-sao-jose-de-icatu-e-a-pioneira-na-regiao-do-baixo-tocantina-amazonia-paraense-na-elaboracao-do-protocolo-de-consulta-previa-livre-e-bem-informada/>.

9Vieira APBF, Silva VG, Rocha HMSG, Tavares MLD, Pinheiro NQ, Andrade MA, *et al*. Processo de elaboração de um protocolo para consulta farmacêutica em uma unidade básica de saúde de Belém. *Braz J Dev*.

2020; 6(12):95738-95754.

10Barroso, WKS. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2021; 116(3):516-658.

11Tisserand R. *Aromaterapia Para Todos* Capa comum. São Paulo. Editora Laszlo; 2017.

12Araujo B, Silva LALB, Melo RC, Bortoli MC. Acupuntura e auriculoterapia para o tratamento de hipertensão arterial sistêmica em adultos e idosos: revisão rápida. São Paulo: Instituto de Saúde, 2020. Acesso em: 28 de ago. De 2024. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/342480154>.

13Siqueira KCD. *Manual de apoio para consultas de auriculoterapia na atenção primária*. Porto Alegre: [s.n.], 2021.

14Linhares APC, Sousa DVLP, Moreira IMM, Castro KSK, Machado LM, Sampaio KLS. Avaliação do perfil epidemiológico de doenças cardiovasculares em quilombolas do município de Itapecuru-Mirim-MA. *Seven publicações.* 2024; 12(2):1-12. <https://doi.org/10.56238/sevened2024.005-017>.

15Pinho L, Dias L, Cruz RMA, Velloso NA. Condições de saúde de comunidade quilombola no norte de Minas Gerais. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J).* 2015; 7(1):1847-1855.

16Cardoso CS, Melo LO, Freitas DA. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. *Rev Enferm UFPE.* 2018; 12(4):1037-45.

17Amorim MM, Tomazi L, Silva RAA, Gestina RS, Figueiredo TB. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. *Biosci J.* 2013; 29 (4):1049-1057.

18Câmara JHR, Varga IVD, Araújo MTB, Silva HP. Racismo e insegurança alimentar: mazelas de uma comunidade quilombola da Amazônia legal brasileira. *Ciênc Saúde Colet.* 2024; 29(3):e16672023.

19Gomes WS, Gurgel IGD, Fernandes SL. Determinação social da saúde numa comunidade quilombola: análise com a matriz de processos críticos. *Serv Soc Soc.* 2022; 143(1):140-161.

20Amador EO, Pinheiro PNQ, Silva PA, Sandim DB, Dias EGR, Lima LNG, Filgueiras LA *et al.* Determinantes sociais em saúde como fator de impacto na assistência em saúde para populações quilombolas: uma revisão sistemática. *Rev Eletr Acervo Saude.* 2023; 24(4): e14922.

21Ribeiro LCA. A importância do cuidado farmacêutico na prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares. *Rev Eletr Acervo Saude.* 2020; 57:e4058.

22Gomes IG, Rossi EM, Mendes SJ, Santos BRM, Sabino W. Atenção Farmacêutica na Atenção Básica: uma experiência com pacientes hipertensos no Norte do Brasil. *Int J Cardiovasc Sci.* 2022; 35(3):318-326.

23Santos FCM, Costa MA, Giroto E, Possagno GCH. Cuidado farmacêutico em diabetes mellitus tipo 2: um desafio a ser enfrentado. *Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago".* 2023; 9(9g4):1-15.

24Barros DSL, Silva DLM, Leite SN. Clinical pharmaceutical services of primary health care of the Federal District: A discussion based on the SWOT matrix. *Braz J Pharm Sci.* 2022; 58:e18593.

25Silva LSL, Santos WS, Souza JTL, Araújo JBO, Costa ARA, Flores RGS, *et al.* Necessidades de Saúde em uma Comunidade Remanescente de Quilombo: Acesso a assistência médica, exames e medicamentos. *Concilium.* 2024; 24(10): 547-565.

26Medeiros DS, Moura CS, Guimarães MDC, Acurcio FA. Utilização de medicamentos pela população quilombola: inquérito no Sudoeste da Bahia. *Rev Saúde Pública.* 2013; 47(5):905-13

27Leite BO, Rêgo MAS, Almeida PRO, Medeiros DS. Uso de medicamentos entre adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas no interior da Bahia, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2022; 27(3):1073-1086.

28Penaforte TR. O sujeito e seu cuidado: a questão da adesão à medicação. *Physis (Rio J).* 2022; 32(3), e320311.

29Araújo NCF, Palhão DMR, Silva PVC, Ávila JOL, Cardoso KF, Santos ERF, *et al.* Avaliação da adesão ao tratamento em condições crônicas de saúde por meio do cuidado farmacêutico. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saude.* 2017; 8(3):37-41.

30Guerra SKS, Pontes MRL, Randau KP. Cuidado clínico farmacêutico e estratégia para o uso racional e adesão ao tratamento em pacientes com hanseníase numa Policlínica do Recife. *Rev Ciênc Med Biol.* 2022; 21(1):60-66.

31Ribeiro VF, Sapucaia KCG, Aragão LAO, Bispo ICS, Oliveira VF, Alves BL. realização de intervenções farmacêuticas por meio de uma experiência em farmácia clínica. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saude.* 2015; 6(4):18-22.

32Garrides CS, Aragonés E, Giralt M, Pratis CC, Romero FB, Canadell L. Evaluation of a pharmacist led intervention to reduce drug related problems in patients included in a home healthcare program: study protocol for a pragmatic randomized clinical trial. *BMC Geriatr.* 2024; 24(1):170.



33Lüthold RV, Cateau D, Jenkinson SP, Streit S, Jungo KT. Pharmacists' attitudes towards interprofessional collaboration to optimise medication use in older patients in Switzerland: a survey study. *BMC Health Serv Res.* 2024; 24(1):849.

34Ramos DC, Ferreira L, Júnior GAS, Ayres LR, Esposti CDD. Prescrição farmacêutica: uma revisão sobre percepções e atitudes de pacientes, farmacêuticos e outros interessados. *Ciênc Saúde Colet.* 2022; 27(9):3531-3546.

35Santos TG, Amaral RR, Vieitas DRI, Neto MABM. Análise etnofarmacológica de plantas medicinais em uma comunidade quilombola: ênfase em doenças crônicas. *Cogitare Enferm.* 2023; 28:e88742.

36Silva RBS, Nunes GC, Aragão JÁ, Moura RL, Deus MML, Sousa EAD, *et al.* Práticas integrativas e complementares: saberes e fazeres em comunidades quilombolas. *Braz J Implantol Health Sci.* 2024; 6(5):1746-1763.

37Vale FMS, Oliveira LFL, Mendes APS, Ferraz ALP, Souza KCA, Ribeiro MVM. Práticas alternativas de cura na comunidade quilombola Charco, Maranhão, Brasil. *Concilium.* 2022; 22(7):391–402.

38Souza YVB, Andrade HMLS, Andrade LP. Um Olhar sobre os Conhecimentos Tradicionais de Plantas Medicinais no Cuidado com a Saúde na Comunidade Quilombola do Timbó. *Ensaio Cienc.* 2024; 28(1):2-11.

39Silva AC, Lobato FJS, Canete VR. Plantas medicinais e seus usos em um quilombo amazônico: o caso da comunidade Quilombola do Abacatal, Ananindeua (PA). *Rev NUFEN.* 2019; 11(3):113-136.

40Silva EC, Correa MS, Almeida BB, Costa JM, Pereira MGS, Sousa RL. Plantas medicinais aromáticas e dos óleos (fixo e essencial): saberes, usos e formulações caseiras em uma comunidade rural, Amazônia Tocantina, Pará. *Rev Biodivers.* 2024; 23(1):158-166.

41Pimentel EF, Marvila RC, Endringer DC. Resgate etnobotânico de quilombolas do Espírito Santo. *Rev Cienc Interdisc.* 2023; 8(4):1-20.

42Sousa RF, Rodrigues ILA, Pereira AA, Nogueira LMV, Andrade EGR, Pinheiro AKC. Condições de saúde e relação com os serviços de saúde na perspectiva de pessoas de quilombo. *Esc Anna Nery.* 2023; 27(4):1-9.

43Filho GLM. Estudo sobre a eficácia da aromaterapia no tratamento da ansiedade e/ou hipertensão arterial: uma revisão integrativa de literatura. *Braz J Health Ver.* 2020; 3(3):4040-4061.

44Oliveira RR, Lopes SS. Hipertensão Arterial Sistêmica: Efeito Hipotensor

da Sangria no Ponto Reflexo Cerebral da Auriculoterapia. Rev Bras Terap Saude. 2013; 4(1):1-5.

45Armas IDLC, Medina BB, León TG, Armas S, Milán JYE, Villar MJG. Efectividad de la auriculoterapia en pacientes hipertensos ligeros y moderados. Acta Med Cent. 2013; 7(2):1- 7.



3.4. CAPÍTULO IV: DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE COMUNIDADE REMANESCENTE QUILOMBOLA DA AMAZÔNIA, BRASIL: CONSIDERANDO OS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAUDE

Neste capítulo foram contemplados os seguintes objetivos específicos:

- Analisar as características epidemiológicas, sociais e demográficas da CRQ de Tambaí-Açu
- Identificar os principais agravos ambientais e econômicos na CRQ de Tambaí-Açu.
- Descrever o perfil de saúde da CRQ de Tambaí-Açu.
- Propor melhorias para a saúde e bem-estar da população de Tambaí-açu.

O presente manuscrito foi submetido para a Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, ISSN: 1809-5909, com Qualis CAPES B2 pela classificação do quadriênio 2017-2020. A seguir imagem do artigo submetido.



Imagem 5 – Submissão enviada para a Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
Fonte: Site da Revista

O referido artigo submetido encontra-se a seguir conforme as normas de submissão da revista

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE COMUNIDADE REMANESCENTE
QUILOMBOLA DA AMAZÔNIA, BRASIL: CONSIDERANDO OS
DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE**

SITUATIONAL DIAGNOSIS OF A REMAINING QUILOMBOLA COMMUNITY IN THE
AMAZON, BRAZIL: CONSIDERING THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE UNA COMUNIDAD REMANENTE QUILOMBOLA
DE LA AMAZONÍA, BRASIL: CONSIDERANDO LOS DETERMINANTES SOCIALES
EN SALUD

Diagnóstico Situacional de Quilombo

Resumo:

Introdução: No Brasil, os quilombos eram locais para onde os negros de origem africana se refugiavam. Atualmente os quilombolas vivem restrições quanto ao acesso a saúde, muito relacionado aos determinantes sociais, tal como racismo estrutural e sexismo. **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. **Métodos:** 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. **Conclusões:** Apesar de todo o aparato em políticas públicas, a atenção básica ainda não é equitativa. É notória a necessidade de políticas preventivas que possam minimizar as questões sociais e de saúde que trazem sofrimento a essa comunidade.

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

Abstract:

Introduction: In Brazil, quilombos were places where black people of African origin took refuge. Nowadays, quilombolas experience restrictions in terms of access to health, which are largely related to social determinants such as structural racism and sexism. **Objective:** The aim of this study was to shed light on the epidemiology of the population living in a quilombola community and its association with social determinants of health. **Methods:** 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 old in the community. All the data was 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 pointed to 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, especially in their access to health services, which may be related to the social construction of the role of each sex. **Conclusions:** Despite all the public policy apparatus, primary care is still not equitable. There is a clear need for preventive policies that can minimize the social and health issues that cause suffering in this community.

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

Resumen:

Introducción: En Brasil, los quilombos eran lugares donde se refugiaban las personas negras de origen africano. Actualmente, los quilombolas sufren restricciones en el acceso a la salud, en gran parte relacionadas con determinantes sociales como el racismo estructural y el sexismo. **Objetivo:** El objetivo de este estudio fue esclarecer la epidemiología de la población residente en una comunidad quilombola y su asociación con los determinantes sociales de la salud. **Método:** Se aplicó un cuestionario semiestructurado basado en el formulario de la Encuesta Nacional de Salud 2013, las preguntas adaptadas a los objetivos del trabajo. Se obtuvieron 152 respuestas de residentes de la comunidad mayores de 12 años. Todos los datos fueron tabulados en Microsoft Excel®.365 y analizados estadísticamente mediante el software Jamovi® y se aplicaron pruebas de muestras independientes, considerando

$p < 0,05$ como asociación significativa. **Resultados:** El estudio señaló disparidades entre sexos en relación a la epidemiología, a pesar de estar expuestos a las mismas condiciones socioeconómicas, existen diferencias epidemiológicas al estudiar la salud de hombres y mujeres, especialmente en su acceso al servicio de salud, lo cual puede estar relacionado con la construcción social del rol de cada sexo. **Conclusiones:** A pesar de todo el aparato de políticas públicas, la atención primaria aún no es equitativa. Hay una clara necesidad de políticas preventivas que puedan minimizar los problemas sociales y sanitarios que causan sufrimiento en esta comunidad.

Palabras clave: Epidemiología; Factores Socioeconómicos; Poblaciones Minoritarias, Vulnerables y Desiguales en Salud

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.¹ 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.²

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.³

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.⁴

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.⁵ 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.⁶

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.⁷

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 em 24 de janeiro de 2023, o estudo é derivado 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 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 152 respostas).

Análise de dados

Este estudo avaliou uma amostra de $n=152$ participantes, classificados conforme o sexo: Masculino ($n=61$) e feminino ($n=91$), foram aplicados métodos estatísticos descritivos e inferenciais. As variáveis qualitativas foram apresentadas por distribuição de frequências absolutas e relativas. Na parte inferencial foram aplicados os seguintes métodos: (a) A distribuição das variáveis qualitativas foi avaliada pelo teste Qui-quadrado de tendência; (b) Nas variáveis qualitativas a comparação entre os grupos foi realizada pelo teste do Qui-quadrado; (c) As variáveis que tiveram p -valor <0.05 (estatisticamente significativa) quando relacionadas ao sexo masculino (variável dependente = 1) foram submetidas ao modelo multivariado de regressão logística. Foi previamente fixado erro alfa em 5% para rejeição de hipótese nula e o processamento estatístico foi realizado nos programas BioEstat® versão 5.3 e STATA Release® 16.

A regressão logística teve como objetivo avaliar a probabilidade de distinção dos indivíduos conforme o sexo, avaliando a hipótese que o Sexo masculino apresenta maior risco de adoecimento. Portanto, a variável dependente (Sexo) é do tipo binário. O estudo da probabilidade da ocorrência do evento de interesse é realizado com base nos resultados de um conjunto de outras variáveis que chamamos de variáveis explicativas.

RESULTADOS

Temos como principais resultados a Tabela 1, representando o estudo das características sociodemográficas e econômicas de $n=83$ participantes, quanto ao tipo de moradia própria, esse resultado foi estatisticamente significativo ($p < 0,0001$), com índice de confiança (IC) de 95%, variando entre 79,5% e 94,0%. Em relação a quantidade de cômodos internos, entre 3 a 4, também foi estatisticamente significativo ($p < 0,0001$), com um IC95% de 37,4% a 59,9%.

Tabela 1: Características sociodemográficas e econômicas de n=83 participantes.

Dados Sociodemográficas		Dados Econômicas	
Característica familiar	n (%)	Características familiar	n (%)
Tipo de moradia	n=83	Residentes com renda	n=75
Própria*	72 (86,7)	1 a 2	68 (90,7)
Cedida	9 (10,8)	3 a 6	7 (9,3)
Alugada	2 (2,4)	Tipo de renda familiar	n=83
Quantidade de cômodos internos	n=81	Trabalhador ativo	8 (9,6)
1 a 2	9 (11,1)	Beneficiário	52 (62,7)
3 a 4	40 (49,4)	Ambos	23 (27,7)
> 5	32 (39,5)	Tipo de benefício	n=82
Característica da casa	n=83	Aposentadoria e pensão	22 (26,8)
Alvenaria	57 (68,7)	Bolsa família e auxílios	49 (59,8)
Madeira	26 (31,3)	Seguro defeso	11 (13,4)
Material do telhado	n=82	Tipos de trabalho	n=94
Telha	78 (95,1)	Agricultura	73 (77,7)
Laje	2 (2,4)	Setor público	5 (5,3)
Madeira	2 (2,4)	Setor privado	2 (2,1)
Localização do banheiro	n=83	Autônomo	14 (14,9)
Dentro da casa	58 (69,9)	Valor da renda familiar	n=83
Fora da casa	25 (30,1)	R\$ 100,00 a R\$ 500,00	5 (6,0)
Escoamento de dejetos	n=83	R\$ 501,00 a R\$ 900,00	31 (37,3)
Fossa rudimentar	29 (34,9)	R\$ 901,00 a R\$ 1320,00	32 (38,6)
Fossa séptica	50 (60,2)	Acima de R\$ 1320,00	15 (18,1)
Vala	4 (4,8)	Dados Sociais Individuais	n (%)
Destino do Lixo	n=83	Cor/raça	n=151
Jogado a céu aberto	9 (10,8)	Preto	31 (20,5)
Incinerado*	65 (78,3)	Pardo	115 (76,2)
Reciclagem	2 (2,4)	Branco	4 (2,6)
Enterrado	7 (8,4)	Indígena	1 (0,7)
Abastecimento de água	n=83	Escolaridade	n=151
Rede	6 (7,2)	Nunca estudou	73 (48,3)
Poço raso	17 (20,5)	Fundamental completo	43 (28,5)
Poço artesiano	55 (66,3)	Médio completo	29 (19,2)
Direto do igarapé	4 (4,8)	Superior completo	6 (4,0)
Outro	1 (1,2)	Estado civil	n=150
Tratamento de água	n=83	Casado (a)/ União estável	85 (56,7)
Filtração	3 (3,6)	Divorciado (a)/ Separado (a)	16 (10,7)
Fervura	1 (1,2)	Viúvo (a)	8 (5,3)
Cloração	53 (63,9)	Solteiro (a)	41 (27,3)
Decantação	2 (2,4)	Religião	n=151
Não informado	24 (28,9)	Católico	108 (71,5)
		Protestante	43 (28,5)

*Tendência estatisticamente significativa ($p < 0,05$) pelo teste Qui-quadrado de tendência.

Fonte: Autores

Quanto as características predominantes nas residências, “alvenaria”, o p-valor de 0,0010 indica uma significância estatística, com um IC95% de 58,7% a 78,7%.

Quanto ao Material predominante do telhado: o material mais frequente foi Telhas, sendo um resultado altamente significativo ($p < 0,0001$), com um IC95% de 88,9% a 99,1%.

Em relação a localização do banheiro: esse achado foi estatisticamente significativo ($p = 0,0004$). Para escoamento de dejetos sólidos e líquidos: O método mais comum foi a "Fossa séptica" (60,2%), com um IC95% de 49,7% a 70,8%. altamente significativo ($p < 0,0001$).

Quanto ao destino do Lixo: é enterrado, com um IC95% de 2,5% a 14,4%, e foi altamente significativo ($p < 0,0001$). Abastecimento de água: é o "Poço artesiano" (66,3%), com um IC95% de 55,1% a 76,4%. Sendo altamente significativo ($p < 0,0001$). Em relação ao Tratamento de água: é a "Cloração" (63,9%), com um IC95% de 53,5% a 74,2%, altamente significativo ($p < 0,0001$).

No estudo das características econômicas, a Tabela 1 mostra que, em relação aos residentes com renda, a maioria possui renda, com um intervalo de confiança de 95% (IC95%) variando entre 73,6% e 90,2%, estatisticamente significativo ($p < 0,0001$). Já no tipo de renda familiar: é o "Beneficiário" (62,7%), com um IC95% de 52,2% a 73,1% e $p < 0,0001$. Quanto ao tipo de benefício: O "Bolsa família e auxílios", com um IC95% de 48,5% a 69,6%, estatisticamente significativo ($p < 0,0001$).

Quanto aos tipos de trabalho: na "Agricultura" (77,7%), com um IC95% de 80,9% a 95,0%. Esse achado foi altamente significativo ($p < 0,0001$). Em se tratando de Valor da renda familiar: A R\$ 901,00 a R\$ 1320,00 (38,6%), com um IC95% de 28,1% a 49,0%. Esse resultado foi estatisticamente significativo ($p < 0,0001$).

No estudo das características sociais, presentes na Tabela 1 temos: Cor/raça ("pardo"), com um intervalo de confiança de 95% (IC95%) ,variando entre 68,8% e 82,5%. Esse resultado foi estatisticamente significativo ($p < 0,0001$). Quanto a Escolaridade: nunca estudou (48,3%), com um IC95% de 40,1% a 56,0%, ($p < 0,0001$).

Os resultados referentes ao Estado civil: casada ou vive em união estável (56,7%), com um IC95% de 48,0% a 63,8%. Esse resultado foi estatisticamente significativo ($p < 0,0001$). Quanto a Religião: predominante é a Católica (71,5%), com um IC95% de 63,8% a 78,3%. Esse achado foi altamente significativo ($p < 0,0001$).

Na tabela 2, encontra-se a caracterização conforme o sexo de $n=152$ participantes. A análise da faixa etária por sexo mostra a não diferença significativa entre homens e mulheres. A distribuição por faixa etária entre homens e mulheres foi

relativamente semelhante. Esses dados mostram que a população estudada é predominantemente adulta, com uma presença significativa de jovens e idosos (Gráfico 1).

Tabela 2: Caracterização conforme o sexo de n=152 participantes.

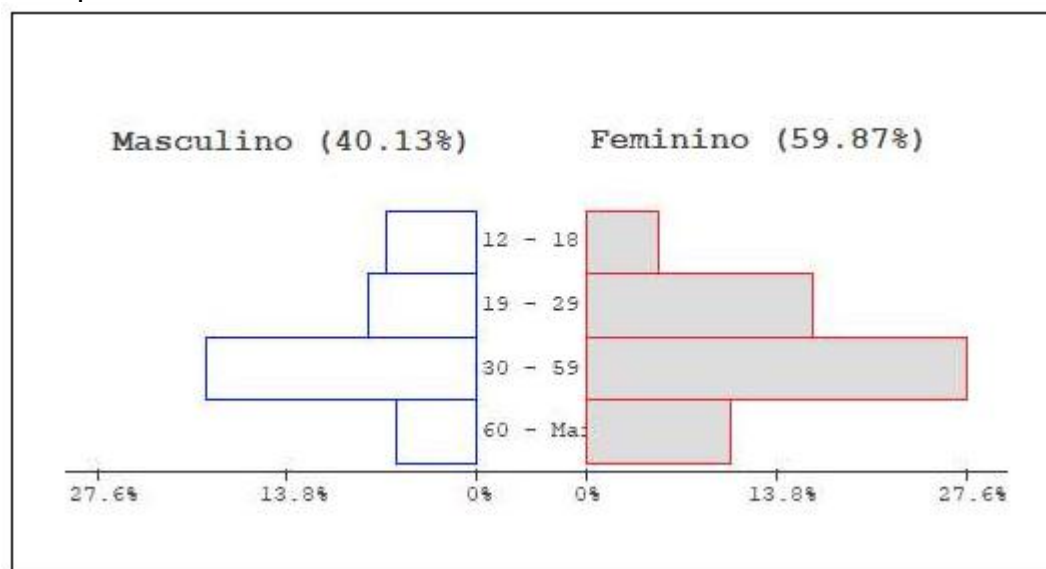
	Masculino n=61 (%)	Feminino n=91 (%)	Geral n=152 (%)	p-valor
Faixa etária			n=152	0.4004
12 a 18 anos	10 (16.4)	8 (8.8)	18 (11.8)	
19 a 29 anos	12 (19.7)	25 (27.5)	37 (24.3)	
30 a 59 anos	30 (49.2)	42 (46.2)	72 (47.4)	
60 ou mais	9 (14.8)	16 (17.6)	25 (16.4)	
Utiliza ESF ou UBS			n=152	0.9999
Sim	53 (86.9)	80 (87.9)	133 (87.5)	
Não	8 (13.1)	11 (12.1)	19 (12.5)	
Acesso a exames			n=152	0.3895
Sim	36 (59.0)	61 (67.0)	97 (63.8)	
Não	25 (41.0)	30 (33.0)	55 (36.2)	
Tempo utilização do serviço de saúde	n=59	n=91	n=150	0.0159*
1-6 meses	25 (42.4)	57 (62.6)	82 (54.7)	
7-12 meses	12 (20.3)	21 (23.1)	33 (22.0)	
13-18 meses	2 (3.4)	1 (1.1)	3 (2.0)	
19-24 meses	6 (10.2)	6 (6.6)	12 (8.0)	
+24 meses	14 (23.7)	6 (6.6)	20 (13.3)	
Fumo	n=60	n=91	n=151	0.0001**
Sim	24 (40.0)	11 (12.1)	35 (23.2)	
Não	36 (60.0)	80 (87.9)	116 (76.8)	
Álcool			n=152	0.0002**
Sim	28 (45.9)	16 (17.6)	44 (28.9)	
Não	33 (54.1)	75 (82.4)	108 (71.1)	
Drogas ilícitas			n=152	0.1456
Sim	4 (6.6)	1 (1.1)	5 (3.3)	
Não	50 (82.0)	82 (90.1)	132 (86.8)	
Não quis informar	7 (11.5)	8 (8.8)	15 (9.9)	
Atividade física	n=37	n=38	n=75	0.0294*
1x na semana	10 (17.5)	15 (17.0)	25 (17.2)	
2 a 3x na semana	15 (26.3)	16 (18.2)	31 (21.4)	
Diariamente	12 (21.1)	7 (8.0)	19 (13.1)	
Não faz/não pode	20 (35.1)	50 (56.8)	70 (48.3)	
Criança e adolescente (12-18 anos)	n=10	n=8	n=18	
Heomoglobina				0.1477
Menor que 11,0 g/dL	0 (0.0)	1 (12.5)	1 (5.6)	
11,0 – 14,8 g/dL	7 (70.0)	7 (87.5)	14 (77.8)	
Acima de 14,8 g/dL	3 (30.0)	0 (0.0)	3 (16.7)	
Adultos (acima de 18 anos)	n=50	n=82	n=132	
Heomoglobina				0.6172
Menor que 13,0 g/dL	4 (8.0)	---	4 (3.0)	
13,0 – 16,9 g/dL	46 (92.0)	---	46 (34.8)	
Acima de 16,9 g/dL	0 (0.0)	---	0 (0.0)	
Menor que 11,5 g/dL	---	11 (13.4)	11 (8.3)	
11,5 – 14,9 g/dL	---	71 (86.6)	71 (53.8)	
Criança e adolescente (12-18 anos)	n=10	n=8	n=18	
Triglicerídeos				0.1516
Menor que 90 mg/dL	5 (50.0)	7 (87.5)	12 (66.7)	
Maior que 90 mg/dL	5 (50.0)	1 (12.5)	6 (33.3)	
LDL	n=10	n=8	n=18	1.0000
Menor que 150 mg/dL	10 (100.0)	8 (100.0)	18 (100.0)	
Adultos (acima de 18 anos)	n=51	n=83	n=134	
Triglicerídeos				0.5273
Menor que 150 mg/dL	38 (74.5)	66 (79.5)	104 (77.6)	
Maior que 150 mg/dL	13 (25.5)	17 (20.5)	30 (22.4)	
LDL	n=51	n=83	n=134	0.5655

Menor que 130 mg/dL	37 (72.5)	55 (66.3)	92 (68.7)
Maior que 130 mg/dL	14 (27.5)	28 (33.7)	42 (31.3)

**p-valor <0.05 pelo teste Exato de Fisher; * p-valor <0.05 pelo teste de Qui-Quadrado de independência.

Fonte: Autores

Gráfico 1. Pirâmide etária da amostra (n=152) com a distribuição conforme o sexo dos participantes.



Fonte: Autores

Quanto ao Acesso ao serviço de saúde, a tabela destaca diferenças significativas nos comportamentos de saúde entre homens e mulheres. Quanto aos hábitos de vida por sexo, destaca-se a diferenças significativas nos comportamentos de saúde entre homens e mulheres.

Considerando as análises bioquímicas em crianças: a Hemoglobina por sexo destaca a não diferenças significativas entre meninos e meninas, No entanto, observa-se que 70,0% dos meninos e 87,5% das meninas apresentaram níveis maiores entre 11,0 a 14,8 g/dL, enquanto 0.0% dos meninos e 12,5% das meninas tiveram níveis menor que 11 g/dL.

A análise dos níveis de hemoglobina como indicador de anemia em adultos, o p-valor foi de 0,6172, indicando que não houve diferença significativa entre os sexos .No entanto, observa-se que 70,0% dos homens apresentaram o maior nível, entre 13,0 a 16,9g/dL, enquanto, 86.6% das mulheres tiveram o maior nível, entre 11,5 a 14,9g/dL.

Quanto as análises lipídicas: Crianças e adolescentes (12-18 anos), apresentaram Triglicerídeos, de p-valor =0,1516, indicando que não houve diferença significativa. No entanto, observa-se que 50,0% dos meninos e 87,5% das meninas apresentaram níveis menores que 90 mg/dL, enquanto 50,0% dos meninos e 12,5% das meninas tiveram níveis maiores que 90 mg/dL. LDL: O p-valor foi de 0,9999, mostrando que não houve diferença significativa. Todos os participantes apresentaram níveis menores que 150 mg/dL.

Para os Adultos (acima de 18 anos), Triglicerídeos: O p-valor foi de 0,5273, sem diferença significativa. A maioria dos homens (74,5%) e mulheres (79,5%) apresentou níveis menores que 150 mg/dL, enquanto 25,5% dos homens e 20,5% das mulheres tiveram níveis maiores que 150 mg/dL. LDL: O p-valor foi de 0,5655, não houve diferença significativa entre os sexos. A maioria dos homens (72,5%) e mulheres (66,3%) apresentou níveis menores que 130 mg/dL, enquanto 27,5% dos homens e 33,7% das mulheres tiveram níveis maiores que 130 mg/dL.

Quanto ao modelo multivariado de regressão logística. Este teve como resultado o $\chi^2=43.2$ com GL = 9 (graus de liberdade), 2 Log likelihood = -80.7 e p-valor <0.0001* (altamente significante). O modelo multivariado apresentou resultado estatisticamente significante para o sexo masculino nas variáveis: Fumo (p=0.001*, com OR=4.80 e IC95 entre 1.83 e 12.58), Álcool (p=0.006*, com OR=3.28 e IC95 entre 1.40 e 7.66). As duas variáveis a seguir são mais prováveis no sexo feminino: Não Praticar Atividade Física (p=0.039*, com OR = 0.0.4 e IC95% entre 0.19 e 0.95) e Dislipidemia (p=0.025*, com OR = 0.20 e IC95% entre 0.05 e 0.82).

Portanto, o modelo multivariado aponta para as duas características como fortes preditoras do sexo masculino: Tabagismo (Hábito de fumar, p-valor = 0.001*), Etilismo (Consumo de bebida alcoólica, p-valor = 0.006*). E como fortes preditoras do sexo feminino: Sedentarismo (Não praticar atividade física, p-valor = 0.0.039*) e a presença de dislipidemia (p-valor = 0.25*). O desempenho do modelo multivariado teve os seguintes valores preditivos para identificar indivíduos do sexo masculino: Sensibilidade (75.0%), Especificidade (72.9%), Falso-positivo (27.8%), Falso-negativo (25.0%), Valor preditivo positivo (85.7%), Valor preditivo negativo (57.3%), Acurácia (74.3% é a assertividade do modelo).

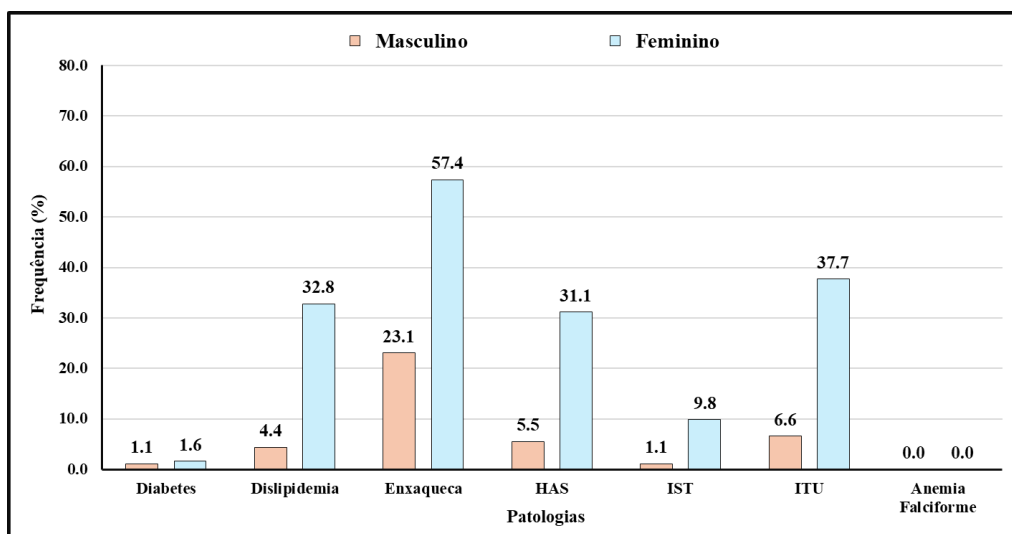
A análise das patologias por sexo (Tabela 3 e gráfico 2) destaca diferenças significativas entre homens e mulheres, tal como a prevalência de dislipidemia que foi muito maior nas mulheres (32,8%) em comparação com os homens (4,4%).

Tabela 3. Patologias (Presença / Ausência) conforme o sexo dos participantes.

Patologias	Masculino n=91 (%)		Feminino n=61 (%)		Geral n=152 (%)		p-valor
	Presença a	Ausência	Presença a	Ausência	Presença a	Ausência	
Diabetes	1 (1.1)	90 (98.9)	1 (1.6)	60 (98.4)	2 (1.3)	150 (98.7)	0.9999
Dislipidemia	4 (4.4)	87 (95.6)	20 (32.8)	41 (67.2)	24 (15.8)	128 (84.2)	<0.0001*
Enxaqueca	21 (23.1)	70 (76.9)	35 (57.4)	26 (42.6)	56 (36.8)	96 (63.2)	<0.0001*
HAS	5 (5.5)	86 (94.5)	19 (31.1)	42 (68.9)	24 (15.8)	128 (84.2)	0.0001*
IST	1 (1.1)	90 (98.9)	6 (9.8)	55 (90.2)	7 (4.6)	145 (95.4)	0.0170*
ITU	6 (6.6)	85 (93.4)	23 (37.7)	38 (62.3)	29 (19.1)	123 (80.9)	<0.0001*
Anemia Falciforme	0 (0.0)	91 (100.0)	0 (0.0)	61 (100.0)	0 (0.0)	152 (100.0)	0.9999

* p-valor <0.05 pelo teste de Qui-Quadrado de independência.

Fonte: Autores

Gráfico 2. Alterações de saúde autorreferidas por n=152 participantes.

Fonte: Autores

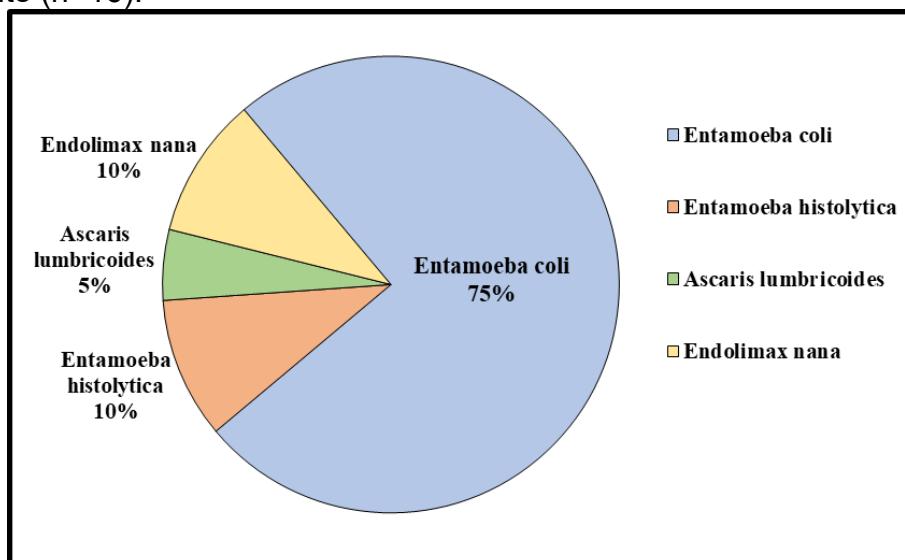
Considerando a enxaqueca: O p-valor foi de <0,0001, indicando uma diferença significativa entre os sexos. HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica): O p-valor foi de 0,0001, mostrando uma diferença significativa entre os sexos.

Para IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis): O p-valor foi de 0,0170, indicando uma diferença significativa entre os sexos. ITU (Infecção do Trato Urinário): O p-valor foi de <0,0001, mostrando uma diferença significativa.

Quanto a Anemia Falciforme: O p-valor foi de 0,9999, indicando que não houve diferença significativa entre os sexos.

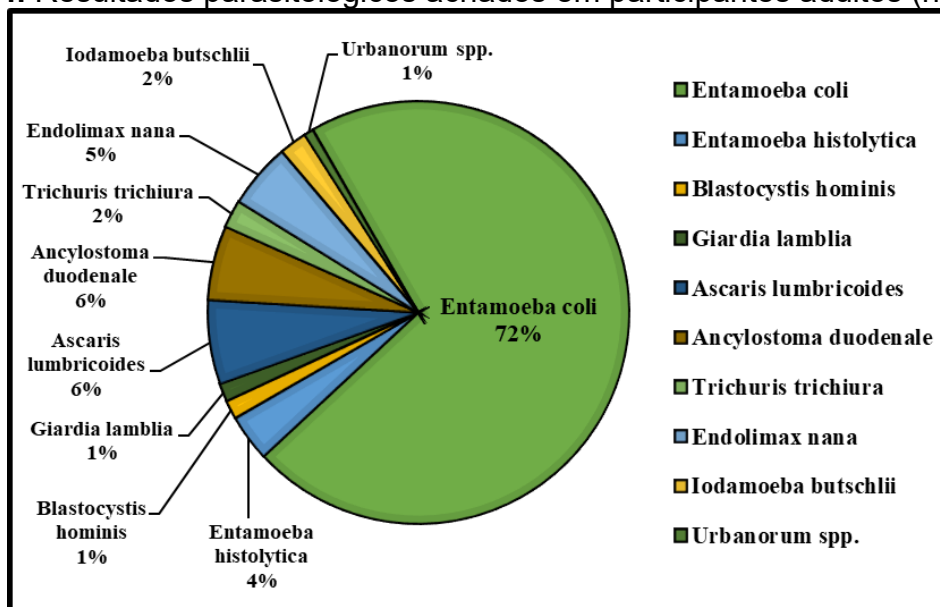
Nos gráficos 3 e 4, pode-se observar os achados no exame parasitológico de fezes realizado em crianças e adolescentes (12-18 anos) e adultos.

Gráfico 3. Resultados parasitológicos achados em participantes criança e adolescente (n=16).



Fonte: Autores

Gráfico 4. Resultados parasitológicos achados em participantes adultos (n=124)



Fonte: Autores

DISCUSSÃO

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.⁸, 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 própria. No estudo de Brauer et al.⁹, em 5 comunidades do Espírito Santo, percebe-se que a características de moradia repetem-se sendo alvenaria o material predominante, a cobertura das casas são preferencialmente telhas com 3 ou mais cômodos.

Segundo Freitas et al.¹⁰, 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. Sabe-se que onde o estado não atua de forma adequada e eficaz, agrava-se mais 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, logo, saneamento e a contaminação da água atuam como fatores determinantes para a ocorrência de parasitoses.^{11,12}

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.^{13,14}

O estudo de Xavier et al.¹³, 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. Um território delimitado e reconhecido permite a reprodução da cultura local.¹⁵

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 essas localidades, 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, 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.¹⁶

Considerando a criação da Fundação Cultural Palmares, em 1988, com objetivo de fortalecer valores e superar discriminações, sendo uma marca da democracia.¹⁷ 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.¹⁸ 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.^{19,14} No estado do Pará, município de Breu Branco foi observado que grande parte se autodeclarou como pardo, estes são casados ou “moram junto” além de maioria declarar-se católico.²⁰

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,²⁰ feito 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,⁹ 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.¹⁴, 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.¹⁹, em sua observação na Bahia, reitera que o racismo por parte dos profissionais de saúde é um agravo e colabora para o afastamento.

Diante deste cenário de dificuldades no acesso à serviços de saúde os quilombolas traçam estratégias de enfrentamento. Dentre elas estão a automedicação, preferindo procurar a farmácia comercial, que surge como a primeira porta de acesso à saúde. Uma alternativa adotada é o uso de plantas medicinais para o preparo de chás ou banhos que demonstram a utilização do saber tradicional dentro da comunidade.⁵

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 que as DCNT são prevalentes em populações com baixa índices socioeconômicos, nas populações quilombolas, a HAS e a diabetes são doenças comuns nas comunidades.^{19,14} O estudo de Miranda,²¹ 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.

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 colaboradores²² em que os homens apresentam cada vez mais envolvimento com drogas ilícitas e ingestão de álcool. No município de Abaetetuba no Pará, observou que as mulheres da comunidade, quando questionadas sobre os hábitos de vida prevaleciam o não-tabagismo, não-etilismo e falta de prática de atividades físicas.²³

A anemia não foi uma condição relatada, nem mesmo a anemia falciforme que é reconhecida como ligada a cor de pele/raça negra. Nos exames hematológicos foi observado 14 deles com baixas do parâmetro hemoglobina, sugestivo de anemia. O estudo de Joerin-Luque e colaboradores,²⁴ aborda que apesar da anemia falciforme ser associado a cor da pele/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.²⁵, 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,²⁶ 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. De forma geral, os protozoários foram os parasitos mais encontrados do que os helmintos. O estudo de Brauer et al.⁹, 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*. O estudo de Coutinho et al.²⁷ 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.¹¹

Assim, observa-se que as condições socioeconômicas e o papel social da mulher e do homem dentro das comunidades interfere diretamente na saúde, logo é necessário fortalecer a atenção primária a saúde por meio de políticas para a saúde de comunidades vulneráveis, que vivem nos campos, florestas e rios e focando na prevenção de doenças parasitológicas e crônicas. Os achados deste estudo demonstram uma estreita relação entre os DSS e a qualidade de vida da população quilombola de Tambaí-Açu.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os DSS que apresentaram maior preocupação foram as condições socioeconômicas e as disparidades de gênero. Apesar de todo o aparato em políticas públicas, com o intuito de melhorar o modo de viver da população, após o reconhecimento territorial, a atenção básica ainda 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 essa população.

REFERÊNCIAS

1. Silva GS da, Silva VJ da. Quilombos Brasileiros: alguns aspectos da trajetória do negro no Brasil. *Rev Mosaico-Rev Hist.* 2015;7(2):191–200. <https://doi.org/10.18224/mos.v7i2.4120>.
2. Andrade DA, et al. Avaliação da situação de insegurança alimentar em uma comunidade quilombola de Sergipe. *Segur Aliment Nutr.* 2017;24(2):125–40. DOI: 10.20396/san.v24i2.8650336.
3. Freitas DA, et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev CEFAC.* 2011;13(5):937–43. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000033>.
4. Cardoso CS, de Melo LO, Freitas DA. Condições de saúde nas comunidades Quilombolas. *Rev Enferm UFPE on-line.* 2018 abr;12(4):1037–45. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a110258p1037-1045-2018>
5. Sousa RF de, et al. Condições de saúde e relação com os serviços de saúde na perspectiva de pessoas de quilombo. *Esc Anna Nery.* 2023;27:e20220164. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0164pt>.
6. 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 União.* 2003 maio 23. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.678.htm.
7. Gomes WS da, Gurgel IGD, Fernandes SL. Saúde Quilombola: percepções de saúde em um quilombo do agreste pernambucano/Brasil. *Saúde Soc.* 2021;3. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021190624>.
8. Santos ENA, et al. Quality of life of women from a quilombola community in northeastern Brazil. *Braz J Biol.* 2022;84:e246463. <https://doi.org/10.1590/1519-6984.246463>.

9. Brauer AMNW, et al. Socioeconomic and parasitological aspects in Quilombola communities in two of the oldest municipalities in Brazil. *Rev Salud Pública*. 2019;21:588–94. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n6.76110>.
10. Freitas IA, Rodrigues ILA, da Silva IFS, Nogueira LMV. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. *Rev Cuidarte*. 2018;9(2):2187–200. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.521>.
11. Sousa FCA, et al. Prevalência de parasitoses intestinais em crianças de uma escola pública municipal. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2019;90(28). <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.90-n.28-art.515>.
12. Ignacio CF, et al. Intestinal parasitic infections in a low-income urban community: prevalence and knowledge, attitudes and practices of inhabitants of parque Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Patol Trop*. 2017;46(1):47–62. <https://doi.org/10.5216/rpt.v46i1.46293>.
13. Xavier LF, et al. O associativismo em territórios quilombolas: um estudo na Comunidade Quilombola Chácara do Buriti em Campo Grande/MS. *Rev Gest Secret*. 2023;14(8):12920–33. <https://doi.org/10.7769/gesec.v14i8.2584>.
14. Queiroz PSF, et al. Transtornos Mentais Comuns em quilombolas rurais do Norte de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2023;28(6):1831–41. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.15022022>.
15. Silva LP, Matsuoka EAC. The Brazilian Social Security System and Public Policies for "Quilombolas" Communities. *Rev Jurídica UFERSA*. 2019;3:104. DOI:10.21708/issn2526-9488.v3.n5.p104-119.2019
16. Corrêa GS, Monteiro GRFF, Marçal DC. A questão quilombola na conjuntura atual: Conflitos, desafios e r-existências. *Rev ANPEGE*. 2020;16(29):249–84. <https://doi.org/10.5418/ra2020.v16i29.12509>.
17. Moura C. 20 anos de história. *Rev Palmares*. 2008;4(4).
18. Rodrigues V. Movimento Negro, Quilombos e Democracia: trajetórias de lutas. In: *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*. 2020. p. 88. Disponível em: <https://ebookspedrojoaoeditores.wordpress.com/wp-content/uploads/2020/04/e-book-2o2o.pdf#page=88>
19. Almeida ILD, et al. Lifestyle, morbidity and multimorbidity in adult Quilombolas. *ABCS Health Sci*. 2020;45:1–7. <https://doi.org/10.7322/abcshs.45.2020.1325>.
20. Coelho GL. Perfil epidemiológico da comunidade quilombola de Vila Nova Jutai, Breu Branco-PA [Trabalho de Conclusão de Curso]. Marabá (PA): Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará; 2019. 75f. Disponível em: <http://repositorio.unifesspa.edu.br/handle/123456789/1224>.
21. Miranda AL. Perfil socioeconômico e de saúde da Comunidade Quilombola de Umarizal, Baião-Pará [Trabalho de Conclusão de Curso]. Marabá (PA): Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará; 2022. 60f. Disponível em: <http://repositorio.unifesspa.edu.br/handle/123456789/1914>.

22. Dos Santos FV, et al. Gestão do Cuidado em saúde no contexto do homem quilombola. *Rev Online Pesq Cuid Fundam*. 2021;13:1217–26. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7416>.
23. Leite DS, et al. Hábitos de vida, perfil sociodemográfico e sexual de mulheres quilombolas da comunidade de Itacuruçá em Abaetetuba/Pará. In: *Saúde Coletiva: avanços e desafios para a integralidade do cuidado*. Editora Científica Digital. 2021;3(21):280–93. DOI: 10.37885/210906277.
24. Joerin-Luque IA, et al. Ancestry, diversity, and genetics of health-related traits in African-derived communities (quilombos) from Brazil. *Funct Integr Genomics*. 2023;23(1):74. <https://doi.org/10.1007/s10142-023-00999-0>.
25. Oliveira LVA, et al. Prevalência da Síndrome Metabólica e seus componentes na população adulta brasileira. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(11):4269–80. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.31202020>.
26. Santos ISC, et al. Factores asociados con síndrome metabólico y calidad de vida de adultos en un municipio noreste de brasileño. *Rev Cuidarte*. 2021;12(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1678>.
27. Coutinho GB, et al. Presence of protozoans and helminths in quilombola children from Agreste region of Pernambuco, Northeast Brazil. *Braz J Health Rev*. 2020;3(6):19191–200. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-303>.

3.5. CAPÍTULO V: USO DE PLANTAS MEDICINAIS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM COMUNIDADE REMANESCENTE DE QUILOMBO DO ESTADO DO PARÁ

Neste capítulo foi contemplado o seguinte objetivo específico:

- Descrever o perfil de saúde da CRQ de Tambaí-Açu.

O artigo foi publicado na revista Delos (ISSN: 1988-5245), com Qualis CAPES B1 pela classificação do quadriênio 2017-2020.

O referido artigo submetido encontra-se a seguir conforme as normas de publicação da revista.

Uso de plantas medicinais e educação em saúde em comunidade remanescente de quilombo do Estado do Pará

Use of medicinal plants and health education in a quilombola remnant community in the State of Pará

Uso de plantas medicinales y educación en salud en una comunidad remanente de quilombo del Estado de Pará

Priscila de Nazaré Quaresma Pinheiro Mestre em Patologia das Doenças Tropicais Instituição: Universidade Federal do Pará Endereço: Belém – Pará, Brasil
E-mail: priscilapcr4@gmail.com

Emmily Oliveira Amador Mestre em Biologia Parasitária na Amazônia Instituição: Universidade do Estado do Pará Endereço: Belém – Pará, Brasil
E-mail: emmily.oamador@gmail.com

Ana Beatriz Henrique dos Santos Graduanda em Ciências Biológicas Instituição: Universidade do Estado do Pará Endereço: Belém – Pará, Brasil
E-mail: anabeatrizdossantos85@gmail.com

Adriano Felipe Barbosa Castro Graduando em Ciências Biológicas Instituição: Universidade do Estado do Pará Endereço: Ananindeua – Pará, Brasil
E-mail: adrianobarbosabarbosa22@gmail.com

Dayana de Barros Sandim

Especialista em Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica
Instituição: Universidade da Amazônia Endereço: Belém – Pará, Brasil E-mail: dsandim35@gmail.com

Arnaldo Jorge Martins Filho Doutor em Neurociências e Biologia Celular
Instituição: Universidade Federal do Pará Endereço: Belém – Pará, Brasil
E-mail: arnaldofilho@iec.gov.br

Karla Valéria Batista Lima Doutora em Genética e Biologia Molecular Instituição: Universidade Federal do Pará Endereço: Ananindeua – Pará, Brasil
E-mail: karlavaleria2007@gmail.com

RESUMO

A partir da diáspora africana e da resistência ao regime escravagista, os quilombos emergiram como espaços de liberdade e preservação cultural. Hoje, as Comunidades Remanescente de Quilombo (CRQ) enfrentam desigualdades nos Determinantes Sociais da Saúde, o que impulsiona o uso de saberes tradicionais, como o uso de plantas medicinais, prática herdada por gerações. O estudo objetiva descrever o uso de plantas medicinais pela Comunidade Remanescente de Quilombo São Luís Tambaí-Açu, localizada em Mocajuba (PA). Trata-se de estudo descritivo e exploratório, onde foi aplicado questionário semiestruturado com perguntas sobre uso de plantas medicinais. Sendo realizada uma pesquisa com 83 chefes de família, dos quais 83,13% relataram cultivar plantas medicinais. Foram identificadas 39 espécies, sendo as mais citadas: hortelã, boldo, verga-morta, erva-cidreira e urtiga. Com base nas respostas, foi promovida uma ação educativa com a construção de um horto medicinal, envolvendo todas as faixas etárias da comunidade. A atividade integrou práticas de educação em saúde com valorização da cultura local. A análise demonstrou que, embora comuns, muitas plantas possuem contraindicações, interações medicamentosas e efeitos adversos, reforçando a necessidade de seu uso racional. O estudo conclui que o uso de plantas medicinais constitui um elemento essencial do cuidado tradicional e da identidade quilombola. A construção do horto representou não só uma ação educativa, mas também o fortalecimento do pertencimento, da autonomia e da valorização da ancestralidade afrodescendente, propondo um diálogo entre o saber popular e o conhecimento científico.

Palavras-chave: quilombolas, plantas medicinais, ancestralidade, educação em saúde.

ABSTRACT

From the African diaspora and resistance to slavery, quilombos emerged as spaces of freedom and cultural preservation. Today, the Quilombo Remnant Communities (CRQ) face inequalities in the Social Determinants of Health, which encourages the use of traditional knowledge, such as medicinal plants, a practice inherited for generations. This study aims to describe the use of medicinal plants by the São Luís Tambaí-Açu Quilombo Remnant Community, located in Mocajuba, Pará. This descriptive and exploratory study involved administering a semi-structured questionnaire with questions about medicinal plant use. A survey was conducted with 83 heads of households, of which 83.13% reported cultivating medicinal plants. Thirty-nine species were identified, the most frequently cited being mint, boldo, verga-morta, lemon balm, and nettle. Based on the responses, an educational initiative was launched, involving the construction of a medicinal garden, involving all age groups in the community. The activity integrated health education practices with an appreciation of local culture. The analysis demonstrated that, although common, many plants have contraindications, drug interactions, and adverse effects, reinforcing the need for their rational use. The study concludes that the use of medicinal plants is an essential element of traditional care and quilombola identity. The construction of the garden represented not only an educational initiative but also the strengthening of belonging, autonomy, and the appreciation of Afro-descendant ancestry, proposing a dialogue between popular knowledge and scientific knowledge.

Keywords: quilombolas, medicinal plants, ancestry, health education.

RESUMEN

A partir de la diáspora africana y la resistencia al régimen esclavista, los quilombos surgieron como espacios de libertad y preservación cultural. Hoy, las Comunidades Remanentes de Quilombo (CRQ) enfrentan desigualdades en los Determinantes Sociales de la Salud, lo que impulsa el uso de saberes tradicionales, como las plantas medicinales, práctica heredada por generaciones. El estudio busca describir el uso de plantas medicinales por la Comunidad Remanente de Quilombo São Luís Tambaí-Açu, en Mocajuba (PA). Es un estudio descriptivo y exploratorio, con cuestionario semiestructurado sobre el uso de plantas. Se encuestaron 83 jefes de familia, de los cuales 83,13% dijeron cultivarlas. Se identificaron 39 especies, siendo las más citadas: menta, boldo, verga muerta, hierba luisa y ortiga. Con base en las respuestas, se promovió una acción educativa con la creación de un huerto medicinal, con participación de todas las edades. La actividad unió educación en salud con valorización de la cultura local. El análisis mostró que, aunque comunes, muchas plantas tienen contraindicaciones, interacciones y efectos adversos, reforzando la necesidad de un uso racional. El estudio concluye que el uso de plantas medicinales es esencial en el cuidado tradicional y en la identidad quilombola. El huerto representó no solo una acción educativa, sino también el fortalecimiento del sentido de pertenencia, autonomía y valorización de la herencia afrodescendiente, proponiendo un diálogo entre el saber popular y el conocimiento científico.

Palabras clave: quilombolas, plantas medicinales, ancestralidad, educación em salud.

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).

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).

As CRQ sofrem com iniquidades relacionadas aos Determinantes Sociais da saúde (DSS), estes 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.

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.

O uso de plantas é algo realizado 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).

Este estudo objetiva descrever as plantas medicinais usadas por CRQ do estado do Pará refletindo sobre a importância da educação em saúde sobre essa temática em comunidades vulneráveis.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Ao longo da história o ser humano vem utilizando as plantas para diferentes objetivos, dentre eles destacam-se as com finalidades terapêuticas. Os usos e a importância dessas plantas estreitam a relação vegetais-cultura a partir da disseminação do conhecimento sobre esse recurso, promovendo assim a valorização do conhecimento dos povos e populações tradicionais: indígenas, ribeirinhos, quilombolas e outros. (Alves *et al.*, 2015).

No Brasil, o surgimento de uma medicina popular com uso de plantas deve-se aos indígenas, com contribuições dos negros e dos europeus. Na época do Brasil colônia, os médicos encontravam-se nas metrópoles, tendo as populações das zonas rurais e/ou suburbanas que recorrer ao uso das plantas medicinais. A elaboração desta terapia complementar de cura e prevenção foi contemplada a partir das trocas de conhecimentos, sobretudo entre indígenas e africanos. Esse processo de miscigenação gerou uma diversificação de saberes sobre usos das plantas e seus aspectos medicinais, que sobreviveram de modo marginal até a atualidade (Da Silva *et al.*, 2015).

As CRQ preservam um valioso conhecimento sobre plantas medicinais. O conhecimento acumulado por elas através de séculos de estreito contato com o meio, possibilita obtenção de informações acerca do uso dos recursos naturais (Pinheiro; Monteles, 2007). Enfatiza-se, a importância desses saberes e da relação dessas comunidades com o meio ambiente, em especial no que tange ao uso das plantas medicinais e fitoterapia. Os costumes dos ancestrais quilombolas somados à forte influência da herança cultural africana têm uma ampla contribuição na Medicina Popular brasileira (Gomes; Bandeira, 2012).

Os indivíduos que vivem em CRQ se apropriam do conhecimento popular denominado de práticas complementares de cura, por meio de plantas e rituais

religiosos desde os tempos remotos. Essas práticas são caracterizadas por um conjunto de saberes empíricos, realizados por pessoas que se diferenciam em seus grupos étnicos por possuir habilidades ancestrais e por serem capazes de manusear plantas, raízes, águas, minerais por meio de oração, rezas, benzeção e outros ritos, promovendo a restauração da saúde (Gewehr *et al.*, 2017). Assim, essas práticas, permanecem nas CRQ como estratégias essenciais para a manutenção da saúde e da vida porque cumpre funções importantes, dentre elas, cuidar e tratar de doenças, males e problemas dentre os quais as comunidades quilombolas estão sujeitas (Tavares, 2019).

Em estudo de Da Silva *et al.* (2015) no quilombo de abacatal em Ananindeua/PA percebeu-se que o uso e o conhecimento em plantas medicinais foram adquiridos, em sua maioria, por meio de familiares, de geração em geração. Contudo, a observação de campo indicou que as informações sobre as plantas chegam por meio de redes informais de conhecimentos, onde saberes e práticas são difundidos entre vizinhos, amigos e familiares de forma muito dinâmica, por meio de conversas, trocas de mudas, sementes e receitas. Nesse cenário, se percebe a influência da figura da mulher, que ganha destaque na transmissão desse conhecimento, visto que ela é quem normalmente faz o cultivo de plantas medicinais, assim como tem o sentimento de querer dar continuidade a essa prática à sua saúde e de sua família.

É importante abordar que, como ocorre em casos de automedicação alopática, o uso de plantas medicinais sem conhecimento e racionalidade representa uma ameaça potencial para a saúde. Isto se dá, porque muitas plantas não possuem eficácia e segurança comprovadas, podendo interagir com medicamentos, e ocasionar sérias reações adversas. Dentre outros perigos, incluem-se a contaminação por fatores externos: parasitas patogênicos, metais pesados e pesticidas (Argenta *et al.*, 2011; Zeni *et al.*, 2017).

1. METODOLOGIA

1.1. CASUÍSTICA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório realizado em setembro de 2023, em que foi analisado o uso de plantas medicinais em população da Comunidade Remanescente de Quilombo São Luis Tambaí-açú em Mocajuba, no estado do Pará. O estudo 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 CAAE: 60723622.3.0000.0019, em 24 de janeiro de 2023.

1.2. LOCAL DE 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. 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).

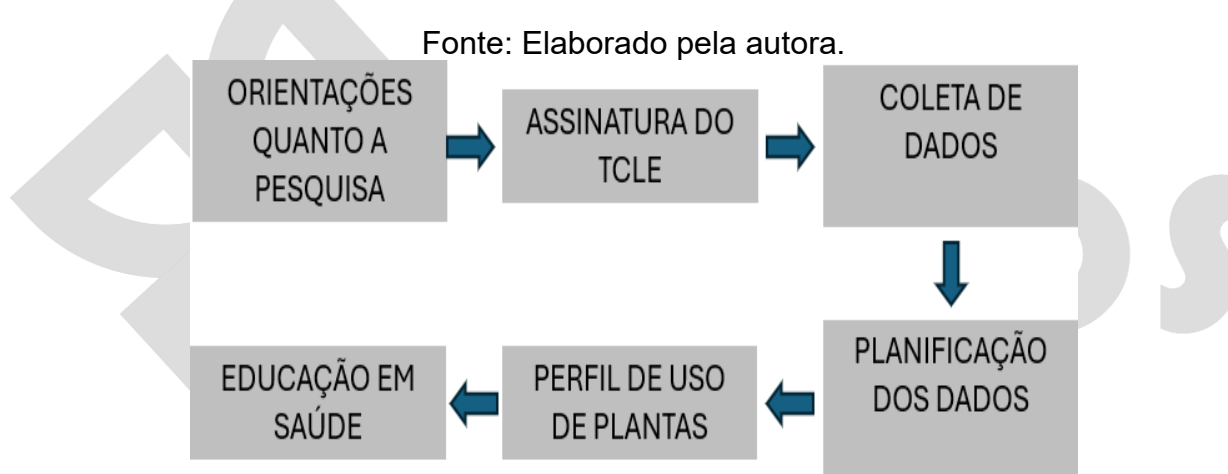
1.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foram incluídos no estudo 83 chefes de família da CRQ, obedecendo os seguintes critérios de inclusão: i) Adultos acima de 18; ii) Mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foram excluídas dos estudos pessoas com formulários incompreensíveis ou sem resposta completa.

1.4. DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido conforme fluxo abaixo:

Figura 1. Fluxograma do desenvolvimento do estudo.



Foram descritas as plantas medicinais utilizadas pela população, seu modo de uso e para quais doenças a comunidade utilizava. Além disso, foi realizada uma atividade de educação em saúde construindo um horto medicinal na CRQ, como atividade de extensão (com financiamento prévio em atenção a chamada pública sob o Edital nº 70/2023 da Universidade estadual do Pará) voltadas para o público jovem, adulto e idoso, como produto de estratégia para incentivo ao plantio e uso correto desta terapia.

Em um primeiro encontro foi guiada a construção de um viveiro para as plantas, juntamente com a participação de uma estudante de agronomia cuja família reside na CRQ. Em um segundo momento foi sensibilizada a comunidade e realizado o preparo do solo e plantio de mudas.

1.5. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi feita por meio de uma viagem de campo de 5 dias. Os participantes chefes de família responderam a um questionário semiestruturado baseado no questionário da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE (2013) com as seguintes perguntas abertas: “possui plantas medicinais no quintal de casa?” “Quais plantas?”. O formulário foi coletado em formato digital por meio do software Epi Info® da CDC e extraídos para o aplicativo Microsoft Excel® e exportados para análise descritiva. Após análise dos dados houve retorno a CRQ para realização da construção do horto medicinal e educação em saúde.

2. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 83 chefes de família entrevistados (83,13%) afirmaram ter plantas medicinais no quintal de casa. Quanto as plantas existentes no quintal, estas foram mencionadas por seus nomes populares, a figura 2 mostra, por meio de uma nuvem de palavras, as plantas e quais as mais citadas pelos chefes de família, dentre elas, destacam-se: verga-morta (bergamota), hortelã, boldo, urtiga e erva cidreira.

Figura 2. Nuvem de palavras sobre as plantas medicinais mais citadas durante a entrevista.



Fonte: Elaborado pela autora.

Este estudo corrobora com Da Silva *et al.* (2019), onde relataram que 92,9% dos quilombolas pesquisados usam plantas medicinais. Os autores inferem que o alto percentual de utilização desses vegetais, é motivado devido ao escasso acesso a serviços de saúde pública na Comunidade estudada. Também se observou plantas como boldo e capim-santo como uma das mais utilizadas.

As plantas mencionadas têm os mais diversos usos e preparações, estas 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).

Tabela 1. Plantas medicinais: suas características e uso.

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,	Pode causar fotodermatite, pode causar toxicidade com sintomas diarreia, confusão mental, choque,

					bacteriostático, anticonvulsante	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>Rothea 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 arritmicos 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	Cumarú	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 resfriado, antiviral	Antibacteriano, antiviral, anti-helmíntico, imunoestimulante, inseticida	Bem tolerada, o óleo pode causar lesão cutânea
21	Folha da laranja	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>Porophyllu m ruderale</i>	Hipotensor, varizes, hemorroidas, infecções uterinas, alimento	Não identificado	Não identificado
23	Folha grossa/Piracuru	1	<i>Bryophyllu m pinnatum</i>	Antitussígeno e tratamento para doenças dermatológicas, hipotensor, gripe, resfriado, analgésico, antidiabético, saúde mental	Antiinflatório, cicatrizante, antiúlcera	Bem tolerado, ainda sem estudos em grávidas e lactantes
24	For sangue	5	<i>Justicia polygonoid es</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 gastrointestina is , 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 gastrointestina is , cicatrização	Antiinflamatório, cicatrizante	Não informado.
29	Manjeriço	5	<i>Ocimum american u m</i>	Antiespasmódi c o, antitussígeno, expectorante	Anti-inflamatório, antimicrobiano, antiespasmódico	Não informado
30	Mastruz	4	<i>Coronopu s 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, envenenament o, ansiedade, analgésico	Anestésico, sedativo, antiespasmódico, anti-helmíntico	Altas doses causam efeitos sedativos
32	Oriza ou patchouli	4	<i>Pogostem o n heyneanu s</i>	Aromatizante, relaxante, problemas cardíacos	Antioxidante, antimicrobiano, larvicida	Não informado.
33	Pariri	3	<i>Arrabidae a chica</i>	Não informado.	Não informado.	Não informado.
34	Sabugueiro	1	<i>Sambucu s 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-inflamatório, problemas gastrointestina is	Não informado.	Não informado.

36	Terramicina	2	<i>Alternanthera brasiliana</i>	Diurético, digestivo, antidiarreica, acidente	Analgésico, anti-inflamatório, cicatrizante	Não há estudos sobre interações, não indicado para crianças e grávidas
----	-------------	---	---------------------------------	---	---	--

				vascular cerebral, antitussígeno, infecções do trato respiratório		
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. Interege 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	Interege com antidiabéticos e anticoagulantes, bem tolerado, não é indicado para grávidas por ser abortivo e para lactantes.
39	Verga-morta (Bergamota)	19	<i>Citrus Bergamia</i>	É usada em tratamentos contra estados febris, desintoxicação, desparasitação, retenção hídrica, gripes, ácido úrico, tensão nervosa, verminoses e resfriados	Obesidade, imunoestimulante, anti-inflamatório e antimicrobiano	Não informado.

Fonte: Elaborado pela 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 com 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.

De modo geral, as escolhas de cuidado de saúde expressam construções individuais e coletivas sobre as experiências de adoecimento e as formas de intervenção, construídas sob as influências de fatores pessoais, culturais e socioambientais. A literatura destaca que, nas comunidades quilombolas, os cuidados são exercitados por meio dos conhecimentos tradicionais, em contraste com as intervenções biomédicas (Gomes *et al.* 2023). O uso e preparo de remédios caseiros à base de plantas medicinais se apresenta como a prática mais adotada e preservada, como evidenciado por Pinheiro *et al.* (2025), no mesmo quilombo de Tambaí-açu aqui estudado, verificaram que 50,44% dos participantes usavam fitoterapia/plantas medicinais.

As mulheres, sobretudo as mais velhas, e os homens quilombolas exploram os diversos recursos naturais. A transmissão desse conhecimento ocorre entre as gerações, demonstrando uma forte herança cultural de cuidados. O subsistema popular representa o primeiro recurso a ser procurado (Gomes *et al.*, 2023).

Destaca-se a importância das plantas medicinais no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis-DCNT (prevalentes em CRQ, segundo Silva *et al.*, (2020) e Linhares *et al.*, (2024) e como elas podem atuar de forma complementar e positiva nas manifestações clínicas ou complicações ocasionadas por essas doenças (Dos Santos *et al.*, 2023). Isto é conseguido desde que haja racionalidade no uso.

Em estudo na comunidade quilombola de Porto Alegre, município de Cametá, Pará, Durão, Costa & Medeiros (2021) fizeram levantamento etnobotânico das plantas comumente usadas, corroborando com este estudo. Da Silva *et al.* (2024) verificou que o chá é a forma mais comum de preparo e observaram as seguintes espécies: *Kalanchoe pinnata* (folha da fortuna), *Dalbergia sp.* (Jacarandá), *Portulaca pilosa* (amor-crescido) e *Stryphnodendron adstringens* (barbatimão), divergindo deste estudo. Contudo Pinheiro *et al.* (2025) corrobora quando cita que as espécies: Erva-cidreira (*Lippia alba*), Boldo (*Plectranthus barbatus*) e capim-santo (*Cymbopogon citratus*) são utilizadas pela CRQ de Tambaí-Açu.

Quanto a atividade de educação em saúde, construção do horto medicinal: a população foi orientada e, posteriormente, houve a construção do horto com a participação dela, como observa-se na imagem a seguir:

Imagem 1. Construção do horto medicinal na CRQ.



Fonte: Elaborado pela autora.

O uso de plantas medicinais permanece sendo a principal terapia natural adotada por CRQ, corroborando com Do Vale *et al.* (2022), Souza, Andrade & Andrade (2024), Silva *et al.* (2019), Gomes *et al.* (2022), Silva *et al.* (2024) (2) e Pimentel *et al.* (2023). É válida a discussão sobre o uso racional e seguro de plantas medicinais, pois as CRQ apresentam DCNT que requerem um tratamento contínuo e comumente há necessidade de politerapia. Então a educação em saúde surge como uma importante ferramenta para se trabalhar com sensibilização quanto ao uso correto das plantas. Portanto ao se orientar a população e construir um horto medicinal corretamente elaborado, conciliando a racionalidade e o conhecimento popular, gera sentimento de autocuidado e pertencimento ao território.

A prática do uso de plantas medicinais proporciona visão singular sobre o ser humano e o processo saúde- doença, não sendo percebidas unicamente como práticas de cuidado, desvinculando-se do processo determinado e regulamentado pelo modelo biomédico e da medicalização pelas indústrias farmacêuticas, pois propõem a interpretação abrangente dos indivíduos em sua integralidade. Portanto, essa reflexão dialoga com os saberes e as práticas tradicionais presentes nas CRQ, os quais figuram como elementos fundamentais do cotidiano dos quilombos, pois constituem o seu imaginário e o seu mundo tangível, contribuindo para atribuir sentido à sua realidade material e sociocultural (De Sousa *et al.*, 2023).

3. CONCLUSÃO

O levantamento realizado sobre as plantas mais usadas na CRQ de Tambai-Açu mostra a variedade de espécies usadas, a importância que estas representam para a população e o vínculo desta com a terra. Concluindo-se que a valorização da cultura permanece advindo de suas ancestralidades.

Logo, estudos como este são muito relevantes para a saúde pública, haja vista que promove maior conhecimento sobre a temática, que é escasso na literatura científica, e aproxima as políticas de saúde da realidade vivida pelas CRQ, indicando intervenções mais assertivas quanto a atuação dos gestores do SUS em áreas que

preservam o uso de plantas medicinais. Podendo assim, qualificar corretamente profissionais da academia que possam atuar em território quilombola.

Quanto as limitações da pesquisa, não tivemos a avaliação etnobotânica de exsicatas das espécies citadas. Sugere-se para trabalhos futuros, aprofundar o estudo para determinação botânica das espécies e futuros estudos fitoquímicos das plantas encontradas em CRQ.

4. FINANCIAMENTO

Instituto Evandro Chagas (IEC) e à Universidade do Estado do Pará (UEPA) pelo financiamento do projeto.

REFERÊNCIAS

- ALVES, J. J. P. *et al.* Conhecimento popular sobre plantas medicinais e o cuidado da saúde primária: um estudo de caso da comunidade rural de mendes, São José de Mipibu/RN. **Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do Unifacex**, Natal, v. 13, n. 1, p. 136-156, 2015.
- ANVISA. **Memento Fitoterápico Farmacopeia Brasileira**. 115p. 1ª edição, Brasília, 2016.
- ARGENTA, S. C. *et al.* Plantas Mediciniais: Cultura Popular Versus Ciência. **Vivências**, v.7, n.12, p.51-60, 2011.
- BRASIL. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Mediciniais da Central de Medicamentos**. 148p. Ministério da Saúde, Brasília, 2006.
- Herbário UEPA. Herbário MFS Prof^a Dr^a Marlene Freitas da Silva. Disponível em: <https://herbariomfs.uepa.br/>. Acesso em: 14 de outubro de 2023.
- DA SILVA, A. C.; LOBATO, F. H. S.; CANETE, V. R., Plantas medicinais e seus usos em um quilombo amazônico: o caso da comunidade Quilombola do Abacatal, Ananindeua (PA). **Rev. NUFEN**, Belém, v. 11, n. 3, p. 113-136, 2019.
- DIEGUES, A. C. Conhecimentos, práticas tradicionais e a etnoconservação da natureza. **Desenvolvimento e meio ambiente**, v. 50, n. 1, p. 116-126, 2019.
- DURÃO, H. L. G.; COSTA, K. G.; MEDEIROS, M. Etnobotânica de plantas medicinais na comunidade quilombola de Porto Alegre, Cametá, Pará, Brasil. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi - Ciências Naturais**, v. 16, n. 2, p. 245-258, 2021.
- GEWEHR, R. B. *et al.* Sobre as práticas tradicionais de cura: subjetividade e objetivação nas propostas terapêuticas contemporâneas. **Psicologia USP**, v. 28, p. 33-43, 2017.
- GOMES, W. S.; GURGEL, I. G. D.; FERNANDES, S. L. Determinação social da saúde numa comunidade quilombola: análise com a matriz de processos críticos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 143, p. 140-161, 2022.
- GOMES, T. B.; BANDEIRA, F. P. S. F. Uso e diversidade de plantas medicinais em uma comunidade quilombola no Raso da Catarina, Bahia. **Acta Botanica Brasilica**, v. 26, n. 4, p. 796-809, 2012.
- LINHARES, A. P. C *et al.* Avaliação do perfil epidemiológico de doenças cardiovasculares em quilombolas do município de Itapecuru-Mirim-MA. **Seven publicações**, 12(2):1-12, 2024.

MATOS, W. S.; EUGENIO, B. G. 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, 2019.

MIRANDA, E. R. S.; RODRIGUES, D. S. Experiências de “Escola[s]” que educam a infância em comunidade quilombola na Amazônia Paraense. **Revista ODEERE**, v. 5, n. 9, 2020.

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

PEDROSO, R. S.; ANDRADE, G.; PIRES, R. H. Medicinal plants: an approach to rational and safe use. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, 2021.

PIMENTEL, E. F.; MARVILA, R. C.; ENDRINGER, D.C. Resgate etnobotânico de quilombolas do Espírito Santo. **Revista Científica Interdisciplinar**, n. 4, v.8, 2023.

PINHEIRO, P. N. Q. *et al.* Cuidado Farmacêutico e Práticas Integrativas em Saúde em Comunidades Remanescentes de Quilombos da Amazônia. **Revista Amazônia Science & Health**, v. 13, n. 2, 2025.

PINHEIRO, C. U. B.; MONTELES, R. Plantas medicinais em um quilombo maranhense: uma perspectiva etnobotânica. **Revista de Biologia e Ciências da Terra**, v. 7, n. 2, 2007.

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

UFPR. PORTAL DA PLANTAS TÓXICAS. <http://www.gege.agrarias.ufpr.br/plantastoxic/>. Acesso em: 14 de outubro de 2023.

SANTANA, B. F.; VOEKS, R. A.; FUNCH, L. S. Quilombola ethnomedicine: The role of age, gender, and culture change. **Acta Botanica Brasilica**, v. 36, p. e2020abb0500, 2022.

SANTOS, M.G.; QUINTERO, M. **Saberes tradicionais e locais: reflexões etnobiológicas**

[online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2018.

SANTOS, G. G. *et al.* Os riscos da automedicação a importância da prescrição farmacêutica.

Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, v. 4, n. 1, 2023.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/plantas-medicinais-folhetos>. Acesso em: 14 de outubro de 2023.

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

SILVA, P. G. N. *et al.* Fatores de risco cardiovascular em idosos de uma comunidade quilombola. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. 44773, 2020.

SILVA, R. B. S. *et al.* Práticas integrativas e complementares: saberes e fazeres em comunidades quilombolas. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.],

v. 6, n. 5, p. 1746–1763, 2024.

SILVA, E. C. *et al.* Plantas medicinais aromáticas e dos óleos (fixo e essencial): saberes, usos e formulações caseiras em uma comunidade rural, Amazônia Tocantina, Pará. **Revista Biodiversidade**, v. 23, n. 1, 2024.

SOUZA, Y. V. B.; ANDRADE, H. M. L. S.; ANDRADE, L. P. Um Olhar sobre os

Conhecimentos Tradicionais de Plantas Medicinais no Cuidado com a Saúde na Comunidade Quilombola do Timbó. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 02–11, 2024.

SOUSA, R. F. *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.

TAVARES, F. **Saberes e fazeres terapêuticos quilombolas: Cachoeira, Bahia**. 2ªed., Salvador: EDUFBA, 2019.

VALE, F. M. S. *et al.* Práticas alternativas de cura na comunidade quilombola Charco, Maranhão, Brasil. **Concilium**, v. 22, n. 7, 2022.

ZENI, A. L. B. *et al.* Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na atenção primária em Blumenau, Santa Catarina, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.8, p. 2703- 2712, 2017.

3.6. CAPÍTULO VI : RELATÓRIOS

Foram encaminhados relatórios, a seguir , através de e-mail, aos municípios envolvidos na pesquisa.

RELATÓRIO ICATU

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

RELATÓRIO SOBRE A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA COMUNIDADE REMANESCENTE DE QUILOMBO (CRQ) DE SÃO JOSE DE ICATU

Pesquisadoras: Me. Priscila de Nazaré Quaresma Pinheiro-UEPA
Dra. Karla Valéria Batista Lima-IEC

Belém
2025

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Este relatório é produto da pesquisa de doutorado da discente Me. Priscila de Nazaré Quaresma Pinheiro realizada com financiamento do Instituto Evandro Chagas (IEC) e Universidade do Estado do Para (UEPA) sob orientação da Profa Dra. Karla Valéria Batista Lima. Este estudo foi aprovado em 24 de janeiro de 2023, pelo CEP/IEC CAAE: 60723622.3.0000.0019 sob número de parecer 5.862.520 e título: “ANÁLISE SITUACIONAL DE COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBO DO ESTADO DO PARÁ E CUIDADO FARMACÊUTICO”. Telefone para entrar em contato com as pesquisadoras: (91)988373045.

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e qualitativo que avaliou os aspectos sociodemográficos, econômicos e de saúde da comunidade de Icatu localizada em Baião/PA. Foram estudadas 87 pessoas moradoras da comunidade, seguindo o fluxograma abaixo:

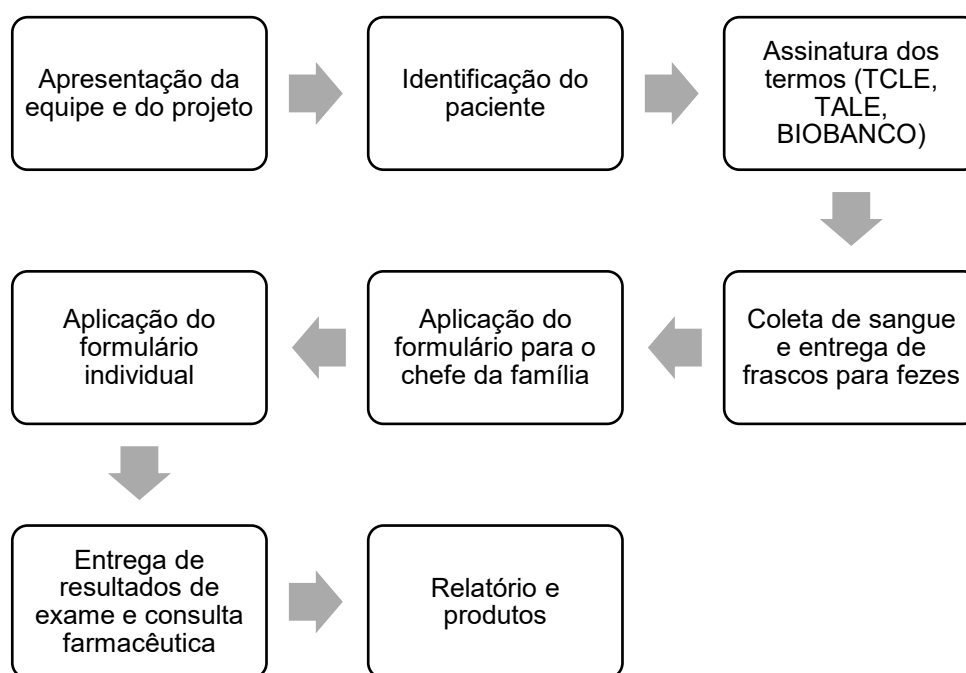


Figura 1: Fluxograma de atendimento na coleta de dados.

Fonte: Autora.

2. PROBLEMÁTICAS

PROBLEMÁTICA	DESCRIÇÃO
1. DADOS DEMOGRÁFICOS (Condições de moradia)	Moradia própria (90,2%) com 3 a 4 cômodos (45,1%), construção de alvenaria (70,6%) e com fossa séptica (62,7%).
2. DADOS DEMOGRÁFICOS (Destino do lixo e águas)	86,3% fazem incineração do lixo; 60,8% têm poço artesiano e apenas 39,2% relatam fazer uso de cloração.
3. DADOS ECONÔMICOS (Renda e benefícios)	Renda familiar de até 1 salário-mínimo (56,9%); 1 a 2 pessoas (49,0%) possui renda na família vinda de benefícios; o principal benefício é o bolsa família e auxílios (52,9%,).
4. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS (faixa etária, cor da pele e escolaridade)	Idade predominante entre 30 e 59 anos (54%), sexo feminino (63,2%), raça cor da pele negra (81,6%) e escolaridade fundamental incompleto (51,7%).
5. DADOS DE SAÚDE (Serviços de saúde e frequência de uso por sexo)	100% das mulheres usam a UBS ou ESF, já os homens 97%. Intervalo de frequência de utilização do serviço foi de 1 a 6 meses para os homens (66,7%) e mulheres (64,8%).
6. DADOS DE SAÚDE (Tabagismo, álcool, drogas ilícitas e exercício físico por sexo)	O tabagismo é consideravelmente maior entre os homens (45,5%). O consumo de álcool variou entre o sexo masculino (63,6%) e feminino (44,4%). Nenhuma das mulheres

	relatou uso de drogas ilícitas, enquanto 12,1% dos homens o praticaram. A maioria das mulheres (51,9%) não praticam atividade física.
7. DADOS DE SAÚDE (Patologias)	Hipertensão arterial, enxaqueca, infecção do trato urinário, alterações lipídicas e sofrimento mental.
8. DADOS DE SAÚDE (Estado de saúde)	57,5% possuem a autopercepção regular, 35,6% consideram como bom, 5,7% como ruim e apenas 1,2% classifica como muito bom. Logo, 63,2% possuíam uma percepção negativa de sua própria saúde (“Regular” ou “Ruim”).
9. DADOS DE SAÚDE (Exame citopatológico do colo uterino)	Não foram observadas células neoplásicas no material examinado e houve uma alta prevalência de mulheres com resultado inflamatório (82,6%), predominando a vaginose bacteriana (84,2%). Quanto aos microorganismos encontrados nos exames, temos: <i>Gardnerella vaginalis</i> e os <i>Mobiluncus</i> (70%), seguidos dos <i>Lactobacillus</i> sp (21,7%); de <i>Candida</i> sp (17,4%); bacilos curtos (8,7%), além de <i>Trichomonas vaginalis</i> (4,4%). Em quatro exames foram encontrados mais de um

	<p>microorganismo. Sobre a prevalência de HPV, os resultados positivos foram observados em 17,4% dos casos. sendo que dessas infecções, 75% são por tipos de alto risco oncogênico e uma das quatro pacientes infectadas possui uma infecção múltipla por dois tipos virais diferentes.</p>
--	---

3. ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Características sociodemográficas da comunidade Icatú

Características sociodemográficas	Frequência (n=51)		IC95%		p-valor
		%	Min	Max	
Tipo de moradia					<0,001 *
Própria	43	84,3	74.3	94.3	
Cedida	4	7,8	0.5	15.2	
Alugada	4	7,8	0.5	15.2	

Características Sociodemográficas	Frequência (n=51)		IC95% Min		p-valor
Característica da casa					<0,001 *
Alvenaria	36	70,6	58.1	83.1	
Madeira	6	11,8	2.9	20.6	
Alvenaria/madeira	7	13,7	4.3	23.2	
Barro	2	3,9	58.1	83.1	
Quantidade de cômodos					<0,001
1 – 2 cômodos	7	13.7	4.3	23.2	
3 – 4 cômodos	23	45.1	31.4	58.8	
5 cômodos ou mais	21	41.2	27.7	54.7	
Quantidade de pessoas que residem					<0,001 *
1 -5 pessoas	38	74,5	62.5	86.5	
6 -10 pessoas	13	25,5	13.5	37.5	
11-15 pessoas	0	0,0	0.0	0.0	
Localização do banheiro					<0,001
Dentro de casa	40	78,4	67.1	89.7	

Fora de casa	11	21,6	10.3	32.9	
Escoamento de dejetos sólidos e líquidos					<0,001
Fossa rudimentar	8	15,7	5.7	25.7	*
Fossa séptica	32	62,7	49.5	76.0	
Vala	3	5,9	0.0	12.3	
Rede	6	11,8	2.9	20.6	
Não sabe	2	3,9	5.7	25.7	
Destino do Lixo					<0,001
Jogado a céu aberto	1	2,0	0.0	5.8	*
Incinerado	44	86,3	76.8	95.7	
Reciclagem	1	2,0	0.0	5.8	
Enterrado	5	9,8	1.6	18.0	
Abastecimento de água					<0,001
Rede	7	13,7	4.3	23.2	
Poço raso	9	17,6	7.2	28.1	
Poço artesiano	31	60,8	47.4	74.2	
Direto do igarapé	4	7,8	0.5	15.2	
Tratamento de água					<0,001
Filtração	2	3,9	0.0	9.2	*
Fervura	5	9,8	1.6	18.0	
Cloração	20	39,2	25.8	52.6	
Não informado	24	47,1	33.4	60.8	

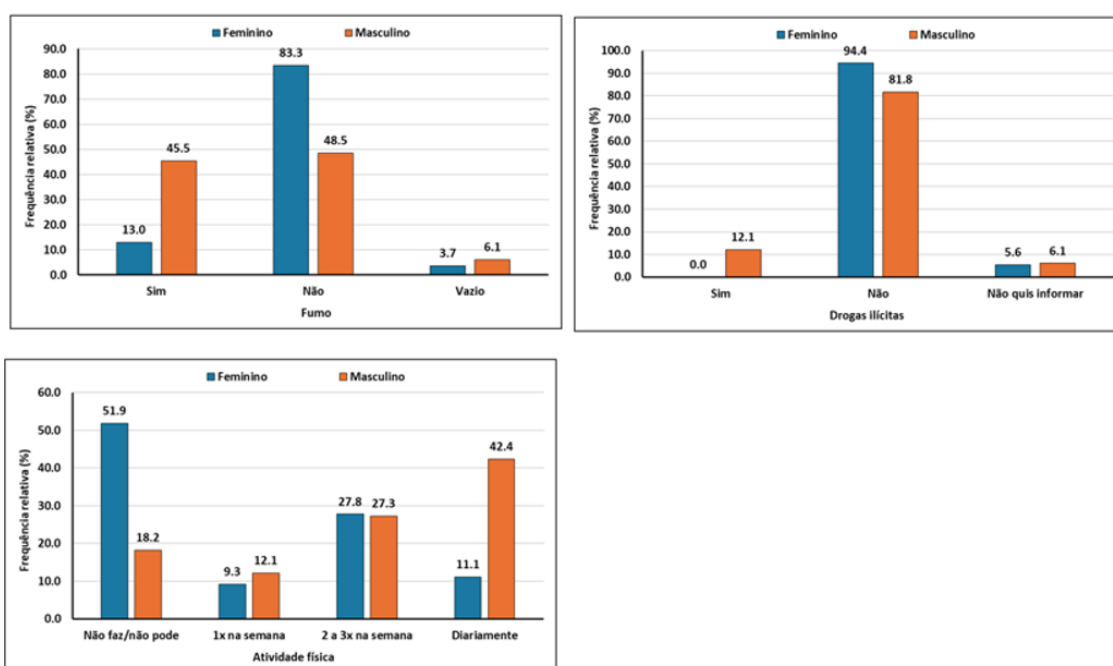
Fonte: elaborado pelos autores (2024)

Características econômicas	Frequência		IC95%		p-valor
	(n=51)	%	Min	Max	
Residentes com renda					<0,001*
1- 2 pessoas	25	49.0	35.3	62.7	
3- 4 pessoas	17	33,3	20.4	46.3	
5- 6 pessoas	3	5,9	0.0	12.3	
Vazio	6	11,8	2.9	20.6	
Tipo de renda familiar					<0,001*
Trabalhador ativo	3	5,9	0.0	12.3	
Beneficiário	23	45,1	31.4	58.8	
Ambos	25	49,0	35.3	62.7	
Tipo de benefício					<0,001*
Aposentadoria e pensão	20	39,2	25.8	52.6	
Bolsa família e auxílios	27	52,9	39.2	66.6	

Seguro defeso*	4	7,8	0.5	15.2
Valor da renda familiar				<0,001*
R\$ 100,00 - R\$ 500,00	2	3,9	0.0	9.2
R\$ 501,00 -R\$ 600,00	6	11,8	2.9	20.6
R\$ 601,00 - R\$ 700,00	0	0,0	0.0	0.0
R\$ 701,00 - R\$ 800,00	0	0,0	0.0	0.0
R\$ 801,00 - R\$ 900,00	0	0,0	0.0	0.0
R\$ 901,00 - R\$ 1320,00	29	56,9	43.3	70.5
Acima de R\$ 1320,00	14	27,5	15.2	39.7

Fonte: elaborado pelos autores (2024)

Figura 1 – Hábitos relatados pela população conforme sexo de crianças e adultos



Fonte: elaborado pelos autores (2024)

Tabela 3 – Hábitos de vida e hemoglobina de n=87 crianças e adultos da comunidade

Hábitos de vida	Frequência						p-valor
	Feminino (n=54))		Masculino (n=33))		Geral (n=87))		
	n	%	n	%	n	%	
Faixa etária (anos)							0,066
12 -8 anos	5	9,4	4	12,1	9	10,3	
19 - 29 anos	10	18,9	4	12,1	14	16,1	
30 - 59 anos	33	62,3	14	42,4	47	54,0	
60+	6	11,3	11	33,3	17	19,5	
Fumo							<0,001*
Sim	7	13,0	15	45,5	22	25,3	
Não	45	83,3	16	48,5	61	70,1	
Vazio	2	3,7	2	6,1	4	4,6	
Álcool							0,067
Sim	24	44,4	21	63,6	45	51,7	
Não	29	53,7	11	33,3	40	46,0	
Vazio	1	1,9	1	3,0	2	2,3	
Drogas ilícitas							0,004*
Sim	0	0,0	4	12,1	4	4,6	
Não	51	94,4	27	81,8	78	89,7	
Não quis informar	3	5,6	2	6,1	5	5,7	
Atividade física							0,002*
Não faz/não pode	28	51,9	6	18,2	34	39,1	
1x na semana	5	9,3	4	12,1	9	10,3	
2 a 3x na semana	15	27,8	9	27,3	24	27,6	
Diariamente	6	11,1	14	42,4	20	23,0	
Hemoglobina							
Criança e adolescente (12-18 anos)	(n=5)	%	(n=4)	%	(n=7)	%	0,537
Menor que 11,0 g/dL	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Normal 11,0 – 14,8 g/dL	3	60,0	3	75,0	6	85,7	
Acima de 14,8 g/dL	1	20,0	0	0,0	1	14,3	
Vazio	1	20,0	1	25,0	2	28,6	
Mulheres (acima de 18 anos)	(n=49)	%					
Menor que 11,5 g/dL	3	6,1	---	---	---	---	
11,5 – 14,9 g/dL	34	69,4	---	---	---	---	
Acima de 14,9 g/dL	9	18,4	---	---	---	---	
Vazio	3	6,1	---	---	---	---	
Homens (acima de 18 anos)			(n=29)	%			
Menor que 13,0 g/dL	---	---	1	3,4	---	---	
13,0 – 16,9 g/dL	---	---	19	65,5	---	---	

Acima de 16,9 g/dL	---	---	6	20,7	---	---
Vazio	---	---	3	10,3	---	---

Fonte: elaborado pelos autores (2024)

4. REFLEXÕES PERTINENTES E SUGESTÕES AOS GESTORES

De maneira geral, as comunidades remanescentes de quilombos são populações vulneráveis, com menores remunerações laborais, níveis educacionais mais baixos, com acesso restrito às políticas públicas e aos serviços de saúde.

Quanto a habitação, dados obtidos nesse estudo indicaram que uma grande parcela apresenta infraestrutura relativamente adequada, contudo não ideal, fato que se distingue de outras comunidades. O abastecimento de água por poço artesiano foi observado na maioria das famílias, sendo o método de tratamento de água mais empregado a cloração. No entanto, foi evidenciado técnica de cloração inadequada, a maioria relatava adicionar o cloro diretamente no poço. Observou-se também a falta do cloro no posto de saúde.

A condição socioeconômica mostra que a renda familiar da maioria dos participantes chega até um salário-mínimo, refletindo no rendimento familiar, visto que a baixa escolaridade, falta de emprego e difícil acesso à cidade, devido a condições geográficas, pode influenciar em ocupações com salários inferiores. Logo, gera dificuldades nas condições de vida e cuidado à saúde dessa população, consequentemente, surge iniquidade social, sendo um agravante para o aparecimento de enfermidades e o prolongamento de doenças.

Os trabalhos informais e desempregos são comuns em comunidades remanescentes de quilombos. Apenas 2,9% da população está em empregos formais, demonstrando que uma grande parcela se encontra em subempregos. A partir disso, foi observado que as discriminações estão relacionadas aos determinantes socioeconômicos, o que dificulta a promoção dos direitos, assim quando identificada as razões das discriminações, verifica-se que gênero, cor e renda estão correlacionados. Logo, precisa-se de medidas urgentes para mitigar os determinantes sociais da saúde, levando as políticas de emprego e renda para a CRQ de Icatu.

Deve-se levar em conta a localização rural desses indivíduos, uma vez que a distância geográfica até a área urbana é vista como um dos principais motivos que afetam o acesso e o prosseguimento na educação e saúde. Icatu tem um pequeno

posto de saúde que se encontra precarizado e desabastecido. Sem médico ou enfermeiro, somente com uma técnica de enfermagem. Logo, insuficiente para cobrir a demanda.

A ingestão de bebida alcoólica, uso de drogas ilícitas e o tabagismo foram práticas bastante difundidas entre o sexo masculino e podem ser destacadas como as principais causas: a ausência de visão de futuro e desenvolvimento pessoal, precárias condições de vida e carências de estratégias governamentais que valorizem a saúde do homem quilombola. Diante disso, as doenças advindas dessas ações prejudiciais à saúde e o agravamento de condições pré-existentes, precisam de estratégias específicas que reforcem as necessidades das comunidades.

Dentre as mulheres (51,9%) afirmaram não fazer ou não poder fazer atividade física. Estas têm cerca de 67 vezes mais chances de desenvolver doenças cardiovasculares, comparando-se com as que estão com peso normal. Assim, as mulheres fazem parte de uma parcela da população que tende a passar por situações de elevado estresse psicossocial e físico, os quais são parâmetros que podem influenciar o surgimento de sobrepeso e pessoas com obesidade. Com o avançar da idade as mulheres possuem uma tendência de depositar uma maior quantidade de gordura corporal que os homens. Portanto, deve-se investir na política de saúde da mulher quilombola.

A hipertensão é mais prevalente em indivíduos de raça/cor da pele negros quando comparados a populações de raça/cor da pele brancas, entretanto, a origem da doença e hábitos de vida desempenham um papel significativo no aparecimento da hipertensão, variando de acordo com a raça/cor da pele. As doenças crônicas são responsáveis por atingir as parcelas mais vulneráveis da população, como as comunidades afrodescendentes que possuem baixa renda e escolaridade. Logo, investimento em ação em saúde permanente para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis é decisivo para o bem-estar da CRQ de Icatu.

A infecção urinária foi a doença mais autorreferida entre as mulheres. O desequilíbrio da microbiota vaginal pelo consumo excessivo de carboidratos, favorece o desenvolvimento de microrganismos prejudiciais. Somado a isso, a desnutrição pela falta de nutrientes como minerais e vitaminas elevam as chances de infecções genitais em mulheres quilombolas. Sendo assim, nas CRQ, as práticas alimentares são influenciadas por fatores econômicos, uma vez que a dificuldade de obtenção de

renda influencia na qualidade dos alimentos consumidos.

Pesquisa realizada com mulheres beneficiárias do Bolsa Família constatou maior número de autodeclaradas raças/cor da pele pardas ou pretas, que se concentram no nordeste do país, com péssimo desempenho em indicadores de doenças crônicas, altos índices de excesso de peso, pessoas com obesidade, hipertensão, colesterol elevado, alto consumo de cigarro e percepção ruim de saúde, quando relacionada a mulheres não beneficiárias. Logo, percebe-se que as mulheres que são socialmente desfavorecidas possuem péssimos indicadores de saúde e estão expostas a diversas vulnerabilidades ligadas a níveis inferiores de escolaridade, baixa renda e desigualdades sociais, o que possivelmente reflete no surgimento de síndromes metabólicas. Percebemos que se precisa de investimentos em educação em saúde feminina, reforçando a política de saúde da mulher.

A *Gardnerella vaginalis*, associada ou não ao *Mobiluncus*, foi a mais evidente dentre os microrganismos encontrados nos exames citopatológicos das mulheres. Isso se dá pela desordem da microbiota do trato genital e está relacionada à diminuição ou ausência de lactobacilos acidófilos, o que faz com que aumente a produção de bactérias anaeróbias. Pesquisas apontam que a infecção por *Gardnerella vaginalis* relacionada ou não a *Mobiluncus* podem ser influenciadas pela faixa etária, nível de escolaridade, ocupação e ausência de educação sexual, o que repercute em práticas como hábitos inadequados de higiene íntima do casal, vida sexual precoce, múltiplos parceiros e a não utilização de preservativo. Portanto, as políticas de educação sexual devem ser priorizadas em Icatu.

Percebe-se a importância da educação em saúde como uma ferramenta que precisa ser utilizada para divulgação de informações a respeito do HPV e sua associação com câncer de colo uterino de forma lúdica para fácil compreensão e assim haver a sensibilização dessas mulheres para a realização do exame citopatológico e agora, mais recentemente, ao teste molecular para detecção da infecção viral, visto que muitos desses indivíduos, não possuem acesso a essas informações.

No presente estudo, foi possível identificar que os aspectos socioeconômicos refletem nas condições de vida da comunidade remanescente de quilombo de São José do Icatú, como a baixa escolaridade e renda, fazendo com que aumente ainda mais a vulnerabilidade social e conseqüentemente o desenvolvimento de doenças. Após a evidência da circulação da infecção por papilomavírus de alto risco oncogênico

e alta prevalência de *Gardnerella vaginalis* e *Mobiluncus* é necessário levar o rastreamento preventivo para a comunidade, visto que esta população está exposta e sem cobertura de um rastreamento preventivo organizado, dificultando a garantia de uma melhor saúde e qualidade de vida.

É de extrema relevância o investimento em educação em saúde para disseminação de informações científicas que privilegiam a prevenção de doenças infecciosas e crônicas e que possam dar direcionamento e assim agilizar as intervenções em saúde de comunidades como esta. De acordo com os resultados apresentados, espera-se que a esfera governamental possa promover estratégias e intervenções voltadas às condições de saúde de CRQ, levando em conta sobretudo o contexto social, cultural e ambiental que esses indivíduos estão inseridos.

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

**RELATÓRIO SOBRE A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA COMUNIDADE
REMANESCENTE DE QUILOMBO (CRQ) DE SÃO LUIZ TAMBAL-ÇU**

Pesquisadoras: Me. Priscila de Nazaré Quaresma Pinheiro-UEPA
Dra. Karla Valéria Batista Lima-IEC

Belém
2025

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Este relatório é produto da pesquisa de doutorado da discente Me. Priscila de Nazaré Quaresma Pinheiro realizada com financiamento do Instituto Evandro Chagas (IEC) e Universidade do Estado do Pará (UEPA) sob orientação da Profa Dra. Karla Valéria Batista Lima. Este estudo foi aprovado em 24 de janeiro de 2023, pelo CEP/IEC CAAE: 60723622.3.0000.0019 sob número de parecer 5.862.520 e título: “ANÁLISE SITUACIONAL DE COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBO DO ESTADO DO PARÁ E CUIDADO FARMACÊUTICO”. Telefone para contatos com as pesquisadoras: (91)988373045.

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e qualitativo que avaliou os aspectos sociodemográficos, econômicos e de saúde da comunidade de Tambaí-açu localizada em Mocajuba/PA. Foram estudadas 152 pessoas moradoras da comunidade, seguindo o fluxograma abaixo:

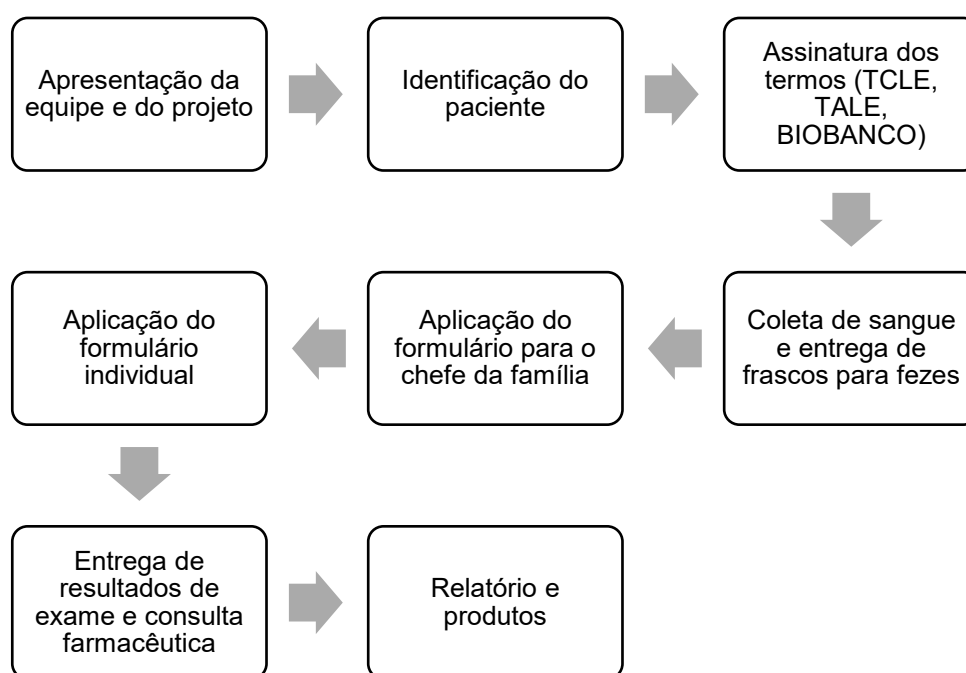


Figura 1: Fluxograma de atendimento na coleta de dados.

Fonte: Autora.

2. PROBLEMÁTICAS

PROBLEMÁTICA	DESCRIÇÃO
10. DADOS DEMOGRÁFICOS (Condições de moradia)	Moradias próprias (86,75%), contendo de 3 a 4 cômodos (48,20%), alvenaria (66,27%) e possuíam telhado com telha (93,98%). Registra-se a presença de muitos morcegos nas residências.
11. DADOS DEMOGRÁFICOS (Destino do lixo e águas)	Escoamento de dejetos, 60,24% utilizavam fossa séptica e 78,31% relataram incinerar o lixo. Água abastecida por poço artesiano (66,27%) e tratamento da água de consumo por meio de cloração (89,83%). Tinham energia elétrica (98,80%) e acesso à internet era disponível em 56,10% das residências, no entanto, todos relatavam oscilações.
12. DADOS ECONÔMICOS (Renda e benefícios)	38,5% recebem até 1 salário-mínimo e dependiam de benefícios sociais como Bolsa Família e outros (59,76%). a agricultura era a principal atividade (77,66%).
13. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS (faixa etária, cor da pele, estado civil, religião e escolaridade)	Majoritariamente composta por mulheres (59,87%), faixa de 30 a 59 anos (47,37%) e autodeclaração como pardo (76,16%). Ensino fundamental incompleto (44,37%). Casada ou em união estável (56,67%). Católicos com 71,5%
14. DADOS DE SAÚDE (Serviços de saúde e frequência de uso por sexo)	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 ano 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
15. DADOS DE SAÚDE	Tabagismo, um maior percentual de homens (39,34%) relatou ser fumante

(Tabagismo, álcool e exercício físico por sexo)	em comparação com as mulheres (12,09%). No consumo de álcool, 82,42% das mulheres afirmaram não consumir, enquanto apenas 54,10% dos homens relataram o mesmo. Mais da metade (54,94%) das mulheres e 32,79% dos homens não praticavam atividade física ou não podiam fazê-lo.
---	--

3. ILUSTRAÇÕES

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

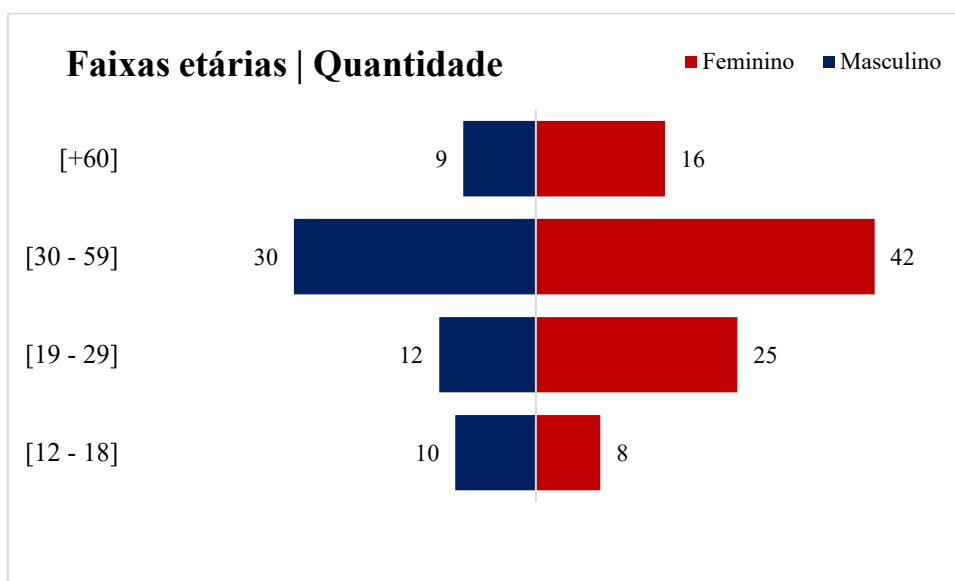
Total	83	100%
Abastecimento de água	N	%
Rede	6	7,23
Poço raso	17	20,48
Poço artesiano	55	66,27
Direto do igarapé	4	4,82
Outro	1	1,20
Total	83	100%
Tratamento de água	N	%
Filtração	3	3,61
Fervura	1	1,2
Cloração	53	63,86
Decantação	2	2,41
Não informado	24	28,92
Total	83	100%

Fonte: Autores

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

Gráfico 1. Pirâmide etária da população

Fonte: Autores

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

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

Tabela 5. Hábitos de vida por sexo

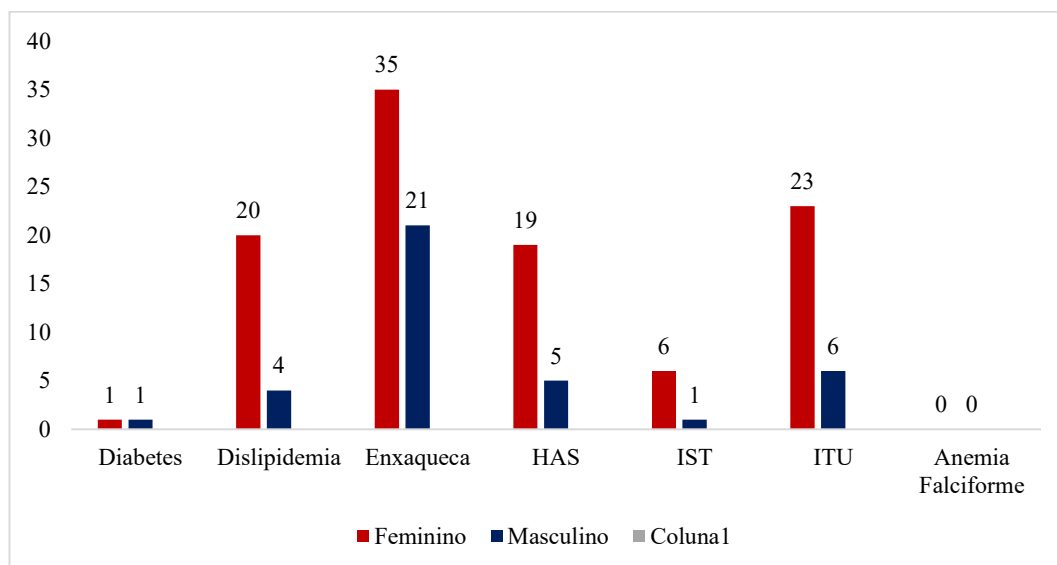
Hábitos de vida	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Fumo				
Sim	11	12,09	24	39,34
Não	80	87,91	36	59,02
Vazio	0	0	1	1,64
Total	91	100%	61	100%
p: <0,001 (teste exato de Fisher)				
Álcool				
Sim	16	17,58	28	45,90
Não	75	82,42	33	54,10
Total	91	100%	61	100%
p: <0,001 (x²)				
Drogas ilícitas				
Sim	1	1,10	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

Gráfico 2. Alterações de saúde autorreferidas



Fonte: Autores

Gráfico 3. Resultados parasitológicos achados na população de crianças

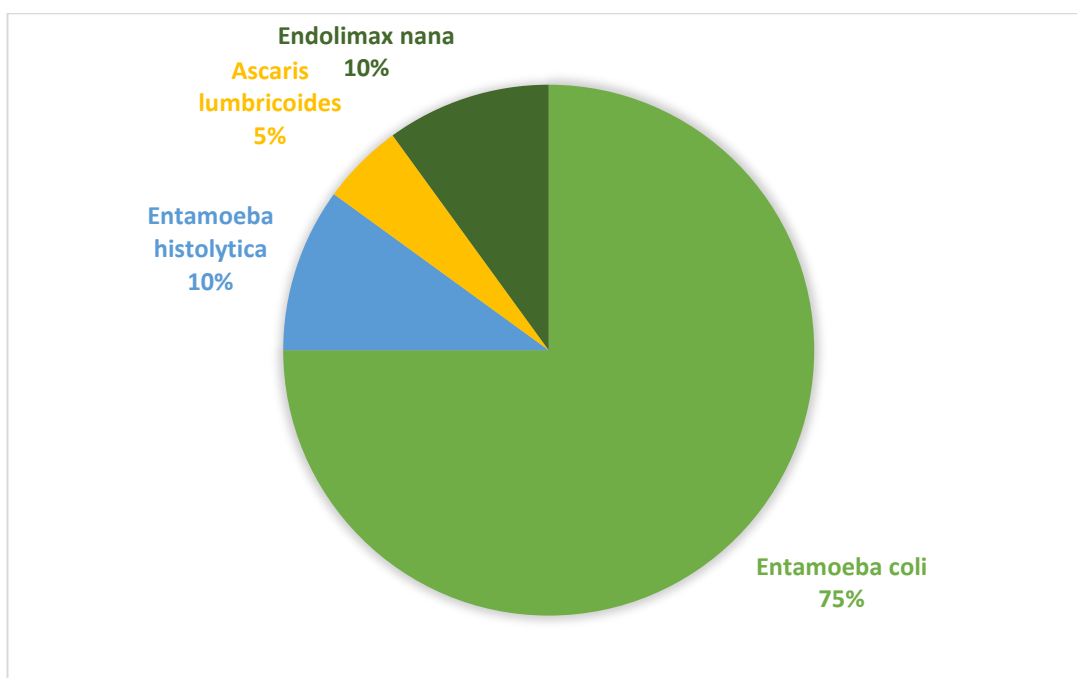
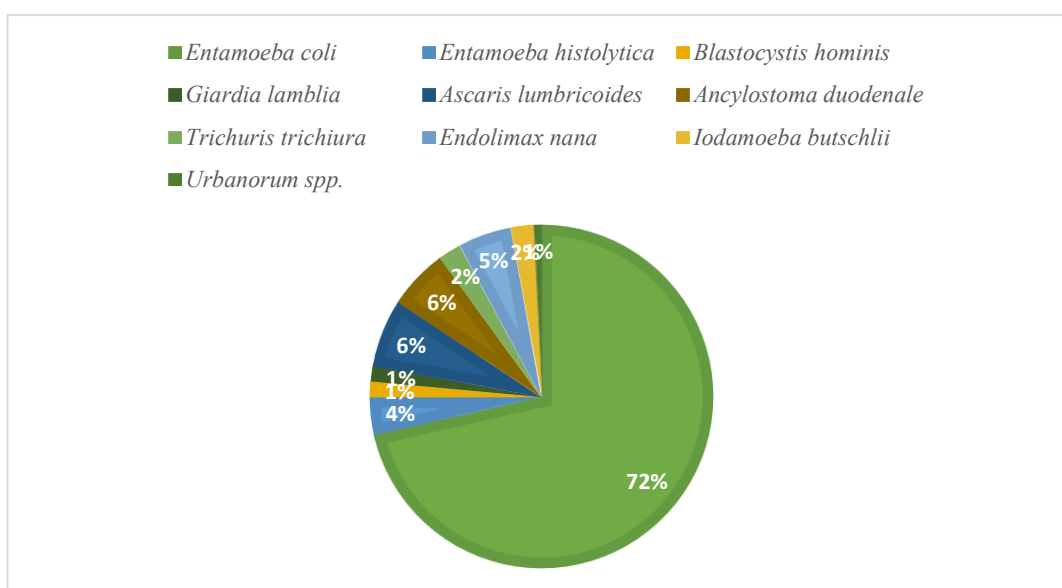


Gráfico 4. Resultados parasitológicos achados na população de Adultos



Fonte: Autores

4. REFLEXÕES PERTINENTES E SUGESTÕES AOS GESTORES

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, infecções parasitárias e bacterianas. A ocorrência destas doenças pode estar intimamente relacionada a dificuldades sociais e econômicas enfrentadas pela população, atuando como uma DSS na região e dificultando o melhor uso dos sistemas de saúde. Portanto, deve-se planejar intervenções socioeconômicas levando emprego e renda para a CRQ de Tambaí-açú.

Verificamos que existe uma predominância de pessoas declaradas pardas, 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 que residem no mesmo imóvel, dependendo diretamente da agricultura familiar nesse contexto demográfico e social. Sabemos que onde o estado não atua de forma adequada e eficaz, agrava-se mais as mazelas sociais. Portanto, é com brevidade que as questões educacionais devem ser resolvidas, pois a educação está influenciando diretamente na saúde do quilombola.

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 de doenças. Cabe também aos gestores da saúde cobrar investimentos em saneamento básico em Tambaí-Açu, para que seja mitigada as patologias veiculadas a utilização de água contaminada.

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.

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.

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. Um estudo baiano fala que o racismo por parte dos profissionais de saúde é um agravo e contribui 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. Portanto, é crucial a presença de profissionais da saúde nas CRQ, para evitar o agravamento de doenças. Vale lembrar que em Tambaí-Açu não há posto de saúde, algo que torna o acesso aos programas e políticas de saúde muito difícil para eles. Logo, esta iniquidade deve ser resolvida de imediato.

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 comunidades

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, as de saúde mental apresenta-se com mais frequência em mulheres quando comparado os gêneros. Quando analisado as discriminações sofridas no estabelecimento de saúde, estas situações criam estigmas, problemas de confiança e autoestima. Portanto, são de fundamental importância políticas voltadas as mulheres.

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. A alta

ocorrência destes parasitos é intrínseca as condições socioeconômicas principalmente ao saneamento básico e contaminação da água. Logo, políticas que visem a preservação ambiental e das águas é uma demanda exigida e urgente em Tambaí-Açu.

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 parasitológicas e crônicas.

Os determinantes sociais de saúde observados foram as condições socioeconômicas e as disparidades de gênero. Apesar de todo o aparato em políticas públicas, com o intuito de melhorar o modo de viver da população, mesmo após o reconhecimento territorial, a atenção básica 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 ao racismo estrutural. Entender as condições e as disparidades vividas pelas comunidades remanescentes de quilombos fomenta novos investimentos e melhoria para a população, respeitando sua cultura e fortalecendo sua ancestralidade.

5. DISCUSSÃO

Considerando os resultados obtidos, os DSS são fundamentais para compreender as desigualdades que estruturam os perfis de adoecimento de uma CRQ. Vários estudos mostram que fatores como acesso limitado a serviços de saúde, condições inadequadas de saneamento, vulnerabilidade socioeconômica e discriminação histórica moldam diretamente os padrões de morbimortalidade nesses territórios. Corroborando Buss e Pellegrini Filho (2007) e Dos Santos (2017) relatam que os DSS constituem o principal eixo explicativo das iniquidades em saúde, razão pela qual grupos historicamente marginalizados, como os quilombolas, apresentam indicadores sistematicamente piores quando comparados à população geral.

Observou-se que as pesquisas específicas sobre comunidades quilombolas demonstram que a segregação territorial e a ausência/precariedade de políticas públicas adequadas intensificam a problemática das condições de vida. Santos, Silva e Bezerra (2020), intensificam que a distribuição desigual de recursos, infraestrutura e serviços essenciais configuram um cenário de vulnerabilidade estrutural persistente, que repercute em maior incidência de doenças crônicas e infecciosas, dificuldades de acesso ao diagnóstico e limitações no tratamento. A falta de regularização fundiária e a insegurança dos territórios também afetam diretamente o bem-estar, agravando estressores sociais que impactam na saúde física e mental.

Considerar os DSS no cuidado à saúde de CRQ é, portanto, não apenas uma recomendação técnica, mas uma exigência ética vinculada ao direito constitucional à equidade. Como enfatiza Almeida (2018), políticas de saúde que ignoram contextos sociais, culturais e territoriais reproduzem desigualdades em vez de reduzi-las. Dessa forma, a adoção de práticas e políticas que reconheçam a especificidade quilombola (respeitando seus modos de vida, saberes tradicionais e necessidades coletivas) é condição indispensável para promover justiça social e garantir o princípio da integralidade no SUS.

Neste estudo se verificou que as CRQ estudadas apresentaram um perfil epidemiológico marcado por doenças crônicas e agravos associados às condições socioambientais de vulnerabilidade. Estudo de Batista et al. (2012) corroboram mostrando que a hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares figuram entre as patologias mais prevalentes, resultado da combinação entre determinantes sociais, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e desigualdades históricas. Da mesma

forma, Cardoso et al. (2014) identificam elevados índices de anemia, hipertensão e obesidade, ressaltando como a insegurança alimentar e a baixa cobertura de atenção básica contribuem significativamente para essas problemáticas.

Além das DCNT, observou-se que nos quilombos de Icatu e Tambaí-Açu as enfermidades infecciosas continuam impactando negativamente nas comunidades quilombolas. Pesquisa de Ferreira et al. (2011) apontam maior prevalência de doenças parasitárias, como geo-helminthíases, diretamente relacionadas às condições de saneamento básico insuficiente e à limitação de políticas públicas adequadas. Marques et al. (2020) corroboram enfatizando que a incidência aumentada de tuberculose e outras infecções respiratórias também se associa à precarização habitacional e barreiras no acesso a diagnóstico e tratamento oportuno, revelando um cenário persistente de desigualdade em saúde.

Essas problemáticas são agravadas por fatores estruturais como racismo institucional, territorialização precária e dificuldades de implementação de políticas de saúde, tal como a de PICS e o cuidado farmacêutico, abordados neste estudo. Gomes et al. (2018) ressaltam que a falta de reconhecimento das especificidades culturais e territoriais quilombolas compromete a efetividade das ações de promoção e prevenção, além de dificultar o acesso a várias políticas assistenciais, causando impacto socioeconômico. Assim, compreender as doenças mais prevalentes nessas comunidades exige analisar suas causas em uma perspectiva ampliada dos DSS, considerando acesso à terra, saneamento, educação, renda e participação social como elementos centrais para superar os padrões de adoecimento historicamente impostos.

No que tange o cuidado farmacêutico abordado neste trabalho, se percebeu o papel fundamental deste profissional em populações vulneráveis, auxiliando no bem-estar físico e mental das CRQ. Observa-se que este cuidado tem ganhado destaque nas discussões sobre equidade em saúde, especialmente pela necessidade de ampliar o acesso, a segurança e o uso racional de medicamentos. Corroborando Araújo et al. (2019), relatam que a presença de farmacêuticos em equipes de Atenção Primária é fundamental para reduzir problemas relacionados a medicamentos, como uso inadequado, subtratamento e falta de adesão terapêutica (situações frequentemente agravadas pela distância dos serviços de saúde e pela descontinuidade do fornecimento de fármacos nessas comunidades). Silva e Oliveira (2021) destacam que práticas de atenção farmacêutica culturalmente sensíveis

contribuem para melhorar o acompanhamento de condições crônicas prevalentes, como hipertensão e diabetes, além de fortalecer a autonomia do paciente no manejo do tratamento.

Além disso, a atenção farmacêutica em territórios quilombolas deve integrar saberes tradicionais, práticas comunitárias e ações educativas que considerem as particularidades socioculturais. Este estudo realizou várias abordagens educativas através de projetos de extensão. Barbosa et al. (2020) enfatizam que o diálogo entre o conhecimento biomédico e o conhecimento tradicional, aliado à participação ativa do farmacêutico em atividades de educação em saúde, melhora o entendimento sobre os medicamentos e reduz riscos de interações, automedicação inadequada e abandono terapêutico. Em linha semelhante, Costa et al. (2018) argumentam que o cuidado farmacêutico, quando alinhado às necessidades sociais e territoriais, pode contribuir para a redução das desigualdades históricas em saúde, fortalecendo a atenção integral e participativa junto às CRQ.

Na abordagem quanto as PICS, realizada neste trabalho, os resultados preliminares satisfatórios, propõe a reflexão sobre a implementação dessas práticas como política que complementa os tratamentos convencionais. Verificou-se que o acesso das CRQ às PICS ainda é marcado por desigualdades estruturais que acompanham historicamente esses territórios. Embora a Política Nacional de PICS reconheça abordagens como fitoterapia, medicina tradicional chinesa, terapias corporais e práticas mente-corpo, sua implementação permanece limitada nos quilombos devido às barreiras territoriais, escassez de profissionais capacitados e baixa oferta desses serviços na Atenção Primária. Barros et al. (2018) destacam que a distribuição desigual das PICS pelo território brasileiro reproduz desigualdades raciais e sociais, dificultando o acesso das comunidades tradicionais. De forma semelhante, Nascimento e Oliveira (2020) evidenciam que as práticas integrativas raramente chegam a áreas rurais remotas sem políticas específicas que reconheçam as particularidades socioculturais dessas populações.

Apesar das limitações de acesso, as PICS têm grande potencial para promover o bem-estar, o cuidado integral e a valorização de saberes tradicionais presentes nas comunidades quilombolas. Pesquisas como as de Gomes et al. (2019) mostram que práticas como fitoterapia, benzimentos, uso de plantas medicinais e rituais comunitários possuem papel central na construção da saúde quilombola, articulando dimensões física, espiritual e coletiva do cuidado. Com isso, a inserção das PICS nas

CRQ pode fortalecer a autonomia, promover práticas de autocuidado e reduzir desigualdades em saúde ao reconhecer conhecimentos ancestrais e promover um cuidado culturalmente adequado. Silveira et al. (2021) reforçam que políticas que dialogam com tradições locais ampliam o vínculo entre profissionais e comunidade, fortalecem a promoção da saúde e contribuem para experiências de cuidado mais humanizadas e integrativas. Assim, ampliar o acesso das comunidades quilombolas às PICS representa não apenas uma estratégia terapêutica, mas também um ato de justiça social, valorização cultural e promoção de equidade no sistema de saúde.

5. CONCLUSÃO

A escassez de estudos sobre as condições de saúde das CRQ é evidente, os poucos trabalhos publicados são unânimes quando relatam a grande influência dos DSS, principalmente as condições socioeconômicas e as disparidades de gênero, mesmo após o reconhecimento territorial, a atenção básica ainda não é equitativa nessas localidades. Observa-se no cotidiano dos indivíduos quilombolas o racismo estrutural e institucional excludente, as precárias condições ambientais, educacionais, econômicas e sociais. Este fato se reflete nas condições de saúde destas comunidades, dificultando o acesso a RAS.

Portanto, comunidades com acesso escasso a políticas públicas de saúde, não tem oportunidade de ser cuidada por todos os membros da equipe multiprofissional, carecendo de cuidado integral, tal como o do profissional farmacêutico, o qual é de fundamental presença em CRQ pela sua importância descrita na literatura e de optar por serviços seguros que valorizem a ancestralidade e o autocuidado, como é o caso das PICS. Nesse estudo a intervenção farmacêutica contribui diretamente para a promoção da saúde e a qualidade de vida de CRQ, tendo as PICS se mostrado especialmente eficazes no cuidado de saúde em comunidades vulneráveis.

É necessário que os DSS sejam uma pauta constantemente levantada para entender a causalidade do processo saúde-doença, que outros estudos epidemiológicos sejam realizados em CRQ para se ter as especificidades inerentes a cada população, e a partir disso, as gestões locais realizarem planejamentos em saúde, focando na diminuição de iniquidades historicamente presentes nesses territórios.

6. PERSPECTIVAS

Diante do diagnóstico realizado nas comunidades, espera-se que os relatórios estratégicos enviados as Secretária de Saúde Municipal e Estadual auxiliem a implementação de políticas públicas voltadas as CRQ.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. de. **O direito à saúde e as desigualdades socioculturais no Brasil**. São Paulo: Editora Unesp, 2018.
- ANGELI, C. B.; KIMURA, L. ; AURICCHIO, M. T.; VICENTE, J. P.; MATTEVI, V. S.; ZEMBRZUSKI, V. M.; HUTZ, M. H.; PEREIRA, A. C.; PEREIRA, T. V.; MINGRONI-NETTO, R. C. Multilocus analyses of seven candidate genes suggest interacting pathways for obesity-related traits in Brazilian populations. **Obesity** (Silver Spring, Md.), 19 (6): 1244- 1251, 2011.
- ANUNCIÇÃO D.; PEREIRA, L. L.; SILVA, H.; NUNES, A. P. N.; SOARES, J. Oliveira. (Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. **Cien. Saude Colet.** , 27(10):3861-3870, 2022.
- ARAUJO , B.; SILVA , L. A. L. B.; MELO, R. C.; BORTOLI, M. C. **Acupuntura e auriculoterapia para o tratamento de hipertensão arterial sistêmica em adultos e idosos: revisão rápida**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2020. Acesso em: 28 de ago. de 2024. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/342480154>.
- ARAÚJO, R. L. M. de S.; DE ARAÚJO, E. M.; DA SILVA, H. P.; SANTOS, C. Antônio de S. T.; NERY, F. S.; DOS SANTOS, D. B.; DE SOUZA, B.L. M.. Condições de vida, saúde e morbidade de comunidades quilombolas do semiárido baiano, Brasil. **Saúde pública**, 43 (1): 226-246, 2019.
- ARAÚJO, W. R. M.; et al. Pharmaceutical care in primary health care: challenges for equity in vulnerable populations. **Saúde em Debate**, 2019.
- ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G. ; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad. Saúde Pública**, 34 (34): e00213816, 2018.
- BARBOSA, J. A.; et al. Intercultural approaches to pharmaceutical care in traditional communities. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 2020.
- BARROS, D. S. L., SILVA, D. L. M. da ; LEITE, S. N. Clinical pharmaceutical services of primary health care of the Federal District: A discussion based on the SWOT matrix. **Braz. J. Pharm. Sci.**, 58, 2022.
- BARROSO, W. K. S.. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq. Bras. Cardiol.** 116(3):516-658, 2020.
- BATISTA, L. E.; RODRIGUES, N. R.; KALCKMANN, S. Saúde da população negra: desigualdades e desafios. *Revista Saúde em Debate*, 2012.
- BORGES, V.M e KIMURA, L. Panorama da hipertensão arterial nos quilombos do Brasil: uma revisão narrativa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 33, 2023.
- BOTELHO, B. J. S.; BRITO, W. R. S.; NETO, G. S. P.; GONÇALVES, J. S. S.; OLIVEIRA, B. M . S.; DE OLIVEIRA, C. M. C.; LIMA, A. C. R. ; LIMA, S. S.; PINHEIRO, P. N . Q ; FREITAS, F. B. ; GUERREIRO, J. F. ; ISHAK, R. ; VALLINOTO, A. C. R; VALLINOTO, I. M. V. C.. Molecular and Phylogenetic

Evidence of Interfamilial Transmission of HTLV-1 in the Afro-Descendant Community of São José de Icatú in the Brazilian Amazon. **Viruses**, 16(8), 1290, 2024.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Lei Orgânica da Saúde*. Diário Oficial da União, 1990.

Brasil. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso 2ed. Ministério ed. [s.l.] : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de políticas de promoção da igualdade racial. Guia de políticas públicas para comunidades quilombolas. Brasília, 2013. 6p.

BRITO, W. R. S.; COSTA, G. L. C.; ROLAND JUNIOR, L. M.; PEREIRA, K. A. S.; LOPES, E. T.; SANTOS, B. C.; LIMA, A. C. R; ABREU, I. N.; LIMA, C. N. C.; LIMA, S. S.; VALLINOTO, I. M. V. C.; SANTOS, E. J. M.; GUEREIRO, J. M. ; VALLINOTO, A. C. R.. Revalence and Risk Factors for HTLV-1/2 Infection in Quilombo Remnant Communities Living in the Brazilian Amazon. **Frontiers in Public Health**, vol. 10, março. 2022

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A.. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77–93, 2007.

CARDOSO, A. M.; et al. Health conditions in quilombola communities: a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, 2014.

CARDOSO, C.S.; DE MELO, L. O.; FREITAS, D. A.. Condições de saúde nas comunidades Quilombolas. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 12(4):1037-45, abr., 2018.

COSTA, L. M.; et al. Pharmaceutical services and health equity in marginalized communities. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018.

DIMENSTEIN, M.; BELARMINO, V.H.; MARTINS, M. E.; DANTAS, C.; MACEDO, J. P. S.; LEITE, J. F.; ALVES FILHO, A.. Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural. **Amazônica - Revista de Antropologia**, [S.L.], 12(1):205-229, 29 out. 2020. Universidade Federal do Para. <http://dx.doi.org/10.18542/amazonica.v12i1.8303>.

DINIZ, D. *Violência obstétrica: o que é e como combatê-la*. São Paulo: Civilização Brasileira, 2017.

DOS SANTOS, D. M. Os quilombolas e sua inserção nas políticas públicas: subsídio as discussão da política ATER quilombola. **Revista de políticas públicas**, 21 (2):1019-1043, 2017.

DURÃO, H. L G.; COSTA, K. G.; MEDEIROS, M.. Etnobotânica de plantas medicinais na comunidade quilombola de Porto Alegre, Cametá, Pará, Brasil. Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. **Cienc. Nat.**, Belém 16(2): 245-258, maio-ago. 2021.

FERREIRA, H. S.; et al. Parasitic infections and associated factors in quilombola communities in Northeast Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 2011.

- FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES (PALMARES). Certificação Quilombola. Disponível em: <https://www.gov.br/palmares/pt-br/departamentos/protecao-preservacao-e-articulacao/certificacao-quilombola>. Acesso em: 15 de fevereiro 2025
- GIOVANELLA, L. et al. Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23: 1763-1776, 2018.
- GOMES, M. C.; et al. Políticas públicas e saúde da população quilombola no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018.
- GOMES, R. F.; OLIVEIRA, P. S. D.; SILVA, M. L. O., MIRANDA, S. V. C. o de; SAMPAIO, C. A.. Itinerários terapêuticos no cuidado em saúde em comunidades quilombolas. **Cien. Saude Colet.**, 29 (3), Mar. 2024.
- GOMES, W. S.; GURGEL, I. G. D; FERNANDES, S. L . Determinação social da saúde numa comunidade quilombola: análise com a matriz de processos críticos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, 143: 140-161, jan./abr. 2022.
- LIMA, L. D.; WESTPHAL, M. F. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Saúde em Debate**, 43(3):11-23, 2019.
- LINHARES, A. P. C.; SOUSA , D. V. L. P.; MOREIRA, I. M. M., CASTRO, K. S. K; MACHADOL. M., SAMPAIO, M. K. L ; SANDES, M. A.; DA CRUZ, M. C. P. N.; DO VALE, M. F. A; EVERTON, R. A.; TORRES, M. A. O. Avaliação do perfil epidemiológico de doenças cardiovasculares em quilombolas do município de Itapecuru-Mirim–MA. **Seven publicações**, 12(2):1-12, 2024. <https://doi.org/10.56238/sevened2024.005-017>.
- MACINKO, J. et al. The impact of primary healthcare on population health in Brazil. **American Journal of Public Health**, 97(6):1076-1082, 2007.
- MARQUES, A. S.; et al. Tuberculosis and social vulnerability in Brazilian quilombola communities. **BMC Public Health**, 2020.
- MATOS, W. S. de; EUGENIO, B. G.. Comunidades quilombolas: elementos conceituais para sua compreensão. **Pracs: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, [S.L.], 11(2): 141-153, 22 mar. 2019. Universidade Federal do Amapá. <http://dx.doi.org/10.18468/pracs.2018v11n2.p141-153>.
- MUSSI, R. F. F. ; MUSSI, L. M. P. T.; RODRIGUES, D. N.; ALMEIDA, C. B. de ; TEIXEIRA, E. P.; FIGUEIREDOA. C. M. G.. Population health survey in quilombola communities in bahia state: an epidemiological research experience. **Saúde e Pesqui.** jul./sep; 13 (3): 675-685, 2020
- ONU. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Organização das Nações Unidas, 2015.
- OPAS (Organização Panamericana De La Salud). **Servicios Farmacéuticos basados em la Atención Primaria de Salud: documento de posición de la OPS/OMS**. Washington DC: PS, 2013. 106 p. https://www.sbrafh.org.br/biblioteca/guia_servicios_farmac_aps.pdf
- PAIM, J. et al. O Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6): 1729-1734, 2011.

- PEREIRA, N. C.; LUIZA, V. L.; CRUZ, M. M. da. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, 39(105):451-468, ABR-JUN 2015.
- PEREIRA, R. N.; MUSSI, R.F.F.. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. **Odeere**, [S.L.], 5(10): 280-303, 31 dez. 2020. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/Edicoes UESB. <http://dx.doi.org/10.22481/odeere.v5i10.6938>.
- QUEIROZ, P. S. F ; NETO, J. R. F; MIRANDA, L .P ; OLIVEIRA, P. S. Durães ; SILVEIRA, M. F.; NEIVA, R. J.. Transtornos Mentais Comuns em quilombolas rurais do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 28(6):1831-1841, 2023.
- RIBEIRO, L. C.. A importância do cuidado farmacêutico na prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 57 . 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e4058.2020> Página 6 de 8
- ROSA, R. S.; RIBEIRO, I. J. S.; SILVA, J. K. da; SOUZA, L. H. R.; CRUZ, D. P.; DAMASCENO, R. O.; SOUZA JÚNIOR, E. V. de; BOERY, R. N. S. de O.. Risco cardiovascular e fatores associados à saúde em pessoas afrodescendentes hipertensas residentes em comunidade Quilombola. **Revista Cuidarte**, 12(2) 2021.
- ROSS, J. R.; MARINELLI, N. P.; VIDAL, F. C. B. ;FRAGA, E. C.; NASCIMENTO, ,. D. S. B.; SAFÁDI, ,M . A. P. Frequency of human papilomavirus and associated factors in gypsy and quilombola women. **BMC Women's Health**, 23:160, 2023.
- RUSSELL, N. K. ; NAZAR, K.; DEL PINO, S.; ALONSO, M.G.; BERMUDEZ, X.P. Díaz; RAVASI, G. HIV, syphilis, and viral hepatitis among Latin American indigenous peoples and Afro-descendants: a systematic review. **Rev Panam Salud Publica**, jan, 4(43), 2019.
- SANTOS, E. L. et al. Determinantes sociais da saúde e vulnerabilidades em comunidades quilombolas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(5):1871-1880, 2020.
- SANTOS, G. G. dos; SOUZA, I. R. S. de; TREGA, K. R. O.; SALOMÃO, P. E. A.. Os riscos da automedicação a importância da prescrição farmacêutica. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, 4 (01), 2023.
- SANTOS, I.R.; SILVA, M. L.; BEZERRA, V. L. Determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas: vulnerabilidades e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 44(126):370–382, 2020.
- SANTOS, T. G. dos; AMARAL, R. R. do; VIEITAS, D. R. I.; NETO, M. A. B. M.. Análise etnofarmacológica de plantas medicinais em uma comunidade quilombola: ênfase em doenças crônicas. **Cogitare Enferm.** , v28. (2). 2023.
- SCARAMELLO, Christianne Bretas Vieira; ALMEIDA, Flavia Valeria dos Santos .The Role of Pharmacists in Antihypertensive Pharmacotherapy. **Int. J. Cardiovasc. Sci.** 35(3), 327-328, 2022.
- SILVA, A. P.; OLIVEIRA, R. S. Pharmaceutical care and chronic disease management in primary care settings. **Revista de Saúde Pública**, 2021.

- SILVA, M. C. B. et al. Atenção à saúde em comunidades quilombolas: um panorama das desigualdades sociais. **Saúde e Sociedade**, 27(1):120-134, 2018.
- SILVA, P. G. N.; COSTA, K. M.; MUNIZ, T. M. S.; MACHADO, A. L. G. . Fatores de risco cardiovascular em idosos de uma comunidade quilombola [Cardiovascular risk factors in older adults of a quilombola community][Factores de riesgo cardiovascular en ancianos de una comunidad quilombola]. **Revista Enfermagem UERJ**, 28: 44773, 2020.
- SIQUEIRA, Katia Crisitna Dorneles. **Manual de apoio para consultas de auriculoterapia na atenção primária**. Porto Alegre: [s.n.], 2021.
- SOUSA, R. F. de; RODRIGUESI. L. A.; PEREIRA, A. A.; NOGUEIRA, L. M. V.; ANDRADE, E. G. R. de; PINHEIRO, A. K. C.. Condições de saúde e relação com os serviços de saúde na perspectiva de pessoas de quilombo. **Escola Anna Nery**, 27 ,2023.
- TISSERAND, R. **Aromaterapia Para Todos Capa comum**. São Paulo. Editora Laszlo; 2017.
- VIEIRA , A. P. B. F.; SILVA, V. G.; ROCHA, H. M. S. G.; TAVARES, M L. D.; PINHEIRO, P. N. Q.; ANDRADE, M. A.; SILVA, M. V.S. Processo de elaboração de um protocolo para consulta farmacêutica em uma unidade básica de saúde de Belém. **Braz. J. Dev.**, 6(12):95738-95754. 2020.

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 ICATU**AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

Eu, Florianos Lopes Farias,
representante da população quilombola de São José de Icatu, 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: 19/02/22

Florianos Lopes Farias
CPF. 453.460.462-91
Presidente CREQS-J

Florianos Lopes Farias

Representante dos quilombolas de Icatu

ANEXO C- ANUÊNCIA QUILOMBO DE TAMBAÍ-AÇÚ**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

M^a Deuza C. Caldas

Representante dos quilombolas de Tambaí-Açú

Maria Deuza Conceição Caldas
CPF: 630.480.512-87
Presidente ACREQTA

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 D- 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 Hemograma, bioquímica, urinocultura, hemocultura; exame micológico direto e testes rápido para HIV, Hepatites virais e sífilis; 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

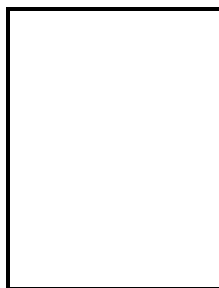
e-mail: priscilapcr4@gmail.com

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:

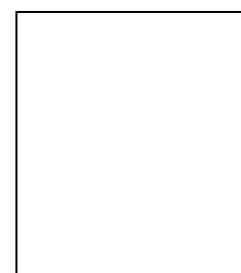
(Se possível, essa pessoa deve ser indicada pelo responsável)

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 domicílio: () 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 () Gestação () Acompanhamento () Outro

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

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

21. QUAL A 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? _____

APÊNDICE F- PRONTUÁRIO

Projeto de pesquisa: Análise situacional em população quilombola do estado do Pará: uma abordagem de saúde única (*one health*) e cuidado farmacêutico



PRONTUÁRIO DO PACIENTE DA CONSULTA FARMACÊUTICA

QUILOMBO DE -----

1. **PERFIL DO USUÁRIO:** 1ª Consulta () Retorno () CNS:

Nome:	Data consulta:
Ocupação:	Data nascimento:
Com quem mora:	Tem cuidador?
Limitações:	Telefone:
Escolaridade:	Farmacêutico:

2. HISTÓRIA SOCIAL

Bebida alcoólica:
Tabaco:
Exercício físico:
Hábitos alimentares:
Tem algum problema com o meio ambiente em que vive?

3. HISTÓRICO FAMILIAR

- Diagnóstico prévio:
- Familiar com histórico de doença:

4. PROBLEMAS DE SAÚDE

Queixas	Histórico das queixas	Estado clínico

Reações adversas:
Dificuldades no uso dos medicamentos: () Não () Sim , Quais?
Acesso aos medicamentos: () Sim () Não, Porque?
Capacidade de gestão: () sim () não , Porque?
Consegue aderir ao tratamento: () Sim () Não, Porque?
Problemas relacionados à farmacoterapia:

9.INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS

Aconselhamentos:
Solicitação de exames:
Alterações na terapia que está fazendo:
Solicitação de Monitoramento na residência ou posto de saúde:
Material informativo fornecido:
Encaminhamentos:
Prescrição farmacêutica:

--

10. AÇÕES E METAS PACTUADAS

- Tempo da consulta:
- Próximo agendamento: