UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Área de Saúde Coletiva

Lívia de Aguiar Valentim

Determinantes sociais em saúde e morbidade auto-relatada em
uma população quilombola às margens do rio Amazonas, no
município de Santarém, Pará

SÃO PAULO

2020

Lívia de Aguiar Valentim

Determinantes sociais em saúde e morbidade auto-relatada em
uma população quilombola às margens do rio Amazonas, no
município de Santarém, Pará

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
doutor em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Olinda do Carmo Luiz

SÃO PAULO

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São
Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Valentim, Livia de Aguiar

Determinantes sociais em saúde e morbidade auto- relatada em uma população quilombola às margens do rio Amazonas, no município de Santarém, Pará / Livia de Aguiar Valentim. -- São Paulo, 2020.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Saúde Coletiva. Orientadora:
Olinda do Carmo Luiz.

Descritores: 1.Grupo com Ancestrais do Continente Africano 2.Determinantes sociais da saúde 3.Grupos de risco 4.População rural 5.Morbidade 6.Inquéritos epidemiológicos

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Nome: Valentim, Livia de Aguiar

Título: Determinantes sociais em saúde e morbidade auto-relatada em uma população quilombola às margens do rio Amazonas, no município de Santarém, Pará.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para qualificação, requisito para obtenção do título de doutor em Ciências.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai a quem tenho verdadeira admiração e carinho, e com quem aprendi a lutar pelos meus sonhos, e não desistir por mais que os obstáculos parecessem intransponíveis, a minha mãe pelos cuidados, carinho e dedicação, a minha filha que é tão compreensiva, entendendo as minhas ausências. Ao meu marido Thiago Quaresma, que esteve do meu lado em todos os momentos, apoiando e dando força para continuar nessa jornada. A prof. Olinda do Carmo Luiz pela dedicação, empenho, paciência, a quem admiro e sou muito grata.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por estar sempre ao meu lado na transposição dos obstáculos, me dando força, discernimento na escolha dos caminhos, paciência para esperar o momento certo, e por colocar no meu caminho pessoas maravilhosas com quem posso contar nos momentos difíceis.

A Profa. Dra. Olinda do Carmo Luiz, pelo auxílio, dedicação e empenho, pelos ensinamentos que serão fundamentais para toda a minha trajetória, não só acadêmica, mas para vida pessoal.

Aos professores Patrícia Coelho de Soarez, Maria Fernanda Tourinho Peres, Maria Rita Bertolozzi, Francisco Oscar de Siqueira França, Luiz Fernando Gouvea e Silva, Ana Claudia Germani, meu agradecimento por todas as críticas e orientações acerca do meu trabalho, o que me oportunizou melhorias na construção da tese, que foram de suma importância para o encaminhamento adequado da tese.

As secretárias da pós-graduação, Lilian e Goretti, por sempre estarem a disposição para nos auxiliar, não medindo esforços para atender as solicitações em curto prazo.

Ao meu pai, a quem chamo de meu preto, por estar ao meu lado em todos os momentos, me estimulando, me dando forças pra prosseguir nessa caminhada, sendo meu porto seguro, um amigo que sabe me ouvir e aconselhar para que eu não me perca no meio do caminho, não tenho palavras pra demonstrar o quanto sou agradecida.

À minha mãe, carinhosa, protetora, que sempre está disposta a me amar, cuidar, mesmo com meu distanciamento em certos momentos, tenho um agradecimento por especial, e amor infinito.

Aos meus irmãos Lincoln e Lilian, que apesar de seguirmos caminhos diferentes, sempre estavam prontos a me apoiar, e me auxiliar no que fosse preciso para realização dos meus sonhos.

À minha filha Victória, por entender minhas ausências, sempre disposta a dar carinho, sendo meu porto seguro, e inspiração para prosseguir nessa caminhada.

Ao meu marido Thiago Quaresma, que ao longo dos últimos anos, não mediu esforços para que eu pudesse realizar os meus sonhos, é um confidente, amigo, a quem devo meu eterno agradecimento.

Minha sogra, Paula Francinete Faria Costa e minhas cunhadas Suellen Aguiar e Tatiane Quaresma, por todo carinho ao longo dos anos, e preocupação, sempre dispostas a me auxiliar nos momentos de dificuldade para que pudesse conquistar os meus sonhos.

“Não existe vento favorável, para quem não sabe o porto aonde quer chegar.”

Sêneca

RESUMO

Valentim LA. *Determinantes sociais em saúde e morbidade auto-relatada em uma população quilombola às margens do rio Amazonas, no município de Santarém, Pará* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2020.

A localização das comunidades quilombolas no estado do Pará torna o acesso difícil aos serviços de saúde situados nos centros urbanos. Como decorrência desse isolamento geográfico, há poucos dados disponíveis acerca de algumas dessas comunidades quilombolas, principalmente no que concerne a situação de saúde e sobre as características sociodemográficas, informações importantes para a elaboração de políticas e o planejamento de ações de saúde, demonstrando a importância de trabalhos que avaliem a situação de saúde dos quilombolas. **Objetivo:** Sintetizar o conhecimento sobre instrumentos para o diagnóstico em saúde de comunidades quilombolas e analisar a situação e a percepção de saúde em de uma comunidade quilombola as margens do rio Amazonas, no município de Santarém, Pará. **Metodologia:** Composta de dois eixos: Eixo 1 revisão sistemática, nas bases de dados SCOPUS, PubMed, LILACS, ISI Web of Science, Scielo e EMBASE, conforme a metodologia PRISMA Foram incluídos todos os estudos publicados, independentemente de sua abordagem metodológica: estudos epidemiológicos, etno-antropológicos dentre outros, e atendam os seguintes critérios: a) diagnóstico situacional em saúde, b) indicadores da situação de saúde; c) validação de instrumentos para diagnóstico situacional em saúde. Eixo 2 - um inquérito de saúde com indivíduos maiores de 18 anos, que residem no território Maria Valentina, localizado à margem direita do rio Amazonas, no município de Santarém-Pará. **Resultados:** Eixo 1. Foram encontrados 7366 artigos, dos quais 19 artigos foram selecionados para leitura integral. Os autores selecionados foram unânimes em destacar as vulnerabilidades vivenciadas por estas populações, demonstrando a necessidade de ações de combate as condições precárias, seja através de atividades educativas, promoção de políticas públicas, avaliação de condições de saúde, realização de estudos epidemiológicos em grande escala, atividades preventivas que minimizem os riscos para desenvolver algum processo patológico, dentre outros. Eixo 2. Para avaliação dos determinantes sociais em saúde e a morbidade auto-relatada dos quilombolas residentes em duas comunidades ribeirinhas do município de Santarém, foram entrevistadas 63 casas (90%), totalizando uma população de 256 pessoas, relatando informações acerca das características sociodemográficas, autoavaliação do estado de saúde, estilo de vida, morbidade referida, saúde da mulher, desempenho do sistema de saúde, análise de bioimpedância e padrão alimentar. **Conclusão:** faz-se necessário a realização de atividades de prevenção e promoção de saúde, abrindo espaço para o diálogo e compreensão dos obstáculos enfrentados pela população, para que crenças, atitudes e práticas individuais que afetem negativamente a qualidade de vida dessa população, possam ser evitadas.

Descritores: Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Determinantes sociais da saúde; Grupos de risco; População rural; Morbidade; Inquéritos epidemiológicos.

.

ABSTRACT

Valentim LA. *Social determinants of health and self-reported morbidity in a quilombola population on the banks of the Amazon River, in the municipality of Santarém, Pará* [tese]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2020.

The location of quilombola communities in the state of Pará makes access to health services located in urban centers difficult. As a result of this geographic isolation, there is little data available about some of these quilombola communities, mainly with regard to the health situation and sociodemographic characteristics, important information for the elaboration of policies and the planning of health actions, demonstrating the importance of works that assess the health status of quilombolas. **Objective:** To synthesize knowledge about instruments for the health diagnosis of quilombola communities and to analyze the situation and the perception of health in a quilombola community on the banks of the Amazon River, in the municipality of Santarém, Pará. **Methodology:** Composed of two axes: Axis 1 systematic review, in the databases SCOPUS, PubMed, LILACS, ISI Web of Science, Scielo and EMBASE, according to the PRISMA methodology All published studies were included, regardless of their methodological approach: epidemiological, ethno-anthropological studies, among others, and meet the following criteria: a) situational health diagnosis, b) health status indicators; c) validation of instruments for situational health diagnosis. Axis 2 - a health survey with individuals over 18 years old, residing in the Maria Valentina territory, located on the right bank of the Amazon River, in the municipality of Santarém-Pará. **Results:** Axis 1. 7366 articles were found, of which 19 articles were selected for full reading. The selected authors were unanimous in highlighting the vulnerabilities experienced by these populations, demonstrating the need for actions to combat precarious conditions, whether through educational activities, promoting public policies, evaluating health conditions, conducting large-scale epidemiological studies, preventive activities that minimize the risks to develop some pathological process, among others. Axis 2. To assess the social determinants of health and the self-reported morbidity of quilombolas living in two riverside communities in the municipality of Santarém, 63 houses (90%) were interviewed, totaling a population of 256 people, reporting information about sociodemographic characteristics, self-assessment of health status, lifestyle, referred morbidity, women's health, health system performance, bioimpedance analysis and dietary pattern. **Conclusion:** it is necessary to carry out prevention and health promotion activities, opening space for dialogue and understanding of the obstacles faced by the population, so that individual beliefs, attitudes and practices that negatively affect the quality of life of this population, can be avoided.

Descriptors: African Continental Ancestry Group; Social determinants of health; Groups of risk; Rural population; Morbidity; Epidemiological surveys.

LISTA DE SIGLAS

AM	Amazonas
BCG	Vacina bacilo Calmette–Guérin
CEP	Comitê de ética em pesquisa
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Comissão Nacional de Saúde
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
CSDH	Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde
DT	Difteria e tétano
GRADE	Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation
HÁ	Hipertensão Arterial
HPV	Papilomavírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de massa corpórea
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organizações sociais
PA	Pressão arterial
PENSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional em Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
ROBINS-I	Risk of Bias In Non randomised Studies of Interventions
SM	Síndrome Metabólica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEPA	Universidade do Estado do Pará
USP	Universidade de São Paulo
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estratégia de busca para MEDLINE via PubMed	39
Tabela 2. Estratégia de busca para EMBASE	41
Tabela 3. Estratégia de busca para LILACS	42
Tabela 4. Estratégia de busca para Web of Science	45
Tabela 5. Estratégia de busca para SCIELO	46
Tabela 6. Estratégia de busca para SCOPUS	46
Tabela 7. Aplicação dos fatores que diminuem ou aumentam a qualidade da evidência no método GRADE.	50
Tabela 8. Características dos estudos sobre diagnóstico em saúde de populações tradicionais, segundo autor, ano, título, Local, plano amostral e variáveis.	53
Tabela 9. Características dos estudos sobre diagnóstico em saúde de quilombolas, segundo desenho do estudo, medidas de desfecho, conclusões dos autores e avaliação da qualidade da evidência pelo método GRADE.	58
Tabela 10. Idade, escolaridade e anos de estudo de residentes em duas comunidades quilombolas ribeirinhas do município de Santarém.	77
Tabela 11. Número de pessoas por domicílio, sexo, cor, estado conjugal de residentes em duas comunidades quilombolas ribeirinhas do município de Santarém.	78
Tabela 12. Religião, status de trabalho e renda familiar mensal de residentes em duas comunidades quilombolas ribeirinhas do município de Santarém	79
Tabela 13. Caracterização das condições de moradia de residentes em duas comunidades quilombolas ribeirinhas do município de Santarém	80
Tabela 14. Equipamentos listados como existentes nas residências localizadas em duas comunidades quilombolas ribeirinhas do município de Santarém	81

Tabela 15. Destino do lixo, fezes e urina nas residências de duas comunidades quilombolas ribeirinhos do município de Santarém	83
Tabela 16. Meios de acesso as duas comunidades quilombolas do município de Santarém.	83
Tabela 17. Infraestrutura das duas comunidades quilombolas do município de Santarém.	85
Tabela 18. Estado geral de saúde de indivíduos que residem em duas comunidades quilombolas do município de Santarém.	86
Tabela 19. A motivação para procura de atendimento em saúde de residentes em duas comunidades quilombolas ribeirinhas do município de Santarém.	88
Tabela 20. atendimentos em saúde relatados pelos quilombolas residentes em duas comunidades do município de Santarém.	89
Tabela 21. Pontos positivos e pontos negativos dos atendimentos em saúde relatados pelos quilombolas residentes em duas comunidades do município de Santarém.	90
Tabela 22. Medicação de uso contínuo relatada pelos quilombolas residentes em duas comunidades do município de Santarém.	90
Tabela 23. Utilização de medicina alternativa por quilombolas residentes em duas comunidades do município de Santarém.	92
Tabela 24. Práticas alternativas para tratamento de problemas de saúde usados pelos quilombolas residentes em duas comunidades do município de Santarém	92
Tabela 25. Questões gerais para avaliação de saúde dos quilombolas residentes em duas comunidades do município de Santarém.	93
Tabela 26. Avaliação de sintomas depressivos em quilombolas residentes em duas comunidades do município de Santarém.	94
Tabela 27. Questionamentos acerca da gravidez e pré-natal de mulheres quilombolas residentes em duas comunidades do município de Santarém.	95

Tabela 28. Quantidade de gestações relatadas de mulheres quilombolas residentes em duas comunidades do município de Santarém.	96
Tabela 29. Histórico pessoal de doenças de quilombolas residentes em duas comunidades do município de Santarém.	97
Tabela 30. Histórico familiar de doenças de quilombolas residentes em duas comunidades do município de Santarém.	98
Tabela 31. Dados referentes a vacinação dos entrevistados em duas comunidades quilombolas do município de Santarém.	100
Tabela 32. Informações acerca da qualidade do sono dos entrevistados em duas comunidades quilombolas do município de Santarém.	101
Tabela 33. Informações acerca do “estado de felicidade” dos entrevistados em duas comunidades quilombolas do município de Santarém.	101
Tabela 34. Informações acerca do padrão de consumo de feijão, café, cerveja, carne vermelha, peixe e verduras pelos entrevistados em duas comunidades quilombolas do município de Santarém	103
Tabela 35. Informações acerca do padrão de consumo de frutas, frango, farinha, arroz, refrigerantes e enlatados pelos entrevistados em duas comunidades quilombolas do município de Santarém.	104
Tabela 36. Informações acerca da prática de atividade física e atividades de lazer dos entrevistados em duas comunidades quilombolas do município de Santarém.	105
Tabela 37. Informações acerca do etilismo em duas comunidades quilombolas do município de Santarém.	106
Tabela 38. Informações acerca do tabagismo em duas comunidades quilombolas do município de Santarém.	107
Tabela 39. Avaliação do índice de massa corporal, percentual de água corporal e percentual de gordura corporal em indivíduos quilombolas de duas comunidades do município de Santarém.	108

Tabela 40. Valores médios $\pm$ Desvios padrão das variáveis obtidas pela bioimpedância de indivíduos quilombolas de duas comunidades do município de Santarém.	110
Tabela 41. Razão de chances (OR) do desfecho autoavaliação em saúde segundo questões de saúde.	112
Tabela 42. Razão de prevalência (RP) do desfecho de morbidade referida (Bronquite) segundo escolaridade e questões de saúde.	113
Tabela 43. Razão de prevalência (RP) do desfecho de morbidade referida (Parasitoses) segundo aos anos de estudo, sintomas inespecíficos e fonte de água para consumo.	114

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Evolução do % de gordura corporal, ao decorrer da idade, em comparação sexo masculino versus sexo feminino	110
Gráfico 2. Evolução do % de massa muscular, ao decorrer da idade, em comparação sexo masculino versus sexo feminino	111

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de determinação social proposto por Dahlgren e Whitehead.....	26
Figura 2. Classificação de determinantes estruturais e intermediários de saúde.....	28
Figura 3. Fluxograma de identificação e seleção dos artigos para revisão sistemática.....	48
Figura 4. Fluxograma de identificação e seleção dos artigos para revisão sistemática.....	52
Figura 5. Localização do território quilombola Maria Valentina.....	69
Figura 6. Estimativas realizadas pelo Plano CDE com base na PNAD 2019 (IBGE).....	121
Figura 7. Caracterização das condições de moradia.....	122
Figura 8. Caracterização das condições de moradia.....	123
Figura 9. Caracterização das condições de moradia.....	123
Figura 10. Banheiro de uma das residências.....	125
Figura 11. Meios de acesso a comunidade.....	127
Figura 12. Meios de acesso a comunidade.....	127
Figura 13. Trânsito no acesso principal a comunidade.....	128
Figura 14. Local de produção da farinha.....	142

Sumário

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).....	3
1. INTRODUÇÃO	23
1.1 Saúde da população quilombola.....	23
2. REFERENCIAL TEÓRICO - DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE	25
3. AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE.....	29
3.1 Inquéritos em saúde.....	31
4. SITUAÇÃO PROBLEMA.....	33
5. OBJETIVOS	36
6. EIXO 1 – DIAGNÓSTICO EM SAÚDE EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	37
6.1 Métodos do Eixo 1 – Revisão sistemática.....	37
6.2 Resultados do Eixo 1 - Revisão Sistemática	52
6.3 Discussão do Eixo 1 - Revisão Sistemática	62
6.4 Considerações finais do Eixo 1 – Revisão Sistemática.....	68
7. EIXO 2 – INQUÉRITO DE SAÚDE	69
7.1 Métodos do Eixo 2 – Inquérito de Saúde.....	69
7.2 Resultados do Eixo 2 – Inquérito de Saúde	77
7.3 Discussão Eixo 2 – Inquérito de saúde	115
7.4 Conclusão	150
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	152
APÊNDICE.....	173
ANEXOS	190

Anexo I.....	190
--------------	-----

APRESENTAÇÃO

Tendo concluído o curso de Bacharelado em Enfermagem, pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) em 2010, senti-me desafiada em continuar minha trajetória acadêmica, cursando uma especialização em gestão Pública pela Universidade Federal do Pará (UFPA) em 2012, e ao nível de Pós-Graduação Stricto Senso realizei o mestrado em Bioengenharia pela Universidade Camilo Castelo Branco (UNICASTELO) finalizado em 2012, e agora o doutoramento em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP).

As experiências obtidas me instigaram ao aprofundamento teórico e intelectual, pois pude vivenciar uma realidade rica em possibilidades, que teve como pano de fundo a Amazônia paraense, um cenário que apesar de grandioso ainda carece de profissionais da área de saúde com uma formação mais aprimorada, para atuar neste contexto que, quase sempre, ainda se revela precário e isolado.

Minha formação acadêmica proporcionou experiências em diversas áreas de atuação para um profissional de enfermagem, onde posso listar o estágio curricular em clínica médica, clínica cirúrgica, unidades de terapia intensivas (adulto e neonatal), clínica obstétrica, pediatria, centro cirúrgico, clínica oncológica, urgência e emergência, tratamento quimioterápico, unidade básica de saúde e estratégias de saúde da família, os quais me possibilitaram significativa experiência ao lidar com as necessidades humanas, sem perder de vista o atendimento humanizado preconizado pelas políticas públicas do município de Santarém.

Estas vivências foram de fundamental importância para despertar-me o interesse em aprofundar meus conhecimentos na área da Epidemiologia, com ênfase no estudo da situação de saúde de populações tradicionais (quilombolas, ribeirinhos e indígenas) para a Integralidade do Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Essa trajetória me fez perceber a necessidade de constantes avanços em minha formação e profissionalização, vislumbrando uma evolução que me

torne uma profissional cada vez mais atuante e sensível aos anseios da população a quem me dedico. Hoje atuo como professora Assistente IV da Universidade do estado do Pará (UEPA).

A tese que ora apresento foi desenvolvida em parceria com a Universidade do Estado do Pará e teve dois eixos: uma revisão sistemática, para construir um instrumento de avaliação para diagnóstico em saúde e um inquérito de saúde no território quilombola Maria Valentina (Comunidade Nova Vista do Ituí e São José do Ituí), as margens do rio Amazonas, no município de Santarém.

Embora tratem do mesmo problema e tenham o mesmo referencial teórico, os dois caminhos percorridos apresentam abordagens metodológicas muito diferentes, desafiando uma apresentação clara, objetiva e que respeite as normas do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da USP. Assim, optei por elaborar a parte introdutória comum aos dois eixos e a partir da metodologia apresento primeiro o trabalho com a revisão sistemática (Eixo 1), contemplando os métodos, os resultados e a discussão. Na sequência apresento as mesmas seções que correspondem ao inquérito e ao diagnóstico de saúde (Eixo 2).

1. INTRODUÇÃO

1.1 Saúde da população quilombola

A saúde, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948 passou a ser entendida como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Organização Mundial da Saúde, 2011). Este conceito apesar de utópico, ainda é amplamente difundido, pelo olhar holístico acerca do indivíduo, pois possibilita uma perspectiva ampliada acerca dos fatores que alteram a condição de saúde. Entretanto, pela dificuldade da manutenção de um “estado” e pela subjetividade em sua avaliação, as instituições de saúde embora entendam a sua importância, não conseguem estabelecer metas para o seu atendimento.

No Brasil, a partir de 1988, com a Constituição Federal, e a luta das organizações sociais, percebe-se alguns avanços na avaliação dos fatores que alteram a condição de saúde, sendo que a saúde passou a ser entendida como direito de todos e que deveria ser provida pelo governo em todas as suas esferas com “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, art.196). No entanto, mesmo com os avanços ao longo do tempo, como a Lei 8080/90 que garante o direito à saúde a todos, a criação da Agência Nacional de Vigilância sanitária, em 1999, o decreto 7508/11, que dispõe sobre a organização do SUS (Ministério da saúde, 2020), entre outros, a proposta de um sistema de saúde que proporcione integralidade, equidade e participação universal, ainda está distante de uma parcela significativa da população do país, particularmente alguns grupos sociais, a exemplo dos quilombolas, que ainda permanecem sem acesso aos serviços de saúde, imersos em um contexto de vulnerabilidades individuais e sociais.

Segundo Weiller (2008) para compreender o acesso aos serviços de saúde é necessário observar os aspectos organizacionais e geográficos, e para entender tal estruturação, precisa-se conhecer a constituição histórica dessa sociedade. Nesse sentido, o racismo, ainda na contemporaneidade, é um fator causal importante para marginalização. Estudos epidemiológicos salientam que os negros possuem menor expectativa de vida, alto índice de mortalidade materna e homicídios (Centeno; Meyer; Andrade, 2018, Oliveira, 2019). De acordo com Oliveira et al. (2018) o fator raça/cor interfere intrinsecamente na questão saúde, não só pelo isolamento geográfico, onde estão localizadas as comunidades quilombolas, mas também pelos aspectos culturais, hábitos, escolaridade, renda, disponibilidade de transporte e serviços, aperfeiçoamento dos profissionais de saúde para as especificidades da população negra, o que favoreceria o escasso acesso aos serviços de saúde.

Nessa perspectiva, medidas foram tomadas, como a Lei 12228/10, que institui o Estatuto da Igualdade Racial, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), o Decreto nº 4887/2003, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, instituída pela Portaria nº 2.866/2011, entre outros.

As medidas em relação a população negra visam a redução das disparidades no acesso aos serviços de saúde, reflexões acerca do racismo institucional, entender e planejar a saúde no contexto das vulnerabilidades, com intuito de melhorar as condições de saúde, desenvolvendo ações mais efetivas. Tais medidas, apesar de incipientes, representam um grande avanço para a saúde coletiva, onde o negro passa a ser percebido como um grupo social imbuído de características próprias, que devem ser valorizadas e entendidas em sua desigualdade, respeitando a premissa constitucional citada por Nery Junior (1999, p. 42): “Dar tratamento isonômico às partes significa tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na exata medida de suas desigualdades”.

No Brasil, segundo dados de Melo e Silva (2015), existem mais de 1 milhão negros vivendo em situações de vulnerabilidade, residindo principalmente em áreas rurais, em comunidades quilombolas, que em alguns casos ainda não tiveram o devido reconhecimento, e por isso as medidas preconizadas nas políticas públicas ainda não são implementadas adequadamente, tanto com relação a infraestrutura, como nos aspectos relacionados a saúde desse indivíduo. No Estado do Pará, apesar de algumas iniciativas com o objetivo de conhecer os principais problemas de saúde desta população, e conhecer seus determinantes sociais em saúde (Silva et al., 2016; Freitas et al., 2018), ainda são escassas as informações acerca da situação de saúde das comunidades quilombolas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO - DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE

Em 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS) deu início a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CSDH), criada com a finalidade de reduzir as desigualdades em saúde e promover a conscientização sobre o impacto desses determinantes no processo saúde doença (Organização Mundial da Saúde, 2011). Em 2006, nesse sentido, foi estabelecido no Brasil um Decreto Presidencial, para criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) com intuito de gerar informações acerca desse assunto e em consequência propor ações mais eficazes para reduzir as iniquidades (CNDSS, 2008).

A CNDSS descreveu como determinantes sociais, todos os fatores que podem influenciar no processo saúde doença, entre eles estão os fatores sociais, políticos, ambientais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais. E tomou por base, o modelo Dahlgren e Whitehead (Figura 1), por ser de fácil entendimento, e por caracterizar os diferentes níveis dos fatores que afetam a saúde do indivíduo (CNDSS, 2008)

Avaliando o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead, tem-se fatores de risco modificáveis (etilismo e tabagismo, alimentação, sedentarismo, condições de vida e de trabalho, aspectos ambientais, sociais, culturais, etc.) e os não modificáveis (sexo, genética, idade, etc.), sendo que para evitar repercussões negativas sobre a qualidade de vida do indivíduo, faz-se necessário uma série de indicadores para avaliar os fatores modificáveis, e em consequência do estabelecimento desses parâmetros, podem ser estabelecidas metas mais eficazes, tanto na prevenção como promoção de saúde (CNDSS,2008).

Figura 1. Modelo de determinação social proposto por Dahlgren e Whitehead.

Fonte: CNDSS, 2008

Nas camadas estabelecidas pelo modelo da Figura 1., o estilo de vida, pode ser percebido como fator de grande influência na saúde do indivíduo, e segundo a OMS, pode ser entendido como o “conjunto de hábitos e costumes

que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização” (WHO, 2004, p.1), mas apesar da ocorrência de agravos associados aos hábitos “não saudáveis”, e das estratégias de educação em saúde, ainda é um entrave quando se pensa em metas para evitar a sua interferência no processo saúde doença.

Na terceira camada da figura 1., no que se refere as condições de vida Paim (1997) aborda que:

cada indivíduo, família, comunidade e grupo populacional, em cada momento de sua existência, tem necessidades e riscos que lhes são característicos, seja por sua idade, pelo sexo e por outros atributos individuais, seja por sua localização geográfica e ecológica, por sua cultura e nível educativo, ou seja por sua inserção econômico-social, que se traduz em um perfil de problemas de saúde/doença peculiares, os quais favorecem e dificultam, em maior ou menor grau, sua realização como indivíduo e como projeto social (Paim, 1997, p.276).

Nesse contexto, o pensar em saúde implica contemplar múltiplos fatores (sociodemográficos, comportamentais, etc), especialmente as condições de vida e trabalho (esforço físico, baixos salários, carga horária de trabalho exaustiva, ambientes insalubres, o medo do desemprego). Esses fatores só tendem a produzir agravos, seja no campo físico e/ou mental. (Elias; Navarro, 2006)

A quarta camada do modelo de Dahlgren e Whitehead retrata as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, e estas são consideradas como determinantes estruturais das iniquidades em saúde, como pode ser percebido na Figura 2., que demandam ações coordenadas, de serviços e políticas, que aliem a preservação do meio ambiente, o desenvolvimento econômico e educação como prioridades, respeitando as individualidades dos grupos sociais, mas com o objetivo de melhorar as condições de saúde e bem-estar social.

De acordo com Whitehead (1992, p.430) “Iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo

consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social”. Essas diferenças são destacadas principalmente, quando realizados estudos com populações mais vulneráveis, como os negros, índios, ribeirinhos, caiçaras, onde Farmer (2005) destaca que muitas doenças são facilmente evitáveis, com as tecnologias e informações disponíveis, mas devido a injustiça estrutural do sistema capitalista, o acesso a esses recursos é restrito, violando direitos básicos, como a manutenção da vida.

Figura 2. Classificação de determinantes estruturais e intermediários de saúde

Fonte: OMS, 2010

Breilh (2010) discute ainda, a iniquidade sob outra ótica, caracterizando-a como uma categoria que:

define as relações e contrastes de poder existentes numa formação social e resulta da acumulação histórica de poder, decorrente do processo no qual uma determinada classe social apropria-se das condições de poder que, em geral, são interdependentes: apropriação e acumulação econômica, política e cultural. Já desigualdade seria a expressão resultante dessa iniquidade, que expressa uma injustiça na repartição de bens e serviços que existem numa sociedade. Em outras

palavras, enquanto a iniquidade é uma categoria explicativa, a desigualdade é uma expressão explícita da iniquidade. (Breilh, 2010, p.105).

Nesse contexto, Farmer; Fawzi e Nevil (2003), destaca os efeitos adversos para a saúde, dessas relações e contrastes de poder, como o aumento de casos de doenças emergentes, baixa expectativa de vida, altas taxas de mortalidade materna e infantil, serviços públicos de saúde funcionando de forma precária, alto custo dos medicamentos. Efeitos esses que poderiam ser revertidos se as políticas públicas existentes fossem aplicadas em sua totalidade.

No Brasil, o estado está cada vez mais se eximindo da responsabilidade social pela saúde da população. Tem se intensificado o desmonte dos serviços públicos, gradativamente sendo repassado as Organizações Sociais (OS), entidades privadas, sem fins lucrativos, que recebem os recursos do governo para gerenciar os serviços (Soares, 2000), mas outras áreas também tem sido afetadas, como a educação, cultura, lazer, segurança, entre outros, com a diminuição de verbas, as privatizações.

3. AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

A morbidade auto relatada é um importante indicador de avaliação das condições de saúde de uma população, e têm sido bastante utilizadas em inquéritos em saúde. Esses dados podem auxiliar gestores no planejamento em saúde, principalmente de grupos especiais, onde o registro de informações ainda é precário.

De acordo com Lebrão et al. (1991) incluir a morbidade auto relatada nas pesquisas significa:

tentar descobrir o componente submerso do processo saúde-doença – “a morbidade percebida” ou “sentida” ou ainda reprimida”, sem acesso aos serviços, vai possibilitar a análise da determinação social deste processo e, por fim, subsidiar o

Então, avaliar qual a percepção do indivíduo acerca da sua saúde, não nos dá apenas uma dimensão do físico, mas também de outros fatores que permeiam a sensação de bem-estar, como os fatores psicológicos, que na atualidade têm sido amplamente discutidos nos estudos epidemiológicos. (Pavão, 2013). Este é um dado importante a ser avaliado, principalmente quando se trata de grupos especiais, como os quilombolas, pois o status social e a inclusão, estão estreitamente relacionadas as implicações psicológicas que podem gerar agravos, a exemplo da depressão (Mahadevan; Gregg; Sedikides, 2019). Mas muito mais relacionados a renda e ao acesso a bens culturais, além da educação e da saúde de qualidade.

Estudos como o de Lima- Costa et al (2007) relatam que dados coletados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), como as doenças crônicas referidas e atendimentos em saúde, estavam relacionados a manifestação da autoavaliação de saúde como ruim ou muito ruim, e estas eram correlacionadas positivamente com a mortalidade. Por isso, é relevante e necessário analisar os determinantes sociais em saúde e sua associação com a morbidade auto relatada, para integrar os pontos de vista do indivíduo ao agir em saúde.

Filha (2007) estabelece alguns parâmetros para aumentar a validade das respostas obtidas em inquéritos, entre eles questões acerca da tosse crônica, dor nas costas, entre outros, para medir a percepção dos sujeitos quanto as condições de saúde e doença, pois percebe-se que quando se questiona acerca dos agravos em saúde, somente há relato das enfermidades mais graves, e informações referentes a outras alterações que afetam o bem-estar e não são citadas, dificultando assim o planejamento para ações preventivas em saúde.

3.1 Inquéritos em saúde

Em vários países do mundo, na busca por ofertar serviços de qualidade e que atenda as demandas locais, surgiu a necessidade de criar ferramentas de apoio à gestão, uma delas, os inquéritos populacionais em saúde. Esse instrumento tem como intuito subsidiar políticas públicas de saúde mais efetivas, planejamento de ações de prevenção e promoção em saúde. (Barros, 2008; Viacava, 2002)

As informações coletadas pelos inquéritos populacionais em saúde podem servir para traçar o perfil de morbidade, avaliar condições socioeconômicas e fatores comportamentais de risco que afetam a saúde individual e coletiva de determinada população, e/ou entender a ocorrência de problemas específicos, como por exemplo, a depressão (Smernoff et al., 2019).

Segundo Malta et al. (2008) os primeiros inquéritos surgiram na década de 1960, e é uma prática comum em diversos países, como descrito a seguir.

Nos países de alta renda, desde a década de 1960, os inquéritos populacionais são instrumentos utilizados para a formulação e avaliação das políticas públicas. Existem vários exemplos internacionais de inquéritos de fatores de risco, morbidade, medidas bioquímicas dentre outros. Na Inglaterra, além dos censos demográficos decenais que incluem informações sobre saúde, existem inquéritos contínuos, sendo os mais importantes, o *General Health Survey* (GHS), que vai a campo desde 1971, e o *Health Survey for England* (HSE), implantado em 1993. Nos Estados Unidos, o *National Health Interview Survey* (NHIS) que coleta informações auto-referidas sobre a ocorrência anual de doenças agudas e acidentes, existência de doenças crônicas e incapacidades, e utilização de serviços de saúde. O *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) coleta dados como exame físico, medidas bioquímicas e fisiológicas. No Canadá, o *National Population Health Survey* (NPHS), tem dados sobre condições de saúde, uso de serviços de saúde, condições de trabalho e hábitos de vida que influenciam as condições de saúde. Entretanto, mesmo existindo múltiplos inquéritos nos países desenvolvidos ainda existem problemas como a articulação dos mesmos (superposição e duplicação de dados, falta de padronização de terminologias e definições das variáveis), comprometendo a comparação de dados de diferentes bases de dados (Malta et al. 2008, p.159-167)

Malta et al. (2008) relatam ainda que organizações internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) tem incentivado a realização de novos inquéritos, por identificarem a existência de várias populações em situações de vulnerabilidade. Essas organizações declaram que somente os dados secundários não são suficientes para embasar o planejamento e implementação de ações em saúde.

No Brasil, apesar da existência de alguns inquéritos em saúde, estes ainda são desenvolvidos de forma pontual e sem uma periodicidade definida, ou são aplicados prioritariamente em áreas urbanas, pela dificuldade de dispor de uma grande soma de recursos para mapeamento de todo território, como Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), entre outros. (Oliveira et al, 2017)

Portanto, pela dificuldade de mapeamento de todo território nacional, percebe-se a escassez de dados acerca de algumas populações residentes em áreas rurais, isoladas geograficamente, por rios, montanhas, entre outros; no tocante aos determinantes sociais em saúde e o processo saúde doença que afetam direta e/ou indiretamente a qualidade de vida da população. Essa é uma realidade presente na Amazônia, não só pela dimensão territorial, mas pelas peculiaridades regionais.

4. SITUAÇÃO PROBLEMA

O Brasil, país de grande extensão territorial e diversidade étnica e cultural, apresenta realidades diferenciadas quanto ao processo saúde doença (Pellon; Vargas, 2010). Este fato deve-se não só a economia, meio ambiente, paradigmas que orientam o modelo de saúde, mas pelo isolamento geográfico de algumas populações.

Os quilombolas são “grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra” (Brasil, 2003, art.2). Estas comunidades, em geral, vivem em situações de vulnerabilidade, e apresentam taxas de morbimortalidade elevadas quando comparadas a outros grupos sociais (Guerrero et al., 2007). Este fato deve-se às condições socioeconômicas, dificuldades de acesso a bens e serviços, discriminação e diferenças biológicas (Freitas et al., 2011).

Estudos apontam que grande parte das comunidades quilombolas no Brasil, não são reconhecidas ainda, “o que dificulta a implementação de políticas públicas e de ações afirmativas de qualquer esfera, sejam elas em saúde, educação ou infraestrutura” (Melo; Silva, 2015, p.3), esse fato aliado a escassez de estudos em áreas mais isoladas, como ocorre na Amazônia, ainda é um entrave para pensar a saúde das populações quilombolas.

Analisando este fato, a escassez de informações de populações quilombolas, algumas estratégias devem ser implementadas para conhecer estas populações, uma delas tem sido o diagnóstico em saúde, recurso utilizado pelos serviços de saúde e pesquisadores para conhecer determinadas populações. Segundo Silva et al (2016), o diagnóstico consiste em um levantamento das condições de saúde, e para tanto avalia-se as condições sociodemográficas, saneamento, transporte, educação, doenças prevalentes, manifestações culturais, modos de se relacionar, que podem influenciar no processo saúde e doença.

Quando se trata de populações quilombolas, outros fatores devem ser avaliados, como as peculiaridades culturais, os saberes e os modos de se relacionar. No entanto, são escassos os estudos que contemplam o diagnóstico situacional em saúde, no que tange as populações quilombolas. Não existe na literatura científica produção que sintetize os instrumentos de avaliação em saúde para melhorar o diagnóstico de saúde dessa população e apoiar o desenvolvimento de políticas de saúde.

Na Amazônia, apesar dos esforços em ampliar e implantar novos serviços, as populações quilombolas ainda tem pouco acesso a assistência básica em saúde, o que dificulta o mapeamento em saúde dessas áreas. Santarém, município localizado na região oeste do Pará, é uma das cidades mais antigas da Amazônia, com aproximadamente 23 mil km² e uma população de 300 mil habitantes. Neste território, existem 10 comunidades quilombolas semi isoladas em diversas localizações, com o total de 5.000 pessoas. Na área da várzea do rio Amazonas localizam-se as comunidades de: Arapemã, Saracura, Nova vista do ituqui, São Jose do Ituqui, São Raimundo do Ituqui. Na região urbana apresentam-se Pérola do Maicá e na área do planalto as comunidades de Bom Jardim, Murumurutuba, Murumuru e Tiningu (Melo, 2013).

Em comunidades quilombolas localizados na região do planalto, só existe uma unidade de saúde, localizada no Tiningú, que atende pelo menos 10 comunidades do entorno, e nas comunidades da várzea não há nenhuma unidade de atendimento à saúde.

Conhecendo esta realidade, surgiu o interesse em avaliar as comunidades quilombolas do município de Santarém, mas devido a distância e dificuldades de acesso, optou-se por avaliar comunidades localizadas no território de Maria Valentina, localizado a margem direita do rio Amazonas, este território compreende três comunidades, Nova Vista do Ituqui, São José do Ituqui e São Raimundo do Ituqui, em processo de titulação, onde residem 104 famílias, com aproximadamente 350 pessoas, mas ao iniciar o estudo foi relatado conflitos

agrários na comunidade de São Raimundo do Ituí, portanto a pesquisa só foi realizada nas outras duas comunidades, sendo entrevistadas 90% das famílias quilombolas que residem em Nova Vista do Ituí e São José do Ituí, representando 63 famílias com aproximadamente 256 pessoas, entre adultos, jovens e crianças, distribuídos em uma área de 10911 hectares, com intuito de responder o seguinte questionamento:

Qual a situação de saúde, dos quilombolas que residem no território Maria Valentina, as margens do rio Amazonas, no município de Santarém?

Qual a percepção de saúde dos quilombolas que residem no território Maria Valentina, as margens do rio Amazonas, no município de Santarém?

5. OBJETIVOS

Geral:

Sintetizar o conhecimento sobre instrumentos para o diagnóstico em saúde de comunidades quilombolas e analisar a situação e a percepção de saúde de uma comunidade quilombola as margens do rio Amazonas, no município de Santarém, Pará.

Específicos:

Identificar, avaliar e sintetizar propostas de instrumentos de diagnósticos em saúde na literatura científica.

Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico de uma população quilombola no município de Santarém.

Identificar a percepção de saúde em uma população quilombola no município de Santarém.

Descrever a situação de saúde em uma população quilombola no município de Santarém.

6. EIXO 1 – DIAGNÓSTICO EM SAÚDE EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

6.1 Métodos do Eixo 1 – Revisão sistemática

O protocolo desta revisão sistemática seguiu as orientações contidas no *the preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) statement* (Moher et al., 2015) e foi registrado no *International prospective register of systematic reviews (PROSPERO)* em 10/09/2018 com o número CRD42018107803, e emenda no dia 01/03/2019. Os resultados desta revisão serão apresentados de acordo com as normas propostas pelo preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (PRISMA). (Moher et al., 2009)

Questão de pesquisa no formato PICOS

PICOS é o acrônimo derivado dos elementos “População”, “Intervenção”, “Comparador”, “Desfecho” (do inglês *Outcome*) e “Tipo de Estudo” (do inglês *Study Design*), que auxiliam na elaboração de uma questão de pesquisa. Por se tratar de uma revisão sistemática metodológica, não serão incluídos todos os elementos do PICOS.

A questão de pesquisa desta revisão e seus componentes (Quadro 1) são:

Quais os instrumentos utilizados para o diagnóstico em saúde de comunidades quilombolas?

Quadro 1. Componentes da questão de pesquisa no formato PICOS

População (P)	Comunidades quilombolas
Desenho de estudo (S)	Diagnóstico situacional de saúde

Critérios de elegibilidade

Tipos de estudos

Foram incluídos todos os estudos publicados, independentemente de sua abordagem metodológica, incluindo estudos epidemiológicos, etno-antropológicos dentre outros, e atenderam os seguintes critérios:

- a) diagnóstico situacional em saúde,
- b) indicadores da situação de saúde;
- c) validação de instrumentos para diagnóstico situacional em saúde,

Tipos de participantes

Foram incluídos estudos envolvendo comunidades quilombolas, onde foi realizado algum diagnóstico de saúde. Foram excluídos estudos envolvendo participantes afrodescendentes, que não residiam em comunidades quilombolas, aqueles em que haja a abordagem específica para um agravo em saúde, e os estudos voltados para fitoterapia.

Composição do time de revisores

O time de revisores que participou desta revisão foi composto por profissionais com experiência em diagnóstico de saúde, inquéritos populacionais, métodos de revisões sistemáticas, métodos de recuperação da informação e métodos quantitativos.

Fontes de dados e estratégia de busca

Foi formulada uma estratégia de busca ampla e exaustiva com o objetivo de identificar todos os estudos relevantes. Uma metodologista com treinamento específico em revisão sistemática participou do planejamento e construção da estratégia de busca. Foram consultadas as bases de dados MEDLINE (via PubMed), EMBASE, LILACS, Scielo, Web of Science e Scopus.

Para a construção da estratégia de busca foi utilizado vocabulário controlado, que corresponde ao descritor de assunto oficialmente registrado em cada base, sempre que possível (por exemplo: MeSH term na PubMed e CENTRAL, e EMTREE na EMBASE). Não foram utilizadas restrições de idiomas nem status e data de publicação. As estratégias de busca iniciais realizadas entre 19 e 21/02/2019 no MEDLINE (Tabela 1), EMBASE (Tabela 2), LILACS (Tabela 3) e Web of Science (Tabela 4) foram adaptadas para as demais bases. Adicionalmente foi realizada busca manual pela leitura da lista de referências dos estudos elegíveis e outros estudos relevantes, além de contato com especialistas na área de diagnóstico de saúde em comunidades quilombolas.

Tabela 1. Estratégia de busca para MEDLINE via PubMed.

Componente da questão de pesquisa	Termos de busca	Resultados
População (P) #1	(quilombos OR quilombo OR quilombolas OR quilombola)	100
População (P) #2	("African Continental Ancestry Group"[Mesh] OR Negroid Race OR Negroid Races OR Race, Negroid OR Races, Negroid OR Blacks OR Negroes OR Negro OR Afro-descendants OR African descent OR african-brazilian communities OR african-brazilian community OR african-brazilian populations OR african brazilian populations OR african-derived brazilian populations OR african derived brazilian populations OR african-derived brazilian communities OR african-derived brazilian community)	96665
População (P)	("Rural Population"[Mesh] OR Population, Rural OR Populations, Rural OR Rural Populations OR Rural Spatial Distribution OR Distribution, Rural Spatial OR Distributions,	113668

#3	Rural Spatial OR Rural Spatial Distributions OR Rural Communities OR Communities, Rural OR Community, Rural OR Rural Community OR Isolated communities)	
#4	#2 AND #3	2441
Desenho de estudo (S) #5	("Health Surveys"[Mesh] OR "Health Status"[Mesh] OR health surveillance OR health inquiry OR epidemiological surveillance OR health survey OR survey, health OR surveys, health OR status, health OR level of health OR health level OR health levels OR "Community-Based Participatory Research"[Mesh] OR community based participatory research OR community-based research OR community based research OR "Public Health Surveillance"[Mesh] OR "Cross-Sectional Studies"[Mesh] OR Cross Sectional Studies OR Cross-Sectional Study OR Disease Frequency Survey OR Cross-Sectional Survey OR Cross Sectional Survey OR Disease Frequency Survey OR Prevalence Studies OR Prevalence Study)	4450566
#6	#4 AND #5	1983
Total	"P" AND "S" #1 OR #6 ((((quilombos OR quilombo OR quilombolas OR quilombola)))) OR (((("Health Surveys"[Mesh] OR "Health Status"[Mesh] OR health surveillance OR health inquiry OR epidemiological surveillance OR health survey OR survey, health OR surveys, health OR status, health OR level of health OR health level OR health levels OR "Community-Based Participatory Research"[Mesh] OR community based participatory research OR community-based research OR community based research OR "Public Health Surveillance"[Mesh] OR "Cross-Sectional Studies"[Mesh] OR Cross Sectional Studies OR Cross-Sectional Study OR Disease Frequency Survey OR Cross-Sectional Survey OR Cross Sectional Survey OR Disease Frequency Survey OR Prevalence Studies OR Prevalence Study)))) AND (((("African Continental Ancestry Group"[Mesh] OR Negroid Race OR Negroid Races OR Race, Negroid OR Races, Negroid OR Blacks OR Negroes OR Negro OR Afro-descendants OR African descent OR african-brazilian communities OR african-brazilian community OR african-brazilian populations OR african brazilian populations OR african-derived brazilian populations OR african derived brazilian populations OR african-derived brazilian communities OR african-derived brazilian community))) AND (("Rural Population"[Mesh] OR Population, Rural OR Populations, Rural OR Rural Populations OR Rural Spatial Distribution OR Distribution, Rural Spatial OR Distributions, Rural Spatial OR Rural Spatial Distributions OR Rural Communities OR Communities, Rural OR Community, Rural OR Rural Community OR Isolated communities))))	2074

Tabela 2. Estratégia de busca para EMBASE.

Componente da questão de pesquisa	Termos de busca	Resultados
População (P) #1	quilombo OR quilombos OR quilombolas OR quilombola	136
População (P) #2	('african'/exp OR african) AND continental AND ancestry AND ('group'/exp OR group) OR 'black person'/exp OR 'black person' OR 'african american'/exp OR 'african american' OR 'african brazilian'/exp OR 'african brazilian' OR 'afro descendants' OR (('african'/exp OR african) AND descent) OR (('african brazilian'/exp OR 'african brazilian') AND communities) OR (('african brazilian'/exp OR 'african brazilian') AND populations) OR ('african derived' AND ('brazilian'/exp OR brazilian) AND communities)	132.434
População (P) #3	('rural'/exp OR rural) AND ('population'/exp OR population) OR 'rural population'/exp OR 'rural population' OR (('rural'/exp OR rural) AND populations) OR 'rural spatial distribution'/exp OR 'rural spatial distribution' OR (('rural'/exp OR rural) AND ('community'/exp OR community)) OR (isolated AND ('population'/exp OR population)) OR (isolated AND ('community'/exp OR community))	189.394
#4	#2 AND #3	2.884
Desenho de estudo (S) #5	'health survey'/exp OR 'health survey' OR 'survey'/exp OR 'survey' OR 'questionnaire'/exp OR 'questionnaire' OR 'health status'/exp OR 'health status' OR (('health'/exp OR health) AND ('surveillance'/exp OR surveillance)) OR (('health'/exp OR health) AND ('inquiry'/exp OR inquiry)) OR 'participatory research'/exp OR 'participatory research' OR (('community'/exp OR community) AND based AND ('research'/exp OR research)) OR 'cross-sectional study'/exp OR 'cross-sectional study' OR (cross AND sectional AND ('survey'/exp OR survey)) OR (('disease'/exp OR disease) AND ('frequency'/exp OR frequency) AND ('study'/exp OR study)) OR (('prevalence'/exp OR prevalence) AND ('study'/exp OR study))	3.372.756
#6	#4 AND #5	1.456
Total #7	"P" AND "S" #1 OR #6 ((quilombo OR quilombos OR quilombolas OR quilombola) AND ('african'/exp OR african) AND continental AND ancestry AND ('group'/exp OR group) OR 'black person'/exp OR 'black person' OR 'african american'/exp OR 'african american' OR 'african brazilian'/exp OR 'african brazilian' OR 'afro	1.513

	<p>descendants' OR (('african'/exp OR african) AND descent) OR (('african brazilian'/exp OR 'african brazilian') AND communities) OR (('african brazilian'/exp OR 'african brazilian') AND populations) OR ('african derived' AND ('brazilian'/exp OR brazilian) AND communities)) AND (('rural'/exp OR rural) AND ('population'/exp OR population) OR 'rural population'/exp OR 'rural population' OR (('rural'/exp OR rural) AND populations) OR 'rural spatial distribution'/exp OR 'rural spatial distribution' OR (('rural'/exp OR rural) AND ('community'/exp OR community)) OR (isolated AND ('population'/exp OR population)) OR (isolated AND ('community'/exp OR community))) AND ('health survey'/exp OR 'health survey' OR 'survey'/exp OR 'survey' OR 'questionnaire'/exp OR 'questionnaire' OR 'health status'/exp OR 'health status' OR (('health'/exp OR health) AND ('surveillance'/exp OR surveillance)) OR (('health'/exp OR health) AND ('inquiry'/exp OR inquiry)) OR 'participatory research'/exp OR 'participatory research' OR (('community'/exp OR community) AND based AND ('research'/exp OR research)) OR 'cross-sectional study'/exp OR 'cross-sectional study' OR (cross AND sectional AND ('survey'/exp OR survey)) OR (('disease'/exp OR disease) AND ('frequency'/exp OR frequency) AND ('study'/exp OR study)) OR (('prevalence'/exp OR prevalence) AND ('study'/exp OR study)))</p>	
--	--	--

Tabela 3. Estratégia de busca para LILACS

Componente da questão de pesquisa	Termos de busca	Resultados
População (P) #1	(tw:(quilombos OR quilombo OR quilombolas OR quilombola))	197
População (P) #2	(tw:(Grupo com Ancestrais do Continente Africano OR African Continental Ancestry Group OR Grupo de Ascendencia Continental Africana OR Afrodescendente OR Afrodescendentes OR Grupo de Ancestralidade no Continente Africano OR Grupo com Ancestrais Africanos Continentais OR Grupo de Ascendência Africana Continental OR Grupo de Ascendência Continental Africana OR Grupos Étnicos da África OR Negros Populações de Ascendência Africana OR População Negra OR Raça Negroide OR Negroid Race OR Negroid Races OR Blacks OR Negroes OR Negro))	683
População (P) #3	(tw:(População Rural OR Rural Population OR Población Rural OR Comunidade Rural OR Comunidades Rurais OR População Agrícola OR Populações Agrícolas OR Populações Rurais OR Rural Population OR Rural	3741

	Communities OR Rural Community OR Isolated communities))	
#4	<p>#2 AND #3</p> <p>(tw:(Grupo com Ancestrais do Continente Africano OR African Continental Ancestry Group OR Grupo de Ascendencia Continental Africana OR Afrodescendente OR Afrodescendentes OR Grupo de Ancestralidade no Continente Africano OR Grupo com Ancestrais Africanos Continentais OR Grupo de Ascendência Africana Continental OR Grupo de Ascendência Continental Africana OR Grupos Étnicos da África OR Negros Populações de Ascendência Africana OR População Negra OR Raça Negroide OR Negroid Race OR Negroid Races OR Blacks OR Negroes OR Negro)) AND (tw:(População Rural OR Rural Population OR Población Rural OR Comunidade Rural OR Comunidades Rurais OR População Agrícola OR Populações Agrícolas OR Populações Rurais OR Rural Population OR Rural Communities OR Rural Community OR Isolated communities))</p>	62
<p>Desenho de estudo (S)</p> <p>#5</p>	<p>(tw:(Inquéritos OR Questionários OR Surveys OR Survey OR Questionnaires OR Encuestas OR Cuestionarios)) OR (tw:(Health Surveys OR Health Status OR health surveillance OR health inquiry OR epidemiological surveillance OR health survey OR level of health OR health level)) OR (tw:(Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade OR Community-Based Participatory Research OR Investigación Participativa Basada en la Comunidad OR community based research)) OR (tw:(Public Health Surveillance OR Estudos Transversais OR Cross-Sectional Studies OR Estudios Transversales OR Cross Sectional Studies OR Cross-Sectional Study OR Disease Frequency Survey OR Cross-Sectional Survey OR Cross Sectional Survey OR Disease Frequency Survey OR Prevalence Studies OR Prevalence Study))</p>	68055
#6	<p>#4 AND #5</p> <p>(tw:((tw:(Grupo com Ancestrais do Continente Africano OR African Continental Ancestry Group OR Grupo de Ascendencia Continental Africana OR Afrodescendente OR Afrodescendentes OR Grupo de Ancestralidade no Continente Africano OR Grupo com Ancestrais Africanos Continentais OR Grupo de Ascendência Africana Continental OR Grupo de Ascendência Continental Africana OR Grupos Étnicos da África OR Negros Populações de Ascendência Africana OR População Negra OR Raça Negroide OR Negroid Race OR Negroid Races OR Blacks OR Negroes OR Negro)) AND (tw:(População Rural OR Rural Population OR Población Rural OR Comunidade Rural OR Comunidades Rurais OR População Agrícola OR Populações Agrícolas OR Populações Rurais OR Rural Population OR Rural Communities OR Rural Community OR Isolated communities)))) AND (tw:((tw:(Inquéritos OR Questionários OR Surveys OR Survey OR Questionnaires OR Encuestas</p>	24

	OR Cuestionarios)) OR (tw:(Health Surveys OR Health Status OR health surveillance OR health inquiry OR epidemiological surveillance OR health survey OR level of health OR health level)) OR (tw:(Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade OR Community-Based Participatory Research OR Investigación Participativa Basada en la Comunidad OR community based research)) OR (tw:(Public Health Surveillance OR Estudos Transversais OR Cross-Sectional Studies OR Estudios Transversales OR Cross Sectional Studies OR Cross-Sectional Study OR Disease Frequency Survey OR Cross-Sectional Survey OR Cross Sectional Survey OR Disease Frequency Survey OR Prevalence Studies OR Prevalence Study))))	
#7	<p>"P" AND "S"</p> <p>#1 OR #6</p> <p>(tw:((tw:(quilombos OR quilombo OR quilombolas OR quilombola)))) OR (tw:((tw:((tw:(Grupo com Ancestrais do Continente Africano OR African Continental Ancestry Group OR Grupo de Ascendencia Continental Africana OR Afrodescendente OR Afrodescendentes OR Grupo de Ancestralidade no Continente Africano OR Grupo com Ancestrais Africanos Continentais OR Grupo de Ascendência Africana Continental OR Grupo de Ascendência Continental Africana OR Grupos Étnicos da África OR Negros Populações de Ascendência Africana OR População Negra OR Raça Negroide OR Negroid Race OR Negroid Races OR Blacks OR Negroes OR Negro)) AND (tw:(População Rural OR Rural Population OR Población Rural OR Comunidade Rural OR Comunidades Rurais OR População Agrícola OR Populações Agrícolas OR Populações Rurais OR Rural Population OR Rural Communities OR Rural Community OR Isolated communities)))) AND (tw:((tw:(Inquéritos OR Questionários OR Surveys OR Survey OR Questionnaires OR Encuestas OR Cuestionarios)) OR (tw:(Health Surveys OR Health Status OR health surveillance OR health inquiry OR epidemiological surveillance OR health survey OR level of health OR health level)) OR (tw:(Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade OR Community-Based Participatory Research OR Investigación Participativa Basada en la Comunidad OR community based research)) OR (tw:(Public Health Surveillance OR Estudos Transversais OR Cross-Sectional Studies OR Estudios Transversales OR Cross Sectional Studies OR Cross-Sectional Study OR Disease Frequency Survey OR Cross-Sectional Survey OR Cross Sectional Survey OR Disease Frequency Survey OR Prevalence Studies OR Prevalence Study))))))</p>	224

Tabela 4. Estratégia de busca (para Web of Science)

Componente da questão de pesquisa	Termos de busca	Resultados
População (P) #1	TS=(quilombos OR quilombo OR quilombolas OR quilombola)	351
População (P) #2	TS=(African Continental Ancestry Group* OR African OR Black person* OR african American* OR african Brazilian* OR afro descendant* OR african Brazilian population* OR african Brazilian communit* OR Negroid Race* OR African derived Brazilian*)	294.213
População (P) #3	TS=(Rural Population* OR Rural Communit* OR Isolated communit* OR Isolated population*)	210.038
#4	#2 AND #3	7.533
Desenho de estudo (S) #5	TS=(Health Survey* OR Health Status* OR Health surveillance OR Health inquir* OR Epidemiologic* surveillance OR Level* of health OR Communit* Based Participat* Research* OR Public Health Surveillance OR Cross Sectional Stud* OR Disease Frequency Survey*)	946.925
#6	#4 AND #5	1.919
Total #7	<p>"P" AND "S"</p> <p>#1 OR #6</p> <p>((quilombos OR quilombo OR quilombolas OR quilombola)or ((African Continental Ancestry Group* OR African OR Black person* OR african American* OR african Brazilian* OR afro descendant* OR african Brazilian population* OR african Brazilian communit* OR Negroid Race* OR African derived Brazilian*)and(Rural Population* OR Rural Communit* OR Isolated communit* OR Isolated population*)and(Health Survey* OR Health Status* OR Health surveillance OR Health inquir* OR Epidemiologic* surveillance OR Level* of health OR Communit* Based Participat* Research* OR Public Health Surveillance OR Cross Sectional Stud* OR Disease Frequency Survey*)))</p>	1714

Tabela 5. Estratégia de busca para SCIELO

Componente da questão de pesquisa	Termos de busca	Resultados
População (P) AND Desenho de estudo (S)	(tw:((tw:(quilombos OR quilombo OR quilombolas OR quilombola)))) OR (tw:((tw:((tw:(Grupo com Ancestrais do Continente Africano OR African Continental Ancestry Group OR Grupo de Ascendencia Continental Africana OR Afrodescendente OR Afrodescendentes OR Grupo de Ancestralidade no Continente Africano OR Grupo com Ancestrais Africanos Continentais OR Grupo de Ascendência Africana Continental OR Grupo de Ascendência Continental Africana OR Grupos Étnicos da África OR Negros Populações de Ascendência Africana OR População Negra OR Raça Negroide OR Negroid Race OR Negroid Races OR Blacks OR Negroes OR Negro)) AND (tw:(População Rural OR Rural Population OR Población Rural OR Comunidade Rural OR Comunidades Rurais OR População Agrícola OR Populações Agrícolas OR Populações Rurais OR Rural Population OR Rural Communities OR Rural Community OR Isolated communities)))) AND (tw:((tw:(Inquéritos OR Questionários OR Surveys OR Survey OR Questionnaires OR Encuestas OR Cuestionarios)) OR (tw:(Health Surveys OR Health Status OR health surveillance OR health inquiry OR epidemiological surveillance OR health survey OR level of health OR health level)) OR (tw:(Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade OR Community-Based Participatory Research OR Investigación Participativa Basada en la Comunidad OR community based research)) OR (tw:(Public Health Surveillance OR Estudos Transversais OR Cross-Sectional Studies OR Estudios Transversales OR Cross Sectional Studies OR Cross-Sectional Study OR Disease Frequency Survey OR Cross-Sectional Survey OR Cross Sectional Survey OR Disease Frequency Survey OR Prevalence Studies OR Prevalence Study))))))	292

Tabela 6. Estratégia de busca para SCOPUS

Componente da questão de pesquisa	Termos de busca	Resultados
População (P) AND	(quilombos OR quilombo OR quilombolas OR quilombola) OR ((african AND continental AND ancestry AND group* OR african OR black AND person* OR african AND american* OR african AND brazilian* OR afro AND descendant* OR african AND brazilian AND population* OR african AND brazilian AND community* OR n	1549

Desenho de estudo (S)	egroid AND race* OR african AND derived AND brazilian*) AND (rural AND population* OR rural AND community* OR isolated AND community* OR isolated AND population*) AND (health AND survey* OR health AND status* OR health AND surveillance OR health AND inquiry* OR epidemiologic* AND surveillance OR level* AND of AND health OR community* AND based AND participatory* AND research* OR public AND health AND surveillance OR cross AND sectional AND study* OR disease AND frequency AND survey*)))	
-----------------------	---	--

Gerenciamento dos estudos

Os artigos identificados foram extraídos como textos das bases de dados e importados pelo Software de Administração de Referências Endnote Web (Thompson Reuters, 2012). Artigos duplicados foram removidos utilizando o Endnote.

Seleção dos estudos

Dois pesquisadores trabalharam de forma independente em todas as etapas do rastreamento e seleção dos artigos. Um dos pesquisadores conhece as questões relacionadas às comunidades quilombolas e a metodologia de revisão sistemática. O outro é conhecedor da metodologia de revisão sistemática e da metodologia dos estudos de diagnóstico em saúde.

Títulos e resumos foram rastreados e os estudos que, nesta primeira abordagem, não correspondiam aos critérios de inclusão foram excluídos. Discordâncias entre os pesquisadores com relação à inclusão ou não de um determinado estudo foram resolvidos por meio de discussão entre eles. Discordâncias resultantes de diferenças de interpretação foram arbitradas por um terceiro pesquisador.

Os artigos selecionados receberam um único número de identificação e os dados foram sintetizados num fluxograma, que apresentou o número de estudos que permaneceram após cada etapa dos processos de rastreamento e seleção. (Figura 3)

Figura 3 - Fluxograma de identificação e seleção dos artigos para revisão sistemática

Extração dos dados

Dois pesquisadores realizaram de forma independente a extração de dados e utilizaram o software Excel nessa etapa.

Inicialmente, foi desenvolvido um formulário de coleta de dados, que foi testado com os dois pesquisadores para avaliar uma amostra aleatória dos estudos. Foi realizado treinamento para uso do formulário e codificação das respostas.

De todos os estudos incluídos foram extraídos os seguintes dados:

- Ano de publicação do estudo
- Local do estudo

- Delineamento
- Tipos de instrumentos utilizados
- Informações contidas nos instrumentos
- Detalhes da coleta de dados
- Protocolos operacionais
- Plano amostral
- Abordagem e aplicação das entrevistas
- Medidas de desfecho (mortalidade, morbidade, uso e acesso aos serviços de saúde)

Quando algum esclarecimento foi necessário, os autores foram contatados por meio do e-mail fornecido como autor da correspondência e, como recurso adicional utilizou-se o Researchgate.

Avaliação da qualidade metodológica (risco de viés)

Os estudos observacionais foram avaliados com o instrumento *Risk Of Bias In Non-randomised Studies of Interventions* (ROBINS-I) (STERNE et al., 2016), e os estudos qualitativos com o *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) (Tong; Sainsbury; Craig, 2007)

Medidas de desfecho

- Morbidade de doenças transmissíveis
- Morbidade de doenças crônicas
- Uso e acesso aos serviços de saúde

Síntese dos dados

Não foi realizada metanálise, mas sim uma síntese qualitativa, onde as características metodológicas foram apresentadas em figuras e tabelas resumo.

Avaliação da qualidade da evidência

A qualidade da evidência foi avaliada pelo sistema *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) (Guyatt et al., 2011). A qualidade (alta, moderada, baixa ou muito baixa) foi determinada a partir do delineamento de cada estudo, limitações metodológicas, inconsistência, evidência indireta, imprecisão (Tabela 7).

Tabela 7. Aplicação dos fatores que diminuem ou aumentam a qualidade da evidência no método GRADE.

Itens	Critério	Aplicação
Fatores que diminuem a qualidade da evidência		
1. Limitações do estudo (risco do viés)	Resultado da avaliação metodológica de cada delineamento	Diminuir 1 ponto se o risco do viés for considerado sério ou 2 pontos se for muito sério
2. Inconsistência dos resultados (heterogeneidade)	No caso de desfechos inconsistentes, avaliar semelhança das estimativas, sobreposição dos intervalos de confiança e resultados dos testes de heterogeneidade e do I^2 – quadrado.	Reduzir 1 ponto caso a inconsistência seja importante
3. Evidência indireta	Avaliar se existem diferenças na população, intervenção comparação ou desfechos entre os estudos, incluídos e a pergunta de interesse da revisão	Rebaixar 1 ponto se a evidência indireta for séria ou 2 pontos se for muito séria
4. Imprecisão	Avaliar a amplitude do intervalo de confiança, ou se o número de eventos e o tamanho da amostra são pequenos	Reduzir 1 ou 2 pontos se houver imprecisão
5. Viés de publicação	Avaliar se há possibilidade de estudos não terem sido publicados, bem como a influência dos financiamentos da pesquisa	Rebaixar 1 ponto caso haja suspeita de viés de publicação
Fatores que aumentam a qualidade da evidência (aplicáveis aos estudos observacionais)		
1. Grande magnitude de efeito	A observação de grande efeito aumenta a confiança na evidência encontrada	Eleva a qualidade em 1 ponto se o risco relativo for igual ou maior a 0,5 e 2 pontos se risco relativo for menor igual a 0,2

2. Gradiente dose-resposta	A observação de alteração do efeito conforme a exposição se modifica auxilia na definição da casualidade	Aumentar a quantidade em 1 ponto se houver gradiente dos-resposta
3. Confundidores ou vieses reduzindo o efeito encontrado	A presença de confundidores (que estariam indo na direção oposta ao efeito) não impede que o resultado favorável à intervenção seja encontrado	Aumentar a quantidade em 1 ponto se os confundidores existentes diminuíram o efeito observado

Fonte: Galvão ; Pereira (2015)

Fontes de financiamento

Não houve financiamento para o estudo em questão.

6.2 Resultados do Eixo 1 - Revisão Sistemática

Ao avaliar os critérios contidos na revisão sistemática, foram encontrados 7366 artigos, sendo 224 na plataforma LILACS, 1513 na EMBASE, 1714, na ISI Web of Science, 2074 na MEDLINE, 292 no Scielo e 1549 no SCOPUS. Dentre os trabalhos encontrados, 363 foram excluídos por duplicidade, sendo avaliados os títulos de 7003 artigos, destes 6963 foram excluídos pelo título não condizer com os critérios de inclusão, restando 40 trabalhos para leitura dos resumos, dos quais 21 foram excluídos após leitura do resumo e 19 artigos foram selecionados para leitura integral e incluídos no estudo (Figura 5)

Figura 4 - Fluxograma de identificação e seleção dos artigos para a revisão sistemática

Na Tabela 8, foram descritos os 19 artigos, destacando o ano de publicação, o título do trabalho, local do estudo, o plano amostral e as variáveis abordadas em cada estudo. Destes, 1(5,26%) em 2013, 6(31,58%) em 2014, 3(15,79%) em 2015, 3(15,79%) em 2016, 2(10,53%) em 2018 e 4(21,05%) em 2019. Acerca do local, a maioria dos estudos abordou dados da Bahia, (n=10;52,63%), seguido dos estados de Minas Gerais (n=2;10,53%), Pará (n=1; 5,26%), Tocantins (n=1; 5,26%), Sergipe (n=1; 5,26%), Santa Catarina (n=1; 5,26%), Pará e Amazonas (n=1; 5,26%), Rio Grande do Sul (n=1; 5,26%) e Goiás (n=1; 5,26%).

No que concerne às variáveis abordadas (Tabela 8), os 19 artigos (100%) avaliaram mais de uma variável para verificar a situação de saúde das comunidades quilombolas, e abordaram questões sociodemográficas. Já 11(57,89%) estudos verificaram questões relacionadas a autoavaliação em saúde, 9(47,37%) avaliaram o estilo de vida, 7(36,84%) a morbidade referida, 4(21,05%) o acesso a serviços de saúde, 5(26,31%) dados acerca da pressão arterial, 4(21,05%) antropometria e os demais em menores proporções, sendo que todos os artigos selecionados foram de dados em comunidades quilombolas situadas no Brasil.

Tabela 8. Características dos estudos sobre diagnóstico em saúde de populações tradicionais, segundo autor, ano, título, Local, plano amostral e variáveis.

	Ano	Autor	Título	Local	Plano Amostr	Variáveis
1	2013	Bezerra et al.	Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados.	Bahia	213 indivíduos maiores de 18 anos selecionados em uma comunidade e	Variáveis sociodemográficas, estilo de vida, padrão alimentar, aferição da pressão arterial e medidas antropométricas.
2	2014	Barroso et al.	Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e	Bahia	764 indivíduos, selecionados em 5	Características sociodemográficas, condições de saúde,

3	2014	Bezerra, V. M et al.	fatores associados. Health survey in Quilombola communities in Vitória da Conquista in the state of Bahia (COMQUISTA Project), Brazil: methodological aspects and descriptive analysis	Bahia	comunidades 797 adultos e 130 crianças até 5 anos, em cinco comunidades	violência e estratégias de enfrentamento Características sociodemográficas e apoio social, autoavaliação do estado de saúde; estilo de vida; morbidade referida; acidentes e violência; saúde da mulher; crianças menores de dois anos; saúde bucal; saúde dos idosos; e, desempenho do sistema de saúde.
4	2014	Kochergin, C. N. et al.	Slave-descendent communities in Vitória da Conquista, Bahia State, Brazil: self-rated health and associated factors	Bahia	797 adultos em cinco comunidades	Autoavaliação de saúde, condições socioeconômicas e demográficas, estilo de vida, suporte social, situação de saúde e acesso a serviço de saúde
5	2014	Oliveira et al.	Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas.	Bahia	348 mulheres em cinco comunidades	Variáveis sociodemográficas, autoavaliação do estado de saúde, variáveis marcadoras de acesso aos serviços de saúde; variáveis marcadoras de utilização de serviços de saúde, dosagem de glicose, dosagem de colesterol/triglicerídeos e verificação da pressão arterial; variáveis relacionadas ao estilo de vida.
6	2014	Oliveira et al.	Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais.	Minas Gerais	411 mulheres e 234 crianças com idades até 5 anos, em 33 comunidades	Dados sociodemográficos, acessibilidade a bens e serviços, variáveis relacionadas a saúde reprodutiva, características do ciclo gravídico puerperal.
7	2014	Santos E Silva	Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás.	Goiás	123 indivíduos comunidade de Almeidas e 65	Condições gerais das comunidades (escolaridade, tipos de ocupações, renda e saneamento básico), os agravos de saúde mais

					indivíduos comunidade e Jardim Cascata	citados pelos moradores bem como os itinerários terapêuticos mais relacionado.
8	2015	Bezerra et al.	Desconhecimento da hipertensão arterial e seus determinantes em quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil.	Bahia	358 adultos hipertensos em cinco comunidades	Características socioeconômicas, aferição da pressão arterial, hábitos e estilo de vida
9	2015	Cardoso , L. G. V. et al.	Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil	Bahia	750 adultos em cinco comunidades	Dimensões sociodemográficas, estilo de vida, condições de saúde e riscos associados ao consumo de álcool. Indicadores das condições de saúde: auto avaliação de saúde. O número de doenças crônicas foi construído a partir das informações autorreferidas do diagnóstico médico
10	2015	Pinho et al.	Health conditions of quilombola community in the north of Minas Gerais.	Minas Gerais	3,140 indivíduos, de 460 famílias em 8 comunidades	Questões relacionadas à moradia, dados e suas variantes, condições de saúde e indicadores sociais, como educação, ocupação, idade e sexo, e doenças
11	2016	Santos et al.	Socioeconomic and health conditions associated with quality of life of elderly quilombolas	Bahia	427 idosos de 17 comunidades	Informações gerais, saúde física, uso de serviços médicos e odontológicos, Atividades da vida diária, recursos sociais, recursos econômicos, saúde mental, e qualidade de vida
12	2016	Silva et al.	Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil	Bahia	213 adultos em uma comunidade	Características demográficas, socioeconômicas, hábitos de vida e alimentares, presença de hipertensão e outras comorbidades, antropometria, Dosagens bioquímicas

1 3	2016	Silva et al.	Obesity, hypertension, social determinants of health and the epidemiologic transition among traditional Amazonian populations.	Pará e Amazonas	149 indivíduos de Mimirauá-AM, 148 da Flona Caxiuanã-PA, e 351 Quilombolas-Pa	Variáveis sociodemográficas, antropometria, aferição pressão arterial
1 4	2018	Freitas et al.	Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira	Pará	130 adultos em uma comunidade e quilombola	Características sócio econômicas, questões de saúde, padrão alimentar e estilo de vida
1 5	2018	Mussi et al.	Excesso de peso e fatores associados em quilombolas do médio São Francisco baiano, Brasil	Bahia	112 adultos em uma comunidade e quilombola	Medidas antropométricas, avaliação corporal bioimpedância, aferição pressão arterial, análise parâmetros bioquímicos do sangue, variáveis sociodemográficas, estilo de vida, auto relato das condições de saúde.
1 6	2019	Durand E Heideman	Social determinants of a Quilombola Community and its interface with Health Promotion	Santa Catarina	10 mulheres quilombolas entre 24 a 54 anos de idade	Determinantes sociais e saúde da mulher quilombola, religiosidade, questões de raça, redes sociais e comunitárias
1 7	2019	Luisi et al.	Prevalence of and Factors Associated with Metabolic Syndrome in Afro-Descendant Communities in a Situation of Vulnerability in Northern Brazil: A Cross-Sectional Study	Tocantins	193 indivíduos em cinco comunidades	Fatores comportamentais de risco, e variáveis sociodemográficas associados a síndrome metabólica
1 8	2019	Pauli et al.	Prevalência autorreferida de hipertensão e fatores associados em	Rio Grande do Sul	589 adultos em 17 comunidades	Características, socioeconômicas, de estilo de vida, diabetes mellitus, transtornos mentais comuns e

			comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil.			medidas antropométricas.
1	2019	Santos et al.	Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica em Comunidades Quilombolas, Sergipe, Brasil	Sergipe	390 indivíduos em 15 comunidades	Dados clínicos e sociodemográficos
9						

Na Tabela 9, foram inseridos dados relativos ao desenho do estudo, medidas de desfecho, conclusões dos autores e avaliação do método Grade. No que concerne ao desenho dos estudos, dos 19 artigos, 16 (84,21%) são estudos transversais, 1 (5,26%) é uma pesquisa ação, 1 (5,26%) estudo retrospectivo, com análise de dados secundários e 1 (5,26%) estudo de caráter quantitativo.

Acerca das medidas de desfecho, 6 (31,58%) trataram da morbidade e uso e acesso dos serviços de saúde, 5 (26,32%) da hipertensão arterial, 2(10,53%) sobre os determinantes sociais em saúde, 1(5,26%) depressão, 1(5,26%) autopercepção de saúde, 1(5,26%) padrão do consumo de álcool, 1(5,26%) síndrome metabólica, 1(5,26%) câncer do colo do útero, 1(5,26%) uso e acesso aos serviços de saúde.

Quanto as conclusões foram unânimes em destacar as vulnerabilidades vivenciadas por estas populações, demonstrando a necessidade de ações de combate as condições precárias, seja através de atividades educativas, promoção de políticas públicas, avaliação de condições de saúde, realização de estudos epidemiológicos em grande escala, atividades preventivas que minimizem os riscos para desenvolver algum processo patológico, foram citados, conforme a Tabela 9. No que se refere a qualidade da evidência, dos 19 artigos, 15,79% (n=3) apresentaram alta qualidade, 73,68% (n=14) foram classificados como moderada qualidade, e 10,53% (n=2) apresentaram baixa qualidade.

Tabela 9. Características dos estudos sobre diagnóstico em saúde de quilombolas, segundo desenho do estudo, medidas de desfecho, conclusões dos autores e avaliação da qualidade da evidência pelo método GRADE.

	Desenho do estudo	Medidas de desfecho	Conclusões dos autores	GRADE
01	Inquérito de base populacional, instrumento de entrevistas utilizado foi o questionário semiestruturado da PNS.	Hipertensão arterial	Observa-se a necessidade da promoção da saúde por meio de atenção inclusiva aos quilombolas, valendo-se de ações em níveis individual e populacional. A alta prevalência de hipertensão arterial reforça a necessidade de um amplo acesso aos serviços de saúde para prevenção, diagnóstico precoce e orientações para o manejo adequado.	Moderada
02	Estudo populacional, transversal, utilizado questionário adaptado da PNS e o Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	Depressão	A prevalência de episódio depressivo maior na população quilombola foi semelhante à da população geral brasileira. A relação entre triagem para episódio depressivo maior e pior acesso aos serviços de saúde indica perda de oportunidade de diagnóstico precoce. Ações públicas de combate à desigualdade social e de saúde devem ser implantadas para garantir a equidade nessas comunidades.	Moderada
03	Estudo transversal, com entrevistas individuais e domiciliares, antropometria, aferição PA, questionário semiestruturado adaptado PNS	Uso e acesso ao serviços de saúde e morbidade	Sugerem a necessidade da implantação de ações para melhorar a qualidade de vida e reduzir o grau de vulnerabilidade da população quilombola de Vitória da Conquista, com amplo diagnóstico de saúde dos quilombolas, o que representa uma contribuição acadêmica de grande impacto e importância para esta população.	Alta
04	Estudo transversal coletados por meio de entrevistas individuais, questionário semiestruturado adaptado da PNS	Auto percepção de saúde	Considerando que a autoavaliação da saúde é dependente não apenas das características do indivíduo, mas também do contexto social, sugere-se a realização de estudos qualitativos que aprofundem o entendimento dos fatores associados à autoavaliação do estado de saúde.	Moderada
05	Estudo transversal, dados retirados do projeto conquista, que utilizou questionário	Câncer do colo do útero	Os achados indicam uma necessidade de reflexão, com o objetivo de melhor enfrentamento dos fatores que se associam à não realização do exame Papanicolaou entre as mulheres quilombolas, sendo importante contemplar ações de	Baixa

	semiestruturado adaptado da PNS		prevenção para o câncer de colo uterino.	
06	Estudo transversal, de base populacional, descritivo e de abordagem quantitativa.	Uso e acesso aos serviços de saúde	Deve-se repensar a atenção à saúde para as comunidades quilombolas, considerando as suas particularidades, o contexto de localização predominantemente rural, as peculiaridades culturais, de acesso aos bens de consumo duráveis e serviços públicos, de oportunidades sociais, além das características epidemiológicas.	Moderada
07	Pesquisa de caráter quanti-qualitativo. Foram utilizados três instrumentos: questionário, entrevistas semiestruturadas e a observação participante	Morbidade, uso e acesso aos serviços de saúde	A partir dos resultados encontrados, é preciso pensar sobre como as diferenças étnico-raciais e econômicas ainda são fontes de iniquidades sociais nas populações pesquisadas. A luta por melhores condições de vida entre os quilombolas e a superação da discriminação é histórica e necessita de mudanças significativas para superarem a exclusão e diferenças a que estão expostos em relação à sociedade.	Moderada
08	Estudo transversal, parte do projeto COMQUISTA, questionário adaptado PNS, entrevistas individuais, e aferição PA	Hipertensão arterial	A população quilombola estudada apresentou baixos índices de conhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial. Indivíduos hipertensos do sexo masculino e classificados no estágio 1 da HA apresentaram maiores prevalências de desconhecimento do diagnóstico.	Moderada
09	Estudo de corte transversal, parte do projeto COMQUISTA, coletados por entrevistas individuais, e questionário semiestruturado da PNS.	Padrão de consumo de álcool	Não se observou associação do comportamento de risco com a cor autorreferida ou a autodefinição quilombola. Observou-se alto consumo de bebidas alcoólicas, com padrão de risco para uma parcela considerável da população, especificamente entre os indivíduos do sexo masculino, mais escolarizados e fumantes.	Moderada
10	Trata-se de estudo retrospectivo, descritivo de natureza quantitativa, a partir da coleta de dados secundários Sistema de	Morbidade e uso e acesso aos serviços de saúde	O estudo destaca a alta vulnerabilidade das condições de saúde dessa comunidade, o que aponta à necessidade urgente de adotar medidas preventivas e melhorar a situação da saúde, através do desenvolvimento de ações que envolvam a melhoria das	Baixa

	Informação da Atenção Básica - SIAB, ano de 2010.		condições sanitárias e condições ambientais das famílias quilombolas, refletirão sobre a melhoria das condições de saúde dos mesmos.	
11	Estudo censitário epidemiológico, de delineamento transversal. Os dados foram coletados entre janeiro e abril de 2014, após a aplicação das ferramentas de pesquisa por meio de um pré-teste	Morbidade e uso e acesso aos serviços de saúde	As variáveis relacionadas às condições de saúde contribuíram menos para a qualidade de vida dos idosos do que as variáveis socioeconômicas, principalmente a variável caso de depressão. Portanto, sugere-se que seja priorizado o desenvolvimento de ações para melhorar as condições de saúde desses indivíduos, enfatizando a promoção da saúde mental, prevenção de implicações resultantes e tratamento especializado.	Moderada
12	Estudo seccional, realizada entre os meses de abril e maio de 2011, incluiu a aplicação de questionário, a realização de medidas antropométricas e a coleta de amostras de sangue	Hipertensão arterial	A implementação e a garantia do acesso a políticas públicas intersetoriais, abrangendo órgãos da educação, saúde, cultura e desenvolvimento social, poderiam contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde em comunidades rurais e socialmente vulneráveis, como os remanescentes de quilombos.	Moderada
13	Os dados são provenientes de projetos de pesquisa desenvolvidos entre 2008 e 2014	Determinantes Sociais da Saúde	Nessas populações, os Determinantes sociais em saúde desempenham um papel fundamental na ontogênese de doenças, e as "Doenças da modernidade" ocorrem simultaneamente com o sempre presente infecto parasitário, aumentando substancialmente a vulnerabilidade social.	Alta
14	Estudo epidemiológico transversal, com abordagem quantitativa, por entrevista no domicílio com aplicação do instrumento de coleta de dados pelos próprios pesquisadores	Morbidade e uso e acesso aos serviços de saúde	Entende-se que pesquisas direcionadas para as condições de saúde das populações quilombolas são fundamentais, posto que permitem de saúde que estão responsáveis pela atenção à saúde dessa população, permitindo não só buscar alternativas para práticas de educação em saúde e prevenção de agravos, como subsidiar reivindicações junto ao poder público no intuito de melhorar as condições socioeconômicas e de saúde.	Moderada

15	Estudo transversal de base populacional. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, coleta sanguínea, verificações da pressão arterial e mensurações antropométricas.	Morbidade e uso e acesso aos serviços de saúde	A presença da Síndrome Metabólica em adultos quilombolas se associa com o sexo feminino, faixa etária > 40 anos, má qualidade do sono, excesso de peso corporal e obesidade. Então, a ampliação e manutenção do acesso às políticas e serviços públicos de saúde e no campo do desenvolvimento socioeconômico certamente influenciariam positivamente nas condições de vida e saúde das comunidades quilombolas.	Moderada
16	Trata-se de um estudo participativo desenvolvido por meio do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, com três etapas: investigação temática, codificação e decodificação e inauguração crítica.	Determinantes sociais em saúde	Observou-se uma correlação acentuada de questões raciais e fragilidade combinada com assistência à saúde, educação e informação e, sobretudo, distanciamento das comunidades vulneráveis da saúde abrangente e equitativa, destacando a necessidade iminente de fortalecer as estratégias de Promoção da Saúde.	Alta
17	Estudo transversal, de acordo com as diretrizes da Declaração STROBE, em cinco comunidades do Tocantins.	Síndrome Metabólica	A prevalência de SM é maior em comparação com outras comunidades quilombolas e africanas, indicando uma oportunidade de melhorar ou desenvolver novos programas para reduzir a Síndrome Metabólica e os distúrbios metabólicos, fazendo alterações em alguns hábitos, como atividades físicas, pois houve diferenças metabólicas.	Moderada
18	Estudo transversal de base populacional nas comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul	Hipertensão arterial	Diante da elevada prevalência de Hipertensão arterial e da extrema vulnerabilidade social dessa população, políticas públicas que garantam seu acesso a direitos fundamentais poderiam ter impacto importante na diminuição desse desfecho.	Moderada
19	Transversal, com utilização de questionário	Hipertensão arterial	A prevalência de hipertensão arterial nas comunidades quilombolas foi alta. Sua associação com fatores de risco cardiovascular indica a necessidade de melhorar o acesso aos serviços de saúde.	Moderada

6.3 Discussão do Eixo 1 - Revisão Sistemática

A revisão sistemática foi proposta para que, ao identificar os estudos acerca dos diagnósticos em saúde em populações quilombolas, fosse possível a elaboração de um instrumento de coleta de dados, que contemplasse as diferentes características dos sujeitos, que poderiam interferir negativamente na qualidade de vida de sua população, e apesar da escassez de estudos com populações quilombolas, percebe-se uma preocupação entre os pesquisadores de ressaltar as particularidades dessas comunidades, no contexto socio cultural, demonstrando as vulnerabilidades (Bezerra et al., 2013; Barroso et al., 2014; Bezerra et al., 2014; Kochergin et al., 2014; Oliveira et al., 2014; Santos e Silva, 2014; Bezerra et al., 2015; Cardoso et al., 2015; Pinho et al., 2015; Santos et al., 2016; Silva et al, 2016; Freitas et al., 2018; Mussi et al., 2018; Durand e Heideman, 2019; Luisi et al., 2019; Pauli et al., 2019, Santos et al., 2019).

Dos artigos selecionados, todos foram realizados no Brasil, sendo que a maioria coletou dados de comunidades na Bahia (Bezerra et al., 2013; Barroso et al., 2014; Bezerra et al., 2014; Kochergin et al., 2014; Oliveira et al., 2014; Bezerra et al., 2015; Cardoso et al., 2015; Santos et al., 2016; Silva et al, 2016; Mussi et al., 2018), este fato deve-se, por ter grande concentrações de quilombolas nesse estado, segundo dados da Fundação Palmares (Porfírio, 2020).

Na Bahia existem 229 quilombos cadastrados, seguidos pelo Maranhão com 112, Minas Gerais com 89, e Pará com 81 (Porfírio, 2020). Contudo, apesar da quantidade de comunidades encontradas no Pará, apenas dois estudos citaram suas coletas no estado, sendo que um foi coletado em comunidade quilombola próxima a região metropolitana de Belém (Freitas et al, 2018), com fácil acesso a infraestrutura da zona urbana e outro em comunidades ribeirinhas, “região caracterizada por longos períodos de alternância entre enchentes e estiagens e é um ambiente extremamente diversificado em termos de

biodiversidade” (Silva et al., 2016, p.8). Este estudo, enfatiza a proposta da presente pesquisa, onde a revisão sistemática serviu para construção de um instrumento de coleta de dados, que pudesse ser validado para aplicação em comunidades quilombolas do interior da Amazônia Paraense, regiões isoladas geograficamente, onde não há dados suficientes disponíveis para planejamento em saúde pelos órgãos competentes.

Quanto aos instrumentos utilizados, a maioria utilizou a adaptação de um questionário validado, em geral, da Pesquisa Nacional de Saúde, em que buscavam questões sociodemográficas, dados acerca da autoavaliação em saúde, estilo de vida, morbidade referida, o acesso a serviços de saúde, pressão arterial, e antropometria (Bezerra et al., 2013; Barroso et al., 2014; Bezerra et al., 2014; Kochergin et al., 2014; Oliveira et al., 2014; Bezerra et al., 2015; Cardoso et al., 2015).

Os trabalhos de Bezerra et al. (2013) e Bezerra et al. (2015), com uma amostra de 797 indivíduos utilizaram uma adaptação da PNS para coletar informações referentes as características sociodemográficas, estilo de vida, aspectos nutricionais, aferição de PA e medidas antropométricas. Avaliando aspectos diferentes, o primeiro abordou dos fatores que influenciam no desenvolvimento das condições de saúde. Já o segundo trata do nível de instrução, do acesso a serviços e adesão ao tratamento. Ambos apesar de confirmaram que o questionário tem informações importantes de serem incluídas em um inquérito epidemiológico, mas que deve ser adaptado para conseguir extrair informações que levem em conta o fator raça e suas peculiaridades.

Outro estudo, realizado por Silva et al. (2016), em comunidades ribeirinhas quilombolas no estado do Pará, teve contribuição vital para descrição do instrumento proposto, pela abordagem dos questionamentos mais apropriados a realidade a que o instrumento precisaria ter, e contemplou questões concernentes as variáveis sociodemográficas, antropometria e aferição da PA, além de uma avaliação clínica, o que permitiu ao presente estudo inserir

alguns dos principais processos patológicos vivenciados nessas áreas, e questionamentos acerca do contexto cultural a que estão imersos, e apesar das contribuições de suma relevância este não foi suficiente para elaboração da proposta por não conter elementos sobre a autoavaliação em saúde, dados do padrão alimentar, questões comportamentais de risco, que afetam a forma como esses indivíduos lidam com a sua própria saúde e de seus familiares, e o acesso a serviços.

Quanto as medidas de desfecho, os trabalhos selecionados referem-se à morbidade e ao uso e acesso aos serviços de saúde (Bezerra et al., 2014; Santos e Silva, 2014; Pinho et al., 2015; Santos et al., 2016; Freitas et al., 2018; Mussi et al., 2018), tendo sido relatado que em populações quilombolas há uma alta prevalência de doenças crônicas, a exemplo da hipertensão arterial (Cardoso et al., 2018). Dos vinte artigos, seis trataram questões acerca dessa doença (Bezerra et al., 2013; Bezerra et al., 2015; Silva et al., 2016; Silva et al., 2016; Pauli et al., 2019; Santos et al., 2019).

Silva et. al. (2016) utilizou como variáveis para construir o seu instrumento, as características socioeconômicas, hábitos de vida e alimentação, a presença de diagnóstico de hipertensão arterial associado ou não a outras comorbidades, medidas antropométricas, e realizou uma coleta de sangue para avaliação bioquímica. Todas essas informações levaram os autores a conclusão, de que o acesso aos serviços pode atuar como o fator protetor para o desenvolvimento de alguns processos patológicos, pois quanto mais se conhece sobre determinados assuntos, os atores se tornam agentes ativos de mudança para melhoria de sua qualidade de vida, destacando a importância da educação em saúde nas comunidades mais vulneráveis. O instrumento apresentado neste estudo, foi adaptado de um instrumento validado, de uma pesquisa realizada em São Paulo (Lebrão e Laurenti, 2005), contribuindo principalmente na linguagem utilizada e na inclusão de questões que pudessem mensurar a exposição a determinados riscos à saúde.

Pauli et al. (2019) e Santos et al. (2019) tiveram contribuições significativas nesse processo de construção. O primeiro construiu um questionário tomando por base os principais estudos epidemiológicos, e fizeram inicialmente um estudo piloto para avaliar se os questionamentos estavam condizentes com a população quilombola em áreas urbanas e rurais. Já, o segundo, buscou avaliar o histórico de doenças através de questionamentos acerca das internações hospitalares para aferir doenças que ocorriam com maior frequência nessas áreas. Apesar de diferentes de abordagem, os dois tiveram uma preocupação metodológica, que permitiu o olhar de diferentes pontos de vista.

Outro problema percebido dentre os estudos, foi a presença de hábitos alimentares negativos, com uma dieta de alto valor calórico e baixo valor nutricional, favorecendo o sobrepeso nessa população (Silva et al., 2016; Mussi et al., 2018; Luisi et al., 2019). Nesse sentido, Silva et al. (2016), Mussi et al. (2018) e Luisi et al. (2019) descrevem este fato em decorrência dos programas sociais que favorecem o aumento de renda, levando ao consumo de alimentos com forte apelo pelas mídias sociais, que são vistos seu consumo, como elevação de status social, além de que o sobrepeso é visto culturalmente, como sinal de saúde, o que trouxe contribuições significativas no que se refere a essas práticas, demonstrando essa dinâmica sociocultural para entender o estilo de vida nessas áreas. Outro fator foi a facilidade de preparo de alimentos industrializados, o que favorece a sua aquisição.

No âmbito da saúde materno infantil, Oliveira et al. (2014), Bezerra et al. (2014) e Oliveira et al. (2014), caracterizaram principalmente questões relativas ao ciclo gravídico puerperal, saúde reprodutiva, exames preventivos, e outros fatores relacionadas ao sexo, que possibilitaram o entendimento de características que contribuem para o aumento da morbidade e mortalidade decorrente da falta de acesso a assistência básica, além disso foi possível verificar questões a serem inseridas a respeito da estrutura familiar.

Quanto a auto avaliação em saúde, onze estudos (Bezerra et al., 2013; Barroso et al., 2014; Santos e Silva, 2014; Bezerra et al., 2014; Kochergin et al., 2014; Oliveira et al., 2014; Cardoso et al., 2015; Silva et al., 2016; Freitas et al., 2018; Mussi et al., 2018) trataram dessa temática, mas dois contribuíram de forma significativa para elaboração do instrumento, sendo os estudos de Kochergin et al. (2014) e Cardoso et al. (2015) realizados em uma comunidade quilombola da Bahia. Estes artigos propuseram um levantamento a partir das principais doenças auto referidas, e esses dados foram incluídos no instrumento proposto no Eixo 2 desta tese. Das doenças selecionadas, os estudos destacam principalmente a hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, asma ou bronquite, depressão, transtornos mentais, doença pulmonar, artrite, problema na coluna e osteoporose.

Santos e Silva (2014) fizeram avaliação dos agravos em saúde mais comumente encontrados, corroborando com os dados citados acima, mas em seu estudo eles correlacionaram essas alterações do processo saúde-doença aos itinerários terapêuticos.

Pinho et al. (2015), avaliaram a base de dados secundários, Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, no ano de 2010, com intuito de relacionar as características sociodemográficas com as doenças mais frequentemente encontradas nas comunidades quilombolas ao norte de Minas Gerais, e as doenças elencadas tiveram proposições similares aos estudos citados anteriormente, mas também se mostrou relevante na inserção de outras alterações, como a doença de Chagas e o alcoolismo.

Sobre o contexto cultural realidades diferentes foram constadas. Alguns hábitos quanto a religiosidade, práticas de saúde, só permanecem em comunidades mais afastadas dos centros urbanos (Valentim, 2008; Silva et al., 2016; Durand e Heideman, 2019), pois apesar de já terem influencias de outros povos, ainda mantêm particularidades étnico culturais, a exemplo do que foi

colocado no estudo de Silva et al. (2016), onde foram entrevistados populações ribeirinhas quilombolas distantes de áreas urbanas.

Entretanto, apesar de outros estudos (Valentim, 2008; Silva et al., 2016) já demonstrarem esse processo de miscigenação, onde já é possível perceber traços físicos e culturais de diferentes grupos étnicos, o estudo de Durand e Heideman (2019) trouxe subsídios significativos quanto a religiosidade, questões de raça, redes sociais e comunitárias, dados importantes principalmente quando se avalia os determinantes sociais em saúde, este estudo pelo caráter participativo, elencou questões raciais com as vulnerabilidade individuais, sociais e programáticas.

6.4 Considerações finais do Eixo 1 – Revisão Sistemática

A partir da leitura dos estudos selecionados, foi possível traçar um instrumento de coleta de dados, que ao incluir as diferentes características dos sujeitos, pudesse avaliar os determinantes sociais em saúde e traçar um perfil de morbidade de populações quilombolas, principalmente de áreas mais isoladas, que ainda não foram mapeadas, ao verificar sob diferentes óticas, é possível avaliar desde fatores ambientais, culturais, sociais, que podem provocar efeitos maléficos ou benéficos a qualidade de vida dos quilombolas. Portanto apesar da escassez de artigos, no que concerne a diagnósticos em saúde de populações quilombolas, as informações encontradas foram relevantes na construção de um instrumento para validação (Apêndice 2).

Quanto a qualidade dos 19 artigos, 15.79% (3) apresentaram alta qualidade, 73.68% (14) foram classificados como moderada qualidade, e 10.53% (2) apresentaram baixa qualidade, esta avaliação demonstra a confiabilidade das informações apresentadas, a preocupação dos pesquisadores em buscar aperfeiçoar técnicas, além de permitir o entendimento acerca das informações repassadas.

Galvão e Pereira (2015) descrevem que estudos com boa qualidade são essenciais para tomada de decisões, pois dificilmente serão alterados em curto período. Além de apresentarem uma boa descrição metodológica e alcançarem os objetivos propostos, houve um cuidado na apresentação e análises, seguindo padrões rígidos, tendo uma aceitação crescente na comunidade científica, por qualificarem através de diversos requisitos, se o estudo teve considerações significativas avaliando metodologia e resultados obtidos (GRADE, 2014)

7. EIXO 2 – INQUÉRITO DE SAÚDE

7.1 Métodos do Eixo 2 – Inquérito de Saúde

O Inquérito de saúde proposto teve como objetivo descrever o perfil de morbidade referida, a autoavaliação do estado de saúde, bem como analisar os determinantes sociais da morbidade referida e da autoavaliação negativa de saúde em população quilombola no município de Santarém, Pará.

Desenho do estudo: foi realizado um estudo de corte-transversal

População e contexto: população adulta do território quilombola Maria Valentina, que compreende as comunidades Nova Vista do Ituqui, São José do Ituqui, situados à margem direita do rio Amazonas, no município de Santarém. As comunidades foram escolhidas por conveniência, considerando a facilidade de acesso, onde residem 84 famílias com aproximadamente 350 pessoas, entre adultos, jovens e crianças, distribuídos em uma área de 10.911 hectares.

Figura 5 - Localização do território quilombola Maria Valentina

Fonte: Embrapa, 2018. Disponível no link:

<https://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/bitstream/doc/995053/1/SolosdasVarzeasdoMunicipiodoSantarém.pdf>

Participantes: Foram incluídos no estudo, todos os residentes do Território Maria Valentina, com 18 anos ou mais de idade. Todas as residências das comunidades selecionadas que estavam cadastradas na Federação dos Quilombos do município de Santarém foram visitadas para apresentação do projeto, seus objetivos e do termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido (TCLE). Um residente adulto, presente no momento da coleta de dados, foi convidado a responder o questionário com informações sobre todos os demais residentes no domicílio com 18 anos ou mais. Foi dada preferência ao responsável pelo domicílio ou seu cônjuge. Na ausência destes o questionário pode ser respondido por outro adulto residente.

Coleta dos dados: As entrevistas foram realizadas nos domicílios, por entrevistadores previamente treinados e identificados como pertencentes à equipe de pesquisa. Antes da entrevista foi lido o TCLE e registrado o consentimento em participar na pesquisa. Os entrevistadores foram os responsáveis por formular as questões e registrar as respostas em papel.

As vistas aos domicílios foram feitas, preferencialmente, durante a semana e nos turnos matutino e vespertino. No caso de ausência de adultos na primeira visita, duas visitas adicionais foram realizadas, em horários diferentes, incluindo final de semana e o turno noturno, a fim de minimizar eventuais perdas.

Instrumento de coleta de dados:

Um questionário estruturado foi desenvolvido (Apêndice 2) a partir dos resultados da revisão sistemática apresentada acima e com a contribuição de instrumentos utilizados em dois inquéritos de saúde de base populacional no Brasil: a Pesquisa Nacional de Saúde – PNS; e o questionário da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito telefônico – VIGITEL. 2019).

O tempo estimado para a entrevista foi de 20 minutos.

Cada questionário foi identificado por um número de identificação da comunidade quilombola (1 ou 2) e um número sequencial para a residência (001 a 199). Foram listados todos os adultos (18 anos ou mais) residentes naquele domicílio, com atribuição de um número de identificação para cada adulto, individualmente (01 a 99). Ao final a identificação do questionário constou de cinco números “1(comunidade) 001 (residência) 01 (indivíduo)” de forma sequenciada.

Variáveis: O instrumento foi composto por informações relativas ao domicílio e o aos adultos residentes, distribuídos em 8 blocos. O módulo com **informações sobre o domicílio** foi composto por questões que teve por objetivo de caracterizar as condições estruturais de moradia da família, a exemplo de acesso a água e forma de tratamento da água, tipo de esgotamento, tipo de moradia, destino do lixo, energia elétrica, número de cômodos (incluindo sala, banheiros, quartos e cozinha), se tem banheiro dentro do domicílio, número de pessoas que moram na casa, número de crianças que moram na casa (com especificação da data de nascimento e idade). Foram feitas ainda questões sobre a posse de bens como telefone, televisão, computador, carro, geladeira, motocicleta, bicicleta, aparelho celular, com vistas à classificação socioeconômica da família.

O questionário identificou se as informações constantes são sobre o próprio respondente ou sobre terceiros, assim como o grau de parentesco e posição na família do respondente. O **Bloco I** contemplou questões sobre características sócio demográficas como sexo, data de nascimento, idade, estado civil, raça/cor, escolaridade, situação ocupacional e renda mensal.

O **Bloco II** buscou informações acerca das condições de moradia. O **Bloco III** acerca dos meios de acesso à comunidade, o **Bloco IV** sobre a infraestrutura da comunidade. Já o **Bloco V** incluiu informações exclusivas dos respondentes, a exemplo da autoavaliação do estado de saúde, medida através de uma pergunta única extraída do questionário da PNS, com resposta em escala likert variando entre “Muito boa e muito ruim”, questões sobre acesso a serviços de saúde nos subsistemas forma e informal. Foi perguntado se no último

ano houve procura por atendimento em unidades de saúde formais (Posto, UBS, emergência, hospital ou outro estabelecimento de saúde), se a procura resultou em atendimento e a percepção sobre a resolutividade deste atendimento, quando foi a última vez que este contato aconteceu e onde estava situado o serviço. Foi perguntado ainda sobre recursos aos subsistemas informais como curandeiros tradicionais, religiosos, uso de remédio caseiro e ervas, dentre outros. Contemplou as morbidades referidas, a exemplo da hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, diabetes, doença renal, artrite/artrose, depressão, problemas na coluna. O modo de fazer a pergunta foi definido a partir da revisão sistemática dos instrumentos, visando tornar as questões mais compreensíveis. Adicionalmente foi investigado se os adultos da casa faziam uso regular de medicação prescrita por médico e, em caso afirmativo foi solicitado a caixa ou prescrição para registro.

O **Bloco VI** contemplou comportamentos de risco à saúde como padrão de alimentação (frequência do consumo de frutas, legumes e verduras e de alimentos fonte de gordura saturada). O **Bloco VII** fatores de risco/proteção, frequência e duração da prática de exercícios físicos e comportamento sedentário, consumo de álcool, tabaco e outras drogas (na vida, no ano e frequência).

Por fim, o **Bloco VIII** contemplou informações acerca da avaliação da composição corporal (massa corporal, índice de massa corporal - IMC, percentual de gordura, água, massa óssea e massa muscular), através da bioimpedância. O cálculo do IMC foi realizado através da pesagem com balança de impedância bioelétrica da marca Tanita (BODY COMPOSITION MONITOR BC-533) e medição da estatura, por fita métrica, sendo avaliado de acordo com o padrão de classificação do Ministério da Saúde (Valentim, 2012). A coleta foi realizada por profissional treinado, onde foi feita orientação acerca dos dados a serem mensurados, o uso de roupas leves no momento da coleta, e a pesagem foi realizada com a pessoa sem calçados, por conta dos sensores na plataforma.

Para coleta dos dados acerca da composição corporal foi utilizada a balança de Impedância Bioelétrica da marca Tanita (BODY COMPOSITION MONITOR BC-533). Segundo o que dispõe Valentim (2012), utiliza sensores elétricos em locais específicos da plataforma de pesagem, em contato direto com a sola do pé do analisado, para promover a mensuração da composição corporal, possuindo funções diferenciadas de acordo com a clientela (adultos, crianças, homens, mulheres, atletas e não atletas), além da altura do avaliado que deve ser inserida no momento da análise. Em seu resultado a balança fornece informações sobre a massa corporal, percentual de gordura corporal, porcentagem de água corporal, massa muscular e massa óssea.

O questionário final foi proposto a partir das questões presentes nos questionários da PNS e VIGITEL, modificadas para melhor se adequar à população estudada quanto à linguagem e ao conteúdo a partir dos instrumentos identificados na revisão sistemática. Foram ainda acrescentadas ou excluídas questões, com o objetivo de abordar temáticas relevantes e limitar o número de questões. Para avaliação da pertinência e adequação das questões, no que se refere aos temas abordados e à linguagem, o questionário foi apresentado a especialistas ou pessoas próximas culturalmente à população estudada.

Os especialistas selecionados foram: 1) pesquisadores com expertise em estudos com comunidades quilombolas como antropólogos, pesquisadores da área de saúde e sociólogos; e 2) profissionais de saúde que atuam em unidades situadas em comunidades quilombolas nas proximidades de Santarém. Embora não se trate de um procedimento formal de validação do instrumento, pretendeu-se com essa abordagem refinar a formulação das questões com vistas a uma melhor adequação à nossa população de estudo.

As sugestões foram avaliadas e incorporadas ao instrumento final que foi pré-testado em um grupo de adultos residentes em uma comunidade quilombola próxima à área de estudo. Com isso pretendeu-se ter uma estimativa mais precisa do tempo de coleta, uma melhor avaliação sobre a pertinência e a compreensão das questões propostas e da estratégia de coleta de dados. Alterações que se mostraram necessárias a partir do pré-teste foram realizadas

para consolidação do instrumento final e ajustes no procedimento de trabalho de campo. O pré-teste incluiu as medições antropométricas.

Para o processamento dos dados o questionário foi digitado por 2 digitadores independentes, depois da análise de consistência para identificar divergências, os erros foram corrigidos com nova consulta ao questionário.

Análise dos dados:

A análise dos dados foi feita em duas etapas, sendo a primeira a análise descritiva e a segunda a análise de associação entre (a) morbidade referida e (b) auto-percepção do estado de saúde com os determinantes sociais em saúde.

Análise descritiva: Inicialmente foi feita uma análise descritiva dos domicílios, considerando as variáveis de infra-estrutura presentes **no bloco de informações sobre os domicílios**. A análise descritiva das informações coletadas a partir do **bloco com informações sobre os adultos residentes** foi feita com base em cálculos de medidas de tendência central e dispersão, no caso de variáveis quantitativas contínuas ou discretas, e cálculos de proporção e intervalos de confiança de 95%, no caso das variáveis binárias e categóricas nominais ou ordinais obtidas. Com base nesta análise foi possível conhecer as características sociodemográficas da população estudada, o perfil de morbidade referida, o acesso e uso de serviços de saúde dos subsistemas formal e informal. Esta análise foi feita considerando as duas comunidades em conjunto.

A análise dos determinantes sociais da saúde (DSS) das comunidades estudadas: foi feita por modelos de regressão de Poisson ou Logística, o que foi definido posteriormente em função da prevalência encontrada para os desfechos de interesse. Para o conjunto total de adultos incluídos no estudo o desfecho de interesse foi a morbidade referida através das questões incluídas no **Bloco V**.

Inicialmente foi feita uma análise bivariada, com cálculo de *Odds Ratio* ou Razões de prevalência brutas entre os indicadores sociodemográficos e de acesso a serviços e a variável de desfecho. Foram selecionados para a análise múltipla aqueles cujo valor de p na análise bivariada foi igual ou inferior a 20%. As variáveis independentes no modelo foram selecionadas a partir das respostas

aos blocos I e V **com informações sobre os adultos residentes**. A quantidade de variáveis incluídas foi em função do tamanho final da amostra. A partir do modelo múltiplo foram calculados *Odds Ratio* ou Razões de prevalência ajustados, permanecendo no modelo final as variáveis que permaneceram associadas ao desfecho de interesse.

Para os adultos respondentes o desfecho de interesse foi a autoavaliação negativa da saúde (Regular/Ruim e muito ruim x Boa/muito boa). Para esta análise foram incluídas como variáveis independentes, além das variáveis constantes nos blocos I a IV, variáveis extraídas a partir das questões do bloco VI e VII, fatores de risco e comportamentos de risco à saúde. Os passos seguidos são os mesmos descritos acima: análise bivariada entre o desfecho e as variáveis independentes de interesse com cálculo de *Odds Ratio* ou Razões de prevalência brutos, seleção das variáveis para o modelo múltiplo para cálculo de *Odds Ratio* ou Razões de prevalência ajustados, permanecendo no modelo final as variáveis que permaneceram associadas ao desfecho de interesse.

Aspectos éticos

O presente estudo pauta-se na Resolução CNS nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde que estabelece as diretrizes para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos e foi devidamente submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP, e aprovado através do parecer 2.988.683.

Antes de entrar em contato com as comunidades selecionadas foi realizada uma reunião com a Federação dos Quilombolas em Santarém, para apresentar o projeto e assinatura da carta de aceite das comunidades, o que foi feito através de um agendamento prévio com o presidente da comunidade. Apenas após a concordância foi iniciado o trabalho de campo. Adicionalmente foi lido para todos os moradores convidados a participar o TCLE, com a concordância registrada através de assinatura (Apêndice 1). A participação foi voluntária.

Riscos e Benefícios

No que tange aos riscos, pôde haver risco de constrangimentos no momento da aplicação da entrevista, o que foi minimizado pela pronta prestação de esclarecimentos antes da aplicação dos instrumentos ou a qualquer momento que se mostrar necessária. A recusa da participação foi livre e pôde ocorrer em qualquer etapa.

Não houve benefícios individuais aos participantes. No entanto, as informações epidemiológicas coletadas através das entrevistas possibilitaram o conhecimento da saúde da população, fornecendo elementos para o poder público, parceiro do presente estudo, elaborar adequadamente o planejamento em saúde, a programação e a organização dos serviços. Os subsídios trazidos pelo estudo permitirão a implantação de ações voltadas especificamente para a população quilombola.

Do ponto de vista científico, a divulgação dos métodos e resultados da presente pesquisa contribuirá com estudos posteriores, além do fortalecimento das discussões sobre tal temática.

7.2 Resultados do Eixo 2 – Inquérito de Saúde

Para avaliação dos determinantes sociais em saúde e a morbilidade auto-relatada dos quilombolas residentes em duas comunidades ribeirinhas do município de Santarém, as entrevistas foram realizadas em 63 domicílios, totalizando uma população de 256 pessoas.

Essas informações foram divididas em 8 blocos para facilitar a descrição e entendimento dos dados.

Bloco I – Caracterização dos participantes

A Tabela 10, contém dados acerca da idade dos 63 entrevistados, onde 21 indivíduos se encontram na faixa de 18 a 33 anos (33,87%), 21 na faixa de 34 a 53 anos (33,87%) e 20 indivíduos entre 54 a 82 anos (32,26%). Dos entrevistados, a maioria, 39 pessoas (61,9%) cursou até o ensino fundamental, ($p < 0,001$), e do total de entrevistados 48 pessoas informaram terem estudados por pelo menos 3 anos ou mais (77,32%).

Tabela 10. Idade, escolaridade e anos de estudo de residentes em duas comunidades quilombolas ribeirinhas do município de Santarém.

Variáveis	n	%	p-valor*
Idade	62	100	0.984
18 a 33	21	33,87	
34 a 53	21	33,87	
54 a 82	20	32,26	
Escolaridade	63	100	<0.0001
Analfabeto	2	3,17	

Ensino fundamental	39	61,9	
Ensino médio	20	31,75	
Superior incompleto ou superior	2	3,17	
Anos de estudo	62	100	0.0595
0 a 2	14	22,58	
3 a 4	29	46,77	
5 e +	19	30,65	

*P-valor qui-quadrado

Na Tabela 11, a maioria dos participantes, (n=34) relataram que residem com 4 pessoas ou mais por domicílio, o que corresponde a 53,96 %. Quanto ao sexo, 44 (68.84%) pessoas são do sexo feminino, e 19 (30,16%) pessoas são do sexo masculino. A respeito da cor, 61 (96,83%) pessoas relataram ser da cor preta/parda, sendo denominados negros. Quanto ao estado civil, a maioria relatou viver acompanhado, o que consiste em 40 (63,49%) participantes.

Tabela 11. Número de pessoas por domicílio, sexo, cor, estado conjugal de residentes em duas comunidades quilombolas ribeirinhas do município de Santarém.

Variáveis	n	%	p-valor*
Número de pessoas por domicílio	63	100	0.1017
1 a 3	29	46,0	
4 a 5	17	26,98	
6 e ou +	17	26,98	
Sexo	63	100	0.0025
Feminino	44	69,84	
Masculino	19	30,16	

Cor	63	100	<0.0001
Negra	61	96,83	
Indígena	1	1,59	
Não respondeu	1	1,59	
Qual seu estado conjugal atual?	63	100	<0.0001
Vive sozinho	21	33,33	
Acompanhado	40	63,49	
Não quis informar	2	3,17	

*P-valor qui-quadrado

Quanto à religião, observa-se que, 59 (95,16%) pessoas afirmaram ser católicas, 2 (3,23%) pessoas evangélicas e 1 (1,61%) pessoa relata frequentar a Assembleia de Deus. Com relação ao status de trabalho, a maioria relata ter alguma atividade (n=36; 59,02%), no que concerne a renda familiar mensal, a maioria das famílias têm uma renda inferior a R\$ 1.500,00, caracterizando 49 (79,03%) famílias (Tabela 12).

Tabela 12. Religião, status de trabalho e renda familiar mensal de residentes em duas comunidades quilombolas ribeirinhas do município de Santarém

Variáveis	n	%	p-valor*
Qual a sua religião ou culto?	62	100	<0.0001
Católica	59	95,16	
Evangélico	2	3,23	
Assembleia de Deus	1	1,61	
Você trabalha?	61	100	0.2004
Sim	36	59,02	
Não	25	40,98	

Renda familiar mensal	62	100	<0.0001
Abaixo de R\$ 250,00	7	11,29	
R\$ 250,00 a R\$ 500,00	17	27,42	
R\$ 501,00 a R\$ 1.500,00	25	40,32	
R\$ 1.500,00 a R\$ 2.500,00	3	4,84	
R\$ 2.500,00 a R\$ 4.000,00	1	1,61	
Acima de R\$ 4.000,00	9	14,52	

*P-valor qui-quadrado

Bloco II – Caracterização das condições de moradia

A Tabela 13 retrata as condições de moradia, acerca do tipo de casa, a maioria é construída de madeira (n=45;71,43%), e a água utilizada para consumo é retirada do rio Amazonas (n=32; 50,79%), seguida do uso de poço (n=16; 25,4%) e de microssistema (n=15; 23,81%). Nesse sentido, grande parte utiliza o tratamento por cloração (n=36; 57.14%), mas há relatos de 16 pessoas que não utilizam nenhuma forma de tratamento (25.4%).

Tabela 13. Caracterização das condições de moradia de residentes em duas comunidades quilombolas ribeirinhas do município de Santarém

Variáveis	n	%	p-valor*
Tipos de casa	63	100	<0.0001
Alvenaria	12	19,05	
Alvenaria e madeira	6	9,52	
Madeira	45	71,43	
Água usada para beber	63	100	0.0131

Rio	32	50,79	
Poço	16	25,4	
Microsistema	15	23,81	
Tratamento de água no domicílio	63	100	<0.0001
Filtração	7	11,11	
Fervura	1	1,59	
Cloração	36	57,14	
Outro	3	4,76	
Sem tratamento	16	25,4	
Há cemitério próximo a residência	63	100	<0.0001
Sim	3	4,76	
Não	60	95,24	
Há banheiro dentro da residência	63	100	0.0004
Sim	17	26,98	
Não	46	73,02	

*P-valor qui-quadrado

Acerca do questionamento se há cemitério próximo a residência (Tabela 13), 3 (4.76%) relatam que sim e 60 (95.24%) não. Quando questionado, se havia banheiro dentro da residência, somente em 17 casas (26.98%) os entrevistados disseram que sim, a maioria 46 (73.02%) relatam que não.

Tabela 14. Equipamentos listados como existentes nas residências localizadas em duas comunidades quilombolas ribeirinhas do município de Santarém

Equipamentos	n	%
TV	1	1.61
Tv/geladeira/fogão a gás	8	12.9

Tv/geladeira/fogão a gás/ rádio	7	11.29
Tv/geladeira/ rádio/outros	1	1.61
Tv/fogão a gás	3	4.84
Tv/fogão a gás/rádio	11	17.74
Tv/fogão a gás/rádio/outros	2	3.23
Tv/rádio	3	4.84
Tv/rádio/outros	9	14.52
Geladeira/fogão a gás/rádio	1	1.61
Fogão a gás	4	6.45
Fogão a gás/rádio	2	3.23
Rádio	4	6.45
Rádio/outros	6	9.68
TOTAL	71	100

Na Tabela 14 foi disposto os equipamentos utilizados nas casas entrevistadas, onde a maioria citou a televisão, 54 (76.06%), seguido do rádio 46 (64.79%), fogão a gás 38 (53.52%), outros 18 (25.35%), e a geladeira 16 (22.53%).

Na Tabela 15, está discriminado a destinação de resíduos, no que concerne ao lixo. Nota-se que, grande parte queima, o que corresponde a 44 (69.84%) das casas, somente em 17 (26.98%) casas há a coleta destinação na área urbana do município de Santarém. Já a fossa negra é o principal destino para as fezes e urina (n=43; 68,25%).

Tabela 15. Destino do lixo, fezes e urina nas residências de duas comunidades quilombolas ribeirinhas do município de Santarém.

Variáveis	n	%	p-valor*
Destino do lixo	63	100	<0.0001
Coletado	17	26,98	
Coletado e/ou queimado	1	1,59	
Queimado	44	69,84	
Enterrado	1	1,59	
Destino das fezes e urina	63	100	<0.0001
Fossa séptica	19	30,16	
Fossa negra	43	68,25	
Esgotamento sanitário	1	1,59	

*P-valor qui-quadrado

Bloco III – Meios de acesso a comunidade

Na tabela 16, foi realizada a descrição dos meios de acesso as comunidades quilombolas analisadas, sendo que a maioria relata que o meio de acesso principal é via fluvial (n=45; 71,43%), seguida da estrada piçarra/terra (n=17; 26,98% e estrada asfaltada (n=1;1.59%).

Tabela 16. Meios de acesso as duas comunidades quilombolas do município de Santarém.

Variáveis	n	%	p-valor*
Meios de acesso a comunidade	63	100	<0.0001

Rio	45	71,43	
Estrada asfaltada	1	1,59	
Estrada piçarra/terra	17	26,98	
Trânsito no acesso principal	62	100	<0.0001
Ano todo	54	87,1	
Só no verão	8	12,9	
Meios de transporte para acesso da população aos serviços de saúde e/ou zona urbana	62	100	0.0890
Barco	18	29,03	
Ônibus	17	27,42	
Transporte próprio	20	32,26	
Outro	7	11,29	
Regularidade de transporte	61	100	<0.0001
Diária	13	21,31	
Semanal	14	22,95	
Quinzenal	1	1,64	
Mensal	31	50,82	
Outra	2	3,28	
Custo de transporte	44	100	<0.0001
Até R\$ 30,00	17	38,64	
R\$ 40,00 a R\$ 60,00	21	47,73	
R\$ 80,00 a R\$ 150,00	4	9,1	
R\$ 200,00 a R\$ 300,00	2	4,54	

*P-valor qui-quadrado

De toda a amostra, apenas 8 (12.9%) relataram ter dificuldade de acesso a zona urbana no inverno (época da cheia dos rios), já 54 (87,1%), relataram que a via de transporte é continua em qualquer época do ano, sendo que a maioria

relata que a regularidade de transporte é mensal (n=31; 50,82%) e somente 13 (21,31%) relataram que essa regularidade de transporte é diária (Tabela 16).

Quando questionados sobre os meios de transporte para acesso da população aos serviços de saúde e/ou zona urbana (Tabela 16), 18 (29,03%) relatam utilizar o barco, 17 (27,42%) o ônibus, 20 (32,26%) transporte próprio e outros meios 7 (11,29%). Quanto ao custo de transporte, a maioria (n=38; 86,37%) das pessoas relataram ter um custo até R\$ 60,00.

Bloco IV – Infraestrutura local

Tabela 17. Infraestrutura das duas comunidades quilombolas do município de Santarém.

Variáveis	n	%	p-valor*
Tem escola na comunidade	63	100	<0.0001
Sim	58	92,06	
Não	5	7,94	
Tem unidade de saúde	62	100	<0.0001
Sim	3	4,84	
Não	59	95,16	
Energia elétrica	63	100	0.6143
Sim	34	53,97	
Não	29	46,03	
Internet	63	100	<0.0001
Sim	3	4,76	
Não	60	95,24	

*P-valor qui-quadrado

Na Tabela 17 é realizada a descrição da infraestrutura das duas comunidades, quanto a escola, 58 (92,06%) pessoas relataram ter escola de ensino infantil e ensino fundamental, e 5 (7,94%) que não existe na comunidade. Quanto à unidade de saúde, 3 (4,84%) relataram que tem na comunidade, e 59 (95,16%), informaram que não há, existindo somente agente comunitário de saúde.

Quando questionados sobre a energia elétrica 34 (53,97%) relataram que tem na comunidade e 29 (46,03%) disseram que não. Com relação à internet, apenas 3 (4,76%) têm acesso à internet, sendo que 60 (95,24%) residências não têm nenhum tipo de acesso a esse meio de comunicação, conforme Tabela 17.

Bloco V – Situação de saúde

Quanto a situação de saúde dos indivíduos entrevistados, a maioria considera o seu estado de saúde como “Bom”, representando 35 (55,56%) da amostra e apenas 4 (6,35%) descrevem como “ruim”, os que consideram como “regular”, são 24 (38,1%), conforme a Tabela 18. Quando questionados se tiveram algum atendimento de saúde no último ano, 34 (54,84%) relataram que sim e 28 (45,16%) disseram que não.

Tabela 18. Estado geral de saúde de indivíduos que residem em duas comunidades quilombolas do município de Santarém.

Variáveis	n	%	p-valor*
De um modo geral, como você considera o seu próprio estado de saúde?	63	100	<0.0001
Bom	35	55,56	
Regular	24	38,1	

Ruim	4	6,35	
Teve algum atendimento de saúde no último ano?	62	100	0.5254
Sim	34	54,84	
Não	28	45,16	
Se sim, que profissional?	34	100	<0.0001
Médico	13	38,24	
Médico/ Enfermeiro	4	11,76	
Médico/ Enfermeiro/ Psicólogo/ Nutricionista	1	2,94	
Enfermeiro	15	44,12	
Dentista	1	2,94	
Alguém da sua família teve algum atendimento de saúde no último ano?	59	100	0.6025
Sim	27	45,76	
Não	32	54,24	

*P-valor qui-quadrado

Dos que tiveram algum atendimento em saúde, relataram terem consultado com a enfermagem (n=15; 44,12%), seguido das consultas médicas, (n=13; 38,24%), com o médico e a enfermagem (n=4; 11,76%), com Médico/ Enfermeiro/ Psicólogo/ Nutricionista (n=1; 2,94%) e com odontólogo (n=1; 2,94%) , conforme tabela 18.

Acerca dos atendimentos em saúde realizados por algum familiar, no último ano, 27 indivíduos relataram que algum familiar procurou o serviço de saúde, o que corresponde a 45,76%, já os que responderam não, foi 32 (54,24%) indivíduos, sendo que o familiar que procurou atendimento reside com o entrevistado (Tabela 18).

Quanto ao motivo que levou a busca por atendimento em saúde, 11 (28,95%) relataram que realizaram consulta ginecológica, seguido de dor de cabeça/desmaio/labirintite (n=5; 13,16%), vacina/consulta rotina (n=5; 13,16%),

hipertensão/Diabetes (n=5; 13,16%), dor nas costas/musculares/articulações (n=4; 10,53%), entre outros apresentados na Tabela 19.

Tabela 19. A motivação para procura de atendimento em saúde de residentes em duas comunidades quilombolas ribeirinhas do município de Santarém.

Variáveis	n	%
Qual o motivo pelo qual buscou atendimento em saúde	38	100
Dor de cabeça/ desmaio / labirintite	5	13,16
Dor nas costas/ musculares/ articulações	4	10,53
Vacina/ Consulta de rotina	5	13,16
Tosse/ Virose	2	5,26
Trato gastrointestinal	3	7,89
Alterações dermatológicas	1	2,63
Consulta ginecológica	11	28,95
Hipertensão e diabetes	5	13,16
Hérnia	1	2,63
Acidente ofídico	1	2,63

Na Tabela 20 foi discriminado o local onde os atendimentos em saúde foram realizados, no primeiro questionamento, se o atendimento foi na comunidade ou não, somente 5 (14,71%) relataram que tiveram algum atendimento local, 29 (85,29%) tiveram que realizar deslocamento para atendimento em saúde. Quando a informação solicitada foi sobre esse local de atendimento, 25 (73,53%) informaram que procuraram algum serviço na zona urbana do município, podendo ser tanto a unidade básica, como a unidade de pronto atendimento e hospitais, 6 (17,65%) fizeram algum atendimento na zona rural do município, em serviço público, podendo ser na comunidade em que

reside ou em comunidades próximas, ou em que reside algum familiar, 3 (8,82%) tiveram seu atendimento em clínica particular.

Tabela 20. atendimentos em saúde relatados pelos quilombolas residentes em duas comunidades do município de Santarém.

Variáveis	n	%	p-valor*
O atendimento foi na comunidade?	34	100	<0.0001
Sim	5	14,71	
Não	29	85,29	
Local de atendimento	34	100	<0.0001
Serviço público – zona urbana	25	73,53	
Serviço público – zona rural	6	17,65	
Clínica particular	3	8,82	
Você teve seu problema atendido?	34	100	<0.0001
Sim	33	97,06	
Não	1	2,94	

*P-valor qui-quadrado

Na Tabela 21, há a descrição dos pontos positivos e negativos relacionados ao atendimento em saúde, no que tange aos pontos positivos, 6 (75%) relataram terem sido bem atendidos, 1 (12,5%) ter recebido medicação após atendimento e 1 (12,5%) que a unidade básica de saúde foi construída recentemente, e tem uma boa estrutura.

Com relação aos pontos negativos, 6 (60%) relataram demora tanto na marcação como na espera de atendimento em saúde, 2 (20%) descreveram como ponto negativo a insuficiência de recursos humanos para atendimento, 1(10%) expõe a falta de insumos e 1 (10%) diz que a estrutura do posto não é

adequada para a demanda que recebe, pois a unidade é responsável por atender 3 bairros.

Tabela 21. Pontos positivos e pontos negativos dos atendimentos em saúde relatados pelos quilombolas residentes em duas comunidades do município de Santarém.

Variáveis	n	%
Pontos positivos		
Bom atendimento	6	75
Entrega de medicação	1	12,5
Infraestrutura	1	12,5
Pontos negativos		
Demora na marcação de consultas e no atendimento	6	60
Falta de insumos	1	10
Infraestrutura não está adequada para demanda	1	10
Insuficiência de recursos humanos	2	20

Quando questionados sobre o uso de medicação de forma contínua, 17 (27,42%) relataram fazer uso e 45 (72,58%) não. Das medicações mais citadas, a maioria é relativa ao tratamento da hipertensão (n=10; 45,47%), seguida das medicações para tratamento da diabetes (n=5; 22,73%), como consta na Tabela 22.

Tabela 22. Medicação de uso contínuo relatada pelos quilombolas residentes em duas comunidades do município de Santarém.

Variáveis	n	%	p-valor*
Você toma algum remédio regularmente?	62	100	0.0006

Sim	17	27,42
Não	45	72,58
Se sim, qual?	22	100
Losartana	6	27,27
Anlopidino	1	4,55
Captopril	1	4,55
Propranolol	1	4,55
Antenolol	1	4,55
Histamin	2	9,09
Metformina	3	13,64
Glibendamida	2	9,09
Anticoncepcional	1	4,55
Amitriptilina	1	4,55
Gadernal	1	4,55
Magnésio	1	4,55
Vitamel	1	4,55

*P-valor qui-quadrado

Com relação a utilização de chás, ervas ou outras práticas alternativas, 52 (83,87%) fazem uso de alguma planta ou erva para curar algum agravo em saúde, sem procurar atendimento com profissional de saúde e 10 (16,13%) não fazem uso de nenhuma prática alternativa, procuram atendimento em algum serviço de saúde, ou espera o corpo se recuperar naturalmente (Tabela 23).

Tabela 23. Utilização de medicina alternativa por quilombolas residentes em duas comunidades do município de Santarém.

Variáveis	n	%	p-valor*
Quando você adoece faz uso de chás, ervas, ou procura benzedeira?	62	100	<0.0001
Sim	52	83,87	
Não	10	16,13	

*P-valor qui-quadrado

Das práticas alternativas citadas na Tabela 23, a utilização mais frequente é relativa ao uso de chás, sendo mais utilizado o chá de Cidreira (n=23; 24,73%), seguido do chá de Capim Santo (n=21; 22,58%), o de Hortelã (n=9; 6,68%), o chá de Boldo com (n=8; 8,60%), o Chá de folha de goiabeira (n=3; 3,23%), o Chá de Carmelitana, o de Mastruz, de alho, o de Erva doce e de folha ou casca do pau de Graviola (n=2; 2,15%) e os demais só tiveram uma citação (Tabela 24).

Tabela 24. Práticas alternativas para tratamento de problemas de saúde usados pelos quilombolas residentes em duas comunidades do município de Santarém.

Variáveis	n	%	Variáveis	n	%
Chá de alho	2	2,15	Chá de folha de goiabeira	3	3,23
Manjerição	1	1,07	Chá de folha do limão	1	1,07
Chá Erva doce	2	2,15	Salva do Marajó	1	1,07
Jucá	1	1,07	Chá da folha ou casca do pau de graviola	2	2,15
Chá de Cidreira	23	24,73	Chá de preciosa	1	1,07
Chá de Flor de mamoeiro	1	1,07	Mangarataia	1	1,07
Chá de Hortelã	9	9,68	Chá de arruda	1	1,07
Chá de marupazinho	1	1,07	Água da casca de Ipê Roxo	1	1,07

Chá de Capim Santo	21	22,58	Mel de abelha com banha de sucuri	1	1,07
Sara Tudo	1	1,07	Chá de Carapanauba	1	1,07
Chá de folhas de insulina	1	1,07	Chá de Carmelitana	2	2,15
Chá de Casca de laranja	1	1,07	Mastruz	2	2,15
Chá de Boldo	8	8,60	Jambu	1	1,07
Chá de casca de castanha do Pará	1	1,07	Paracetamol	1	1,07
Andiroba	1	1,07	Total	93	100

Para avaliação das questões gerais de saúde, foi realizada perguntas inespecíficas, que pudessem direcionar a agravos em saúde (Tabela 25). Dos questionamentos realizados, um deles foi se tinha dores de cabeça frequentemente, onde 27 (42.86%) indivíduos relataram que sim e 36 (57.14%) que não. Sobre a falta de apetite, apenas 12 (19,05%) fizeram esse relato, e 51 (80.95%) disseram que não. Quanto a sentir-se nervoso, tenso ou preocupado, a maioria relatou que sim (n=35; 55,56%).

Na Tabela 25, sobre a questão de problemas digestivos, 16 (25,81%), disseram sofrer com esse problema. Quanto as dores nas costas com frequência 31 (51,67%) participantes relataram não ter essa queixa.

Tabela 25. Questões gerais para avaliação de saúde dos quilombolas residentes em duas comunidades do município de Santarém.

Variáveis	n	%	p-valor*
Tem dores de cabeça frequentemente?	63	100	0.3135
Sim	27	42,86	
Não	36	57,14	
Tem falta de apetite?	63	100	<0.0001

Sim	12	19,05	
Não	51	80,95	
Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	63	100	0.4497
Sim	35	55,56	
Não	28	44,44	
Tem má digestão?	62	100	0.0002
Sim	16	25,81	
Não	46	74,19	
Tem dores nas costas com frequência?	60	100	0.8973
Sim	29	48,33	
Não	31	51,67	

*P-valor qui-quadrado

Na Tabela 26, foi descrito alguns parâmetros que podem indicar algum grau de depressão. Sobre a dificuldade de realizar as suas atividades diárias, nota-se que 16 (25,81%) expuseram que sim, se tem perdido interesse pelas coisas, 7 (11,11%) relatam que algum tempo estão sem vontade para coisas que antes eram comuns fazer no seu dia a dia. Quanto a questão, se tem se sentido triste ultimamente 19 (30,16%) expuseram que sim, com dificuldade para realização de suas atividades diárias, devido a tristeza fora da normalidade. Sobre a sensação de cansaço o tempo todo, 18 (28.57%) tiveram essa queixa.

Tabela 26. Avaliação de sintomas depressivos em quilombolas residentes em duas comunidades do município de Santarém.

Variáveis	n	%	p-valor*
Encontra dificuldade de realizar suas tarefas diárias?	62	100	0.0002
Sim	16	25,81	
Não	46	74,19	

Tem perdido o interesse pelas coisas?	63	100	<0.0001
Sim	7	11,11	
Não	56	88,89	
Sente-se cansado(a) o tempo todo?	63	100	0.0011
Sim	18	28,57	
Não	45	71,43	
Tem se sentido triste ultimamente?	63	100	0.0025
Sim	19	30,16	
Não	44	69,84	

*P-valor qui-quadrado

Na Tabela 27, só uma mulher estava grávida no momento da coleta, o que equivale a 2,5%, e esta faz o acompanhamento desde o primeiro trimestre de gestação (50%), tendo sido avaliada pela enfermeira/médico (50%). Quanto a avaliação da quantidade de filhos, 13 (28,89%) citaram ter de 1 a 2 filhos, 11 (24,44%) tiveram de 3 a 4 filhos e 21 (46,67%) mais de 4 filhos.

Tabela 27. Questionamentos acerca da gravidez e pré-natal de mulheres quilombolas residentes em duas comunidades do município de Santarém.

Variáveis	n	%	p-valor*
Se mulher, A sra. Está grávida no momento?	40	100	<0.0001
Sim	1	2,5	
Não	38	95	
Não sabe	1	2,5	
Se fez acompanhamento de pré-natal, com quantos meses iniciou?			
1º Trimestre	1	50	

2º Trimestre	1	50	
Que profissional avaliou o pré-natal?			
Médico e enfermeira	1	50	
Enfermeira	1	50	
Quantos filhos?	45	100	0.1546
1 a 2	13	28,89	
3 a 4	11	24,44	
Mais de 4	21	46,67	

*P-valor qui-quadrado

Sobre a quantidade de gestações, somente uma mulher ainda não ficou grávida (2,33%), 5 (11,63%) já tiveram uma gestação, 7 (16,28%) relatam 2 gestações, 6 (13,95%) tiveram 3, 6 (13,95%) com 4 gestações, e 5 ou mais gestações tiveram 18 relatos, correspondendo a 41,88% da amostra (Tabela 28).

Tabela 28. Quantidade de gestações relatadas de mulheres quilombolas residentes em duas comunidades do município de Santarém.

Variáveis	n	%
Quantas vezes já ficou grávida?	43	100
0	1	2,33
1	5	11,63
2	7	16,28
3	6	13,95
4	6	13,95
5	3	6,98
6	2	4,65
7	2	4,65

8	3	6,98
9	1	2,33
10	3	6,98
11	1	2,33
12	3	6,98

No que concerne ao histórico pessoal de patologias (Tabela 29), as parasitoses foram as mais citadas (n=25; 20,49%), seguido da hipertensão (n=18; 14,75%).

Tabela 29. Histórico pessoal de doenças de quilombolas residentes em duas comunidades do município de Santarém.

Variáveis	n	%	p-valor*
Câncer	1	0,83	
Doença na coluna ou costas	8	6,56	
Hipertensão ou pressão alta	18	14,75	
Doença nos rins	1	0,83	
Tuberculose	0	0	
Cirrose	0	0	
Depressão	2	1,64	
Diabetes	8	6,56	
Artrite ou reumatismo	7	5,74	
Bronquite ou asma	8	6,56	
Doença do coração	3	2,46	
Malária	2	1,64	
Dengue	12	9,84	

Doença de chagas	0	0	
Leishmaniose	0	0	
Hanseníase	2	1,64	
Leptospirose	0	0	
Hepatite	2	1,64	
Parasitoses	25	20,49	
Infecções sexualmente transmissíveis	2	1,64	
Outra doença	2	1,64	
Alcoolismo	5	4,10	
Não se aplica	14	11,47	
Total	122	100	<0.0001

*P-valor qui-quadrado

A Tabela 30, refere-se ao histórico familiar de patologias, das pessoas que residem com o entrevistado, sendo que 26 (20,47%) responderam que não se aplica, ou por não saberem relatar as patologias que seus familiares já tiveram, ou por não terem tido nenhuma das citadas. Das patologias abordadas, a hipertensão e diabetes foram as mais citadas, com 18 (14,17%) e 16 (12,60%), casos respectivamente, seguida das parasitoses com 12 (9,45%), dengue 9 (7,09%), alcoolismo 8 (6,30%), bronquite ou asma 7 (5,51%) casos.

Tabela 30. Histórico familiar de doenças de quilombolas residentes em duas comunidades do município de Santarém.

Variáveis	n	%	p-valor*
Câncer	3	2,36	
Doença na coluna ou costas	4	3,15	

Hipertensão ou pressão alta	18	14,17	
Doença nos rins	2	1,57	
Tuberculose	0	0	
Cirrose	1	0,79	
Depressão	1	0,79	
Diabetes	16	12,60	
Artrite ou reumatismo	4	3,15	
Bronquite ou asma	7	5,51	
Doença do coração	6	4,72	
Malária	0	0	
Dengue	9	7,09	
Doença de chagas	0	0	
Leishmaniose	0	0	
Hanseníase	1	0,79	
Leptospirose	0	0	
Hepatite	3	2,36	
Parasitoses	12	9,45	
Infecções sexualmente transmissíveis	1	0,79	
Outra doença	5	3,94	
Alcoolismo	8	6,30	
Não se aplica	26	20,47	
Total	127	100	<0.0001

*P-valor qui-quadrado

A Tabela 31, retrata os dados referentes ao histórico vacinal dos entrevistados, onde a maioria (n=60; 95,24%) relatou que tem suas vacinas em dia. Das vacinas citadas, o BCG e Febre Amarela foram as que apresentaram

maiores percentuais 59 (98,33%), seguida da Tríplice viral 58 (96,67%), Hepatite B 57 (95%), DT e Pentavalente 55 (91,67%).

Tabela 31. Dados referentes a vacinação dos entrevistados em duas comunidades quilombolas do município de Santarém.

Variáveis	n	%	p-valor*
Você já foi vacinado?	63	100	<0.0001
Sim	60	95,24	
Não	3	4,76	
Se sim, quais?			
BCG	59	98,33	
Hepatite B	57	95	
Febre Amarela	59	98,33	
Tríplice viral	58	96,67	
DT	55	91,67	
Influenza	46	76,67	
HPV	24	54,55	
Hepatite A	47	78,33	
Pentavalente	55	91,67	

*P-valor qui-quadrado

Com relação a qualidade do sono, a maioria dorme de 4 a 6 horas por noite (n=32; 50,79%), 24 (38,1%) participantes de 8 a 9 horas de sono, 4 (6,35%) mais de 9 horas, 2 (3,17%) de 1 a 3 horas e 1 (1,59%) pessoa relata que não dorme a noite, pois é o horário que trabalha pescando, e dorme de dia (Tabela 32).

Tabela 32. Informações acerca da qualidade do sono dos entrevistados em duas comunidades quilombolas do município de Santarém.

Variáveis	n	%	p-valor*
Você dorme quantas horas por noite?	63	100	<0.0001
1 A 3	2	3,17	
4 A 6	32	50,79	
8 A 9	24	38,1	
Mais de 9	4	6,35	
Pesca a noite e dorme de dia	1	1,59	
Você costuma dormir após o almoço?	61	100	0.6085
Sim	28	45,9	
Não	33	54,1	

*P-valor qui-quadrado

Na Tabela 33, tem os questionamentos acerca do “estado de felicidade” dos entrevistados, dos quais 52 (82,54%) relataram que são felizes. Dos motivos que levam a felicidade, a maioria discorre sobre estar com a família (n=33; 38,37%), seguida da família estar com saúde (n=19; 22,09%), ter saúde (n=12; 13,95%), ter colegas/ amigos (n=9; 10,46%), estar vivo/estar de bem com a vida (n=8; 9,3%), os demais em menores proporções.

Tabela 33. Informações acerca do “estado de felicidade” dos entrevistados em duas comunidades quilombolas do município de Santarém.

Variáveis	n	%	p-valor*
Você é feliz?	63	100	<0.0001
Sim	52	82,54	
Não	0	0	

As vezes	11	17,46	
O que lhe faz feliz?	86	100	<0.0001
Estar com a família	33	38,37	
Estar vivo / Estar de bem com a vida	8	9,30	
Ter saúde	12	13,95	
Família com saúde	19	22,09	
Ter colegas/amigos	9	10,46	
Trabalho	3	3,49	
Ter fé	1	1,16	
Beber cachaça	1	1,16	

*P-valor qui-quadrado

Bloco VI – Padrão de alimentação

A tabela 34 dispõe os dados de consumo de alimentos. Nota-se que a maioria consome feijão algumas vezes por semana (n=44; 69,84%). Com relação ao café 62 (98,41%) consomem café todos os dias, e apenas 1 (1,59%) somente algumas vezes por semana.

Quando questionados sobre o consumo da cerveja (Tabela 34), 24 pessoas responderam que não consomem de nenhuma forma (38,1%), 20 (31,75%) consomem algumas vezes por semana, 13 (20,63%) algumas vezes por mês, 6 (9,52%), sobre o consumo de carne vermelha, 52 (82,54%) pessoas relatam consumir carne vermelha algumas vezes por semana, 7 (1,11%) algumas vezes por mês, 3 (4,76%) todos os dias e 1 (1,59%) nunca consome.

Em relação ao consumo de peixe dos entrevistados, 36 (57,14%) citaram que consomem todos os dias, 26 (41,27%) algumas vezes por semana e 1 (1,59%) algumas vezes por mês. Sobre o consumo de verduras, a maioria 32

(50,79%), relatam que consomem algumas vezes por semana, 25 (39,68%) fazem uso todos os dias, e 6 (9,52%) algumas vezes por mês.

Tabela 34. Informações acerca do padrão de consumo de feijão, café, cerveja, carne vermelha, peixe e verduras pelos entrevistados em duas comunidades quilombolas do município de Santarém.

	Perguntas					
Variáveis	1. Feijão	2. Café	3. Cerveja	4. Carne vermelha	5. Peixe	6. Verduras
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Nunca	1,59 (1)		38,1 (24)	1,59 (1)		
Algumas vezes por ano	1,59 (1)		9,52 (6)			
Algumas vezes por mês	19,05 (12)		20,63 (13)	11,11 (7)	1,59 (1)	9,52 (6)
Algumas vezes por semana	69,84 (44)	1,59 (1)	31,75 (20)	82,54 (52)	41,27 (26)	50,79 (32)
Todos os dias	7,94 (5)	98,41 (62)		4,76 (3)	57,14 (36)	39,68 (25)
p-valor	<0.0001*	<0.0001*	0.0074*	<0.0001*	<0.0001*	0.0002*
Legenda: 1 - Com que frequência o Senhor/ senhora consome feijão? 2 - Com que frequência o Senhor/ senhora consome café? 3 - Com que frequência o Senhor/ senhora consome cerveja? 4 - Com que frequência o Senhor/ senhora consome carne vermelha? 5 - Com que frequência o Senhor/ senhora consome peixe? 6 - Com que frequência o Senhor/ senhora consome verduras? *Diferença estatística significativa.						

Na tabela 35, 41 (65,08%) indivíduos responderam que fizeram uso de frutas algumas vezes por semana, 12 (19,05%) todos os dias, 9 (14,29%) algumas vezes por mês e 1 (1,59%) nunca consome. Acerca do consumo de

frango, a maioria relatou que consome algumas vezes por semana (n=54; 85,71%), com relação ao consumo de farinha, 59(93.65%) relatam que consomem todos os dias.

Tabela 35. Informações acerca do padrão de consumo de frutas, frango, farinha, arroz, refrigerantes e enlatados pelos entrevistados em duas comunidades quilombolas do município de Santarém.

	Perguntas					
Variáveis	1 frutas	2 frango	3 farinha	4 arroz	5 refrigerantes	6 enlatados
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Nunca	1,59(1)	1,59(1)	1,59(1)		6,35(4)	31,75(20)
Algumas vezes por ano		1,59(1)			9,52(6)	26,98(17)
Algumas vezes por mês	14,29(9)	9,52(6)		1,59(1)	38.1 (24)	28,57(18)
Algumas vezes por semana	65,08(41)	85.71(54)	4,76(3)	15,87(10)	46.03 (29)	12,7(8)
Todos os dias	19,05(12)	1,59(1)	93,65(59)	82,54(52)		
p-valor	<0.0001*	<0.0001*	<0.0001*	<0.0001*	<0.0001*	0.1459
Legenda: 1 - Com que frequência o Senhor/ senhora consome frutas? 2 - Com que frequência o Senhor/ senhora consome frango? 3 - Com que frequência o Senhor/ senhora consome farinha? 4 - Com que frequência o Senhor/ senhora consome arroz? 5 - Com que frequência o Senhor/ senhora consome refrigerantes? 6 - Com que frequência o Senhor/ senhora consome enlatados? *Diferença estatística significativa.						

Na Tabela 35, no que concerne ao consumo de arroz, 52 (82,54%) comem todos os dias, e sobre o consumo de refrigerantes, 29 (46,03%) consomem algumas vezes por semana, 20 (31,75%) pessoas relatam que não comem

produtos enlatados, 18 (28,57%) só consomem algumas vezes por mês, 17 (26,98%) algumas vezes por ano, 8 (12,7%) fazem uso algumas vezes por semana.

Bloco VII – Hábitos e estilo de vida

Tabela 36. Informações acerca da prática de atividade física e atividades de lazer dos entrevistados em duas comunidades quilombolas do município de Santarém.

Variáveis	n	%	p-valor*
Você pratica alguma atividade física?	62	100	0.5254
Sim	28	45,16	
Não	34	54,84	
O que você faz no seu tempo livre?			
Assistir TV	2	2,47	
Dormir	15	18,52	
Costurar/ Crochê	7	8,64	
Tecer malhadeira	1	1,23	
Conversar com familiares/ vizinhos	8	9,88	
Ler	12	14,81	
Passear/ visitar amigos e familiares	4	4,94	
Usa a internet	3	3,70	
Ouvir rádio	8	9,88	
Jogar bola	3	3,70	
Desenha	1	1,23	
Cuida da família	9	11,11	
Pescar	1	1,23	

Namorar	2	2,47
Compõe músicas	1	1,23
Ministra aulas de catecismo	1	1,23
Não tem tempo livre	3	3,70

*P-valor qui-quadrado

Na Tabela 36, nota-se que 28 (45,16%) relatam que fazem atividade física. Já quando questionados sobre o que fazem no seu tempo livre, 15 (18,52%) pessoas relataram que dormem, 12 (14,81%) pessoas leem um livro, que em sua maioria citaram leitura da Bíblia, 9 (11,11%) cuidam da família, 8 (9,88%) gostam de ouvir rádio, 7 (8,64%) gostam de costurar/crochê, e as demais atividades são citadas em menores proporções.

Tabela 37. Informações acerca do etilismo em duas comunidades quilombolas do município de Santarém.

Variáveis	n	%	p-valor*
O(a) sr.(a) costuma consumir bebida alcoólica?	61	100	<0.0001
Sim	33	54,1	
Não	27	44,26	
Não sabe	1	1,64	
Com que frequência (a) sr. (a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?	40	100	0.8744
1 a 2 dias por semana	19	47,5	
Menos de 1 dia por mês	21	52,5	
Nos últimos 30 dias, o senhor/ senhora chegou a consumir cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (cinco doses de bebida alcoólica seriam cinco latas de cerveja, cinco taças de vinho ou	42	100	

cinco doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)		0.0001
Sim	16	38,1
Não	24	57,14
Não sabe	2	4,76

*P-valor qui-quadrado

Sobre o etilismo, 33 (54,1%) pessoas relatam consumir bebida alcoólica, 27 (44,26%) dizem não consumir, e 1(1,64%) diz que não sabe se consome. Quando questionados com que frequência consomem álcool, 19 (47,5%) disseram que consomem de 1 a 2 dias por semana, 21 (52,5%) que consomem menos de 1 dia no mês. Acerca da quantidade de consumo nos últimos 30 dias, se consumiu 5 doses ou mais, 16 (38,1%) pessoas relataram que sim, 24 (57,14%) que não e 2 (4,76%) não souberam responder (Tabela 37).

No que concerne ao tabagismo, na Tabela 38, quando questionados se fumavam, 1 (1,92%) respondeu que fuma diariamente, 5 (9,62%) que fumam, mas não diariamente, e 46 (88,46%) que não fumam. E acerca da quantidade de cigarros que fumam ao dia, 3 (60%) relatam que fumam menos de 1, 1 (20%) que fuma de 1 a 4 cigarros, e 1 (20%) que fuma de 5 a 9 por dia. Dos que relataram que não fumam atualmente, foram questionados se já fumaram antes, e 2 (4,76%) relataram que sim, diariamente, 9 (21,43%) que já fumaram, mas não diariamente e 31 (73,81%) que nunca fumaram.

Tabela 38. Informações acerca do tabagismo em duas comunidades quilombolas do município de Santarém.

Variáveis	N	%	p-valor*
Atualmente, o(a) Sr.(a) fuma?	52	100	<0.0001
Sim, diariamente	1	1,92	

Sim, mas não diariamente	5	9,62	
Não	46	88,46	
Se sim quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma por dia?			
Menos de 1	3	60	
1 a 4	1	20	
5 a 9	1	20	
Se o sr. Não fuma atualmente, já fumou no passado	42	100	<0.0001
Sim, diariamente	2	4,76	
Sim, mas não diariamente	9	21,43	
Não	31	73,81	

*P-valor qui-quadrado

Bloco VIII – Avaliação da Composição Corporal

Na Tabela 39, estão inseridos os dados acerca da avaliação corporal. Quanto ao IMC, a maioria foi enquadrada dentro da normalidade (n=46; 73,02%), 9 (14,29%) foram classificados como baixo peso, e 8 com obesidade (12,7%). Sobre o percentual de água corporal, 47 (74,60%) estava dentro dos parâmetros de normalidade, 8 (12,7%) abaixo do valor de normalidade e 8 (12,7%) acima do valor de normalidade.

Tabela 39. Avaliação do índice de massa corporal, percentual de água corporal e percentual de gordura corporal em indivíduos quilombolas de duas comunidades do município de Santarém.

Variáveis	n	%	p-valor*
IMC	63	100	<0.0001

baixo peso	9	14,29	
normal	46	73,02	
acima do peso	8	12,7	
% de água	63	100	<0.0001
Normal	47	74,60	
Abaixo do valor de normalidade	8	12,70	
Acima do valor de normalidade	8	12,70	
% de gordura corporal – Homem	19	100	0.0001
Muito elevado	15	78,95	
Elevado	3	15,79	
Normal	1	5,26	
% de gordura corporal – Mulher	44	100	0.0009
Muito Baixo	6	13,64	
Baixo	3	6,82	
Normal	19	43,18	
Elevada	5	11,36	
Muito elevada	11	25	

*P-valor qui-quadrado

Quanto a gordura corporal no homem, notou-se que 15 (78,95%) estavam na classificação muito elevada, 3 (15,79%) elevada e 1 (5,26%) estava com valores dentro da normalidade, no que concerne ao percentual de gordura corporal das mulheres, 19 (43,18%) estavam dentro dos parâmetros de normalidade, 11 (25%) estavam muito elevada, 5 (11,36%) elevada, 6 (13,64%) muito baixo, e 3 (6,82%) baixo (Tabela 39).

O gráfico 1, demonstra a comparação do percentual de gordura, pela idade dos indivíduos incluídos na amostra, de acordo com o sexo, onde ser percebido que algumas pessoas estão abaixo ou acima da linha desejável para

o percentual de gordura, além do que os piores índices foram encontrados dentre a população adulto jovem.

Gráfico 1. Evolução do % de gordura corporal pela idade, estabelecendo uma comparação sexo masculino versus sexo feminino.

*1- sexo Masculino e 2- sexo feminino

Fonte: Coleta de dados, 2019

Tabela 40. Valores médios ± Desvios padrão das variáveis obtidas pela bioimpedância de indivíduos quilombolas de duas comunidades do município de Santarém.

Variáveis	Homem	Mulher
Peso	69,32±8,43	64,04±13,67
% de gordura corporal	29,43±4,28	25,95±7,01
% de água corporal	51,44±3,09	54,16±5,12
% de massa Muscular	34,17±1,58	34,90±2,95

% de massa Óssea	6,58±0,23	6,59±0,28
------------------	-----------	-----------

Na Tabela 40, foi realizada uma comparação das variáveis da composição corporal entre homens e mulheres, em que os homens têm peso maior, mas com menor variação. A respeito do percentual de gordura corporal os homens também apresentaram a maior média. Quanto ao percentual de água corporal, as mulheres apresentaram maior média e maior dispersão dos dados, o mesmo ocorreu para o percentual de massa muscular, já quando a avaliação foi acerca do percentual de massa óssea as medidas entre os 2 permaneceram pareadas, não demonstrando grande variação.

Gráfico 2. Evolução do % de massa muscular, ao decorrer da idade, em comparação sexo masculino versus sexo feminino

*1- sexo Masculino e 2- sexo feminino

Fonte: Coleta de dados, 2019

O gráfico 2, demonstra a comparação do percentual de massa muscular, pela idade dos indivíduos incluídos na amostra, de acordo com o sexo, sendo percebido que uma mulher acima de 60 anos, se destaca pelo baixo percentual de massa muscular, mas a maioria está dentro na normalidade, e algumas mulheres demonstram intensiva prática de exercícios com percentual acima de 40, já os homens todos estão dentro do padrão de normalidade.

Acerca da modelagem estatística para avaliação dos determinantes sociais em saúde, foi aplicado a regressão logística e regressão de Poisson, com a seleção de cinco desfechos, o primeiro tratou sobre a autoavaliação em saúde, os demais trataram da morbidade referida, Bronquite, Hipertensão arterial, Diabetes e Parasitoses.

Tabela 41. Razão de chances (OR) do desfecho autoavaliação em saúde segundo questões de saúde.

Variáveis	n	OR	IC 95%	p-valor*
Sentir-se nervoso	60	-0,166	0,035-0,779	0,023
Utilização de chás e ervas	60	15,416	1,533-155,064	0,020
Dores de cabeça	60	-0,150	0,032-0,701	0,016

*P-valor qui-quadrado

A tabela 41, apresenta a razão de chances (OR) das variáveis que permaneceram associadas ao desfecho de interesse (autoavaliação em saúde), através da regressão logística. Após aplicação do modelo proposto no estudo, o resultado encontrado, foi que as pessoas que relatam sentir-se nervosas, tensas ou preocupadas e aquelas que têm dor de cabeça com frequência, estão associadas a uma autoavaliação de saúde negativa, e a utilização de práticas alternativas para tratamento em saúde, como a utilização de chás e ervas está associada a uma autoavaliação positiva em saúde. As demais variáveis referentes as condições socioeconômicas, padrão alimentar, estilo de vida e

avaliação de bioimpedância não foram inseridos no modelo final, por não terem associação significativa ao desfecho autoavaliação de saúde.

A tabela 42, apresenta a razão de prevalência (RP) das variáveis que permaneceram associadas ao desfecho morbidade referida, no que tange a Bronquite, através da regressão de Poisson, tendo no modelo final uma associação com a escolaridade até o ensino fundamental, sintomas inespecíficos como falta de apetite e ter se sentido triste ultimamente, as demais variáveis não tiveram associação significativa.

Tabela 42. Razão de prevalência (RP) do desfecho de morbidade referida (Bronquite) segundo escolaridade e questões de saúde.

Variáveis e categorias	n	RP	IC 95%	p-valor*
Escolaridade				
Analfabeto	2	2,410	2,228-2,591	<0,001
Ens. fundamental	35	1,535	1,440-1,630	<0,001
Sintomas Inespecíficos				
Falta de Apetite	10	0,127	0,082-0,172	<0,001
Têm se sentido triste ultimamente	17	0,254	0,193-0,316	<0,001
Você toma remédio regularmente?				
Sim	14	0,333	0,247-0,420	<0,001

*P-valor qui-quadrado

Acerca das variáveis que permaneceram associadas ao desfecho de morbidade referida, Hipertensão arterial, foi avaliada a OR através da regressão logística, tendo associação positiva somente com o questionamento sobre o uso contínuo de alguma medicação (OR=8,194; IC95% 1,453-46,202; p=0,017).

A tabela 43, apresenta a RP das variáveis que permaneceram associadas ao desfecho morbidade referida, no que tange as parasitoses, através da regressão de Poisson, apresentando uma associação aos anos de estudo, sintomas inespecíficos como a dor de cabeça, e a fonte de água usada para consumo. Sobre o desfecho de morbidade referida, Diabetes, foi encontrado uma associação ao estado civil viver sozinho (RP= -0,377; IC95% -0,658-0,097; p=0,008).

Tabela 43. Razão de prevalência (RP) do desfecho de morbidade referida (Parasitoses) segundo aos anos de estudo, sintomas inespecíficos e fonte de água para consumo.

Variáveis categorias	e n	RP	IC 95%	p-valor*
Anos de estudo				
1	8	0,409	0,143-0,676	0,003
2	5	0,416	0,003-0,830	0,048
3	17	0,311	0,130-0,492	0,001
4	12	0,399	0,178-0,620	<0,001
Sintomas inespecíficos				
Dor de cabeça	27	0,258	0,107-0,408	0,001
Água consumo				
Rio	31	-0,434	-(0,607-0,262)	<0,001
Poço	16	0,393	0,038-0,748	0,030

*P-valor qui-quadrado

7.3 Discussão Eixo 2 – Inquérito de saúde

Segundo o IBGE (2019), em 1996, na área urbana do município de Santarém a média de habitantes por domicílio era 4.97, já na zona rural 5.22, quando comparados a estatística do estado do Pará esse quantitativo era menor, zona urbana com 4.79, e zona rural com 4.96. Em 2019, mais de 20 anos depois, a média reduziu para 3.4 no estado do Pará, e nas comunidades selecionadas a média foi 4.06, não sendo possível comparar com dados anteriores destas comunidades, por não se ter disponível na literatura essa informação.

Analisando os dados coletados, apesar de a média de habitantes por domicílio ser 4,06, 53,96% tinham mais de 4 pessoas por residência, e destes 17 (26,98%) tinham 6 pessoas ou mais, demonstrando que em regiões mais afastadas esse quantitativo é maior que a média nacional e regional, o que corrobora com os dados do IBGE (2019), pois foi percebido que o fator raça é determinante na quantidade de filhos, aliado ao local de residência (zona rural), esses dados podem ser confirmados com o estudo de Freitas et al. (2018), que informa que dos domicílios pesquisados, cerca de 78,46% tinham de 1 a 5 pessoas, 18,46% de 6 a 10, e 3,08% de 11 a 15 pessoas,

Em uma comunidade ribeirinha do Amazonas, com condições similares as populações estudadas, observaram que em 1991, a média de filhos era de 7,12, em 2000, foi 3.93, já em 2010, a média ficou em 3,15, demonstrando um efeito decrescente ao longo dos anos (Gama et al., 2018), mas mesmo assim quando se comparou com as comunidades quilombolas avaliadas, a realidade vivenciada em Santarém, parece ser diferente, já que 46,67% relatam ter mais de 4 filhos.

Este fato deve-se em parte aos fatores culturais, onde o papel da mulher era visto como a responsável pela procriação, cuidados com o lar e com a família. Contudo, com a globalização, as conquistas e concepções das mulheres acerca do mercado de trabalho mudaram a relação com seus pares, e a taxa de fecundidade foi reduzindo ao longo dos anos, sendo inversamente proporcional

a quantidade de anos de estudo (Patias & Buaes, 2009, Escobar, 2019), como pode ser percebido na síntese de indicadores sociais da Pesquisa Nacional por amostra de domicílios (Pnad) de 2009.

Outros fatores de suma relevância neste contexto é que em comunidades rurais, em geral, as práticas de subsistência são realizadas, em sua maioria, pelos homens, como a caça, a pesca, criação de animais (porco, galinha), plantação (horticultura, árvores frutíferas, entre outros), aliado a isto, a falta de energia regular, dificuldade de acesso à internet e outros meios de comunicação, favorecem ao aumento da taxa de fecundidade (Escobar, 2019).

Quanto ao fator idade a maioria dos entrevistados estão na faixa de atividade produtiva, entre 18 a 53 anos, o que corresponde 67,74% dos entrevistados, dados similares ao encontrados em outra comunidade quilombola do estado do Pará, citada por Freitas et al. (2018), onde 78,46%, estão nessa faixa de idade. Quando questionados se desenvolviam alguma atividade laboral, somente 59,02% responderam que sim. Dos que relataram não ter atividade laboral, em sua maioria mulheres, era justamente por se dedicarem as atividades do lar, e algumas disseram que tem atividades como crochê/artesanato, mas que seus produtos não são para comercialização, e sim uma atividade para “passar tempo”. Contrapondo a essa realidade, Gama et al. (2018), relataram que somente 20,9% assinalaram não ter alguma atividade laboral, 63,2% atuavam na agricultura e pesca, 12 % eram funcionários públicos e 3,9% com outras atividades.

No Brasil (IBGE, 2020), acerca do sexo, em 2019, 51,1% eram mulheres, e os homens 48,9%, já no Pará essa realidade muda um pouco, onde só 49,84% eram mulheres e 50,16% homens, e quando se avalia nas comunidades selecionadas, 69,84% eram mulheres, e 30,16% homens, sendo estatisticamente significativa ($p=0.0025$). Freitas et al. (2018) citam em seu estudo informações parecidas, onde em uma comunidade quilombola nas

proximidades da capital do estado do Pará, 67,69% da população era do sexo feminino.

Com relação a cor, 61 indivíduos informaram ser negros, o que corresponde a 96,83%, este fato se deve, por só ter sido inserido na amostra as residências cadastradas na associação de remanescentes de quilombo da área selecionada, então mesmo que tenha sido entrevistado indivíduo que não seja negro, este é o cônjuge ou tem relação de parentesco com um negro cadastrado na associação, o que corresponde a 3,18% da amostra. No estudo de Freitas et. al. (2018), somente 81,54% se auto intitulava preto e 18,46% relataram serem pardos, esta descrição é percebida em comunidades quilombolas, pois os pardos possuem ascendência étnica de mais de um grupo, dentre estes os negros (Suarez-Kurtz et al., 2007), apesar de em algumas análises do IBGE (2020), os pardos e pretos serem usados para avaliação em populações quilombolas.

No que concerne ao estado conjugal atual, 33,33% relataram que vivem sozinhos, 63,49% que vivem acompanhados, e 3,17% não quiseram informar, corroborando com os estudos de Gama et al. (2018) e Bezerra et al. (2015; PROJETO COMQUISTA).

Dupre e Nelson(2016) descrevem em seu estudo as implicações do estado civil na manutenção do estado de saúde, demonstrando que casamentos duradouros funcionam como um fator protetor para o desenvolvimento de doenças, por promover estabilidade econômica, comportamental e estilo de vida mais saudáveis, esta temática vem sendo constantemente abordada com intuito de entender como as relações sociais influenciam no processo saúde-doença. (Ahmad et al., 2019; Roubion, R. et al., 2016; Dupre & Nelson, 2016; Alamanda et al., 2014; Barbash et al., 2013)

Quanto a religião, 59 pessoas informaram ser católicas, o que corresponde a 95,16% da amostra, apenas 2 evangélicos e 1 da Assembleia de Deus. Alguns autores explicam que apesar de ser relatado nas comunidades

quilombolas, a opção pelo catolicismo, ainda há presença de elementos de religiões de matriz africana, como o candomblé, sendo associados os Orixás as divindades católicas, isto porque, historicamente quando os negros vieram para o Brasil, foram proibidos de expressar sua religião, neste momento então precisaram adaptar sua cultura para manter suas crenças, que é discutido por alguns autores como sincretismo religioso (Valentim, 2008; Ferretti, 1998). Nas falas dos sujeitos, temos como exemplos de elementos em que ainda há a manutenção das crenças afrodescendentes, as simpatias, as benzedeadas/parteiras e/ou pai de santo (Santos, 2009).

Acerca da escolaridade, Maldonado (2008) dispõe que em comunidades rurais, além de não ter acesso as séries mais avançadas, quando há escassez de recursos financeiros, a família necessita da criança/adolescente para atividades laborais, gerando complementação de renda, principalmente quando não há acesso a programas sociais, confirmando com dados expostos no estudo de Mussi et al. (2018), por exemplo, que 10,7% da população quilombola abordada em seu estudo são analfabetos.

No Estado do Pará, segundo IBGE (2019), no que concerne ao nível de instrução de pessoas com 25 anos ou mais, 7,9% eram analfabetos, 39% apresentavam ensino fundamental incompleto, 7,7% tinham o fundamental completo, 5,8% o ensino médio incompleto, 25,7% o ensino médio completo, 3,2% o ensino superior incompleto e 10,7% o ensino superior completo. Quando comparado a comunidade avaliada em Santarém, somente 3,17% informaram não ter nenhum nível de instrução, 61,9% apresentavam ensino fundamental completo e incompleto, 31,75% ensino médio completo e incompleto e 3,17% ensino superior completo e incompleto, este é um dado relevante a ser avaliado por ser um indicador de acesso ao sistema educacional, onde as pessoas residentes em comunidades mais afastadas têm dificuldade em ingressar no nível superior, por qualidade do ensino ofertado e pela dificuldade financeira para manutenção de domicílio nos centros urbanos (Oliveira et al., 2016).

Gama et al. (2018) dispõe que 9.7% de sua população é analfabeta, 29.7% estudaram de 1 a 4 anos, 29.1% de 5 a 9 anos e 31.5% estudaram mais de 10 anos, e apesar de ser dados de uma comunidade ribeirinha, pode-se perceber que os índices das comunidades avaliadas corroboram com o estudo proposto, onde a maioria das pessoas que vivem mais isoladas/quilombolas apresentam nenhum ou pouca escolaridade predominante (analfabetos e ensino fundamental - até 8-9 anos de estudo). No estudo de Silva et. al. (2016), 76.8% da população quilombola estudou de 0 a 4 anos, e apenas 23.2% estudou mais de 4 anos, este é um dado de suma relevância, que demonstra as iniquidades vivenciadas por estas populações, ainda mais quando estas são distantes dos centros urbanos, as condições tornam-se ainda mais precárias.

Quando se avalia os dados das comunidades abrangidas pelo projeto, somente 34,92% conseguiram cursar o ensino médio, e em alguns casos nem conseguiram finalizar, demonstrando a dificuldade de acesso a escolarização. Chae et al. (2020) descreve que o acesso a séries mais avançadas favorece a uma conscientização acerca dos seus direitos e deveres, e consequentes melhorias a nível individual e no contexto social.

E mesmo quando se tem acesso as séries mais avançadas, outro questionamento é quanto ao aprendizado desses indivíduos, um estudo de Filmer et al. (2020) relata que estudantes de países diferentes que concluíram as mesmas séries tem resultado de aprendizagem muito diferentes, ou seja “escolaridade não é mesmo que aprender” (Ocde, 2016; Banco Mundial, 2018, Kaffenberger, Pritchett, 2017), isso se deve pelas realidades diferentes a que estão expostos.

Além disso, as crenças e conhecimentos dos professores são fatores que interferem de modo significativo no processo de ensino aprendizagem, e a educação em áreas rurais são adaptadas as peculiaridades do local, como clima, ciclo produtivo, escassez de recursos tecnológicos, portanto o plano pedagógico deve contemplar atividades que oportunizem melhores condições de

aprendizagem, e as vezes faz-se necessário atrasar conteúdo para que todos consigam acompanhar o que é repassado. (Arroyo et al., 2011; Ghedin et al., 2012)

Esse processo pode de certa forma atrasar o aprendizado, já que pesquisas têm demonstrado que quanto pior o poder aquisitivo, as condições de aprendizagem também são ruins, pois a condição nutricional afeta consideravelmente a aprendizagem, podendo gerar um déficit de atenção, e como os professores têm que balizar a oferta de conteúdo de acordo com a velocidade de aprendizado da maioria, por vezes esse ensino fica deficitário e superficial. (Ramalho et al, 2018; Shareghfarid et al., 2020)

Avaliando essas necessidades diferentes a que estão expostos, pode-se perceber que o ensino em grandes centros têm variações significativas quando se avalia a educação do campo (Saravali, 2008), não somente em conteúdo, mas em questões políticas e sociais que podem estimular a busca por melhores condições, pois o professor do campo não consegue, em alguns casos, manter-se atualizado pela distância e dificuldade de acesso aos centros urbanos, falta de recursos tecnológicos que favoreçam a aprendizagem, alunos que são aprovados ano a ano, por vezes sem condições mínimas, como por exemplo na alfabetização, foram relatos recorrentes entre os entrevistados, onde 69,35% disseram ter estudado até 4 anos.

Com relação a renda familiar, a maioria das famílias tem uma renda familiar inferior a R\$1500,00, sendo relatado por 79,03% dos entrevistados. No Brasil, em 2019, a renda média foi R\$ 1439,00 e no Pará de R\$ 806,76 (IBGE, 2019), o que demonstra a condição de pobreza e vulnerabilidade vivenciada nessas comunidades avaliadas. Quando comparados os dados do estudo a Figura 6, pode-se perceber que 38,71% da amostra está classificada como extremamente pobre, 40,32% entre pobres e vulneráveis, 4,84% entre vulneráveis e classe média baixa, 1,61% classe média e apenas 14,52% estavam enquadrados em classe média alta.

Figura 6. Estimativas realizadas pelo Plano CDE com base na PNAD 2019 (IBGE).

Fonte: <https://impacto.voxcapital.com.br/estrategias-de-investimento/tese-de-investimento/> Acesso em 20/07/2020

Silva et al. (2016) acerca da renda per capita em uma comunidade quilombola, destaca que 30% de sua população não tem nenhuma renda, 61.1% até meio salário mínimo e 8.9% acima de meio salário mínimo. Oliveira et al. (2014) também expõe sobre a insuficiência de renda entre os quilombolas, onde 74.7% recebiam menos de meio salário mínimo, e 25,3% mais de meio salário mínimo, confirmando as vulnerabilidades sociais vivenciadas entre os quilombolas.

Quanto a caracterização das condições de moradia, a maioria relata que a casa é de madeira (71,43%), isto se deve porque no período de cheia do rio as comunidades ficam alagadas, então as construções são feitas em palafitas, para evitar que as casas sejam arrastadas pelas correntezas do rio, como pode ser percebido nas figuras 7 e 8. Está é uma realidade das construções em comunidades ribeirinhas quilombolas da Amazônia Paraense, que diverge de comunidades quilombolas localizadas em áreas urbanizadas, como é o caso do estudo de Freitas et al.(2018), que 82,31% das casas são construídas em

alvenaria, 16,15% em madeira, e 1,54% em barro, bem como exposto por Pinho et al.(2015), onde as casas em duas comunidades quilombolas de Minas Gerais são construídas em alvenaria (89,4%).

As construções nessas áreas de várzea, como mostra a figura 7 e 8, oferecem vulnerabilidades (Figueiredo, 2020), principalmente na época das chuvas, onde pode ocorrer inundações além das previstas, e essas pessoas muitas vezes não tem como se deslocar, e para onde ir. Outro ponto que deve ser levado em conta na Amazônia, são os fenômenos de terras caídas, Bandeira (2005) coloca que a “erosão fluvial é causada pelas águas dos rios, principalmente na época das cheias, sendo responsável pelo desmoronamento ou escorregamento das margens, que arrastam uma grande quantidade de solo”, e dependendo da velocidade dessa erosão, e da distância das casas da margem do rio, as construções podem ser levadas com o processo erosivo.

Nos domicílios, apenas 19,05% tem suas casas construídas em alvenaria, e estas em geral são realizadas em áreas mais elevadas, e há casas construídas parte em madeira e parte em alvenaria, correspondendo a 9,52% da amostra, como por exemplo na figura 9, onde foi construída uma fossa séptica, para que houvesse um banheiro dentro do domicílio.

Figura 7. Caracterização das condições de moradia.

Fonte: Coleta de dados, 2019.

Figura 8. Caracterização das condições de moradia.

Fonte: Coleta de dados, 2019.

Figura 9. Caracterização das condições de moradia.

Fonte: Coleta de dados, 2019.

Acerca da água utilizada para consumo, 32 (50.79%) pessoas relataram consumir a água do rio, 16 (25.4%) que retiravam a água do poço, e 15 (23.81%) pessoas do microssistema, sendo que a maioria, independente da forma como coletam essa água, realizavam a cloração (57.14%), filtração (11.11%), fervura (1.59%), outro (4.76%) e sem tratamento (25.4%), comparando com dados de uma comunidade quilombola próxima a zona metropolitana de Belém, Freitas et

al. (2018) relata que a água usada era 42.31% do poço raso, 55.38% do poço artesiano e 2.31% direto do igarapé, ambas não tratadas. Dados do estado do Pará (IBGE, 2019), 43.9% utilizam a água do poço, 49.5% do microssistema, e somente 6.5% consomem de fonte/nascente e/ou rio, similares ao encontrados por Freitas et al. (2018). Pinho et al. (2015) também cita dados análogos ao estudo de Freitas et al. (2018), onde 91.3% das casas não realizam nenhum tratamento da água consumida.

Portanto, percebe-se que apesar dos dados da pesquisa terem dados piores quando se referem a fonte, onde a maioria é retirada do rio Amazonas, que pode levar a várias doenças de veiculação hídrica, nas comunidades avaliadas tem-se uma preocupação maior quanto ao tratamento da água, mesmo que nem sempre o processo escolhido seja eficaz para evitar as contaminações.

Quando questionados se havia cemitério perto do domicílio, 3 pessoas citaram que sim, e apesar de ser um quantitativo pequeno, merece atenção, pois com a decomposição dos corpos, há a formação de necrochorume, e este pode contaminar o solo, que na maioria do tempo ocorre de forma lenta, com a água das chuvas, mas por ser áreas em que parte do tempo ficam alagadas, e as residências próximas utilizarem a água do rio para consumo, podem conter metais pesados, fungos, bactérias, vírus, dentre outros, por isso alguns autores relatam certa preocupação com a manutenção de cemitérios horizontais, pois pode ser um fator desencadeante de problemas de saúde, por isso deveriam se ter estudos mais aprofundados sobre a potabilidade da água para consumo (Kemerich et al., 2014, McGowan, Prangnell, 2015; Rocha, 2017).

Outro questionamento foi se há banheiro dentro da residência, e somente 17 pessoas disseram que sim, a maioria relatou que não, 46 (73.02%), quando comparado aos dados do Pará, em 2019, 87.1% tinham banheiro dentro do domicílio, e no Brasil 97.8%, segundo dados IBGE (2019), mostrando as disparidades de realidades, o estado com menor percentual foi o Acre, com 80.2%, mostrando que a região norte tem os piores índices, justamente pela

dimensão geográfica e vulnerabilidades das populações tradicionais (quilombolas, indígenas e ribeirinhos).

Uma preocupação quanto a esta informação é quanto a utilização da fossa negra, como mostra a figura 10, onde 68,25% pessoas relatam que o destino das fezes e urina é por este meio, sendo que na época das cheias é despejado diretamente no rio. Freitas et al. (2018) relatam que 2,31% da população em seu estudo tem uma fossa rudimentar para escoamento dos dejetos sólidos e líquidos, 66,15% fossa séptica e 31,54% banheiro no fundo do quintal, demonstrando que o descarte dos dejetos ainda é feita de maneira inapropriada, que causa prejuízos a qualidade de água da população.

Michiani & Asano(2019) descrevem em seu estudo, que para entender esse problema é necessário avaliar a constituição histórica dessas populações, a chamada “cultura fluvial”, onde pela baixa escolaridade, condições de moradia e renda, escassez de políticas públicas voltadas para essas áreas, as vulnerabilidades sociais se intensificam, gerando condições de moradia insalubres, com efeitos negativos ao meio ambiente e a qualidade de vida dos habitantes locais.

Figura 10. Banheiro de uma das residências.

Fonte: Coleta de dados, 2019.

Da amostra avaliada, somente 19 residências tinham fossa séptica, o que corresponde a 30,16%, no Pará 50,2% tem esse tipo de esgotamento sanitário. Quanto ao destino do lixo, 69,84% das residências queimam os resíduos produzidos no domicílio comparado ao estado do Pará 20,4% tem essa prática, ficando atrás somente dos estados do Maranhão e do Piauí, regiões com grande quantitativo de pessoas de baixa renda, no Brasil esse percentual é de 7.4%.

Acerca dos equipamentos utilizados no domicílio, 22,53% relatam possuir geladeira, televisão 76,06%, rádio 64,79%, fogão a gás 53,52%, outros 25,35%, contrastando com dados do Pará, que em 2015 segundo dados da Pnad (IBGE, 2019) 90,3% tinham geladeira, 92,99% tinham televisão, 50,25% tinham rádio, e em 2019, 95,5% faziam uso de fogão a gás. Essa diferença, principalmente no que concerne à televisão e geladeira é devido à falta de energia elétrica, sendo utilizada através de gerador, que não tem como ficar ligado por um grande período, por conta do custo dispendioso, o rádio utilizado é a pilha, o que favorece o uso nessas comunidades, e o fogão dependendo da falta de botijão, os comunitários utilizam lenha.

Na comunidade, somente 53,97% tem acesso à energia elétrica, 46,03% não, quando comparado ao estado do Pará, vemos as discrepâncias entre as realidades em um mesmo território, onde 98,7% tem acesso à energia, no Brasil esse quantitativo ainda aumenta para 99,8%. Baiocchi et al. (2009) já demonstrava anos atrás as dificuldades vivenciadas em comunidades quilombolas, através de um diagnóstico situacional de saúde, e mesmo em mais de 10 anos depois, houve poucas mudanças no que concerne as condições socioeconômicas, condições de moradia e infraestrutura de comunidades quilombolas.

Figura 11. Meios de acesso a comunidade

Fonte: Coleta de dados, 2019.

Quanto aos meios de acesso a comunidade (Figura 11 e 12), 71,43% da amostra citaram ser pelo rio, 26,98% através de estrada de terra, e 1,59% por estrada asfaltada (esse morador fez esse relato, pois apesar de residir na comunidade, atualmente está fazendo tratamento de Câncer, por isso parte do tempo mora com familiares na zona urbana do município de Santarém).

Figura 12. Meios de acesso a comunidade

Fonte: Coleta de dados, 2019.

Figura 13. Trânsito no acesso principal a comunidade

Fonte: Coleta de dados, 2019.

Calegare et al. (2013) dispõe em seu estudo as dificuldades de acesso que algumas vezes inviabilizam o deslocamento em comunidades ribeirinhas, dentre os elementos citados, “distâncias extensas, intempéries ambientais, custeios estratosféricos de deslocamento, acomodação”, e outras, como ter que carregar o meio de transporte, como a canoa para atravessar áreas alagadas e depois cruzar um certo percurso de terra, para navegar novamente, entre outros, são fatores que dificultam o deslocamento na época das cheias. Na comunidade acerca do trânsito no acesso principal (Figura 13), 12,9% informaram, que têm dificuldade de deslocamento no período de chuvas, por conta da cheia do rio, e 87,1% relatam que conseguem se deslocar por todo o ano.

Outro questionamento foi quanto aos meios de transporte para acesso aos serviços de saúde e/ou zona urbana, onde houve o relato de que 32,26% utilizam um meio de transporte próprio, 29,03% utiliza barco, 27,42% utilizam ônibus e outro corresponde a 11,29%, e sobre a regularidade do transporte, mais da metade da amostra relata que é mensal, correspondendo a 50,82%, e a maioria expõe que gasta até 60 reais com o transporte para os serviços de saúde e/ou zona urbana. Como grande parte da população é classificada como extremamente pobre, pobre e vulnerável, esse custo pesa no orçamento familiar.

Na comunidade, 92,06% informaram que há escola da educação infantil até o ensino fundamental, e 7,94% disseram que não há escolas na comunidade, essa divergência ocorre pela extensão territorial da comunidade onde vivem, sendo que esse desencontro de informações pode ser por falta de conhecimento acerca de sua existência, mas apesar de ter escola na comunidade essa só disponibiliza até o 6 ano, o que justifica os baixos níveis de escolaridade. Michiani e Asano (2019) descrevem a necessidade de se ter estruturas compatíveis com a demanda nessas comunidades para estimular a escolarização, protegendo a cultura local, e as atividades socioculturais, pois somente com a educação e esclarecimento dos seus direitos e deveres, os indivíduos podem promover mudanças no campo individual e social.

Quanto à existência de unidade de saúde na comunidade, apenas 3 pessoas disseram que sim, mas na verdade tem um agente de saúde e quando necessitam de atendimento eles se deslocam para comunidades próximas ou a zona urbana do município de Santarém, sendo que 95,16% da amostra confirmaram que não existe unidade na comunidade, acerca da internet 4,76% disseram que tem acesso, 95,24% não.

Pavez et al. (2017) descreve em seu estudo os cenários opostos de exposição tecnológica, mostrando que ter acesso a internet, muitas vezes causa um choque cultural, deixando de lado singularidades e aspectos relevantes do contexto rural, mas que quando não há fornecimento de tal recurso, dificulta a mobilidade social e o acesso a informações que podem auxiliar na melhoria da qualidade de vida desses povos, por isso apesar de indicar a sua utilização com cautela, vários autores dispõem que essa experiência da inclusão digital deve ser vivenciada nos diversos contextos, auxiliando inclusive no processo de saúde doença. (Helsper, 2012; Correa, 2016; Correa et al, 2017).

Pavez et al. (2017) dispõe ainda que dependendo do estágio de vida, há uma certa resistência a adoção de recursos digitais, pela dificuldade de manusear, preocupação com a privacidade, baixo nível de escolaridade, recursos econômicos insuficientes para compra de equipamentos, tempo disponível aliado as práticas de trabalho, disponibilidade de conectividade.

Contrapondo a estas dificuldades, Correa et al. (2017) discorre que a cobertura de redes de telecomunicação, e o acesso à internet aumentou consideravelmente nos últimos anos, com recursos mais rígidos para proteção de dados, e que a disposição de dados na internet favorece o autoconhecimento, as relações sociais, o acesso a informações acerca de sinais e sintomas que podem indicar um processo patológico e então instigar a busca por serviços de saúde.

De um modo geral, os indivíduos que contemplam a amostra, tem uma auto avaliação positiva acerca do seu estado de saúde, onde 55,56% relataram que consideram seu estado de saúde bom, de acordo com a escala de Likert, sendo que 44,45% consideraram regular/ruim. Corroborando com esses achados, Silva et al. (2016) dispõe que 64,2% da população abordada tem uma percepção do seu estado de saúde muito boa, e apenas 29,2% consideram regular e 6,6% ruim ou muito ruim, mas quando comparados com dados expostos por Santos et al. (2016), apesar do grande quantitativo que tem um boa percepção sobre o seu status de saúde, 3,3% considera como excelente, 40,5% boa, a maioria relata uma avaliação ruim, onde 56,2% tiveram uma autoavaliação negativa, sendo 48,9% ruim e 7,3% muito ruim, este fato deve-se a longevidade, que traz consigo alterações do processo de saúde e doença, que precisam de maior acompanhamento pelos serviços de saúde.

Willerth et al. (2020) descreve que a auto avaliação de saúde prediz mortalidade e morbidade melhor do que quando são avaliados pelo olhar do profissional de saúde, este fato deve-se por que por mais que o indivíduo não saiba as medidas de avaliações para detecção de processos fisiopatológicos, ele consegue dimensionar pelos sinais e sintomas experienciados, qual o grau de comprometimento e como essas alterações afetam a sua qualidade de vida. O autor destaca ainda que a autoavaliação é utilizada para avaliar a percepção dos sujeitos, verificando aspectos físicos e mentais.

Veenstra e Vanzella-Yang (2020) dispõem que as questões de gênero, relações interpessoais, condições socioeconômicas e comportamentais de risco tem forte associação com a autoavaliação negativa em saúde, sendo destacado

por Van der Linden et al. (2019) como fatores que oferecem um impacto negativo, principalmente na qualidade de vida dos idosos, outro autor que tem pesquisas nesse sentido é Marquez- Velarde et al. (2020) avaliando a estratificação racial, demonstrando a necessidade de se ter estudos mais aprofundados, que possam avaliar a questão racial, e percebendo a sua dinâmica de atuação, pois apesar da gama de estudos na área, é preciso entender implicações específicas que possam reduzir as vulnerabilidades individuais e sociais.

No último ano, 54,84% tiveram algum atendimento em saúde, em sua maioria com enfermeiros (44,12%), segundo Msuya et al. (2017), em regiões mais pobres, a enfermagem lidera os atendimentos, e em muitos casos é o único profissional disponível, tendo que desempenhar funções além dos cuidados primários, para manutenção da vida, como sutura, trabalho de parto, entre outros. Dos entrevistados, apenas uma pessoa relatou um atendimento holístico para o seu problema de saúde, obesidade, tendo sido consultado por um médico, uma enfermeira, psicólogo e nutricionista. Quando o questionamento foi acerca de seus familiares, a maioria (54,24%) não teve nenhum atendimento no último ano, e dentre os relatos, quando adoecem eles fazem uso de alguma prática alternativa para tratamento, como a utilização de ervas, chás.

Das pessoas que tiveram algum atendimento no último ano, 85,29% relatam que tiveram que buscar atendimento em outro lugar, sendo que destes 73,53% buscaram atendimento público na zona urbana do município de Santarém (hospital, unidade básica de saúde, unidade de referência em saúde da mulher), 17,65% deslocaram-se para comunidades vizinhas, e somente 8,82% buscaram atendimento em serviço particular, pela demora na marcação de consulta, sendo que um desses indivíduos está na faixa de renda familiar de extrema pobreza, mas pela urgência, sem disponibilidade no serviço público, foi realizado o atendimento, e só não ficaram sem alimentos, por conta da caça e pesca, segundo relatos.

Freitas et al. (2011) acerca da saúde em comunidades quilombolas, coloca que devido as longas distâncias a que tem que percorrer para

atendimento em saúde, muitos deixam de buscar atendimento aumentando, principalmente, a morbimortalidade entre crianças e idosos. Dentre os motivos de atendimento no último ano, a maioria citou como causa, a consulta ginecológica (28,95%), seguido das doenças crônicas (hipertensão e diabetes), vacina/consulta de rotina e sintomas neurológicos, sendo que 97,06 % disseram que tiveram suas necessidades em saúde resolvidas parcial ou totalmente, sendo estatisticamente significativa. E quando questionados os motivos para insatisfação com o atendimento 60% relatou que houve demora para marcação, e no dia indicado para consulta tiveram que esperar por longas horas, uma das falas dos sujeitos foi que “se fosse uma doença mais grave teria morrido”.

Quanto as medicações de uso contínuo, 27,42% da amostra cita fazer uso de alguma medicação, sendo que a mais citada foi a Losartana, que é utilizada para tratamento da pressão alta ou insuficiência cardíaca. Sousa et al. (2020) e Ware et al. (2017) discorrem em seus estudos sobre o fator raça versus desenvolvimento da hipertensão, e após avaliação de vários parâmetros bioquímicos, e questionamentos acerca de fatores comportamentais, conclui-se que a ocorrência da doença está mais relacionada ao estilo de vida, alimentação, comorbidades, do que somente avaliação da etnia, sendo que na comunidade, vários pontos devem ser levados em conta para o desenvolvimento de doenças crônicas, como a utilização de salmoura nos alimentos (carne, peixe, frango) para conservação, já que não tem fornecimento de energia elétrica regular, o sedentarismo, consumo de enlatados e bebidas industrializadas, entre outros.

Sobre a utilização das práticas alternativas, 83,87% da população relata ter pelo menos uma prática alternativa. Como o consumo de ervas e plantas medicinais, e dentre as mais utilizadas estão o chá de cidreira, chá de capim santo, chá de boldo e chá de hortelã. Oliveira et al. (2015) destaca que os quilombolas têm muita experiência no uso de plantas medicinais, pois muitos deles dependem da biodiversidade como recurso terapêutico já que estão imersos em regiões isoladas geograficamente, com acesso reduzido aos serviços de saúde.

Freitas et al. (2018) também cita a utilização de ervas para tratamento de alguma doença, com 90% de sua amostra relatando a utilização e apenas 10% não, mas o estudo não destacou quais são utilizadas e nem se já existe comprovação científica sobre as propriedades. O autor destaca ainda que o seu uso é em parte por crenças/saberes culturais, mas também pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, que favoreçam um atendimento integral.

A Erva cidreira (*Melissa officinalis*) é citada por populares como uma planta calmante, com efeitos benéficos para a ansiedade, depressão, dores de cabeça, doenças do sistema digestivo, cólicas, gases, entre outros, tendo vários estudos que comprovam sua eficácia. Lee et al. (2020) demonstram que o extrato desta planta não só inibe a obesidade e a dislipidemia, como ajuda na melhoria do quadro clínico. Abdel-Naime et al. (2019) destacam ainda as propriedades antimicrobianas, Shakeri et al. (2016) dispõem sobre a ação sedativa, antipirética, antiespasmódica, anti-hipertensiva, anti-Alzheimer e anti-séptica. Outro estudo avança o efeito benéfico na gravidade da insônia e depressão (Ranjbar et al. ,2018).

O Capim santo (*Cymbopogon citratus*) foi citado nas entrevistas na utilização para o tratamento de parasitoses, que apesar de não fazerem exames para a sua detecção, quando as crianças estão com diarreia e cólicas, eles tomam o chá. Outros citaram o efeito contra dores musculares e articulares, e que também é usado com ação calmante. Estes relatos, apesar de empíricos, tem sua ação confirmada por vários estudos, como o de Subramaniam et al. (2020) que descreve como um potente agente terapêutico com propriedades antifúngicas, antiamebianas, antibacterianas, anti-inflamatórias, Gonzales et al. (2020) demonstra a atividade anti-helmíntica in vitro, Hacke et al. (2020) destaca as propriedades ansiolíticas, Simões et al. (2020) sobre os efeitos anti-hipertensivos.

Outra propriedade muito interessante do capim santo, é o seu potencial antimalárico e antitérmico, além de outras doenças endêmicas, e apesar de não ter sido citado dentre os relatos dos quilombolas, a mesma pode estar sendo usada, mas sem associação causa e efeito, demonstrando a importância de

estudos para avaliar os saberes populares e assim ampliar a sua atuação para tratamento de baixo custo em comunidades menos favorecidas. (Chukwuocha et al., 2016; Murugan et al., 2015)

Outra planta citada com menor frequência é o Boldo (*Peumus boldus Molina*) e, que de acordo com os indivíduos entrevistados, auxilia na ressaca após o consumo de bebida alcoólica, melhora funcionamento do estômago, fígado, vesícula e intestino, dentre outros. Villiger et al. (2015) comprovou efeitos benéficos tanto no pâncreas quanto no fígado, mas ele sugere em seu estudo, que para ter eficácia é necessário o uso contínuo para melhores resultados, Klimaczewski et al. (2014) também destaca o papel hepatoprotetor dessa planta.

O chá de hortelã (*Mentha spicata*) é utilizado na comunidade, principalmente relacionado as infecções de vias aéreas superiores, dor de cabeça, má digestão, dores abdominais, insônia e parasitoses, essas propriedades já são bem descritas e consolidadas na literatura, além de ser uma prática comum entre os mais antigos.(Kedia et al., 2014; Mahboudi, 2017)

Telesi Junior (2016) descreve a importância dessas práticas alternativas na situação de saúde atual, onde muitas comunidades afastadas, sem acesso a consulta com profissional de saúde, nem recursos financeiros para aquisição de medicamentos, usam saberes populares para reestabelecer o processo saúde doença, e muitos desses, já tem a comprovação científica de suas propriedades e eficácia. Entendendo a relevância desta temática, o Ministério da Saúde (2020) regulamentou através da Lei nº 13.123, de 20 de maio de 2015, e da portaria interministerial nº 2960, de 9 de dezembro de 2008, as práticas alternativas.

Para avaliação do quadro geral de saúde foram realizadas perguntas acerca de sinais e sintomas inespecíficos, que pudessem nos dar um panorama sobre a situação de saúde atual. O primeiro questionamento foi se tinham dores de cabeça com frequência, sendo relatados por 42.86%, 19.05% informaram falta de apetite e 48.33% que tinham dores nas costas persistentes.

Walter et al. (2020) descrevem que a presença de dor de cabeça persistente em comunidades rurais relaciona-se na maioria dos casos, a comportamentos de risco, tal como falta de regularidade nos horários de

alimentação e tipo de alimento consumido, consumo de café, regularidade do sono, entre outros. Woldeamanuel et al. (2014) também discorrem sobre esses fatores causais para o elevado número de pessoas afetadas pelas dores de cabeça persistentes, descrevendo adicionalmente o sedentarismo, a obesidade e tabagismo como associados a ocorrência. Outro ponto aventado por este autor, são os fatores genéticos e ambientais. O que podemos perceber nos relatos dos comunitários é que pela indisponibilidade de recursos financeiros, muitos desses indivíduos tem uma dieta restrita, consumindo somente elementos que estão à disposição na natureza, como frutas, caça e pesca.

Corroborando com os dados citados anteriormente, a falta de apetite também está correlacionada a disponibilidade de alimentos. Nahar et al. (2019) relatam que o apetite está associado a experiências sensoriais que levam a vontade de comer aquele alimento, como cheiro, sabor, coloração, e quando não há estímulos suficientes, mesmo que a pessoa esteja com fome, perde o interesse por consumir o alimento. Dentre os relatos, uma informação significativa que confirma esta informação, é a citação de que “estou enjoado de comer peixe todos os dias”, entre outros, demonstrando que a falta de variedade na alimentação também é um fator relevante quanto ao apetite.

Acerca do questionamento de dores nas costas persistentes, Ibrahim et al. (2019) relatam que os índices em comunidades rurais são desproporcionalmente mais altas que em áreas urbanas, e esta condição afeta as diversas faixa de idade, este fato deve-se a carga de trabalho pesado, sedentarismo, a flexão prolongada do tronco devido a atividades como a agricultura. A falta de acesso a saúde – que em estágios iniciais pode promover a reabilitação e fornecer informações como cuidados preventivos em saúde – impacta negativamente a qualidade de vida desses indivíduos. Lim et al. (2019), a partir de uma revisão sistemática, dispõem que este é um dos motivos mais comuns para busca por atendimento em saúde, sendo que em muitos casos, dependendo da distância na procura por tratamento, muitos a tratam através de práticas alternativas, que muitas vezes não têm eficácia, gerando dores crônicas e incapacitantes.

Alguns autores correlacionam esses sinais e sintomas em comunidades rurais às disparidade raciais e étnicas, demonstrando que dependendo de variáveis demográficas, como raça, idade, sexo, nível de escolaridade, renda, esses índices tendem a ter uma piora (Tait ; Chibnall, 2005; Day ; Thorn, 2010), principalmente quanto a dor persistente sem causa conhecida, e sintomas depressivos. Da amostra avaliada, 55,56% se sentiam nervoso, tenso ou preocupado, 25,81% que tinham má digestão, 25,81% tinham dificuldade de realizar suas atividades diárias, 11,11% tem perdido o interesse pelas coisas que antes gostavam de fazer, 28,57% sente-se cansados o tempo todo e 30,16% têm se sentido triste ultimamente, esses são sintomas indicativos de um quadro depressivo.

Guirado e Pereira (2016), Silva et al. (2018) e Cavagioni et al. (2009), discorrem em seu estudos que há uma forte correlação dessas variáveis sociodemográficas com o desenvolvimento de sintomas físicos e emocionais, característicos da depressão, e apesar de que os que citaram algum sintoma indicativo de um quadro depressivo, não preencherem todos os itens correspondentes, ainda assim é um sinal de alerta, que deve ter um acompanhamento, pois os fatores emocionais podem predispor o desenvolvimento de outro processo patológico, pelo desencadeamento de alterações hormonais ligados ao estresse. (Abrams et al., 2020; Keaney et al., 2018; Abe; Abe, 2019)

Quanto ao pré-natal, somente uma mulher relatou estar grávida no momento, portanto não temos informações suficientes para abordar questões relacionadas ao parto e puerpério, somente no que concerne a quantidade de filhos, onde 46,67% citou ter tido mais de 4 filhos, e 55,83% relataram 4 gestações ou mais, sendo que destas 16,29% citaram terem tido 10 gestações ou mais, demonstrando uma vulnerabilidade dessas áreas, pois além da renda familiar ser baixa, quando considera-se a quantidade de pessoas por domicílio, a renda per capita classifica essas pessoas como de extrema pobreza, condição estreitamente ligada a alteração do processo saúde-doença. (Ives, 2019)

Quanto ao histórico pessoal de doenças dos entrevistados, as mais citadas foram, Parasitoses (20,49%), Hipertensão arterial (14,75%), Dengue (9,84%), Bronquite ou asma (6,56%) e Diabetes (6,56%), acerca do histórico familiar, Hipertensão arterial (14,17%), Diabetes (12,60%), parasitoses (9,45%), alcoolismo (6,30%), Bronquite ou asma(5,51%), doenças cardíacas (4,72%).

Nyantekyi et al. (2014) e Zakzuk et al. (2019) descrevem que as infecções parasitárias intestinais são associadas principalmente aos climas tropicais e condições de saneamento precárias. Na Amazônia, esse é um problema recorrente, pois muitas comunidades ribeirinhas, só têm à disposição a água dos rios para consumo, podendo gerar consequências graves a saúde. Peres et al. (2020) destaca que a contaminação da água deve-se a vários fatores, como a falta de conscientização, falta de saneamento básico, manuseio e acondicionamento da água, destinação de dejetos e resíduos sólidos, e podem causar além das parasitoses, doenças dermatológicas, hepatite A e E, cólera, febre tifóide, dentre outros, e causam diversos sintomas, como a hepatoesplenomegalia, diarreia, sangramento, baixo peso, retardo no crescimento e déficit de atenção, e outros, dependendo do agente causador.

Outra doença dentre as mais prevalentes foi a hipertensão, Bezerra et al. (2016) descreve esta patologia como sendo um problema de saúde pública dentre a população quilombola, pois além de terem características peculiares que favorecem ao desenvolvimento da doença, aliado a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, esses indivíduos podem agravar e evoluir ao óbito, por conta do baixo índice de avaliação entre os afrodescendentes. Varga e Cardoso (2016) destacam ainda, que mesmo que existam políticas públicas específicas para a população negra, não existem adaptações necessárias para dar conta das especificidades da população negra, e apesar de algumas práticas já serem utilizadas, essas são incipientes quando se avalia a quantidade de comunidades quilombolas existentes no país.

Santos et al. (2019) coloca como fatores de risco para desenvolver a hipertensão, a obesidade, a diabetes, as características socioeconômicas, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a alimentação inadequada,

podendo desencadear outras patologias, como doenças do aparelho circulatório, cardiovasculares e alterações do aparelho urinário, agravando ainda mais as condições de saúde desse indivíduo, sendo que esta é uma doença evitável e tem tratamento a disposição no serviço público. Além disso o mesmo autor dispõe que a população quilombola têm índices mais elevados que outras populações, demonstrando que o fator étnico racial pode ter associação positiva no desenvolvimento desta patologia.

O Diabetes foi citado tanto no histórico pessoal de doenças quanto no histórico familiar, sendo correlacionada na literatura ao estilo de vida, genética (Ryckman et al., 2014), sendo este um dos fatores citados nos estudos com forte correlação com a autoavaliação negativa do estado de saúde, isto porque a Diabetes, além do tratamento medicamentoso, implica em mudanças comportamentais do indivíduo, como a alimentação e a prática de atividade física. (Oliveira et al., 2015)

Outra citada, dentre as mais incidentes, foi a dengue, que de acordo com Magalhães Filho e Paulo (2017), sua incidência em comunidades quilombolas deve-se a falta de condições sanitárias adequadas o que leva a proliferação de vetores causadores de doenças endêmicas, a exemplo das arboviroses, como o Zica, Chikungunya. Santos et al. (2019) corroborando que estas informações, dispõe que em comunidades quilombolas, a utilização de águas de barragens, poços, além da poluição dos rios, lagos, e descarte inadequados de lixo favorecem a proliferação de vários insetos, dentre eles o *Aedes aegypti*. Este fato é de suma relevância nas comunidades levantadas, já que não há coleta de lixo, não tem condições sanitárias adequadas, favorecendo ao aumento de casos das arboviroses e doenças de veiculação hídrica.

Sobre a Asma e/ou bronquite citada tanto no histórico pessoal como familiar, tem sido um problema recorrente em comunidades quilombolas, Freitas et al. (2018) expõe que 11,54% da amostra de seu estudo relatam sofrer com esta condição, este fato pode ser explicado pelo contato com poluentes ambientais, como o uso de inseticidas nas plantações, a poeira, os ácaros/fungos presentes no domicílio, já que devido a cheia e vazante dos rios,

a madeira úmida pode levar ao aparecimento de alérgenos, que em pessoas susceptíveis podem provocar o surgimento ou agravamento deste processo patológico.

Acerca do alcoolismo citado no histórico familiar, outros estudos também corroboram com os achados citados, Pauli et al. (2019) dispõe que 8,2% da amostra de um estudo com 589 adultos quilombolas, relataram o consumo excessivo de álcool no último ano, este fato tem sido correlacionado a fatores como baixa escolaridade, condições de renda precárias, questões culturais, a associação a outras drogas, o sexo masculino, entre outros. (Jaeger et al., 2018). Nas comunidades selecionadas, este foi um relato citado acerca do histórico familiar, mas percebe-se dentre as falas dos sujeitos, que alguns consumiam excessivamente, e que quando foi para a marcação do histórico pessoal estes não relataram essa alternativa, pois não consideram que tenham transtornos relacionados ao consumo de álcool, o que pode ser mecanismo de defesa da autoimagem.

Na comunidade 95,24% indivíduos relatam que ao decorrer da vida tomaram alguma vacina, sendo que a meta para a vacina de BCG (98,33%), Hepatite B (95%), Tríplice Viral (96,67%), foram atingidas de acordo com o índice de cobertura vacinal disposto pelo Ministério da saúde, e as vacinas HPV (54,55%), Hepatite A (78,33%), Influenza (76,67%), Difteria e tétano – DT (91,67%), Penta valente (91,67%), ficaram abaixo do esperado (Ministério da Saúde, 2017).

Quando questionados sobre a qualidade do sono, 44,45% relatam dormir 7 horas ou mais, e 45,9% dormem após o almoço. Cain- Shields et al. (2020) descrevem em seu estudo, que dentre os afrodescendentes a qualidade do sono tende a ser baixa por conta da quantidade de estressores a que estão expostos, desde as vulnerabilidades vivenciadas por estes indivíduos, a falta de perspectiva de melhorias para a sua condição de vida, e realização de seus objetivos/sonhos. Os autores dispõem ainda que um sono de baixa qualidade, pode alterar o padrão hormonal e causar distúrbios físicos e mentais, como doenças crônicas (Cardel et al., 2018), a exemplos da diabetes e hipertensão,

doenças renais (Cain et al., 2019), transtornos de humor como a ansiedade e depressão, alterações do sistema respiratório, dentre outros, afetando também as relações sociais.

Avaliando os dados acerca da duração do sono, apesar de 44,45% relatarem dormir 7 horas ou mais, o que corrobora com o estudo de Cain- Shields et al.(2020) que teve um percentual de 45,9% em uma população afrodescendente, sendo considerado para esses indivíduos um sono normal de boa qualidade, ainda há na comunidade 53,96% que descrevem o seu sono como de má qualidade, sendo estatisticamente significativo, onde é relatado que dormem menos de 6 horas. De acordo com as falas dos sujeitos, o sono de má qualidade leva a pensamentos de “incertezas, vontade de beber cerveja, comer descontroladamente”, foram um dos relatos, demonstrando que a qualidade do sono é inversamente proporcional ao desenvolvimento/ agravamento de vícios, como etilismo e tabagismo.

Quando questionados acerca do seu Status de felicidade, 82,54% disseram que são felizes, e dentre os motivos que melhoram a sua qualidade de vida e consequente status de felicidade, os mais citados foram estar com a família (38,37%), família com saúde (22,09%), ter saúde (13,95%), ter colegas/amigos (10,46%), estar vivo/ estar de bem com a vida (9,3%), esses relatos corroboram com o que dispõe Maftai et al. (2020), que felicidade, apesar de um estado transitório, é correlacionada em sua maioria com as relações sociais, a não viver sozinho, as relações de afeto.

Lyubomirsky, et al. (2005) coloca ainda vários pontos que interferem no Status de felicidade, como estado civil, amizades, renda, sucesso no trabalho e saúde, e que um fator complementa o outro, e apesar de não ser necessário todos os itens para manutenção do bem estar, quando satisfeitos juntos, o autorrelato de felicidade aumenta. Purnamasari et al. (2016) corroboram estes achados, através do Índice Nacional de Felicidade Bruta, calculando o quão felizes são moradores de comunidades periféricas e rurais, quando se avaliam a, saúde, educação, políticas governamentais, disposição da sociedade em que vivem, meio ambiente e estilo de vida.

Este índice foi estabelecido pelo Centre for Bhutan (2014), e além de avaliar o status de felicidade, pretendeu avaliar a qualidade de vida, e se as políticas propostas pelo governo eram suficientes para manutenção do bem-estar de sua população. Quando comparada com a população abrangida pelo nosso estudo, este é um dado de suma relevância, já que estes indivíduos estão inseridos em um contexto de vulnerabilidades, sem a atuação do governo de forma mais eficaz, apesar das políticas públicas direcionadas a esses povos, o que provavelmente causaria um índice baixo, se aplicado.

Landeghem e Vandeplas (2018) insere nesse contexto outros tópicos que são relevantes quando se avalia a felicidade/bem-estar do indivíduo, “Idade” já que dependendo das condições de saúde, quanto mais idoso, menor o índice de qualidade de vida: “respeito e admiração”, este está relacionado as relações sociais, quanto maior a capacidade de acolhimento com as pessoas a sua volta, o afeto positivo aumenta, gerando hormônios benéficos tanto para a sensação de bem estar, como na melhoria das condições de saúde; e “educação”, quanto maior o nível de escolaridade as pessoas tendem a buscar melhores condições de vida. Estes dados confirmam as falas citadas pelos sujeitos no nosso estudo, onde a maioria correlaciona o status de felicidade a presença de relações sociais positivas (família e amigos).

Outro ponto de interesse quando se avalia determinantes sociais é o padrão de alimentação, na comunidade selecionada, 69,84% relatam consumir feijão algumas vezes por semana, 98,41% consomem café todos os dias, 38,1% relatam nunca consumirem cerveja, mas em contraponto, 31,75% consomem algumas vezes por semana, 82,54% consomem carne vermelha algumas vezes por semana, 57,14% consomem peixe todos os dias, 85,71% consomem frango algumas vezes por semana, 93,65% consomem farinha todos os dias, 82,54% consomem arroz todos os dias, 46,03% consomem refrigerantes algumas vezes por semana, 31,75% nunca consomem enlatados, contrapondo com 28,57% que consomem algumas vezes por mês.

Figueiredo et al. (2011) descreve que a alimentação está estritamente ligada ao ambiente e a fatores culturais, mas que com a industrialização, alguns

elementos têm sido inseridos na dieta, essas práticas nem sempre tem sido benéficas ao organismo, podendo levar ao desenvolvimento de comorbidades, a exemplo da obesidade, hipertensão arterial e diabetes. Na comunidade avaliada, 50,79% consomem verduras algumas vezes por semana e 65,08% consomem frutas algumas vezes por semana, comparando com dados do estudo de Freitas et al. (2018), em área urbanizada, 40% relataram consumir frutas 3 vezes ou mais por semana, e quanto ao consumo de verduras e legumes, 30,77% consomem frutas 3 vezes ou mais por semana, podendo levar a hipótese de que quanto maior o acesso aos alimentos industrializados menor é o consumo de alimentos como frutas e legumes/verduras.

Figura 14. Local de produção da farinha.

Fonte: Coleta de dados, 2019.

Cambuy (2006) relata que em uma comunidade quilombola do Paraná, os alimentos mais cultivados são o feijão, arroz, café, mandioca e verduras, corroborando com os dados citados no questionário, onde relatam que consomem feijão verde em grande quantidade, e a mandioca além do bolo e cozida, ainda usam para a produção de farinha (Figura 14), sendo utilizada todos os dias, pela maioria da amostra.

Estudos recentes informam que a mandioca, tem substâncias tóxicas naturais, como os glicosídeos cianogênicos e aflatoxina, e que dependendo do seu processamento, manuseio e armazenamento, essas toxinas, quando inseridas regularmente na dieta, podem provocar alterações no crescimento, e alterações no sistema no trato gastrointestinal, a exemplo do câncer (Jackson et al, 2020), sendo que este alimento é uma das fontes importantes de calorias, principalmente nos países mais pobres. Essas toxinas são defesas da planta contra pragas, muito comumente encontradas em áreas mais pobres, como descreve Pinto-Zevallos et al. (2016). Portanto, devem-se ter pesquisas mais aprofundadas de como produzir a farinha, para que não tenha toxinas, reduzindo os efeitos nocivos à saúde, mas sem interferência na cultura desses indivíduos.

Acerca do consumo de enlatados e refrigerantes, com a industrialização e marketing intenso para favorecer o consumo, tem havido uma transição alimentar, onde parte da população dá preferência ao consumo desses produtos industrializados pela facilidade de acesso, e muitas vezes mesmo sem condições financeiras, sempre que podem inserem na dieta, levando a uma dieta pobre em nutrientes, com altas dosagens de açúcar e sal que podem favorecer o desenvolvimento de doenças crônicas, a exemplo da hipertensão e diabetes (Rosinger, et al.; 2013). Quando questionados o porquê desse consumo, muitos relatam sobre o “gosto”, a “praticidade”, dá “menos trabalho”, mas essas práticas além de poderem produzir agravos a saúde, ainda podem alterar o peso e índice de gordura.

Sobre o café, quase 100 % da amostra toma diariamente, Quintero-Angel et al. (2019) expõe acerca da transmissão de hábitos alimentares para seus descendentes, o ato de tomar café é uma prática comum em áreas ribeirinhas e comunidades afrodescendentes, onde é uma substância muito utilizada para aumentar a produtividade e deixar em estado de alerta, além disso é uma forma de recepção nos ambientes, quando chega alguma visita, sendo que diariamente fazem café pela manhã e à tarde, mesmo que não haja o consumo, é citada como uma prática cultural de seu povo.

Quando questionados sobre o consumo de carne, frango ou peixe, os relatos informam, que depende dos recursos financeiros, pois o peixe é de mais fácil acesso, mas sempre que podem diversificam a dieta com carne e frango, citam também a dificuldade de armazenamento, pois nem sempre conseguem gelo para manutenção de seu acondicionamento, e muitas vezes precisam deixar em salmoura, o que favorece o consumo de sal, e em alguns relatos podemos perceber que já apresentam alguns sintomas característicos da hipertensão, como dor de cabeça, tontura, fraqueza, mas ainda não foram avaliados por um médico.

No que concerne ao consumo de cerveja, 31,75% disseram consumir algumas vezes por semana, 20,63% algumas vezes por mês e 9,52% algumas vezes ao ano, o que representa um total de 39 pessoas, mas quando questionados no tópico hábitos e estilos de vida, somente 33 relataram consumir bebida alcoólica, contrapondo com as informações citadas anteriormente, muitas vezes este fato deve-se a vergonha em admitir o consumo exagerado deste item. Dentre os fatores citados pelos indivíduos como associados a vontade de beber, estavam a “ansiedade”, a “vontade de se sentirem felizes”, “esquecer dos problemas”, “interação social”, entre outros.

Hebbani et al. (2018) descreve que os fatores socioculturais, como família, condições socioeconômicas, falta de uma atividade física regular, podem ser um fator gerador para evolução da adição, seja álcool, ou outras drogas. Alguns estudos demonstram que o histórico familiar de alcoolismo pode desencadear no indivíduo comorbidades psicossomáticas, como a depressão e ansiedade, que estimulam precocemente os adolescentes a experimentar o uso dessas drogas, além de que o álcool está estritamente correlacionado aos índices de agressão no ambiente doméstico, sendo que a sua ocorrência é menor, quanto mais se percebe a atuação desses indivíduos no ambiente religioso, e esse ambiente de violência também é um fator predisponente (Hebbani et al, 2018; Bourion-Bedes, et al; 2019). Esta é uma realidade não só em comunidades afrodescendentes, mas também em vários países do mundo, sendo considerado um problema de saúde pública, pelos efeitos nocivos à saúde do indivíduo.

Outra adição comumente encontrada em comunidades rurais é o tabagismo, sendo que na comunidade avaliada, somente 1,92% relatou fumar diariamente, e 9,62% fumam, mas não diariamente, os outros não tem essa prática. Mesmo sendo encontrado esse hábito em números pequenos, é uma preocupação principalmente com a sua associação a ocorrência de doenças cardiorrespiratórias, já que pela dificuldade de acessos aos serviços, muitas alterações do sistema respiratório, podem permanecer sem a avaliação devida (Duong et al., 2017). Dos que não fumam, 26,19% já fumaram, e deixaram o hábito, tendo uma significância estatística e deve ser avaliado, já que estudos demonstram a dificuldades que fumantes têm de abandonar o cigarro (Choi et al. , 2016; Orr et al, 2019)

Acerca da prática de alguma atividade física, 45,16% relataram que praticam. Freire Junior et al. (2018), dispõe que o local de residência é um dos fatores que podem auxiliar na frequência de atividade física, pois na Amazônia, temos singularidades, como o período das cheias, a distância das casas, a falta de espaço destinado a práticas esportivas, entre outros, que dificultam a manutenção de uma prática regular de atividades, favorecendo o sedentarismo. Alguns indivíduos relatam que dependendo da época do ano, jogam futebol, ou praticam caminhada, indo visitar parentes e amigos.

McPhee et al. (2016) descreve em seu estudo, que quanto mais jovem o indivíduo adotar alguma prática de atividade física, há maior probabilidade de desenvolver uma velhice saudável, e mesmo que venha a desenvolver uma comorbidade, a atividade promove uma sensação de bem-estar que favorece a qualidade de vida, diminuindo o desenvolvimento de distúrbios psicossomáticos, que hoje é um problema recorrente em várias localidades. (Freire Junior et al., 2018)

Quando o questionamento foi sobre o que fazem no seu tempo livre, a maioria diz que dorme (18,52%), seguido de ler a bíblia ou outro livro (14,81%), cuida da família (11,11%), conversa com os vizinhos/ amigos (9,88%), ouve rádio (9,88%), atividades de costura/ crochê (8,64%), os outros em menores proporções. Li et al (2020) falam da importância das atividades de lazer tanto

como fator preventivo, quanto para promoção de saúde, pois estas favorecem as relações sociais, e produzem substâncias benéficas ao organismo, gerando a sensação de bem estar, diminuindo a incidência de agravos, e consequente a mortalidade. Estudos têm demonstrado que quanto maior o tempo de lazer, maior o auto relato de felicidade. (Wei et al, 2015; Teh; Tey, 2019)

Acerca dos dados de avaliação corporal, através da bioimpedância, sobre o Índice de massa corporal (IMC), 73,02% estavam dentro do padrão de normalidade, 14,29% baixo peso, e 12,7% obesidade, só que apesar da maioria se enquadrar dentro da faixa de normalidade, quando se avalia o percentual de gordura corporal, a maior parte dos homens estava enquadrada como muito elevado (78,95%), e das mulheres 36,36% estavam acima do normal, isso porque o IMC avalia se o peso está adequado para altura, mas não dimensiona os outros itens que alteram o peso, como massa muscular, massa óssea, % de água no organismo, % de gordura visceral. Quando a gordura corporal está elevada, o indivíduo pode apresentar cansaço, distúrbios cardiovasculares, apneia do sono, e esses foram alguns relatos dentre os entrevistados.

Rosinger et al. (2013), dispõe que o sobrepeso em comunidades rurais, é comumente encontrado por conta da transição alimentar, devido a globalização, pois facilita o acesso a alimentos pobres em nutrientes, como enlatados, bolachas, bebidas industrializadas, e apesar da escassez de recursos, esses itens são incluídos dentre os gastos, pela facilidade, já que não é necessário tempo de preparo, e acondicionamento diferenciado. Outro fator que o autor dispõe como responsável por essas alterações de gordura corporal é uma dieta composta por arroz, macarrão, e alimentos ricos em amido, como mandioca, pão, bolo, farinha, este último é consumido diariamente por mais de 90% da amostra. Quando estes dados são a escassa prática de atividade física, com uma alimentação altamente calórica, aumenta a tendência de desenvolver obesidade e outras doenças crônicas.

Quando avaliado o percentual de água, as mulheres têm a prática de se manterem mais hidratadas que o homem, além disso este fato é explicado pelas alterações hormonais a que estão expostas, como o período menstrual. Outro

item mais elevado nas mulheres foi o percentual de massa muscular, esse pode ser explicado por que as mulheres além de atuarem na lavoura, ainda são responsáveis pelo trabalho doméstico, favorecendo a perda maior de calorias, e desenvolvimento de massa muscular. Ceolin (2016) destaca que apesar de em áreas rurais, a família atuar na lavoura, as mulheres assumem papel de protagonista nesse processo, pois em alguns casos os homens se dedicam mais as atividades de pesca, caça, ou têm alguma atividade externa para complementação de renda, e a mulher cuida da plantação, onde há tanto a produção de subsistência quanto para venda.

Outros fatores que devem ser avaliados em inquéritos em saúde, são as medidas de associação, como razão de prevalência e razão de chances, então para avaliação dos determinantes sociais em saúde, buscou-se um modelo, que permitisse verificar as associações existentes entre os desfechos propostos (autoavaliação em saúde, morbidade referida) e as características sociodemográficas, padrão alimentar, composição corporal, estilo de vida e uso e acesso aos serviços de saúde.

Acerca das avaliações do desfecho autoavaliação em saúde, percebe-se que as pessoas que relatam sentir-se nervosas, tenso ou preocupado e terem dores de cabeça com frequência, estão associadas a uma autoavaliação de saúde negativa, e apesar de ter uma razão de chances menor que 1, está foi significativa entre os relatos. Loyola Filho et al. (2013) destaca que uma alteração nas condições físicas e/ou psicológicas afetam a qualidade de vida do indivíduo, gerando incertezas, insegurança, alterações do padrão de sono, manutenção das atividades de vida diária, predispondo a uma autoavaliação negativa em saúde.

Com relação a utilização de práticas alternativas para tratamento em saúde, como a utilização de chás e ervas, está associada a uma autoavaliação positiva em saúde. Ruckert et al. (2018) menciona que as práticas de cuidado baseadas no uso de plantas medicinais possibilitam ao indivíduo uma adesão terapêutica maior, pois além do aspecto cultural, essas práticas são de baixo custo, o autor cita ainda outras questões que interferem nessas práticas, o

choque cultural, o uso e acesso aos serviços de saúde, a diminuição da ocorrência de alguns agravos em saúde, estes fatores influenciam nas crenças e saberes populares, tanto para favorecer o aumento quanto a diminuição de sua utilização, mas o que foi percebido no estudo é que devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a medicina popular fornece aos indivíduos uma forma de minimizar os danos vivenciados pelo racismo institucional, onde os saberes populares contribuem para restabelecer os principais processos saúde doença vivenciados nessa população.

Quanto a morbidade referida, no que tange a bronquite, houve uma probabilidade maior de sua ocorrência em indivíduos com baixa escolaridade e os que citaram falta de apetite, estar triste ultimamente, e o uso contínuo de medicação. Gonçalves et al. (2018), descreve que a prevalência de pessoas que desenvolvem quadros depressivos é mais alta em pessoas portadoras de doenças crônicas, pois o fato de ter que lidar com momentos que por vezes são incapacitantes e que necessitam de cuidados, geram insatisfações, angustias, e a falta de apetite e a tristeza são sintomas de uma depressão endógena e que deve ser avaliada pelos profissionais de saúde para conduta adequada, já ao aspecto escolaridade Bernat et al. (2009) discorre que pessoas com baixo índice de escolaridade e com condições socioeconômicas menos favorecidas, expõem-se em maior intensidade a fatores de risco, por falta de conhecimento ou mesmo pelo estilo de vida, o que favorece o desenvolvimento de algumas doenças, entre elas as doenças do trato respiratório, corroborando com os dados do estudo.

A hipertensão arterial, outra medida de desfecho, no que tange a morbidade referida, teve associação positiva com o questionamento sobre o uso contínuo de alguma medicação, tendo como resultado um $OR=8,194$, demonstrando que pessoas com este agravo, tem mais chances de vir a precisar tomar alguma medicação ao longo do tempo. Ferreira et al. (2014), retrata esta realidade, onde destaca que com os avanços da medicina, e mudanças dos paradigmas relacionados ao atendimento em saúde, a terapêutica medicamentosa tem sido disponibilizada para um maior número de pessoas, tendo acompanhamento contínuo, principalmente por agentes de saúde, nas

áreas mais distantes, favorecendo o esclarecimento de algumas questões que são de fundamental importância na adesão a terapêutica.

Outra medida de desfecho foi a ocorrência de parasitoses, sendo associada a baixa escolaridade, o relato de dores de cabeça constantes, e a fonte de água usada para consumo. Peres et al. (2020) discorrem que pessoas com baixa escolaridade tem menos acesso à informação, o que pode favorecer a comportamentos ligados ao desenvolvimento de doenças, como destino de dejetos e lixo, fonte e tratamento de água de consumo, tempo de cozimento para preparo da alimentações, higienização dos alimentos, mas teve um dado atípico na avaliação desse item, pois a fonte de água teve significância relevante tanto para o rio como para o poço, mas para a utilização da água do rio foi inversamente proporcional, o que pode caracterizar que por ser uma água visivelmente contaminada, parece ter uma preocupação maior quanto as formas de tratamento (filtração, fervura, cloração), o que não ocorre quanto ao consumo da água do poço, e esta pode não estar dentro do padrão de potabilidade, e muitas vezes não te tratamento adequado, de acordo com os relatos dos populares.

Sobre o desfecho de morbidade referida, diabetes, foi encontrado uma associação ao estado civil viver sozinho, isso porque de acordo com a literatura, quando as pessoas tem um relacionamento duradouro, o seu cônjuge atua como um fator de proteção para desenvolvimento de doenças crônicas, pois tem mais cuidados, estímulos a melhores condições de vida e estabilidade econômica, busca por atendimento em saúde quando há sinais de alteração do processo saúde-doença, sensação de bem-estar pela formação de uma família, entre outros que diminui a ocorrência de doenças (Ahmad et al., 2019; Roubion, R. et al., 2016; Dupre & Nelson, 2016; Alamanda et al., 2014; Barbash et al., 2013).

7.4 Conclusão

A comunidade aqui estudada vive na região rural, com escasso acesso à água de qualidade, ao adequado destino do esgoto e do lixo. Esta situação se reflete na morbidade, com a prevalência de doenças infecto parasitárias. Concomitantemente ocorrem as doenças crônicas degenerativas como diabetes, hipertensão arterial, afecções osteoarticulares, doenças respiratórias, alcoolismo e depressão. À ausência de acesso aos serviços de saúde soma-se a ausência de acesso à energia elétrica, à informação e ao transporte.

Esta realidade é semelhante àquela de mais de um milhão de negros em situação de vulnerabilidade no Brasil, que vivem principalmente em regiões rurais em comunidades quilombolas, muitas delas ainda não reconhecidas. Informações sobre a situação de saúde contemplando as especificidades culturais, os saberes e os modos de se relacionar destas comunidades continuam escassas, especialmente na Amazônia e a presente tese teve o intuito de contribuir, ainda que parcialmente, para superação desta lacuna.

Como grupos étnico-raciais, os quilombolas têm uma trajetória histórica própria, com precárias condições socioeconômicas e discriminação. A falta de reconhecimento impede a implementação de políticas e ações afirmativas na saúde, na educação e de infraestrutura.

Os poucos estudos sobre as condições de saúde e condições sociodemográficas, mostram que década após década as dificuldades não mudam ao longo do tempo nestas comunidades, muitas vezes piorando com a introdução de hábitos urbanos prejudiciais como o consumo de alimentos ultra processados.

Os determinantes sociais do processo saúde e doença são os fatores sociais, políticos, ambientais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais. Neste contexto, pensar a saúde da população é uma tarefa complexa, especialmente quando se procura entender as condições de vida e

trabalho. A dinâmica econômica contemporânea de trabalhos extenuantes, baixos rendimentos, carga horária exaustiva, ambientes insalubres são geradores de agravos físicos e mentais, muitos deles evitáveis com as tecnologias e informações disponíveis, mas o escasso acesso a esses recursos viola os direitos básicos, como a manutenção da vida.

O caráter histórico e social do processo saúde-doença expresso na concepção da determinação social concebe a saúde indissociável da forma como a sociedade se organiza, principalmente como decorrente da dinâmica de produção e distribuição da riqueza. As relações e contrastes de poder numa formação social é resultado da apropriação e acumulação das condições econômicas, políticas e culturais por uma determinada classe social.

No passado os quilombos foram refúgio de negros escravizados e afrodescendentes como defesa do sistema escravagista, resgatando a cultura, a religião e a cosmovisão africana, tendo a resistência como característica básica. O contexto econômico era o de expansão da agroindústria do açúcar fundada no latifúndio.

Hoje metade da população brasileira é negra, vivendo em situações discriminatórias e de depreciação socioeconômica. O esquecimento dos territórios quilombolas, com ações do poder público conflitantes, contraditórias, episódicas e fragmentárias contrariam as disposições constitucionais e a obrigatoriedade de resolverem as demandas dos quilombos contemporâneos.

A superação das diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas, de populações como os negros, índios, ribeirinhos e caiçaras exigem ações coordenadas, de políticas sociais, que contemplem a preservação do meio ambiente, o desenvolvimento econômico e a educação, como prioridades, respeitando as individualidades dos grupos sociais, mas com o objetivo de melhorar as condições de saúde e bem-estar.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abe Minako, Abe Hiroyuki. Lifestyle medicine – An evidence based approach to nutrition, sleep, physical activity, and stress management on health and chronic illness. *Personalized Medicine Universe*. 2019; 8:3-9.

Abdel-Naime W.A., Fahim J.R., Fouad M.A., Kamel M.S. Antibacterial, antifungal, and GC–MS studies of *Melissa officinalis*. *South African Journal of Botany* [Internet]. 2019 2. sem. [cited 2020 Sep 1]; 124:228-234. DOI <https://doi.org/10.1016/j.sajb.2019.05.011>. Available from: (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0254629919303096>)

Abrams Jennifer, Brennen Robin, Byosiére Sarah-Elizabeth. Trazodone as a mediator of transitional stress in a shelter: Effects on illness, length of stay, and outcome. *Journal of Veterinary Behavior* [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 1];36:13-18. DOI <https://doi.org/10.1016/j.jveb.2020.01.001>. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1558787820300046>

Ahmad MI, Majeed CN, Chaudhary D, Dutta A, Jogu HR, Soliman EZ. Relation of Marital Status and QT Interval Prolongation (from the Third National Health and Nutrition Examination Survey). *Am J Cardiol*. 2019 Jul 15;124(2):211-215. doi: 10.1016/j.amjcard.2019.04.020.

Alamanda VK, Song Y, Holt GE. Effect of marital status on the treatment and survival of soft tissue sarcoma of the limbs. *Ann Oncol* [Internet]. 2014 [cited 2020 Sep 1];25(3):725-729. DOI 10.1093/annonc/mdt583. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4433515/>.

Antonucci TC, Fiori KL, Birditt EK, Jackey L. *Convoys de relações sociais: integrando perspectivas de vida e perspectivas de vida*. Cordeiro MIM, Freund AM, editors. Nova Jérĩa: John Wiley & Sons; 2010. O Manual do Desenvolvimento da Vida Útil; p. 434 - 473.

Arroyo Miguel Gonzalez, Caldart Roseli Salete, Molina Mônica Castagma. *Por uma educação do campo*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2011.

Baffour TD, Chonody JM. African-American women's conceptualizations of health disparities: a community-based participatory research approach. *Am J Community Psychol*. 2009; 44(3-4):374-81. doi: 10.1007/s10464-009-9260-x. PMID: 19838795

Baiocchi M, Carvalho A, Baiocchi E, Da Silva K, Carvalho F, Salomão M, Silva R, Canuto T, Aguiar V. Secretaria Do Estado De Políticas Para Mulheres E Promoção Da Igualdade Racial (GO). *Diagnóstico situacional das comunidades do sítio histórico e patrimônio cultural Kalunga*. Goiânia – GO; 2009. 256 p.

Bandeira Arilmara Abade. Evolução do processo erosivo na margem direita do rio São Francisco e eficiência dos enrocamentos no controle da erosão [Dissertação]. São Cristóvão: Universidade Federal de Sergipe – UFS; 2005. Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente.

Barbash Israel M., Gaglia Michael A., Torguson Rebecca, Minha Sa'ar, Satler Lowell F., Pichard Augusto D., Waksman Ron. Effect of marital status on the outcome of patients undergoing elective or urgent coronary revascularization. American Heart Journal [Internet]. 2020 Sep 29 [cited 2020 Sep 1];166(4):729-736. DOI <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2013.07.018>. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002870313005000>

Barros Marilisa Berti de Azevedo. Pesquisas domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. Rev. bras. epidemiol. 2008; 11(1):6-19. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500002>.

Barroso, S.; Melo, A.; Guimarães, M. Depressão em comunidade quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. Rev Panam Salud Publica. 2014;35(4):256–63.

Bernat Adriane Cristina, Oliveira Maria Conceição de, Rocha Gino Chaves da, Boing Antonio Fernando, Peres Karen Glazer. Prevalência de sintomas respiratórios e fatores associados: estudo de base populacional em adultos de Lages, Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2009 Sep [cited 2020 Sep 29]; 25(9):1907-1916. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900005&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900005>.

Bezerra Vanessa Moraes, Andrade Amanda Cristina de Souza, Medeiros Danielle Souto de, Caiaffa Waleska Teixeira. Pré-hipertensão arterial em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017 [cited 2020 Sep 29] ; 33(10): e00139516. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001005006&lng=en. Epub Oct 26, 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00139516>.

Bezerra Vanessa Moraes, Andrade Amanda Cristina de Souza, César Cibele Comini, Caiaffa Waleska Teixeira. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2013 Sep [cited 2020 Sep 29] ; 29(9): 1889-1902. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900027&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00164912>.

Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souza R, Giatti L, Steffens AP, et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2014, v. 19, n. 06 [Acessado 29 Setembro 2020], pp. 1835-1847. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.01992013>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.01992013>.

Bezerra Vanessa Moraes, Andrade Amanda Cristina de Souza, César Cibele Comini, Caiaffa Waleska Teixeira. Unawareness of hypertension and its determinants among 'quilombolas' (inhabitants of 'quilombos' - hinterland settlements founded by people of African origin) living in Southwest Bahia, Brazil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 Mar [cited 2020 Sep 29]; 20(3): 797-807. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300797&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.14342014>.

Bourion-Bédès Stéphanie, Clerc-Urmès Isabelle, Bédès Alex, Baumann Cédric. Factors involved in seeking care at a specialty service among alcoholic rural French women: A cross-sectional study of rural women. *La Presse Médicale* [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 1];48(12):e361-e368. DOI <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.09.046>. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S075549821930452X>

Brasil. Decreto Nº 4.887, de 20/11/2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos. 2003. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm#:~:text=Regulamenta%20o%20procedimento%20para%20identifica%C3%A7%C3%A3o,Ato%20das%20Disposi%C3%A7%C3%B5es%20Constitucionais%20Transit%C3%B3rias.

Breilh J. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: NOGUEIRA, Roberto Passos. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010:87-125.

Cain L, Glover L, Young B, Sims M. Goal-Striving Stress Is Associated with Chronic Kidney Disease Among Participants in the Jackson Heart Study. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2019; 6(1):64-69.

Cain-Shields L, Johnson D, Glover L, Sims M. The association of goal-striving stress with sleep duration and sleep quality among African Americans in the Jackson Heart Study. *Sleep Health*. 2020; 6(1):117-123.

Cambuy A.O.S. Perfil Alimentar da Comunidade Quilombola João Surá: Um Estudo Etnográfico [Monografia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2006. 61 p. Especialização - Curso de Nutrição.

Cardel Michelle I., Min Yuan-I, Sims Mario, Musani Solomon K., Dulin-Keita Akilah, DeBoer Mark D., Gurka Matthew J. Association of psychosocial stressors with metabolic syndrome severity among African Americans in the Jackson Heart Study. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 1]; 90:141-147. DOI <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.02.014>. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453017315378>

Cardoso SC, Melo LO, Freitas DA. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. *Rev. enferm UFPE on line.*, Recife, 12(4):1037-45, abr., 2018. <http://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a110258p1047-1045-2018>.

Cardoso Luiz Gustavo Vieira, Melo Ana Paula Souto, Cesar Cibele Comini. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 Mar [cited 2020 Sep 29]; 20(3): 809-820. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300809&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.12702014>.

Cavagioni Luciane Cesira, Pierin Angela Maria Geraldo, Batista Karla de Melo, Bianchi Estela Regina Ferraz, Costa Ana Lucia Siqueira. Agravos à saúde, hipertensão arterial e predisposição ao estresse em motoristas de caminhão. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2009 Dec [cited 2020 Sep 29]; 43(spe2): 1267-1271. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600021>

Centeno, S.; Meyer, D.; Andrade, S. Representações de sujeito negro/a na política nacional de saúde integral da população negra: uma análise cultural. *Textura: revista de letras e história*, 2018; 20(42):154-176.

Centre For Bhutan Studies & Gnh Research [Internet]. [place unknown]; 2014. GNH Index, from The Centre for Bhutan Studies & GNH Research; [cited 2020 Jul 25]; Available from: <http://www.grossnationalhappiness.com/articles/>.

Ceolin Teila. Sistema de cuidado à saúde entre famílias rurais ao sul do Rio Grande do Sul [Tese]. Pelotas: Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas; 2016. 237 p.

Chae S, Haberland N, McCarthy K, Weber A, Darmstadt G, Ngo T. The Influence of Schooling on the Stability and Mutability of Gender Attitudes: Findings From a Longitudinal Study of Adolescent Girls in Zambia. *Journal of Adolescent Health*. 2020;66(1):S25-S33.

Choi Won S., Beebe Laura A., Nazir Niaman, Kaur Baljit, Hopkins Michelle, Talawyma Myrietta, Shireman Theresa I, Yeh Hung-Wen, Greiner K. Allen, Daley Christine M. All Nations Breath of Life: A Randomized Trial of Smoking Cessation for American Indians. *American Journal of Preventive Medicine*. 2016;51(5):743-751.

Chukwuocha U, Fernández-Rivera O, Legorreta-Herrera M. Exploring the antimalarial potential of whole *Cymbopogon citratus* plant therapy. *Journal of Ethnopharmacology*. 2016; 193:517-523.

CNDSS. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). AS CAUSAS SOCIAIS DAS INIQUÍDADES EM SAÚDE NO BRASIL. 2008.

Cornwell B, Laumann EO. Os benefícios para a saúde do crescimento da rede: novas evidências de uma pesquisa nacional com idosos. *Soc. Sci. Med.* 2015; 125:94-105.

Correa T. Acquiring a new technology at home: A parent-child study about youths' influence on digital media adoption in a Family. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*. 2016; 60(1):123-139.

Correa Teresa, Pavez Isabel, Contreras Javier. Beyond access: A relational and resource-based model of household internet adoption in isolated communities. *Telecommunications Policy*. 2017;41(9):757-768.

Day M, Thorn B. The relationship of demographic and psychosocial variables to pain-related outcomes in a rural chronic pain population. *PAIN®*. 2010;151(2):467-474.

Duong M, Rangarajan S, Zhang X, et al. Effects of bidi smoking on all-cause mortality and cardiorespiratory outcomes in men from south Asia: an observational community-based substudy of the Prospective Urban Rural Epidemiology Study (PURE). *The Lancet Global Health*. 2017; 5(2):e168-e176.

Dupre M, Nelson A. Marital history and survival after a heart attack. *Social Science & Medicine*. 2016; 170:114-123.

Durand Michelle Kuntz, Heideman Ivonete Teresinha Schülter Buss. Social determinants of a Quilombola Community and its interface with Health Promotion. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 30] ; 53: e03451. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-

62342019000100427&lng=en.
2019. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018007703451>.

Epub May 30,

Elias Marisa Aparecida, Navarro Vera Lúcia. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2006 Aug [cited 2020 Sep 30] ; 14(4): 517-525. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400008&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000400008>.

Escobar Arturo. Habitability and design: Radical interdependence and the re-earthing of cities. Geoforum. 2019; 101:132-140.

Farmer, P. Pathologies of power: health, human rights, and the new war against the poor. Berkeley: University of California Press, 2005.

Farmer P, Fawzi M, Nevil P. Unjust embargo of aid for Haiti. The Lancet. 2003. 361 (9355): 420-423. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12380-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12380-X)

Ferreira Reginara Alves, Barreto Sandhi Maria, Giatti Luana. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 Abr [citado 2020 Set 30]; 30(4): 815-826. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400815&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00160512>.

Ferretti S. Sincretismo afro-brasileiro e resistência cultural. Horizontes Antropológicos. Horizontes Antropológicos. 1998; 8:182-198.

Figueiredo Fabiana. Dados de satélites da França avaliam riscos de inundações às margens do Rio Amazonas. Amazônia: Notícia e informação [Internet]. 2020 Jan 30 [cited 2020 Sep 29]:1. Available from: <https://amazonia.org.br/2020/01/dados-de-satelites-da-franca-avaliam-riscos-de-inundacoes-as-margens-do-rio-amazonas/>.

Figueiredo M, Boaz C, Bonacina C, Fabricio F, Silva K. Avaliação do padrão alimentar de quilombolas da comunidade do Limoeiro de Bacupari, Rio Grande do Sul, Brasil. RFO UPF [online]. 2011; 16(2):130-135. http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122011000200003. Acesso em 25/07/2020

Filha MMT. Morbidade auto-referida: inter-relações entre as medidas utilizando os dados da pesquisa mundial de saúde no brasil, 2003 [Tese]. [place unknown]: Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ; 2007. 200 p. Doutorado em Saúde Pública.

Filmer Deon, Rogers Halsey, Angrist Noam, Sabarwal Shwetlena. Learning-adjusted years of schooling (LAYS): Defining a new macro measure of education. *Economics of Education Review* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 16];77 DOI <https://doi.org/10.1016/j.econedurev.2020.101971>. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272775719300263>

Freire Junior R, Fernandes T, Borges G, Guerra R, Abreu D. Factors associated with low levels of physical activity among elderly residents in a small urban area in the interior of the Brazilian Amazon. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2018; 75:37-43.

Freitas Daniel Antunes, Caballero Antonio Diaz, Marques Amaro Sérgio, Hernández Clara Inés Vergara, Antunes Stéffany Lara Nunes Oliveira. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev. CEFAC* [Internet]. Outubro de 2011 [citado em 30 de setembro de 2020]; 13 (5): 937-943. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462011000500019&lng=en. Epub, 20 de maio de 2011. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000033>.

Freitas I, Rodrigues I, Silva I, Nogueira L. Perfil sociodemográfico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. *Revista Cuidarte*. 2018; 9(2):2187-200. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.521>

Gama A, Fernandes T, Parente R, Secoli S. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2018; 34(2):e00002817.

Galvão Tf, Pereira Mg. Rating the quality of evidence of systematic reviews. *Epidemiol Serv Saude*. Brasília, 2015; 24(1):173-175. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000100019>.

Ghedin Evandro, Nascimento Gabriel Rodrigues, Santos José Ricardo Almeida. O Pronera como política de inclusão social no mundo do trabalho educativo. In: GHEDIN, Evandro (org.). *Educação do campo: epistemologia e práticas*. São Paulo: Cortez, 2012.

Gómez-Olivé, Fx; Thorogood, M; Clark, B; Kahn, K; Tollman, S. Saúde e cuidados de saúde autorreferidos em uma população em envelhecimento no sub-distrito de Agincourt, na zona rural da África do Sul [correção publicada aparece na *Glob Health Action*. 2014; 7 (1): 24080]. *Ação de Saúde Glob*. 2013; 6: 19305. Publicado em 24 de janeiro de 2013. doi: 10.3402 / gha.v6i0.19305

Gonçalves Angela Maria Corrêa, Teixeira Maria Teresa Bustamante, Gama Jairo Roberto de Almeida, Lopes Claudia Souza, Silva Gulnar Azevedo e, Gamarra Carmen Justina, Duque Kristiane de Castro Dias, Machado Maria Lucia Salim

Miranda. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2018; 67(2): 101-109. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000192>

Gonzales A, Yoshioka E, Mathews P, Mertins O, Chaves F, Videira M, Tavares-Dias M. Anthelmintic efficacy of *Cymbopogon citratus* essential oil (Poaceae) against monogenean parasites of *Colossoma macropomum* (Serrasalmidae), and blood and histopathological effects, *Aquaculture*. 2020; 528:735500. <https://doi.org/10.1016/j.aquaculture.2020.735500>.

GRADE guidelines – Journal of Clinical Epidemiology series. 2014. Available from: <http://www.jclinepi.com/content/jce-GRADE-Series>.

Guerrero Afh, Silva Do, Toledo Lm, Guerrero Jch, Teixeira P. Mortalidade Infantil em Remanescentes de Quilombos do Município de Santarém – Pará, Brasil. *Saúde soc [Internet]*. 2007; 16(2):103-10.

Guirado Gunther Monteiro De Paula, Pereira Nathalia Mendrot Pinho. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. *Cad. saúde colet*. 2016; 24(1):92-98.

Guyatt Gh, Oxman Ad, Schünemann Hj, Tugwell P, Knottnerus A. GRADE guidelines: A new series of articles in the Journal of Clinical Epidemiology. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):380-382. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.09.011

Hacke A, Miyoshi E, Marques J, Pereira R. Anxiolytic properties of *Cymbopogon citratus* (DC.) stapf extract, essential oil and its constituents in zebrafish (*Danio rerio*), *Journal of Ethnopharmacology*. 2020; 260:113036, <https://doi.org/10.1016/j.jep.2020.113036>.

Hebbani S, Ruben J, Selvam S, Srinivasan K. Influence of socio-cultural factors on the emotional problems among college going young-adult children of parents with alcoholism: A study from South India, *Asian Journal of Psychiatry*. 2018; 37:26-31, <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.08.005>.

Helsper E. A Corresponding fields model for the links between social and digital exclusion. *Communication Theory*. 2012; 22(4):403-426.

Higgins J, Altman D. Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. In: Higgins J, Green S, eds. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5. The Cochrane Collaboration; 2011. www.cochrane-handbook.org.

IBGE. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua – Educação. Diretoria de

Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2019. Acesso em 18/07/2020

Ibrahim A, Akindele M, Ganiyu S, Bello B. Effects of motor control exercise and patient education program in the management of chronic low back pain among community-dwelling adults in rural Nigeria: a study protocol for a randomized clinical trial, *Integrative Medicine Research*. 2019;8(2):71-81, <https://doi.org/10.1016/j.imr.2019.02.001>.

Ives J. A volatilidade da renda pode ser ligada com o risco aumentado de desenvolver a doença cardíaca [Internet]. [place unknown]; 2019 [cited 2020 Jul 24]. Available from: www.Heart.org/.

Keaney L, Kilding A, Merien F, Dulson D. The impact of sport related stressors on immunity and illness risk in team-sport athletes, *Journal of Science and Medicine in Sport*. 2018; 21(12):1192-1199, <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2018.05.014>.

Kedia A, Prakash B, Mishra P, Chanotiya C, Dubey N. Antifungal, antiaflatoxicogenic, and insecticidal efficacy of spearmint (*Mentha spicata* L.) essential oil. *International Biodeterioration & Biodegradation*. 2014; 89:29-36, <https://doi.org/10.1016/j.ibiod.2013.10.027>.

Kemerich Pedro Daniel Da Cunha, Bianchini Débora Cristina, Fank Julia Caroline, Borba Willian Fernando De, Weber Diego Polonia, Ucker Fernando Ernesto. A Questão Ambiental Envolvendo os Cemitérios no Brasil. *Revista do Centro de Ciências Naturais e Exatas - UFSM, Santa Maria*. 2014; 13(5):3777–85.

Klimaczewski C, Saraiva R, Roos D, Boligon A, Athayde M, Kamdem J, Barbosa N, Rocha J. Antioxidant activity of *Peumus boldus* extract and alkaloid boldine against damage induced by Fe(II)–citrate in rat liver mitochondria in vitro. *Industrial Crops and Products*. 2014; 54:240-247. <https://doi.org/10.1016/j.indcrop.2013.11.051>.

Kochergin Clavdia Nicolaevna, Proietti Fernando Augusto, Cesar Cibebe Comini. Comunidades de descendentes de escravos em Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação da saúde e fatores associados. *Cafajeste. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2014; 30(7):1487-1501. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000701487&lng=en&nrm=iso>. acesso em 29 de julho de 2020.

Jackson J, Chiwona-Karlton L, Gordon A. Food safety and quality considerations for cassava, a major staple containing a natural toxicant, *Food Safety and Quality Systems in Developing Countries* [Internet]. [place unknown]: Academic Press; 2020 [cited 2020 Sep 1]. 343-366 p. III vol. ISBN: 9780128142721. DOI

<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-814272-1.00008-5>. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128142721000085>

Landeghem B, Vandeplass A. The relationship between status and happiness: Evidence from the caste system in rural India, *Journal of Behavioral and Experimental Economics*. 2018; 77:62-71, <https://doi.org/10.1016/j.socec.2018.08.006>.

Lebrão Maria Lúcia, Carandina Luana, Magaldi Cecília. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, São Paulo (Brasil): IV - Morbidade referida em entrevistas domiciliares, 1983-1984. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 1991 Dec [cited 2020 Sep 30]; 25(6): 452-460. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000600006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101991000600006>.

Lebrão Maria Lúcia, Laurenti Rui. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2005 Jun [citado 2020 Set 30]; 8(2):127-141. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200005&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200005>.

Lee D, Shin Y, Jang J, Park Y, Ahn J, Jeong S, Shin L, Yoon M. The herbal extract ALS-L1023 from *Melissa officinalis* alleviates visceral obesity and insulin resistance in obese female C57BL/6J mice, *Journal of Ethnopharmacology*. 2020; 253:112646, <https://doi.org/10.1016/j.jep.2020.112646>.

Li Z, Zhang X, Lv Y, Shen D, Li F, Zhong W, Huang Q, Wu X, Zeng Y, Gao X, Shi X, Mao C. Leisure Activities and All-Cause Mortality Among the Chinese Oldest-Old Population: A Prospective Community-Based Cohort Study, *Journal of the American Medical Directors Association*. 2020; 21(6):713-719.e2, <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.08.003>.

Lim Y, Chou L, Au R, Seneviwickrama K, Cicuttini F, Briggs A, Sullivan K, Urquhart D, Wluka A. People with low back pain want clear, consistent and personalised information on prognosis, treatment options and self-management strategies: a systematic review, *Journal of Physiotherapy*. 2019; 65(3):124-135. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2019.05.010>.

Lima-Costa MF, Loyola Filho AI, Matos DI. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). *Cad Saúde Pública* 2007; 23:2467-78.

Lima Trindade L, Brutti Righi M., Mendes Vieira K. DE ONDE VEM O ENVIDAMENTO FEMININO? CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM MODELO PLS-PM. *Revista Eletrônica de Administração*. 2012; 18(3):718-746.

Loyola Filho A, Firmo J, Uchôa E, Lima-Costa, M. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: resultados do projeto Bambuí. *Rev Bras Epidemiol*. 2013; 16(3): 559-71.

Luisi C, Figueiredo Fwds, Sousa Lva, Quaresma Frp, Maciel Eds, Adami F. Prevalence of and Factors Associated with Metabolic Syndrome in Afro-Descendant Communities in a Situation of Vulnerability in Northern Brazil: A Cross-Sectional Study. *Metab Syndr Relat Disord*. 2019;17(4):204-209. doi:10.1089/met.2018.0107

Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*. 2005; 131(6):803-855.

Maftai A, Holman A, Cârlig E. Does your child think you're happy? Exploring the associations between children's happiness and parenting styles, *Children and Youth Services Review*. 2020; 115:105074. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105074>.

Magalhaes Filho, Fernando Jorge Correa, Paulo Paula Loureiro. Abastecimento de água, esgotamento doméstico e aspectos de saúde em comunidades Quilombolas no Estado de Mato Grosso do Sul. *Interações (Campo Grande)*, Campo Grande. 2017; 18(2):103-116.

Mahadevan N, Gregg AP, Sedikides CO. Where I am and where I want to be: Perceptions of and aspirations for status and inclusion differentially predict psychological health. 2019; 139:170-174.

Mahboubi M. *Mentha spicata* as natural analgesia for treatment of pain in osteoarthritis patients, *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2017; 26:1-4.

Maldonado J, González-Vega C. Impact of Microfinance on Schooling: Evidence from Poor Rural Households in Bolivia, *World Development*. 2008; 36(11):2440-2455.

Malta Deborah Carvalho, Leal Maria Do Carmo, Costa Maria Fernanda Lima, Moraes Neto Otaliba Libânio De. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2008; 11(1):159-167.

Marquez-Velarde G, Jones N, Keith V. Estratificação racial na autoavaliação da saúde entre mexicanos negros e mexicanos brancos *SSM-Population Health*. 2020; 10:100509.

Mcgowan G, Prangnell J. A method for calculating soil pressure overlying human burials. *Journal of Archaeological Science*. 2015; 53(1):12-18.

Mcphee J, French D, Jackson D, Nazroo J, Pendleton N, Degens H. Atividade física na terceira idade: perspectivas de envelhecimento saudável e fragilidade. *Biogerontol*. 2016; 17:567–580.

Melo MFT, Silva HP. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Revista da ABPN, Pará*. 2015; 7(16):168-189. <http://doi.org/10.18542/cs.v1i1.3909>.

Melo, Willivane Ferreira; SEMED. “Educação escolar em comunidades quilombolas”. 2013.

Mesenburg Ma, Restrepo-Mendez Mc, Amigo H et al. Desigualdades de grupos étnicos na cobertura de intervenções em saúde reprodutiva, materna e infantil: análises transversais de pesquisas nacionais em 16 países da América Latina e do Caribe. *Lancet Glob. Health*. 2018; 6 (8): e902-e913.

Michiani M, Asano J. Physical upgrading plan for slum riverside settlement in traditional area: A case study in Kuin Utara, Banjarmasin, Indonesia, *Frontiers of Architectural Research*. 2019; 8(3):378-395.

Ministerio Da Saúde. Programa Nacional de Plantas medicinais e fitoterápicos. Legislação Ações e programas. 2020. <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-plantas-medicinais-e-fitoterapicos-pnpnfmf/legislacao>. Acesso em 23/07/2020

Ministério Da Saúde. Sistema de informação do Programa Nacional de Imunizações(SIPNI),2017.<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/17/AACOBERTURAS-VACINAIS-NO-BRASIL---2010-2014.pdf>. Acesso em 24/07/2020.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman Dg. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *J Clin Epidemiol*. 2009; 62(10):1006-1012.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman Dg. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement, 2015. Disponível em: www.prisma-statement.org. Acesso em: 23/11/2016

Montoya LG, Salazar AL. Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo, antecedentes. *Educere, Mérida*. 2010; 14(49):287-296.

Msuya M, Blood-Siegfried J, Chugulu J, Kidayi P, Sumaye J, Machange R, Mtuya C, Pereira K. Descriptive study of nursing scope of practice in rural medically underserved areas of Africa, South of the Sahara, International Journal of Africa Nursing Sciences. 2017; 6:74-82.

Murugan K, Benelli G, Panneerselvam C, Subramaniam J, Jeyalalitha T, Dinesh D, Nicoletti M, Hwang J, Suresh U, Madhiyazhagan P. Cymbopogon citratus-synthesized gold nanoparticles boost the predation efficiency of copepod Mesocyclops aspericornis against malaria and dengue mosquitoes, Experimental Parasitology. 2015; 153:129-138. <https://doi.org/10.1016/j.exppara.2015.03.017>.

Mussi RFF, QUEIROZ BM, Petroski EL. Excesso de peso e fatores associados em quilombos do médio São Francisco baiano, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2018; 23(4). <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.03662016>.

Mussi R, Petroski E. Síndrome metabólica e fatores associados em quilombos baianos, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2019; 24(7): 2481-2490.

Naeini M, Fasihi F, Najafi M, Ghazvini M, Hasanzadeh, A. The effects of vitamin D supplementation on ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) in 6–13 year-old students: A randomized, double-blind, placebo-controlled study, European Journal of Integrative Medicine. 2019; 25:28-33.

Nahar B, Hossain M, Ickes S, Naila N, Mahfuz M, Hossain D, Denno D, Walson J, Ahmed T. Development and validation of a tool to assess appetite of children in low income settings, Appetite. 2019; 134:182-192.

Nery Junior, Nelson. Princípios do processo civil na constituição federal. 5. ed. rev. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

Nunes Apn, Barreto S M, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde. Rev Bras Epidemiol. 2012; 15(2):415-28.

Nyantekyi L, Legesse M, Medhin G, Anmut A, Tadesse K, Macias C, Degarege A, Erko B. Community awareness of intestinal parasites and the prevalence of infection among community members of rural Abaye Deneba area, Ethiopia, Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine. 2014; 4(1):S152-S157.

Oliveira Clarissa Tochetto de, Santos Anelise Schaurich dos, Dias Ana Cristina Garcia. Expectativas de universitários sobre a universidade: sugestões para facilitar a adaptação acadêmica. Revista Brasileira de Orientação Profissional. 2016; 17(1): 43-53.

Oliveira Kelly Albuquerque de, Araújo Edna Maria de, Oliveira Keyte Albuquerque de, Casotti Cesar Augusto, Silva Carlos Alberto Lima da, Santos

Djanilson Barbosa dos. Associação entre raça/cor da pele e parto prematuro: revisão sistemática com meta-análise. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 30] ; 52: 26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100503&lng=en. Epub Apr 09, 2018. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000406>.

Oliveira DR, Krettli AU, Aguiar AC, Leitão GG, Vieira MN, Martins KS, Leitão SG. Ethnopharmacological evaluation of medicinal plants used against malaria by quilombola communities from Oriximiná, Brazil, Journal of Ethnopharmacology. 2015; 173:424-434.

Oliveira M, Campos M, Andreazzi M, Malta D. Características da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE. Epidemiol. Serv. Saude. 2017; 26(3):605-616.

Oliveira M, Guimarães M, França E. Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. Ciência & Saúde Coletiva. 2014; 19(11): 4535-4544.

Oliveira S, Pereira M, Freitas D, Caldeira A. Saúde materno infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. Cad. Saúde Coletiva. 2014; 22(3):307-13.

Oliveira Stéphaney Ketllin Mendes, Pereira Mayane Moura, Guimarães André Luiz Sena, Caldeira Antônio Prates. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2015 Set [citado 2020 Set 30]; 20(9): 2879-2890. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902879&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.20342014>.

Organização Mundial Da Saúde (OMS). Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Genebra: OMS, 2011. Disponível em: www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf. Acesso em: 19/02/2019

Organização Mundial Da Saúde. Primeiro relatório da OMS sobre doenças tropicais negligenciadas: avanços para superar o impacto global de doenças tropicais negligenciadas. Genebra: OMS; 2012.

Orr M, Burduli E, Hirchak K, Dotson J, Young S, Nelson L, Lennstrom E, Slaney T, Bush T, Gillaspay S, Roll J, Buchwald D, Mcpherson S. Culturally-tailored text-messaging intervention for smoking cessation in rural American Indian

communities: Rationale, design, and methods, *Contemporary Clinical Trials Communications*. 2019;15:100363.

Paim JS. Abordagens Teórico-Conceituais em Estudos de Condições de Vida e Saúde. Saúde. In: Barradas RB, organizadora. *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Abrasco; 1997. p. 276.

Pauli S, Bairros F, Nunes L, Neutzling M. Prevalência autorreferida de hipertensão e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & saúde Coletiva*. 2019; 24(9):3293-3303.

Patias ND, Buaes CS. Não tem filhos? Por quê? *Disc. Scientia. Série ciências humanas*, Santa Maria. 2009; 4(1), 121-133.

Pavão Ana Luiza Braz, Werneck Guilherme Loureiro, Campos Mônica Rodrigues. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 Apr [cited 2020 Sep 30]; 29(4): 723-734. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000400010&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400010>.

Pavez I, Correa T, Contreras J. Meanings of (dis)connection: Exploring non-users in isolated rural communities with internet access infrastructure, *Poetics*. 2017; 63:11-21.

Pellon Luiz Henrique C., Vargas Liliana A. Cultura, interculturalidade e processo-doença: (des) caminhos na atenção à saúde dos Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo. *Physis*. 2010;20(4):1377-1397.

Peres M, Ebdon J, Purnell S, Taylor H. Potential microbial transmission pathways in rural communities using multiple alternative water sources in semi-arid Brazil, *International Journal of Hygiene and Environmental Health*. 2020; 224:113431.

Pinho L, Dias R, Cruz L, Velloso N. Health conditions of quilombola community in the north of Minas Gerais. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2015;7(1): 1847-1855.

Pinto-Zevallos D, Pareja M, Ambrogi B. Conhecimento atual e perspectivas de pesquisas futuras sobre as defesas químicas da mandioca (*Manihot esculenta* Crantz): uma visão agroecológica Fitoquímica. 2016; 130:10–21.

Porfírio, Francisco. "Quilombolas"; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/sociologia/quilombolas.htm>. Acesso em 14 de setembro de 2020.

Purnamasari W, Setyono D, Dayana I. Figuring the Happiness of Poor Communities in Malang City: Measuring the Outcome of Slum and quatter Areas, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2016; 227:521-529.

Quintero-Angel M, Mendoza D, Quintero-Angel, D. The cultural transmission of food habits, identity, and social cohesion: A case study in the rural zone of Cali-Colombia, *Appetite*. 2019; 139:75-83.

Ramalho R, Pereira A, Vicente F, Pereira P. Docosahexaenoic acid supplementation for children with attention deficit hyperactivity disorder: A comprehensive review of the evidence, *Clinical Nutrition ESPEN*. 2018; 25:1-7. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2018.03.126> .Acesso em 17/07/2020 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405457717304321>

Ranjbar, M.; Firoozabadi, A.; Salehi, A.; Ghorbanifar, Z.; Zarshenas, M.; Sadeghniiat-Haghighi, K.; Rezaeizadeh, H. Effects of Herbal combination (Melissa officinalis L. and Nepeta menthoides Boiss. & Buhse) on insomnia severity, anxiety and depression in insomniacs: Randomized placebo controlled trial, *Integrative Medicine Research*, Volume 7, Issue 4, 2018, Pages 328-332, <https://doi.org/10.1016/j.imr.2018.08.001>.

Ribeiro PC, Pedrosa JIS, Nogueira LTT, Sousa MFS. Ferramentas para o diagnóstico comunitário de saúde na consolidação da estratégia saúde da família. V.6 n.4 (2012): Temas livres https://doi.org/10.18569/tempus.v6i4.1213_

Rocha Dais Gonçalves, Alexandre Veruska Prado, Marcelo Vânia Cristina, Rezende Regiane, Nogueira Júlia Devidé, Franco de Sá Ronice. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2014 Nov [citado 2020 Set 30] ; 19(11):4313-4322. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104313&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.11232014>.

Rocha, Renée. Contaminação da água subterrânea por cemitérios: estudo de caso no Cemitério Municipal de Osório. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia). - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trabalho de Conclusão do Curso de Geologia. Instituto de Geociências. Porto Alegre: IGEO/UFRGS, 2017.

Rosinger A, Tanner S, Leonard W. Precursors to overnutrition: The effects of household market food expenditures on measures of body composition among Tsimane' adults in lowland Bolivia, *Social Science & Medicine*. 2013; 92:53-60.

Roubion R, Fox R, Townsend L, Pollock G, Leonardi C, Dasa V. Does Marital Status Impact Outcomes After Total Knee Arthroplasty?, *The Journal of Arthroplasty*. 2016; 31(11):2504-2507.

Ruckert B, Cunha D, Modena C. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(66):903-14.

Ryckman K, Rillamas-Sun E, Spracklen C, Wallace R, Garcia L, Tylavsky F, Howard B, Liu S, Song Y, Leblanc E, White M, Parikh N, Robinson J. Ethnic differences in the relationship between birth weight and type 2 diabetes mellitus in postmenopausal women, *Diabetes & Metabolism*. 2014; 40(5):379-385.

Santana Luiz, Lima Leandro, Silva Simone, Pontes Fernando. SUBSISTÊNCIA RIBEIRINHA: PRÁTICAS SÓCIO-CULTURAIS NA AMAZÔNIA. VII Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2009.

Santos D, Prado B, Oliveira C, Almeida-Santos M. Prevalência da Hipertensão arterial sistêmica em comunidades quilombolas do estado de Sergipe, Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2019; 113(3):383-390.

Santos D, Santos MK, Santos E, dos Santos B, Oliveira LE, Oliveira C. Educação em saúde: combate ao *Aedes aegypti* em comunidade Quilombola. REAID [Internet]. 26set.2019 [citado 30set.2020];89(27). Available from: <http://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/406>

Santos R, Silva M. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *Saúde Soc. São Paulo*. 2014; 23(3):1049-1063.

Santos Jucélia. "Etnicidade e religiosidade da comunidade quilombola de Olaria, em Irará (BA)." *Revista do Núcleo de Estudos de Religião e Sociedade (NURES)*. ISSN 1981-156X [Online].2009; 13: sem paginação.

Santos Vanessa Cruz, Boery Eduardo Nagib, Pereira Rafael, Rosa Darci de Oliveira Santa, Vilela Alba Benemerita Alves, Anjos Karla Ferraz dos et al. Socioeconomic and health conditions associated with quality of life of elderly quilombolas. *Texto contexto - enferm*. 2016; 25(2):e1300015.

Saravali E. G. Dificuldades de aprendizagem no ensino superior: reflexões a partir da perspectiva piagetiana. *ETD - Educação Temática Digital*. 2008; 6(2), 99-127. <https://doi.org/10.20396/etd.v6i2.777>

Shareghfarid I, Sangsefidi Z, Salehi-Abargouei A, Hosseinzadeh M. Empirically derived dietary patterns and food groups intake in relation with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A systematic review and meta-analysis, *Clinical Nutrition ESPEN*. 2020; 36:28-35.

Shakeri A, Sahebkar A, Javadi B. *Melissa officinalis* L. - uma revisão de seus usos tradicionais, fitoquímica e farmacologia J. *Ethnopharmacol.* 2016; 188:204 – 228.

Silva H, Padez C, Moura E, Filgueiras L. Obesity, Hypertension, Social Determinants of Health, and the Epidemiologic Transition among Traditional Amazonian Populations. *Annals of human biology.* 2016; 43:1-36. <https://doi.org/10.1080/03014460.2016.1197967>.

Silva Marcos Henrique Paraiso. Assistência à saúde em comunidades quilombolas: revisão sistemática [Monografia]. Salvador: Universidade Federal da Bahia (UFBA); 2015. Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia.

Silva Paloma Alves dos Santos da, Rocha Saulo Vasconcelos, Santos Loiamara Barreto, Santos Clarice Alves dos, Amorim Camila Rego, Vilela Alba Benemérita Alves. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2018; 23(2): 639-646.

Silva T, Bomfim C, Leite T, Moura C, Belo N, Tomazi L. Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Colet.* 2016; 24 (3): 376-383

Simões D, Malheiros J, Antunes P, Figueirinha A, Cotrim M, Fonseca D. Vascular activity of infusion and fractions of *Cymbopogon citratus* (DC) Stapf. in human arteries, *Journal of Ethnopharmacology.* 2020; 258:112947.

Smernoff E, Mitnik I, Lev-Ari S. The effects of Inquiry-Based Stress Reduction (IBSR) on mental health and well-being among a non-clinical sample. *Complementary Therapies in Clinical Practice.* 2019; 34:30-34.

Soares Laura Tavares. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2000 Dec [cited 2020 Oct 01]; 53(spe):17-24. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672000000700003>.

Sousa Bárbara Cabral de, Santos Rebeca Silva dos, Santana Katiúscy Carneiro, Souzas Raquel, Leite Álvaro Jorge Madeiro, Medeiros Danielle Souto de. Sexual behavior and associated factors in rural adolescents. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 01]; 52: 39. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

Sousa E, Cavalcante J, Sousa D, Ferreira J, Meneses R, Sousa D, Silva A, Xavier Filho R, Santos E, Havt A, Damasceno N, Sampaio T, Queiroz M. Comparison of early cardiovascular risk among Brazilian and African university students, *Clinical Biochemistry*. 2020; 75:7-14.

Souza Edinilsa Ramos de, Praça Heitor Levy Ferreira, Luz Eliane Santos da, Sabroza Paulo Chagastelles, Pinto, Liana Wemersbach. Homicídio e lesão corporal em Itaboraí, Brasil: análise em diferentes escalas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23(2):463-470.

Subramaniam G, Yew X, Sivasamugham L. Antibacterial activity of *Cymbopogon citratus* against clinically important bacteria, *South African Journal of Chemical Engineering*. 2020; 34:26-30.

Sterne Ja, Hernán Ma, Reeves Bc, et al. ROBINS-I: A tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*. 2016; 355:4-10.

Tait R, Chibnall J. Disparidades raciais e étnicas na avaliação e tratamento da dor: perspectivas psicológicas. *Professional Psychol Res Pract*. 2005; 36:595 – 601.

Taquette SR, Minayo MCS. Características de estudos qualitativos conduzidos por médicos: revisão da literatura. *Cien Saude Colet* 2015; 20(8):2423-2430. <http://doi.org/10.1590/1413-81232015208.18912014>.

Teh J, Tey T. Effects of selected leisure activities on preventing loneliness among older Chinese, *SSM - Population Health*. 2019; 9:100479.

Telesi Junior Emílio. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estudos avançados*. 2016; 30(86):99-112.

Thompson R. EndNote Gerenciador de Referências Bibliográficas; Software da Thompson Reuters. 2012. Acess in: 01/09/2020. Avaliable from: <http://www.myendnoteweb.com.br/>.

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Critérios consolidados para relato de pesquisa qualitativa (COREQ): lista de verificação de 32 itens para entrevistas e grupos focais, *Revista Internacional de Qualidade em Assistência à Saúde*. 2007;19(6):349–357.

Valentim José Williams da Silva. Vozes e Olhares que Mur[u]mur[u]am na Amazônia: cartografia de saberes quilombolas [Dissertação]. Belém:

Universidade do Estado do Pará; 2008. Mestrado em educação pelo Centro de Ciências Sociais e Educação.

Van Der Linden B, Cheval B, Sieber S, Orsholits D, Guessous I, Stringhini S, Cullati S. Life course socioeconomic conditions and frailty at older ages The Journals of Gerontology: Series B. 2019; 75(6):1348-1357.

Varga István van Deursen, Cardoso Raimundo Luís Silva. Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios. Saude soc. [Internet]. 2016 Set [citado 2020 Set 28] ; 25(3): 664-671. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300664&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/s0104-129020162616>.

Veenstra G, Vanzella-Yang A. Family income and self-rated health in Canada: Using fixed effects models to control for unobserved confounders and investigate causal temporality, Social Science & Medicine. 2020; 250:112884.

Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. Ciênc Saúde Coletiva. 2002; 7(4): 607-21.

Villiger A, Sala F, Suter A, Butterweck V. In vitro inhibitory potential of *Cynara scolymus*, *Silybum marianum*, *Taraxacum officinale*, and *Peumus boldus* on key enzymes relevant to metabolic syndrome, Phytomedicine. 2015; 22(1):138-144.

Wagner R, Crowther N, Gomez-Olive F, Kabudula C, Kahn K, Mhembere Memory, Myakayaka Zola, Tollman Stephen, Wade Alisha N. Sociodemographic, socioeconomic, clinical and behavioural predictors of body massa index vary by sex in rural South African adults-findings from the AWI-Gen study. Global Health Action. 2018; 11:80-89.

Walter S, Parker R, Wang K, Dai Z, Starcher M. Feasibility of a self-management intervention in adolescents with headache (SMI-AH), Applied Nursing Research. 2020; 51:151223.

Ware L, Charlton K, Schutte A, Cockeran M, Naidoo N, Kowal P. Associations between dietary salt, potassium and blood pressure in South African adults: WHO SAGE Wave 2 Salt & Tobacco, Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases. 2017;27(9):784-791.

Wei X, Huang S, Stodolska M, Yu Y. Tempo de lazer, atividades de lazer e felicidade na China. Revista Brasileira de Pesquisa em Lazer. 2015; 47(5):556 – 576.

Weiller TH. O acesso na rede pública de saúde no município de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008. Doutorado em enfermagem.

WHO - World Health Organization. A glossary of terms for community health care and services for older persons: WHO Centre for Health Development: ageing and health technical report. Genebra, 2004. v. 5. Disponível em: <Disponível em: <https://goo.gl/vLUmxu> >. Acesso em: 17/02/19

Willerth M, Ahmed T, Phillips S, Pérez-Zepeda M, Zunzunegui M, Auais M. The relationship between gender roles and self-rated health: A perspective from an international study, Archives of Gerontology and Geriatrics. 2020; 87:103994.

Woldeamanuel Y, Andreou A, Cowan R. Prevalence of migraine headache and its weight on neurological burden in Africa: A 43-year systematic review and meta-analysis of community-based studies, Journal of the Neurological Sciences. 2014; 342(1–2):1-15.

Zakzuk J, Casadiego S, Mercado A, Peñaranda D, Guzman N, Caraballo L. PIN58 Prevalence Of Parasite Intestinal Infections In A Rural Community Of The Caribbean North Of Colombia, Value in Health. 2019; 22(2):S204.

APÊNDICE

Apêndice 1

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F
☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº
..... APTO:

BAIRRO: CIDADE
.....

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)
.....

DADOS SOBRE A PESQUISA

2. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

Determinantes sociais em saúde e morbidade auto-relatada em uma população quilombola às margens do rio Amazonas, no município de Santarém, Pará.

PESQUISADORES PROF^a DRA OLINDA DO CARMO LUIZ ; CARGO/FUNÇÃO: docente do curso de pós graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP e enfermeira LÍVIA DE AGUIAR VALENTIM; CARGO/FUNÇÃO: docente do curso de enfermagem da Universidade do Estado do Pará – UEPA .

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO	☒	RISCO MÉDIO	☐
RISCO BAIXO	☐	RISCO MAIOR	☐

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : JULHO/ 2018 A NOVEMBRO DE 2020

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

1 – As informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa conhecer as comunidades quilombolas de Santarém com o objetivo de avaliar a situação de saúde e doença desses povos.

2 – Será aplicado um questionário estruturado, desenvolvido a partir da versão preliminar, com algumas informações da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS, Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito telefônico – VIGITEL, que pode ser vista no Apêndice 2, e será aprimorado a partir da revisão sistemática e dos instrumentos identificados na revisão da literatura. O tempo estimado para o preenchimento é de 20 minutos, em média.

O questionário está em construção, contemplando as principais características:

- Demográficas e socioeconômicas: idade, sexo, estado civil, raça/cor, nível de escolaridade, renda.
- Local de moradia: acesso a água, tipo de esgotamento, tipo de moradia, equipamentos presentes na casa, destino do lixo, tratamento da água.
- Acesso a comunidade: meios de acesso, meios de transporte, regularidade de transporte.
- Infraestrutura local: Escola, unidade de saúde, energia elétrica, meios de comunicação.
- Padrão de alimentação e de atividade física, frequência do consumo de frutas, legumes e verduras e de alimentos fonte de gordura saturada e frequência e duração da prática de exercícios físicos e comportamento sedentário.
- Fatores de risco: peso e altura medidos, frequência do consumo de cigarros e de bebidas.
- Autoavaliação do estado de saúde e morbidade referida.
- Avaliação da Composição Corporal:

3 – No que tange aos riscos, poderá haver risco de constrangimentos no momento da aplicação da entrevista, o que será minimizado pela pronta prestação de esclarecimentos antes da aplicação dos instrumentos ou a qualquer momento que se mostrar necessária. A recusa da participação será livre e poderá ocorrer em qualquer etapa.

Não haverá benefícios individuais aos participantes. No entanto, as informações epidemiológicas coletadas através das entrevistas possibilitarão o conhecimento da saúde da população, fornecendo elementos para o poder público, parceiro da presente pesquisa elaborar adequadamente o planejamento em saúde, a programação e a organização dos serviços. Os subsídios trazidos pelo estudo permitirão a implantação de ações voltadas especificamente para a população quilombola. Do ponto de vista científico, a divulgação dos métodos e

resultados da presente pesquisa contribuirá com estudos posteriores, além do fortalecimento das discussões sobre tal temática.

4 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é enfermeira Lívia de Aguiar Valentim, que pode ser encontrado no endereço Avenida Plácido de Castro, 1399, Aparecida, Telefone 093984033751 .Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – localizado no **Instituto do Câncer do Estado de São Paulo “Octávio Frias de Oliveira” - 21º andar – sala 36 - Av. Dr. Arnaldo, 251 - Cerqueira César - São Paulo - SP - CEP: 01246-000** - E-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br ou entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Pará , localizado na Avenida Plácido de Castro, 1399, ou pelo telefone 093 35128000.

5 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

6 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente;

7 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

8 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

9 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Situação de saúde das populações tradicionais da Amazônia Paraense”

Eu discuti com a enfermeira Lívia de Aguiar Valentim. sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do paciente/representante
legal

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha

Data ____ / ____ / ____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____ / ____ / ____

Apêndice 2.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA
Programa de Pós-Graduação em Saúde coletiva

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Declaro para os devidos fins que os pesquisadores abaixo participaram como COMITÊ DE AVALIAÇÃO para o processo de validação do instrumento de coleta de dados para populações quilombolas, que consta como subproduto do projeto de tese intitulado "Determinantes sociais em saúde e morbidade auto-relatada em uma população quilombola as margens do rio Amazonas no município de Santarém, Pará".

PARECERISTA 1: Silvania Yukiko Lins Takanashi

Parecer:

Na avaliação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) será questionada a necessidade de colocar o nome (deve-se garantir a privacidade e anonimato), uma vez que já consta o código.

Em relação ao grau de parentesco, sugiro acrescentar a opção () primo/prima

No Bloco III, o item 1, relativo a estrada piçarra e estrada de terra, provavelmente levará a uma confusão. Sugiro agrupar.

No Bloco III, o item 5 deveria ser especificado o custo do transporte se diário, semanal, mensal, igual a questão anterior.

No Bloco V, no item 10, sugiro que seja solicitado para qual finalidade foi usado o chá/erva.

No Bloco V, após a questão 22, poderia ser perguntado com que profissionais a grávida já consultou no pré natal.

No Bloco VII, na questão sobre frequência de consumo de bebida alcoólica, fica estranha a opção () menos de 1 dia por semana.

A próxima questão, sobre o consumo nos últimos 30 dias, levanta a dúvida porquê só para os homens?

Assinatura:

PARECERISTA 2: Yara Macambira Santana de Lima

Parecer:

Excelente a distribuição dos blocos, reavaliar o bloco VII que está sem numeração.

Reavaliar a extensão do instrumento, considero a linguagem acessível, precisa fazer um piloto pra ter uma média de quanto tempo de duração a entrevista.

Assinatura:

PARECERISTA 3: Katrine Nayara Figueira Barbosa

Parecer: O instrumento para a coleta de dados apresenta-se bem estruturado em divisão de blocos e linguagem de fácil compreensão. No entanto, deixo algumas sugestões.

Bloco I, no item 4, sugiro acrescentar nos demais graus de escolaridade o ensino incompleto, pois esta aparece somente no grau Superior. Seria interessante colocar neste bloco, o item 9 correspondente ao recebimento de auxílio, como bolsa escola, bolsa família, indenização, aposentadoria e outros.

Bloco II, item 2, sugiro colocar “origem da água usada na casa”; ao invés de água usada para beber. E acrescentar o item 2.1 “Tratamento da água para beber”, neste seria filtração, fervura, coloração, água mineral, outros? Não há tratamento? Neste mesmo bloco sugiro acrescentar o item 9. Tem animais em casa? Se sim, quais?.

Bloco IV, item 2, ficou vago o termo “ com que profissionais?” sugiro “ quais profissionais atuam na Unidade?. Neste mesmo bloco seria interessante falar sobre a rede de esgoto, mesmo que seja uma pequena comunidade.

Bloco V, item 2, sugiro acrescentar a alternativa “outros”, pois o paciente pode ter sido atendido por odontólogos, nutricionista e outros. No item 5, a resposta não pode ser sim ou não, pois há duas perguntas. No item 6, seria importante saber o porquê. Item 10, poderia acrescentar a farmácia devido a automedicação. Neste bloco, além das queixas neuropsiquiátricas, seria pertinente acrescentar dois itens que estão muito relacionado às condições socioeconômicas e hábitos de vida, como a diarreia e tosse crônica. Nos itens 26 e 27 sugiro acrescentar vícios (tabagismo, drogas ilícitas), e não há necessidade de colocar “se sim, quais?” pois já têm as alternativas para marcar, e há o item “outras doenças” logo abaixo. Item 28, acrescentar as vacinas meningocócica e pneumo.

Assinatura

Kathrine Nayana Figueira Barbosa

PARECERISTA 4: Mirla Rego Ribeiro

Parecer: O instrumento de coleta de dados está muito bom, logo tenho poucas observações a fazer. Minha sugestão é que no item do Bloco V- Situação de saúde seja incluído o questionamento sobre o sono, por exemplo: quantas horas de sono por dia, se costuma dormir após o almoço, pois sabe-se que ter um sono adequado ou não pode influenciar na saúde da população. No item 10 do mesmo bloco além de chás ervas poderia ser perguntado se recorrem ao benzedor quando adoecem. Do item 15 ao 17 foram formuladas perguntas que podem evidenciar depressão, fato muito importante no inquérito, poderia também ser questionado se o indivíduo é feliz e o que lhe faz feliz. No item VII- Hábitos e estilo de vida pode ser acrescentado um questionamento sobre a prática de exercícios físicos ou sedentarismo. Penso que enriqueceria o projeto conhecer este assunto, visto que dependendo da cultura local podem existir práticas exclusivas da população. Caso a maioria dos pesquisados seja sedentária, conhecer tal assunto também contribuiria com futuros estudos sobre a saúde dessa população.

Assinatura:

Mirla Rego Ribeiro

AUTOR: Lívia de Aguiar Valentim

Parecer: O instrumento foi revisto de acordo com as sugestões do comitê avaliador

Assinatura:

Lívia de Aguiar Valentim

CÓDIGO_____

POPULAÇÃO _____

Nome:_____

Quantas pessoas moram na sua residência:

Grau de parentesco: () irmã/irmão () pai () mãe () esposa/esposo

() Tio /Tia () Cunhado/Cunhada () Avô/avó () primo/prima () filho/filha

() sobrinho/sobrinha () genro () netos

BLOCO I – CARACTERIZAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

1. Sexo: () Masculino () Feminino

2. Cor/raça (Marque apenas uma alternativa): () Branca () Preta () Amarela

() Parda () Indígena () não sabe () não quis informar

3. Qual seu estado conjugal atual?

() vive sozinho () acompanhado () não quis informar

4. Escolaridade: () Ensino fundamental () Ensino médio () Superior incompleto ou superior completo

4 a. Número de anos concluídos com aprovação: _____

5. Qual sua religião ou culto?

6. Data de nascimento: ____/____/____ idade: _____

7. Renda familiar mensal (Média): () abaixo de R\$ 250,00 () de R\$ 250,00 a R\$ 500,00 () De R\$ 501,00 a R\$ 1.500,00 () De R\$ 1.501,00 a R\$ 2.500,00 () De R\$ 2.501,00 a R\$ 4.000,00 () acima de R\$ 4.000,00 () Não sabe

8. Você trabalha? () sim () não Se sim, em que atividade?

BLOCO II – CARACTERIZAÇÃO CONDIÇÕES DE MORADIA

1. Tipo de casa () alvenaria () palha () barro () madeira () palafita () outro _____
2. Água usada para beber () rio () poço () microssistema () mineral () outro _____
3. A casa tem os seguintes equipamentos: () televisão () geladeira () fogão a gás () rádio () outros _____
4. Destino do lixo: () coletado () queimado () enterrado () céu aberto () outro _____
5. Tratamento da água no domicílio () filtração () fervura () cloração () outro _____ () sem tratamento
6. Destino Fezes e urina: () fossa séptica () fossa negra () céu aberto () esgotamento sanitário () Outro: _____
7. Há um cemitério próximo a residência? () sim () não
8. Há banheiro dentro da residência? () sim () não

BLOCO III – MEIOS DE ACESSO A COMUNIDADE

1. Meios de acesso () rio () estrada asfaltada () estrada piçarra/terra () aéreo
2. Trânsito no acesso principal () ano todo () só no verão () só no inverno
3. Meios de transporte para acesso da população aos serviços de saúde e/ou zona urbana () barco () ônibus () caminhão/camionete () transporte próprio () outro Qual? _____
4. Regularidade de transporte () diária () semanal () quinzenal () mensal () outra _____
5. Custo do transporte: _____ diária _____ semanal _____ mensal

BLOCO IV – INFRAESTRUTURA LOCAL

1. Tem escola na comunidade? () sim () não . Até que série? _____
2. Unidade de saúde () sim () não Se sim, com que profissionais?

3. Energia elétrica () sim () não. Qual a fonte ? _____
4. Tem internet () sim () não . Se não qual outro meio de comunicação?

BLOCO V – SITUAÇÃO DE SAÚDE

1. De um modo geral, como você considera o seu próprio estado de saúde?

2. Teve algum atendimento de saúde no último ano?
() Não () Sim
3. Se sim, que profissional? () médico () enfermeiro () fisioterapeuta
() psicólogo () dentista () nutricionista
4. Qual o motivo pelo qual buscou atendimento em saúde

5. O atendimento foi na comunidade ou você teve que ir em outro lugar?
() Não () Sim
6. Se foi em outro lugar, onde foi?

7. Você teve seu problema atendido? () Não () Sim
8. O que você achou do atendimento prestado? Pontos positivos e pontos negativos _____

9. Você toma algum remédio regularmente? () Não () Sim Se sim, qual? _____

10. Quando você adoece faz uso de chás, ervas, ou procura benzedeira? () Não () Sim . Se sim, qual? _____

11. Tem dores de cabeça frequentemente? () Não () Sim

12. Tem falta de apetite? () Não () Sim

13. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)? () Não () Sim

14. Tem má digestão? () Não () Sim

15. Tem se sentido triste ultimamente? () Não () Sim

16. Encontra dificuldade de realizar suas tarefas diárias? () Não () Sim . Se sim, porque? _____

17. Tem perdido o interesse pelas coisas? () Não () Sim

18. Sente-se cansado(a) o tempo todo? () Não () Sim

19. Tem dores nas costas com frequência? () Não () Sim

20. Se mulher, A sra. está grávida no momento?

() não () não sabe () sim

21. Se sim, está fazendo acompanhamento de pré-natal? () sim () não Se não, porque? _____

22. Se fez acompanhamento de pré-natal, com quantos meses iniciou?

() 1 trimestre () 2 trimestre () 3 trimestre

22.1 Que profissional avaliou o pré-natal?

() médico () enfermeiro () técnico de enfermagem

23. Quantos filhos? () 1 a 2 () 3 a 4 () mais de 4

24. Quantas vezes já ficou grávida? _____ Se sim, já abortou em alguma das gestações?

25. Alguém da sua família teve algum atendimento de saúde no último ano?

() Não () Sim Se sim, que profissional?

26. Algum médico ou profissional de saúde, já disse que você tem ou já teve:

() Câncer () Doença na coluna ou costas () Hipertensão ou pressão alta

() Doença nos rins () Tuberculose () Cirrose () Depressão () Diabetes

() Artrite ou reumatismo () Bronquite ou asma () Doença do coração

() malária () dengue () doença de chagas () leishmaniose

() hanseníase () leptospirose () hepatite ____ () parasitoses

() Infecções sexualmente transmissíveis , se sim quais ?

() Outra doença: _____ () alcoolismo () Não se aplica

27. Na sua família já teve casos de alguma dessas doença:

() Câncer () Doença na coluna ou costas () Hipertensão ou pressão alta

() Doença nos rins () Tuberculose () Cirrose () Depressão () Diabetes

() Artrite ou reumatismo () Bronquite ou asma () Doença do coração

() malária () dengue () doença de chagas () leishmaniose

() hanseníase () leptospirose () hepatite ____

() parasitoses () Infecções sexualmente transmissíveis , se sim quais ?

() Outra doença: _____ () alcoolismo () Não se aplica

28. Você já foi vacinado?

() sim () não Se sim , quais? () BCG () hepatite B () febre amarela () tríplice viral () DT (difteria e tétano) () Influenza-gripe () HPV () Hepatite A () pentavalente

29. Você dorme quantas horas por noite?

() 1 a 3 horas () 4 a 6 horas () 8 a 9 horas () mais de 9 horas

30. Você costuma dormir após o almoço?

() sim () não

31. Você é feliz?

() sim () não () as vezes

32. O que lhe faz feliz?

BLOCO VI – PADRÃO DE ALIMENTAÇÃO

1. Com que frequência consome as seguintes substâncias:

	Nunca	Algumas vezes por ano	Algumas vezes por mês	Algumas vezes por semana	Todos os dias
Feijão					
café					
cerveja					
Carne vermelha					
peixe					
verduras					

frutas					
Frango					
Farinha					
Arroz					
refrigerante					
enlatados					

BLOCO VII – HÁBITOS E ESTILO DE VIDA

1.Você pratica alguma atividade física? () sim () não Se sim, qual ?

2.O(a) sr.(a) costuma consumir bebida alcoólica?

() sim () não () não sabe

3.Com que frequência (a) sr. (a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?

() 1 a 2 dias por semana () 3 a 4 dias por semana () 5 a 6 dias por semana

() todos os dias (inclusive sábado e domingo) () menos de 1 dia por mês

4. Nos últimos 30 dias, o senhor/ senhora chegou a consumir cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (cinco doses de bebida alcoólica seriam cinco latas de cerveja, cinco taças de vinho ou cinco doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)

() sim () não () não sabe

5.Atualmente, o(a) sr.(a) fuma? () sim, diariamente () sim, mas não diariamente () não

6.Se sim quantos cigarros o(a) sr.(a) fuma por dia? () menos de 1 () 1-4 () 5-9 () 10-14 () 15-19 () 20-29 () 30-39 () 40 ou +

7.Se o sr. Não fuma atualmente, já fumou no passado

() sim, diariamente () sim, mas não diariamente () não

8. O que você faz no seu tempo livre?

BLOCO VII – AVALIAÇÃO BIOIMPEDÂNCIA

1. Peso _____
2. IMC _____
3. Gordura _____
4. Água _____
5. Massa óssea _____
6. Massa Muscular _____

ANEXOS

Anexo I

PARECER ÉTICO

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Situação de Saúde das populações tradicionais da Amazônia Paraense

Pesquisador: Olinda do Carmo Luiz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 97964818.0.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.988.683

Apresentação do Projeto:

Trata-se de 2º relato a projeto vinculado a titulação acadêmica nível doutorado, em parceria com a Universidade do Estado do Pará, cujo propósito é avaliar a situação de saúde e doença das populações tradicionais da Amazônia Paraense, especificamente quilombolas e ribeirinhos, e fomentar políticas de atenção à saúde para essas populações. A população estimada no estudo é de 384 sujeitos. A pesquisa abrange três eixos: 1º) Revisão sistemática; 2º) Inquérito de saúde junto a indivíduos com 18 ou mais anos de idade, pertencentes às comunidades ribeirinhas e quilombolas do Município de Santarém, por meio de aplicação de questionário; 3º) Diagnóstico de saúde através do uso de bancos de dados secundários.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar a situação de saúde e doença das populações tradicionais da Amazônia Paraense.

Objetivos Secundários:

- Sistematizar o conhecimento científico sobre a situação de saúde das populações tradicionais da Amazônia Paraense;

- Avaliar o perfil de morbidade das populações tradicionais da Amazônia Paraense;

- Analisar a situação de saúde do estado do Pará segundo raça/cor e/ou zona rural utilizando os

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Continuação do Parecer: 2.988.683

bancos secundários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos previstos:

Esses foram ampliados e referem-se na versão atual do TCLE a:

- a) exposição dos participantes por meio do questionário a ser minimizado pela garantia do anonimato dos participantes;
- b) constrangimentos no momento da aplicação da entrevista, o que será minimizado pela pronta prestação de esclarecimentos antes da aplicação dos instrumentos ou a qualquer momento que se mostrar necessária.

Benefícios:

Do mesmo modo, os benefícios na versão atual do TCLE estão descritos com maior precisão. Esses são indiretos sendo que as informações epidemiológicas coletadas possibilitarão ao poder público, parceiro da presente pesquisa, o planejamento em saúde, a programação e a organização dos serviços para a população de quilombolas e ribeirinhos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bastante relevante visto que o acesso dessas populações aos cuidados de saúde mostra-se insuficiente, em decorrência de isolamento geográfico, diversidade étnico-cultural e realidades diferenciadas quanto ao processo saúde doença vivenciadas por essas populações. O estudo está bem fundamentado, tem objetivos claros, metodologia bem descrita e pertinente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam os documentos requeridos para sua análise ética pelo CEP que abrangem autorizações dos representantes das comunidades participantes, declaração de apoio da UEPA, bem como parecer favorável do Departamento de medicina preventiva ao qual os pesquisadores estão vinculados e TCLE.

Recomendações:

Em parecer anterior, questionamos se a comunidade Surubiaçu era indígena e se quilombolas e ribeirinhos seriam vulneráveis para fins de pesquisa o que enquadraria estudos com essas populações, em área temática. Em caso afirmativo o projeto deveria sofrer esse enquadramento. Os pesquisadores responderam aos nossos questionamentos afirmando que os Surubiaçu eram quilombolas e que na PB, ribeirinhos tampouco quilombolas eram previstas como populações de

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.245-903

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

**USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 2.988.683

estudos temáticos.

Diante das respostas dos pesquisadores e, com base em nova consulta à resolução 466/12 e ao CONEP, pesquisas com essas populações de fato não se enquadram em áreas temáticas.

Ainda em nosso parecer solicitamos revisão do TCLE quanto à descrição dos procedimentos, riscos, benefícios e inclusão do telefone do CEP local. Todas as modificações foram realizadas a contento pelos pesquisadores

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_938904.pdf	10/10/2018 20:40:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/10/2018 20:40:16	Livia de Aguiar Valentim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoLivia1.pdf	10/10/2018 20:37:58	Livia de Aguiar Valentim	Aceito
Outros	formulariocep.pdf	30/08/2018 14:53:35	Livia de Aguiar Valentim	Aceito
Parecer Anterior	LiviaParecer.pdf	30/08/2018 14:52:21	Livia de Aguiar Valentim	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	30/08/2018 14:50:12	Livia de Aguiar Valentim	Aceito
Outros	uepa.pdf	30/07/2018 19:06:09	Livia de Aguiar Valentim	Aceito
Outros	20180730_165353.jpg	30/07/2018 18:34:56	Livia de Aguiar Valentim	Aceito
Outros	20180730_165338.jpg	30/07/2018 18:31:58	Livia de Aguiar Valentim	Aceito
Outros	20180730_165411.jpg	30/07/2018 18:30:12	Livia de Aguiar Valentim	Aceito
Outros	20180730_165309.jpg	30/07/2018 18:12:22	Livia de Aguiar Valentim	Aceito
Outros	20180730_165247.jpg	30/07/2018 18:11:27	Livia de Aguiar Valentim	Aceito

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 2.988.683

Outros	20180730_165224.jpg	30/07/2018 18:10:04	Livia de Aguiar Valentim	Acelto
Outros	20180730_165206.jpg	30/07/2018 18:09:19	Livia de Aguiar Valentim	Acelto
Outros	20180730_165144.jpg	30/07/2018 18:08:44	Livia de Aguiar Valentim	Acelto
Outros	20180730_165115.jpg	30/07/2018 18:07:42	Livia de Aguiar Valentim	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 29 de Outubro de 2018

Assinado por:

Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador(a))

Universidade do Estado do Pará

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CAMPUS XII – SANTARÉM

CARTA DE ACEITE

Declaramos, para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar o ônibus desta Instituição de Ensino, para o desenvolvimento de atividades referentes ao Projeto de Pesquisa, intitulado "Situação de Saúde das populações tradicionais da Amazônia Paraense", sob a responsabilidade da Professora Lívia de Aguiar Valentim, que irá implementar em sua disciplina da graduação Endemias da Amazônia, atividades práticas para diagnóstico em saúde, sob orientação da doutora Olinda do Carmo Luiz, para desenvolvimento de sua pesquisa, requisito para obtenção do título de Doutor da Universidade de São Paulo-USP, no programa de Pós-graduação em Medicina Preventiva, pelo período de execução previsto no referido Projeto.

Santarém, 25 de novembro de 2018.

Profª Dra Silvana Takanashi Lins Takanashi
Coordenadora do Campus XII/UEPA/UEPA
Porto: 882/18 de 18/11/2018

SILVANIA YUKIKO LINS TAKANASHI
CARIMBO e ASSINATURA do responsável pelo setor

CPF:

ENDEREÇO COMPLETO: Avenida Plácido de Castro, 1309, bairro Aparecida,
Santarém-Pará, cep 68040-090

CONTATO: 093 991094496

Rua do Urs 188, entre Djalma Dutra e José Pio
cep: 68050-540 / Fone/Fax: (91) 3244.5460
www.uepa.edu.br

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, Manuel de Jesus Miranda Coelho, representante da comunidade Nova-Jista do Stiquei, RG N° 27412964, CPF N° 206.669.692-72, AUTORIZO a enfermeira LÍVIA DE AGUIAR VALENTIM, RG 99010298095, CPF 85476021272, docente da Universidade do Estado do Pará, doutoranda do curso de doutorado em Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo – USP, a realizarem coleta de dados por meio de observação e aplicação de questionário com informações socioeconômicos, e dados relativos a situação de saúde, para compor a tese “Situação de saúde das populações tradicionais da Amazônia Paraense”.

A pesquisadora acima qualificada se compromete a:

- 1- Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa.
- 3- Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garante que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS N° 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5°, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Santarém, 23 de julho de 2018.

Manuel de Jesus Miranda Coelho

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, José Maria Ramos dos Santos representante da comunidade Quilombola São José Ituguá, RG N° 3236444, CPF N° 679.786.572-72, AUTORIZO a enfermeira LÍVIA DE AGUIAR VALENTIM, RG 99010298095, CPF 85476021272, docente da Universidade do Estado do Pará, doutoranda do curso de doutorado em Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo – USP, a realizarem coleta de dados por meio de observação e aplicação de questionário com informações socioeconômicos, e dados relativos a situação de saúde, para compor a tese “Situação de saúde das populações tradicionais da Amazônia Paraense”.

A pesquisadora acima qualificada se compromete a:

- 1- Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa.
- 3- Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garante que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS N° 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Santarém, 23 de julho de 2018.

José Maria Ramos dos Santos

Health diagnosis in quilombola communities: protocol for a systematic review
Livia de Aguiar Valentim, Olinda do Carmo Luiz, Ana Claudia Camargo Gonçalves Germani, Patricia Soarez

Citation

Livia de Aguiar Valentim, Olinda do Carmo Luiz, Ana Claudia Camargo Gonçalves Germani, Patricia Soarez. Health diagnosis in quilombola communities: protocol for a systematic review. PROSPERO 2018 CRD42018107803 Available from: https://www.crd.york.ac.uk/prospERO/display_record.php?ID=CRD42018107803

Review question

Is there a specific health situation diagnosis model for quilombola population?

PICO:

Population (P): Quilombola populations

Intervention (I): instrument of data collection

Context (C): situational health diagnosis

Result (O): creation of an appropriate instrument for situational health diagnosis for Quilombola populations

Searches

The databases MEDLINE (via PubMed), EMBASE, LILACS, SciELO, Web of Science and Scopus will be consulted.

For the construction of the search strategy will be used controlled vocabulary, which corresponds to the subject descriptor officially registered in each base, whenever possible (for example: MeSH term in PubMed and CENTRAL, and Emtree in EMBASE). No language restrictions or publication status and date will be used.

The initial search strategies performed between 19 and 21/02/2019 in MEDLINE (Table 1), EMBASE (Table 2), LILACS (Table 3) and Web of Science (Table 4) will be adapted to the other databases. In addition, a manual search will be carried out for reading the list of references of eligible studies and other relevant studies, as well as contact with specialists in the area of health diagnosis in quilombola communities.

Additional search strategy information can be found in the attached PDF document (link provided below).

Types of study to be included

All published studies will be included, regardless of their methodological approach, and may include epidemiological, ethno-anthropological and other studies, and meet the following criteria:

- Situational diagnosis in health;
- Indicators of the health situation;
- Validation of instruments for situational health diagnosis.

Condition or domain being studied

Quilombolas are "ethnic-racial groups, according to criteria of self-attribution, with their own historical trajectory, endowed with specific territorial relations, with presumption of black ancestry" (BRAZIL, 2003).

These communities, in general, live in situations of vulnerability, and present high morbidity and mortality rates when compared to other social groups (Guerrero et al., 2007). This is due to socioeconomic conditions, difficulties in accessing goods and services, discrimination, biological differences, among others. (Freitas et al., 2011).

Data show that most quilombola communities in Brazil are not yet recognized, "which makes it difficult to implement public policies and affirmative actions in any sphere, whether in health, education or infrastructure" (MELO, SILVA, 2015). this fact together with the scarcity of studies in more isolated areas, as occurs in the Amazon, leads to neglected health problems.

Analyzing this fact, some strategies must be implemented to know these populations, one of them has been the health diagnosis.

Participants/population

populations quilombolas

Intervention(s), exposure(s)

none

Comparator(s)/control

none

Main outcome(s)

Validation of instruments for situational health diagnosis.

Additional outcome(s)

None.

Data extraction (selection and coding)

The following data shall be extracted from all the included studies:

- Study publication year;
- Location of the study;
- Design;
- Types of instruments used;
- Information contained in the instruments;
- Data collection details;
- Degree of participation of the interviewees;
- Operational protocols;
- Sample plan;
- Sizing the time needed for transport;
- Approach and application of interviews;
- Composition of teams to perform data collection;
- Operational difficulties encountered in carrying out the studies;

• Outcome measures (mortality, morbidity, use and access to health services).

If there is a need to clarify some information in the article, the authors will be contacted through the email provided to the correspondent and as an additional resource ResearchGate may be used.

Risk of bias (quality) assessment

Observational studies will be evaluated using the Risk Of Bias In Non-randomized Studies of Interventions (ROBINS-I) (Sterne et al., 2016), clinical trials with the tool proposed by the Cochrane Collaboration to assess the risk of trial bias and the qualitative studies with the Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) (Tong; Sainsbury; Craig, 2007)

Strategy for data synthesis

No meta-analysis will be performed. A qualitative synthesis will be carried out, where the methodological characteristics will be presented in figures and summary tables.

Analysis of subgroups or subsets

None planned.

Contact details for further information

Livia Valentim
livia.valentim.quaresma@usp.br

Organisational affiliation of the review

USP

Review team members and their organisational affiliations

Ms Livia de Aguiar Valentim, Universidade de São Paulo - USP
Professor Olinda do Carmo Iuiz, Universidade de São Paulo - USP
Professor Ana Claudia Camargo Gonçalves Germani, Universidade de São Paulo - USP
Professor Patricia Soarez, Universidade de São Paulo - USP

Collaborators

Mr Thiago Junio Costa Quaresma, Universidade Federal do Oeste do Pará - UFOPA
Mr LUIZ FERNANDO GOUVÊA E SILVA, UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ- UEPÁ

Type and method of review

Diagnostic, Epidemiologic, Systematic review

Anticipated or actual start date

01 June 2018

Anticipated completion date

31 May 2019

Funding sources/sponsors

This review comprises the doctoral thesis of the student Livia de Aguiar Valentim

Conflicts of interest

None known

Language

English, Portuguese-Brazil

Country

Brazil

Stage of review

Review Ongoing

Subject index terms status

Subject indexing assigned by CRD

Subject index terms

Brazil; Health Status; Humans; Population Groups;

Date of registration in PROSPERO

10 September 2018

Date of first submission

22 August 2018

Stage of review at time of this submission

Stage	Started	Completed
Preliminary searches	Yes	No
Piloting of the study selection process	No	No
Formal screening of search results against eligibility criteria	No	No
Data extraction	Yes	No
Risk of bias (quality) assessment	No	No
Data analysis	No	No

The record owner confirms that the information they have supplied for this submission is accurate and complete and they understand that deliberate provision of inaccurate information or omission of data may be construed as scientific misconduct.

The record owner confirms that they will update the status of the review when it is completed and will add publication details in due course.

Versions

10 September 2018

08 May 2019

PROSPERO

This information has been provided by the named contact for this review. CRD has accepted this information in good faith and registered the review in PROSPERO. The registrant confirms that the information supplied for this submission is accurate and complete. CRD bears no responsibility or liability for the content of this registration record, any associated files or external websites.