UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JUCILÉA NERES FERREIRA

**Condições de saúde de população negra remanescente de quilombo em
Alcântara - MA**

RIBEIRÃO PRETO

2014

JUCILÉA NERES FERREIRA

**Condições de saúde de população negra remanescente de quilombo em
Alcântara - MA**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação
Enfermagem em Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo – Curso Doutorado
Interinstitucional entre a Universidade de São
Paulo e Universidade Federal do Maranhão, tendo
como associada a Universidade Estadual de Santa
Cruz, para obtenção do título de Doutor em
Ciências.

Linha de Pesquisa: Saúde Ambiental

Orientadora: Profa. Dra. Angela Maria Magosso
Takayanagui

RIBEIRÃO PRETO
2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ferreira, Juciléa Neres

Condições de saúde de população negra remanescente de quilombo em Alcântara – MA. Ribeirão Preto, 2014.

150 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Takayanagui, Angela Maria Magosso.

1. Promoção da Saúde. 2. Condições de Saúde. 3. Fatores de Risco.
4. População Negra.

FERREIRA, JUCILÉA NERES

Condições de saúde de população negra remanescente de quilombo. Alcântara – MA

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Profa. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho aos meus filhos Joana e Angelo,
com gratidão e amor, por trazerem luz à minha vida,
por serem meu porto seguro e por se fazerem sempre
presentes, mesmo quando eu precisei estar longe.

Crianças, Deus abençoe vocês!

AGRADECIMENTOS

É evidente que um projeto dessa natureza nunca seria desenvolvido sem o apoio de pessoas e instituições com as quais eu pude contar. O espaço é pequeno para agradecer a todos pelas contribuições, mas tentarei citar todos, a quem expresso meus agradecimentos.

Agradeço primeiramente a Deus, por me possibilitar a realização desse sonho, pelas bençãos e presença em minha vida, me guiando e colocando pessoas maravilhosas no meu caminho.

Aos meus pais, que sempre foram exemplo de bondade, caráter, honestidade e humildade, e pelo exemplo de vida sempre a ser seguido.

Aos meus filhos, Joana e Angelo, pelo seu carinho, apoio e compreensão durante a minha ausência em alguns momentos importantes de suas vidas.

Ao meu esposo Walter, por seu apoio, carinho, dedicação e disponibilidade em todos os momentos, durante as vitórias e as dificuldades.

Ao amigo e professor da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Isidoro Cruz Neto, pela colaboração na idealização e realização desta pesquisa.

Em especial, a minha orientadora, Profa. Dra. Angela Maria Magosso Takayanagui, pela disponibilidade, atenção, trabalho e constante apoio na construção deste trabalho. Agradeço também por ter me recebido com muito carinho e dedicação, possibilitando a oportunidade de compartilhar seus conhecimentos.

À UFMA, por ter me liberado de minhas atividades acadêmicas para as imersões na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (EERP-USP), permitindo que eu pudesse me dedicar exclusivamente ao curso de doutorado em alguns períodos de minha trajetória.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, pela oportunidade de realização do curso de Doutorado.

Aos professores da EERP/USP, que contribuíram para a minha formação profissional, em especial aos Professores Dra. Maria José Bistafa Pereira, Dra. Claudia Benedita dos Santos e Dr. Pedro Fredemir Palha.

Aos coordenadores do Programa de Doutorado Interinstitucional – DINTER, Profa. Dra. Elba Gomide Mochel e Profa. Dra. Sirliane de Souza Paiva, pelo empenho e possibilidades oferecidas.

Aos funcionários da EERP/USP, em especial Shirley Figueiredo, secretária do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, pela disponibilidade e paciência em ajudar em todos os momentos.

Às amigas do Laboratório de Saúde Ambiental, Ana Paula M. dos Santos, Silvia C. da S. André, Tânia M. L. Ribeiro e Tatiane B. Veiga e às amigas do Dinter, especialmente à Serlyjane P. H. Nunes, por partilharem comigo desse momento de crescimento e formação profissional.

Aos participantes especialistas, que voluntariamente contribuíram para a realização desta pesquisa.

Agradeço às lideranças jovens de Cajueiro I, em especial à Débora, Elieth, Eliene, Jeane, Joseane, Maria, Marcos e Zeudilene, que me auxiliaram no deslocamento na comunidade e demonstrarem extremo interesse em estudar de que forma poderiam contribuir para melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população.

Agradeço especialmente aos moradores de Cajueiro I e sujeitos da pesquisa, pela generosidade, paciência e oportunidade de convivência e por me receberem em suas casas e em suas vidas. Do mesmo modo, agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, por viabilizar a formação de novos doutores em pequenos centros de ensino, e fortalecer a formação de recursos humanos e a capacitação docente.

Aos meus familiares e meus sogros, pelo apoio, amor e compreensão, e por valorizarem meu trabalho sempre me incentivando. Vocês são o alimento da minha alma.

MUITO OBRIGADA!

“E aqueles que foram vistos dançando foram julgados insanos por aqueles que não podiam escutar a música”

Friedrich Nietzsche

RESUMO

FERREIRA, J. N. Condições de saúde de população negra remanescente de quilombo em Alcântara – MA. 2014. 150p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Esta pesquisa teve como objetivo realizar um diagnóstico das condições de saúde de população idosa de uma Comunidade Negra Remanescente de Quilombo (CNRQ) do município de Alcântara – MA, baseado no referencial teórico do modelo de Campo da Saúde, proposto por Lalonde (1974). Trata-se de uma pesquisa de campo, do tipo descritiva, exploratória e transversal, realizada com 27 idosos com idade entre 60 e 90 anos, residentes na comunidade quilombola Cajueiro I, Alcântara – MA. Após preparação do campo, a coleta de dados foi realizada em três etapas: elaboração e validação do roteiro para entrevistas, realização de entrevistas com os sujeitos e análise dos dados, que foram categorizados e organizados em planilhas, procedendo-se a cálculos estatísticos. Esta pesquisa teve aprovação do CEP da EERP/USP, bem como da Secretaria Municipal de Saúde de Alcântara - MA e das lideranças locais. Os resultados revelaram que a população de Cajueiro I é constituída por 225 indivíduos (52,5% do sexo masculino e 47,5% feminino), que constituem 66 famílias, com densidade domiciliar de 3,4 pessoas por família. Quanto aos dados relacionados à biologia humana, 96,3% dos sujeitos referiram possuir alguma doença, sendo informado HAS por 70,4% deles. Da história familiar de doenças, destaca-se a HAS como maior prevalência entre os familiares. Entre os entrevistados, 62,9% referiram uma condição de saúde “ruim ou regular” e 37% consideraram sua saúde como “boa ou muito boa”. Em relação ao ambiente social e físico, a renda familiar referida por 81,5% foi de 1 a 3 salários mínimos; destacam-se a baixa escolaridade dos sujeitos (92,6%) e analfabetismo de 75% entre as mulheres. Foi relatado por 44,4% dos entrevistados consumo de água encanada, porém, sem nenhum tratamento, nem na captação nem para uso no domicílio, e prática inadequada dos resíduos sólidos (77,8% referiram queima dos resíduos). Quanto ao estilo de vida, 88,9% dos sujeitos referiram não praticar nenhuma atividade física, e possuir hábitos alimentares com predomínio de ingestão de carboidratos e baixa ingestão de frutas, legumes e verduras, e também de sal, açúcar e gorduras. Foi referido consumo ocasional de bebida alcoólica (37%) e tabagismo (7,4%); 51,9% dos sujeitos referiram estresse, atribuído em 92,86% das situações, a relações familiares. Conclui-se que as condições de saúde dessa população quilombola são afetadas pelos fatores de risco considerados no modelo de Campo da Saúde, sendo passíveis de intervenção dos serviços públicos, principalmente de saúde, no que diz respeito ao acesso e à organização dos serviços públicos, não apenas da saúde, mas também daqueles ligados ao saneamento da água, esgotos e resíduos sólidos, além de transporte. Considera-se de grande relevância uma ação efetiva para o planejamento e execução de políticas que venham favorecer a promoção da saúde da comunidade estudada e de outras semelhantes.

Palavras-Chave: Promoção da Saúde. Condições de Saúde. Fatores de Risco. Ambiente e Saúde. População Negra.

ABSTRACT

FERREIRA, J. N. Health conditions remaining of black population of Quilombo in Alcântara - MA. 2014. 150p. Dissertation (Ph.D.) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

This research aimed to realize a diagnosis of the health conditions of the elderly population in Remaining Black Community Quilombo (RBCQ) of the town of Alcântara of the State of Maranhão, Brazil, based on the theoretical reference of the model of Field of Health proposed by Lalonde (1974). This is a field research, descriptive, exploratory, cross-sectional, conducted with 27 elderly individuals aged between 60 and 90 years, residents in quilombola community Cajueiro I of Alcântara - Maranhão. After preparation of the field for research, data collection was conducted in three stages: development and validation of the screenplay for interviews, conducting interviews with the subjects and data analysis, were categorized and organized in spreadsheets, then proceeding to the calculations of statistical. This research was approved by the Research Ethics Committee of the Nursing College of Ribeirão Preto, University of São Paulo as well as the Municipal Health Department of Alcântara - Maranhão and the local leaders. The results revealed that the population of Cajueiro I is composed of 225 individuals (52.5% male and 47.5% female), that constitute 66 families with household density of 3.4 persons per family. Regarding to human biology data, 96.3% of subjects reported having any disease, the hypertension being reported by 70.4% of them. Of the family history of disease stands out the hypertension as higher prevalence in relatives. Among the interviewees, 62.9% reported "fair or poor health" and 37% considered their health as "good or very good". Regarding the social and physical environment, family income was reported by 81.5% of 1 to 3 minimum salaries; highlight the low education of the subjects (92.6%) and 75% illiteracy among women. Was reported by 44.4% of the respondents consumption of piped water; however, no treatment in the uptake or for home use, and inadequate practice of solid waste (77.8% reported burning of waste). As for lifestyle, 88.9% of subjects reported not practice any physical activity and possess dietary habits with predominant ingestion of carbohydrates and low intake of fruits and vegetables and also salt, sugar and fats. Was reported occasional consumption of alcoholic beverages (37%) and smoking (7.4%); 51.9% of the subjects reported stress attributed in 92.9% of the cases the family relations. It is concluded that the health conditions of this population quilombola are affected by risk factors considered in the model Field of Health, being amenable to intervention of public services, especially health, regarding to access and organization of public services, not just health, but also those related to water sanitation, sewage and solid waste and transportation. It is considered of great relevance for effective action for planning and implementing policies that will encourage health promotion of the community studied and the like.

Keywords: Health Promotion. Health Conditions. Risk Factors. Environment and health. Black Population.

RESUMEN

FERREIRA, J. N. Condiciones de salud de población negra restante de “quilombo” en Alcántara – MA. 2014. 150p. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Esta investigación tuvo como objetivo realizar un diagnóstico sobre las condiciones de salud de la población de la tercera edad en una Comunidad Negra Restante de “Quilombo” (CNRQ) situada en Alcántara-MA, con base en un marco teórico de modelo de Campo de la Salud, propuesto por Lalonde (1974). Se trata de un estudio de campo, descriptivo, exploratorio y transversal, realizado con 27 ancianos con edad entre 60 y 90 años, que viven en la comunidad “quilombola” en Cajueiro I, Alcântara-MA. Después de la preparación del campo, los datos fueron colectados en tres etapas: elaboración y validación del instrumento de entrevista, realización de las entrevistas con los participantes y análisis de datos, que fueron categorizados y organizados en planillas, proseguido del análisis estadístico. Esta investigación fue aprobada en el Comité de ética de la EERP/USP, así como por la División Municipal de Salud de Alcántara-MA y por los líderes locales. Los resultados revelaron que la población de Cajueiro I está constituida por 225 individuos (52,5% hombres y 47,5% mujeres), conformando 66 familias, con una densidad domiciliar de 3,4 personas por familia. Acerca de los datos relacionados con la biología humana, el 96,3% afirmó tener alguna enfermedad, 70,4% de los entrevistados informaron que tienen HAS, del histórico familiar se destaca la HAS con la mayor prevalencia entre los parientes. Entre los entrevistados, 62,9% informaron tener una condición de salud “mala o regular” y el 37% considera la propia salud como “buena o muy buena”. En relación con el entorno físico-social, la renta familiar referida por el 81,5% estuvo entre 1 y 3 salarios mínimos; se destaca la baja escolaridad de los participantes (92,6%) y analfabetismo en 75% de las mujeres. Fue informado por 44,4% de los entrevistados, consumo de agua canalizada sin tratamiento ni en el punto de captación ni en el momento de uso en el domicilio. También fue relatada una práctica inadecuada en el manejo de los residuos sólidos (77,8% quema los residuos). Sobre el estilo de vida, el 88,9% informó que no practica ninguna actividad física y posee hábitos alimentares con alta ingestión de carbohidratos y baja ingestión de frutas y verduras, así como sal, azúcar y grasas. Los participantes relataron un consumo ocasional de bebidas alcohólicas (37%) y 7,4% informó ser fumador; el 51,9% informó que sufre estrés, atribuyéndolo a relaciones familiares (92,86%). Se concluyó que la salud de esa población del “quilombo” está afectada por factores de riesgo considerados en el modelo del Campo de la Salud, necesitando de intervención de los servicios públicos, principalmente en el área de la salud, específicamente en relación al acceso y a la organización de los servicios. También deben ser garantizados los servicios públicos vinculados al saneamiento básico, alcantarillado y residuos sólidos, así como del transporte público apropiado. Consideramos de gran relevancia una acción eficaz para la planificación y ejecución de políticas que favorezcan la promoción de la salud en la comunidad estudiada y otras similares.

Palabras claves: Promoción de la Salud. Condiciones de salud. Factores de riesgo. Ambiente y Salud. Población Negra.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Ocupação de casas existentes em Cajueiro I – MA, junho de 2014	68
Tabela 2 -	Arranjo familiar. Cajueiro I – MA, 2014.....	72
Tabela 3 -	Dados demográficos da população de Cajueiro I – MA, 2014.....	78
Tabela 4 -	Faixa etária e gênero da população do estudo. Cajueiro I – MA, 2014	82
Tabela 5 -	Média, mediana e desvio padrão para idade e sexo da população do estudo. Cajueiro I – MA, 2014	83
Tabela 6 -	Causas de mortalidade de familiares da população do estudo. Cajueiro I – MA, 2014.....	85
Tabela 7 -	Morbidade de familiares da população do estudo. Cajueiro I – MA, 2014	86
Tabela 8 -	Auto percepção do conceito de saúde pela população do estudo. Cajueiro I – MA, 2014.....	88
Tabela 9 -	Doenças pregressas e atuais informadas pela população do estudo. Cajueiro I – MA, 2014	89
Tabela 10 -	Renda mensal familiar dos sujeitos da pesquisa. Cajueiro I– MA, 2014	95
Tabela 11 -	Escolaridade dos sujeitos da pesquisa, segundo o gênero. Cajueiro I – MA, 2014.....	97
Tabela 12 -	Religião referida pela população de Cajueiro I – MA, 2014.....	98
Tabela 13 -	Situação conjugal dos sujeitos da pesquisa, segundo o gênero. Cajueiro I – MA, 2014.....	99

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Modelo de Determinação Social da Saúde	30
Figura 2 -	Território e relevo do município de Alcântara – MA	55
Figura 3 -	Mapa de localização da cidade de Alcântara – MA (B) e sua distância em relação à cidade de São Luís – MA (A), 2014.....	56
Figura 4 -	Estrada de acesso à CNRQ Cajueiro I – MA, 2014.....	57
Figura 5 -	Lavanderia comunitária da CNRQ Cajueiro I – MA, 2014.....	57
Figura 6 -	Casa de farinha comunitária da CNRQ Cajueiro I – MA, 2014.....	57
Figura 7 -	Açougue comunitário da CNRQ Cajueiro I – MA, 2014	58
Figura 8 -	Reunião realizada em Cajueiro I para apresentação da pesquisadora e sua pesquisa. Cajueiro I – MA, 2014	61
Figura 9 -	Poço artesiano que abastece Cajueiro I - MA, 2014.....	69
Figura 10 -	Bomba d'água que auxilia no abastecimento de água de Cajueiro I – MA, 2014	69
Figura 11 -	Transporte utilizado em Cajueiro I - MA, 2014.....	71
Figura 12 -	Escola de Cajueiro I em reforma. Cajueiro I - MA, 2014	73
Figura 13 -	UBS de Cajueiro I – MA, 2014	73
Figura 14 -	Salão de festa. Cajueiro I – MA, 2014.....	73
Figura 15 -	Comércio de alimentos por meio de caminhão particular. Cajueiro I – MA, 2014	74
Figura 16 -	Igreja da Congregação Batista de Cajueiro I – MA, 2014.....	74
Figura 17 -	Tipo de habitação das CNRQ antes do remanejamento para agrovilas. Alcântara – MA, 2003	75
Figura 18 -	Infraestrutura nas comunidades quilombolas antes do remanejamento. Alcântara – MA, 2003	75
Figura 19 -	Condições de saúde autorreferida pela população. Cajueiro I – MA, 2014	87
Figura 20 -	Número de doenças autorreferidas pela população. Cajueiro I – MA, 2014...	89
Figura 21 -	Doenças autorreferidas pelos sujeitos em Cajueiro I – MA, 2014	91
Figura 22 -	Refeições diárias referidas pelos sujeitos. Cajueiro I – MA, 2014	105

LISTA DE SIGLAS

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BA	Bahia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CLA	Centro de Lançamento de Alcântara
CNRQ	Comunidade Negra Remanescente de Quilombo
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DINTER	Doutorado Interinstitucional
DP	Desvio-Padrão
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FAB	Força Aérea Brasileira
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IE	Índice de Envelhecimento
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
MA	Maranhão
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pressão Arterial
PNAD	Política Nacional por Amostra de Domicílio
PSF	Programa Saúde da Família
RD	Razão de Dependência

RP	Razão de Prevalência
RS	Razão do Sexo
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS	Windows Statistical Package for the Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFSCAR	Universidade de Federal de São Carlos
UNESP	Universidade Estadual Paulista
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO	22
2. REVISÃO DA LITERATURA	26
2.1 Processo Saúde-Doença.....	26
2.2 Determinantes Sociais da Saúde.....	29
2.3 Promoção da Saúde	31
2.4 Modelo de Campo da Saúde.....	36
2.5 Condições de Saúde.....	41
2.6 Comunidade Negra Remanescente de Quilombo	47
3 OBJETIVOS	52
3.1 Objetivo Geral	52
3.2 Objetivos Específicos	52
4. MATERIAL E MÉTODOS	54
4.1 Delineamento do Estudo.....	54
4.2 Local do Estudo	55
4.3 População do Estudo	58
4.4 Procedimentos Metodológicos	59
4.4.1 Instrumento para Coleta de Dados.....	59
4.4.2 Preparação do Campo para Coleta de Dados.....	60
4.4.3 Estudo-Piloto	62
4.4.4 Coleta de Dados.....	62
4.4.5 Análise dos Dados	64
4.5 Aspectos éticos da investigação	65
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
5.1 Características da Comunidade Cajueiro I	67
5.1.1 Cenário de Pesquisa.....	67
5.1.2 Perfil da População de Cajueiro I.....	76

5.2 Fatores de Risco e Condições de Saúde da População do Estudo.....	81
5.2.1 Perfil da População do Estudo.....	81
5.2.2 Fatores Relacionados à Biologia Humana.....	84
5.2.3 Fatores Relacionados ao Ambiente Social e Físico.....	95
5.2.4 Fatores Relacionados ao Estilo de Vida	102
5.2.5 Fatores Relacionados à Organização dos Serviços de Saúde	107
 6 CONCLUSÕES.....	111
 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSIÇÕES	117
 REFERÊNCIAS	120
 ANEXOS	135
 APÊNDICES	138

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Ingressei na Universidade Federal do Maranhão (UFMA), no curso de Graduação em Educação Física, no ano de 1991 e desde o início me interessei pelo desenvolvimento de pesquisas científicas.

Entretanto, o Departamento de Educação Física, ao qual estava vinculada, não oferecia muitas condições de infraestrutura para o desenvolvimento de pesquisas científicas, uma vez que não possuía laboratórios de ensino nem de pesquisa. Unida a um grupo de alunos, com a colaboração do Prof. Dr. Florentino Assenço Alves Filho, criamos um grupo de estudos que, posteriormente, foi tomando corpo e veio a se tornar um grupo de pesquisa, e começamos a nos aventurar pela área dos questionamentos e busca por respostas, por meio da pesquisa científica.

Desde aquele período passei a me interessar pelo ensino superior como carreira profissional e decidi que buscaria as respostas aos questionamentos científicos implementando minha formação e me qualificando com curso de pós-graduação e preparando-me para ingressar no ensino superior. Orientada pelo Professor Florentino, desenvolvi meu trabalho de conclusão de curso já na área da saúde, que foi realizado no Laboratório de Fisiologia do Exercício da UFSCar em São Carlos – SP, com a colaboração do Prof. Dr. Vilmar Baldissera. Essa convivência me impulsionou a buscar o Mestrado.

Em 1997 tive a oportunidade de ingressar no curso de Mestrado da Universidade Estadual Paulista – UNESP/ Rio Claro, retornando ao meu Estado no ano 2000, determinada a ingressar no ensino superior, contribuindo para a melhoria do ensino, pesquisa e extensão junto à minha universidade.

Em 2000 prestei concurso para professora substituta e ingressei na UFMA, cargo que ocupei até o ano de 2004. Em 2006 realizei novo concurso, desta vez para professora efetiva e ingressei definitivamente para o quadro de professores da universidade.

Já engajada na área da pesquisa, passei a me encantar com o serviço da extensão universitária, prestando serviços não apenas para a comunidade universitária, mas também para a população do entorno da universidade e, posteriormente, ampliando os horizontes a outras comunidades carentes.

Durante toda a minha formação acadêmica e profissional, sempre estive muito envolvida com atividades de pesquisa e extensão universitária. Foi neste contexto que conheci as Comunidades Negras Remanescente de Quilombo (CNRQ), com as quais desenvolvíamos

projetos relacionados ao lazer e saúde, por meio da UFMA. A partir daí fui me envolvendo cada vez mais e conhecendo os problemas e necessidades dessas comunidades.

Em 2010, ao me inscrever no Programa de Doutorado Interinstitucional (DINTER), oferecido pela EERP em parceria com a UFMA e associado à Universidade Estadual de Santa Cruz - Bahia, já demonstrei interesse em estudar condições de saúde e qualidade de vida dessas populações. Essa inquietação era baseada no conhecimento empírico das dificuldades observadas nessas comunidades e, principalmente, pelas condições de vida em que elas se encontravam.

Assim, passei a cursar o doutorado, sob a orientação da profa. Dra. Angela Maria Magosso Takayanagui, iniciando com um projeto de investigação com população quilombola do Maranhão, dentro do contexto da promoção da saúde. A convivência com todo o pessoal do Laboratório, e o conhecimento de estudos desenvolvidos, na área de Saúde Pública e, especificamente, de Saúde Ambiental, foi me levando a inquietações sobre o que poderíamos estudar nessas comunidades quilombolas. Com isso, fomos aprofundando as discussões sobre essa temática do projeto de doutorado e definindo o delineamento teórico e metodológico do estudo.

Frente à contínua busca de informação e analisando os resultados de diversas investigações que ressaltavam os fatores de risco à saúde, fui levada para essa direção, em busca de respostas a várias inquietações sobre condições de saúde de populações remanescentes de quilombos, tomando como referencial o modelo de Campo da Saúde proposto por Lalonde (1974), que considera como fatores de risco à saúde, aqueles ligados à biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização dos serviços de saúde.

Assim, com base na realidade observada nas comunidades em que exercia atividades de ensino e extensão, em meu cotidiano acadêmico no doutorado, projetamos este estudo, visando realizar um diagnóstico das condições de saúde da população idosa de uma CNRQ. Neste sentido, apresento esta investigação que está organizada em sete capítulos.

O primeiro capítulo é constituído pela introdução, que tem como objetivo introduzir o leitor à temática do estudo, caracterizando o objeto a ser abordado, a pergunta norteadora desta pesquisa, sua finalidade e justificativa.

O segundo capítulo traz a revisão da literatura, abrangendo aspectos conceituais relacionados ao tema de estudo, tais como: processo saúde-doença, determinantes sociais de saúde, promoção da saúde, modelo de Campo da Saúde, vulnerabilidade e condições de saúde.

No terceiro capítulo, são apresentados os objetivos desta investigação, seguidos, no quarto capítulo, pela metodologia desta pesquisa e procedimentos utilizados para a coleta e análise dos dados.

No quinto capítulo são apresentados os resultados e discussão dos achados, com a contextualização do referencial teórico utilizado, de acordo com os objetivos estabelecidos para este estudo, apresentando, no sexto capítulo, as conclusões e encerrando a discussão com considerações e proposições, no sétimo capítulo, face aos resultados encontrados nesta investigação. Ao final apresento ainda, as referências, anexos e apêndices utilizados nesta investigação.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Em pleno Século XXI ainda pode-se identificar profundas desigualdades atingindo a população brasileira. Algumas políticas têm sido implementadas no sentido de garantir direitos constituídos para a população em todas as áreas da sociedade. Destacam-se entre esses direitos, os da área da educação, do ambiente e da saúde.

Em relação aos direitos à educação, o Artigo nº 205, da Constituição Federal (CF) de 1988, afirma que:

“a educação é direito de todos e dever do Estado e da família, devendo ser promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (BRASIL, 1988, p. 121).

Ainda sobre educação, os direitos básicos dizem respeito à igualdade de condições para acesso e permanência na escola; liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar o pensamento, a arte e o saber; pluralismo de ideias e concepções pedagógicas; gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais; valorização dos profissionais em educação; gestão democrática; e, garantia de qualidade.

Relacionado ao meio ambiente, observa-se na CF o Artigo 225 que afirma que “todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à boa qualidade de vida, impondo-se ao poder público e à coletividade o dever de defendê-lo para as presentes e futuras gerações” (BRASIL, 1988. p. 127).

Concernente ao direito à saúde, ainda na CF, no Artigo 196, “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988. p. 117).

Nesse caso não é necessário fazer uma distinção de direitos humanos, direitos fundamentais ou direitos naturais; o importante é saber que há uma legislação que garante os direitos básicos a qualquer indivíduo (SARLET, 1998). O acesso a esses direitos é indispensável para a promoção da saúde, incluindo outros indicadores como transporte, acesso aos serviços básicos e aos serviços de saúde, entre outros, e quando discutimos a realidade de populações em condições de vulnerabilidade esses direitos nem sempre são assegurados.

Ao discutir o conceito de saúde e o processo saúde-doença, busca-se desmistificar sua visão mecanicista, ainda predominante na sociedade atual, tentando compreender o conceito de saúde e doença centrado numa visão holística, em que fatores diversos têm fundamental importância, a citar ambiente, saneamento e estilo de vida, entre outros.

Scliar (2007) explica que saúde não deve ter o mesmo significado para todas as pessoas, sua concepção dependerá do entendimento de valores individuais, políticos, filosóficos, entre outros. Observa-se, nos últimos anos, uma evolução no conceito de saúde, partindo do entendimento de saúde apenas como ausência de doença, para a concepção proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na qual saúde é entendida como completo estado de bem estar que envolve aspectos físicos, mentais e sociais e não apenas ausência de doenças (WHO, 1946).

Nesta perspectiva, pretende-se abordar saúde e o conceito de promoção da saúde como um direito de todos. Entretanto, torna-se uma tarefa, no mínimo, desafiadora, quando se discute saúde e doença e o contexto de promoção da saúde em uma realidade com desigualdades tão abrangentes.

Pesquisas relacionadas a condições de saúde e promoção da saúde relatam diversos problemas quando se estuda a saúde de minorias populacionais, como populações negras, pobres e rurais. Fatores relacionados à infraestrutura, habitação, acesso à água potável, instalações sanitárias, acesso a escola, meios de transporte, atendimento à saúde, entre outros, são apontados como importantes determinantes para adequadas condições de vida e saúde, que geralmente apresentam deficiência nesse tipo de população (MAGALHAES, BURLANDY, SENNA, 2007; PINTO; SOUZAS, 2002; LOPES, 2005; OLIVEIRA et al., 2004).

No presente estudo, a escolha do tema e da população deu-se a partir da realidade de desigualdades empiricamente observadas em uma Comunidade Negra Remanescente de Quilombos (CNRQ), localizada no município de Alcântara, no estado do Maranhão, distante 440 quilômetros de São Luís, capital do estado. Esta comunidade, denominada Cajueiro I, é constituída por moradores remanescentes de quilombos que mantêm hábitos, tradições e costumes desde a abolição da escravatura.

Segundo Gaspar (2012), quilombos são comunidades tradicionais, com cultura, dialetos, formas de produção e regras próprias, formadas por grupos sociais cuja ancestralidade, organização social e política, elementos linguísticos, religiosos e culturais são comuns e quase sempre preservadas. De acordo com o mesmo autor, essas comunidades

foram constituídas por processos diversos, incluindo fugas e ocupações de terras livres, heranças, doações e recebimento de terras que passaram a ser ocupadas e cultivadas.

Sabe-se que a sensação de pertencer a grupos sociais excluídos da maioria dos benefícios da sociedade, gera sofrimento e sentimentos de inferioridade e discriminação, e isso pode contribuir negativamente na determinação da saúde dos indivíduos. Ao longo das últimas décadas essas comunidades negras rurais têm sofrido constantes ameaças de subtração ou perda de suas terras, ora por grileiros, ora por grandes projetos governamentais com os mais diversos objetivos.

Neste contexto, esta pesquisa visa entender as inter-relações entre os quatro fatores de risco e, possivelmente, identificar novas perspectivas que possibilitem o empoderamento da comunidade selecionada, no que se refere à promoção da saúde, contribuindo para elaboração de diagnósticos, trazendo à tona condições de vida ainda desconhecidas que poderiam contribuir para o desenvolvimento e gestão da comunidade.

A partir deste estudo, os contrastes dos fatores socioeconômicos, epidemiológicos e dos fatores de risco à saúde poderão assumir visibilidade, seja reunindo elementos que possibilitem intervenções, ou destacando aspectos favoráveis ao desenvolvimento da comunidade.

Considerando a escassez de estudos sobre a saúde de populações quilombolas, este estudo revela-se de grande importância e justifica-se pela possibilidade de levantar dados, ainda inexistentes na literatura científica, sobre as condições de saúde de populações remanescentes de quilombo no Brasil, reunindo indicadores de promoção da saúde de grande significado para populações vulneráveis.

Revisão da Literatura

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Processo Saúde-Doença

A concepção de saúde vem se modificando ao longo da história, desde a Grécia Antiga até os dias atuais, abrangendo atualmente, além dos vários elementos constituintes da vida, um ambiente saudável, fatores biológicos favoráveis, um estilo de vida adequado e assistência médica que lhe proporcione cuidados com a saúde (SEGRE; FERRAZ, 1997). Nessa circunstância, saúde é contextualizada com vários outros processos relacionados ao indivíduo, que são considerados processos dinâmicos de vivenciar a saúde e a doença (SILVA, 2006).

O atual conceito de saúde, proposto pela OMS, reflete a realidade social, econômica, política e cultural atual, e, a partir dele, pode-se analisar fatores que a determinam e sobre os quais a saúde pública deve intervir. Esse conceito ainda é bem atual, considerando que foi proposto na década de 1940, levando-se em conta diversos fatores que podem intervir no estado saudável de um indivíduo (WHO, 1946). Capra (2010) conceitua saúde como experiência de bem-estar resultante do equilíbrio dinâmico, envolvendo aspectos físicos, psicológicos, naturais e sociais, recebendo influências de vários fatores que determinam esse conceito.

Saúde também não apresenta o mesmo significado para as pessoas. A forma como se compreende o adoecimento e a cura tem sido influenciada por vários paradigmas, dependendo da época, lugar e classe social, de valores individuais, filosóficos e religiosos de cada indivíduo, não representando apenas a ausência de doença (SCLIAR, 2007).

Porém, quase sempre que se discute saúde, são abordadas também, questões relacionadas à doença, podendo-se incluir suas relações com o momento histórico e cultural. Segundo Scliar (2007), a doença é comumente compreendida a partir do aparecimento e medições de patologias, dor, sofrimento, etc.

Os mecanismos que desencadeiam as doenças sempre foram motivo de preocupação e investigação ao longo da evolução histórica, e a partir dessas preocupações surgiram paradigmas explicativos para os problemas de saúde e da doença.

A complexidade do processo saúde-doença tem definido uma diversidade de modelos explicativos, que são utilizados para fins acadêmicos, e ajudam na compreensão desse

processo. Vários modelos são apresentados nesta perspectiva como, por exemplo, as concepções fundamentadas na causalidade da doença.

No modelo unicausal as doenças não cotidianas eram inicialmente explicadas pela ação sobrenatural de deuses, demônios e espíritos malignos. Nesta concepção chamada mágico-religiosa a cura era atribuída aos Xamãs, pajés, benzedeiras, entre outros (ARANTES et al., 2009). Ainda hoje, em algumas regiões do Brasil, encontramos práticas religiosas e de cultura popular voltada para a cura de doenças por meio de rezas, práticas e rituais curativos e uso de ervas.

Segundo Rosen (2006), quando o homem deixou de ser nômade e passou a ser agricultor e pastor, alguns problemas de saúde relacionados à vida em comunidade foram surgindo. Os microrganismos passaram das plantas e animais para os homens.

Ainda de acordo com o mesmo autor, nesse período era concebido que as relações entre o homem e a natureza eram suficientes para conceber o adoecimento. Alguns outros fatores podiam ser determinantes para o processo saúde-doença, como por exemplo, higiene, nutrição, excreção, exercício, descanso e as relações com o ambiente natural e social.

Durante a idade média houve uma decadência das práticas de saúde pública. Com a ascensão da igreja as doenças passaram a ser associadas ao pecado e interpretadas como castigo de Deus e as práticas curativas relacionadas aos dogmas da igreja.

Ao final da Idade Média foram sendo criados os códigos sanitários e instituições que tinham como objetivo abrigar e dar conforto aos doentes, o que, posteriormente viriam a se caracterizar como os hospitais.

A lógica unicausal mais tarde incorporou aspectos da biologia, que propõe haver um agente patogênico como causador da doença. A doença se processaria naturalmente no corpo do indivíduo seguido por alterações celulares, provocando os distúrbios (LEAVELL; CLARK, 1976).

Após a Segunda Guerra Mundial o foco passou a ser centrado nas doenças crônicas não transmissíveis ou não infecciosas. A partir daí, surge um novo modelo que concebia a doença a partir da multicausalidade, que era caracterizada por múltiplas causas e múltiplos efeitos. Nesse modelo, a gênese da doença era atribuída a múltiplos fatores inter-relacionados em redes de causalidade (FARIAS JÚNIOR, 1999).

Esse modelo é centrado na tríade ecológica formada pelo agente, ambiente e hospedeiro. Segundo Leavell e Clark (1976), a doença era concebida como resultado do desequilíbrio entre esses três elementos, o que levou a um aprofundamento no conhecimento dos fatores condicionantes da doença.

A partir daí o processo saúde-doença passou a ser concebido sob um novo enfoque, ampliando os fatores determinantes envolvidos (ROSEIRO; TAKAYANAGUI, 2007), configurando-se num processo holístico e social, determinado pelas relações entre o homem e a natureza, e dos homens entre si. Esse processo não exclui o biológico, mas também não se resume apenas a ele, considerando fatores como estilo de vida, ambiente, serviços de saúde e outros relacionados aos hábitos que promovam o bem-estar.

Neste ponto, o que se observa é uma mudança na forma de se entender o processo saúde-doença, com uma renovação científica que conduz à mudanças na forma de ver o ambiente, evoluindo para um modelo no qual o contexto social, cultural, econômico e político passam a ser relevantes para as condições de vida e saúde dos indivíduos (KUHN, 1990).

Nesta nova visão, o processo saúde-doença passa a definir as relações entre as condições de vida, hábitos e adoecimento, conduzindo a uma discussão da forma de vida de diferentes grupos sociais que explicam o adoecimento.

Uma das primeiras estudiosas a utilizar esse novo paradigma sobre o processo saúde-doença na América Latina foi Laurell (1983), que entendia esse processo como um desgaste biológico, levando a um funcionamento diferente em decorrência da vida cotidiana. Na atualidade, a dimensão desse processo parte de dois sistemas conceituais: um negativo, em que saúde é entendida como ausência de doença, e um positivo, em que saúde é entendida como produto social vinculado à qualidade de vida dos indivíduos (VERNASQUE, 2010).

Nesse contexto, o processo saúde-doença passa a ser interpretado a partir da influência das condições socioculturais e econômicas dos indivíduos. Segundo Câmara et al. (2012), a concepção da determinação social do processo saúde-doença evidencia o vínculo entre o processo social e o processo biológico e a forma como o homem se apropria da natureza em um dado momento histórico.

Para Zione e Westphal (2007), a estrutura social e as condições a ela relacionadas passam a servir de base para o modelo explicativo do processo saúde-doença. Nesta perspectiva procura-se transpor a linearidade da concepção de causa-efeito e busca-se entender a estrutura social como principal organizadora desse processo.

Várias escolas dedicaram suas pesquisas no sentido de abordar os fatores intervenientes no processo saúde-doença e a sua determinação social, entre elas a Medicina Social, a Saúde Coletiva e a Promoção da Saúde. Elas estabelecem relações de causalidade entre saúde e doença e as condições de vida e trabalho em que esses indivíduos vivem. Campos (2006) explica que quanto melhor se conhecer as complexidades dos contextos intervenientes no processo, maiores serão as condições de desvendá-los.

Assim, o processo saúde-doença faz referência a todas as variáveis que envolvem a saúde e a doença e considera que estão interligadas e são consequência dos diversos fatores. Neste caso, equivale dizer que viver, adoecer e morrer assume um caráter histórico na vida das pessoas, o que significa que a saúde e a doença estão relacionadas com as práticas cotidianas e se referem ao momento da vida social e suas relações com o ambiente.

Neste sentido, torna-se necessária a discussão sobre os determinantes sociais da saúde, articulando dimensões da vida e considerando os aspectos que configuram uma realidade social e sanitária de uma população.

2.2 Determinantes Sociais da Saúde

Nas vertentes de interpretação do processo saúde-doença apresentadas anteriormente, compreende-se a saúde e a doença como intimamente interligadas e interdependentes. Dahlgren e Whitehead (1991) enfatizam que os determinantes sociais imprimem um impacto profundo e direto, e de forma individual e coletiva nesse processo.

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), nas últimas décadas, passaram a ser uma nova teoria de interpretação que leva em conta as condições sociais, econômicas, culturais, étnicas, raciais, psicológicas e comportamentais em que as pessoas nascem, vivem e envelhecem. Essas condições de vida influenciam a sua saúde e definem as iniquidades, ou seja, desigualdades injustas e evitáveis (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; BADZIAK; MOURA, 2010).

Em 2006, foi criado no Brasil a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), formada por um grupo interdisciplinar, com o objetivo de promover discussões e desenvolver políticas e projetos para conscientizar a população sobre a importância dos DSS sobre a saúde.

O conceito de DSS, conforme elaborado pela CNDSS, foi baseado no modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), que pode ser observado na Figura 1 apresentada a seguir:

Figura 1 - Modelo de Determinação Social da Saúde. Dahlgren e Whitehead (1991)
 Fonte: CNDSS, 2008, p.14

Nesse modelo são apresentados os DSS distribuídos em categorias conforme o nível de abrangência. A população encontra-se na base do modelo, juntamente com os fatores biológicos individuais, a ela relacionados. Em seguida estão os fatores relacionados ao estilo de vida, às redes sociais e comunitárias que prestam assistência à população e, por último, os DSS, representados pelas condições sociais, econômicas, culturais e ambientais.

Apesar da complexidade do modelo e das discussões geradas a partir dele, essa concepção tem contribuído muito para um melhor entendimento sobre a importância desse grupo de determinantes na concepção saúde-doença.

Os DSS representam mais do que causas de adoecimento, pois explicam o porquê de um grupo estar mais suscetível que outro dentro desse processo. Esses determinantes apresentam-se à realidade de forma integrada, levando-se em consideração o objeto, o indivíduo e o meio, destacando os impactos que imprimem à saúde.

A partir da década de 1980 algumas mudanças positivas vêm ocorrendo no âmbito das discussões sobre condições de saúde da população. Entretanto, os avanços têm sido irregulares e campos como saneamento, nutrição, mortalidade, erradicação de doenças transmissíveis têm sofrido sensíveis mudanças.

A proposta dos DSS aponta que a forma como a sociedade se organiza e como os indivíduos nela se inserem, são fatores que determinam as condições de saúde e doença dos indivíduos.

Após a mudança histórica no conceito de saúde, considera-se necessário também um redimensionamento de suas práticas, voltando o enfoque para a promoção da saúde, pois o atual conceito do processo saúde-doença envolve dimensões biológicas, mas também aspectos mais subjetivos da realidade.

2.3 Promoção da Saúde

A promoção da saúde, num contexto de valorização de vários fatores que interferem no processo saúde-doença, assume grande importância e requer que estejam contempladas, também, a realidade social e ambiental dos indivíduos, no sentido de mobilização para diminuição de contextos vulneráveis.

Há alguns anos tem-se observado uma atenção especial no campo da promoção da saúde com mudanças evidentes nas concepções e práticas de saúde pública.

Como consequência, torna-se necessária a discussão sobre os movimentos históricos de promoção da saúde, juntamente com a reflexão sobre os conceitos de promoção da saúde que, no contexto atual, se configura em um direito humano universal que envolve todos os setores da vida (HPA, 2004).

Segundo Houaiss, Villar e Franco (2001), promoção significa ato ou efeito de promover, ascensão a cargo, posto ou categoria superior. É qualquer atividade destinada a tornar mais conhecido e prestigiado um produto, serviço, marca, ideia, pessoa ou instituição.

A promoção da saúde apareceu pela vez nos escritos científicos que datam de 1945, nos quais a promoção da saúde foi descrita pelo médico francês Henry Ernest Sigerist (PEREIRA; PENTEADO; MARCELO, 2000). Esta era tida como uma das quatro tarefas essenciais da medicina. A partir daí, a ideia vem se propagando na literatura científica e aos poucos foi ocupando o cenário acadêmico.

Como proposta, a promoção da saúde se inicia na década de 1970 e se consolida na década de 1980. Neste interim, a OMS debate os princípios e propaga os conceitos e estratégias de promoção da saúde pelo mundo. Este foi um marco histórico sobre a saúde da população, pois da início a um processo de questionamento do modelo vigente até então.

Ao se fazer um resgate histórico do conceito de saúde e dos movimentos históricos em direção à promoção da saúde, observa-se que a definição de saúde vem ampliando-se e incorporando diversas dimensões da vida humana.

As primeiras iniciativas em direção à promoção da saúde foram as observações contidas no Relato das Missões enviadas à China, em 1974. Nelas, a discussão extrapolava a tradicional abordagem da saúde e deixava claro um movimento na direção da promoção da saúde. O Relato das Missões referia-se a um conjunto de atividades para a melhoria da saúde, como por exemplo, a organização da comunidade local, atenção aos anciãos, organização do povo para cuidar do ambiente, promoção de campanhas na área da saúde em todos os níveis, controle da limpeza de locais públicos, orientação de hábitos higiênicos, entre outros (WHO, 1975). Já se percebe, neste momento, uma mudança na forma de entender saúde e na valorização de hábitos, estilo de vida e ambiente, no estado de vida saudável.

Essa era uma abordagem não convencional, mas aparentemente bem sucedida da saúde pública. Entretanto, as autoridades chinesas não julgaram a experiência suficientemente madura para ser divulgada. Porém, a não publicação não impediu o aproveitamento da experiência e ideias.

Isto só ocorreu a partir da conformação da proposta do Relatório Lalonde, “Uma nova perspectiva na saúde dos canadenses”, produzido pelo governo canadense em 1974, com o objetivo de discutir o modelo tradicional de saúde (LALONDE, 1974). Este conceito foi reforçado posteriormente com a proposta de Atenção Primária à Saúde que se concretizou na Conferência de Alma-Ata e nas outras Conferências que aconteceram desde então.

O Relatório Lalonde foi o ponto de partida para a discussão conceitual sobre promoção da saúde, sendo considerado, por alguns autores, como a primeira declaração teórica oriunda das reflexões sobre o impacto de vários fatores de risco à saúde da população (SIMPSON; FREEMAN, 2004).

Esse relatório foi produzido no Canadá em 1974, pelo Ministério da Saúde, cujo Ministro era Marc Lalonde e propunha um novo conceito de saúde que enfatizava as responsabilidades do indivíduo em mudar comportamentos e melhorar a saúde.

O Informe Lalonde foi um marco inicial da moderna promoção da saúde no Canadá, utilizando o modelo de Campo da Saúde que destacava a importância dos DSS sobre a saúde dos indivíduos, trazendo orientações preventivas, atribuindo as principais causas de mortalidade a três fatores de risco: biologia humana, ambiente e estilo de vida. O relatório recomendou, ainda, a mudança no enfoque das ações sanitárias para ações de promoção, propondo ampliação do campo da saúde (LALONDE, 1974).

Promoção da saúde, para Sicoli e Nascimento (2003), é compreendida como o processo de capacitar as pessoas para assumirem maior controle sobre a sua saúde.

De acordo com Carvalho (2004), essa proposta sintetizou um pensamento que apresentou um conjunto de ações evidentemente preventivas e que propunha mudanças que buscavam intervir positivamente sobre comportamentos individuais não saudáveis.

Segundo Sicoli e Nascimento (2003), o Informe Lalonde propôs a ampliação do campo de atuação da saúde pública priorizando medidas preventivas e programas educativos que trabalhassem com mudanças comportamentais e de estilos de vida.

Essa discussão sobre promoção da saúde se iniciou com uma nova concepção de saúde como produto da sociedade e de tudo que a compõe, de forma articulada, integrada e contínua (BUSS, 2003).

Ao longo dos anos 1970 as evidências das associações entre condições de vida, prosperidade e bom nível educacional foram sendo fortalecidas e o conceito de promoção da saúde foi evoluindo de acordo com a evolução do próprio conceito de saúde e se estabelecendo num crescente envolvimento da sociedade.

Vários encontros e discussões ocorreram no sentido de sustentar e divulgar esse pensamento. Esses eventos abordavam a implementação da promoção da saúde e estabeleceram as bases para outros movimentos na conformação de um novo paradigma formalizado na Conferência de Alma-Ata e com a promulgação da Carta de Ottawa. Esta consolidação dos conceitos sobre promoção da saúde veio se enriquecendo com uma série de declarações internacionais periodicamente formuladas em conferências realizadas sobre o tema (BUSS et al., 1998).

Ressalta-se que essas duas conferências tiveram, inicialmente, grande impacto na saúde pública, a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primária, que aconteceu em Alma-Ata (1978) e a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da saúde que ocorreu em Ottawa (Canadá) em 1986.

As conferências objetivavam divulgar e promover ideias necessárias para as ações em saúde, além de gerar documentos que defendiam a promoção da saúde, visavam diminuir a desigualdade social para atingir a meta em saúde e diminuir a lacuna entre os países desenvolvidos e países em desenvolvimento.

Em setembro de 1978, foi promovida a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizado pela OMS em Alma-Ata, no Cazaquistão, com a audaciosa missão de promover “saúde para todos no ano 2000”. Ao final da Conferência foi redigido um documento com diretrizes e propostas a serem implementadas em direção à promoção da saúde. Nesse documento, denominado Declaração de Alma-Ata, saúde era entendida como um direito de todos e uma meta social a ser atingida. Entretanto, para que isto pudesse

ocorrer, seria necessária uma ação conjunta entre vários outros setores, a citar o social e o econômico. A mesma relação de interdependência é observada no sentido inverso, no qual não há crescimento social e econômico numa população adoecida.

As áreas prioritárias de intersecção, apontadas pela Declaração de Alma-Ata, foram educação para a saúde; nutrição; qualidade da água e saneamento básico; cuidados de saúde materno-infantil; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças comuns; e, o fornecimento de medicamentos essenciais (FERREIRA; BUSS, 2002).

Embora o Brasil não tenha enviado representante à Conferência de Alma-Ata, posteriormente assinou a Declaração e assumiu compromisso de adotar seus princípios, corroborando com as ideias de redemocratização do país.

Depois da Conferência realizada em Alma-Ata, ocorreu a I Conferência sobre Promoção da Saúde, que ocorreu em Ottawa, Canadá, em 1986, e teve como resultado a elaboração da Carta de Ottawa que emergiu de um movimento em prol da saúde pública.

Entre os principais pontos abordados nesta carta destacam-se o conceito de promoção da saúde; o reconhecimento da capacidade dos indivíduos de intervirem e adquirirem saúde; o reconhecimento da contribuição de outras áreas no contexto da saúde; entendimento da possibilidade de controle dos fatores determinantes de saúde; a construção de políticas saudáveis para atingir promoção da saúde; e, a organização dos serviços de saúde para promoção da saúde, entre outras.

Na Carta de Ottawa, promoção da saúde foi conceituada como processo de preparação e participação da sociedade para atuar no controle do processo de melhoria da qualidade de vida e saúde (BUSS et al., 1998). Nesse documento é assumido que a equidade em saúde é um dos pontos a ser trabalhado em promoção da saúde, objetivando diminuir as diferenças no acesso a recursos diversos e consequentemente no estado de saúde da população.

Segundo a OMS (WHO, 1986), a Carta de Ottawa reconheceu como pré-requisitos fundamentais para promoção da saúde, paz, educação, habitação, ambiente e recursos naturais e equidade e aponta a promoção da saúde como a espinha dorsal da nova saúde pública.

Para Ferraz (1998), esse movimento significou a ampliação da concepção de promoção da saúde, incorporando a importância e o impacto das dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde, se caracterizando assim como uma atividade intersetorial.

Deste modo, a Carta de Ottawa é um dos marcos de referência de promoção da saúde e reflete o pensamento das nações que corroboram com um novo paradigma de saúde pública. Este documento também menciona que fatores relacionados ao estilo de vida saudável

refletem nas condições de saúde como, por exemplo, alimentação, atividade física, sedentarismo, tabagismo, álcool e outras drogas, estresse e outros comportamentos de risco.

A Declaração de Alma-Ata e da Carta de Ottawa, apesar de algumas diferenças nos pressupostos básicos, corroboram no sentido de entenderem a saúde como um direito humano fundamental. Partilham também da concepção de direitos e valores como, por exemplo, justiça social, equidade em saúde e responsabilidade individual e coletiva.

Outras Conferências surgiram a partir daí, como a de Adelaide (1988), Sundsval (1991), Santafé (1992), Jacarta (1997), México (2000) e Bangkok (2005), com o objetivo de afirmar as políticas e ações da promoção da saúde. Além dessas conferências, ocorreram também outros eventos específicos, como a Conferência do Caribe, a Conferência Latino-Americana e da Rede de Mega Países para Promoção da Saúde, ainda com o mesmo objetivo de promover ações do movimento de promoção da saúde.

Para muitos, o reconhecimento da importância do movimento para a promoção da saúde e dos documentos gerados a partir das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, pode ser entendido como um ponto de partida para a discussão e superação de limitações no desenvolvimento de políticas de promoção da saúde e da transformação social.

Entretanto, as Conferências em si e os documentos gerados a partir delas, não garantem a aplicação de suas propostas. A mudança deve ocorrer de forma gradual e contínua e a partir de um compromisso assumido pelos países participantes. O fato da meta “Saúde para todos no ano 2000”, tal qual havia sido concebida, não ter sido ainda atingida, não anulou os esforços realizados em sua direção. O compromisso assumido pelos países participantes reorientaram os debates com o intuito de promover saúde para todos e vem apresentando estratégias que geram impactos na saúde das populações.

Assim, a nova configuração política no país, com a queda do Regime Militar, possibilitou incorporar as ideias propostas na Declaração de Alma-Ata e na Carta de Ottawa à nova Constituição Brasileira que se desenhava e como resultado seguiu-se a aprovação da Lei 8080/90, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990. A proposta de criação do SUS foi moldada nos pressupostos de Alma-Ata (MACHADO; MONTEIRO; QUEIROZ, 2007).

No Brasil, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 sistematizou essas diretrizes e propôs um novo sistema de saúde, baseado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular, criando assim o Sistema Único de Saúde (SUS) (ALMEIDA, 2010).

Passadas mais de três décadas do início desse movimento, muitas críticas ainda surgem no sentido de questionar se os objetivos e as metas estabelecidas nestas Conferências

acima citadas foram realmente atingidos. Entretanto, é fato que estas Conferências foram um marco na evolução teórica e prática no desenvolvimento da saúde pública. A determinação econômica e social da saúde foi amplamente discutida neste período e esse debate abriu novos horizontes para a busca de uma nova abordagem nesse campo, superando a visão anterior centrada no controle da enfermidade.

2.4 Modelo de Campo da Saúde

O modelo de Campo da Saúde foi proposto por Lafranboise (1973) e Lalonde (1974), no qual saúde é determinada por um conjunto de fatores de risco. O termo fator de risco à saúde surgiu inicialmente nos trabalhos de Kannel et al. (1961). Esses autores estudaram uma população e buscaram relacionar comportamentos comuns às pessoas que desenvolveram doença arterial coronariana. Os resultados apontaram que a incidência dessa doença tinha estreita relação com determinados comportamentos que foram denominados fatores de risco para doença arterial coronariana.

Risco é definido como a probabilidade de ocorrência de um resultado desfavorável, de um dano ou fenômeno indesejado (ROTHMAN; GREENLAND; LASH, 2011). Para Medronho et al. (2009), fator de risco é qualquer situação que aumente a probabilidade de ocorrência de uma doença, dano ou agravo à saúde.

Para a OMS (WHO, 2002), fatores de risco de um dano são todas as características ou circunstâncias que acompanham um aumento da probabilidade de ocorrência de fato indesejado.

Nessa direção, identificar e reduzir riscos tornou-se meta central da saúde pública e, conhecer esses riscos, pode ajudar a melhorar o controle (NEVES; GUILAM, 2007). Esse conhecimento tem como objetivo a segurança e articulação de estratégias para ampliar a prática da promoção da saúde.

Assim, surgiu o modelo de Campo da Saúde, proposto por Lafranboise (1973) e Lalonde (1974), que possibilita uma análise mais ampla dos problemas na área da saúde, por considerar que esta pode ser resultado de vários elementos, sobre os quais o indivíduo não tem controle e que podem contribuir para a determinação da doença. Esses elementos têm, basicamente, o mesmo valor na determinação da saúde do indivíduo que devem estar em equilíbrio para sua manutenção (DANTAS, 1999).

A eficácia das ações em promoção da saúde possui, portanto, inegável contribuição para o amadurecimento dos conceitos e definições de riscos à saúde e à vida. Para Paim (1997), condições de vida referem-se às condições materiais básicas à existência, que podem estar relacionadas à habitação, saneamento, emprego, educação acesso aos serviços de saúde, entre outros.

Vários autores levantam aspectos que podem determinar as condições de saúde da população no referencial teórico da promoção da saúde, baseado nos princípios propostos por Lalonde (1974), superando a visão mecanicista de saúde e explorando um conceito em que vários fatores podem incorporar o cotidiano na determinação da doença, gerando uma complexidade na forma como se entende e consequentemente na forma como se aborda a doença.

Lalonde (1974) define como principais fatores de risco à saúde, os relacionados à biologia humana, estilo de vida, ambiente e organização dos serviços de saúde, a saber:

Fatores relacionados à biologia humana

Fatores relacionados à biologia humana são aqueles que dizem respeito aos danos que se manifestam decorrentes da constituição orgânica do indivíduo. São considerados como fatores da biologia humana aqueles relacionados aos aspectos da saúde física e mental do indivíduo, entre os quais: fatores genéticos, da maturação, processos de envelhecimento e da estrutura interna dos sistemas biológicos (LALONDE, 1974). Repetidas vezes, esses elementos contribuem para a morbidade através de doenças crônicas não transmissíveis e desordens genéticas, entre outras.

Muitos problemas relacionados a fatores biológicos são desencadeados pela miséria ou outros fatores ambientais, fatores relacionados ao estilo de vida, ou relacionados à falta de acesso aos serviços de saúde, os quais demonstram uma provável inter-relação entre os vários fatores de risco existentes, interferindo nos resultados para a saúde humana (LALONDE, 1974).

Fatores ambientais

Segundo Lalonde (1974), fatores ambientais que podem intervir na saúde da população são aqueles externos ao corpo humano, e compreendendo o ambiente físico e social que envolve os indivíduos.

Meio ambiente, de acordo com a lei nº 6.938/81, que dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, é o conjunto de condições, leis, influências e interações de ordem física, química, biológica e social que permite, abriga e rege a vida em todas as formas (BRASIL, 1981).

A compreensão do ambiente numa visão ecológica valoriza as inter-relações entre os seres vivos e o ambiente. Segundo Capra (2010), cada elemento da natureza, inclusive o ser humano, deve ser preservado e respeitado para garantir o equilíbrio do sistema.

Alguns problemas de saúde que afetam a população mundial estão intrinsecamente relacionados com o meio ambiente. Um exemplo é a diarreia que é uma das doenças que mais atinge a população mundial e é uma das principais causas de morte de crianças com idade até 1 ano (IBGE, 2010).

A proposta central dessa discussão está fundamentada na sensibilização para incorporar o debate sobre a relação entre o ambiente e o homem visando uma reflexão sobre a crise mundial atual, fundamentada em problemas ligados à poluição, à degradação da natureza, à pobreza, à miséria e à fome, entre outros, e suas repercussões na saúde.

Para que se possa entender como isso se processa, é necessária a compreensão científica da vida em todos os níveis de sistemas vivos, desde um nível micro, como uma célula ou um átomo, até um nível macro, como os ecossistemas, o que requer uma nova percepção da realidade e compreensão do ambiente.

A preocupação com o ambiente precisa deixar de ser isolada, evoluindo para uma forma sistêmica, com organismos interligados e interdependentes e caminhar cientificamente nesse sentido, partindo de uma visão mecanicista, fragmentada e cartesiana, e voltando-se para uma visão holística e ecológica, com rupturas descontínuas e revolucionárias, direcionada para o entendimento de um novo paradigma que leva em conta os vários elementos que compõem a vida e, conseqüentemente, a saúde.

Minayo (2010) afirma que saúde é gerada em todos os espaços em que as pessoas vivem esse entendimento nos leva à discussão, sobre o ambiente como um fator de risco à saúde; e, o Relatório Lalonde foi fundamental na identificação de algumas desigualdades ambientais que influenciam o processo saúde-doença.

Fatores relacionados ao estilo de vida

Atualmente, sabe-se que as condições de vida, hábitos, comportamentos e atitudes, além da história cultural e social das pessoas, definem o estilo de vida do indivíduo e de

grupos. Os fatores relacionados ao estilo de vida são as decisões que cada indivíduo toma a respeito da sua saúde, no que se refere, por exemplo, a suas atividades de lazer e alimentação. O indivíduo exerce parcialmente o controle sobre sua vida e essas decisões podem criar riscos que são originados pelo próprio indivíduo (LALONDE, 1974).

Evidências científicas demonstram que estilos de vida saudáveis previnem várias doenças associadas ao sedentarismo, consumo de álcool e tabaco e à alimentação (DUARTE et al., 2004; MAIA; LOPES, 2006), propiciando o desenvolvimento de comportamentos que afetam a própria saúde do indivíduo, aumentando ou diminuindo o nível da doença ou morte prematura e, conseqüentemente, qualidade de vida.

Os fatores relacionados ao estilo de vida são representados por ações e comportamentos como a prática de atividades físicas e de lazer, hábitos alimentares, fumo, uso do álcool e de outras drogas, que são decisões que podem afetar sua própria vida e conseqüentemente suas condições de saúde.

Fatores relacionados à organização dos serviços de saúde

Segundo Lalonde (1974), organização dos serviços de saúde corresponde à disponibilidade, quantidade e qualidade dos serviços oferecidos à população, seja ao nível primário, secundário ou terciário. Esses serviços incluem recursos humanos da área da saúde, estrutura física, organizacional e um plano de serviços e atendimento qualificados.

Serviços de saúde podem ser entendidos como um conjunto de relações e atividades orientadas para a manutenção da saúde de uma determinada população humana (MIGUEL, 1978).

Roemer (1989) já discutia o peso dos serviços de saúde na melhoria da saúde e qualidade de vida de uma população. Essa é uma discussão bastante complexa, pois envolve questões políticas e econômicas, correlacionadas com fatores como morbidade e mortalidade.

Entretanto, há a necessidade de ampliação da discussão para melhor compreensão da inter-relação entre os serviços de saúde e o estado de saúde da população. Dias, Ramos e Costa (2010) apontam a importância da investigação da perspectiva do usuário sobre a organização dos serviços de saúde, enquanto protagonista. Assim, gestores e trabalhadores podem conhecer as necessidades dos usuários a partir da visão do próprio usuário.

A grande questão, segundo Hortale, Conill e Pedroza (1999), é o que são considerados como indicadores desses serviços, que podem ser representados pela quantidade e qualidade da organização dos serviços de saúde.

A qualidade dos serviços de saúde pode ser definida a partir de outros fatores que também podem ser apontados como indicadores de monitoramento dos serviços, como, por exemplo, descentralização e acesso. A descentralização possibilita um equilíbrio entre responsabilidades, obrigações e poderes na administração. O acesso pode ser definido como acesso geográfico, econômico, organizacional e sociocultural e o nível de utilização em relação às necessidades da comunidade (DONABEDIAN, 1980).

Outros aspectos a serem considerados dizem respeito à capacidade de dar cobertura ou de obstáculos a sua utilização, caracterizando uma interação que ocorre entre a produção de serviços e sua utilização. Segundo Dias, Ramos e Costa (2010), a avaliação dos serviços de saúde depende de vários elementos e das várias combinações desses elementos.

Assim, entre os aspectos de importância a serem destacados no papel que desempenha a organização dos serviços de saúde para o processo saúde-doença, ressalta-se a disponibilidade e o acesso à assistência às necessidades de saúde da população.

A interpretação dos fatores de risco relacionados ao processo saúde-doença, para Blum (1981), guarda uma hierarquia que prioriza os fatores ambientais como agentes de fundamental importância, seguidos pelos fatores ligados ao estilo de vida e hábitos comportamentais, genéticos e por último, aqueles relacionados aos serviços de saúde.

Dever (1988) destaca a importância da prevenção das doenças e da promoção da saúde no sentido de melhorar o nível de saúde das coletividades e populações humanas, a partir de um modelo ampliado desde que considera as influências de uma sociedade industrializada nas mudanças dos padrões da doença.

Dahlgren e Whitehead (1991) enfatizam que os determinantes sociais possui impactos profundos e diretos na saúde individual e coletiva. Nessa perspectiva, saúde e doença estão intimamente interligadas, sendo também interdependentes, ou seja, o adoecer deixa de ser o resultado de um único fator, passando a ser entendido como resultante de inúmeros processos.

Terris (1992) se preocupou com a epidemiologia das doenças crônicas prevalentes, e sua relação com as condições sociais e ocupacionais, assim como seu grau de previsibilidade a partir dos fatores de risco.

Pruss et al. (2002) e Pruss-Ustum et al. (2004) abordam a compreensão de riscos à saúde ou diferentes meios de transmissão de doenças relacionadas, entre outras, à qualidade da água, hábitos higiênicos e manejo de resíduos. Estes dados podem ser encontrados quando analisadas as desigualdades decorrentes das condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.

Essas desigualdades acabam agindo como determinantes sociais de saúde e, nessa perspectiva, algumas condições descritas são entendidas como determinantes sociais da saúde e doença (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; BADZIAK; MOURA, 2010).

Nesta perspectiva, o contexto em que o indivíduo está inserido pode ter uma relação direta com as suas condições de saúde. Isto reflete no reconhecimento da importância de sua participação na ocorrência das doenças, cabendo também a possibilidade de participação no processo de cura ou reabilitação (CAPRA, 2010).

As mudanças nas condições de saúde, portanto, dependem muito de como a população envolvida vê suas próprias necessidades e sua capacidade de advogar sobre elas, podendo assim alterar sua realidade e melhorar sua qualidade de vida.

2.5 Condições de Saúde

Tem se tornado cada dia mais evidente a estreita relação entre condições de vida e níveis de saúde da população. Atualmente, no mundo, 12% da mortalidade infantil ocorrem em função de doenças diarreicas, e em países de baixa renda esses índices chegam a 26%. Sabe-se que 88% dos casos de diarreia infantil devem-se à utilização de água contaminada, condições sanitárias inadequadas e higiene precária (MURRAY, et al., 2014).

Indicadores de mortalidade, morbidade, ambiente, nutrição, condições sociais e índice de desenvolvimento humano (IDH), ajudam a revelar as condições de saúde de uma população. Alguns outros indicadores também devem ser considerados como, por exemplo, nível de escolarização e condições de saneamento, pois quanto maior o nível de escolarização e saneamento, maior o nível de desenvolvimento da população, podendo gerar avanços sociais, econômicos, tecnológicos e culturais.

Os impactos da pobreza e desigualdades sociais no perfil de saúde da população mundial são marcantes. As situações de desigualdades ou desvantagens sociais são devastadoras em algumas condições de vida, e as iniquidades em saúde acabam reforçando essas diferenças (IBGE, 2010).

Condições de saúde apresentam-se, portanto, perante múltiplas dimensões e acabam por definir a qualidade de vida das pessoas (BECKER JÚNIOR; GONÇALVES; POL, 2006), que, para a OMS (2007), abrange a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive.

O Relatório Saúde nas Américas 2012, elaborado pela OPAS/OMS, indica uma lacuna social entre ricos e pobres; brancos, negros e indígenas; áreas urbanas e rurais; homens e mulheres. Esta lacuna também é clara em aspectos relacionados a fatores sociais como, por exemplo, nas condições de saúde e expectativa de vida dessas populações. O mesmo documento mostra também que o Brasil tem alçado, nas últimas décadas, um crescimento econômico significativo, ajudando a melhorar as condições de vida e saúde dessa população brasileira (WHO, 2012).

Esse avanço se retrata na maior parte dos indicadores, entre os anos 2000 e 2010, nas quais se observa uma queda nas taxas de analfabetismo de 13% para 9,6%. A taxa de mortalidade infantil, que também é utilizada como um indicador das condições de vida e saúde, também sofreu considerada queda devido ao controle de doenças evitáveis por vacinação. A expectativa de vida para os homens atingiu 69,7 anos em 2010 e, para as mulheres, 77,3 anos nos mesmos anos. Entretanto, a literatura aponta que os indicadores de saúde apresentam grandes disparidades quando se leva em conta as diferenças e, no Brasil, estas diferenças são claramente visíveis (WHO, 2012).

Um exemplo são os dados sobre desenvolvimento da saúde da população e seus determinantes nas Américas. Em 1900 uma pessoa nascida na América do Norte tinha uma expectativa de vida de 48 anos, enquanto nas outras regiões essa expectativa era de 29 anos. Em 2010 esta expectativa subiu para 78 e 74 anos, respectivamente (WHO, 2012).

Quando considerado o caso das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) observa-se um comportamento inverso. Entre 2006 e 2009 ocorreu um aumento na prevalência de hipertensão, obesidade, sedentarismo e abuso de álcool na população maior de 18 anos, assim como em número de óbitos em decorrência delas.

Segundo Rodin e Ferranti (2012), de acordo com relatório sobre saúde global, as DCNT têm se apresentado cada vez mais prevalentes no mundo, sendo a hipertensão um dos principais fatores de risco à saúde no mundo. Este relatório aponta que, nas últimas décadas, houve uma melhoria significativa nas condições de vida e saúde da população, mas as desigualdades sociais ainda são preocupantes e acabam se traduzindo também nas diferenças de condições de saúde e distribuição de serviços em todo o mundo.

Um dos aspectos muito destacados quando se discute condições de saúde da população mundial, e, em especial, da saúde da população brasileira, é a transição epidemiológica. Doenças infectocontagiosas, geralmente relacionadas à pobreza e condições de saneamento, cedem lugar às doenças crônicas não infecciosas mais ligadas ao estilo de vida das pessoas (MARTINS et al., 2005).

Paralelo a esta transição epidemiológica apresenta-se a transição demográfica com declínio das taxas de fecundidade e redução das taxas de mortalidade, provocando aumento da população idosa no mundo e no Brasil (NASCIMENTO; MENDES, 2002). Este aumento é motivo de preocupação, considerando as necessidades básicas desse grupo etário, uma vez que a sociedade ainda esta voltada para essa nova demanda.

Quando estudamos populações vulneráveis, a relação entre pobreza e condições de saúde torna-se ainda mais evidente, como em populações indígenas e populações negras. Segundo Pinto e Souzas (2002), ainda há uma escassez de trabalhos científicos que abordam a questão da saúde dessas populações, faltando amparo para uma melhor estruturação das políticas e ações em prol da melhoria do acesso aos bens e serviços também na área da saúde.

Dados de uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro, na década de 1990, revelaram uma estreita relação entre morte materna e infantil, taxa de homicídios, baixa expectativa de vida, baixos níveis de instrução e altos índices de pobreza em populações vulneráveis (LANDMAN et al., 1999). De acordo com Travassos et al. (2002), grupos com baixa escolaridade, baixa renda, afrodescendentes, indígenas e habitantes das regiões norte e nordeste do país apresentam mais dificuldades de acesso aos serviços de saúde e também piores indicadores sanitários.

Para Batista, Escuder e Pereira (2004), essas diferenças se apresentam como vulnerabilidade no processo saúde-doença. Segundo esses autores, “a morte tem cor”. Essa constatação deve-se ao fato de que as causas de óbitos para a população branca, estão mais relacionadas às doenças em si, ou seja, à fatores biológicos e estilo de vida. Enquanto isso, para populações negras e indígenas, soma-se os fatores ambientais e os relacionados à organização dos serviços de saúde, como por exemplo, complicações na gravidez e parto, em casos de transtornos mentais e em situações de doenças mal definidas.

Expectativa de vida e taxa de mortalidade materno-infantil são indicadores importantes para se determinar o nível de desenvolvimento de uma região. Por exemplo, a expectativa de vida ao nascer dos brasileiros é inicialmente, em média, de 68,6 anos. Entretanto, as desigualdades encontradas entre as regiões deixam claro que determinadas regiões brasileiras são mais desenvolvidas e apresentam melhores condições de vida e saúde que outras. A expectativa de vida no estado de Santa Catarina, por exemplo, é de 73,7 anos, enquanto no Maranhão é de 61,7 anos, menor que a média nacional (BRASIL, 2011a).

O Maranhão ainda possui o maior índice de mortalidade infantil até um ano e também até cinco anos de idade, do país. Nesse estado, em cada 1000 crianças nascidas vivas, 55 não

sobrevivem ao primeiro ano de vida e 85,7 não sobrevivem aos cinco primeiros anos de vida (BRASIL, 2011a).

O desafio para os sistemas de saúde é garantir que a longevidade oriunda dessa transição demográfica e aumento da expectativa de vida sejam acompanhados de boa saúde, indivíduos ativos, mobilidade e participação dos idosos na sociedade.

As condições de saúde estão intimamente relacionadas ao meio físico, biológico, econômico, social, ausência de desenvolvimento e de ações gerenciadas pelo próprio indivíduo e vários estudos têm mostrado essa relação (ANDRADE; LISBOA, 2001; ALVES; TIMMINS, 2001; VIACAVA et al., 2001; TRAVASSOS et al., 2002).

No Brasil, as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste começaram a se urbanizar mais intensamente a partir da década de 1970 e, atualmente, apresentam as maiores taxas de desenvolvimento do país. A região Sudeste apresenta a maior taxa de urbanização do país, apresentando 90,56% de população urbana. As regiões Sul e Centro-Oeste também apresentam altas taxas de urbanização apresentando, respectivamente, 81% e 86,76% (IBGE, 2010).

Enquanto isso, as regiões Norte e Nordeste apresentam taxas de população urbana e rural ainda em níveis muito próximas. As precárias condições de vida encontradas nas regiões Norte e Nordeste, normalmente se expressam na baixa renda da unidade familiar, no limitado poder de compra, particularmente de alimentos, e em precárias condições sanitárias, entre outras. Segundo o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o Maranhão apresenta a maior porcentagem de população rural do país (40,48%).

O Brasil, apesar de ter sido a maior economia latina americana em 2005, neste período ainda possuía a sétima incidência de pobreza, atingindo 36% da população. Segundo Pruss-Ustum, Bonjour e Corvalán (2008), há uma estimativa de impacto dos três principais fatores de risco à saúde, que são água potável, saneamento e higiene e poluição do ar, fatores esses estreitamente relacionados aos índices de pobreza. Sabe-se que pobreza notória e extrema, normalmente vem acompanhada de outras desigualdades, como altas taxas de analfabetismo, desemprego e falta de assistência social e mortalidade infantil, entre outras.

No Brasil as diarreias representam 80% das doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado (OMS, 2004). Em 2008, apenas 13 municípios apresentavam índices de coleta de esgoto superiores a 90% e, entre os piores municípios com esgotamento sanitário adequado, cinco estavam nas regiões Norte e Nordeste.

Outros fatores como violência e acidentes também podem afetar significativamente os dados referentes à saúde da população adulta, principalmente do sexo masculino, tendo como principal causa de morte nesse grupo, infarto do miocárdio e neoplasias. Para o sexo feminino, com variações entre as regiões nos anos 2000, as complicações no parto representaram entre 52 e 62% das hospitalizações (LAURENTE; JORGE; GOTLIEB, 2005). Atualmente as principais causas de hospitalização em mulheres são derrames cerebrais e neoplasias.

Segundo Piola e Viana (2009), condições de saúde de uma população é um indicador importante quando se avalia o desenvolvimento de uma determinada região. Pode demonstrar sucesso ou fracasso de um estado na promoção da saúde e atendimento às necessidades básicas dessa população. Esse sucesso ou fracasso se resume às desigualdades ou diferenças encontradas entre os grupos.

Segundo Almeida-Filho (2009), as desigualdades são traduzidas através de indicadores demográficos e epidemiológicos, e reveladas nas condições de saúde. Essas desigualdades podem ser determinadas pela renda, educação e classe social. Para Ferreira e Latorre (2012), a desigualdade social é uma condição imposta pelo sistema em que um grupo pequeno de pessoas controla os meios de produção e o capital, e essa desigualdade afeta o indivíduo de forma injusta, indesejável e evitável, tornando-se uma iniquidade social.

Segundo Barcelos (2010), essas iniquidades sociais acabam afetando as condições de vida, ambiente e saúde da população. Celeste (2009) afirma que a saúde é um ponto crítico do bem estar do indivíduo, e as diferenças de saúde entre os indivíduos são importantes, independente de estarem ligadas à fatores socioeconômicos.

Historicamente, as desigualdades sociais, étnicas e regionais têm afetado a sociedade e as condições de saúde da população brasileira, guardando estreita relação com os determinantes sociais (NORONHA; ANDRADE, 2001).

O Brasil é um país que apresenta uma grande diversidade étnica e cultural, devido ao seu histórico de colonização e imigração, e também a muitas diferenças regionais. Apesar disso, a miséria no Brasil ocorre predominantemente na população negra (ZAMARA, 2012).

Segundo o censo do IBGE de 2010, o Estado do Maranhão apresenta a quarta maior proporção de população negra do país, definida como a soma das populações “preta” e “parda”, somando 71,88% da população total, superado apenas pelo Estado do Pará, com 71,92%; pelo Piauí, com 72,34%; e, pela Bahia, com 73,16% da população negra (IBGE, 2010).

Estudos mostram que negros nascem com peso inferior a brancos, apresentam maior probabilidade de morrer antes de completar um ano de idade. Jovens negros morrem de forma violenta mais que jovens brancos, a população negra sofre com a pior qualidade no atendimento no sistema de saúde e vive menos do que a população branca (IPEA, 2007). Entre os negros, observam-se menores índices de morbidades ascendentes, e por outro lado, elevada exposição a maiores possibilidades de morbidade descendente (JACCOUD; OSÓRIO; SOARES, 2008).

Ainda, de acordo com Osório (2008), a probabilidade de um negro nascer pobre é maior do que a de um branco, e o sistema econômico, social e educacional do Brasil tende a reproduzir os males da desigualdade, ao invés de mudá-los.

Santos (2011) sustenta que quanto pior a posição social, pior será a sua saúde. Esse dado demonstra que a posição econômica determina tanto a exposição quanto a vulnerabilidade a fatores comportamentais, psicossociais e ambientais, de modo que indivíduos de classes sociais inferiores são mais vulneráveis às condições de vida e saúde precárias.

Ferreira e Latorre (2012) relacionam os determinantes sociais utilizados em estudos epidemiológicos, como renda e bens do indivíduo, e a relação com o estado de saúde das pessoas.

Um exemplo marcante da diferença racial e condições de saúde da população negra é o caso da redução da mortalidade infantil em menores de 1 ano de idade no período de 1977 a 1993, que foi de 57%. Entretanto, quando considerado a raça da mãe, a redução foi de 43%, enquanto na população negra essa redução foi de apenas 25% (IBGE, 2000).

Uma das articulações da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é o entendimento de que raça negra e racismo são considerados como determinantes sociais de condições de saúde da população. A identificação da etnia negra surge, não apenas como uma característica biológica, mas também como característica social, e quando se fala em populações quilombolas essa etnia vem ainda carregada de discriminação étnica, social, cultural, política e econômica, entre outras.

Muito se tem discutido sobre as desigualdades sociais e a situação de saúde da população negra no Brasil e quando se trata de populações quilombolas estas desigualdades são ainda mais acintosas, pois considera-se fatores históricos que são de grande relevância. A estrutura social excludente incidente na população quilombola oferece pouca visibilidade às dificuldades vivenciadas por essa população e por isso acabam ficando à margem da implementação de políticas públicas que visem garantir que os direitos básicos do ser humano

sejam garantidos e favoreçam ao direcionamento para uma sociedade menos injusta e efetivamente democrática.

Segundo Bezerra et al (2013), não há na literatura disponível, estudos epidemiológicos que definam as condições de saúde de populações quilombolas que permitam o acompanhamento de ações políticas voltadas para a melhoria de suas condições de vida e saúde.

Neste sentido, é necessário que se faça compreender a importância do levantamento das condições de vida para identificação dos fatores de risco à saúde dessa população para que se possa entender a contribuição de cada um desses fatores no adoecimento e propor formas de intervenção para que sejam evitados.

2.6 Comunidade Negra Remanescente de Quilombo

De acordo com Souza e Silver (2008), o tráfico de africanos escravizados para o Brasil iniciou-se no ano de 1.554 e durou cerca de 316 anos. No ano de 1.850 foi abolido o tráfico e a partir daí o trabalho escravo foi sendo substituído pelo trabalho assalariado, entretanto, o Brasil foi o último país americano a acabar com a escravidão, abolindo a escravidão apenas no ano de 1.888.

Porém, esta transição e emancipação da população negra escravizada não ocorreu de forma harmoniosa. Vários escravos que fugiam, ou que foram abandonados pelos seus donos, acabavam se refugiando em áreas de terras isoladas ou nas próprias fazendas, formando assim, os quilombos (REIS; GOMES, 2000).

Com o fim da escravidão, os quilombos transformaram-se em local de resistência e esta forma de organização continuava sendo a única possibilidade de sobrevivência, tornando-se imperativo de sobrevivência, pois eram desprovidos de qualquer patrimônio e as condições de sobrevivência eram bastante precárias. Além disso, enfrentaram resistência e preconceito de uma sociedade que desprezava sua cultura e visão de mundo (O'DWYER, 2002).

Esse grupo específico da população brasileira desenvolveu processos de resistência para manter e reproduzir seu modo de vida peculiar e ainda hoje conservam seus costumes, tradições, condições sociais, culturais e econômicas específicas, que os distinguem de outros grupos da sociedade brasileira (BRASIL, 2004a).

Das três mil quinhentos e vinte quatro (3.524) Comunidades Negras Remanescentes de Quilombos (CNRQ) existentes no Brasil, aproximadamente quinhentas (500) comunidades quilombolas estão assentadas no estado do Maranhão, distribuídas em 134 municípios (BRASIL, 2011a). Neste estudo, comunidade se referirá ao conjunto de moradores de um determinado bairro rural, de acordo com o que propõe Moreira (2002).

Segundo Almeida (2006), cerca de 140 comunidades quilombolas estão localizadas na região do município de Alcântara – MA. Esta região foi inicialmente habitada por índios Tupinambás e colonizada por franceses no ano de 1.612; entretanto, o município foi colonizado por portugueses, que passaram a ter o poder na região, em 1.616. A economia local era baseada na produção de algodão e cana de açúcar e exercida com mão de obra escrava indígena e africana (CARDOSO, 2011).

No final do século XIX, a maioria dos proprietários de terras e escravos daquela região foi à falência e abandonaram suas terras e, conseqüentemente, seus escravos. Este movimento foi desencadeado, principalmente, pela abolição da escravatura e pela queda do preço do açúcar (CHAMBOULEYRON, 2006). Naquele período, formaram-se vários quilombos na região, constituídos por populações negra e indígena que foram abandonadas.

A importância histórica e cultural das CNRQ, não somente para Alcântara - MA, mas para todo o país, fez com que fosse reconhecido o direito de posse aos territórios ainda ocupados por quilombolas na Constituição Federal Brasileira de 1988. No artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ACDT) da Constituição Federal (CF) de 1988 está previsto que o Estado deve reconhecer a propriedade e emitir a titulação definitiva das terras a esses moradores (BRASIL, 1988).

Segundo a Fundação Cultural Palmares, desde outubro de 1988 apenas cerca de 6,8% dessas comunidades foram tituladas em todo país e o estado do Maranhão é o segundo em números de comunidades tituladas, atrás apenas do estado do Pará (BRASIL, 2013).

Na década de 1980 algumas CNRQ do município de Alcântara foram vítimas de deslocamentos compulsórios promovidos pela Força Aérea Brasileira (FAB) para instalação do Centro de Lançamento de Alcântara (CLA), a base aérea para lançamento de foguetes no Brasil.

Esta desapropriação ocorreu a partir do Decreto Estadual de Desapropriação, nº 7820/80. Em 1984 o Estado desapropriou 52 mil hectares de área litorânea do município de Alcântara, no Estado do Maranhão, habitada por quilombolas, para construção da base do CLA. Nesta área estavam assentadas 312 famílias quilombolas que foram obrigadas a deixar suas terras para instalação da base aérea. Estas famílias se deslocaram para São Luís, capital

do Estado do Maranhão, e para agrovilas, que são vilas agrícolas construídas pela FAB no interior do município de Alcântara – MA construídas para promover a convivência e facilitar o acesso à estrutura básica como energia, água, escola e transporte com locais para construção de equipamentos sociais (BERTOLINE; CARNEIRO, 2007). A desapropriação foi feita, apesar do Art. 68 do ACDT da CF de 1988, que garantia o direito de posse das terras onde estão assentadas essas populações e sua legalidade ainda hoje é discutida (ARAÚJO, 1990).

Várias comunidades foram remanejadas, entre elas a comunidade Cajueiro I. Tal remanejamento levou a população de Cajueiro I à necessidade de adaptação em função de dificuldades encontradas na agrovila. Uma das dificuldades foi a impossibilidade de manutenção da pesca que servia como principal fonte de alimento da comunidade devido ao afastamento das áreas costeiras. Outra dificuldade encontrada foi o fato de que a região em que as CNRQ foram assentadas ser de solo arenoso e impróprio para o plantio, fazendo com que as comunidades necessitassem modificar sua forma de alimentação.

O remanejamento dos moradores de Cajueiro I também gerou mudanças referentes às condições de vida, em termos de transporte, trabalho, lazer, alimentação, cultura, ambiente, estrutura social e familiar, entre outros, o que acabou interferindo no seu estilo de vida.

Os quilombolas remanejados nesse contexto, que antes moravam próximo do mar e utilizavam a prática da agricultura e da pesca para sobrevivência, com esses deslocamentos tiveram que se adaptar às novas condições de vida nas agrovilas. Eles, que antes viviam próximo do mar, rios e em áreas de solo produtivo, passaram a viver em situação muito diferente da que viviam até então, distantes do litoral e assentados em áreas de solo improdutivo. Com isso, esses grupos passaram a ter que conviver com realidades e situações muito diferentes das que viviam anteriormente, no que se refere ao estilo de vida, provocando uma desestruturação social pela fragmentação de valores econômicos, sociais e culturais (ALMEIDA, 2006).

A população quilombola em geral, assim como a população de Cajueiro I, ainda se apresenta em situação de extrema vulnerabilidade, lutando pelos seus direitos, pela posse de suas terras, ampliação de cidadania e equidade em saúde. Não há como fechar os olhos para a falta de acesso às políticas públicas e de infra estrutura e problemas de saúde, pela qual passa essa população.

Diante deste fato, pergunta-se de que forma os fatores de risco à saúde podem interferir nas condições de saúde dessa população. Desse modo, a finalidade deste estudo foi identificar a ocorrência de fatores de risco e possíveis impactos à saúde na população

quilombola estudada, além da possibilidade de fomentar estudos futuros relacionados ao processo saúde-doença em comunidades similares.

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Realizar um diagnóstico das condições de saúde da população idosa de uma Comunidade Negra Remanescente de Quilombo (CNRQ) do município de Alcântara - MA, tendo como referencial teórico o modelo de Campo da Saúde, proposto por Lalonde (1974).

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil da CNRQ Cajueiro I – MA;
- Descrever a história autorreferida de doenças e os fatores de risco à saúde, identificados na população do estudo;
- Descrever as condições do ambiente físico e social em que vive a população do estudo;
- Descrever informações sobre o estilo de vida dos sujeitos da pesquisa;
- Descrever as informações obtidas sobre a organização dos serviços de saúde disponíveis e utilizados pela população do estudo.

Material e Métodos

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Delineamento do Estudo

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo de campo, pois é direcionada ao levantamento de características de indivíduos e fatos que ocorrem em uma CNRQ (LAKATUS; MARCONI, 2010). Também constitui-se em um estudo transversal, possuindo caráter descritivo-exploratório, utilizando variáveis quantitativas, relacionadas a uma comunidade específica remanejada para uma agrovila.

De acordo com Thomas, Nelson e Silverman (2007), estudos transversais são aqueles realizados em um dado momento e são apropriados para descrever características de populações, no que diz respeito a determinadas variáveis e padrões de distribuição.

Pesquisas descritivas permitem reconhecer as peculiaridades de uma população ou fenômeno, tendo o intuito de estabelecer relações entre os acontecimentos estudados (CERVO; BERVIAN, 2002).

Ainda, pesquisas exploratórias podem ser úteis quando se almeja averiguar um determinado fenômeno ou situação em que o pesquisador procura um maior conhecimento sobre o tema em estudo (GIL, 2010; MINAYO, 2010).

Nesta investigação a abordagem quantitativa foi aplicada para análise dos dados da pesquisa, considerando-se o desenho metodológico adotado, o número de sujeitos e o tipo de variáveis estudadas. De acordo com Colman (1996), a linguagem matemática utilizada nesse tipo de abordagem é usada para descrever, representar ou interpretar os dados encontrados e as inter-relações entre eles.

Este estudo é também fundamentado nos conceitos apresentados por Lalonde (1974), Blum (1988) e Denver (1988), que consideram o modelo de Campo da Saúde no qual se inserem os quatro fatores de risco à saúde: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização dos serviços de saúde, estimado de fundamental importância para o processo saúde-doença.

4.2 Local do Estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida em uma CNRQ, denominada Cajueiro I, pertencente ao Município de Alcântara - MA. O Município é uma península, rodeado por pequenas enseadas, ilhas e manguezais, conforme pode ser observado na Figura 2. Alcântara possui área territorial de 1.486,67 km² e densidade demográfica de 14,7 hab/km². A população urbana do município é equivalente a 6.400 habitantes (29%), enquanto a população rural é de 15.452 habitantes (71%), conforme divulgado no censo 2010 (BRASIL, 2013).

Figura 2 - Território e Relevo do Município de Alcântara – MA
Fonte: Alcântara, 2005.

A CNRQ Cajueiro I está localizada a 14 km da sede do município de Alcântara e a 12,5 km do litoral. Segundo Braga (2011), a população de Cajueiro I, antes do remanejamento, era formada por 33 famílias e 171 pessoas que foram remanejadas de Cajueiro Velho para a agrovila Cajueiro I.

O acesso à Cajueiro I é realizado por meio da cidade de Alcântara – MA, podendo ocorrer por via terrestre ou marítima. Por terra, Alcântara (B) está ligada à cidade de São Luís (A), capital do estado do Maranhão, por meio da rodovia estadual MA - 106. A cidade de Alcântara encontra-se distante 440 quilômetros da cidade de São Luís, cujo trajeto pode ser observado na Figura 3.

Figura 3 - Mapa da localização da cidade de Alcântara - MA (B) e sua distância em relação à capital, São Luís (A)

Fonte: Pereira Jr, 2008. p.07

Outra forma de acesso à Alcântara é cruzando a Baía de São Marcos em, aproximadamente, uma hora e trinta minutos em viagem de barco. O acesso à Cajueiro I é bastante difícil devido a precárias condições da única estrada sem asfaltamento e pela ausência de transporte público adequado entre a agrovila e a cidade de Alcântara (FIGURA 4).

Figura 4 - Estrada de acesso à Cajueiro I - MA, 2014

Em Cajueiro I algumas atividades e espaços coletivos ainda são mantidos, tais como lavanderia, casa de farinha e abatedouro. Os serviços de plantio, colheita e feitura de farinha e azeite também são realizados por grupos de famílias que trabalham em conjunto, revezando-se ocasionalmente em benefício de uma ou de outra família. Nas Figuras 5, 6 e 7 podem ser observados alguns tipos de locais públicos.

Figura 5 - Lavanderia comunitária da CNRQ Cajueiro I - MA, 2014

Figura 6 - Casa de farinha comunitária da CNRQ Cajueiro I - MA, 2014

Figura 7 - Açougue comunitário da CNRQ Cajueiro I - MA, 2014

4.3 População do Estudo

Para realização desta pesquisa procurou-se traçar um recorte da população total residente em Cajueiro I – MA, objetivando definir o perfil dessa população e também identificar a população-alvo do estudo, representada pelos idosos residentes na comunidade.

Optou-se por trabalhar com a população idosa da comunidade de Cajueiro I pela importância de se estudar fatores de risco à saúde nessa faixa etária populacional, tendo em vista as tendências atuais de transições demográficas e epidemiológicas, bem como as especificidades históricas desse grupo comunitário. Assim, a população selecionada para essa pesquisa foi constituída por 32 indivíduos idosos que deveriam atender aos seguintes critérios:

Critérios de inclusão

Foram incluídos indivíduos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos de idade, completos até 31 de dezembro de 2013 e que aceitassem participar do estudo.

Critério de exclusão

Como critérios de exclusão foram considerados, indivíduos que não atendessem aos critérios de inclusão e aqueles que não demonstrassem condições físicas e/ou mentais para serem submetidos à entrevista.

4.4 Procedimentos Metodológicos

Inicialmente buscou-se obter autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Alcântara – MA e das lideranças da comunidade de Cajueiro I. Para realização deste estudo também foi encaminhado o projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

Após a obtenção das autorizações, deu-se início à elaboração dos instrumentos para coleta de dados, seguida pela preparação do campo para coleta de dados, estudo piloto, coleta de dados e posteriormente, análise dos dados.

4.4.1 Instrumento para Coleta de Dados

O instrumento utilizado para as entrevistas com os sujeitos desta pesquisa constituiu-se em um roteiro composto por questões semiestruturadas, abrangendo aspectos relacionados à biologia humana, ao ambiente físico e social, ao estilo de vida e à organização dos serviços de saúde existentes na comunidade, elaborado com base no modelo de Campo da Saúde de Lalonde (1974), apoiado também em alguns estudos (DANTAS, 1999; SIMÃO, 2005; REZA, 2007). Tomou-se também como base o instrumento para coleta de dados, utilizado no cadastramento de famílias, denominado Ficha A, do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), do Programa Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Esse roteiro foi constituído por perguntas envolvendo variáveis sobre dados dos entrevistados, características do local do estudo, situação demográfica da população do estudo e fatores de risco à saúde. Depois de elaborado, foi submetido à apreciação de cinco

especialistas, profissionais da área de promoção da saúde, com vivência em pesquisas com idosos em comunidades quilombolas, convidados para participar deste estudo.

Essa fase da pesquisa teve como objetivo testar o roteiro a ser utilizado nas entrevistas com os sujeitos da investigação, nos aspectos referentes ao conteúdo e pertinência das questões, assim como, quanto à forma, clareza e objetividade das perguntas, visando facilitar a compreensão dos entrevistados. Esses especialistas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de participarem da avaliação do instrumento (APÊNDICE 1).

A partir da análise da apreciação dos especialistas procedeu-se à incorporação das sugestões apresentadas, julgadas pertinentes. Tais alterações foram qto a redação e ordem de aparecimento das perguntas a serem feitas aos entrevistados (APÊNDICE 2).

Alguns dos especialistas (três dos cinco participantes) fizeram sugestões sobre o modo de abordagem à comunidade e aos entrevistados, baseadas em suas vivências com esse grupo populacional.

Foi elaborada uma planilha para registro das visitas domiciliares, visando facilitar o controle das visitas a serem realizadas nas moradias da comunidade, para levantamento da população de Cajueiro I. Nessa planilha constava a identificação das residências por ruas visitadas, o número de visitas realizadas no domicílio até a realização da entrevista, situação de ocupação das moradias e a finalização das entrevistas (APÊNDICE 3).

Também foi elaborada uma planilha para registro geral das famílias contendo informações sobre número de moradores na residência, idade e sexo, tendo como finalidade identificar indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, para possível inclusão nesta pesquisa (APÊNDICE 4).

4.4.2 Preparação do Campo para Coleta de Dados

Para preparação do campo para coleta de dados foi realizado, inicialmente, contato com a Prefeitura Municipal de Alcântara e a Secretaria Municipal de Saúde de Alcântara, a fim de se obter autorização para realização da pesquisa na comunidade de Cajueiro I e com assinatura do respectivo Termo de Anuência (ANEXO 1).

Foi realizado também contato com as lideranças da comunidade com o objetivo de obter autorização para se adentrar na área de Cajueiro I e facilitar a interação com os

moradores. Com a anuência das lideranças da comunidade e da Secretaria de Saúde, o projeto de investigação foi encaminhado ao CEP da EERP-USP.

Após aprovação do CEP da EERP - USP, novamente foram feitos contatos com as lideranças da comunidade e com a Secretaria de Saúde do Município de Alcântara - MA para planejamento do início da realização do estudo e operacionalização da coleta. Para isso, foi realizada uma reunião geral, para a qual foram convidados todos os moradores de Cajueiro I, por meio de panfletos distribuídos nas residências e afixados em locais públicos, com ajuda de voluntários ligados às lideranças da comunidade. A reunião contou com a participação de aproximadamente 40 moradores da comunidade, entre jovens, adultos e idosos. Na ocasião, as lideranças apresentaram a pesquisadora à população, que explicou aos presentes a importância e finalidade do estudo, bem como a forma de participação dos sujeitos a serem incluídos na investigação (FIGURA 8).

Nessa reunião também foram realizadas algumas atividades recreativas e dinâmicas de grupo para descontração e integração dos moradores da comunidade com a pesquisadora; após essa atividade foi oferecido um lanche aos presentes, oferecido pela pesquisadora.

Figura 8 - Reunião realizada em Cajueiro I para apresentação da pesquisadora e sua pesquisa. Alcântara - MA, 2014

Em função da quantidade de material transportado, da dificuldade de acesso e da distância da comunidade em relação à cidade de Alcântara - MA, foi utilizado transporte particular para deslocamento da pesquisadora até a comunidade.

4.4.3 Estudo-Piloto

Após a preparação do campo para a coleta de dados foi realizado um estudo-piloto na comunidade. De acordo com Mackey e Gass (2005), estudo-piloto é uma forma de testar, em pequena escala, procedimentos, materiais e métodos propostos para uma pesquisa, de modo a possibilitar alterações nos instrumentos e nos procedimentos, na fase que antecede a investigação.

Administra-se um estudo-piloto com o objetivo de descobrir os pontos fracos e problemas potenciais de uma pesquisa, para que sejam resolvidos antes de sua realização, propriamente ditos (BAILER et al., 2011).

Participaram do estudo-piloto desta investigação cinco indivíduos residentes na comunidade selecionada para esta pesquisa e que atendiam aos critérios de inclusão dos sujeitos da investigação, com o objetivo de se avaliar a aplicabilidade e viabilidade da utilização do roteiro para entrevista com os sujeitos, quanto à compreensão, conteúdo e pertinência das perguntas, bem como em relação a sua forma e ordenamento.

O estudo-piloto não revelou necessidade de novas adequações do roteiro; assim, os dados levantados nessa fase foram utilizados na pesquisa e os sujeitos incluídos na população do estudo. Após a realização do estudo piloto e da finalização do roteiro, foi iniciada a coleta de dados junto à comunidade.

4.4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados constitui-se em uma fase que visa buscar os dados sobre a realidade pesquisada a partir de diferentes técnicas (BARROS; LEHFELD, 1986). Neste estudo, a coleta foi realizada no período de 09 a 20 de junho de 2014 totalizando 13 períodos de coleta (manhã, tarde e noite).

A coleta consistiu de três momentos, iniciando por levantamento da população geral residente em Cajueiro I, seguida pelas entrevistas e, posteriormente, pela observação do campo. O primeiro momento da coleta de dados consistiu em visita domiciliar realizada a todas as residências da comunidade, na qual foi feito um levantamento das famílias com informações sobre constituição familiar, gênero, idade dos residentes e tempo de moradia dos

indivíduos na comunidade. Nessa fase da coleta, os dados foram registrados em uma planilha para registro geral da família (APÊNDICE 4), tendo como finalidade identificar os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, que atendiam aos critérios de inclusão desta investigação.

Após o registro geral das famílias e a identificação dos sujeitos-alvo, foi iniciado o segundo momento da coleta de dados, com nova visita às casas em que residiam indivíduos que se adequavam aos critérios de inclusão desta investigação para composição da população-alvo. Nesse momento foi realizado convite aos idosos identificados, para participarem do estudo, apresentando a eles os objetivos da pesquisa. Após o aceite procedeu-se à assinatura do TCLE (APÊNDICE 5) e à realização da entrevista.

As entrevistas foram realizadas de segunda a sexta feira e registradas em diário de campo elaborado pela pesquisadora, que continha o registro do endereço, ocupação e número de visitas feitas naquele endereço para abordagem dos idosos.

Nos casos em que não foi possível a realização imediata da entrevista, foi efetuado o agendamento em dia e horário conveniente ao entrevistado e à pesquisadora. Nos casos em que o entrevistado não foi encontrado na segunda visita, uma nova visita foi reagendada. Após a terceira visita à residência para realização da entrevista, sem obter sucesso por não encontrar o sujeito no domicílio, o mesmo foi excluído deste estudo. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos.

O terceiro momento da pesquisa foi referente à observação do ambiente e estrutura física de Cajueiro I. Estes dados foram obtidos a partir da observação direta do local, e também a partir de informações verbais espontâneas (não estimuladas), fornecidas pelos moradores e lideranças da comunidade, durante as visitas domiciliares, caminhando nas ruas da comunidade e na reunião com moradores e lideranças para apresentação da pesquisa e pesquisadora aos moradores. Essas informações e comentários foram relacionados a questões sobre abastecimento de água, fornecimento de energia elétrica, transporte público e funcionalidade de equipamentos sociais na comunidade.

Nessa etapa da coleta de dados, foi utilizado também um roteiro de observação, no qual foram registrados dados sobre o ambiente físico e social da comunidade, constantes no roteiro para entrevistas (APÊNDICE 2) como guia para observação do campo.

4.4.5 Análise dos Dados

Após a coleta de dados, foi elaborado um banco de dados no programa *Microsoft Excel 2010*, versão 14.0, sistema operacional *Windows 7* para organização dos dados coletados. Foi realizada a técnica de dupla digitação dos dados, com vistas à verificação e correção de possíveis erros de transcrição.

O banco de dados foi construído de acordo com as questões contidas no roteiro de entrevista e as variáveis foram categorizadas para facilitar a digitação e análise dos dados. Após a criação do banco de dados, as informações foram exportadas para o programa de análise estatística *Windows Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 20. Seguiu-se à construção de tabelas que permitiram a análise de dados e posterior geração de gráficos de frequência, nos quais os dados foram representados para melhor visualização e compreensão dos resultados obtidos.

Os resultados foram analisados e discutidos utilizando-se técnicas da estatística descritiva, além da utilização dos valores das médias, medianas e desvio-padrão de todas as variáveis da pesquisa. A estatística descritiva é utilizada para descrever e sintetizar os dados por meio de cálculo de médias e porcentagens e tem como objetivo descrever os dados (MURTEIRA et al., 2010).

A partir das variáveis numéricas, foi estimada a média e o desvio padrão. Posteriormente, para se avaliar os possíveis fatores de riscos na comunidade, foi aplicada a análise univariada, com estimativa das razões de prevalência não ajustada ou bruta, e intervalo de confiança (IC) de 95%. As variáveis, cujo valor de p foi $\leq 0,20$, foram incluídas no modelo de regressão logística multivariada. A seleção das variáveis foi realizada pelo método passo a passo (*stepwise*), com eliminação retrógrada de variáveis. Apenas as variáveis com valor de $p \leq 0,05$ permaneceram no modelo final, para as quais foram estimadas as razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%. Às categorias de referência foram atribuídas RP de 1,00. Em todos os testes, o nível de significância aplicado foi de 5%, ou seja, será considerado significativo quando $p < 0,05$.

4.5 Aspectos éticos da investigação

Além da autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município de Alcântara - MA, e do apoio e concordância das lideranças de Cajueiro I – MA, para permanência da pesquisadora na comunidade durante a realização da investigação, esta pesquisa também teve aprovação do CEP da EERP/USP, de acordo com o processo no.14354113.8.0000.5393 (ANEXO 2).

Os sujeitos participantes deste estudo foram orientados sobre os objetivos da investigação e assinaram um TCLE em duas vias, antes do início da coleta de dados, conforme definido na Resolução CNS nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), sendo uma via entregue aos sujeitos e a outra permanecendo com a pesquisadora.

Resultados e Discussão

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta investigação são apresentados em duas partes constituídas, primeiramente, pelas características da comunidade de Cajueiro I, do município de Alcântara – MA, onde foi realizada a pesquisa. Nesse item são descritas as características observadas pela pesquisadora e informadas pelos sujeitos, referentes ao cenário do estudo e ao perfil da população residente na comunidade de Cajueiro I.

Na segunda parte são apresentados os dados levantados sobre a população selecionada para esta investigação acadêmica, com o foco nos fatores de risco e condições de saúde, baseados no referencial do modelo de Campo da Saúde, utilizado neste estudo, trazido por Lalonde (1974).

5.1 Características da Comunidade de Cajueiro I

5.1.1 Cenário da Pesquisa

A descrição do cenário da pesquisa objetiva definir algumas características do ambiente físico onde vive a população do estudo, como habitação, abastecimento de água, fornecimento de energia, transporte e presença de equipamentos sociais, e de algumas características demográficas da população total de Cajueiro I.

Esses dados foram coletados a partir da observação sistematizada pela pesquisadora, das entrevistas realizadas com a população do estudo, além de informações fornecidas pelos moradores espontaneamente durante o levantamento realizado casa a casa.

A população da agrovila Cajueiro I, originária de região praiana do município de Alcântara - MA, mesmo após o remanejamento, ainda preserva sua cultura e modo de vida. Os quilombolas dessa agrovila vivem hoje, basicamente, da cultura do milho, mandioca e melancia, segundo relato dos próprios moradores.

A maioria dos habitantes vive com o que é produzido em suas roças, da cultura de subsistência, além da produção de óleo de coco de babaçu, cultivado na comunidade e comercializado nas cidades próximas. Cajueiro I é uma das comunidades quilombolas que

ainda não possuem documentação de propriedade das terras que lhes foram prometidas pela FAB e nas quais estão assentadas há quase três décadas. Essas terras ainda pertencem à FAB e as lideranças da comunidade vêm se mobilizando, desde o remanejamento, em defesa desse e de outros direitos fundamentais garantidos na CF de 1988, porém ainda sem os resultados esperados.

Cajueiro I é uma CNRQ constituída por cinco ruas, contendo um total de 80 casas, tendo sido encontradas, durante o período da coleta de dados, 66 casas habitadas (82,5%) e 14 casas desabitadas (17,5%), constatando, a partir das visitas casa a casa, a existência de 66 famílias residentes na agrovila (TABELA 1).

Tabela 1 – Ocupação de casas existentes em Cajueiro I – MA, 2014

Rua	Nº. de Casas			Nº. de Casas	
	Existentes	Habitadas	%	Desabitadas	%
A	24	19	79,2	5	20,8
B	15	11	73,3	4	26,7
C	11	9	81,8	2	18,2
D	12	11	91,7	1	8,3
E	18	16	88,9	2	11,1
Total	80	66	82,5	14	17,5

O abastecimento de água na comunidade é feito a partir de poço artesiano, com água bombeada para a caixa d'água por uma bomba de alta pressão, sendo distribuída para as casas, por meio de uma rede de distribuição de água (FIGURAS 9 e 10). Destaca-se que essa água não recebe nenhum tipo de tratamento, segundo relato do responsável pela manutenção da bomba de distribuição da água.

Acresça-se a isso que todos os sujeitos desta investigação informaram não praticar nenhum tipo de tratamento domiciliar da água, como filtração ou cloração, antes do consumo. Entretanto, como não foi realizada análise química ou microbiológica da água não é possível afirmar a condição da qualidade da água consumida pela população.

Figura 9 - Poço artesiano que abastece Cajueiro I - MA, 2014

Figura 10 - Bomba d'água que auxilia no abastecimento de água de Cajueiro I - MA, 2014

A água é o mais rico e importante recurso natural do mundo; porém, esse recurso tem se tornado escasso em todo o mundo e sua qualidade tem se tornado cada dia pior. Por isso, as águas subterrâneas têm se tornado uma alternativa para o abastecimento das populações (MONDINI; SILVA; LUCIO, 2011).

A Portaria no. 2914/2011, do Ministério da Saúde, dispõe sobre os procedimentos para controle, vigilância e padrões de potabilidade da água destinada para consumo humano, para que não ofereça riscos à saúde. Essa Portaria se aplica à água destinada ao consumo humano proveniente de sistema alternativo de abastecimento de água, e exige que a água deve ser submetida a processos de tratamento físico e químico ou combinado, visando atender aos padrões de potabilidade (RIBEIRO, 2012). De acordo com essa Portaria, a água para consumo humano também deve ter, no mínimo, 0,2 mg/L de cloro residual livre e estar em conformidade com os padrões químicos e microbiológicos (BRASIL, 2011).

A água oriunda do poço artesiano, e distribuída para a população de Cajueiro I, deveria ser analisada, tratada e monitorada para que atenda aos níveis de potabilidade estabelecidos por lei, de acordo com a referida Portaria; entretanto, a água distribuída à comunidade deste estudo não possui nenhum tipo de tratamento ou controle químico e microbiológico.

Em estudo realizado na cidade de Goiânia foi encontrado contaminação em aproximadamente 40% dos poços da cidade por coliformes fecais (PASQUALATTO et al., 2006).

Colvara, Lima e Silva (2009) também avaliaram características bacteriológicas de poços artesanais de cinco municípios do Rio Grande do Sul e todas as amostras apresentaram contaminação por coliformes totais, o que demonstra qualidade sanitária deficiente e risco associado ao consumo sem tratamento.

Segundo Pasqualatto et al. (2006) o uso indiscriminado e sem tratamento da água de poços oferece riscos para a saúde da população.

Destaca-se que esta pesquisa não teve como objetivo realizar análise da qualidade da água utilizada pela população do estudo, o que não permite que se faça afirmações sobre o padrão de potabilidade da água consumida pela população de Cajueiro I, mas diante das informações recebidas é preciso uma ação dos órgãos sanitários.

Quanto ao fornecimento de energia elétrica, a população de Cajueiro I tem acesso à luz elétrica desde a instalação da agrovila pela FAB, em 1986, e ainda hoje se beneficia desse recurso. Sabe-se que, a exclusão pela falta de acesso à energia elétrica atinge grande parte da população brasileira, principalmente a população que vive no campo, contribuindo para o quadro de desigualdade no Brasil.

A energia elétrica, atualmente, está presente em todos os momentos da vida cotidiana, no mundo do trabalho, no lazer e em outras atividades do dia a dia dos cidadãos, sendo sem dúvida, uma das maiores conquistas da humanidade por sua utilidade e eficácia (KOIFMAN, 2003).

A falta de energia está associada à baixa produtividade, falta de acesso à tecnologia e baixo desenvolvimento econômico, que conduz ao isolamento social e essa condição ainda é a realidade de várias CNRQ em todo o país, frequentemente relacionada a problemas de saúde, como falta de infraestrutura dos serviços de saúde, abastecimento de água e saneamento inadequado, influenciando também no baixo nível de escolaridade da população (BRASIL, 2011).

Desde o ano de 2011 o Ministério Público da União (MPU) determinou que a Eletrobrás e a Companhia Energética do Maranhão (CEMAR) incluíssem várias comunidades rurais no Programa Luz Para Todos (Decreto nº. 7520/2011), levando energia elétrica a várias CNRQ. Esse programa subsidiado pelo governo federal tem como objetivo a distribuição da energia elétrica para a população do meio rural. É sabido que o acesso à energia elétrica, entre outras coisas, promove a inclusão, assim como a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

Em relação ao transporte público urbano em Cajueiro I, esse serviço é realizado em um carro do tipo utilitário que foi adaptado para o transporte de passageiros. Esse tipo de transporte é chamado de pau de arara, nome atribuído a um meio de transporte irregular

bastante utilizado em regiões do Norte e Nordeste do país. Sobre a carroceria do veículo utilitário são improvisadas tábuas que servem de acento e uma lona de cobertura (FIGURA 11).

Figura 11 - Transporte utilizado em Cajueiro I - MA, 2014

Esse tipo de transporte é proibido, segundo as normas do Código de Trânsito Brasileiro, devido à falta de segurança e conforto; porém, ainda é utilizado pela população de Cajueiro I (BRASIL, 2010).

O transporte da população é feito apenas uma vez ao dia, normalmente pela manhã, saindo da agrovila com destino à cidade de Alcântara, retornando no final da tarde. Durante as entrevistas, os idosos relataram grande desconforto para deslocamentos por apresentarem dificuldades em utilizar os transportes disponíveis, devido à falta de condições físicas relacionadas à idade avançada e às péssimas condições da estrada de acesso à comunidade.

Os dados obtidos também revelam a existência de equipamentos sociais existentes na área de lazer, um campo de várzea, dois salões de festas e quatro igrejas; contudo, não foi constatada existência de equipamentos sociais em áreas prioritárias como educação, saúde e segurança pública na comunidade.

Equipamentos sociais ou comunitários são definidos pela Lei Federal nº. 6.766, de 19 de dezembro de 1979, como equipamentos públicos das áreas de educação, cultura, saúde, lazer, segurança e similares. Bergamashi e Lorena (2011) propõem que os equipamentos sociais podem ser divididos em quatro grupos, sendo eles, das áreas de educação, segurança, saúde e atendimento social.

Na área da educação há na agrovila, onde foi realizado este estudo, somente uma escola que encontrava-se em reforma, e que deverá atender crianças do ensino fundamental (FIGURA 12). Em função da reforma, as crianças se deslocam para a comunidade de Peptal, que possui uma escola pública. O atendimento em escolas de ensino médio somente é oferecido na cidade de Alcântara, o que obriga os jovens e adolescentes a se deslocarem até essa cidade. Não há na agrovila deste estudo nenhuma biblioteca.

Figura 12 - Escola de Cajueiro I em reforma. Cajueiro I - MA, 2014

Em relação aos equipamentos sociais na área da saúde, a situação é bastante parecida com a observada na área da educação. Há algum tempo havia uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que funcionava precariamente na comunidade, porém sem material e pessoal especializado trabalhando no local, existindo apenas um funcionário que não pertencia à área da saúde e fazia somente a distribuição de medicação para a população e atendimento básico, como curativos, controle de níveis glicêmicos e verificação de pressão arterial.

Essa UBS foi desativada para reforma há mais de dois anos e ainda não voltou a funcionar (FIGURA 13). Apesar de já estar finalizada a obra, ainda não está aparelhada e não possui recursos humanos e materiais para voltar a funcionar. De acordo com declarações das lideranças da comunidade, ainda não há previsão para retorno de seu funcionamento.

Figura 13 - UBS de Cajueiro I - MA, 2014

Na área da segurança, não foi encontrado nenhum equipamento social, como por exemplo, polícia, bombeiros, ou mesmo um posto policial.

A cidade realiza alguns festejos religiosos bastante tradicionais na região, como o festejo de São Sebastião. Em função dessas festividades, foi verificada a existência de dois salões de festa (FIGURA 14) e um campo de várzea, no qual a população realiza atividades desportivas; entretanto, não foram encontradas praças, quadras ou outros equipamentos similares relacionados ao lazer.

Figura 14 - Salão de festa. Cajueiro I – MA, 2014

Na área de atendimento social, igualmente não foi encontrado nenhum equipamento social, tais como cartórios ou cemitérios. Em Cajueiro I não há mercados ou feiras, havendo apenas um pequeno comércio de variedades; o comércio de alimentos é feito por meio de um

caminhão que visita a comunidade uma vez por semana, vendendo mantimentos (FIGURA 15).

Figura 15 - Comércio de alimentos por meio de caminhão particular. Cajueiro I- MA, 2014

Na comunidade há ainda três igrejas cristãs, sendo uma católica, uma evangélica e uma batista, e um terreiro de umbanda, para as práticas religiosas (FIGURA 16).

Figura 16 – Igreja da Congregação Batista de Cajueiro I – MA, 2014

De acordo com dados do Projeto de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS, 2003), desenvolvido junto às CNRQ desde o início de 2000, as condições de moradia das comunidades quilombolas remanejadas, antes do seu deslocamento, eram consideradas precárias. Os dados mostram que 71,9% das casas eram de taipa e apenas 10,74% eram casas de alvenaria;

ainda, 38,02% possuíam cobertura de palha, 68,6% utilizavam água de poço, 6,61% das moradias usavam banheiros (FIGURAS 17 e 18).

Figura 17 – Tipo de habitação das CNRQ antes do remanejamento para as agrovilas. Alcântara – MA, 2003

Fonte: DLIS (2003)

Em relação à infraestrutura das comunidades incluídas nesse projeto, antes do remanejamento para as agrovilas 88,43% das famílias armazenavam água em baldes, 68,6% do abastecimento era feito a partir de poços rasos (poço cacimbão), e apenas 38,84% das casas possuíam luz elétrica, 23,14% possuíam água encanada e 18,18% das comunidades possuíam telefone público (DLIS, 2003) (FIGURA 18).

Figura 18 – Infraestrutura nas comunidades quilombolas antes do remanejamento para as agrovilas. Alcântara – MA, 2003

Fonte: DLIS (2003)

5.1.2 Perfil da População de Cajueiro I

Conhecer o perfil e a constituição de uma população torna-se necessário, quando se deseja planejar ações voltadas para eventuais necessidades. Tais diagnósticos podem revelar carências em diferentes segmentos. O conhecimento das características da população de Cajueiro I configura-se como um ponto de partida para se traçar o perfil da população, segundo variáveis demográficas. Com base no levantamento da população casa a casa, alguns dados demográficos foram obtidos, tais como: população, gênero e faixa etária dos moradores.

Segundo Almeida-filho (2009), na ocasião do remanejamento das comunidades quilombolas para as agrovilas, muitos moradores dos quilombos mudaram-se para o município de Alcântara ou para São Luís, capital do Estado do Maranhão, ou mesmo para outras agrovilas localizadas nas proximidades do município de Alcântara - MA.

Especificamente no caso da população de Cajueiro I, de acordo com Braga (2011), antes do remanejamento, no ano de 1986, essa comunidade era formada por 33 famílias que foram transferidas do povoado para a agrovila, totalizando 171 pessoas. Atualmente, a população encontrada nessa comunidade investigada é constituída por 225 pessoas, que corresponde ao número total de habitantes da comunidade.

Estudo demográfico em populações quilombolas no Pará aponta que a média do número de pessoas que vivem em CNRQ naquela região é de aproximadamente 366 pessoas por comunidade (GUERRERO et al., 2007), valor esse, superior ao encontrado na comunidade estudada.

Entretanto, se tomarmos como base o número de famílias morando nas comunidades do estudo supra citado e em Cajueiro I, essa diferença não se apresenta de forma relevante, considerando que em comunidades referidas por esses autores, a média de famílias foi de 69,2, enquanto em Cajueiro I o total registrado foi de 66 famílias.

A densidade domiciliar, representada pela média do número de pessoas por família, em Cajueiro I foi de 3,4 pessoas. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo com CNRQ do Rio de Janeiro, no qual a densidade domiciliar apresentou uma média de 3,1 (RIO DE JANEIRO, 2010). Já a densidade domiciliar da população brasileira em 2010 foi de 3,3 pessoas por domicílio (BRASIL, 2010). Devido à falta de estudos anteriores com a população específica da presente investigação, ou mesmo com outras populações quilombolas da região, não há como analisar o comportamento ou evolução demográfica dessa população.

Quanto aos arranjos familiares, observados na população de Cajueiro, pode-se observar que 47% das famílias são constituídas por casal com filhos, 13,6% por casais sem filhos, 10,6% por mães que moram sozinhas com os filhos e 7,6% por pais que moram sozinhos com os filhos. Pode-se, ainda, observar que 6% das famílias são constituídas por apenas uma pessoa e 15,2% por outras formações familiares (TABELA 2).

Tabela 2 - Arranjo familiar da população de Cajueiro I – MA, 2014

Constituição familiar	N	%
Casal com filhos	31	47,0
Casal sem filhos	9	13,6
Mãe com filhos	7	10,6
Pai com filhos	5	7,6
Outras	10	15,2
Mora só	4	6,0
Total	66	100,0

Estudo sobre padrões de constituição de famílias, com base em dados de estudos populacionais, permite compreender a organização das famílias e da sociedade brasileira e a importância desse grupo social. Assim, estudar os arranjos familiares é de fundamental importância para se compreender como as pessoas se organizam.

O padrão de constituição das famílias no Brasil, de acordo com o IBGE (BRASIL, 2010) é, em média, de 49,6% para casal com filhos, 13,4% para famílias constituídas por casal sem filhos, 11,4% por mães com filhos, 1,5% por pais sem filhos e outras constituições familiares correspondem a 23,6% das famílias e 0,6% de indivíduos morando sozinhos.

Segundo Lebrão e Laurenti (2003), parece haver relação entre o número de filhos e arranjos domiciliares dos idosos, no sentido de que quanto maior a prole, maior a proporção de idosos que moram com filhos, e menor a proporção dos que moram só ou com parentes.

A composição da população por sexo e idade representa a estrutura adquirida ao longo do processo de evolução dessa população. Os eventos de nascimento, envelhecimento e morte geram um padrão de constituição demográfica observada nessa população e construída em um longo período de tempo.

Pode-se observar que a população masculina desta amostra populacional é prevalente na comunidade, correspondendo a 118 indivíduos (52,5%), e a população feminina a 107 pessoas (47,5%). Segundo o IBGE (BRASIL, 2010), a média nacional, assim como a

proporção de mulheres no meio urbano é maior do que de homens; entretanto, quando considerado a proporção de mulheres e homens no meio rural, apresenta maior prevalência de homens, assim como os resultados obtidos em Cajueiro I (TABELA 3).

Tabela 3 - Dados demográficos da população de Cajueiro I – MA, 2014

Dados demográficos	N	%
Homens	118	52,5
Mulheres	107	47,5
Jovens (0 a 14 anos)	60	26,7
Adultos (15 a 59 anos)	133	59,1
Idosos (60 anos ou mais)	32	14,2
População Total	225	100,0

Baseado na variável sexo foi calculado também a razão de sexo (RS), que expressa o número de pessoas do sexo masculino para cada grupo de 100 pessoas do sexo feminino. Esse dado é obtido através do quociente entre as populações masculina e feminina por grupos de idade. Essa informação da RS é geralmente utilizada para analisar as variações geográficas e temporais na distribuição da população por sexo, além de subsidiar planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas nas áreas da saúde, educação, segurança e emprego. Esses dados podem também auxiliar na compreensão de fenômenos sociais relacionados a essas distribuições (BRASIL, 2010).

O resultado da RS para a população de Cajueiro I foi de 110, ou seja, uma maior proporção de homens, em relação ao número de mulheres. Dados semelhantes foram relatados apenas para a população da região Norte, que apresenta RS de 102, segundo dados coletados em 2010. Em todas as outras regiões, assim como os dados da média nacional, os resultados da RS apontam para um maior número de pessoas do sexo feminino. Estes dados podem ser um reflexo da maior sobrevivência das mulheres em função de condicionantes, como razões socioeconômicas, emprego e morbimortalidade (BRASIL, 2010).

A análise da composição da população por idade, neste estudo, teve por base os seguintes indicadores: proporção da população por grupos de idade, definidas em composição de 0 a 14 anos de idade, de 15 a 59 e de 60 anos ou mais. As populações de até 14 anos e maior de 60 anos são consideradas economicamente dependentes e a população de 15 a 59 anos é considerada potencialmente produtiva (ALVES; CORRÊA, 2009). A população de Cajueiro I é constituída

por 60 indivíduos com idade entre 0 e 14 anos (26,5%), 133 com idade considerada potencialmente produtiva, ou seja, 15 a 59 anos (59,1%) e 32 indivíduos constituintes da população considerada economicamente dependente com 60 anos ou mais (14,2%) (TABELA 3).

Essa forma de distribuição da população de acordo com a idade permite o cálculo da razão de dependência (RD), que é definida como a razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (de 0 a 14 anos e de 60 anos ou mais) e o segmento etário potencialmente produtivo (de 15 a 59 anos), na população residente em um determinado espaço. A RD pode também ser calculada, separadamente, para as duas faixas etárias identificadas como população dependente, quando se quer identificar a real contribuição de cada um dos seguimentos populacionais (BRASIL, 2010).

Esse cálculo é utilizado com o objetivo de acompanhar a evolução do grau de dependência econômica em uma determinada população, sinalizar o processo de envelhecimento ou rejuvenescimento da população, além de subsidiar a formulação de políticas nas áreas de saúde e de previdência social.

O resultado para a RD, encontrado para a população estudada, foi de 69,17. Esse resultado é considerado elevado quando comparado com a média nacional, que foi de 56,9 para o ano de 2005. Resultados obtidos, considerando as regiões brasileiras, variaram entre a máxima, que foi de 69,2 para a região Norte e a mínima de 53,3 para a região Centro Oeste; a região Nordeste atingiu a média de 63,3 (BRASIL, 2010).

Foi realizado, ainda, o cálculo para seguimentos populacionais isolados, obtendo-se resultados de 45,11 para a população jovem e 24,06 para a população idosa de Cajueiro I. Quando comparados com dados da população da região Nordeste estes resultados se apresentam sem diferenças, com tendência para uma diminuição, quando considerado a média para a região Nordeste, que foi de 48,6 para a população jovem (BRASIL, 2010). Já quanto aos resultados para o seguimento da população idosa, o resultado obtido na comunidade de Cajueiro I foi maior que os resultados para a região Nordeste, que foi de 14,7 para o ano de 2005.

Os resultados elevados para a RD da população de Cajueiro I podem indicar que a população em idade produtiva deve sustentar uma grande parcela de dependentes, o que significa consideráveis encargos assistenciais para a sociedade.

Ainda foi calculado o índice de envelhecimento (IE) da população de Cajueiro I, que representa o resultado da razão entre a população de 60 anos ou mais e a população de 0 a 14 anos de idade, medindo o número de pessoas idosas em uma população para cada grupo de 100 pessoas jovens (ALVES; CORRÊA, 2009).

Por meio desse indicador, pode-se acompanhar a evolução do ritmo de envelhecimento da população, comparativamente entre áreas geográficas e grupos sociais, e contribuir para a avaliação de tendências demográficas.

Os resultados do IE para a população de Cajueiro I foi de 53,33, sendo considerado um índice elevado quando comparado com valores atribuídos à população brasileira, que foi de 33,9 para o ano de 2005 (ALVES; CORRÊA, 2009). Esses valores elevados indicam uma destacada ocorrência de transição demográfica na população do estudo.

A participação crescente da população idosa, em relação aos jovens, na parcela da população brasileira é uma realidade, sendo resultado, principalmente, da redução dos níveis de fecundidade e aumento da esperança de vida dos idosos (CLOSS; SCHWANKE, 2012).

Embora o Brasil seja considerado um país jovem e em desenvolvimento, a dissolução da pirâmide etária vem sendo observada desde a década de 1991. Constata-se também uma importante mudança no perfil etário da população brasileira, influenciada por vários fatores como a diminuição nas taxas de mortalidade e natalidade, levando a um envelhecimento gradual da população (BRASIL, 2010).

A pirâmide etária refere-se ao gráfico utilizado para identificar grupos etários e a concentração da população nesses grupos, divididos por sexo e faixas etárias. Em linhas gerais, é constatado que à medida em que um país se desenvolve, a pirâmide etária se desfaz, ou seja, a população vai ficando mais velha (ALVES; CORRÊA, 2009).

O comportamento do padrão de distribuição da população por sexo e faixas etárias, observado na população brasileira e na população estudada, nem sempre é reproduzido em populações que representam grupos considerados minorias. Um exemplo disto pode ser observado em estudos que têm apontado um considerável aumento em populações indígenas da Amazônia. Foi observado um significativo aumento na população de 0 a 14 anos, devido a altos níveis de fecundidade, apresentando uma tendência à recuperação populacional (EARLY; PETERS, 1999; PAGLIARO et al., 2001).

Segundo o IBGE (2012), o Brasil possuía em 2012 cerca de 194 milhões de habitantes e hoje, em 2014, está com 203 milhões, destacando-se como o quinto país mais populoso do Planeta. Até o ano 2000 a população branca era maior que a população negra. Entretanto, segundo o Senso 2010, naquele ano a população negra superou a população branca no país. Os dados do IBGE para o mesmo ano apontam que a população declarada preta e parda totaliza 50,7%, enquanto as populações branca, amarela e indígena perfazem o restante.

De acordo com o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), esta inversão deve-se a vários fatores, tais como uma considerável mudança na forma como as pessoas

negras estruturam sua autoimagem e se declaram, saindo da marginalidade e passando a ocupar espaços antes ocupados apenas por brancos e fortalecendo a identidade negra. Outros fatores contribuíram para esta inversão, tais como a média de idade da população negra ser menor, a população negra possuir, em média, mais filhos que a população branca, ser mais pobre e estar mais exposta à mortalidade por causas externas, como por exemplo, os homicídios (IPEA, 2007).

Não foram encontrados dados demográficos específicos da população de Cajueiro I em nenhuma das fontes de dados populacionais oficiais. Isto dificulta análises comparativas sobre as informações obtidas, impossibilitando também a discussão desses dados no sentido de fornecer informações sobre projeções dessa população nesse período.

5.2 Fatores de Risco e Condições de Saúde da População do Estudo

O modelo de Campo da Saúde proposto por Lalonde (1974) possibilita a análise ampliada dos problemas da área da saúde, por considerar diversos fatores que podem contribuir para a determinação da doença e das condições de saúde do indivíduo, enfatizando fatores relacionados à biologia humana, ao ambiente físico e social, ao estilo de vida e à organização dos serviços de saúde existentes.

5.2.1 Perfil da População do Estudo

A população deste estudo foi constituída por 27 idosos, o que corresponde a 84,4% dos 32 idosos residentes na comunidade. Em relação às perdas (5 idosos), quatro (12,5%) ocorreram por não terem sido encontrados os sujeitos em suas residências, após três visitas domiciliares, e uma perda (3,1%) foi devido à exclusão do sujeito por não apresentar condições de responder à entrevista.

De acordo com a Política Nacional de Saúde do Idoso, Lei 8.842/94, população idosa é definida como aquela que possui idade igual ou superior a 60 anos de idade. Do ponto de vista demográfico, envelhecer significa aumentar o número de anos vividos (BRASIL, 1996).

A idade média da população do estudo foi de 66 anos, com desvio padrão (DP) de 6,9 anos, variando entre 60 e 90 anos de idade e com mediana de 64.

No que se refere à faixa etária dos idosos, verificou-se que 48,1% dos sujeitos apresentaram idades entre 60 e 63 anos, 22,2% entre 64 e 67 anos, 7,4% entre 68 e 71 anos, 18,5% entre 72 e 75 anos e apenas 3,7% estavam com mais de 75 anos (TABELA 4).

Tabela 4 – Faixa etária e Gênero da população do estudo. Cajueiro I – MA, 2014

Variáveis	N	%
Faixa etária		
60 – 63	13	48,1
64 – 67	6	22,2
68 – 71	2	7,4
72 – 75	5	18,5
> 75	1	3,7
Gênero		
Masculino	15	55,6
Feminino	12	44,4
Total	27	100,0

Quando se observa a distribuição por faixa etária, os resultados são semelhantes aos encontrados na literatura para a população brasileira. Em estudo realizado por Braga e Lautert (2004), que investigaram 220 idosos da cidade de Porto Alegre, foi encontrada idade média de 70,4 anos, com proporção de idade superior aos resultados obtidos neste estudo.

Os dados obtidos nesta pesquisa mostraram que dos 27 sujeitos, a maioria pertencia ao gênero masculino, representado por 55,6% da população do estudo, e 44,4% eram do gênero feminino, conforme pode ser observado na Tabela 4. As médias de idade por sexo foram de 66,5 anos para o sexo masculino e 65,5 anos para o feminino (TABELA 5, p. 83).

Em relação ao gênero, os resultados encontrados são divergentes quando comparados àqueles encontrados na literatura sobre demografia da população idosa brasileira, na qual se observa um predomínio de mulheres em relação aos homens (IBGE, 2012).

Tabela 5 - Média, mediana e desvio padrão para idade e sexo da população do estudo. Cajueiro I – MA, 2014

Sexo	N	Média	DP	P
Masculino	15	66,5	5,1	0,723
Feminino	12	65,5	8,8	
Total	27			

Segundo o IBGE (2012), há seis milhões de mulheres a mais do que homens no Brasil e esse padrão de distribuição por sexo se reproduz na maioria dos estudos populacionais brasileiros, com exceção dos estados da Região Norte onde há uma inversão desse padrão.

Estudo realizado por Costa (2000) apontou que um maior número de mulheres em relação ao número de homens deve-se a vários fatores, como por exemplo, proteção cardiovascular por hormônios femininos, e maior incidência de problemas cardiovasculares em homens; as mulheres também apresentam menor exposição à risco no trabalho, além de geralmente terem maior preocupação com a saúde.

Laurenti, Jorge e Gotlieb (2005) afirmaram que os homens nascem em maior quantidade; entretanto, estão mais suscetíveis à morte durante toda a vida, principalmente por causas externas como, por exemplo, acidentes de trânsito e violência na fase adulta.

O padrão de distribuição por sexo, observado na população geral de Cajueiro I, é o mesmo observado na população de idosos deste estudo. Talvez se fatores como mortalidade e natalidade tivessem sido investigados, fosse possível explicar a distribuição por sexo na comunidade e na população do estudo.

Para o IBGE (2012), essa inversão tem se tornado uma tendência no Brasil, havendo uma previsão para que até 2017 ocorra uma inversão nesse padrão de distribuição, ou seja, o número de homens deve superar o número de mulheres no país. Essa projeção se deve ao fato de que atualmente nascem 5% mais homens do que mulheres em todo o mundo, e no Brasil a taxa de mortalidade tem caído na população masculina, influenciando nessa provável inversão de gênero.

5.2.2 Fatores Relacionados à Biologia Humana

Os fatores relacionados à biologia humana incluem aspectos que pertencem à constituição biológica do indivíduo, tais como, dados referentes ao histórico familiar, prevalência de doenças, condições de saúde autorreferida e percepção do conceito de saúde.

Para identificação das causas de morbi-mortalidade dos familiares da população estudada, foram coletadas informações sobre a ocorrência de doenças e agravos à saúde, previamente diagnosticadas, entre os parentes consanguíneos, como pais, filhos, irmãos e avós de cada entrevistado.

No que se refere ao histórico familiar dos participantes do estudo, em relação às causas de morte paterna, 44,4% da população estudada referiram desconhecer os motivos da morte de seus pais, 14,8% referiram mortes ocasionadas por parada cardíaca, 7,4% mortes por trombose e 34,4% por outras causas diversas.

Quanto às causas de morte das mães, referidas pelos sujeitos, 18% foram decorrentes de câncer, 14,8% de parada cardíaca, 11,1% de AVC, 7,4% de trombose e 14,8% além de outras causas (TABELA 6).

A causa de morte dos irmãos, referida nesta pesquisa, variou entre acidentes, AVC e trombose, respectivamente com percentual de 7,1% em cada de ocorrência. As mortes decorrentes de violência representaram 14,3% e 57,1% da população do estudo referiu desconhecer a causa de morte dos irmãos.

Quanto à causa de morte dos filhos, obteve-se a informação de uma morte por complicações renais (7,1%), duas ocorrências de morte por acidente de motocicleta (14,3%) e 11 ocorrências de morte por tétano umbilical (78,6%). Considerando-se a idade média de 65,5 anos de idade dos sujeitos deste estudo, destaca-se a elevada ocorrência por tétano umbilical há cerca de 30 a 40 anos. De acordo com Murahovschi (2008), esse era um problema de saúde pública que atingia as populações vulneráveis na década de 1970, principalmente em áreas rurais e de periferias das cidades brasileiras, já diminuídas em centros urbanos mais desenvolvidos no país.

Dados do MS revelam redução de 89% na incidência de casos de tétano umbilical, em relação à década de 1980 a 1990, com predomínio dos casos nas regiões Norte e Nordeste do país (BRASIL, 2011c). A erradicação da doença depende, ainda, de ações educativas e de programas de imunização que é a principal forma de prevenção, com vacinação de mulheres

em idade fértil e de gestantes no acompanhamento pré-natal, uma vez que ainda se encontram casos de tétano umbilical no país.

Tabela 6 – Causas mortalidade de familiares da população do estudo. Cajueiro I – MA, 2014

Causas de mortalidade do pai			Causas de mortalidade da mãe		
	N	%		N	%
Não sabe	12	44,4	AVC	3	11,1
Parada cardíaca	4	14,8	Câncer	5	18,5
Trombose	2	7,4	DM, HAS	1	3,7
AVC	2	7,4	Hemorragia/rompimento do baço	1	3,7
Baço rompido	1	3,7	Parada cardíaca	4	14,8
Câncer	1	3,7	Parto	1	3,7
Complicação cirúrgica	1	3,7	Trombose	2	7,4
DM	1	3,7	Tuberculose	1	3,7
DM, HAS	1	3,7	Não sabe	9	33,3
Hemorragia interna	1	3,7	Total	27	100,0
Idade	1	3,7			
Total	27	100,0			

Causas de mortalidade dos Irmãos			Causas de mortalidade dos Filhos		
	N	%		N	%
Acidente	1	7,1	Acidente	2	14,3
Violência	2	14,2	Complicações renais	1	7,1
AVC	2	14,2	Tétano Umbilical*	11	78,6
Trombose	1	7,1	Total	14	100,0
Não sabe	8	57,1			
Total	14	100,0			

* Popularmente conhecido como “Mal do umbigo”

Quanto aos dados sobre o histórico de ocorrência de doenças em familiares, pode-se observar que 33,3% dos sujeitos referiram que o pai e a mãe eram portadores de HAS, 7,4% referiram antecedentes de Diabetes Mellitus (DM) nos pais e 14,8% nas mães e, respectivamente, 11,1% e 7,4% relataram casos de AVC em seus pais e mães. Doenças reumáticas e tuberculose, com igual percentual cada uma (3,7%), foram referidas para os pais e tumor maligno (18,5%) para as mães (TABELA 7).

Tabela 7 – Morbidade de familiares da população do estudo. Cajueiro I – MA, 2014

Doenças na família*	Pai		Mãe		Irmãos	
	N	%	N	%	N	%
HAS	9	33,3	9	33,3	10	37,0
DM	2	7,4	4	14,8	3	11,1
AVC	3	11,1	2	7,4	1	3,7
Doenças Respiratórias	-	0,0	-	0,0	2	7,4
Artrite/artrose/reumatismo	1	3,7	-	0,0	1	3,7
Tumor Maligno	-	0,0	5	18,5	-	0,0
Tuberculose	1	3,7	-	0,0	-	0,0

* Citada mais de uma ocorrência por sujeito

Os dados sobre morbi-mortalidade dos familiares dos sujeitos são preocupantes, pois apontam um elevado percentual dessa população com histórico familiar de DCNT (73% para ascendência materna e 55,5% paterna). A elevada prevalência dessas doenças no histórico familiar pode se constituir um risco efetivo à saúde dos indivíduos, gerando a necessidade de atenção na prevenção, detecção e correção de agravos à saúde; o reconhecimento do histórico familiar também pode facilitar a busca de estratégias de prevenção e redução de riscos.

Entre os sujeitos desta pesquisa, 11,1% referiram sua saúde como “muito boa”, 25,9% como “boa”, 48,1% declararam ter saúde “regular” e 14,8% declararam sua saúde como “ruim”. Destaca-se que 62,9% dos sujeitos referiram possuir saúde entre “regular e ruim” e 37% referiram uma condição de saúde “muito boa” ou “boa” (FIGURA 19, p.87).

Segundo Hoeymans et al. (1998), saúde autorreferida é a percepção do sujeito sobre sua própria saúde, a partir de suas referências pessoais de comparação.

Entre os determinantes das condições de saúde de uma população, a autopercepção vem sendo muito utilizada como elemento indicador das condições de saúde de população idosa (SOUSA, 1996). Esse indicador é considerado útil para a compreensão das questões de saúde em populações.

Figura 19 – Condições de saúde autorreferida pela população do estudo.
Cajueiro I – MA, 2014

A autopercepção da saúde do idoso pode ser influenciada por uma multiplicidade de fatores, o que permite uma investigação mais ampla e, entre estes fatores, estão os dados demográficos e epidemiológicos (LYYRA et al., 2006; ISHIZAKI; KAI; IMANAKA, 2006).

Estudo realizado com 35 idosos da região Sul do município de Itabuna – BA mostrou uma avaliação de saúde autorreferida, na qual 49% referiram saúde como regular ou péssima e 51% da população referiram possuir saúde boa ou ótima, relacionando saúde com autonomia dessa população (ROCHA, 2010).

Estudos realizados por Paskulin e Vianna (2007) sobre condições de saúde em idosos de Porto Alegre, revelaram que 81% dos sujeitos consideravam-se saudáveis. Santiago (2009), em estudo com homens com idade média de 70 anos, encontrou 40% deles referindo sua saúde como ruim.

Estudo realizado por Palloni e Palaéz (2002) mostrou que populações idosas de alguns países como Brasil, Argentina, Bolívia, Chile, Equador, Peru, Venezuela, entre outros, apresentam com maior frequência uma referência de saúde regular ou ruim. Lebrão e Laurenti (2003) afirmaram que quanto maior a idade da população, maior a ocorrência de saúde referida como regular ou ruim.

Bernardo (2013) avaliou condições de saúde referida em população masculina com idade média de 44,2 anos, da cidade de Belo Horizonte - MG e constatou que apenas 28% da

população considerou sua saúde como boa ou ótima. No presente estudo, encontrou-se um percentual maior (37%) de atribuição de melhores conceitos (“muito boa e boa”) para a condição de saúde dos sujeitos.

Alves e Rodrigues (2005) observaram que entre idosos do município de São Paulo, a prevalência de doenças crônicas foi um determinante importante para relatar a saúde autorreferida como ruim, o que pode explicar o percentual de 62,9% de afirmações sobre a saúde pelos sujeitos da presente investigação, como “regular” e “ruim”.

Em relação a essa questão, neste estudo também foi solicitado aos sujeitos que justificassem as respostas emitidas sobre a sua condição de saúde. Para 48,1% dos que relataram possuir saúde “regular” ou “ruim”, a justificativa foi devido a dores ou a alguma doença, como HAS e doenças reumáticas. Quanto à afirmação de desfrutar de saúde “boa” ou “muito boa”, 14% dos sujeitos alegaram como motivo o fato de não terem nenhum problema com sua saúde.

Quanto à interpretação dos sujeitos sobre o conceito de saúde, dos 27 entrevistados 40,7% afirmaram não saber o que é saúde, 33,3% afirmaram que saúde “é quando a pessoa não sente nada ou não tem nenhuma doença”, 7,4% associaram saúde à higiene pessoal, 11,2% citaram que ter saúde está relacionado ao uso de medicamentos e a viver bem e 7,4% dos sujeitos afirmaram que saúde é “um completo bem estar do indivíduo, envolvendo os aspectos mentais e físicos”. Esse último conceito foi emitido por um dos sujeitos da pesquisa que trabalhava como agente de saúde na comunidade e possui formação na área da saúde (TABELA 8).

Tabela 8 – Autopercepção do conceito de saúde pela população do estudo. Cajueiro I – MA, 2014

O que é saúde para você?	N	%
Não sabe	11	40,7
Não sentir nada ou não ter doenças	9	33,3
Cuidar da higiene corporal e se preservar	2	7,4
Viver bem e tomar remédios	3	11,2
Estado de completo bem estar do indivíduo, envolvendo os aspectos mentais e físicos	2	7,4
Total	27	100,0

Quando perguntado aos sujeitos se algum profissional de saúde já havia lhe dito que possuía alguma das doenças citadas durante a entrevista, 26 dos 27 idosos participantes desta investigação (96,3%) afirmaram possuir alguma das doenças pesquisadas e apenas 3,7% dos sujeitos declararam ser saudável. Apesar do elevado número de respostas positivas dos sujeitos para a existência de doenças (96,3%), 3,7% afirmaram não possuir nenhuma doença. (TABELA 9).

Tabela 9 – Doenças pregressas e atuais informadas pela população do estudo. Cajueiro I – MA, 2014

Presença de doenças	N	%
Sim	26	96,3
Não	1	3,7
Número de doenças		
0	1	3,7
1	6	22,2
2	9	33,3
3 ou +	11	40,7
Total	27	100,0

Quanto ao número de doenças confirmadas, 22,2% afirmaram possuir apenas uma doença, 33,3% referiram possuir duas das doenças apresentadas a eles e 40,7% afirmaram possuir três ou mais dessas doenças (FIGURA 20).

Figura 20 - Número de doenças autorreferidas pela população do estudo. Cajueiro I – MA, 2014

Chama atenção o elevado percentual de doenças referidas pelos idosos incluídos neste estudo. Sabe-se que durante o processo de envelhecimento ocorrem diversas alterações anátomo-fisiológicas no organismo, o que repercute nos mecanismos homeostáticos do corpo, traduzidos pelo adoecimento, devido à diminuição de sua capacidade de resposta e retomada do equilíbrio, facilitando o aparecimento das doenças.

O envelhecimento relaciona-se com o aparecimento de diversas doenças, que influenciam, na maioria das vezes, a independência e qualidade de vida das pessoas, pois pode gerar incapacidades que, se forem identificadas e tratadas precoce e adequadamente, podem ser controladas. Estudos realizados sobre a prevalência de doenças em populações idosas são muito apropriados, pois a partir dessas investigações é possível a elaboração de políticas de saúde que afetam diretamente as doenças mais comuns na população.

Do ponto de vista epidemiológico, o envelhecimento, aliado à exposição a fatores de risco como, por exemplo, má alimentação, sedentarismo, estresse, entre outros, pode potencializar o aparecimento de doenças (BRASIL, 2006).

Neste estudo foram incluídas na lista de patologias apresentadas aos sujeitos algumas doenças crônicas e endêmicas naquela região, como por exemplo, HAS, DM, problemas cardíacos, AVC, doenças respiratórias, artrite, artrose ou reumatismo, tumor benigno e maligno, hepatites, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis (DST), malária, dengue, diarreia, osteoporose, glaucoma e catarata. Todas essas doenças ou agravos à saúde foram referidos pelos entrevistados quando lhes foi feita a seguinte pergunta: “algum médico ou profissional de saúde já lhe disse que tem ou teve alguma dessas doenças?”.

Os dados sobre morbidade referida obtidos por esse meio podem ser questionáveis, considerando que só foram considerados como respostas positivas aqueles em que os indivíduos informaram ter passado por um serviço de saúde, obtendo um diagnóstico médico da doença. Este fato deve ser considerado, levando-se em conta uma população que tem uma carência de oferta de atendimento adequado à saúde, como é o caso da população deste estudo. Entretanto, segundo Lebrão e Laurenti (2003), esta ainda é uma importante ferramenta para o levantamento epidemiológico em estudos populacionais e para o planejamento em saúde.

Sabe-se também que há uma limitação de estudos que abordam morbidade autorreferida, por persistir ainda no país uma fração não diagnosticada de casos de doenças crônicas, por questões ligadas à diferentes realidades regionais da cobertura de assistência à saúde no Brasil (SCHIMIDT et al. 2009)

Em estudo realizado por Leite-Cavalcante et al. (2009), com idosos atendidos em um Centro de Referência do município de João Pessoa, na Paraíba, 82,1% dos sujeitos relataram possuir alguma doença crônica e, entre esses indivíduos, 37,6% disseram possuir pelo menos uma doença, 23,9% duas doenças e 20,5% três ou mais doenças.

O que se pode observar é que na população idosa de Cajueiro I foi referido um elevado número de doenças entre os indivíduos estudados.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por Iozzi et al. (2008) com idosos da cidade do Rio de Janeiro, com aproximadamente 91% dos entrevistados referindo pelo menos uma doença crônica e praticamente metade dos idosos referindo 3 ou mais doenças.

Entre as doenças referidas pela população do presente estudo, foi identificado pelas respostas obtidas que 70,4% dos idosos eram portadores de HAS e 55,6% deles referiram artrite, artrose ou reumatismo, 40,7% catarata ou glaucoma, 14,8% doenças respiratórias, 11,1% problemas cardíacos e 7,4% AVC (FIGURA 21).

Figura 21 – Doenças autorreferidas pelos sujeitos em Cajueiro I – MA, 2014

Virtuoso et al. (2012) analisaram o perfil de morbidade referida de 165 idosos com idade média de 69,1 ($\pm$ 6,0) anos e constataram que as morbidades mais prevalentes foram HAS (48,4%), doenças osteoarticulares (47,8%) e hipercolesterolemia (32,7%). Sobreira,

Sarmiento e Oliveira (2011) estudaram 30 idosos participantes de um grupo de convivência na cidade de Uiraúma, do alto sertão paraibano, e encontraram prevalência de 66,7% para HAS.

A doença de maior prevalência na população desta investigação em Cajueiro I foi a HAS que corresponde a 70,4% dos idosos incluídos no estudo, correspondendo a 66,67% dos homens e 75% das mulheres (FIGURA 21, p. 91).

Em estudo realizado por Lebrão e Laurenti (2003), a prevalência de HAS chegou a atingir 53,3% da população idosa estudada por esses autores, resultado considerado por eles relativamente alto, considerando os recursos necessários para o tratamento e prevenção da HAS na época. Destaca-se que em nenhuma das referências encontradas na literatura, citadas no presente estudo, observou-se taxas de prevalência para hipertensão arterial tão elevadas quanto as encontradas neste estudo, que foi de 75%.

A HAS é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais no sangue e geralmente vem acompanhada por outras alterações como obesidade e DM. Hoje a HAS é a principal causa de morte no mundo, pois pode favorecer uma série de outras doenças.

Segundo a OMS, a HAS é a mais frequente das DCNT em todo o mundo e sua prevalência aumenta progressivamente com a idade, estando também relacionada à cor da pele, histórico familiar e estilo de vida (BRASIL, 2001).

Trevisol (2010) afirma que em 90% dos casos a hipertensão é herdada dos pais e uma minoria dos casos da doença está relacionada a distúrbios da tireoide ou de outras glândulas endócrinas. Outros fatores podem também influenciar os níveis de pressão arterial como, por exemplo, fumo, uso de bebidas alcóolicas, obesidade, DM e estresse, entre outros. Além desses fatores de risco, o envelhecimento é um fator determinante.

Nos idosos sua frequência é ainda maior, demandando maior assistência médica por conta das possíveis complicações e doenças associadas; de um modo geral, o perfil de prevalência de doenças em idosos na população brasileira não é diferente da população idosa mundial (NASCIMENTO et al., 2011).

Segundo Iannure et al. (2010), idosos com boas condições de saúde, acabam mantendo boas expectativas de vida e podem assumir papéis relevantes da sociedade. É necessário o desenvolvimento de políticas públicas amplas e intersetoriais que procurem assegurar um envelhecimento ativo, que pressupõe independência como principal marcador de saúde. Dados do Ministério da Saúde apontam que complicações decorrentes da falta de diagnóstico e tratamento da HAS poderiam ser evitadas (BRASIL, 2006).

Segundo Silva (2010), o DM compreende outro fator importante para a HAS, colocando o paciente em risco duas vezes maior de apresentar complicações cardiovasculares, em relação a pacientes não diabéticos.

Indivíduos da raça negra são mais propensos à HAS, apresentando maiores índices de complicações e também maiores dificuldades para o controle da doença (BRASIL, 2001).

A população negra parece apresentar características hereditárias que determinam um funcionamento irregular na captação de sódio e cálcio no organismo, além de um aumentado transporte renal, que pode ser atribuído à presença de um gen economizador de sódio que leva a um influxo celular de sódio e cálcio, facilitando assim, o aparecimento da HAS (CRUZ, 2003).

Estudos estabelecendo a relação entre etnia e condições de saúde ainda são escassos; apesar disso, Monteiro (2004) mostra que há maior adoecimento e morte na população negra; entretanto, os fatores de risco estão comumente associados a fatores socioeconômicos.

Pesquisas realizadas por Cruz (2003) e Monteiro (2004) sobre saúde da população negra levantam a possibilidade de que a HAS tenha se constituído em mais um ônus da escravidão para a população escravizada e seus dependentes no Brasil. Esse fato pode ser atribuído a fatores de risco que possam ter sido impingidos a esse grupo populacional que, provavelmente, vivia em equilíbrio em seu habitat natural antes de serem escravizados, ainda que houvesse predisposição genética.

Segundo Cruz (2003), alguns fatores de risco passaram a integrar o cotidiano da população negra desde a escravidão, tais como a introdução da farinha de mandioca ou de milho. Em algumas populações, como a população quilombola, a cultura alimentar ainda se mantém desde o período da escravidão, com a utilização da farinha de mandioca como principal alimento de sua dieta. A dieta hipercalórica era necessária para sustentar uma jornada de trabalho extremamente exaustiva e em condições adversas (CRUZ, 2003).

Estudos realizados por Barreto et al. (1993) e Cruz e Lima (1999) têm mostrado que a prevalência de HAS é maior na população negra e com maior comprometimento dos órgãos. Portanto, a etnia negra é apresentada como fator de risco para HAS, expondo as pessoas negras ao desenvolvimento da doença, assim como ao risco de ataque cardíaco e morte.

Outras patologias que apareceram com grande frequência neste estudo com idosos da comunidade quilombola de Cajueiro I, são as doenças reumáticas, como artrite, artrose ou reumatismo, que apresentaram frequência relativa de 55,6%, no total, sendo 58,33% para o sexo feminino e 53,35% para o masculino (FIGURA 21, p. 91).

O objetivo ao se perguntar sobre estes três agravos foi identificar a existência de dores articulares de forma geral, que eventualmente poderiam limitar a autonomia dos indivíduos ou prejudicar a realização de atividades diárias.

Estudo realizado por Mili, Helmick e Zack (2002), nos Estados Unidos da América (EUA), revelou que a artrite e outros problemas reumáticos afetaram 43 milhões de pessoas entre 1996 e 1999, e com o envelhecimento populacional esses números tendem a aumentar.

Segundo Vukovic, Bjegovic e Vukovic (2008) esta foi a segunda doença ou agravo à saúde mais comum em estudo realizado na Servia, só sendo ultrapassada pela HAS. Em estudo realizado no Brasil sobre percepção de saúde e doenças crônicas, a artrite atingiu 10,5% da população (THEME-FILHA; SZWARCOWALD; SOUZA-JUNIOR, 2003).

De forma geral, estudos internacionais ou nacionais têm abordado as desigualdades raciais, sociais e econômicas e prevalência de doenças crônicas, tendo também apontado que quanto menor a renda e escolaridade da população, maior é a prevalência de doenças crônicas, principalmente HAS, artrite, artrose e reumatismo, doenças cardíacas, DM, câncer entre outras (VUKOVIC, BJEGOVIC, VUKOVIC, 2008; QUANDT, et al., 2007; MARTINI et al., 2009).

Estima-se que das 64 milhões de mortes que ocorreram no mundo, 64,1% devem ter ocorrido em decorrência de doenças crônicas (OMS, 2005). Isto deve prejudicar o desenvolvimento econômico e social de vários países, mas principalmente de países em desenvolvimento, provocando onerosos gastos para o sistema de saúde.

Segundo Leite-Cavalcante et al. (2009), no Brasil, aproximadamente 70% dos óbitos são causados por doenças crônicas e agravos em função dessas desigualdades. O Brasil é um país no qual se observa grandes níveis de desigualdade em relação à distribuição de renda no mundo. Esse panorama de desigualdade pode ser observado nas condições básicas de vida como saúde, educação e distribuição de renda.

Na população de Cajueiro I a frequência de diagnóstico médico de DM foi relativamente baixa, referida apenas por um sujeito, o que também pode ser explicado pelas dificuldades de acesso a serviços de saúde.

As ações de promoção da saúde devem ser orientadas para promover a qualidade de vida de idosos que precisam ter seus direitos mantidos, conforme o estatuto do idoso. Envelhecer com qualidade de vida é um privilégio que envolve mudanças em vários setores da sociedade e concepções sobre saúde, educação, justiça ambiental e social, e direitos sociais.

O conhecimento dos dados obtidos com a presente pesquisa poderá permitir o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção e promoção da saúde, controle e tratamento das doenças citadas, estabelecendo prioridades para melhorar cada vez mais o nível de saúde da população, assim como identificar os fatores etiológicos das doenças. A partir disso também é possível determinar as causas da ocorrência das doenças, identificando os riscos epidemiológicos, ambientais e sociais e as possíveis medidas de controle.

5.2.3 Fatores Relacionados ao Ambiente Social e Físico

Dados relacionados ao ambiente social e físico foram investigados a partir do levantamento da renda, escolaridade, formação, situação ocupacional, emprego, religião, equipamentos sociais e situação conjugal, que correspondem a elementos ligados ao ambiente social. Os fatores de risco relacionados ao ambiente físico, levantados nesta pesquisa, foram: condições de moradia, da água utilizada para consumo, do esgotamento sanitário, manejo e destinação de resíduos e presença de pragas, artrópodes e vetores de doenças.

Quanto à renda familiar, foram coletadas informações sobre salários e outras fontes de renda, como comércio e outros benefícios, somando-se todas as fontes de renda citadas pelos entrevistados. A renda média mensal foi então, fracionada com base no salário mínimo vigente que era de R\$ 724,00 no período da coleta de dados. Entre os participantes do estudo 81,5% declaram renda entre um e três salários, 11,1% declararam renda familiar entre quatro e seis salários e 7,4% afirmaram ter renda menor que um salário mínimo (TABELA 10).

Tabela 10 – Renda mensal familiar dos sujeitos da pesquisa. Cajueiro I – MA, 2014

Nº de pessoas no domicílio com renda	N	%
1	13	48.1
2	12	44.4
3	2	7.4
Renda (SM)		
Menos de 1	2	7.4
1 a 3	22	81.5
4 a 6	3	11.1
Total	27	100,0

SM = Salário Mínimo

Entre os participantes, 85,18% são aposentados e 14,82% não são aposentados ainda. Entre os idosos aposentados, um sujeito (4,34%) referiu ter, além da aposentadoria, outra fonte de renda advinda de comércio, que se configura como sua principal fonte de renda, pois seus rendimentos oriundos dessa atividade são superiores aos da aposentaria. Em oposição a essa realidade, 26,1% dos idosos aposentados referiram como fonte de renda familiar a aposentadoria e bolsa família; 69,5% dos indivíduos aposentados tinham como única fonte de renda a aposentadoria. Entre os sujeitos do estudo, 81,48% afirmaram que os proventos oriundos do recebimento da aposentadoria eram sua principal fonte de renda. Esse resultado evidencia a importância dos benefícios previdenciários para a sobrevivência dessa população.

Camarano, Kanso e Mello (2004) apontam a importância dessas rendas na vida das pessoas, em estudo realizado com população idosa que vivia em meio rural, entre os anos de 1980 e 2000.

Segundo o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BRASIL, 2013), a desigualdade de renda é característica da população brasileira, e apesar de 34,3% dos idosos no Brasil terem renda per capita de até um salário mínimo, 12,4% vivem com até meio salário mínimo, o que os caracteriza como absolutamente pobres.

Segundo dados nacionais (BRASIL, 2013), a renda da população negra no país corresponde a 57,4% da renda dos indivíduos da raça branca. Ainda, segundo o mesmo autor, a renda média da população branca foi de R\$ 2.396,00 em 2013, enquanto que a renda média da população negra foi de R\$ 1.374,00.

Informações do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) apontam que mais de 95% da população quilombola possui renda familiar inferior a 1/2 salário mínimo. Esses dados revelam que um número significativo dessa população quilombola encontra-se em situação de extrema pobreza e, consequentemente, de vulnerabilidade (BRASIL, 2012).

Nesta pesquisa desenvolvida com indivíduos de Cajueiro I, identificou-se que esses sujeitos contam com uma rede potencial de apoio significativa, pois 96,3% dos idosos moram com filhos ou outras pessoas corresidentes, e apenas 3,7% dos indivíduos estudados moram sozinhos.

Quanto ao nível de escolaridade, dos sujeitos, esta pesquisa revelou que 92,6% deles apresentaram baixo nível de escolaridade, identificando-se 51,9% de analfabetos e que nunca haviam frequentado escola; 25,9% que haviam tido menos de oito anos de escolaridade, ou seja, possuíam apenas o ensino fundamental incompleto.

A classificação tomada como referência foi de uso nacional (BRASIL, 2010), que considera baixo nível de escolaridade quando o indivíduo possui menos de oito anos de escolaridade, ou seja, possui ensino fundamental incompleto. Essa mesma referência considera como nível médio de escolarização quando o indivíduo possui nível médio completo ou superior incompleto e nível alto quando possui curso técnico ou superior completo.

Ainda em relação à escolaridade, quando cruzados os dados com informações sobre gênero, observou-se que 75% das mulheres declararam-se analfabetas, enquanto para os homens esse índice foi de 33,3% (TABELA 11). De forma geral pode-se afirmar que os homens apresentaram maior nível de escolaridade do que as mulheres.

Tabela 11 - Escolaridade dos sujeitos da pesquisa, segundo o gênero. Cajueiro I – MA, 2014

Escolaridade	Sexo				P
	Masculino	%	Feminino	%	
Analfabeto	5	33,3	9	75,0	0,290
EF incompleto	5	33,3	2	16,7	
EF completo	1	6,7	1	8,3	
EM incompleto	2	13,3	0	0,0	
EM completo	1	6,7	0	0,0	
ES completo	1	6,7	0	0,0	
Total	15	100,0	12	100,0	

Em estudo realizado em 2008 por Souza e Silber, no qual elaboraram o diagnóstico demográfico de 369 mulheres idosas do município do Rio de Janeiro, o percentual de idosos analfabetos foi de 49,3%. No Brasil pesquisadores encontraram percentual de um em cada quatro brasileiros de 60 anos ou mais (26,6%) que não sabiam ler nem escrever (BRASIL, 2010).

Na presente pesquisa o valor encontrado é considerado muito acima da média nacional para mulheres (75%) o que não ocorreu com os homens analfabetos (33,3%). Segundo o IBGE, a maioria da população não alfabetizada no Brasil é formada por pessoas adultas e idosas, principalmente mulheres, negros, afrodescendentes, indígenas, residentes de áreas rurais e da região Nordeste.

Segundo Ramos (2001), do ponto de vista capitalista, investimento na educação dessa parcela da população é tido como desperdício. Isto é retratado em ausência de políticas

voltadas para a educação dessa parcela da população, considerando o modelo capitalista no qual ganhou força, sendo considerados prioritários programas para formação de jovens e adultos para o mercado de trabalho.

Segundo Peres (2011), compreender o problema social do analfabetismo na velhice, remete à denúncia de um descaso histórico no país. Na população deste estudo, deve-se considerar o fato desses idosos terem nascido em condições de extrema pobreza, sem acesso à informação e numa cultura em que o conhecimento e formação eram pouco valorizados em relação ao trabalho para o sustento e sobrevivência, além do fato de que alguns idosos relataram a falta de escolas públicas na região. Certamente esse fato contribuiu para os achados nesta investigação, com resultados extremamente elevados do nível de analfabetismo encontrado na população do estudo.

Ainda relacionado ao ambiente social, foi levantada também a condição de ocupação, tipo de emprego e formação profissional da população idosa de Cajueiro I, pertencentes a este estudo; apesar da situação de aposentadoria dos idosos ou recebimento de pensões, constatou-se que 92,6% dos sujeitos referiram ainda trabalhar na roça, enquanto trabalhador informal, e não possuem nenhuma formação profissional; dos sujeitos desta pesquisa, 7,4% referiram possuir emprego público.

Todos os sujeitos declararam ter alguma religião. Entre esses, 77,8% afirmaram ser católicos, 11,1% afirmaram ser evangélicos, e 11,1% declararam-se umbandistas (TABELA 12).

Tabela 12 - Religião referida pela população do estudo, 2014

Religião	N	%
Católica	21	77,8
Evangélica	3	11,1
Umbanda	3	11,1
Total	27	100,0

A análise da situação conjugal mostrou que entre os indivíduos deste estudo, 20% dos homens declararam-se solteiros, 40% casados, 13,3% viúvos, 6,7% separados e 20% referiram viver em união estável. Em relação à situação conjugal entre as mulheres, 16,7% declararam-se solteiras, 41,7% casadas, 33,3% viúvas e 8,3% vivendo em união estável (TABELA 13).

Em relação às moradias da população do estudo, a maioria das casas é de alvenaria (92,6%); 3,2% de taipa revestida e 3,2% de taipa não revestida. Todas as casas possuem telha de barro e o tipo de piso encontrado foi de porcelanato (em 55,6% das casas) e de cimento (em 44,4%); 88,9% moradias possuem entre quatro e cinco cômodos e 11,1% têm mais de seis cômodos. Todas as casas visitadas possuem energia elétrica.

Tabela 13 – Situação conjugal dos sujeitos da pesquisa, segundo o gênero. Cajueiro I – MA, 2014

Situação conjugal	Sexo				P
	Masculino	%	Feminino	%	
Solteiro	3	20,0	2	16,7	0,617
Casado	6	40,0	5	41,7	
Viúvo	2	13,3	4	33,3	
Separado	1	6,7	0	0,0	
União estável	3	20,0	1	8,3	
Total	15	100,0	12	100,0	

Gehlen e Ramos (2008) realizaram estudo com várias comunidades quilombolas no Brasil e encontraram em uma das comunidades 60% de moradias com cinco cômodos e 40% com seis cômodos, mas encontraram também que 66,7% dessa população estavam insatisfeitos com inadequações de suas moradias, citando que 93,3% eram casas de madeira.

Em Cajueiro I, pode-se afirmar que as condições de moradia de toda a população são razoavelmente boas, considerando o tipo de infraestrutura existente nessa comunidade, constituída por construções de alvenaria, com banheiro interno e cobertura de telhas de barro, bem diferente da forma de habitação que possuíam antes do remanejamento para essa agrovila.

Os principais problemas de Cajueiro I encontrados estão relacionados à inexistência ou a pouquíssimas opções de serviços públicos oferecidos, havendo também necessidade de algumas melhorias, como a construção de rede de coleta e tratamento de esgotos e de resíduos sólidos e o aparelhamento de alguns equipamentos sociais como posto de saúde, escolas e outros serviços essenciais.

O descarte do esgoto da população, segundo informação dos sujeitos, é feito a céu aberto (33,3%) e sem nenhum tipo de coleta e tratamento público; 66,7% dos sujeitos referiram uso de fossa. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos realizados por

Giatti et al. (2010), no qual a destinação dos esgoto era o uso de fossa rudimentar (41,4%), com disposição a céu aberto (34,5%).

Sistema de esgotamento sanitário preconizado pela legislação e literatura deve ser constituído por atividades, infraestrutura e instalações para coleta, transporte, tratamento e disposição final adequada. A adequação desse processo consiste em importante questão de saúde pública.

Em Cajueiro I também não há coleta dos resíduos gerados, que são descartados pela população de duas formas, ambas inadequadas: a céu aberto e queimado (77,8% da população referiram queimar o lixo produzindo, enquanto 22,2% referiram descarte a céu aberto).

O mesmo perfil foi encontrado em outras comunidades quilombolas do município de Alcântara, Maranhão, nas quais 55% da população descartam o lixo em terrenos baldios e 37% queimam o lixo (ALCÂNTARA, 2005).

A ausência de procedimentos adequados para descarte dos resíduos domiciliares não pode ser considerada apenas como resultado da falta de orientação sobre a importância de um descarte adequado e da necessidade de prevenção de proliferação de vetores e de microrganismos que podem causar doenças, assim como de degradação ambiental causada pela contaminação do solo e consequentemente dos lençóis freáticos, prejudicando a qualidade da água fornecida para a população. É preciso haver primeiramente condições de infraestrutura e ação do poder público municipal, além de educação ambiental à população.

Os efeitos indesejados por disposição final inadequada dos resíduos, e de ausência de tratamento de esgoto, constituindo-se em diversas formas de contaminação do ambiente, tanto do solo, quanto da água e do ar além da atração e desenvolvimento de animais e microrganismos que podem levar a diversas doenças (TAKAYANAGUI, 2005). Em função desses riscos de contaminação observa-se a necessidade de cuidado com o manejo dos resíduos e esgotos.

A destinação inadequada dos resíduos favorece a contaminação do solo, das águas e do ar e deve-se considerar qual a melhor forma da destinação e manejo de resíduos, de modo que se possa evitar a contaminação do ambiente, evitando os riscos à saúde pública.

Quando perguntados sobre o tratamento dado à água utilizada para consumo, apenas 55,6% da população do estudo referiram filtrar a água e 44,4% consumir água sem tratamento algum.

Silva (2007) realizou estudo junto à população quilombola no estado da Paraíba, no qual foi investigada a forma de tratamento da água para consumo humano, encontrando que

82,81% da população faziam uso de água clorada e 1,56% usavam água filtrada e ainda 15% da população não realizavam qualquer tipo de tratamento da água para consumo.

Em outro estudo abordando a água para consumo humano em domicílio, realizado por Silva et al. (2009), foi encontrado que 5,4% consumiam água sem tratamento, 29,7% compravam água mineral envasada, 56,7% utilizavam água filtrada, 2,7% consumiam água fervida e 5,4% água coada com um pano. Vale destacar que, segundo esses autores, o hábito de coar a água com tecido amarrado na torneira permite a presença de bactérias patogênicas.

Segundo Shatyk, Krachler e Chen (2006), o manejo da água utilizada para consumo pode afetar sua qualidade e consequentemente afetar a saúde de seus usuários; esses autores apontam que há preferência do consumidor por água envasada; entretanto, isso não garante sua qualidade. É necessário controlar a presença de componentes químicos, orgânicos e inorgânicos e a contaminação bacteriológica que foram encontradas em algumas marcas de água envasadas estudadas por Ray (1996).

Estudo realizado por Amaral et al. (2003), que objetivou verificar a qualidade da água para consumo em fontes e reservatórios públicos, revelou que 96,7% da água analisada estava fora dos padrões de potabilidade, configurando fator de risco à saúde da população.

Fonseca e Souza (2012) investigaram condições sanitárias de uma comunidade desprovida de saneamento. Da população estudada, 66,66% declararam usar filtro doméstico na tentativa de obter uma água de qualidade, 10,6% alegaram consumir água envasada e 4,54% consumir água de carro pipa. Foi avaliada a qualidade da água e observados parâmetros de coliformes totais e constatado que a água era imprópria para o consumo humano.

Grande parte das doenças que ocorrem em populações que vivem em desigualdades sociais é oriunda do consumo de água de qualidade insatisfatória. A água é elemento essencial a todas as formas de vida e a falta de água com qualidade para consumo humano constitui-se em sério problema à saúde da população.

No Brasil estima-se que 60% das infecções hospitalares ocorrem por deficiências no saneamento básico e 90% dessas doenças devem-se à ausência de água de qualidade (BRASIL, 2010).

Segundo Cairncross e Feachem (2005), a água pode afetar a saúde por meio da ingestão direta, preparação dos alimentos, higiene pessoal e agricultura, entre outras formas. Segundo estes autores, água em condições inadequadas podem se constituir fatores de risco à saúde pública.

Entretanto, apenas filtrar a água não é suficiente, pois muitas vezes a sujeira se acumula nos depósitos de água, que precisam ser devidamente higienizadas para evitar nova contaminação. É indiscutível a importância do acesso à água, à coleta e tratamento de esgoto e resíduos e por isso, é muito importante orientar a população para prevenção de doenças, no sentido de propor barreiras para a transmissão das doenças e o tratamento da água para consumo humano é uma delas.

Informações sobre pragas, artrópodes e vetores foram dadas a partir de múltiplas respostas e pode-se observar que as principais ocorrências referidas nas casas foram mosquitos e moscas, presentes em 96,3% das respostas, com 88,9% de relato de ocorrência de aranhas, 85,2% de formigas e 77,8% de baratas. Os escorpiões tiveram menor ocorrência, com 48% de relatos, e ratos com 7,4%.

Sabe-se que também a presença de artrópodes e roedores guarda estreita relação com hábitos relacionados ao saneamento de resíduos sólidos, ao esgotamento sanitário e à higiene e limpeza de ambientes. Portanto, as condições de saneamento encontrada em Cajueiro I são bem desfavoráveis à saúde pública, necessitando ação específica do poder público.

5.2.4 Fatores Relacionados ao Estilo de Vida

Estilo de vida é conceituado como sendo “um conjunto de ações habituais que refletem atitudes, valores e oportunidades na vida das pessoas” (NAHAS, 2001, p. 11).

Para este estudo, o levantamento sobre o estilo de vida da população investigada abrangeu a prática de atividade física, consumo de bebida alcoólica, fumo e drogas ilícitas, estresse e padrões alimentares, que se constituem nos principais determinantes da qualidade de vida e das condições de saúde.

Em relação à atividade física, 89% dos sujeitos informaram não praticar nenhum tipo de atividade física e apenas 11% disseram realizar alguma atividade física. Dentre os que praticavam atividade física, todos afirmaram que realizam atividade de uma a três vezes por semana com duração de até 30 minutos por sessão; a única atividade citada foi caminhada.

Apesar da baixa ocorrência da prática da atividade física sistematizada, a população de Cajueiro I reportou um alto nível de atividades físicas no cotidiano que poderiam envolver um esforço físico bastante elevado, principalmente para uma população idosa.

Ressalta-se que a maioria dos idosos deste estudo afirmou realizar pelo menos um ou mais de um tipo de atividade como capina, plantio, corte de lenha, cuidado com animais, quebra de coco babaçu para feitura do azeite, além de outros serviços domésticos e caminhada até as lavouras, que são localizadas a uma distância média de 6 a 10 km de distância da agrovila, configurando uma caminhada diária de 12 a 20 km por dia.

Em estudo realizado em CNRQ com indivíduos com idade entre 40 e 60 anos, com o objetivo de investigar a prevalência de HAS, foi encontrado que 80% da população não realizavam atividades físicas (CRUZ; LIMA, 1999).

A atividade física deve ser realizada, de acordo com a idade do praticante, com frequência e intensidade reguladas de acordo com o nível de condicionamento e as características de cada indivíduo, com indicação de prática de três dias na semana, com duração de 30 a 60 minutos por sessão. O que ficou constatado entre os sujeitos deste estudo é que, apesar de não ter sido referida uma prática de atividade física sistematizada pela maioria da população, o nível de atividade laboral praticada pelos indivíduos estudados pode ser considerado intenso para uma população idosa.

Em relação ao tabagismo, apenas 7,4% da população estudada revelou hábito de fumar e 92,6% dos entrevistados afirmaram não ser fumante atualmente. As pessoas que se declararam fumantes, afirmaram ter iniciado o hábito entre 15 e 20 anos de idade, sendo, portanto, fumante há mais de 48 anos e referindo fumar entre um e vinte cigarros por dia.

Apesar da baixa incidência do hábito de fumar, 37% dos entrevistados declararam já ter fumado anteriormente e relataram ter parado de fumar há um tempo que variou de dois meses a três anos, sendo os motivos da desistência relacionados a problemas de saúde. Foi perguntado também se o fumo havia afetado sua saúde e 80% dos entrevistados afirmaram que sim.

Apesar do número de fumantes ser relativamente baixo nesse grupo, o hábito merece atenção especial, pois constitui um fator de risco importante para as DCNT's, principalmente HAS que foi a doença de maior frequência encontrada na população do estudo. Pesquisa realizada por Frias (2000), com indivíduos hipertensos, revelou que o hábito de fumar acelera o processo de aterosclerose em pessoas com HAS.

Estudo realizado por Brasil (1996) mostrou a importância do abandono do hábito de fumar e os benefícios para a saúde, promovendo a melhoria da capacidade física, alimentação, aumento na expectativa de vida, além da redução dos riscos de doenças respiratórias, DCNT e câncer.

Para a população desta pesquisa, o uso de bebidas alcoólicas foi referido por 37% dos entrevistados, sendo cerveja a bebida mais citada e de maior consumo por todos que faziam

uso de bebida alcoólica. Esses indivíduos apontaram que fizeram uso da bebida alcoólica em média por 25 anos.

Estudo realizado pelo Centro de Controle de Doenças dos EUA (CDC) (CDC, 2001) revelou que cerca de 38,9% dos estudantes com idade entre 19 e 24 anos consumiam bebidas alcoólicas em excesso, com maior prevalência em indivíduos do sexo masculino (41,4%) do que entre as mulheres (36,6%).

De acordo com o Ministério da Saúde, as bebidas alcoólicas estão entre as bebidas mais consumidas pela população jovem e adulta. Esta pesquisa mostra ainda que cerca de 15% dessa população é alcoolista, havendo maior ocorrência entre indivíduos do sexo masculino do que no sexo feminino (Brasil, 2001).

Segundo pesquisa realizada pelo CDC (2000), sobre uso de álcool por indivíduos adultos, o consumo elevado de álcool parece estar relacionado com níveis socioeconômicos mais baixos da população.

Investigação sobre prevalência de alcoolismo e tabagismo em idosos residentes na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), revelou alta prevalência de alcoolismo e tabagismo para homens com baixa escolaridade (SENGER et al., 2011).

Quando estudado o uso de álcool por indivíduos hipertensos observa-se que há um agravamento da HAS. Segundo Santana et al. (2012), o álcool em excesso diminui a contractilidade do miocárdio e acarreta vasodilatação periférica resultando num aumento associado da pressão arterial.

Quanto ao uso de drogas ilícitas, todos os indivíduos da presente investigação afirmaram não consumir drogas atualmente e apenas um indivíduo relatou já ter consumido drogas anteriormente, afirmando ter parado há 24 anos, tendo como motivo da desistência a ocorrência de picos hipertensivos durante o consumo, e recomendação médica para abandonar seu consumo.

Entre os indivíduos deste estudo, 51,9% afirmaram considerar-se estressados, informando que as situações que mais propiciam o estresse são as relações familiares e do lar, respostas correspondentes a 92,9% dos entrevistados; situações de estresse relacionadas ao trabalho foram citadas por 7,1% desses indivíduos.

Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por Reza (2007) que investigou indivíduos hipertensos. Em seu estudo o autor encontrou como principais razões para o estresse também as relações familiares, problemas no trabalho e questões financeiras.

Entre os indivíduos que se declararam estressados na presente pesquisa, as estratégias citadas para aliviar o estresse foram: distanciamento físico e mental do problema que os afetavam e uso de ervas, consideradas como calmantes naturais.

O estresse é considerado um fator de risco à saúde e principalmente para a HAS, pois no momento de sua ocorrência, o corpo sofre uma série de alterações fisiológicas, como o aumento da produção de adrenalina, constrição dos vasos sanguíneos, levando o coração a bater mais rápido e favorecendo o aumento da HAS (LIPP, 1996).

Conforme informado pelos idosos participantes desta investigação, 11,1% fazem três refeições por dia (café, almoço e jantar), 44,5% referiram quatro refeições diárias, 22,5% cinco refeições ao dia e 22% indicaram seis refeições diárias (FIGURA 22).

Figura 22 - Refeições diárias referidas pelos sujeitos do estudo.
Cajueiro I– MA, 2014

Os dados referentes aos alimentos consumidos no café da manhã, de acordo com as informações dos sujeitos, revelam que predominam nessa refeição os alimentos do grupo dos carboidratos como pães, bolachas, farinha de mandioca e farinha de milho, que são utilizados no preparo do cuscuz, alimento bastante consumido nessa região. Vale ressaltar que essas pessoas trabalham na roça no período da manhã e saem de casa muito cedo, por volta das quatro horas da manhã, retornando para casa em torno das 10 horas. O trabalho na lavoura é, geralmente, muito intenso e a caminhada até a roça é longa. Em razão da atividade física intensa nesse horário, os entrevistados relataram consumir durante o café da manhã, uma

refeição substanciada que garanta a eles ficar por um longo tempo sem ingerir alimentos, até uma nova refeição.

Nos lanches ou ceia, aparece com muita frequência a utilização de biscoitos e mingaus, elaborados com amido ou aveia. Novamente a refeição é caracterizada pela predominância de carboidratos.

Nas refeições principais, como almoço e jantar, há predominância na utilização do arroz, em todos os dias, alimento também do grupo dos carboidratos, além de peixe, que é comum na dieta. A carne de boi e o frango são raramente utilizados. A utilização maciça do peixe (proteína animal) é justificada pela alta disponibilidade e preferência da população.

Em relação ao consumo de frutas e verduras, os entrevistados afirmaram que sua utilização depende do próprio plantio e períodos de colheita, pois não há comércios que disponibilizem esses alimentos na região e sua compra depende do acesso na cidade de Alcântara. Observou-se ausência de hábito de hortas e pomar caseiros.

Os entrevistados afirmaram consumir uma dieta com poucos alimentos ricos em gordura e o preparo dos alimentos é feito a partir da utilização do azeite de coco babaçu, um óleo vegetal, produzido na própria comunidade. O azeite do coco babaçu possui propriedades fitoterápicas relacionadas ao tratamento de células leucêmicas, além de atividade antioxidante, anti-inflamatória e imunomoduladora, sem efeitos colaterais decorrentes de sua utilização (GOMES et al., 2012).

Essa população afirmou ainda consumir alimentos com pouco sal, sem acrescentar sal após o cozimento dos alimentos e durante as refeições, alegando uma alimentação pobre em sódio de forma geral. O consumo de alimentos doces também não foi reportado pelos sujeitos e os indivíduos declararam que quando o fazem isso acontece em pequenas quantidades.

É importante destacar que a avaliação dietética é extremamente complexa. Estudo realizado por Espeland et al. (2001) revelou que subestima-se quantidades e qualidade dos alimentos ingeridos, especialmente quanto à ingestão de sal. Segundo Barros et al. (2005), a quantidade de sal recomendado para indivíduos adultos é de 6 gramas diárias mas o consumo médio dos brasileiros é de 12 gramas por dia. Há uma política de incentivo da indústria alimentícia, apoiada pela OMS, para redução dos níveis de sódio em alimentos industrializados.

No grupo estudado, todos os indivíduos relataram realizar alguma atividade de lazer e entre as atividades mais praticadas estão rodas de conversas com os amigos, assistir televisão e ouvir música; 78% da população estudada afirmaram realizar atividades de lazer de quatro a

sete vezes por semana, 14% de duas a três vezes por semana e 8% referiram atividades de lazer uma vez ao mês.

Segundo Melo (2003) as práticas de lazer favorecem o desenvolvimento da personalidade, integração voluntária, manutenção e perpetuação da cultura e contribuem para a promoção da saúde, pois possibilitam atitudes anti-estressantes, que desaceleram as funções cognitivas.

Freitas, Silva e Galvão (2009) estudaram a relação entre lazer e saúde em comunidade quilombola de Santarém – PA, com a intenção de resgatar a cultura local para manutenção de tradições e valores historicamente estabelecidos, mas também para aumento da autoestima dos habitantes.

Não há em Cajueiro I muitas oportunidades para realização de atividades de lazer, nem há espaços e atividades programadas com este objetivo. Para a população jovem, opções de lazer são representadas por práticas desportivas realizadas ao ar livre, como por exemplo, futebol organizado e praticado pelos indivíduos jovens da comunidade. Entretanto, não há atividade direcionada à população idosa da comunidade limitando-se a reuniões informais realizadas no final da tarde, nas portas das casas onde se reúnem para conversar.

Tibúrcio e Valente (2007) estudaram população quilombola, identificando que problemas como falta de saneamento, analfabetismo, alcoolismo, tabagismo, má alimentação e inatividade física são enfrentados por essa população, o que foi em parte, identificado também nesta pesquisa realizada com a comunidade de Cajueiro I – MA.

5.2.5 Fatores Relacionados à Organização dos Serviços de Saúde

Um dos principais problemas vivenciados pelas CNRQ's é a falta de infraestrutura e investimentos públicos por parte do Estado. Entre esses serviços estão os voltados para a área de saúde, o que acaba por gerar um isolamento físico e social dessa população, perpetuando distorções acerca do conhecimento sobre a saúde e disponibilidade dos serviços assistência à saúde, e conseqüentemente promoção da saúde e prevenção de doenças.

A realidade já destacada no item correspondente aos equipamentos sociais revela que em Cajueiro I não há nenhum posto de saúde, hospital ou qualquer outra instituição que assegure o acesso a serviços médicos aos moradores da comunidade. Essa população

informou, também, não ser atendida por nenhuma equipe de saúde sob qualquer estrutura disponível no modelo atual de atendimento à população, previsto no SUS, na comunidade.

Apesar dessa constatação, a população do estudo foi questionada quanto a alguns aspectos da disponibilidade e acesso aos serviços de saúde e a utilização de medicamentos, tendo sido encontrados resultados apresentados a seguir.

Quanto à utilização dos serviços de saúde, 70,4% da população de Cajueiro I afirmaram utilizar algum tipo de serviço dessa natureza e 29,6% afirmaram não utilizar esses serviços. Entre aqueles que afirmaram utilizar esses serviços, 84,2% declararam utilizar serviço público e 15,8% disseram utilizar rede particular de atendimento à saúde. Dos que afirmaram utilizar serviço público, 43,75% citaram hospitais, 50% postos de saúde e 6,25% Unidades de Pronto Atendimento (UPA) das cidades de Alcântara ou São Luís.

Foram investigados, também, os motivos que levam a população do estudo a procurar atendimento à saúde, tendo sido reveladas situações relacionadas aos principais agravos levantados quando estudados os fatores de risco relacionados à biologia humana nessa população. Sabe-se que uma das principais doenças prevalentes na população estudada foi a HAS e, conseqüentemente, este foi o agravo à saúde mais citado (44,4%) como motivo para a população procurar por serviços de saúde, seguido de outros agravos como cardiopatias, DM, dores musculares e articulares, entre outras.

Foi perguntado também sobre a frequência com que procuravam os serviços de saúde; 70,4% dos indivíduos afirmaram procurar os serviços apenas em caso de urgência, 11,1% quando necessitavam de tratamento médico e 18,5% referiram procurar de forma preventiva.

Quanto ao acesso a medicamentos, foi perguntado se eles faziam tratamento ou acompanhamento médico para alguma doença específica e 81,5% declararam seguir algum tratamento médico e 18,5% afirmaram que não faziam nenhum tratamento.

Entre os que referiram estar em tratamento de alguma doença ou agravo, foi perguntado para qual doença eles faziam tratamento e mais uma vez a HAS apareceu entre a maioria das respostas, com ocorrência de 77,2%, seguido de gastrite com 13,63% e artrose ou dores articulares com 9,09%, entre outras. Deve-se lembrar de que esta pergunta dava margem a múltiplas respostas, não totalizando 100%.

Sobre o local em que faziam o tratamento, 54,55% dos sujeitos responderam que se deslocavam para a capital do estado, São Luís, para ter acesso ao serviço médico e 45,45% relataram fazer o tratamento no próprio município de Alcântara.

Quando perguntado se faziam uso regular de algum medicamento, 85,2% responderam fazer uso de algum medicamento e 14,8% referiram não fazer uso de nenhum medicamento.

Quanto ao tipo de medicamento utilizado e finalidade, 51,6% afirmaram saber o nome e a aplicação do medicamento. Desses, 66,4% afirmaram utilizar medicamento para HAS, 16,6% referiram medicamentos para a DM, 8,3% para dores na coluna e igual valor para medicamento para depressão. Entre os que utilizavam medicamento para HAS, 62,5% referiram utilizar captopril, 25% referiram uso de propranolol e 12,5% referiram uso de valsartana. Entre os que afirmaram utilizar medicamento para DM, todos referiram glibenclamida e metformina associadas. Um sujeito disse utilizar diclofenato para dor na coluna e um outro declarou utilizar amitriptilina para depressão. Os outros 47,3% afirmaram não saber o nome do medicamento que estavam utilizando e nem mesmo a sua indicação.

Quando questionados se possuíam prescrição médica para os medicamentos citados, 100% dos entrevistados responderam positivamente. Desses sujeitos, 72,72% afirmaram que esses medicamentos eram adquiridos por compra pessoal e 27,28% referiram adquirir os medicamentos no posto de saúde do município, de forma gratuita.

Quando perguntado sobre o uso de ervas medicinal para tratamento de doenças, 74,08% afirmaram usar algum tipo de erva e 25,92% afirmaram não utilizar esse recurso.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2006), são previstas no SUS ações que visam garantir o direito à saúde dessa população. Apesar da garantia dos direitos, na esfera da organização de políticas públicas, a realidade das CNRQ's ainda está muito distante do ideal proposto no SUS.

Após a análise logística univariada, as variáveis estado civil, instrução e HAS, que apresentaram $p < 0,20$ foram incluídas no modelo de regressão logística multivariada. De acordo com as estatísticas obtidas nos ajustes logísticos multivariados, investigando os fatores de risco à saúde, a HAS dos entrevistados apresentou-se como o principal fator de risco à saúde nessa comunidade, levando ao resultado de que os idosos da presente comunidade quilombola com piores níveis de saúde possuem 9,5 vezes mais chances de apresentar HAS.

Esses achados corroboram estudos da literatura científica que apontam que fatores associados aumentam a possibilidade de risco cardiovascular e elevação da PA, como em estudo sobre HAS, realizado por Silva (2010), cujos resultados mostraram que indivíduos negros apresentam risco duas vezes maior de prevalência para HAS. De fato, a HAS tem sido registrada com frequência em estudos com populações negras (JUCIAN, et al. 2012; LESSA, et al. 2006; LAGUARDIA, 2005) e a grande problemática está em oferecer assistência integral à saúde dessas comunidades, devendo haver políticas de incentivo que facilitem o acesso a serviços de saúde de qualidade, para atendimento das necessidades de populações vulneráveis, como as comunidades negras remanescentes de quilombos, foco deste estudo.

Conclusões

6 CONCLUSÕES

Pelos resultados obtidos com esta pesquisa, baseada no referencial teórico do modelo de Campo da Saúde proposto por Lalonde (1974), pode-se concluir sobre os quatro fatores de risco trazidos por esse autor, o que segue abaixo, quanto às condições de saúde da população idosa incluída neste estudo (27 sujeitos que representaram 84,4% do total de idosos residentes na comunidade de Cajueiro I).

Quanto às Características de toda a comunidade de Cajueiro I

- ✓ A população de Cajueiro I, em 2014, é constituída por 225 moradores, com predomínio de 59,1% de indivíduos entre 15 e 59 anos, considerada como população economicamente ativa, com 52,5% do sexo masculino e 47,5% do sexo feminino;
- ✓ Das 80 casas existentes na comunidade, 82,5% estavam habitadas e 17,5% desocupadas;
- ✓ Entre as famílias, 46,9% são constituídas com filhos que coabitam a mesma moradia; a Densidade Domiciliar encontrada foi de 3,4 pessoas por família;
- ✓ A população consome água captada de poço artesiano, e sem qualquer tipo de tratamento na captação, nem no domicílio;
- ✓ Todas as residências da comunidade possuem energia elétrica;
- ✓ Os meios de transporte público disponíveis são inadequados e insuficientes para atender às necessidades da população;
- ✓ Os equipamentos sociais existentes e em funcionamento na comunidade de Cajueiro I estão relacionados ao lazer;
- ✓ O Índice de Envelhecimento encontrado na população de Cajueiro I pode ser considerado elevado (53,33), comparando-se com o Índice nacional de 33,9 encontrado por Alves e Corrêa (2009), para o ano de 2005, e IE de 16,6 na região Norte (IBGE, 2005).

Quanto aos Fatores Relacionados à Biologia Humana da População do Estudo

- ✓ Os dados referentes à população do estudo correspondem a 27 sujeitos (84,4% do total de idosos da comunidade), com idade entre 60 e 90 anos, com maior concentração (70,3%) na faixa etária compreendida entre 60 e 67 anos, e predomínio do sexo masculino (55,6%);
- ✓ A presença, de pelo menos uma doença foi referida por 96,3% dos entrevistados, e entre esses 40% afirmaram possuir três ou mais doenças; e, apenas 3,7% referiram não possuir nenhuma patologia;
- ✓ Foi referida HAS por 70,4% da população do estudo seguido por 55,6% de referências a doenças reumáticas;
- ✓ Diarreia apareceu como a terceira causa de doenças autorreferidas pelos entrevistados, com 40,7% de respostas; catarata e glaucoma em quarto lugar, com 18,5%;
- ✓ Quanto à condição de saúde autorreferida pelos sujeitos, 62,9% referiram ter uma saúde “regular ou ruim” e 37% consideraram sua saúde como “boa ou muito boa”;
- ✓ A ocorrência de doenças em familiares, referida para HAS, apareceu em 18,5% dos pais dos entrevistados, 25,9% das mães e 25,9% dos irmãos; valores semelhantes a estudo sobre prevalência de DM e HAS no Brasil em 2006 (SCHIMIDT, 2009);
- ✓ Entre as causas de morte referida dos irmãos dos sujeitos desta investigação, a violência apareceu em 14,3% das respostas;
- ✓ As principais causas de morte referida das mães dos entrevistados foram câncer (18%), problemas cardíacos (14,8%) e AVC (11,1%).

Em relação a esse fator de risco, constatou-se elevados índices de DCNT, com destaque para HAS e doenças reumáticas entre as doenças autorreferidas pelos sujeitos, que também apresentaram alto percentual de respostas (62,9%) sobre a própria concepção de sua saúde, considerada por essa mesma população como “regular” ou “ruim”, entre as quatro opções, que incluíam também as opções “boa” e “muito boa”.

Destacam-se também os elevados percentuais de resposta de desconhecimento das causas de morbimortalidade dos familiares dos entrevistados, seja por problemas de comunicação ou mesmo por razões referentes à menor cobertura de atuação na área da saúde, nas regiões Norte e Nordeste do país.

Quanto aos Fatores Relacionados ao Ambiente Social e Físico da População do Estudo

- ✓ Entre os idosos incluídos nesta pesquisa, 92,6% referiram baixo nível de escolaridade, informando não possuírem nenhuma formação escolar; 75% das mulheres disseram ser analfabetas, o que denota uma inadequada situação desse indicador;
- ✓ Trabalho na lavoura foi informado por 92,6% dos entrevistados; 81,5% deles referiram possuir renda entre um e três salários mínimos;
- ✓ Dos sujeitos, 81,18% são aposentados e, entre esses, 81,48% possuem a aposentadoria como principal fonte de renda familiar;
- ✓ Em relação ao consumo de água em domicílio, 44,4% da população do estudo referiram consumo de água encanada, porém, sem nenhum tratamento; 33,3% dos sujeitos referiram disposição de resíduos sólidos a céu aberto e 77,8% referiram queimar o lixo produzido.

Quanto ao fator de risco relacionado ao ambiente social, destaca-se o alto grau de inadequação do indicador de grau de escolaridade dos sujeitos que, embora idosos e dependentes de benefício de aposentadoria, ainda desenvolvem atividades na lavoura (92,6% dos sujeitos).

No que se refere ao ambiente físico, ficou evidente a presença de fatores de risco por inadequada atenção do poder público municipal com a coleta, tratamento e monitoramento da água consumida e com a coleta e tratamento de resíduos sólidos urbanos e de esgoto, existentes na comunidade deste estudo.

Quanto aos Fatores Relacionados ao Estilo de Vida da População do Estudo

- ✓ Foi referida por 88,9% dos indivíduos deste estudo, a inexistência de prática de atividades físicas específicas;
- ✓ Porém, todos os entrevistados referiram praticar atividades laborais de elevado nível de intensidade, como trabalho em lavoura, quebrar coco, cortar lenha, caminhar, cuidar de animais e realizar trabalhos domésticos;

- ✓ Foi declarado consumo ocasional de bebida alcoólica por 37% dos entrevistados, e tabagismo por 7,4% dos idosos; não houve nenhum relato de uso de drogas ilícitas;
- ✓ Todos os entrevistados relataram hábitos alimentares com pelo menos três refeições diárias, com predomínio de alimentos ricos em carboidratos nas refeições, destacando-se baixa ingestão de frutas, legumes e verduras, e também de sal, açúcar e gorduras;
- ✓ O percentual de estresse referido pela população do estudo foi de 51,9%, com 92,86% das situações estressantes associadas a relações familiares.

Pelas doenças autorreferidas, fortemente ligadas a fatores relacionados ao estilo de vida, como atividade física específica, alimentação balanceada, descanso, recreação e lazer, conclui-se que há necessidade de se estabelecer um programa de orientação e estímulo, com profissionais capacitados, incluindo, entre outros temas, a implantação de horta e pomar comunitários, bem como práticas organizadas para atividades físicas supervisionadas.

Quanto aos Fatores Relacionados à Organização dos Serviços de Saúde do Local do Estudo

- ✓ A população estudada mencionou ausência de serviços de saúde na comunidade;
- ✓ Os entrevistados relataram buscar atendimento à saúde na cidade de Alcântara ou em São Luís - MA; 84,2% dos indivíduos declararam buscar por atendimento em serviço público; e 44,4% referiram HAS como o principal motivo de procura por serviços de atendimento dos serviços de saúde;
- ✓ Entre os sujeitos, 70,4% informaram procurar os serviços de saúde apenas em casos de urgência;
- ✓ Dos entrevistados, 81,5% afirmaram fazer algum tratamento médico; esse mesmo percentual foi encontrado quando perguntado sobre o uso de algum medicamento e também 81,5% afirmar fazer uso de alguma medicação.

Os resultados revelaram que a comunidade de Cajueiro I possui importantes necessidades de saúde, principalmente com relação a serviços que prestem assistência local à saúde, que seja de fácil acesso, com acolhimento e resolutividade imediata, sem exigir, para isso, deslocamentos para locais distantes, como ocorre atualmente.

Concluindo, as condições de saúde identificadas na população quilombola, incluída nesta pesquisa, revelam necessidades de saúde e de atenção voltadas para a promoção da saúde e empoderamento da comunidade, no que se refere tanto a práticas de assistência à saúde, ambientais e de educação, quanto a ações do poder público municipal e estadual, baseado nas políticas públicas das áreas de saúde, meio ambiente, educação, e segurança, que possam auxiliar a população, principalmente a idosa, a alcançar uma melhor condição de saúde e, conseqüentemente, de vida.

Considerações Finais e Proposições

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSIÇÕES

Neste estudo buscou-se realizar um diagnóstico das condições de saúde da CNRQ Cajueiro I, descrevendo fatores de risco considerados determinantes das condições de saúde dessa população.

Foram identificados agravos às condições de saúde da população do estudo, relevando a ausência do poder público municipal nas ações básicas de assistência a essa população em todas as áreas e serviços aos quais esses indivíduos possuem direitos constituídos. Tais responsabilidades são, em grande parte, do âmbito da prefeitura do município de Alcântara – MA, à qual a comunidade de Cajueiro I está vinculada.

Constatou-se neste estudo, a presença de DCNT na grande maioria dos idosos incluídos na pesquisa, havendo elevada ocorrência de HAS e doenças reumáticas referidas, patologias essas que em situação de co-morbidade podem levar facilmente à incapacidades e, conseqüentemente, a uma vida menos saudável e ativa, se não houver um monitoramento e controle de fácil acesso à população.

As necessidades de saúde identificadas requerem que os poderes públicos, municipal e estadual, incluam no planejamento urbano recursos físicos, materiais e humanos, incluindo instalações e equipamentos sociais adequados e eficientes, com profissionais capacitados para prestarem pelo menos assistência básica à saúde, educação, segurança, recreação e lazer para a comunidade de Cajueiro I.

Além desses fatores, os sujeitos do estudo também carecem de um ambiente saudável, do ponto de vista de saneamento, necessitando de ações imediatas para introduzir ações efetivas para terem acesso à água de qualidade e cuidado com os resíduos e esgotos sanitários, de modo adequado, atendendo às legislações nacionais específicas.

É preciso também investir em equipamentos sociais que cumpram seu papel na sociedade, oferecendo, esporte, lazer, atendimento social e segurança aos cidadãos de Cajueiro I.

As comunidades quilombolas do município de Alcântara que foram remanejadas, assim como o próprio município de Alcântara, sempre foram atendidas pela FAB, por meio do CLA, com verbas do governo Federal (BRAGA, 2011).

As condições de saúde observadas na comunidade de Cajueiro I requerem ações emergenciais que busquem romper com as desigualdades sociais impostas historicamente a essa população. Nesse sentido, este estudo torna-se de importante significado, pois pode

auxiliar na elaboração e implementação de políticas e ações que venham favorecer a diminuição das iniquidades e promover a saúde da população.

Considerando que a comunidade onde foi realizado este estudo carece de atenção à saúde, de saneamento do ambiente, educação, transporte e lazer, é preciso que as políticas públicas brasileiras alcancem comunidades vulneráveis, como a CNRQ de Cajueiro I, no Maranhão, lançando um olhar para uma efetiva mobilização e ação em prol de melhorias para as condições de saúde da população residente, especialmente para os idosos, pelas carências e necessidades reveladas nesta investigação.

Além disso, é preciso, também, que o Governo Federal cumpra com o compromisso firmado há décadas, ainda não realizado, de conferir definitivamente aos quilombolas remanejados o direito legal à propriedade das terras para as quais sofreram remanejamento.

As políticas públicas devem buscar atingir a equidade por meio da garantia de atendimento aos direitos básicos. Assim, a melhoria das condições de saúde da população requer ações emergenciais que busquem romper com essas desigualdades impostas à população quilombola historicamente marginalizada e alijada do processo de desenvolvimento social.

A Política Nacional da Saúde da População Negra já garante alguns direitos, porém sua implementação em Cajueiro I, assim como em outras comunidades quilombolas, ainda está no nível da pretensão.

Neste sentido, são necessárias ações concretas para intervir diretamente nos fatores de risco identificados neste estudo, para a melhoria das condições de saúde da população, incluindo ações de promoção da saúde com o propósito de garantir equidade e efetivação dos direitos à saúde e ao desenvolvimento humano.

Referências

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Secretaria Municipal de Saúde de Alcântara. **Plano Municipal de Saúde de Alcântara/MA** 2005-2008. 2005.

ALMEIDA, A. W. B. de. **Os quilombolas e a base de lançamento de foguetes de Alcântara**: Laudo antropológico/Alfredo Wagner Berno de Almeida. Brasília: MMA, 2006.

ALVES, D.; TIMMIS, C. **Social exclusion and the two-tiered healthcare system of Brazil**. 2001.

AMARAL, L. A. do, et. al. Água de consumo humano como fator de risco à saúde em propriedades rurais / Drinking water in rural farms as a risk factor to human health. **Revista Saúde Pública**, v.37, n.4, p.510-514, ago. 2003.

ANDRADE, M. V.; LISBOA, M. de B. **A economia da saúde no Brasil**. In: Microeconomia e Sociedade no Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2001.

ALVES, J. E. D; CORREA, S. **Igualdade e desigualdade de gênero no Brasil**: um panorama preliminar, 15 anos depois do Cairo. In: ABEP, Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo, ABEP/UNFPA, Campinas, 2009.

ANDRADE, M. V.; LISBOA, M. de B. **A economia da saúde no Brasil**. In: Microeconomia e Sociedade no Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2001.

ARAÚJO, M. **Breve memória das comunidades de Alcântara**. São Luís, SIOGE, 1990.

ARANTES R. C., et. al. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. **Revista APS**, v. 11, n. 2, p. 189-198, 2008.

BADZIAK, R. P. F.; MOURA, V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. Santa Catarina: Florianópolis, **Revista Saúde Pública**, v. 3, n. 1, 2010.

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. A cor da morte: causas de óbito segundo as características de roça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Revista Saúde Pública**, v. 38, n.5, p. 630-635, 2004.

BARRETO, N.D.M., et al. Prevalência da hipertensão arterial nos indivíduos de raça negra. **Arquivos Brasileiros de Medicina**. v. 67, n. 6, p. 449-51, 1993.

BERGAMASCHI, R. B.; LORENA, R. B. **Mapeamento dos equipamentos comunitários de Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV)**. Anais XV Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto - SBSR, Curitiba, PR, Brasil, 30 de abril a 05 de maio de 2011, INPE p.4768.

BERNARDO, L. H. **Condições de saúde autorreferidas da população masculina**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2013.

BEZERRA, V. M., et al. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n 9, p.1889-1902, 2013.

BERTOLINI, V. A.; CARNEIRO, F. F. **Considerações sobre o Planejamento Espacial e a Organização da Moradia dos Assentamentos de Reforma Agrária no DF e Entorno**. **Libertas, Juiz de Fora**, n. ed. especial, p. 203–227, 2007.

BRAGA, Y. M. R. de O. **Território étnico: conflitos territoriais em Alcântara, Maranhão**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Planejamento urbano e regional do Instituto de Pesquisa e desenvolvimento da Universidade do Vale do Paraíba, 2011.

BRAGA, C.; LAUTERT, L. Caracterização sócio demográfica dos idosos de uma comunidade de Porto Alegre, Brasil. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS) v.25, n.1, p.44-55, 2004.

BRASIL. Constituição Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. **Manual de Saneamento**. 3. ed. rev, 2004a. p. 408.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. SEPPIR. **Programa Brasil Quilombola**. 2004b.

BRASIL. **SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica –MS**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de apoio à descentralização. Pactos de gestão: garantindo saúde para todos**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. Ministério da Cultura. **Fundação Cultural Palmares: Relatório de gestão 2010**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.914, de 12 de dezembro de 2011**. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2914_12_12_2011.html> Acesso em: 12 set, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal Saúde. Tétano neonatal**. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=27694> Acesso em: 08 out, 2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional**. 2010. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/>> Acesso em: 10 set, 2014.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2003.

BUSS, P. M., et al. **Promoção da saúde e a saúde pública**. ENSP/FIOCRUZ; (documento mimeografado), Rio de Janeiro, julho de 1998.

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

CAMARANO, A.M.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro. In: Camarano, A. M., organizador. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro (RJ): IPEA, p. 25-73. 2004.

CAPRA, F. **A Teia da Vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. 12ª. ed. São Paulo: Cultrix, 2010.

CARDOSO, A. The conquest of Maranhão and Atlantic disputes in the geopolitics of the Iberian Union (1596-1626). *Revista Brasileira de História*. São Paulo. v. 31, n. 61, p. 317-38, 2011.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CAIRNCROSS, S.; FEACHEM, R. **Environmental health engineering in the tropics**: an introductory text. New York: John Wiley & Sons, 2005.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Makron Books, 2002.

CHAMBOULEYRON, R. Escravos do Atlântico equatorial: tráfico negreiro para o Estado do Maranhão e Pará (século XVII e início do século XVIII). **Revista Brasileira de História**. São Paulo. v. 26, n. 52, p. 79-114, 2006.

COLMAN, B. Guia para um proyecto o protocolo de investigacion. **Revista Escuela de Salud Pública**, v. 7, n. 1 e 2, p. 35-57, 1996.

COLVARA, J. G.; LIMA, A. S. de; SILVA, W. P. da. **Avaliação da contaminação de água subterrânea em poços artesianos no sul do Rio Grande do Sul**. Braz. J. Food Technol, II SSA, janeiro 2009.

CRUZ, I. C. F. da; LIMA, R. de. Etnia negra: um estudo sobre a hipertensão arterial essencial (HAE) e os fatores de risco cardiovasculares. **Revista Enfermagem da UERJ**, v. 7, n1, p. 35-44, 1999.

CRUZ, I. C. F. Escravismo, racismo e exclusão são fatores de risco da hipertensão arterial em negros? **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 31, n.2, p.23-6. 2003.

DLIS. Desenvolvimento Local, Integrado e Sustentável. **Diagnóstico Participativo do Município de Alcântara**. In: FÓRUM DLIS. Alcântara: Projeto AEB/MCT/PNUD, 2003.

CLOSS, V. E.; SCHWANKE C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.443-458, 2012.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health**. Stockholm: Institute of Future Studies, 1991.

DANTAS, R. A. S. **Reabilitação de pacientes após a cirurgia de revascularização do Modelo de “Campo de saúde”**. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

DEVER, G. E. A. **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. São Paulo, Ed. Pioneira, p. 01-24, 1988.

DIAS, O. V.; RAMOS, L. H.; COSTA, S. de M. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva da satisfação dos usuários. **Revista Pró-UniverSUS**, Vassouras, v.1, n.1, p.11-26, 2010.

DONABEDIAN, A. **Basic approaches to assessment**: structure, process and outcome. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring (A. Donabedian), v.1, p. 77-125, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. 1980.

EARLY, J. D.; PETERS, J. F. **The Population Dynamics of the Mucajaí Yanomama**. San Diego: Academic Press. 1990.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde? In: ZANCAN, L., et al. (Org.). **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local**: a experiência em Manguinhos – RJ. Rio de Janeiro: Abrasco; Fiocruz, 2002.

FERREIRA, F., et al. Desigualdade social e os estudos epidemiológicos: uma reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 9, p. 2523-2531, 2012.

FERRAZ, S. T. **Promoção da saúde**: viagem entre dois paradigmas. Rio de Janeiro n.2, v.1, p.49-60, MAR./ABR. 1998.

FRIAS JÚNIOR, C. A. da S. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ. 1999.

FRIAS, O. A. **Enfermeira comunitária**. Barcelona: Ed Masson, 2000.

FREITAS, D. B. de, SILVA, J. M.; GALVÃO, E. F. C. A relação do lazer com a saúde nas comunidades quilombolas de Santarém. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 30, n. 2, p. 89-105, jan. 2009.

FONSECA, A. N. F., SOUZA, A. S. de. **Investigação quali-quantitativa de condições sanitárias no bairro Nova Campo Grande, Cariacica-ES**. Monografia (graduação) – Instituto Federal do Espírito Santo, Coordenadoria de Saneamento Ambiental, Curso Superior de Tecnologia em Saneamento Ambiental, 2012.

GASPAR, L. **Quilombolas**. Pesquisa Escolar Online, Fundação Joaquim Nabuco, Recife. Disponível em: <http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar/> 27 set. 2012.

GEHLEN, I.; RAMOS, I. C. A. **Estudo quanti-qualitativo da população quilombola do município de Porto Alegre/R.** UFRGS –fasc. Estudos quanti-qualitativos. Relatório final. Porto Alegre: Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5ª. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, C.; BECKER, Jr. B.; POL, D. Atividade física, a corporeidade e as ciências do esporte: uma trama epistemológica transdisciplinar. In: BECKER Jr., B; GONÇALVES, José dos Santos. **Fronteiras em ciências da atividade física e do esporte.** Porto Alegre: Nova Prova, p. 126-128. 2006.

GOMES, P. C., et al. **Cartilhas boas práticas:** Babaçu. Piracicaba, SP: Imaflora, ISA e ACF, 2012.

GIATTI L. L., et al. Exposição à água contaminada: percepções e práticas em um bairro de Manaus, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.8, n.5, p.337–43, 2010.

GUERRERO, A. F. H., et al. Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do Município de Santarém¹ - Pará, Brasil. **Saúde e sociedade**, v.16, n.2, 2007.

HORTALE, V. A.; CONILL, E. M.; PEDROZA, M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização dos serviços de saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 15, n. 1, p.79-88, 1999.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. de S.; FRANCO, F. M. de. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva. 2001. p. 2566.

HOEYMANS, N., et al. **Non-response bias in a study of cardiovascular diseases, functional status and self-rated health among elderly men.** Age and Ageing. v.2, n.27, p.5-40, 1998.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**, Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>> Acesso em 08 out 2014.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.** Veras R. Fórum. 2012. http://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm. acesso em: 15 de outubro de 2014.

ISHIZAKI, T; KAI, I; IMANAKA, Y. **Self-rated health and social role as predictors for 6-year total mortality among a non-disabled older Japanese population.** Arch Gerontol Geriatr. n. 42, p.91–99. 2006.

IOZZI, R., et al. **Morbidade Referida: 1ª Pesquisa sobre Condições de Saúde e Vida de Idosos da Cidade do Rio de Janeiro**, 2006. ABEP 2008

IPEA. Políticas Sociais: **Acompanhamento e Análise**, nº 13. Brasília IPEA. 2007.

JACCOUD, L.; OSÓRIO, R., SOARES, S. **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição**. Mário Theodoro (org.). Brasília: IPEA, 2008.

JUCIAN, S. de N. et al. Risco cardiovascular em mulheres negras portadoras de hipertensão arterial em uma comunidade de São Luís – MA. **Saúde Coletiva**, v.9, n.56, 2012.

JUDITH, R. A.; FERRANTI, D. de . **Universal health coverage: the third global health transition?** The Lancet, v. 380, Issue 9845, p. 861 - 862, 8 September 2012.

KANNEL, W. B., et al. **Factors of risk in the development of coronary heart disease – six year follow-up experience: the Framingham study**. Ann. Intern. Med., v. 55, n.1, p. 33-50, 1961.

KUHN, T. S. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. 3a ed., São Paulo: Perspectiva, 1990.

LAGUARDIA, J. Raça, genética e hipertensão: nova genética ou velha eugenia? **História Ciência Saúde**. v.12, n.2, 2005.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7ª. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LALONDE, M. **A New Perspective on the Health of Canadians: a working document**. Ottawa: Government of Canada, 1974. (ISBN 0-662-50019-9).

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10, 35-46, 2005.

LANDMAN, C. S., et al. Desigualdade de renda e situação de saúde - o caso do Rio de Janeiro. **Caderno Saúde Pública**. v. 15, p. 15-28, 1999.

LAUREL, L A. C. **A saúde-doença como processo social**. In ED Nunes (org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. Ed. Global, São Paulo. 1983.

LEAVEL, H., CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo, Megraw-Hill, 1976, 744p.

LEBRÃO, M. L. LAURENTI, R. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – **O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**/(Org) Maria Lúcia Lebrão, Yeda A. de Oliveira Duarte. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

LEITE-CAVALCANTI, C., et al. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Revista salud pública, Bogotá**, v. 11, n. 6, p. 865-877, 2009.

LESSA, I., et al. Hipertensão Arterial na população adulta de Salvador – BA. **Arq. Bras. Card.** v.87, n.6, 2006.

LIMA E COSTA, F. M. F., et al. **Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas.** Informe epidemiológico do SUS, v.9, n.1, p. 23-41, 2000.

LIPP, M. E. N. **Pesquisas sobre stress no Brasil – Saúde, ocupações e grupos de risco.** Campinas: Papirus, 1996.

LOPES. F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, 1595-1601, 2005.

LYYRA, T. M., et al. **Self-rated health and mortality:** Could clinical and performance-based measures of health and functioning explain the association? *Arch Gerontol Geriatr*, v. 42, n.2, 277–288, 2006.

MAIA, J. A. R.; LOPES, V. P. **Crescimento, desenvolvimento e saúde:** três anos de estudo com crianças e jovens Açorianos. Ed. Faculdades de Desporto da Universidade do Porto, 2006.

MACHADO, M. de F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T. I.. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.335-342, 2007.

MARTINS, A. M. E. de B. L., et al. **Levantamentos epidemiológicos brasileiros das condições de saúde bucal Montes Claros.** v.7, n.1, 2005.

MARTINI, L.A., et al. Prevalência de diagnóstico auto-referido de osteoporose, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.5, 107-116. 2009.

MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M.de C. M.. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.6, p.1415-1421, 2007.

MELO, V. A. de. **Lazer e minorias sociais**. São Paulo: s.ed., 2003.

MIGUEL, J. M. El sistema sanitario. In: **Sociología de la Medicina** Org: J. M. Miguel, Barcelona: Vicens, p. 139-177. 1978.

MINAYO, M. C. S. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS, G.W.S., et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 93-122. 2006.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12^a ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MILI, F.; HELMICK, C.G.; ZACK, M. M. **prevalence of arthritis**: analysis of data from the us Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1996-99. *J Rheumatol*; 29 (9): p.1981-1988, 2002.

MONDINI, J.; SILVA J. C. da; LÚCIO, L. C. **Análise microbiológica da água do poço artesiano do distrito de São José, PR**. VII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar CESUMAR – Centro Universitário de Maringá Editora CESUMAR Maringá – Paraná – Brasil, 2011.

MONTEIRO, M.C.S. Diversidade Social e necessidades de saúde In: **Currículo habilitação profissional técnico em enfermagem Unidade III – Vigilância em Saúde – SP , SMS – ET/SUS**, 2004.

MURAHOVSKI, J. Tétano dos recém-nascidos: revisitado. **Revista Paulista de Pediatria**, vol.26, no.4, 2008.

MURTEIRA, B. J. F., et al. **Introdução à Estatística**. Escolar Editora. 2010.

NASCIMENTO C.M. et al. Estado nutricional e condições de saúde da população idosa brasileira: revisão da literatura. **Revista Medicina Minas Gerais**, v.21, n.2.2011.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida**: conceitos e Sugestões para um Estilo de Vida Ativo. 2.ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NEVES, T. P. N.; GUILAM, M. C. R. Diminuindo riscos, promovendo vida saudável: o conceito de risco na promoção da saúde. **Salusvita**, Bauru, v. 27, n. 3, p. 283-299, 2007.

OLIVEIRA, F. A., et al. Doenças infecciosas como causas de morte em idosos autopsiados. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 37, p. 33-6, 2004.

O'DWYER, E. C. Os quilombos e a prática profissional dos antropólogos. In **Quilombos: identidade étnica e territorialidade**. Rio de Janeiro:FGV.2002.

OSORIO, R.G. **Desigualdade racial e mobilidade social no Brasil**: um balanço das teorias. In: THEODORO, M. (Org). As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição. Brasília: Ipea, 2008.

PAIM, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e Ação. In Barata RB (org.). **Condições de Vida e Situação de Saúde. Saúde e Movimento** 4. Abrasco, Rio de Janeiro. 1997.

PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Perfil sócio demográfico e condições de saúde autorreferidas de idosos de Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública**, v.41 n.5 São Paulo oct.2007.

PASQUALOTTO, A.C., et al. **Candidaemia and cancer**: patients are not all the same. BMC Infect. Dis. n. 6, p.50, 2006.

PALLONI, A.; PELÁEZ, M. **SABE**: Survey on Health and Well-Being of Elders: preliminar report. Washington D. C.; Organización Panamericana de la Salud, 2002.

PAGLIARO, H.; MENDAÑA, L. G. S.; RODRIGUES, D. et al. Comportamento Demográfico dos índios Waurá no final do século XX. **Anais da XXIV General Population Conference**, IUSSP, Salvador, p. 1583-1594. 2001.

PEREIRA, I. M. T. B.; PENTEADO, R. Z.; MARCELO, V. C. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **O mundo da saúde**. ano 24, v.24, n.1, p.39-44, 2000.

PERES, M. A. C. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. **Revista Sociedade e Estado**. v. 26 n.3 set-dez. 2011.

PINTO, E. A.; SOUZAS, R. Etnicidade e saúde da população negra no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n.5, p. 1144-1145, 2002.

PIOLA, S. F.; VIANNA S. M. **Saúde no Brasil**: algumas questões sobre o sistema único de saúde (sus) cepal: comissão econômica para a américa latina e o caribe, 2009.

PRÜSS, A., et al. Estimating the Burden of Disease from Water, Sanitation, and hygiene at a Global Level. **Environmental Health Perspectives** v. 110, n 5, May 2002.

PRUSS-USTUM, A. **Preventing disease through health environments towards an estimate on the environmental burden of disease**. Geneva: World Health Organization, 2006.

PRUSS-USTUN, A.; BONJOUR, S.; CORVANLAN, C. The impact of the environment on health by country: a meta-synthesis. **Environmental health**. v. 7, n. 7, 2008.

PRUSS-USTUN, A., et al. Unsafe Water, Sanitation and Hygiene. In: **Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors**, edited by M. Ezzati, et al. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2004.

QUANDT S. A, G. C. N., et al. **Ethnic disparities in health-related quality of life among older rural adults with diabetes**. *Ethn Dis*; v.17n.3, p. 471-476, 2007.

RAMOS, L.R., et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.27, p.87-94, 1993.

RAY, B. **Fundamental food microbiology**. Boca Raton: CRC Press, 1996. 516p.

REZA, G. C. **O cotidiano do hipertenso na perspectiva do modelo do campo de saúde de Lalonde**. Tese apresentada ao programa de pós-graduação em Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção título de Doutor em Ciências. 2007.

REIS, J. J.; GOMES, F. S. **Liberdade por um Fio: História dos Quilombos no Brasil**, São Paulo, Companhia das Letras. 2000.

RIBEIRO, M. C. M. Nova portaria de potabilidade da água: busca de consenso para viabilizar a melhoria da qualidade de água potável distribuída no Brasil. **Revista DAE** n.189. 2012.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. 3ª. ed. São Paulo: Hucitec; UNESP, 2006.

ROTHMAN, N. K.; GREENLAND, S.; LASH, T. **Epidemiologia moderna**. 3a ed. Ed Artmed, 2011.

ROEMER, M. **National health systems as market intervention**. *Journal of Public Health Policy*, p. 62-77. 1989.

ROCHA, S. V. Condição de saúde autorreferida e autonomia funcional entre idosos do nordeste do Brasil. **Revista APS, Juiz de Fora**, v. 13, n. 2, p. 170-174, 2010.

- RODRIGUES, A. L. S., et al. Determinantes da autopercepção da saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Revista Panam Salud Publica**, v.17n.5, p. 333-41. 2005.
- ROSEIRO, M. N. V.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Novos indicadores no processo saúde-doença. **Saúde Santa Maria**, v. 33, n 1, p. 37-42, 2007.
- SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1998.
- SANTANA, D. R., et al. Associação quilombola “vó rita” em trindade - go: fatores relacionados à saúde e hipertensão arterial. **Artigo apresentado no III Seminário de Pesquisas e TCC da FUG**. 2012.
- SANTOS, J. A. F. Classe Social e Desigualdade de Saúde no Brasil. **RBCS**, v. 26 n° 75 fev, 2011.
- SENGER, A. E. V., et al. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.14, n. 4, p.713-719, 2011.
- SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**. v. 5, n. 538, p. 538-42, 1997.
- SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice, *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, v.7, n.12, p.91-112, 2003.
- SIMPSON, K.; FREEMAN, R. Critical Health Promotion and Education - a new research challenge. *Health Education Research. Theory and Practice*, v. 19, n.3, p. 340-348, 2004.
- SILVA, C. S. O., et al. Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros. Minas Gerais, Brasil. **Escola Anna Nery**, v.14, n. 4, Rio de Janeiro, 2010.
- SILVA, J. A. N. da. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saúde Sociologia**, v. 16, n. 2, São Paulo, 2007.
- SILVA, S. R da, et al. O cuidado domiciliar com a água de consumo humano e suas implicações na saúde: percepções de moradores em Vitória (ES). **Engenharia Sanitária Ambiente**, v.14,n.4, Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, M. E. D. da C. **Representações sociais da hipertensão Arterial elaboradas por portadores e profissionais de saúde: uma contribuição para a enfermagem**. 2010. Dissertação do Programa de Pós-Graduação Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, 2010.

SIMÃO, M. **Hipertensão arterial e fatores de risco associados: estudo entre universitários da cidade de Lubango – Angola**. 2005. Tese (Doutorado em enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**. Porto Alegre: L & PM Editores, 2007.

SHOTYK, W.; KRACHLER, M.; CHEN, B. Contamination of Canadian and European bottled waters with antimony from PET containers. **Journal of Environmental Monitoring, London**, v. 8, p. 288-292, 2006.

SOUSA, A. I.; SILVER, L. D. Perfil sócio demográfico e estado de saúde auto-referido entre idosos de uma localidade de baixa renda. Esc Anna Nery **Revista de Enfermagem**, v.12 n.4, p 706-16. 2008.

SOUSA, A.I. **A satisfação da população com os serviços locais de saúde - Município de Itacarambi (MG)**. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ; 1996.

SOBREIRA, F. M. M; SARMENTO, W. E.; OLIVEIRA, A. M. B.de. Perfil Epidemiológico e Sócio Demográfico de idosos Frequentadores de Grupo de Convivência e Satisfação Quanto à participação no Mesmo. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15 n. 4, p. 429-438, 2011.

TAKAYANAGUI, A. M. M. Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. In: Philippi Jr., Arlindo et al. **Saneamento, saúde e ambiente: fundamentos para um desenvolvimento sustentável**. São Paulo: Manole, 2005. p. 323-374.

TERRIS, M. **Conceptos sobre promoción de la salud: dualidades en la teoria de la salud pública**. Opas/OMS, 1992.

TIBÚRCIO, B. A.; VALENTE, A. L E. F. O comércio justo e solidário é alternativa para segmentos populacionais empobrecidos? Estudo de caso em Território Kalunga (GO). **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Brasília, v. 45, n. 2, p. 497-519, 2007.

THEME-FILHA M.M.; SZWARCOWALD, C.L.; SOUZA-JUNIOR, P.R. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, **Caderno de Saúde Pública**, v. 21 (Supl), p.43-53, 2003.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. **Métodos de pesquisa em atividade física**. Trad. Denise Regina de Sales, Márcia dos Santos Dorneles. Porto Alegre: Artmed, 396 p, 2007..

TRAVASSOS, C., et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: Gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Pública**. v. 11, p. 365-373, 2002.

TREVISOL, D. J. **Qualidade de vida e hipertensão arterial sistêmica: estudo de base populacional na cidade de Porto Alegre (RS)**. 2010. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2010.

VALERIA, K.; NORONHA, M. de S.; ANDRADE, M. V. Desigualdades Sociais em Saúde: Evidências Empíricas Sobre o Caso Brasileiro. **Revista Econômica do Nordeste, Fortaleza**, v. 32, n. Especial p. 877-897, nov. 2001.

VERNASQUE, J. R. S. **Determinantes sociais da saúde: os olhares dos profissionais da atenção básica do município de Marília-SP**. 2010. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2010.

VIACAVA, F., et al. Gênero e utilização de serviços de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, **Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz**, 2001.

VIRTUOSO, M., et al. Perfil de morbidade referida e padrão de acesso a serviços de saúde por idosos praticantes de atividade física. **Ciência e Saúde Coletiva**, Florianópolis, v.17, n.1, p. 23-31, 2012.

VUKOVIC, D, B. V.; BJEGOVIC, V.; VUKOVIC, G. Prevalence of chronic diseases according to socioeconomic status measured by wealth index: health survey in Serbia. **Croat Med J**; v.49, n.6, p.832-841, 2008.

ZIONI, F.; WESTPHAL, M. F. O Enfoque dos Determinantes Sociais de Saúde sob o Ponto de Vista da Teoria Social. **Revista brasileira de educação médica**. São Paulo, v.16, n.3, p.26-34, 2007.

WHO. **Relatório das missões oficiais da OMS à China**, realizadas em 1973 -1975.

WHO. **World Health Organization, About Global Alcohol Database** [on line], 2002. Disponível em: <<http://www3.who.int/whosis/alcohol/alcoholaboutus.cfm?path=whosis,alcohol,alcoholabout&language=english>>. Acesso em: out 2012.

WHO. Carta de Ottawa. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Ministério da Saúde/IEC, Brasília. p. 11-18 . 1986.

Anexos

ANEXOS

ANEXO 1

ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALCÂNTARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro que a aluna de Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP, **JUCILÉA NERES FERREIRA**, desenvolverá o Projeto de Pesquisa intitulado “**Condições de saúde em comunidade negra remanescente de quilombo em Alcântara-MA**”, e está autorizada a realizar a pesquisa na Comunidade Quilombola Cajueiro I, no município de Alcântara-MA.

Alcântara-MA, 21 de Fevereiro de 2013.

DR. AIRTON MARTINS VIÉGAS
Secretário municipal de saúde

Rua Direita nº 91, Centro - Alcântara - MA CNPJ: 06.000.244/0001-50
CEP: 65.250-000 Fone: (98) 3337-1196

ANEXO 2

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14040-952 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0818
www.eerp.usp.br - eerp@eerp.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 031/2014

Ribeirão Preto, 26 de Fevereiro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 175ª Reunião Ordinária, realizada em 26 de fevereiro de 2014.

Protocolo CAAE: 14354113.8.0000.5393

Projeto: Condições de saúde de uma população negra remanescente de quilombo em Alcântara - MA.

Pesquisadores: Ângela Maria Magosso Takayanagui
Juciléa Neres Ferreira

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Angellita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Ângela Maria Magosso Takayanagui
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE 1

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS ESPECIALISTAS

Prezado(a) Senhor(a)

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da pesquisa “Condições de saúde de uma população negra remanescente de quilombo em Alcântara - MA”, a ser realizada na Comunidade Cajueiro I, na cidade de Alcântara, Maranhão. Esse estudo é orientado pela Profa. Angela Maria Magosso Takayanagui e desenvolvido pela aluna de Doutorado do Programa Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP, Juciléa Neres Ferreira.

Nessa etapa da pesquisa, necessitamos da participação de especialistas atuantes na área de saúde para realizar análise de um roteiro proposto para entrevistas com os sujeitos a serem incluídos na investigação, quanto ao conteúdo, construção das questões, semântica, clareza e aparência, com o propósito de avaliar a relevância e pertinência dos temas abordados e facilidades e dificuldades para a coleta de dados.

Solicitamos sua valiosa colaboração no sentido de proceder à leitura desse roteiro e dar sugestões, caso houver, para as questões que o compõem, de forma a torná-lo de mais fácil compreensão, clareza e abrangência, em relação ao tema do estudo. Trata-se de um roteiro para entrevista a ser realizada com moradores da Comunidade de Cajueiro I, do município de Alcântara, que constitui a população desta pesquisa, devendo ser preenchido pelo próprio pesquisador no momento da entrevista.

Contamos com sua colaboração para opinar a respeito desse roteiro, que será utilizado para levantar o perfil de saúde da comunidade, levando em consideração fatores ambientais (ambiente físico e social), biológicos, estilo de vida e organização dos serviços de saúde da comunidade.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP, que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisas e, atendendo às recomendações do referido Comitê de Ética e a Resolução nº 466/12, do CNS, solicitamos sua anuência para participação nessa pesquisa.

Eu, _____, na qualidade de especialista e participante voluntário (a), concordo em participar da pesquisa “Condições de saúde de uma população negra remanescente de quilombo em Alcântara - MA”, coordenada pela Profa. Angela Maria Magosso Takayanagui e desenvolvida pela aluna de Doutorado do Programa Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP, Juciléa Neres Ferreira.

Declaro, ainda, ter sido informado (a) sobre os objetivos desta pesquisa e que os procedimentos realizados serão utilizados exclusivamente com a finalidade de desenvolver

um estudo para divulgação dos resultados no meio acadêmico, sem identificação dos sujeitos participantes. Além disso, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP que tem por finalidade proteger eticamente os participantes de pesquisas.

Minha participação se dará na forma de colaboração voluntária, sob a forma de entrevista, com duração aproximada de 20 minutos, sem prejuízo das minhas atividades de trabalho, avaliando a pertinência, clareza e abrangência das perguntas.

Estou informado (a) e esclarecido (a) de que:

- 1) Minha identidade será mantida em sigilo e minha privacidade preservada.
- 2) Minha participação ou não-participação não acarretará ônus financeiro para minha pessoa e, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação nesta pesquisa, haverá ressarcimento na forma de depósito em minha conta corrente. Da mesma forma, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a Resolução do CNS 466/12. Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo fazer contato com o CEP da EERP localizado à Av. dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto SP, Brasil. CEP: 14040-902. Fone (16) 3602-3386. E-mail: cep@eerp.usp.br.
- 3) Minha participação é voluntária, não gratificada, e possíveis desconfortos para expressar minha opinião como especialista serão minimizados perante características como o anonimato durante a realização da pesquisa.
- 4) Posso também ter como possível desconfortos, o tempo a ser utilizado para essa participação.
- 5) Mesmo após o início, posso recusar-me a realizar a atividade solicitada, retirando minha autorização para participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo a minha pessoa.
- 6) Recebi informação sobre os objetivos desta pesquisa e tenho o direito de receber respostas, em qualquer momento sobre dúvidas relacionadas à mesma.
- 7) Recebi uma via original assinada deste termo e tive a possibilidade de poder ler antes de assiná-lo. Estando ciente e de acordo, firmo o presente.

_____, _____ de _____ de 2014.

Participante

Profª Angela Maria Magosso Takayanagui
Orientadora

Juciléa Neres Ferreira
Doutoranda

Atenciosamente

Profª Angela M M Takayanagui
Orientadora do projeto - EERP/USP
ammtakay@errp.usp.br
Fone: (16) 3602-3950

Juciléa Neres Ferreira
Aluna - EERP/USP
jucinfsl@hotmail.com
Fone: (98) 3272-8170

APÊNDICE 2

CONDIÇÕES DE SAÚDE DE UMA POPULAÇÃO NEGRA REMANESCENTE DE QUILOMBO EM ALCÂNTARA – MA

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Data: __/__/__ Horário de Início _____ Entrevista n° _____
End: _____

I. IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome: _____
Data de Nascimento: _____ Idade _____ Sexo: Masc () Fem ()
Estado civil: () solteiro () casado () viúvo () separado () união estável

Grau de instrução e ocupação

(0) Analfabeto/nunca frequentou a escola

(1) Ensino Fundamental Incompleto

(2) Ensino Fundamental Completo

(3) Ensino Médio Incompleto

(4) Ensino Médio Completo

(6) Ensino Superior Incompleto

(7) Ensino Superior Completo

(8) Não se aplica

(9) Não respondeu

Formação Profissional _____ Ocupação _____
 Tipo de emprego: () público () particular () informal _____
 Há quanto tempo você mora na comunidade de Cajueiro I? _____
 Onde viveu antes de vir morar em Cajueiro I e por quanto tempo? _____
 É praticante de alguma religião (Qual)? _____

II. FATORES DE RISCO E CONDIÇÕES DE SAÚDE

II A. FATORES RELACIONADOS À BIOLOGIA HUMANA

Antecedentes Familiares

Paí vivo ()	Morto ()	Causa da morte:
Mãe viva ()	Morta ()	Causa da morte:
Irmãos vivos ()	Mortos ()	Causa da morte:
Nº Filhos vivos ()	Mortos ()	Causa (s) da morte:

Alguma vez você ou alguém de sua família já teve alguma dessas doenças?

[illegible]

Tumor Maligno													
Hepatite													
Tuberculose													
DST's													
Malária													
Dengue													
Diarreias													
Osteoporose													
Glaucoma/Catarata													
Outras doenças													

Legenda: S= Sim; N= Não; NS= Não Sabe

Como você considera sua saúde?

Muito Boa	Boa	Regular	Ruim

Por que? _____

II B. FATORES RELACIONADOS AO AMBIENTE SOCIAL E FÍSICO

- AMBIENTE SOCIAL

Quantas pessoas moram no domicílio? _____

Quantas pessoas contribuem para a renda familiar? _____

Qual a Renda familiar em salários mínimos?

- (0) menos de 1 salário mínimo; (3) 7 a 11 salários mínimos;
 (1) 1 a 3 salários mínimos; (4) mais de 11 salários mínimos.
 (2) 4 a 6 salários mínimos;

Equipamentos sociais existentes na comunidade

Escola ensino fundamental		Viva Cidadão	
Escola Ensino médio		Repartições públicas	
Bibliotecas		Polícia	
Clubes		Corpo de Bombeiros	
Quadras		Mercados e Feiras	
Campos de várzeas		Praças	
Cartórios		Cemitérios	
Outros: _____			

Meios de transportes existentes na comunidade

	Sim	Não	
Ônibus	()	()	
Carro	()	()	
Moto	()	()	
Bicicleta	()	()	
Carroça	()	()	Outros: _____

- AMBIENTE FÍSICO

Por favor, dê algumas informações sobre sua moradia

• Tipo de construção		• Sistema de esgoto	
Taipa revestida		Fossa	
Taipa não revestida		Céu aberto	
Madeira		Coleta	
Alvenaria		Outros: _____	

Outros/especificar:		• Manejo e destinação do lixo	
• Tipo de cobertura		Coleta pública	
Telha de barro		Queimado	
Telha de amianto		Enterrado	
Palha		A céu aberto	
Outros:		Outros:	
• Tipo de piso		• Abastecimento de água	
Porcelanato		Rede geral	
Madeira		Poço	
Cimento		Nascente	
Outros:		Outros:	
• Nº de cômodos		• Pragas, artrópodes e vetores	
• Energia elétrica		Aranhas	
• Tratamento de água utilizada para consumo no domicílio		Mosquitos	
Filtrada		Moscas	
Fervida		Baratas	
Cloração		Escorpiões	
Sem tratamento		Formigas	
Outros:		Ratos	
		Pombos	
		Outros:	

II C. FATORES RELACIONADOS AO ESTILO DE VIDA

Prática de atividades físicas

Você pratica atividade física? () sim () não

Tipo de atividade	Frequência	Duração	Há quanto tempo?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Quais as atividades de vida diárias você comumente realiza? _____

Uso do cigarro

Atualmente é fumante? () sim () não Com que idade começou a fumar? _____

Tipo de fumo	Há quanto tempo fuma?	Quantidade de cigarros por dia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Você já fumou alguma vez ? () sim () não

Tipo de fumo	Há quanto tempo parou?	Motivo da desistência	Por quanto tempo fumou?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Acha que o fumo afetou sua saúde? () sim () não Por que?

Se não fumante:

Compartilha locais fechados com fumantes em seu dia-a-dia? () sim () não

Há quanto tempo? _____

Consumo de bebida alcoólica e outras drogas

Faz uso de alguma bebida alcoólica atualmente? () sim () não

Tipo de bebida	Idade de início	Quantidade	Frequência
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Foi consumidor de bebida alcoólica anteriormente? () sim () não

Qual o tipo de bebida?	Por quanto tempo fez uso?	Há quanto tempo parou?	Quais os motivos da desistência?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Faz uso de alguma outra droga atualmente? () sim () não

Qual o tipo de droga?	Idade de início	Quantidade	Frequência
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Foi consumidor de drogas anteriormente? () sim () não

Qual o tipo de droga?	Por quanto tempo fez uso?	Há quanto tempo parou?	Quais os motivos da desistência?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Estresse

Alguém já lhe disse que você é estressada, muito preocupada ou nervosa? () Sim () Não

Indique as situações que mais lhe provocam estresse, preocupação ou nervosismo e meios utilizados para relaxar (Se houver)

Situação	Frequência	Meios para relaxar
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Alimentação

Quantas refeições diárias você faz habitualmente? _____

Quais? () café da manhã () lanche () almoço () lanche () jantar () ceia outras ()

Quais os alimentos você consumiu ontem em cada uma das refeições?

Café da manhã	
Lanche	
Almoço	
Lanche	
Jantar	
Ceia	
Outros	

Qual o tipo de gordura que você utiliza para cozinhar? () vegetal () animal

Você costuma acrescentar sal nos alimentos após o cozimento? () Sim () Não

Qual a quantidade e frequência que costuma usar? _____

Você costuma ingerir alimentos doces? () Sim () Não

Qual a quantidade e a frequência: _____

Lazer

Você realiza alguma atividade de lazer? () Sim () Não Quais? _____

Quantas vezes por semana você realiza essa atividade? _____

II D. FATORES RELACIONADOS À ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Utilização dos serviços de saúde

Quando você tem algum problema de doença o que você procura? _____

Você utiliza algum tipo de serviço de saúde? () Sim () Não Qual? _____

Quais os motivos que te levam a procurar os serviços de saúde? _____

Com que frequência?

() Regularmente para prevenir doenças

() Regularmente quando necessita de tratamento médico

() Somente em casos de urgência

() Outros. Especificar _____

Uso de medicamentos

Faz tratamento para algum tipo de doença? () Sim () Não Qual a doença? _____

Qual o tipo de tratamento? _____

Onde faz o tratamento? _____

Você faz uso regular de algum medicamento? () Sim () Não - Quais? _____

Tem receita médica para esse medicamento? () Sim () Não - Quando foi prescrita? ____

Onde você costuma adquirir esses medicamentos?

Faz uso de ervas medicinal? () Sim () Não - Quais? _____

Você gostaria de fazer alguma pergunta ou falar mais alguma coisa? _____

Agradeço sua colaboração, atenção e tempo despendido.

Horário do término _____ Duração da entrevista _____

Entrevistador

APÊNDICE 3

CONDIÇÕES DE SAÚDE DE UMA POPULAÇÃO NEGRA REMANESCENTE DE QUILOMBO EM ALCÂNTARA – MA

CONTROLE DE VISITA AOS DOMICÍLIOS, POR RUAS - CAJUEIRO I, 2014

RUA: _____

VD	No. do Domicílio	DOMICÍLIO			OCUPANTES		IDOSOS + 60a	
		VF	DV	DD	M	F	M	F
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								

VF = Visita Finalizada

DV = Domicílio Visitado (1ª, 2ª. ou 3ª. visita)

DD = Domicílio Desocupado

APÊNDICE 4**CONDIÇÕES DE SAÚDE DE UMA POPULAÇÃO NEGRA REMANESCENTE DE
QUILOMBO EM ALCÂNTARA – MA****PLANILHA PARA REGISTRO DAS FAMÍLIAS DE CAJUEIRO I – MA, 2014**

Endereço _____

Pessoa que atendeu a pesquisadora: _____

Quantas pessoas moram na casa? _____

	Grau de Parentesco	Há quanto tempo mora na comunidade	Idade	Sexo
1*				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

* Iniciando pela pessoa que atendeu a pesquisadora

Data: ____/____/____

APÊNDICE 5**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezado(a) Senhor(a)

Convidamos o (a) senhor (a) para participar do estudo intitulado “Condições de saúde de uma população negra remanescente de quilombo em Alcântara - MA”, a ser realizado na Comunidade de Cajueiro I, na cidade de Alcântara, Maranhão. Trata-se de um trabalho que está sendo desenvolvido pela aluna de Doutorado do Programa Enfermagem em Saúde Pública, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP (EERP/USP), Juciléa Neres Ferreira, e orientado pela Profa. Angela Maria Magosso Takayanagui.

O presente trabalho tem como objetivo levantar as condições de saúde de populações negras remanescente de quilombo, de acordo com os fatores de risco relacionados a fatores ambientais (ambiente físico e social), biológicos, estilo de vida e organização dos serviços de saúde.

Sua participação se dará por meio de uma única entrevista com a pesquisadora, realizada em sua própria residência, com duração aproximada de 30 minutos, e de forma voluntária, respondendo a perguntas sobre o referido estudo, sendo garantido o sigilo de sua identidade.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EERP/USP, que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisas, e, diante de sua concordância, solicitamos sua assinatura no TCLE abaixo:

Eu, _____, após ter sido orientado (a) sobre os objetivos desse estudo que visa levantar as condições de saúde de populações negras remanescente de quilombo, de acordo com os fatores de risco que podem estar presentes no ambiente físico e social, e também relacionados a fatores biológicos, estilo de vida e organização dos serviços de saúde, e também ter recebido informação sobre a forma de participação na pesquisa e leitura deste documento, concordo em participar da pesquisa “Condições de saúde de uma população negra remanescente de quilombo em Alcântara - MA”, na qualidade de participante voluntário, estando ciente de que os procedimentos serão realizados exclusivamente com a finalidade de desenvolver um estudo de pós-graduação com posterior publicação nos meios acadêmicos.

Estou informado e esclarecido que:

1) Minha participação se dará por meio de uma única entrevista com a pesquisadora, respondendo a perguntas sobre condições de saúde e fatores que podem afetá-la, em um tempo médio de 30 minutos.

- 2) A entrevista ocorrerá em horário de conveniência para mim e para a pesquisadora, podendo ter, como possível desconforto, o tempo gasto com a entrevista.
- 3) Minha participação é voluntária e não gratificada.
- 4) Minha participação ou não participação não me acarretará danos pessoais; No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento na forma de depósito em conta corrente. Da mesma forma, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a resolução do CNS 466/12. Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo fazer contato com o CEP da EERP, localizado à Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP, Brasil. CEP: 14040-902. Fone (16) 3602.3386. E-mail: cep@eerp.usp.br.
- 5) Minha identificação será mantida em sigilo e minha privacidade será preservada.
- 6) Posso me recusar a realizar qualquer atividade solicitada, ou retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem danos a minha pessoa.
- 7) Tenho o direito de receber respostas a qualquer pergunta ou dúvida sobre a pesquisa durante sua realização.
- 8) Todas as dúvidas em relação a minha participação nesta pesquisa foram esclarecidas.
- 9) Recebi uma via original assinada deste termo e tive a possibilidade de poder ler antes de assiná-lo.

Estou ciente e de acordo, firmo o presente.

_____, _____ de _____ de 2014.

Participante

Profª Angela Maria Magosso Takayanagui
Orientadora

Juciléa Neres Ferreira
Doutoranda

Atenciosamente

Profª Angela M M Takayanagui
Orientadora do projeto - EERP/USP
ammtakay@errp.usp.br
Fone: (16) 3602-3950

Juciléa Neres Ferreira
Aluna - EERP/USP
jucinfsl@hotmail.com
Fone: (98) 3272-8170