



Revista Cuidarte

ISSN: 2216-0973

ISSN: 2346-3414

Programa de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Santander UDES

Freitas, Igor Almeida de; Rodrigues, Ivaneide Leal Ataíde;
Silva, Ingrid Fabiane Santos da; Nogueira, Laura Maria Vidal
Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira
Revista Cuidarte, vol. 9, núm. 2, 2018, Maio-Agosto, pp. 2187-2200
Programa de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Santander UDES

DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.521>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359557443009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UDEM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira

Sociodemographic and epidemiological profile of a Quilombola community in the Brazilian Amazon

Perfil sociodemográfico y epidemiológico de una comunidad quilombola en la Amazonía Brasileira

Igor Almeida de Freitas¹, Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues², Ingrid Fabiane Santos da Silva³,
Laura Maria Vidal Nogueira⁴

Histórico

Recibido:

21 de febrero de 2018

Aceptado:

18 de abril de 2018

¹ Acadêmico de Enfermagem.
Universidade do Estado do
Pará, Belém, Pará, Brasil.

² Doutora em Enfermagem.
Universidade do Estado do
Pará, Belém, Pará, Brasil.
Autor de Correspondência.
E-mail: ilar@globo.com

³ Mestranda. Universidade do
Estado do Pará, Belém, Pará,
Brasil.

⁴ Doutora em Enfermagem.
Universidade do Estado do
Pará, Belém, Pará, Brasil.

Resumo

Introdução: As comunidades quilombolas são definidas pela particularidade quanto à trajetória histórica e a presunção de ancestralidade negra ligada à resistência, à violência, perseguição e dominação histórica sofrida. O objetivo deste estudo foi traçar o perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola e identificar aspectos socioeconômicos capazes de repercutir na sua condição de saúde. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal realizado em comunidade quilombola situada na área metropolitana de Belém, Pará, Brasil. Amostra composta por 130 adultos que responderam a questionário com 45 perguntas fechadas, referentes a aspectos socioeconômicos, culturais, saúde, alimentação e estilo de vida. **Resultados:** Predominou o sexo feminino, baixa escolaridade e renda familiar de até 1 salário mínimo. Residências em alvenaria, mas sem saneamento básico na comunidade levando a hábitos prejudiciais à saúde, quanto ao uso da água e destino dos dejetos. Predominam uso de fumo, álcool e sedentarismo, associado aos hábitos alimentares pouco saudáveis. **Discussão:** Os dados sobre a saúde, alimentação, cultura e estilo de vida mostraram-se importantes no processo saúde e doença das famílias quilombolas. **Conclusões:** Caracterizou-se a comunidade quilombola quanto à condição sociodemográfica e epidemiológica, identificando aspectos socioeconômicos que repercutem na sua condição de saúde. Salienta-se que os problemas identificados podem contribuir para que ações de saúde sejam planejadas e efetivadas conforme a realidade, considerando-se o contexto social, político e ambiental da comunidade, valorizando seus saberes e práticas tradicionais.

Palavras chave: Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Populações Vulneráveis; Perfil de Saúde.

Abstract

Introduction: Quilombola communities are defined by the particularity of the historical trajectory and the presumption of black ancestry linked to resistance, violence, persecution, and historical domination suffered. The aim of this study was to outline the sociodemographic and epidemiological profile of a Quilombola community and identify socioeconomic aspects capable of affecting their health condition. **Materials and Methods:** Cross-sectional study conducted in a Quilombola community located in the metropolitan area of Belém, Pará, Brazil. The sample comprised 130 adults who answered a questionnaire with 45 closed questions related to socioeconomic, cultural, health, food, and lifestyle aspects. **Results:** The study revealed prevalence of female gender, low level of schooling, and family income of up to one minimum wage. It was also found that participants had masonry housing, but without basic sanitation in the community leading to habits that are harmful to health, regarding the use of water and disposal of waste. Smoking, alcohol, and sedentary habits predominate, associated with unhealthy eating habits. **Discussion:** Data on health, food, culture, and lifestyle were important in the health and disease process of Quilombola families. **Conclusions:** The Quilombola community was characterized regarding its sociodemographic and epidemiological condition, identifying socioeconomic aspects that affect their health condition. It should be noted that the problems identified could contribute to health actions being planned and implemented according to reality, considering the social, political, and environmental context of the community, valuing its traditional knowledge and practices.

Key words: African Continental Ancestry Group; Vulnerable Populations; Health Profile.

Resumen

Introducción: Las comunidades quilombolas son definidas por la particularidad en cuanto a la trayectoria histórica y la presunción de ancestralidad negra relacionada a la resistencia, violencia, persecución y dominación histórica padecida. El objetivo de este estudio fue trazar el perfil sociodemográfico y epidemiológico de una comunidad quilombola e identificar aspectos socioeconómicos capaces de repercutir en su condición de salud. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal realizado en la comunidad quilombola situada en el área metropolitana de Belém, Pará, Brasil. La muestra fue compuesta por 130 adultos que respondieron al cuestionario con 45 preguntas cerradas, referentes a aspectos socioeconómicos, culturales, salud, alimentación y estilo de vida. **Resultados:** Predominó el sexo femenino, baja escolaridad y renta familiar de hasta 1 salario mínimo. Viviendas en mampostería, pero sin saneamiento básico en la comunidad llevando a hábitos perjudiciales a la salud, en cuanto al uso del agua y destino de los desechos. Predominan uso de tabaco, alcohol y sedentarismo asociado a los hábitos alimenticios poco saludables. **Discusión:** Los datos sobre la salud, alimentación, cultura y estilo de vida se mostraron importantes en el proceso salud y enfermedad de las familias quilombolas. **Conclusiones:** Se caracterizó la comunidad quilombola en cuanto a la condición sociodemográfica y epidemiológica, identificando aspectos socioeconómicos que repercuten en su condición de salud. Se destaca que los problemas identificados pueden contribuir a que las acciones de salud sean planificadas y efectivas según la realidad, considerándose el contexto social, político y ambiental de la comunidad, valorizando sus saberes y prácticas tradicionales.

Palabras clave: Grupo de Ascendencia Continental Africana; Poblaciones Vulnerables; Perfil de Salud.

Como citar este artículo: Freitas IA, Rodrigues ILA, Silva IFS, Nogueira LMV. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. Rev Cuid. 2018; 9(2): 2187-200. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.521>



©2018 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

INTRODUÇÃO

O Brasil é constituído por uma pluralidade populacional e cultural que é constantemente evidenciada em estudos de aspectos sociais e antropológicos. Apesar do país ser constituído, em sua maioria, por habitantes que possuem descendência negra africana, é evidenciada a supressão dos seus valores étnicos e culturais, tornando-os meros coadjuvantes na sociedade na qual o direito a exercer a cidadania nem sempre é respeitado¹.

Entre a população negra destacam-se as comunidades quilombolas, em decorrência das disparidades socioeconômicas e localização majoritariamente rural². Tais comunidades são definidas pela particularidade quanto à trajetória histórica associado às relações territoriais próprias e a presunção de ancestralidade negra que possui ligação à resistência, à violência, perseguição e dominação histórica sofrida³.

Os quilombos estão presentes em diversos estados brasileiros e, em números, são certificados pela Fundação Cultural Palmares 2.040 comunidades, sendo 63% delas no nordeste. Estima-se que no Brasil há 214 mil famílias e 1,17 milhões de quilombolas⁴. Com base nestes dados, certifica-se que a identidade desse povo está diretamente relacionada ao contexto cultural, geográfico e social no qual está inserido.

As comunidades quilombolas perpassam, ao longo dos anos, por questões que vão das vulnerabilidades à luta pelo reconhecimento étnico-cultural e histórico. Dentre os diversos

problemas presentes destacam-se: o preconceito racial, perdas de territórios em detrimento de ocupações irregulares, desmatamento e perdas de recursos naturais pelo avanço de indústrias e construções de rodovias, renda familiar insuficiente, pobreza extrema e serviço de saúde ineficaz¹.

Essas comunidades, entre outras do meio rural, quando comparadas com a população urbana, estão em condições de saúde mais precárias. Isto ocorre por conta do isolamento geográfico, das limitações de acesso e da falta de qualidade no serviço quando este é prestado⁴. Como consequência deste problema, para que as pessoas consigam tratar suas enfermidades, são obrigadas a buscar pelo serviço de saúde em lugares mais distantes⁵.

Apesar do avanço de recursos disponibilizados na Atenção Primária à Saúde, com o aumento da cobertura assistencial da Estratégia Saúde da Família (ESF), as comunidades quilombolas ainda não foram contempladas de maneira expressiva². Mesmo com o avanço de pesquisas voltadas para estas comunidades ainda pouco se discute no âmbito da saúde sobre a sua situação⁶.

Ressalta-se que a transição epidemiológica tem afetado o perfil de doenças da população em estudo, como é o caso das doenças crônicas, que se caracterizam por apresentar um maior tempo de latência, poucos sintomas iniciais, fatores de risco associados e especificidades².

No intuito de conhecer melhor esse problema em nosso estado definiu-se como objetivos

deste estudo: Traçar o perfil sociodemográfico e epidemiológico da comunidade quilombola Abacatal/Aurá e identificar aspectos socioeconômicos capazes de repercutir na condição de saúde dessas pessoas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo epidemiológico transversal, com abordagem quantitativa que seguiu as diretrizes do *Strobe Statement*⁷. Foi realizado na comunidade quilombola Abacatal/Aurá situada e sob jurisdição do município de Ananindeua, na área metropolitana de Belém, Pará, Brasil. Está localizada há oito quilômetros da sede do município e posicionada às margens do igarapé Uriboquina, que desemboca no Rio Guamá.

A população do estudo foi de 328 participantes entre homens e mulheres, residentes na comunidade e cadastrados na ESF do Jardim Japonês. Considerando esse total calculou-se o valor do *n* amostral admitindo percentual de confiança de 95% e erro de 5%. Após o cálculo, o *n* amostral foi composto inicialmente por 130 adultos.

O método para seleção das participantes foi por amostragem aleatória simples. A amostra é significativa ($p < 0.05$), considerando que do total de 328 pessoas registradas, 130 (39,63%) compuseram a amostra probabilística e esta proporção varia no intervalo de confiança (95%) entre 34,3% e 44,9%. Incluiu-se homens e mulheres com 18 anos ou mais, de origem quilombola ou residentes na comunidade e cadastrados na ESF. Foram excluídos aqueles

que, mesmo atendendo aos critérios de inclusão, não foram encontrados em seus domicílios após duas tentativas no período de coleta de dados.

Inicialmente o projeto foi apresentado à equipe da ESF, a fim de pedir sua colaboração, uma vez que estes desempenham o cuidado em saúde da comunidade. Em seguida, com o apoio da presidente da Associação de Moradores de Abacatal/Aurá, reuniu-se com os moradores na Sede de Associação para que pudessem conhecer o projeto e, nessa ocasião, todos foram convidados a participar do estudo.

Os dados foram coletados em novembro de 2017, por entrevista no domicílio com aplicação do instrumento de coleta de dados pelos próprios pesquisadores. Este foi adaptado a partir de questionário utilizado em outro estudo⁸, desenvolvido no âmbito do Grupo de Estudos de Agravos em Populações Tradicionais da Amazônia – GEAPA, da Universidade do Estado do Pará, Brasil, do qual os pesquisados fazem parte. O instrumento continha 45 perguntas fechadas, referentes a aspectos socioeconômicos, culturais, saúde, alimentação e estilo de vida.

Os dados foram analisados por meio do processamento no sistema *Microsoft Excel* e *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22.0. Utilizou-se estatística descritiva e teste não paramétrico Qui-quadrado de *Pearson*, teste de hipóteses que se destina a verificar se há tendência/correlação significativa ou não na ocorrência de determinados fatos, mensurados de forma nominal, simbolizado por χ^2 admitindo-se significância de p -valor < 0.05 .

O estudo atendeu a Resolução 466/12, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, Brasil, parecer nº 2.279.853 e iniciou após a autorização da presidente da Associação de Moradores da comunidade quilombola. A todos os participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para esclarecimentos sobre a pesquisa e manifestação de seu aceite por escrito.

RESULTADOS

Verifica-se na [Tabela 1](#), maior frequência da faixa etária de 18 e 29 anos (39,23%), com predomínio de pessoas negras (81,54%), sexo feminino (67,69%), com escolaridade fundamental

incompleto (51,54%), moradia própria (97,69%), com 4 a 6 cômodos na residência (66,92%) e construção em alvenaria (82,31%). Predominou a renda familiar de até 1 salário mínimo (57,69%) e de 1 a 5 pessoas (78,46 %) residindo no imóvel.

A principal fonte de abastecimento de água é o poço artesiano/água não tratada (55,38%). O escoamento de dejetos sólidos e líquidos ocorre por meio da fossa séptica (66,15%), (93,08%) incineram o lixo. A rede elétrica é a principal fonte de energia elétrica (96,15%), a maioria das pessoas (67,69%) exerce atividade econômica e em 66 (50,77%) famílias entre 2 e 3 pessoas exercem atividade econômica.

Tabela 1. Perfil Socioeconômico da comunidade quilombola Abacatal/Aurá. Ananindeua, PA, Brasil, 2017

Perfil Socioeconômico e Cultural	Frequência	Percentual (%)	P-valor
Faixa Etária			
18-29	51	39,23	<0.0001**
30-41	25	19,23	
42-53	26	20,00	
54-65	17	13,08	
66-89	11	8,46	
Cor			
Pardo	24	18,46	<0.0001**
Negro	106	81,54	
Sexo			
Feminino	88	67,69	<0.0001**
Masculino	42	32,31	
Escolaridade			
Fundamental Completo	2	1,54	<0.0001**
Fundamental Incompleto	67	51,54	
Médio Completo	17	13,08	
Médio Incompleto	16	12,31	
Superior Completo	8	6,15	
Superior Incompleto	11	8,46	
Sem escolaridade	9	6,92	

Tabela 1. (continuação)

Moradia			
Própria	128	98,46	<0.0001**
Cedida	2	1,54	
Nº de cômodos da casa			
Até 3 cômodos	31	23,85	<0.0001**
4 a 6 cômodos	87	66,92	
Acima de 6 cômodos	12	9,23	
Característica da moradia			
Alvenaria	107	82,31	<0.0001**
Madeira	21	16,15	
Barro	2	1,54	
Quantas pessoas residem			
1-5	102	78,46	<0.0001**
6-10	24	18,46	
11-15	4	3,08	
Renda familiar ***			
Até 1 salário mínimo	75	57,69	<0.0001**
2 salários mínimos	40	30,77	
3 salários mínimos ou mais	15	11,54	
Abastecimento de água			
Poço raso/água não tratada	55	42,31	<0.0001**
Poço artesiano/água não tratada	72	55,38	
Direto do igarapé/água não tratada	3	2,31	
Escoamento de dejetos sólidos e líquidos			
Fossa rudimentar	3	2,31	<0.0001**
Fossa séptica	86	66,15	
Banheiro no fundo do quintal	41	31,54	
Destino do lixo			
Jogado a céu aberto	4	3,08	<0.0001**
Incinerado	121	93,08	
Enterrado/reciclado	7	5,39	
Energia elétrica			
Gerador	4	3,08	<0.0001**
Rede elétrica	125	96,15	
Sem energia	1	0,77	
Possui atividade econômica			
Sim	88	67,69	<0.0001**
Não	42	32,31	
Quantidade de pessoas na residência que trabalham			
Nenhuma	7	5,38	<0.0001**
Apenas 1 pessoa	45	34,62	
2 a 3 pessoas	66	50,77	
4 ou mais pessoas	12	9,23	

** α :<0,05; *** Valor de referência Salário mínimo R\$ 935,00.

Fonte: Dados organizados pelos autores, Brasil, 2017.

Apresenta-se na [Tabela 2](#), os aspectos sobre a saúde da comunidade. Verificou-se que a maioria já utilizou os serviços de saúde da ESF Jardim Japonês (90,77%), sendo que os principais motivos foram consulta de rotina (15,29%), algum tipo de dor (15,29%) e realização de exames (11,76%). Avaliam seu estado de saúde como regular (53,85%), sendo esta uma tendência entre as pessoas da comunidade. A dor articular foi a principal alteração de saúde relatada (51,54%).

Verificou-se que 44,62% procura farmácia quando está doente e 40% procuram outros meios, sendo que todos estes recorreram ao remédio caseiro. Quanto a última vez que procurou o serviço de saúde (34,62%) declarou que o fez nos últimos seis meses. A maior parte nunca recebeu visita dos profissionais de saúde na sua casa 57,69% e 90% já utilizou ervas para tratamento de alguma doença.

Tabela 2. Aspectos sobre a saúde da comunidade quilombola Abacatal/Aurá. Ananindeua, PA, Brasil, 2017

Aspectos sobre a saúde	Frequência	Percentual (%)	P-valor
Já utilizou os serviços de saúde da ESF Jardim Japonês			
Sim	118	90,77	<0.0001**
Não	12	9,23	
Motivo			
Consulta de rotina	13	16,25	<0.0001**
Dor	13	16,25	
Exames	10	12,50	
Odontológico	7	8,75	
Diabete	5	6,25	
Gestação	5	6,25	
Gripe	5	6,25	
Acompanhamento de quadro patológico	4	5,00	
Hipertensão arterial sistêmica	3	3,75	
Picada/mordida de animais	3	3,75	
Quadro alérgico/asma	3	3,75	
Gastrite	3	3,75	
Acidente/causa externa	2	2,50	
Sinusite	1	1,25	
Dermatológico	1	1,25	
Oftalmologista	1	1,25	
Febre	1	1,25	
Como você avalia o seu estado de saúde			
Muito bom	5	3,85	<0.0001**
Bom	47	36,15	
Regular	70	53,85	
Ruim	8	6,15	

Tabela 2. (continuação)

Possui alguma alteração de saúde atualmente			
Nenhuma	13	10,00	<0.0001**
Hipertensão arterial sistêmica	19	14,62	
Diabetes	7	5,38	
Gastrite	27	20,77	
Dores Articulares	67	51,54	
Alergia	40	30,77	
Asma/bronquite	15	11,54	
Hanseníase	2	1,54	
Depressão	1	0,77	
Obstipação	13	10,00	
Outras alterações	45	34,62	
O que você procura quando está doente?			
Estratégia Saúde da Família Jardim Japonês	19	14,62	<0.0001**
Hospital	50	38,46	
Farmácia	58	44,62	
Outros (remédio caseiro)	52	40,00	
Quando foi a última vez que você foi ao serviço de saúde			
No último mês	43	33,08	<0.0001**
Nos últimos seis meses	45	34,62	
Nos últimos doze meses	26	20,00	
Há dois anos	8	6,15	
Há três anos ou mais	7	5,38	
Nunca procurou	1	0,77	
Qual a frequência que os profissionais de saúde visitam sua casa			
Uma vez por mês	32	24,62	<0.0001**
A cada dois meses	8	6,15	
Uma vez por ano	15	11,54	
Nunca recebeu visita	75	57,69	
Utiliza ervas para tratamento de alguma doença?			
Sim	117	90,00	<0.0001**
Não	13	10,00	

** α :<0,05

Fonte: Dados organizados pelos autores, Brasil, 2017.

Na Tabela 3, demonstra-se que (53,85%) das pessoas se alimentam até três vezes ao dia. O consumo de frutas predomina em duas vezes por semana (30,77%) e o de legumes e verduras uma vez por semana (36,15%). Sobre o consumo de açaí e/ou bacaba, constatou-se que 50% das pessoas consomem estes frutos até quatro vezes por semana. A principal fonte da água para consumo doméstico é o poço artesiano (98,46%).

A maioria declarou não fumar (56,15%), mas dentre os fumantes, destacou-se o predomínio naqueles com 1 a 10 anos de uso (41,07%). Quanto ao uso de drogas lícitas ou ilícitas predominou o uso de álcool (82,31%). A maioria não pratica ou não pode praticar atividade física (60%) e apenas (22,1%) o fazem, sendo o futebol, a principal atividade (34,62%).

Tabela 3. Distribuição da comunidade quilombola Abacatal/Aurá, segundo alimentação e estilo de vida. Ananindeua, PA, Brasil, 2017

Aspectos sobre a alimentação e estilo de vida	Frequência	Percentual (%)	P-valor
Quantas vezes você se alimenta por dia?			
6 ou mais vezes ao dia	5	3,85	<0.0001**
5 a 4 vezes ao dia	55	42,31	
3 ou menos vezes ao dia	70	53,85	
Você consome frutas quantas vezes por semana?			
Não come frutas	4	3,08	<0.0001**
Uma vez por semana	34	26,15	
Duas vezes por semana	40	30,77	
Três a Quatro vezes por semana	30	23,08	
Cinco a Seis vezes por semana	2	1,54	
Diariamente	20	15,38	
Você consome legumes e verduras quantas vezes por semana?			
Não come legumes e nem verduras	6	4,62	<0.0001**
Uma vez por semana	47	36,15	
Duas vezes por semana	37	28,46	
Três a Quatro vezes por semana	24	18,46	
Cinco a Seis vezes por semana	5	3,85	
Diariamente	11	8,46	
Você consome Açaí e/ou Bacaba quantas vezes por semana?			
Todos os dias	30	23,08	<0.0001**
6 a 5 vezes	28	21,54	
4 a 3 vezes	36	27,69	
2 a 1 vezes	34	26,15	
Não consome	2	1,54	
A água para consumo doméstico (cozinhar e beber) vem de onde?			
Poço	128	98,46	<0.0001**
Do igarapé com tratamento (cloro)	2	1,54	
Você fuma ou já fumou?			
Sim	57	43,85	0.1345ns
Não	73	56,15	
Tempo de fumo (anos) n = 57			
1-10	23	41,07	0.0036**
11-20	10	17,86	
21-30	12	21,43	
31-40 ou mais	12	21,43	
Você consome ou já consumiu bebida alcoólica?			
Sim	107	82,31	<0.0001**
Não	23	17,69	
Você já fez ou faz uso de entorpecente/drogas?			
Sim	6	4,62	<0.0001**
Não	124	95,38	

Tabela 3. (continuação)

Pratica atividade física			
Não faz/Não pode	78	60,00	<0.0001**
1x na semana	12	9,23	
2 a 3x na semana	29	22,31	
Diariamente	11	8,46	
Qual atividade física é praticada?			
Caminhada	7	13,46	<0.0001**
Futebol	45	86,54	

** α :<0,05.

Fonte: Dados organizados pelos autores, Brasil, 2017.

DISCUSSÃO

Identificou-se que a faixa etária com maior frequência foi de 18 a 29 anos e o predomínio do sexo feminino coincide com os encontrados em outros estudos realizados em comunidades quilombolas^{6,9-10}. Vale ressaltar que o percentual de pessoas que se autodeclarou negro foi maior do que o registrado no Brasil (7,6%) e no Pará (7,2%) segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹¹.

No contexto educacional identificou-se baixo índice de escolaridade, pois predominou o ensino fundamental incompleto. Em outras pesquisas foram também observadas baixas taxas de escolaridade entre quilombolas^{5,12-13}. Ressalta-se que a comunidade conta apenas com uma escola municipal de ensino fundamental, obrigando aqueles que decidem continuar os estudos a se deslocar para escolas de ensino médio no centro urbano de Ananindeua/PA. O transporte se faz em ônibus escolar cedido pelo Município, em precárias condições de uso colocando em risco a segurança dessas pessoas, o que pode contribuir para a baixa procura pela continuidade dos estudos.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o índice de analfabetismo no país vem reduzindo tanto no meio urbano como rural. Entretanto, a falta de escolaridade ainda é mais alta na zona rural¹¹. O estudo evidenciou baixo índice de pessoas que não possuem escolaridade, no entanto no Brasil o número de quilombolas que não sabem ler ainda é relativamente alto (24,81%)⁴.

A predominância de renda familiar de até um salário mínimo evidencia que a baixa escolaridade pode ser um dos fatores de influência na busca por empregos de baixa remuneração e que, consequentemente, interfere no rendimento familiar. Destaca-se que o percentual de pessoas sem atividade econômica e o reduzido quantitativo de famílias em que duas ou três pessoas trabalham, indica que a renda de apenas um salário mínimo seja insuficiente para sustentar uma família e, por conseguinte, proporcionar melhora na qualidade de vida dos moradores.

Salienta-se que 74,73% das famílias quilombolas estão abaixo da linha da extrema pobreza⁴ e esta baixa remuneração é um fator de influência na saúde da população, devido limitar o acesso aos serviços e ao uso da terra, a qual é uma característica essencial aos quilombolas¹². O predomínio de casas de alvenaria e o maior nº de cômodos por domicílio aconteceu em decorrência do Programa Cheque Moradia que proporcionou melhorias na residência de várias famílias que se encontravam em situação de risco.

Apesar da comunidade se localizar a poucos quilômetros do centro urbano do município de Ananindeua e do avanço de condomínios habitacionais próximos, o sistema de distribuição de água por rede geral não atende ao Abacatal. O fornecimento de água por rede geral à população além de garantir melhor qualidade de vida, proporciona também conforto e acesso à água com melhor qualidade¹¹.

Sabe-se que há diferença no fornecimento de água entre o meio rural e o meio urbano, visto que as principais formas de abastecimento de água na zona rural vêm de poços rasos, nascentes e córregos, tal como acontece na Comunidade Abacatal, sendo as mesmas fontes susceptíveis à contaminação¹⁴. No Brasil, a região Norte possui o pior percentual no abastecimento de água por rede geral, tanto nos domicílios urbanos (62,5%) como rurais (9,8%)¹¹, enquanto que pouco mais da metade dos quilombolas no país não possuem água canalizada (55,21%)⁴.

Quanto à eliminação de dejetos sólidos e líquidos, ainda que a maioria dos domicílios possua fossa séptica, o uso da fossa rudimentar e do banheiro no fundo do quintal faz-se presente na comunidade. O descarte das fezes no meio ambiente propicia o aparecimento de vetores responsáveis por causar doenças parasitárias e endêmicas, tal como na degradação da água dos mananciais, podendo ocasionar prejuízos na qualidade da água consumida pela população⁵. Deste modo, a eliminação de dejetos no fundo do quintal é inapropriada, assim como os que são depositados na fossa rudimentar.

Outro problema sanitário que a pesquisa apontou foi o destino do lixo, pois predomina a incineração dos resíduos, coincidindo com outros estudos em comunidades quilombolas^{2,5,13,15}. Embora a comunidade encontre-se próxima ao aterro sanitário do bairro do Aurá, responsável pelo recebimento do lixo produzido na região metropolitana de Belém, não há coleta regular do lixo e a sua incineração resulta em problemas de saúde e danos ao meio ambiente.

Observa-se que apesar do alto índice de pessoas que já utilizaram os serviços de saúde da ESF, o número de pessoas que a procuram quando estão doentes é baixo. Isto pode estar ocorrendo por conta do atendimento médico realizado na ESF ser disponibilizado para a comunidade apenas uma vez por semana, e consequentemente, a procura pelo hospital, farmácia e consumo de remédio caseiro é maior. Também o alto índice de pessoas que nunca receberam visitas de profissionais de saúde em suas residências pode interferir negativamente nessas escolhas.

Não há Agentes Comunitários de Saúde na ESF, situação constatada em pesquisa realizada em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista na Bahia, onde 25,8% dos entrevistados nunca recebeu visita domiciliar de ACS¹³. De acordo com Campos et al¹⁶, a visita domiciliar é de fundamental importância para a observação do ambiente em que vive a comunidade e para compreender quais são as necessidades de saúde individuais e da família. Na comunidade Abacatal/Aurá a equipe estava incompleta e o posto de saúde da comunidade não possuía recursos adequados para o funcionamento do mesmo.

A falta de disponibilidade e de oferta de profissionais na atenção primária faz parte da realidade do Brasil. Além disso, as populações das regiões Norte e Nordeste contam com reduzido acesso aos serviços de saúde quando comparadas com as demais regiões do País¹⁷.

Quanto à avaliação dos participantes sobre o seu estado de saúde, a pesquisa mostrou que a maioria possui a autopercepção negativa, ou seja, “regular” e “ruim”, da sua saúde, tal como em outros estudos realizados com quilombolas^{2,9,18}. Isto evidencia que os aspectos demográficos, socioeconômicos e a presença de doenças crônicas, são fatores que podem contribuir para a percepção negativa do estado atual de saúde dessa população².

Em relação às alterações de saúde atuais, constatou-se que mais da metade da comunidade referiu dores articulares, o que pode estar relacionado às atividades de grande esforço que

muitos realizam no cotidiano, como a agricultura e a carvoaria. Destaca-se que as ocupações profissionais que exigem mais esforço físico podem estar relacionadas à presença de doenças como a artrite/artrose e dor na coluna². Além disso, as demais doenças referidas neste estudo foram também evidenciadas em outras pesquisas realizadas com quilombolas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica^{5,10,15,19}, Diabetes^{5,15}, Depressão²⁰, e a Epigastralgia¹⁹.

O uso de plantas para o tratamento de doenças, que predominou na comunidade, é uma prática comum identificada em estudos com outras comunidades quilombolas^{15,21-23}. Esse alto índice na utilização de ervas e a alta variedade em suas aplicações revela a crença das populações quilombolas nas plantas como recurso para o tratamento de doenças, o que além de um fator cultural pode estar também influenciado pela carência atual na saúde pública²¹. Salienta-se que o conhecimento por parte da gestão em saúde acerca do que a pessoa procura quando está doente e dos recursos disponíveis para o seu tratamento é fundamental, pelo fato de permitir reconhecer as especificidades e necessidades das populações tradicionais, como é o caso dos quilombolas¹².

Apesar da grande variedade de frutos e hortaliças na comunidade, observa-se que o seu consumo pelos moradores é muito baixo, pois os mesmos, muitas vezes vendem o que é produzido, e consequentemente, esses alimentos naturais são substituídos pelos alimentos industrializados. Outras pesquisas realizadas com quilombolas também constataram pouca ingestão de frutas,

legumes e verduras^{6,24}. Por outro lado, destaca-se que a maioria dos participantes consomem o açaí, uma fruta regional, quase todos os dias, constituindo-se como uma peculiaridade cultural que, de alguma forma, auxilia para suprir esse baixo consumo de frutos contribuindo com nutrientes nessa alimentação diária.

Identificou-se que há alto índice no consumo doméstico de água proveniente do poço, assim como em outros estudos em comunidades quilombolas^{5,15}. Ressalta-se que o conhecimento desta situação é de suma importância, pois o não tratamento da água consumida pode implicar em condições negativas para a saúde, como é o caso das doenças parasitárias e infecciosas, comuns em populações quilombolas²⁵. Dados atuais evidenciam que 1,4 bilhão de pessoas no mundo não possuem acesso à água potável, e, uma criança morre a cada 8 segundos por enfermidades que estão associadas com a contaminação da água, como é o caso da cólera e da desintéria¹⁴.

Constatou-se também elevado número de pessoas que consomem ou já consumiram bebidas alcoólicas, assim como em outras comunidades quilombolas^{2,19,26}. O uso frequente do álcool configura como uma característica presente entre os quilombolas que envolvem gênero e geração²⁶.

Identificou-se elevado percentual de fumantes na comunidade, acarretando riscos à saúde semelhante ao encontrados em outras pesquisas com quilombolas que também apresentaram doenças crônicas, como a Diabetes e a Hipertensão^{2,10,19}. Em estudo realizado por Bezerra et al⁶, em uma comunidade quilombola na Bahia identificou-se maior prevalência de

Hipertensão Arterial para os ex-fumantes e os atuais fumantes ao se comparar com as pessoas que nunca fumaram.

Em relação à prática de atividade física, verificou-se que mais da metade dos participantes informaram não realizar nenhum exercício físico, como em pesquisas em outras comunidades quilombolas^{2,24,28}. Este déficit na prática de atividade física também pôde ser observado em estudo realizado com idosos em Pernambuco, Brasil, que identificou sedentarismo em 62,1% dos participantes²⁹. Destaca-se que a realização regular de atividade física beneficia a saúde e o sedentarismo acarreta consequências negativas, uma vez que as pessoas possuem maior chance de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis⁶.

O curto período de tempo para a coleta de dados mostrou-se um fator de limitação para a pesquisa posto que, em decorrência das ocupações domésticas e profissionais dos moradores, muitos, considerados elegíveis, não foram encontrados em seus domicílios para conceder a entrevista, no entanto, o número amostral final foi significativo, atendendo dessa forma, aos objetivos do estudo.

CONCLUSÕES

Com a realização desta pesquisa foi possível caracterizar a comunidade quilombola Abacatal/Aurá quanto à condição sociodemográfica e epidemiológica, identificando os aspectos socioeconômicos que repercutem na sua condição de saúde, como a baixa escolaridade, a baixa renda familiar e as péssimas condições sanitárias.

A análise também possibilitou identificar que o baixo consumo de alimentos ricos em nutrientes, a inatividade física, o fumo e a bebida alcoólica são considerados fatores de risco para o adoecimento dessa população, enquanto que os hábitos culturais, como a utilização de ervas para tratamento de doenças, estão fortemente presentes na comunidade e que influenciam no processo saúde doença dos mesmos.

Salienta-se que os problemas sociodemográficos e epidemiológicos identificados na comunidade, podem contribuir para que as ações de saúde possam ser planejadas e efetivadas conforme a realidade apresentada, levando-se em conta o contexto social, político e ambiental da comunidade valorizando seus saberes e práticas tradicionais.

Entende-se que pesquisas direcionadas para as condições de saúde das populações quilombolas são fundamentais, posto que permitem instrumentalizar a população e os profissionais de saúde que estão responsáveis pela atenção à saúde dessa população, permitindo não só buscar alternativas para práticas de educação em saúde melhor direcionadas aos problemas identificados e prevenção de agravos, como subsidiar reivindicações junto ao poder público no intuito de melhorar as condições socioeconômicas e de saúde nessas comunidades além de melhores condições de trabalhos para as equipes da ESF.

Financiamento: Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas do Estado do Pará, Brasil. Edital 007/2016.

Conflito de interesse: Os autores declaram que não houve conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. **Vieira ABD, Monteiro PS.** Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da bioética de intervenção. *Saúde em Debate*. 2013; 37(99): 610-8.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000400008>
2. **Oliveira SKM, Pereira MM, Guimarães ALS, Caldeira AP.** Self-perceived health among 'quilombolas' in northern Minas Gerais, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(9): 2879-90.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.20342014>
3. **Ministério da Saúde, Brasil.** Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta [Internet]. Brasília: *Ministério da Saúde*. 2013 [citado 2017 maio. 18]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf
4. **Brasil.** Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; Secretaria de Políticas Para Comunidades Tradicionais. Guia de políticas públicas para comunidades quilombolas [Internet]. Brasília. 2013 [citado 2017 maio. 18]. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/portal-antigo/arquivos-pdf/guia-pbq>
5. **Pinho L, Dias RL, Cruz LM, Velloso NA.** Health conditions of quilombola community in the north of Minas Gerais. *J. res.: fundam. care. Online*. 2015; 7(1): 1847-55.
<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1847-1855>
6. **Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, Caiaffa WT.** Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(9): 1889-902.
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00164912>
7. **Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP.** Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet*. 2007; 370: 1453-57.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61602-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61602-X)
8. **Rocha IR, Carmo MS.** Perfil epidemiológico de ribeirinhos da Ilha do Combú: um reflexo da saúde nas águas. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Belém: *Universidade do Estado do Pará*; 2014.
9. **Gomes KO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML.** Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(9): 1829-42.
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151412>

10. Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, Caiaffa WT. Domínios de atividade física em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(6): 1213-24. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00056414>
11. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro, 2011.
12. Santos RC, Silva MS. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *Saúde Soc*. 2014; 23(3): 1049-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300025>
13. 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. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(6): 1835-47. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.01992013>
14. Ferreira FS, Queiroz TM, Silva TV, Andrade ACO. À margem do rio e da sociedade: a qualidade da água em uma comunidade quilombola no estado de Mato Grosso. *Saúde Soc*. 2017; 26(3): 822-8. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017166542>
15. Amorim MM, Tomazi L, Silva RAA, Gestinari RS, Figueiredo TB. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. *Biosci. J*. 2013; 29(4): 1049-57.
16. Campos CMS, Silva BRB, Forlin DC, Trapé CA, Lopes IO. Emancipatory practices of nurses in primary health care: the home visit as an instrument of health needs assessment. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(Esp): 116-21. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600017>
17. Pereira LL, Silva HP, Santos LMP. Projeto mais médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. *Revista da ABPN*. 2015; 7(16): 28-51.
18. Medeiros DS, Moura CS, Guimarães MDC, Acúrcio FA. Medication use by the “quilombola” population: a survey in Southwestern Bahia, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(5): 905-13. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004817>
19. Melo MFT, Silva HP. Doenças crônicas e os determinantes da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Revista da ABPN*. 2015; 7(16): 168-89.
20. Barroso SM, Melo APS, Guimarães MDC. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. *Rev Panam Salud Publica*. 2014; 35(4): 256-63.
21. Pereira MGS, Ferreira MC. Uso e diversidade de plantas medicinais em uma comunidade quilombola na Amazônia Oriental, Abaetetuba, Pará. *Biota Amazônia*. 2017; 7(3): 57-68. <http://dx.doi.org/10.18561/2179-5746/biotaamazonia.v7n3p57-68>
22. Ferreira ALS, Batista CAS, Pasa MC. Uso de plantas medicinais na comunidade quilombola mata cavalo em nossa senhora do livramento – MT, Brasil. *Biodiversidade*. 2015; 14(1): 151-60.
23. Costa IE, Oliveira LL. O uso de plantas medicinais na comunidade quilombola de Paratibe: um relato de experiência na E.M.E.F. Antônia do Socorro Silva Machado, João Pessoa – PB. *Revista Humanidades e Inovação*. 2017; 4(3): 288-96.
24. Soares DA, Barreto SM. Indicadores nutricionais combinados e fatores associados em população Quilombola no Sudoeste da Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(3): 821-32. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.03922014>
25. Damazio SM, Lima MS, Soares AR, Souza MAA. Intestinal parasites in a quilombola community of the northern state of Espírito Santo, Brazil. *Rev. Inst. Med. Trop*. 2013; 55(3): 179-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-46652013000300007>
26. Cardoso LGV, Melo APS, Cesar CC. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(3): 809-20. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.12702014>
27. Silva RA, Menezes JA. Reflexões sobre o uso de álcool entre jovens quilombolas. *Psicologia & Sociedade*. 2016; 28(1): 84-93. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v28n1p084>
28. Mussi RFF, Mussi LMPT, Bahia CSA, Amorim AM. Atividades físicas praticadas no tempo livre em comunidade quilombola do alto sertão baiano. *Licere*. 2015; 18(1): 157-87.
29. Annes LM, Mendonça HG, Lima FM, Lima MA, Aquino JM. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosas que participam de grupos de terceira idade em Recife, Pernambuco. *Rev Cuid*. 2017; 8(1): 1499-508. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i1.365>