



**FACULDADE MARIA MILZA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL E  
MEIO AMBIENTE**

**MILLEIDY CEZAR PEIXOTO**

**QUALIDADE DE VIDA DE DUAS COMUNIDADES REMANESCENTES DE  
QUILOMBOS EM MUNICÍPIOS BAIANOS**

**GOVERNADOR MANGABEIRA – BA  
2019**

**MILLEIDY CEZAR PEIXOTO**

**QUALIDADE DE VIDA DE DUAS COMUNIDADES REMANESCENTES DE  
QUILOMBOS EM MUNICÍPIOS BAIANOS**

Dissertação submetida ao Colegiado de Coordenação Didática do programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente da Faculdade Maria Milza – FAMAM, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente.

Profa. Dra Larissa Rolim Borges Paluch  
Orientadora

**GOVERNADOR MANGABEIRA – BA  
2019**

Ficha catalográfica elaborada pela Faculdade Maria Milza,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)  
Bibliotecárias responsáveis pela estrutura de catalogação na publicação:  
Marise Nascimento Flores Moreira - CRB-5/1289 / Priscila dos Santos Dias - CRB-5/1824

Peixoto, Milleidy Cezar

P379q

Qualidade de vida de duas comunidades remanescentes de quilombos em municípios baianos / Milleidy Cezar Peixoto. - Governador Mangabeira - BA , 2019.

103 f.

Orientadora: Larissa Rolim Borges Paluch.

Dissertação (Mestrado Profissional em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente) - Faculdade Maria Milza, 2019.

1. Qualidade de Vida. 2. Grupos Étnicos. 3. Quilombos. I. Paluch, Larissa Rolim Borges, II. Título.

CCD 610.73

**MILLEIDY CÉSAR PEIXOTO**

**Qualidade de vida de duas comunidades remanescentes de quilombos em municípios baianos**

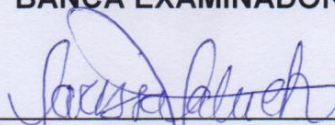
Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente da Faculdade Maria Milza (FAMAM), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

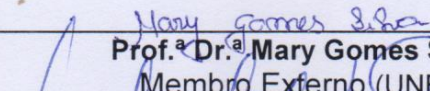
**Linhas de Pesquisa:** Políticas Públicas, Meio ambiente e Desenvolvimento.


**Orientador (a):** Prof.<sup>a</sup>Dr.<sup>a</sup> Larissa Rolim Borges Paluch

Aprovada em: 13 / março / 2019

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
**Prof.<sup>a</sup>Dr.<sup>a</sup> Larissa Rolim Borges Paluch**  
Orientador (a)

  
\_\_\_\_\_  
**Prof.<sup>a</sup>Dr.<sup>a</sup> Mary Gomes Silva**  
Membro Externo (UNEB)

  
\_\_\_\_\_  
**Prof.<sup>a</sup>Dr.<sup>a</sup> Cláudia Cecília Blaszowski de Jacobi**  
Membro Interno (FAMAM)

**GOVERNADOR MANGABEIRA - BA**  
2019

Dedico este trabalho aos meus pais, M<sup>a</sup> Inêz A. C. Peixoto e Giovandro S. Peixoto, pois sem o apoio de vocês a realização deste sonho não seria possível.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente ao bom Deus, que me deu o dom da vida, e faz maravilhas em minha existência.

Agradeço a toda minha família. Vocês me impulsionaram para os estudos e compreenderam minhas ausências para concluir esse trabalho.

Aos meus professores do Centro Educacional Batista, que plantaram a sementinha no meu coração.

Aos professores da graduação que foram todos especiais e me instigaram sobre a importância de ser uma pesquisadora, mestre e futura doutora.

À Faculdade Maria Milza, na pessoa do diretor geral Dr. Wellington Bastos e a coordenadora do mestrado Dra. Elizabete Rodrigues da Silva, que oportunizaram a uma recém-egressa da instituição a concluir o mestrado como bolsista. A vocês meu muito obrigada!!

Sou extremamente grata a minha orientadora Dra. Larissa Rolim Borges Paluch, a Msc. Lilianny Santana da Silva e a Dra. Vanessa de Oliveira Almeida, que contribuíram de forma significativa nessa dissertação.

À Fundação de Amparo a Pesquisa da Bahia, na pessoa do presidente Lázaro Cunha, que tem como missão viabilizar ações de Ciência, Tecnologia e Inovação para o desenvolvimento sustentável da Bahia, em especial para o nosso Recôncavo.

Sou grata a Deus por permitir que eu me envolvesse com uma turma tão especial, colegas presentes nas pesquisas, apresentações de trabalho e na produção de artigos científicos.

Meu profundo agradecimento a todos os moradores das comunidades onde realizei este trabalho. A todos os Agentes Comunitários de Saúde, especialmente a Antônia Correia da Baixa da Linha e Maria e Sandra Galvão do Campo Grande.

*“O Brasil é quilombola, nenhum quilombo a menos”.*

Autor desconhecido

## RESUMO

Existem no país comunidades urbanas e rurais reconhecidas juridicamente como comunidades remanescentes de quilombos, sendo grupos étnico-raciais dotados de relações territoriais específicas e caracterizados pela resistência à opressão histórica sofrida. Os quilombolas foram historicamente perseguidos, excluídos e ainda hoje enfrentam dificuldades quanto ao acesso aos serviços de saúde, educação e ao exercício da cidadania acarretando severas interferências em sua qualidade de vida. Nesta perspectiva o estudo teve como objetivo analisar a qualidade de vida de pessoas que vivem em comunidades remanescentes de quilombos em dois municípios baianos. E com objetivos específicos: descrever o perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de comunidades remanescentes de quilombos; analisar os domínios referentes à qualidade de vida dessas comunidades e realizar um diagnóstico situacional com ênfase nos principais fatores que interferem na qualidade de vida dessas populações em estudo. A pesquisa teve caráter descritivo e abordagem quantitativa. Os participantes do estudo foram os moradores das comunidades remanescentes dos quilombos do Campo Grande e da Baixa da Linha, localizados nos municípios baianos de Santa Terezinha e Cruz das Almas, respectivamente. O projeto foi aprovado do Comitê de Ética da Faculdade Maria Milza (CAAE 86986618.8.0000.5025), parecer consubstanciado número 2.586.014 e respeitou as normas éticas em pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados ocorreu nas comunidades com aplicação de dois formulários, um sobre os aspectos sociodemográficos, econômicos e de saúde e outro relacionado a qualidade de vida (*World Health Organization Quality of Life Bref* - WHOQOL-Bref) com questões objetivas. A análise estatística foi realizada no software SPSS versão 22.0 sendo calculado o índice de confiabilidade Alfa de Cronbach, as médias aritméticas e o desvio padrão. Posteriormente os dados foram explorados, quanto às similaridades e diferenças entre as variáveis estudadas em cada comunidade. Fazendo uma análise geral dos escores das facetas obtidos na pesquisa, e pode-se perceber que as CRQ possuem perfis semelhantes, quanto aos aspectos de qualidade de vida e também com relação as variáveis sociodemográfica, econômica e de saúde estudadas. Entretanto, quando faz-se uma observação mais detalhada, é percebido que os resultados encontrados em algumas variáveis na comunidade do Campo Grande foram melhores que os encontrados na Baixa da Linha. Com base nos resultados foi construído um plano estratégico situacional com o intuito de ampliação do conhecimento sobre a qualidade de vida das comunidades quilombolas amostradas, e espera-se que este instrumento possa subsidiar o planejamento e reestruturação das ações dispensadas a essa e outras comunidades com perfil similar contribuindo com a saúde individual e coletiva dessas populações.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida. Grupos étnicos. Origem Étnica e Saúde.



## ABSTRACT

There are in the country urban and rural communities legally recognized as remaining communities of quilombos, being ethnic-racial groups endowed with specific territorial relations and characterized by the resistance to the historical oppression suffered. Quilombolas were historically persecuted, excluded and still today face difficulties regarding access to health services, education and the exercise of citizenship causing severe interference in their quality of life. In this perspective, the study aimed to analyze the quality of life of people living in quilombo remnant communities in two municipalities of Bahia. And with specific objectives: to describe the socio-demographic, economic and health profile of quilombos remnant communities; to analyze the domains related to the quality of life of these communities and to perform a situational diagnosis with emphasis on the main factors that interfere in the quality of life of these populations under study. The research had descriptive character and quantitative approach. The study participants were the residents of the communities remaining in the quilombos of Campo Grande and Baixa da Linha, located in the municipalities of Santa Terezinha and Cruz das Almas, respectively. The project was approved by the Ethics Committee of the Maria Milza Faculty (CAAE 86986618.8.0000.5025), asserted opinion number 2,586,014 and respected the ethical standards in research with human beings, in accordance with Resolution 466/12 of the National Health Council. Data collection took place in the communities with application of two forms, one on socio-demographic, economic and health aspects and another on quality of life (World Health Organization Quality of Life Bref - WHOQOL-Bref) with objective questions. Statistical analysis was performed in the SPSS software version 22.0 and Cronbach's alpha reliability index, the arithmetic means and the standard deviation were calculated. Subsequently the data were explored, regarding the similarities and differences between the variables studied in each community. By doing a general analysis of the facet scores obtained in the research, it can be seen that CRQs have similar profiles regarding quality of life aspects as well as socio-demographic, economic and health variables studied. However, when a more detailed observation is made, it is noticed that the results found in some variables in the Campo Grande community were better than those found in Lower Line. Based on the results, a strategic situational plan was built with the purpose of increasing knowledge about the quality of life of the quilombola communities sampled, and it is hoped that this instrument can subsidize the planning and restructuring of the actions given to this and other communities with profile similarly contributing to the individual and collective health of these populations.

**Keywords:** Quality of life. Ethnic groups. Ethnic Origin and Health.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1:** Território de identidade do Piemonte do Paraguaçu, Bahia..... 26

**Figura 2:** Território de identidade do Recôncavo, Bahia ..... 27

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Domínios e facetas do WHOQOL-Bref .....	30
<b>Tabela 2:</b> Faixa etária dos participantes das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018 .....	34
<b>Tabela 3:</b> Sexo dos participantes das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.....	35
<b>Tabela 4:</b> Cor/Raça dos participantes das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018...	36
<b>Tabela 5:</b> Religião/Crença dos participantes das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.....	37
<b>Tabela 6</b> Estado civil dos participantes das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.....	38
<b>Tabela 7:</b> Grau de escolaridade dos participantes das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.....	39
<b>Tabela 8:</b> Moradia dos participantes das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.....	41
<b>Tabela 9:</b> Saneamento básico nas comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.....	42
<b>Tabela 10:</b> Destinação dos resíduos sanitários das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.....	44
<b>Tabela 11:</b> Destinação do lixo residencial gerados nas comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.....	45
<b>Tabela 12:</b> Renda mensal das famílias residentes nas comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.....	47
<b>Tabela 13:</b> Hábito de ingerir bebidas alcoólicas e fumar nas comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.....	49

<b>Tabela 14:</b> Utilização de medicamentos de uso contínuo por pessoas das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.....	55
<b>Tabela 15:</b> Utilização de ervas como forma terapêutica por pessoas das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.....	57
<b>Tabela 16:</b> Vacinação das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018 .....	58
<b>Tabela 17:</b> Realização de acompanhamento nas Unidades de Saúde da Família nas comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018 .....	59
<b>Tabela 18:</b> Realização de exames de rotina das pessoas das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.....	61
<b>Tabela 19:</b> Consistência do Alfa de Cronbach por domínio na comunidade remanescente de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas – BA, 2018.....	62
<b>Tabela 20:</b> Consistência do Alfa de Cronbach por domínio na comunidade remanescente de quilombo do Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018....	62
<b>Tabela 21:</b> Consistência do Alfa de Cronbach nas comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.....	62
<b>Tabela 22:</b> Qualidade de vida geral das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018 .....	63
<b>Tabela 23:</b> Qualidade de vida das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018, referente ao domínio físico .....	64
<b>Tabela 24:</b> Qualidade de vida das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018, referente ao domínio psicológico .....	66
<b>Tabela 25:</b> Qualidade de vida das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018, referente ao domínio relações sociais .....	67
<b>Tabela 26:</b> Qualidade de vida das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018, referente ao domínio meio ambiente .....	68

## LISTA DE GRÁFICOS

**Gráfico 01:** Número absoluto de indivíduos acometidos por doenças nas comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018..... 51

**Gráfico 02:** Número absoluto de indivíduos com sintomas físicos nas comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.....52

## LISTA DE SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

BA: Bahia

DF: doença falciforme

DM: diabetes mellitus

CRQ: Comunidade Remanescente de Quilombo

EMBASA: Empresa Baiana de Água e Saneamento

ES: Espírito Santo

ESF: Estratégia de Saúde da Família

FCP: Fundação Cultural Palmares

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC: Intervalo de Confiança

ICV: Índice de Condições de Vida

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

Md: Mediana

MS: Ministério da Saúde

OIT: Organização Internacional do Trabalho

OMS: Organização Mundial de Saúde

PAC: Plano de Aceleração do Crescimento

QV: Qualidade de vida

SPSS: *Statistical Package for Social Science*

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USF: Unidade de Saúde da Família

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

WHOQOL: *World Health Organization Quality of Life*

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>16</b>
2.1 COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS .....	16
2.2 NORMATIVAS LEGAIS.....	17
2.3 SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA .....	19
2.4 QUALIDADE DE VIDA .....	21
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>25</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	25
3.2 ÁREA DO ESTUDO .....	25
3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	28
3.4 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS.....	29
3.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	30
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	31
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>33</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA .....	33
4.2 CARACTERIZAÇÃO ECONÔMICA .....	47
4.3 CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS À SAÚDE .....	49
4.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA GERAL .....	61
4.5 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA AOS DOMÍNIOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, RELAÇÕES SOCIAIS E MEIO AMBIENTE.....	62
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>73</b>
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	85
APÊNDICE B- FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, ECONOMICO E DE SAÚDE .....	87
APÊNDICE C- PLANO ESTRATÉGICO SITUACIONAL RELACIONADO AOS PRINCIPAIS FATORES QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DE VIDA DAS POPULAÇÕES REMANESCENTES DE QUILOMBO EM ESTUDO.....	90
ANEXO A – FORMULÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL–Bref) .....	96
ANEXO B- PARECER CONSUSBTANCIADO .....	100

## 1 INTRODUÇÃO

A formação dos mocambos ou quilombos no Brasil ocorreu devido às condições reais e objetivas em que os negros foram inseridos no período da escravidão e os levou a desenvolver estratégias de repúdio desse sistema. Nesses territórios seus habitantes são nomeados de quilombolas e são a tradução de lutas constituídas no seio do escravismo no Brasil (SILVA; SIMIONATTO, 2010).

No país, há comunidades negras urbanas e rurais atualmente reconhecidas juridicamente como Território Remanescente de Comunidade Quilombola, sendo que esses se localizam na área ocupada pelos antigos quilombos. Atualmente essas comunidades são formadas por grupos étnico-raciais negros dotados de relações territoriais específicas e caracterizadas pela resistência à opressão histórica sofrida. E esses territórios são uma concretização das conquistas da comunidade afro descendente no Brasil (COSTA; SCARCELLI, 2016; SOUZA, 2012).

Vale ressaltar que o Brasil é o país onde habita o maior número de negros fora do continente africano. Logo, é inaceitável desconhecer ou ignorar as necessidades desta população, no que tange ao acesso à educação, mercado de trabalho, serviços de saúde e políticas públicas melhorando, conseqüentemente, a Qualidade de Vida (QV) desses indivíduos (SILVA; FERREIRA; RODRIGUES, 2016).

Nas últimas três décadas a QV tem se tornado gradualmente importante ferramenta para a análise da assistência à saúde. Nesse período houve constante aprimoramento e sofisticação em sua metodologia de apreciação, focada em avaliações subjetivas e medindo a percepção de cada indivíduo (ROBERTI et al., 2010). É importante destacar que QV engloba diversos aspectos importantes na saúde humana, não sendo relacionada exclusivamente ao acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Diante do cenário de dificuldade de acesso aos bens coletivos pelas comunidades quilombolas, surge o interesse em aprofundar o conhecimento acerca dos aspectos gerais e de saúde, assim como os fatores intrínsecos e extrínsecos que impactam a qualidade de vida destas populações.

Diante do exposto, o estudo traz como questão de investigação: Como se encontra a qualidade de vida de pessoas que vivem em comunidades remanescentes de quilombos de municípios baianos?



A pesquisa teve como objetivo geral analisar a qualidade de vida de pessoas que vivem em comunidades remanescentes de quilombos em dois municípios baianos. E como objetivos específicos: descrever o perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de comunidades remanescentes de quilombos; analisar os domínios referentes à qualidade de vida dessas comunidades e realizar um diagnóstico situacional com ênfase nos principais fatores que interferem na qualidade de vida dessas populações em estudo.

É de fundamental importância abordar essa temática pouco explorada, tendo em vista a relevância de pesquisas que apontem os aspectos de saúde nas comunidades remanescentes de quilombos e a efetiva implementação das políticas públicas específicas para esse público alvo e assim auxiliar no processo de planejamento e reestruturação das ações dispensadas.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 COMUNIDADE REMANESCENTE DE QUILOMBO

O termo “Povos e Comunidades Tradicionais” surge no âmbito dos movimentos ambientalistas, referindo-se a grupos sociais que vivem em contato direto com o meio ambiente. Esses adotam formas próprias de utilização dos recursos naturais e possuem características socioculturais diferenciadas em relação ao restante da população brasileira. Estima-se que esses povos e comunidades tradicionais, constituídos por indígenas, ribeirinhos e quilombolas, perfazem aproximadamente 25 milhões de pessoas, ocupando  $\frac{1}{4}$  de todo o território brasileiro (BRASIL, 2009a).

A expressão quilombo é utilizada desde o período colonial, ela tem sua etimologia nos povos de línguas bantu (*kilombo*), da África Central nos séculos XVI e XVII. Primeiramente designava uma associação para homens que passavam por rituais de iniciação com o objetivo de integrá-los a uma organização de guerreiros “invulneráveis”. A estrutura dos quilombos brasileiros foi inspirada nos quilombos africanos, sendo esses constituídos de indivíduos que se opunham a estrutura escravocrata e que lutavam por uma sociedade livre e menos desigual (SILVA, 2015a).

Mocambo ou terras de preto, foram as definições para os quilombos ao longo dos anos. Atualmente a designação correta é Comunidade Remanescente de Quilombo (CRQ) refletindo sua herança cultural e material e lhe conferindo uma referência presencial no sentimento de ser e pertencer a um lugar e grupo específico (GOMES, et al., 2013).

As CRQ tiveram seus direitos territoriais reconhecidos oficialmente pelo Estado brasileiro por meio da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. O seu Artigo 68 traz: “Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos” (BRASIL, 1988, p. 1).

Nessa constituição o termo “quilombo” teve seu conceito ampliado, de modo que atualmente é considerado como toda área ocupada por comunidades remanescentes dos antigos quilombos, logo, o Território Remanescente de Comunidade Quilombola é uma concretização das conquistas da comunidade afrodescendente no país (SOUZA, 2012).

Para os quilombolas, as particularidades das comunidades são um instrumento que mantém a coesão social do grupo, que permite a preservação da sua cultura e seus valores. Além disso, ele é constituído como a consagração do direito fundamental de moradia, previsto no art. 6º do texto constitucional, em respeito ao princípio da dignidade do ser humano, fundamento axiológico da República Federativa do Brasil (NASCIMENTO; BATISTA; NASCIMENTO, 2016).

No território nacional 2.632 CRQ foram certificadas pela Fundação Palmares. A região Nordeste é a que apresenta a maior quantidade de CRQ com 1.616, seguida da região sudeste com 405, Norte 294, Sul 175 e Centro-oeste com 142. A Bahia destaca-se em nível nacional, com o maior número de CRQ totalizando 638 comunidades, seguido do Maranhão com 531 e Pernambuco com 453 (BRASIL, 2018 b “comunicação pessoal”).

As CRQ devem receber incentivos, através de lideranças comunitárias, representantes do poder público e pesquisadores deste assunto, para que se construa e ponha em prática um arcabouço teórico e legal sobre as políticas públicas direcionadas a essas populações específicas (BRASIL, 2009a; VELTEN, et al., 2013).

## 2.2 NORMATIVAS LEGAIS

As políticas públicas destinadas às CRQ são asseguradas por meio da legislação brasileira e a primeira normativa legal foi sancionada na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 2016).

A Constituição Estadual da Bahia (1989), em seu artigo 51, refere que “O Estado executará, no prazo de um ano após a promulgação desta Constituição, a identificação, discriminação e titulação das suas terras ocupadas pelos remanescentes das comunidades dos quilombos” (BAHIA, 1989, p. 108; BRASIL, 2010). Observa-se que as primeiras legislações sobre os direitos das populações remanescentes de quilombos estão relacionadas ao direito legal à posse das terras onde residem (território remanescente de quilombo), ambas em vigor:

**Decreto Legislativo nº 143 de 20 de junho de 2002:** “Aprova o texto da Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho sobre os povos indígenas e tribais em países independentes” (BRASIL, 2002, p. 1).

**Decreto nº 4887 de 20 de novembro de 2003:** “Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras

ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias” (BRASIL, 2003, p. 1).

**Decreto 5.051 de 19 de abril de 2004:** “Promulga a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho – OIT sobre Povos Indígenas e Tribais” (BRASIL, 2004a, p. 1).

**Instrução Normativa n.º 49 do INCRA:** “Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação, desintrusão, titulação e registro das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que tratam o Art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal de 1988 e o Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003” (BRASIL, 2008, p. 1).

**Portaria n.º 98 da Fundação Cultural Palmares (FCP)** “Institui o Cadastro Geral de Remanescentes das Comunidades dos Quilombos da Fundação Cultural Palmares e o regulamenta” (BRASIL, 2007a, p.1).

A **Lei Nº 12.288, de 20 de julho de 2010**, institui o Estatuto da Igualdade Racial no país, esta lei visa garantir à população negra a efetivação da igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnica (BRASIL, 2010).

Na Seção II, no que se refere a educação, em seu art. 12, é destacado que “Os órgãos federais, distritais e estaduais de fomento à pesquisa e à pós-graduação poderão criar incentivos a pesquisas e a programas de estudo voltados para temas referentes às relações étnicas, aos quilombos e às questões pertinentes à população negra” (BRASIL, 2010, p. 4).

Ainda na referida lei, na seção III art. 18, é assegurado aos remanescentes das comunidades dos quilombos “o direito à preservação de seus usos, costumes, tradições e manifestos religiosos, sob a proteção do Estado” (BRASIL, 2010, p. 5).

No ano de 2004, o Governo Federal lançou o programa Brasil Quilombola, incluindo em suas ações e propostas o Plano de Aceleração do Crescimento (PAC) Quilombola, centrado em obras de saneamento e infraestrutura. Além disso, nos problemas de saúde são necessárias ações voltadas ao incentivo da equidade, por meio da extensão das ações do Programa de Habitação e Saneamento, as ações de segurança alimentar e nutricional e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Para tanto deve haver a realização de oficinas de mobilização social e educação em saúde (FREITAS et al., 2011).

Atualmente as ações do PAC quilombola estão restritas à efetivação do programa “Luz para todos”. Em 2015 foram realizadas 57.676 ligações de energia em todo o país, beneficiando cerca de 15,6 milhões de moradores em áreas rurais e 150 mil pessoas residentes nas CRQ (BRASIL, 2018a).

No ano de 2018, a CRQ Kalunga, no estado de Goiás, passou a desfrutar dos benefícios do programa (“Luz para Todos”). O presidente da associação relata que “Com energia elétrica, o pessoal que trabalha durante o dia vai poder estudar à noite. Lutamos muito para que ela chegasse e agora vamos poder utilizar de todas as formas, inclusive no agroextrativismo, de forma sustentável, trabalhando ecologicamente com os frutos do cerrado. Agora poderemos ter geladeira e fábrica artesanal. A vida melhora muito!”. Assim, percebe-se que a chegada da energia elétrica traz uma expectativa muito grande de melhoria da qualidade de vida nas comunidades remanescentes de quilombos (BRASIL, 2018a, p. 105).

Todas as leis foram criadas com vista à promoção da igualdade étnica, portanto CRQ devem ser beneficiadas com todas as iniciativas previstas nas leis acima mencionadas. Destaca-se que, segundo o estatuto da igualdade racial, cabe ao poder executivo federal “elaborar e desenvolver políticas públicas especiais voltadas para o desenvolvimento sustentável dos remanescentes das comunidades dos quilombos, respeitando as tradições de proteção ambiental das comunidades” (BRASIL, 2007b; BRASIL, 2010, p. 7).

### 2.3 SAÚDE DA POPULAÇÃO REMANESCENTE DE QUILOMBO

No país, a literatura referente ao uso de serviços de saúde e as condições de saúde da população quilombola é muito escassa. As pesquisas disponíveis relatam que esse grupo se encontra em situação de vulnerabilidade, causada pelo processo histórico escravocrata (FREITAS et al., 2011).

Em virtude das dificuldades em relação à saúde enfrentada pelos quilombolas os mesmos desenvolveram conhecimentos sobre o manejo de ervas tradicionais, visando tratar doenças e males que afetam sua população. Em função disso, as CRQ são mantenedoras de verdadeiro patrimônio imaterial, oriundo do conhecimento de medicina baseada em plantas medicinais, mas infelizmente esse legado está restrito a alguns anciões dessas comunidades (MOURA, 2010).

Embora reconhecidas e consideradas como patrimônio cultural brasileiro, as CRQ enfrentam graves problemas, relacionados a aspectos culturais, a condições de saúde e QV da sua população (SOUSA et al., 2013). Essas situações acarretam desigualdades sociais, econômicas, políticas e na saúde, bem como dificuldade de acesso aos bens e serviços públicos (OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016).

Os preconceitos étnicos e raciais, somadas a disparidades socioeconômicas e à distribuição desigual da renda e baixos níveis de escolaridade, dificultam o acesso aos programas de saúde das famílias quilombolas. Diante desse quadro de adversidades há necessidade de maior atenção dos órgãos públicos de forma articulada, tendo em vista que a vulnerabilidade dessas comunidades a determinadas doenças, aumentam à medida que se reduz o amparo social (SILVA; FERREIRA; RODRIGUES, 2016, p. 110).

Nesse sentido, no ano de 2004 foi publicada a Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 1.434, de 14/7/2004 que está relacionada à política de inclusão da população quilombola. Nessa legislação foi oferecido financiamento para a criação de Unidades de Saúde da Família (USF) na própria comunidade como uma forma de assistir e atender às demandas das comunidades de perto e foi repassado um incentivo adicional de 50% para beneficiar às USF com Saúde Bucal, em municípios com menos de 30.000 habitantes (BRASIL, 2004b).

Como forma de fortalecimento da portaria acima citada, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra por meio da Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Essa abrange ações e programas de diversas secretarias e órgãos vinculados ao MS, cujo propósito é garantir maior grau de equidade no direito humano à saúde, considerando os aspectos gerais da saúde humana (promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional) (BRASIL, 2009b).

E, no estatuto da igualdade racial, do ano de 2010, no que se refere aos direitos fundamentais, como o direito à saúde, é destacado em seu parágrafo único que “Os moradores das comunidades remanescentes de quilombos serão beneficiários de incentivos específicos para a garantia do direito à saúde, incluindo melhorias nas condições ambientais, no saneamento básico, na segurança alimentar e nutricional e na atenção integral à saúde”, esta normativa vem como uma solidificação das políticas acima citadas (BRASIL, 2010, p. 3).

A criação destas políticas é de suma importância, pois a população quilombola está sujeita a diversos tipos de vulnerabilidades, usualmente relacionado ao binômio saúde-doença. A morbimortalidade, tanto de origem infectocontagiosa quanto crônico-degenerativa, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a doença falciforme (DF), compõe o repertório desta rede de causalidade da insegurança (FREITAS et al., 2011).

O mesmo autor ainda destaca que a instituição destas políticas não consegue sanar por completo os estigmas sociais históricos e algumas condições de saúde destas comunidades, e que a grande problemática está em oferecer saúde integral combinada com a manutenção das crenças e tradições destes grupos.

Em estudo realizado por Moura (2010) foram verificadas que dentre as principais dificuldades na área de saúde em CRQ estão a falta de água tratada; inexistência de saneamento básico (muitas comunidades possuem esgoto correndo à céu aberto); falta de assistência médica, odontológica e recursos para o funcionamento dos postos de saúde; inexistência de profissionais devidamente capacitados para atender as especificidades dos problemas de saúde de populações afrodescendentes; ausência de orientação e assistência para gestantes e necessidade de planejamento familiar. Todos estes fatores colocam os moradores das CRQ em uma real condição de interferência em sua QV.

Desta forma, verifica-se que as desigualdades comprometem a saúde dessas populações. Neste cenário são necessárias ações concretas por parte do Estado, de forma que essa situação seja enfrentada, garantindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) a equidade, universalidade e integralidade. Há efetiva necessidade de desenvolvimento de estratégias de médio e longo prazo, para resolução de forma permanente dos problemas de saúde nas CRQ. Além disso, é necessário solucionar as iniquidades raciais em saúde, garantindo o acesso das populações quilombolas as ações de saúde de forma holística conforme previsto na Constituição Federal (PEREIRA; SILVA; SANTOS, 2015).

## **2.4 QUALIDADE DE VIDA**

Conceitos "padrão de vida" e "qualidade de vida" foram discutidos inicialmente por cientistas sociais, filósofos e políticos, em resposta à progressiva desumanização da medicina e ciências afins. Assim, a preocupação com a QV se originou de um

movimento que busca valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida (FLECK et al., 1999).

Minayo (2000), Minayo, Hartz, Buss (2000) e Flor, Campos, Laguardia (2013) destacam que a QV abrange três dimensões. A dimensão histórica, ou seja, num específico período de seu desenvolvimento econômico, social e tecnológico, uma determinada sociedade tem um parâmetro de QV diferente da mesma sociedade em outra etapa histórica. A dimensão cultural está relacionada aos valores e necessidades construídos e hierarquizados diferentemente pelos povos, revelando suas tradições. E a terceira refere-se ao aspecto de estratificações ou classes sociais que determinam a posição social que o indivíduo ocupa, e que é um fator importante quanto ao fato de ter ou não uma boa qualidade de vida.

Esses autores ainda explicam que os padrões e as concepções de bem-estar e QV estão relacionadas às camadas economicamente superiores da sociedade e à passagem de um limiar a outro.

Com o intuito de definir o termo QV, embasada nas dimensões propostas por Minayo (2000), a Organização Mundial de Saúde (OMS) reuniu especialistas de várias partes do mundo que a definiram como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Este amplo conceito abrange grande complexidade e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais (FLECK, 2000, p. 34).

Embora saúde e QV sejam frequentemente utilizados como sinônimos, ambos apresentam especificidades conceituais, mas também há grande inter-relação entre elas, uma vez que a saúde contribui para a QV de indivíduos ou populações, junto com muitos componentes da vida social, para que seja alcançado um perfil elevado de saúde. Assim, é necessário o acesso a serviços de saúde de qualidade, e enfrentar os determinantes de saúde em toda a sua amplitude, afinal QV é um aspecto fundamental para se desfrutar de uma boa saúde (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Portanto, pode-se dizer que há unanimidade na literatura em afirmar que QV é um conceito subjetivo, multidimensional e dinâmico, podendo ser influenciado por aspectos culturais, religiosos, éticos e valores pessoais. O mesmo é considerado dinâmico devido a sua característica mutável ao longo do tempo, ou entre indivíduos



de diferentes condições sociais, culturais ou de locais diversos, possibilitando variação no mesmo indivíduo de acordo com seu estado de espírito ou humor (ZANEI, 2006).

Diante da conceituação da QV, surge a necessidade de elaboração de um instrumento que permitisse sua avaliação em indivíduos e grupos desde uma perspectiva internacional. Assim, na década de 1990 foi criado o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), sendo o índice de desenvolvimento social mais difundido e recorrentemente citado. Atualmente essa ainda é uma medida suscinta de bem-estar social que mede a QV baseada em três parâmetros: renda, educação e longevidade (KUWAHARA et al., 2010).

O IDH inspirou a criação de outros índices, como o Índice de Condições de Vida (ICV), desenvolvido pela Fundação João Pinheiro, em Belo Horizonte, no ano de 1998, com o intuito de estudar a situação de municípios mineiros. O ICV posteriormente foi adequado em consórcio com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, para a análise de todos os municípios brasileiros, sendo composto por 20 indicadores. Tanto o IDH quanto o ICV “tratam a saúde como um dos componentes de uma complexa resultante social é como uma síntese, um híbrido biológico-social, mediado por condições mentais, ambientais e culturais” (MINAYO; HARTZ; BUSS; 2000, p. 8).

Devido à dificuldade de aprofundamento do IDH e ICV a OMS constituiu um Grupo de QV (Grupo WHOQOL) com a finalidade de desenvolver instrumentos capazes de fazê-lo dentro de uma perspectiva transcultural. O grupo elaborou o *World Health Organization Quality of Life – 100 (WHOQOL-100)* que é um questionário que analisa a QV. Essa ferramenta é completa e complexa e demanda grande tempo para seu preenchimento. Tendo em vista reduzir o tempo, mas mantendo as características psicométricas satisfatórias, foi desenvolvida uma versão abreviada denominada de WHOQOL-Bref (WHOQOL GROUP, 1998 *apud* QUALIDEP UFRGS, 2017).

O questionário WHOQOL-Bref é constituído por facetas referentes à QV geral, e envolve questões sobre a QV e satisfação com a saúde baseado em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais (FLECK, 2000). Vale ressaltar que no nível conceitual o caráter abrangente do instrumento foi preservado, apesar da abreviação do questionário.

Esse instrumento é amplamente utilizado visando realizar uma análise da QV de pessoas ou grupos. Visto que a percepção da QV é de suma importância e deve ser considerada como um indicador de excelência no processo de planejamento e reestruturação da atenção e cuidados de saúde dispensados (PRAÇA, 2012).

Apesar de sua grande importância, as produções sobre a temática no país são relativamente recentes, porém não se restringem a determinado grupo social, sendo utilizada principalmente em grupos acometidos por uma patologia específica, refletindo a preocupação em conhecer de que forma essa enfermidade está comprometendo a vida dos indivíduos, focalizando as análises na QV relacionada à saúde (ALMEIDA; GUTIERREZ, 2010).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa possui natureza descritiva de abordagem quantitativa. Quanto à abordagem quantitativa, justifica-se pela necessidade de quantificar os indicadores de QV, para que se possa descrevê-los e analisá-los, numa perspectiva de realização de um diagnóstico situacional, para uma possível intervenção na comunidade. Para Minayo (2010), o uso do método quantitativo tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração, com aplicabilidade prática.

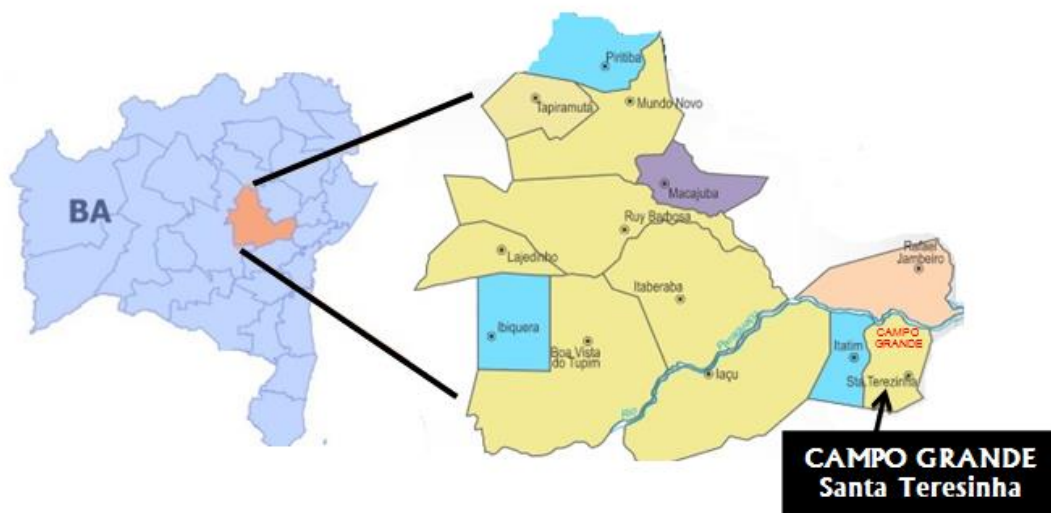
A opção pela análise descritiva acontece devido à possibilidade de descrever todos os domínios de qualidade de vida da população quilombola. Gil (2010) salienta que o estudo descritivo possibilita ao pesquisador maior familiaridade com o seu objeto, permitindo descrever as características do mesmo, tornando-o mais claro, assim como permite trabalhar com técnicas padronizadas de coleta de dados.

#### 3.2 ÁREA DO ESTUDO

As duas áreas de estudo foram as CRQ baianas do Campo Grande e da Baixa da Linha, localizados respectivamente nos municípios de Santa Terezinha e Cruz das Almas.

A comunidade do Campo Grande está localizada na região Nordeste do Brasil, faz parte da Zona dos Tabuleiros Interioranos do Recôncavo, especificamente no território de identidade Piemonte do Paraguaçu, na cidade de Santa Terezinha, Bahia (BAHIA, 2015; 2017) (Figura 1).

Figura 1: Território de identidade do Piemonte do Paraguaçu, Bahia.



O município de Santa Terezinha, de acordo com o último censo realizado pelo IBGE, conta com uma população de 9.648 habitantes, e com uma área de 719,257 km<sup>2</sup>. Possui o Hospital Maternidade Edite Nogueira Rangel, quatro centros de saúde/unidade básica, um hospital geral, uma unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência, uma unidade de vigilância em saúde, uma central de gestão em saúde e um polo academia da saúde (BRASIL, 2017a). A CRQ do Campo Grande é assistida por uma unidade de saúde satélite, localizada no próprio quilombo, que facilita o acesso desses moradores às consultas quinzenais médicas e de enfermagem.

A Fundação Cultural Palmares é a instituição responsável pelas certificações dos territórios quilombolas no Brasil, garantindo os passos administrativos para que sejam atribuídas à legalidade e a posse inalienável dos territórios às comunidades remanescentes de quilombo (SOUZA, 2012).

Segundo a fundação, o Campo Grande possui o código do IBGE 2928505, o ID quilombola é 700, o número do Processo de Certificação da comunidade na FCP é 01420.003418/2006-94, a data de abertura do processo para certificação da comunidade foi em 26/12/2006, e a etapa atual do Processo na FCP é que o Campo Grande encontra-se certificada (BRASIL, 2017b).

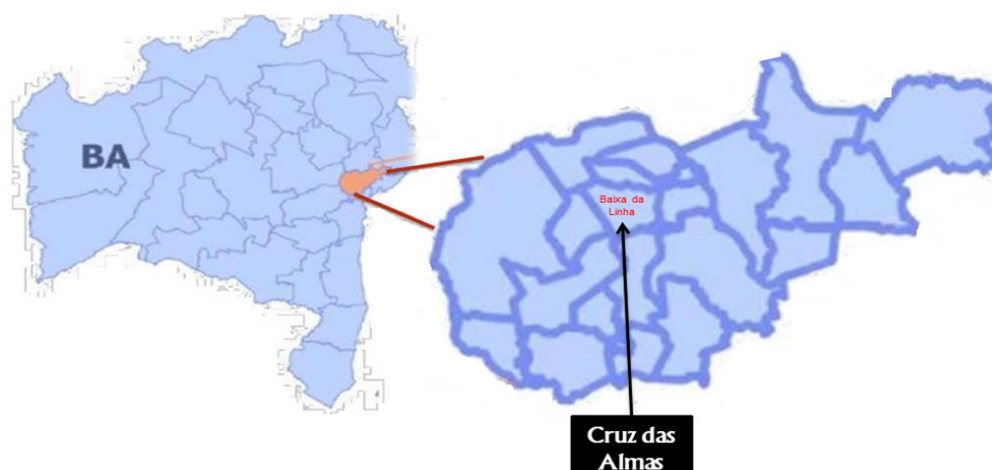
A comunidade do Campo Grande é caracterizada por construir sua própria história e identidade, eminentemente rural e remanescente de quilombo. Os indivíduos vivem suas experiências cotidianas, ditam suas regras, criam costumes e vencem as

dificuldades, vivendo embevecidos pelos elementos naturais ofertados da vida sertaneja. Logo, “preservar a cultura é um bem necessário para garantir a sua legitimidade histórica passada de geração a geração bem como conservar o meio ambiente um dever de todos, já que é sua fonte de renda e sustentação local” (SOUZA; GIUDICE, 2014, p. 13).

A área de estudo denominada de Baixa da Linha se localiza na região Nordeste do Brasil e faz parte da Zona dos Tabuleiros Interioranos do Recôncavo, especificamente no território de identidade Recôncavo, no município de Cruz das Almas - Bahia (BAHIA, 2015; 2017) (Figura 2).

Esse município, de acordo com o último censo do IBGE, conta com uma população de 58.606 habitantes, e com uma área de 402,12 km<sup>2</sup>. Possui 15 centros de saúde/unidade básica, oito policlínicas, dois hospitais gerais, 18 consultórios isolados, 16 centros de especialidade, 11 unidades de apoio, diagnose e terapia, duas unidades móveis de nível pré-hospitalar na área de urgência, uma unidade de vigilância em saúde, cinco hospitais/dia isolado, duas centrais de gestão em saúde, um centro de atenção psicossocial, um pronto atendimento, um polo de academia da saúde e uma central de regulação do acesso (BRASIL, 2017a). A CRQ da Baixa da Linha é adscrita e acompanhada em unidade sediada no bairro da Tabela na zona urbana de Cruz das Almas distante cerca de 5km, a comunidade é assistida diretamente pela ACS que faz visitas diárias.

Figura 2: Território de identidade do Recôncavo, Bahia.



Segundo a FCP, a Baixa da Linha possui o código do IBGE 2909802, o ID quilombola é 1.709, o número do Processo de Certificação da comunidade na FCP é 01420.003090/2010-92, a data de abertura do processo para certificação da comunidade foi em 26/12/2006, e a etapa atual do Processo na FCP é que o Campo Grande encontra-se certificada (BRASIL, 2017b).

A formação histórica da Baixa da Linha incide sobre a maneira como a comunidade persistiu e manteve-se unida apesar de tantas tentativas de expulsão de suas terras, que revelam uma face agregadora. Para esta comunidade, o 'lugar' é determinante e não é apenas um quadro de vida, mas um espaço vivido com experiências sempre renovadas (SANTANA, 2015, p. 128).

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foi realizado um levantamento das USF que atendem as CRQ nas Secretarias Municipais de Saúde de cada município.

Os moradores da Baixa da Linha são adscritos e acompanhados em unidade sediada no bairro da Tabela, na zona urbana de Cruz das Almas, distante cerca de 5km. A comunidade é assistida diretamente pela ACS que faz visitas diárias.

Na comunidade do Campo Grande a população é assistida por uma unidade de saúde satélite, localizada no próprio quilombo, que facilita o acesso desses moradores às consultas médicas e de enfermagem. O acompanhamento realizado à população adscrita obedece a uma programação prévia, em escala de rodízio com atendimentos de frequência quinzenal. Os profissionais de saúde de nível superior se deslocam até a comunidade para realizar os atendimentos, e as famílias também contam com a visita domiciliar do ACS.

Nas duas USF citadas acima, e que prestam assistência a essas comunidades, foram identificados os usuários residentes nos quilombos adscritos à unidade.

Os critérios de inclusão dos indivíduos no presente estudo foram: ser usuário da USF adscrita da CRQ, residir na comunidade há mais de um ano; idade igual ou superior a 18 anos. Os critérios de exclusão foram: se recusar a participar da pesquisa, ausência da comunidade durante o período de realização da coleta de dados e/ou não estar na residência por três tentativas consecutivas. A quantidade de participantes envolvidos na pesquisa foi definida por meio de análise estatística visando a realização de uma amostragem aleatória estratificada.

### 3.4 INSTRUMENTO E COLETA DOS DADOS

Após aprovação do projeto foram realizadas reuniões nas USF das comunidades em estudo a fim de explicar à equipe de saúde o propósito e a relevância do estudo. Posteriormente, também foi realizada uma reunião com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para envolvê-los na pesquisa.

As entrevistas com os indivíduos para a coleta de dados foram realizadas na unidade de saúde satélite da CRQ do Campo Grande nos dias que tinha atendimento e também através de visita às residências dos usuários juntamente com as ACS. E na CRQ da Baixa da Linha a coleta foi realizada somente nas residências, em companhia da ACS, porque na comunidade não há unidade de saúde.

A todos os indivíduos que se enquadraram nos critérios de inclusão foram explicados os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a aplicação de dois formulários, sendo um relacionado aos aspectos sociodemográficos, econômicos e de saúde e o WHOQOL-Bref.

A opção pela coleta dos dados por meio de formulário visou melhorar a compreensão das perguntas pelo sujeito, em função da possível dificuldade de leitura, problemas visuais e o analfabetismo dos residentes de ambas as comunidades. Além disso, possibilita ao pesquisador conhecer mais profundamente a realidade e as necessidades dos participantes da pesquisa. Em todas as questões as respostas foram registradas na íntegra, com o cuidado de não se induzir nenhuma resposta.

No formulário de aspectos sociodemográficos, econômicos e de saúde são descritas as características pessoais, como sexo e idade, grau de escolaridade, situação de trabalho e relações com família e amigos, exames de rotina, dentre outras informações (Apêndice B). Esse formulário, apesar de composto por questões objetivas, também possibilitava que fossem realizadas discussões durante a entrevista.

O formulário WHOQOL-Bref tem por objetivo instrumentalizar a coleta de dados, ele é composto por 26 questões, às mesmas são referentes a quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Tabela 1) os dados extraídos foram analisados para que obtivesse as informações sobre qualidade de vida das CRQ.

O escore de avaliação deste formulário pode variar de 1 a 5 (1= muito ruim, 2= ruim, 3= nem ruim nem bom, 4= boa, 5= muito boa) (Anexo A). Logo, quanto mais próximo de 1 for a resposta, pior é a QV e, quanto mais próximo de 5 melhor é a QV. O WHOQOL-Bref realiza a pontuação separando as questões por domínio e calcula-se a média de todos os participantes (FLECK, 2008).

**Tabela 1:** Domínios e facetas do WHOQOL-Bref

<b>DOMÍNIO</b>	<b>FACETAS</b>
<b>QV global</b>	1. Qualidade de vida de modo geral 2. Satisfação com a própria saúde
<b>Domínio 01: Domínio Físico</b>	3. Dor e desconforto 4. Energia e fadiga 10. Sono e repouso 15. Mobilidade 16. Atividades da vida cotidiana 17. Dependência de medicação ou de tratamentos 18. Capacidade de trabalho
<b>Domínio 2 - Domínio psicológico</b>	5. Sentimentos positivos 6. Pensar, aprender, memória e concentração 7. Autoestima 11. Imagem corporal e aparência 19. Sentimentos negativos 26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
<b>Domínio 3 - Relações sociais</b>	20. Relações pessoais 21. Suporte (Apoio) social 22. Atividade sexual
<b>Domínio 4 - Meio ambiente</b>	8. Segurança física e proteção 9. Ambiente no lar 12. Recursos financeiros 13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 23. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer 24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 25. Transporte

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Maria Milza (CEP-FAMAM), com parecer consubstanciado número 2.586.014 (Anexo B) e CAAE: 86986618.8.0000.5025 e seguiu as normas éticas em pesquisa com seres humanos, preconizadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do MS (CNS/MS) (BRASIL, 2012). Foram respeitadas também todas as especificidades



éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS conforme a Resolução 580/18.

Para submissão na Plataforma Brasil foi utilizado como consentimento o termo de ciência assinado pelas Secretarias de Saúde dos Municípios baianos de Santa Terezinha e Cruz das Almas, autorizando o estudo na qualidade de instituição coparticipante.

Vale salientar que todos os participantes receberam explicações detalhadas em relação à natureza da investigação, seus objetivos, métodos e benefícios. Eles também assinaram o TCLE, em duas vias, ficando uma de posse do pesquisador e outra do participante. É relevante ressaltar que esse termo assegura, a todos os participantes do estudo, o sigilo e o anonimato e informa a todos que podem desistir de colaborar, em qualquer momento, com a pesquisa.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram armazenados em banco de dados, posteriormente foram tabulados e codificados em planilhas do Microsoft Office do Excel-2013, este mesmo programa foi utilizado para a elaboração de tabelas e gráficos.

Para calcular o escore médio para o WHOQOL-Bref e o formulário sociodemográfico, econômico e de saúde, foram atribuídos valores às respostas nominais, visando seu entendimento e possibilitando apreender sua variação, para que estas representem fidedignamente a percepção da maioria dos entrevistados (BISQUEIRA; SARRIERA; MARTINEZ, 2007).

Antes dos dados serem lançados no SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 22.0, as questões 3, 4 e 26 foram recodificadas atribuindo o valor das questões da seguinte forma (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1). Para cada faceta foram somados os valores da entrevista (de 1 a 5) e divididos pelo número de participantes. Na média o resultado vai de 1 a 5, quanto mais próximo de 1, pior é e, quanto mais próximo de 5 melhor é a QV.

Posteriormente, todas as informações coletadas foram processadas transferidas para análise no programa SPSS, sendo esse software recomendado e validado para obtenção dos escores no instrumento de QV.

As questões foram separadas por domínio e o programa estatístico calculou a média aritmética, mediana e o desvio padrão das respostas de todos os participantes.

Para a análise, Fleck (2008) destaca que a escala é positiva, ou seja, quanto mais alto o escore, melhor a QV no domínio.

Para questões não respondidas calcularam-se os escores das facetas a partir da média aritmética simples das questões, seguido de uma multiplicação por quatro, assim o escore da faceta compensa a nulidade da questão através do produto pelo número de questões válidas que a faceta deveria ter. Salienta-se que no presente estudo todas as questões foram respondidas.

Na próxima etapa calculou-se o coeficiente de Alfa de Cronbach que, de acordo com Bauer (2007), permite estimar a correlação entre respostas em um questionário e, por meio da análise das respostas dadas pelos participantes, oferece uma correlação média entre as perguntas. Geralmente, um grupo de itens que explora um fator comum exhibe elevado valor de alfa de Cronbach, dessa maneira é possível verificar a confiabilidade dos resultados obtidos e dar maior relevância e robustez à pesquisa. Desse modo, o ideal são resultados de valor igual ou superior a 0,7 para confirmar a confiabilidade das respostas. O nível de significância adotado para este estudo foi de 5% ( $p < 0,05$ ), e nível de confiança estatística de 95%.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As tabelas, com os resultados do estudo, foram organizadas de acordo com os objetivos específicos do trabalho, e será apresentada a caracterização da amostra quanto às variáveis sociodemográfica, econômica e de saúde e QV das CRQ da Baixa da Linha (Cruz das Almas) e do Campo Grande (Santa Terezinha).

### **4.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA**

Na CRQ da Baixa da Linha há 365 pessoas; destas, 251 são maiores de 18 anos, a pesquisa contou com 54 entrevistados. Já na CRQ do Campo Grande há um total de 649 moradores, logo, 472 pessoas são maiores de 18 anos, participaram da pesquisa 89 pessoas. Foram selecionados, aleatoriamente, 160 indivíduos para colaborar com o estudo, sendo que, 143 concordaram em participar da pesquisa e 17 indivíduos ou se recusaram a participar do estudo ou não foram encontrados na residência após três visitas.

#### **a. Faixa Etária**

Avaliando-se a faixa etária dos participantes da pesquisa verifica-se que a idade variou entre 18 anos e mais de 60 anos. A faixa etária predominante no quilombo da Baixa da Linha é a mesma de 21 a 30 anos e 31 a 40 anos (25,9% para ambas as faixas), entretanto no Campo Grande a faixa etária predominante é mais velha, predominando pessoas de 31 a 40 anos (25,8%), seguido de indivíduos com mais de 60 anos (21,3%) (Tabela 2).

Acredita-se que a idade mais avançada dos moradores no Campo Grande pode estar relacionada ao fato dessa CR possuir uma USF que realiza atendimentos médicos e de enfermagem quinzenalmente. Outra questão é a ampla utilização da medicina alternativa, pois 84,3% dos entrevistados da comunidade utilizam ervas como forma de alívio de dores e desconfortos, conforme será discutido posteriormente na Tabela 15.

**Tabela 2:** Faixa etária dos participantes das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.

FAIXA ETÁRIA	Baixa da Linha		Campo Grande		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18-20	07	13,0	08	9,0	15	10,5
21-30	<b>14</b>	<b>25,9</b>	08	9,0	22	15,4
31-40	<b>14</b>	<b>25,9</b>	<b>23</b>	<b>25,8</b>	<b>37</b>	<b>25,9</b>
41-50	07	13,0	13	14,6	20	14,0
51-60	07	13,0	18	20,2	25	17,5
>60	05	9,3	19	21,3	24	16,8
Total	54	100,0	89	100,0	143	100,0

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

A faixa etária predominantemente de jovens adultos em CRQ também foi reportada por diversos autores. Gomes et al. (2013), na CRQ de Vitória da Conquista – BA, verificou que a faixa etária predominante foi de 18 à 29 anos, perfazendo um total de 22% da população em estudo. Freitas et al. (2018) realizaram um estudo em uma comunidade quilombola situada na área metropolitana de Belém, Pará, sendo observada maior frequência da faixa etária entre 18 e 29 anos (39,23%). Bezerra et al. (2013) também desenvolveram pesquisa em CRQ de Vitória da Conquista – BA e identificaram que a maioria dos entrevistados possuía entre 18 e 29 anos (25,2%), com idade média de  $44 \pm 17,9$  anos.

Uma população um pouco mais velha foi descrita por Araújo et al. (2017) numa pesquisa realizada em CRQ no Pará, onde a faixa etária com maior percentual de pessoas esteve entre 30 e 40 anos (30,8%), seguida de indivíduos com menos de 30 anos (20,5%) e apenas 15,4% acima de 60 anos.

### **b. Sexo**

Em relação ao sexo, é possível observar que, na comunidade do Campo Grande, a percentagem de mulheres é maior em relação à da Baixa da Linha. No entanto, em ambas as comunidades, o número de mulheres entrevistadas foi bastante superior que o de homens (Tabela 3).

**Tabela 3:** Sexo dos participantes das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.

SEXO	Baixa da Linha		Campo Grande		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino	36	66,7	67	75,3	103	72,0
Masculino	18	33,3	22	24,7	40	28,0
Total	54	100,0	89	100,0	143	100,0

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Essa informação está de acordo com o último censo realizado no Brasil, em que o número de mulheres (51,03%) é superior ao número de homens (48,97%) em nível nacional (IBGE, 2010).

A predominância feminina também foi encontrada nas 10 CRQ estudadas por Bezerra et al. (2013) no município de Vitória da Conquista, BA. Os autores identificaram que cerca de 54,3% dos entrevistados eram do sexo feminino e 45,7% do sexo masculino.

Também Freitas et al. (2018) verificaram que na comunidade Abacatal/Aurá situada e sob jurisdição do município de Ananindeua, na área metropolitana de Belém, Pará, o número de mulheres (67,7%) foi superior ao de homens (32,3). Araújo et al., (2017) realizaram um estudo na mesma CRQ do Abacatal e verificaram que dos entrevistados 74,4% eram do sexo feminino, enquanto 25,6% dos entrevistados são do sexo masculino.

Estudo realizado na CRQ de Patioba verificou que 85,1% dos entrevistados eram do sexo feminino e 14,9% do sexo masculino e, na comunidade da Mussuca, 91,2% eram mulheres enquanto 8,8% eram homens (TORALES et al., 2015).

### c. Característica Étnico-Racial

No que diz respeito a cor/raça<sup>1</sup>, as comunidades possuem perfis semelhantes, sendo que mais da metade dos entrevistados se autodeclarou preto em ambas as CRQ. Na comunidade do Campo Grande 6,7%, dos entrevistados eram brancos, mas não há indivíduos de cor amarela em nenhuma das comunidades (Tabela 4). Esses valores eram esperados visto que as CRQ no geral são formadas por descendentes de escravos, que eram negros (pretos) em sua essência.

<sup>1</sup> De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística a classificação étnico-racial brasileira é "cor ou raça" e define cinco categorias: branco, pardo, preto, amarelo e indígena.

**Tabela 4:** Cor/raça dos participantes das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.

Cor/raça	Baixa da Linha		Campo Grande		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Preto	39	72,2	63	70,8	102	71,3
Pardo	14	25,9	20	22,5	34	23,8
Branco	00	00	06	6,7	06	4,2
Indígena	01	1,9	00	00	01	0,7
Amarelo	00	00	00	00	00	00
Total	54	100,0	89	100,0	143	100,0

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

A predominância étnico-racial foi observada em todos os estudos analisados. Santos et al. (2016), em 17 CRQ de Vitória da Conquista, BA, observaram que cerca de 53,2% dos participantes se autodeclararam de cor parda, e 46,8% pretos.

Do mesmo modo, em pesquisa realizada sobre QV e HAS em CRQ do Espírito Santo por Velten et al. (2013), foram observadas semelhanças quanto ao perfil sociodemográfico dos participantes. Pois, como a presente pesquisa, os entrevistados foram, em sua maioria, do sexo feminino e de cor/raça preta ou parda.

Trazendo a discussão para uma abordagem nacional, o IBGE destaca que, entre 2012 e 2016, enquanto a população brasileira cresceu 3,4%, chegando a 205,5 milhões, o número de indivíduos que se autodeclaravam brancos reduziu 1,8%, totalizando 90,9 milhões. Por outro lado, o número de pardos cresceu 6,6% e o de pretos, 14,9%, totalizando 95,9 e 16,8 milhões, respectivamente. Em uma análise geral o percentual dos brancos na população reduziu de 46,6% para 44,2%, enquanto a participação dos pardos aumentou de 45,3% para 46,7% e a dos pretos, de 7,4% para 8,2% (IBGE, 2017).

Os dados étnico-raciais podem ser influenciados por alguns fatores, como a tendência de miscigenação do povo brasileiro. Isso faz com que o número de indivíduos pardos cresça, e outro fator importante é a questão da autodeclaração como pretos, que pode estar relacionado com o reconhecimento e identidade da população negra em relação à própria cor.

#### **d. Religião/Crença**

A maioria dos participantes, em ambas as comunidades afirmaram seguir a religião católica e relataram que mesmo não frequentando e nem participando

ativamente da religião, eles se autodeclararam católicos. Na Baixa da Linha, a segunda posição ficou para a religião protestante, com 27,8% de adeptos. Alguns entrevistados sinalizaram que seguem o catolicismo e o candomblé simultaneamente, enquanto em nenhuma das comunidades foi declarada na religião espírita (Tabela 5).

**Tabela 5:** Religião/Crença dos participantes das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.

RELIGIÃO/ CRENÇA	Baixa da Linha		Campo Grande		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Católica	29	53,7	67	75,3	96	67,1
Matriz africana	05	9,3	05	5,6	10	7,0
M.A.C	01	1,9	02	2,2	03	2,1
Protestante	15	27,8	06	6,7	21	14,7
Não segue religião	04	7,4	07	7,9	11	7,7
Total	54	100,0	89	100,0	143	100,0

**Legenda:** M.A.C: Matriz africana e católica. **Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

A mescla entre as religiões católica e a de matriz africana, citada por alguns entrevistados na presente pesquisa, possui raiz histórica. Pois, como cita Santos (2009), os negros escondiam o seu culto aos orixás por medo de perseguição e assumiam perante a sociedade serem católicos. Dessa maneira, o culto aos orixás misturou-se ao culto dos santos católicos, forjando o sincretismo.

Sobre as religiões professadas na comunidade do Abacatal, Pará por Araújo et al. (2017) predominou a católica (92,3%), seguida da protestante e de matriz africana (7,7%). Esses autores também relatam que não houve entrevistado que se declarasse sem religião.

Para Santos, Koller e Pereira (2004), as pessoas, de modo geral, procuram formas alternativas para o restabelecimento do bem-estar; a busca pela religião é mencionada como uma alternativa para entender (fornecer sentido), orientar e controlar suas aflições cotidianas, enfim, através das religiões há uma busca por soluções para os mais variados problemas. As pessoas que têm fé encontram uma oportunidade de participação social e de exercício de inclusão, muitas vezes negada em um mundo globalizado, individualista e competitivo.

### e. Estado Civil

No que se refere ao estado civil das pessoas entrevistadas, a maioria era solteiro(a) em ambas as comunidades, embora o número de casados(as) seja bastante expressivo nas duas CRQ (Tabela 6).

Acredita-se que a constituição das famílias é um fator extremamente importante para o trabalho e gestão das áreas produtivas pelos membros das famílias.

**Tabela 6:** Estado civil dos participantes das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.

ESTADO CIVIL	Baixa da Linha		Campo Grande		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Solteiro(a)	24	44,4	29	32,6	53	37,1
Casado (a)	13	24,1	27	30,3	40	28,0
Viúvo (a)	02	3,7	05	5,6	07	4,9
Separado(a)	04	7,4	05	5,6	09	6,3
União estável	11	20,4	23	25,8	34	23,8
Total	54	100,0	89	100,0	143	100,0

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Quanto ao estado civil, Araújo et al. (2017) encontram resultados divergentes com a presente pesquisa; eles trabalharam em CRQ no Pará e verificaram que 69,2% viviam em união estável, 15,4% eram solteiros, 10,3% casados, 5,1% viúvos. De forma análoga, Sales, Albuquerque e Cavalvanti (2009) observaram que 75% dos entrevistados que residiam na CRQ Senhor do Bonfim, PB eram casados e apenas 8,3% solteiros.

### f. Grau de Escolaridade

Quanto ao grau de instrução dos participantes, é possível verificar (tabela 7) que, no geral (média), ambas as comunidades possuem elevada percentagem de pessoas com nível médio completo.

Entretanto, é possível observar uma discrepância na instrução dos moradores entrevistados no Campo Grande: por um lado, 28,1% são apenas alfabetizados (somente assinam seu próprio nome) e, por outro 10,1% possuem nível superior completo e 1,1% possui pós-graduação na área da Educação. Embora na Baixa da



Linha 27,8% dos entrevistados possuem ensino médio completo, 16,7% são analfabetos (Tabela 7).

É possível verificar que a realidade de alfabetização das comunidades embora pareça se contrapor a primeira vista, ambas possuem semelhanças. Pois ambas as comunidades se localizam na zona rural e acredita-se que a evasão escolar pode ser justificada pelo difícil acesso à escola (ficando distante das residências, sendo necessário transporte escolar ou uma longa caminhada) e ao fechamento eventual das escolas devido à falta de merenda escolar, o que vai de encontro com a falta de perspectiva de um futuro melhor.

**Tabela 7:** Grau de escolaridade dos participantes das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.

GRAU DE ESCOLARIDADE	Baixa da Linha		Campo Grande		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alfabetizado	05	9,3	<b>25</b>	<b>28,1</b>	30	21,0
Analfabeto	09	16,7	05	5,6	14	9,8
Fundam. Incom	05	9,3	12	13,5	17	11,9
Fundam. compl.	09	16,7	08	9,0	17	11,9
Médio incom.	05	9,3	07	7,9	12	8,4
Médio compl.	<b>15</b>	<b>27,8</b>	20	22,5	35	24,5
Superior incom.	03	5,6	02	2,2	05	3,5
Superior compl.	03	5,6	09	10,1	12	8,4
Pós-graduado	00	00	01	1,1	01	0,7
Total	54	100,0	89	100,0	143	100,0

**Legenda:** fundam: fundamental; incom: incompleto; compl.: completo. **Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

O estudo evidenciou baixo índice de pessoas que não possuem escolaridade; no entanto, no Brasil o número de quilombolas que não sabe ler ainda está acima do esperado, totalizando 24,81%. Esse fato comprova o processo histórico de exclusão desses indivíduos nos espaços escolares, devido à falta de condições para sua permanência ou ausência de estabelecimentos de ensino no seu território (BRASIL, 2013).

Silva (2013) realizou uma pesquisa em sete CRQ sendo elas: Espera, Cajueiro, Ponta Seca, Só Assim, Pepital, Marudá e Peru localizadas na cidade de Alcântara no Maranhão, e o autor identificou que o baixo nível de escolaridade foi descrito como um fator de limitação para a QV.

No contexto educacional, Araújo et al. (2017), em CRQ no Pará, relatam que das 39 famílias entrevistadas, a maioria (51,2%) possui ensino fundamental incompleto, seguidos por 17,9% que somente assinam o nome, 10,3% com ensino médio completo e 7,7% possuem ensino superior completo.

Velten et al. (2013) destacam que nível de escolaridade encontrado nas comunidades de São Mateus e Conceição da Barra no Espírito Santo, 20% são analfabetos e 40% possuem o ensino fundamental incompleto.

O baixo nível de escolaridade apresentado mostra-se como uma situação preocupante, visto que no país a taxa de analfabetismo da população com 15 anos ou mais de idade no Brasil apesar de reduzir de 7,2% em 2016 para 7,0% em 2017, não alcançou o índice de 6,5% estipulado para 2015 pelo Plano Nacional de Educação. Além disso, há grande disparidade quanto às regiões o analfabetismo no Nordeste possui uma taxa de 14,5%, enquanto no Sul e Sudeste é registrado apenas 3,5% (IBGE, 2018).

Ainda segundo o IBGE, essa taxa representa, em números absolutos, 11,5 milhões de pessoas que não sabem ler e escrever. Essa realidade é quase três vezes maior (19,3%) na faixa da população de 60 anos ou mais. Em relação à questão racial 9,3%, de pretos e pardos não sabem ler e escrever, enquanto para os brancos porcentagem cai para 4,0%.

O IPEA realizou um estudo sobre a média de anos de estudo das pessoas de 15 anos ou mais de idade, segundo cor/raça e localização do domicílio no Brasil, e nos resultados foram encontrados que no Brasil a média nacional de anos de estudo é de 8,2, para a população em geral. Mas quando é realizada uma análise por cor/raça a nível nacional o branco, tem um total de 9,0 anos de estudo, enquanto os afrodescendentes 7,4. E ainda fazendo uma comparação entre os anos de estudo de um morador da zona urbana e uma zona rural, os resultados são ainda mais discrepantes, 8,6 e 5,5, respectivamente (BRASIL, 2015).

Os resultados acima mencionados descrevem um cenário em que o preto morador da zona rural ainda continua numa situação de vulnerabilidade social e programática, que refletem negativamente no nível de escolaridade e, conseqüentemente, na qualidade de vida dessas pessoas.

A baixa escolaridade também tem sido apontada por alguns autores (JARDIM et al., 2007; COSTA et al., 2007) como fator de risco para o desenvolvimento de algumas patologias, como a HAS, tendo em vista que o adoecimento tem íntima

relação com os fatores de riscos modificáveis, e a educação entra como um fator preponderante nesse sentido.

### g. Moradia

A grande maioria das pessoas entrevistadas, de ambas as comunidades (acima de 93%), moram em residência própria (Tabela 8). Este fator é muito importante, visto que o fato de possuir sua própria morada traz à família uma sensação de segurança e de estabilidade, por fim, a moradia tem um importante papel material e simbólico visto que esta é uma forma de viabilização da constituição de família e de um lar.

**Tabela 8:** Moradia dos participantes das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.

MORADIA	Baixa da Linha		Campo Grande		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Própria	51	94,4	83	93,3	134	93,7
Alugada	00	00	05	5,6	05	3,5
Emprestada	03	5,6	01	1,1	04	2,8
Total	54	100,0	89	100,0	143	100,0

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Assim como no presente estudo, Torales et al. (2015) realizaram uma pesquisa nos quilombos de Patioba e Mussuca no Sergipe com o objetivo de analisar a relação das características familiares e a percepção do nível de QV e autoestima dos moradores da CRQ. Dentre as variáveis estudadas foi verificado que em relação à moradia, 84,7% é própria e possuem em média seis cômodos. Os entrevistados relatam que o fato de residirem em casa própria melhora os aspectos relacionados a QV.

Freitas et al. (2018) também apresentam resultados semelhantes, visto que na comunidade estudada no Pará, cerca de 97,69% das pessoas possuem moradia própria, e que nelas moram em média cinco pessoas por domicílio.

### h. Saneamento Básico

Apesar de ambas as comunidades dessa pesquisa se localizarem na zona rural, a maioria das casas possui abastecimento de água potável oriundo da Empresa Baiana de Água e Saneamento (EMBASA). Apenas 13,5% das casas do Campo Grande e 7,4% da Baixa da Linha utilizam a água de poços artesianos e uma minoria

utiliza abastecimento de nascentes e rios. Nenhuma residência possui esgotamento sanitário (Tabela 9).

A água tratada é essencial para a vida humana; entretanto, se oriunda de locais contaminados (não tratada), pode ser veículo de transmissão de diversas doenças como a febre tifoide, cólera, diarreias, esquistossomose, hepatite, helmintíase etc. Além dos microrganismos, a água pode estar contaminada com detritos, metais pesados, lodo, sedimentos e muitos resíduos que aos serem consumidos podem prejudicar seriamente a saúde humana.

**Tabela 9:** Saneamento básico nas comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.

ABASTECIMENTO DE ÁGUA	Baixa da Linha		Campo Grande		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
EMBASA	49	90,7	75	84,3	124	86,7
Poço artesiano	4	7,4	12	13,5	16	11,2
Nascente/Rio	01	1,9	02	2,2	03	2,1
Total	54	100,0	89	100,0	143	100,0

ESGOTAMENTO SANITÁRIO	Baixa da Linha		Campo Grande		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não	54	100,0	89	100,0	143	100,0

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Freitas et al. (2018), realizaram um estudo em comunidade quilombola no Pará, mencionaram que a principal fonte de abastecimento de água para 55,38% dos entrevistados é o poço artesiano, ou seja, a água não é tratada, deixando as pessoas susceptíveis a diversos agravos hídricos à saúde.

Bezerra et al. (2013) estudaram a variável de fornecimento de água nas CRQ de Vitória da Conquista, BA, e os resultados obtidos foram que a água para consumo doméstico e realização das atividades diárias era proveniente de poços artesianos (98,46%).

No Brasil, no último censo realizado pelo IBGE (2010), foi verificado que o abastecimento de água por rede geral ocorre em todas as regiões do país, embora de forma desigual. As Regiões Sudeste e Sul possuem maiores percentuais de domicílios ligados à rede geral de abastecimento de água (90,3% e 85,5%, respectivamente),

em contraste com as Regiões Norte e Nordeste que, apesar dos avanços, possuem percentuais mais baixos (54,5% e 76,6%, respectivamente). Em relação à cobertura em QRQ, verifica-se que 55,21% não possuem água canalizada (FREITAS et al., 2018).

Alguns pesquisadores afirmam que as condições sanitárias nas CRQ geralmente são insuficientes, sendo que um número expressivo dessas populações não possui água tratada e nem sistema de esgotamento sanitário. Essas variáveis elevam significadamente o número de doenças e agravos a saúde que evoluem para morbimortalidade (FREITAS et al., 2011; SILVA et al., 2008).

Em estudo realizado por Torales et al. (2015) em CRQ no Sergipe, observaram que a infraestrutura nas comunidades avaliadas era precária e, por não possuírem saneamento básico, o esgoto corria a céu aberto. Na Mussuca a água utilizada para realizar as atividades domésticas era oriunda de caixas d'água (abastecidas por poço artesiano ou por carro pipa) que funcionam por sistema de bombas. Na comunidade Patioba, os moradores utilizam a água do riacho para lavar roupas e louças e, simultaneamente, para banhos e lavagem de animais.

Em levantamento realizado no estado de Alagoas por Ferreira e Pantaleão (2016) quanto ao sistema de abastecimento de água em CRQ, os resultados revelam que a maioria não possui acesso à ligação domiciliar nem tampouco a torneiras coletivas de água potável. O abastecimento das residências ocorre por meio da água oriunda de fontes de pequenos córregos, sendo utilizada para todas as atividades domésticas. A água para consumo (beber) é procedente de nascentes e poços freáticos, denominados de cacimbas.

Neste contexto, a Organização Panamericana de Saúde (2012) destaca que quando se evita percorrer longas distâncias para ter acesso à água, são obtidos relevantes benefícios, como economia de tempo e energia (1 a 4 horas por dia), manutenção da saúde (má postura durante o enchimento dos baldes e o carregamento por longas distâncias com o peso sustentado na cabeça) principalmente para as mulheres e crianças, que frequentemente são encarregadas de obter a água.

Em relação à destinação final dos resíduos sanitários dos moradores das comunidades da Baixa da Linha e do Campo Grande, a maioria possui fossas sépticas nos quintais de suas casas, respectivamente 94,4% e 95,5% (Tabela 10).

A fossa é uma alternativa que ameniza problemas de saúde pública, pois evita o descarte desses dejetos a céu aberto. Porém, a fossa deve ser construída com os

devidos cuidados para que os resíduos descartados não contaminem o lençol freático, nascentes e poços, causando doenças às pessoas que utilizam a água para alimentação e irrigação.

**Tabela 10:** Destinação dos resíduos sanitários das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.

RESÍDUOS SANITÁRIOS	Baixa da Linha		Campo Grande		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fossa	51	94,4	85	95,5	136	95,1
Céu aberto	02	3,7	04	4,5	6	4,2
Privada	01	1,9	00	00	01	0,7
Total	54	100,0	89	100,0	143	100,0

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Freitas et al. (2018) verificou na CRQ, Pará, que 66,15% dos entrevistados relataram que a destinação dada ao escoamento de dejetos sólidos e líquidos ocorre por meio da fossa séptica, percentagem menor que a presente pesquisa, porém muito significativa.

Os autores acima ainda salientam que mesmo tendo a maioria dos domicílios 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 própria população.

No estudo realizado por Ferreira e Pantaleão (2016) em três CRQ no município de Santana do Mundaú, no estado de Alagoas, observou-se que a destinação sanitária dos dejetos oriundos das necessidades fisiológicas são lançados diretamente sobre o solo em privadas (“fossa” não revestida por tijolos, onde são lançados diretamente as dejeções), ficando situadas geralmente na vegetação próximo às residências ou sendo lançados a céu aberto.

Os autores acima ainda citam a importância da inserção de banheiro(s) em comunidades rurais; entretanto, hábitos culturais e questões financeiras podem inibir ou dificultar o uso e construção destas instalações. Assim, cabe destaque na promoção da educação em saúde e sólida educação sanitária dessas comunidades,

desde um enfoque diferenciado que considere e respeite as características locais, culturais, sociais, ambientais e econômicas.

### i. Destinação do Lixo Residencial

Com relação à destinação do lixo residencial, observa-se que 50% dos moradores da Baixa da Linha e 89,9% das pessoas do Campo Grande aderem a prática de queimar o lixo (Tabela 11), prática bastante comum nas comunidades rurais

Apenas 7,9% das pessoas entrevistadas do Campo Grande separam o lixo seco e o depositam na área externa para a coleta, que ocorre 2 vezes por semana. O lixo úmido é utilizado para a fertilização do solo nos quintais das casas. Enquanto na Comunidade da Baixa da Linha 48,1% das pessoas entrevistadas depositam os resíduos na área externa das casas e o caminhão faz a coleta 3 vezes por semana (Tabela 11).

Infelizmente diversos métodos empregados nas duas comunidades amostradas, como o descarte a céu aberto e a queima, causam uma série de problemas sociais, ambientais (poluição atmosférica) e de saúde (como problemas respiratórios). Frequentemente a queima é a única solução para moradores da zona rural, pois não é realizada a coleta pelo município. Seria de grande valia se as comunidades tivessem uma associação para coleta de resíduos para reciclagem, contribuindo para a melhoria ambiental e econômica das famílias.

**Tabela 11:** Destinação do lixo residencial gerados nas comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.

DESTINAÇÃO DO LIXO	Baixa da Linha		Campo Grande		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Coletado	26	48,1	7	7,9	33	23,1
Queimado	<b>27</b>	<b>50,0</b>	<b>80</b>	<b>89,9</b>	<b>107</b>	<b>74,8</b>
Enterrado	00	00	02	2,2	02	1,4
Jogado a céu aberto	01	1,9	00	00	01	0,7
Total	54	100,0	89	100,0	143	100,0

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Como pode ser observado na pesquisa realizada por Freitas et al. (2018), cerca de 93,9% dos moradores da CRQ do Abacatal, Pará, também queimam o lixo comum.

Com relação à disposição final dos resíduos sólidos domiciliares, Ferreira e Pantaleão (2016) destacam que nas CRQ de Jussarinha, Mariana e Filus, no município de Santana do Mundaú – AL, o descarte do lixo ocorre nos quintais ou em áreas de terreno baldio. Outra forma de descarte realizado é a queima em tonéis de metal, sendo essa prática bastante comum em comunidades rurais, e que causa vários problemas ambientais. A destinação que os moradores dão aos resíduos orgânicos (resto de alimentos) é o uso na alimentação de animais domésticos (cachorros, galinhas, porcos,...).

O lixo oferece água, abrigo e alimento para o desenvolvimento de várias formas de vida, especialmente de insetos, e animais considerados como pragas (ratos, pombos) que são transmissores de doenças e de agentes que podem causar infecções como vermes, vírus, bactérias e fungos (SILVA, 2015b).

Costa (2011) ressalta que a forma ambientalmente correta para disposição final de resíduos sólidos no solo é no aterro sanitário, concebido conforme as NBR 8.419/1996 para Projeto de Aterros Sanitários de Resíduos Sólidos Urbanos ou NBR 15.849/2010 que trata especificamente sobre as diretrizes para Aterros Sanitários de Pequeno Porte e Resolução CONAMA nº 404/2008, que estabelece critérios e diretrizes para o licenciamento ambiental de aterro sanitário de pequeno porte.

No ano de 2016 foi gerado um total de 71,3 milhões de toneladas de Resíduo Sólido Urbano (RSU), enquanto, foi registrado um índice de cobertura de coleta de 91% para o país, sendo que cerca de sete milhões de toneladas de resíduos não foram objeto de coleta e, conseqüentemente, tiveram destino impróprio (ABRELPE, 2016).

Ainda, de acordo com o mesmo estudo, no ano de 2016, os 1.794 municípios da região nordeste geraram um total de 55.056 toneladas/dia de RSU, das quais 79% foram coletadas. Do montante coletado na região, 64,4% ou 27.906 toneladas/dia ainda são destinadas para lixões e aterros controlados, que não possuem o conjunto de sistemas e medidas necessários para proteção do meio ambiente contra danos e degradações. Infelizmente, o caminho da disposição inadequada continua sendo usado por 3.331 municípios brasileiros.



## 4.2 CARACTERIZAÇÃO ECONÔMICA

### a. Renda Familiar

Nas comunidades amostradas há um número expressivo de indivíduos com renda mensal inferior a um salário mínimo. Na Baixa da Linha inúmeras pessoas relatam que possuem apenas a renda do bolsa família (valor de R\$ 300,00), para suprir as necessidades familiares. Nessa comunidade há um grande número de beneficiados pelo bolsa família. Foi relatado por um entrevistado ser beneficiário do Programa de Bolsa Permanência, que é um auxílio financeiro pago para estudantes de instituições federais de ensino superior em situação de vulnerabilidade socioeconômica e para indígenas e quilombolas (Tabela 12).

Na comunidade do Campo Grande, 44,9% dos entrevistados são beneficiados pelo Bolsa Família e pelo menos um membro da família exerce atividade remunerada (75,3%), recebendo valor inferior a um salário mínimo. Nenhum dos entrevistados recebe salário superior ao mínimo, e cabe ressaltar que nesta comunidade que indivíduos com nível superior completo e pós-graduação. A principal atividade exercida nessa CRQ por 50,6% dos participantes do estudo é a de lavrador(a) em fazendas da região, além de praticarem a agricultura de subsistência (Tabela 12).

As famílias, de uma forma geral, possuem baixa renda familiar, sendo que 94% recebem salários inferiores ao mínimo, o que pode ser um reflexo do perfil de ocupação dos membros dessas famílias, representado por alta frequência de trabalhadores sem vínculo empregatício fixo, destacando a fragilidade de inserção destes indivíduos no mercado de trabalho.

**Tabela 12:** Renda mensal das famílias residentes nas comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.

RENDA MENSAL DA FAMÍLIA	Baixa da Linha		Campo Grande		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 1 salário mínimo	51	94,4	85	95,5	136	95,1
1 salário mínimo	02	3,7	04	4,5	06	4,2
>1 salário mínimo	01	1,9	00	00	01	0,7
<b>RECEBE BENEFÍCIO DO GOVERNO?</b>						
Seguro desemprego	00	00	03	3,4	03	2,1

Bolsa família	<b>24</b>	<b>44</b>	<b>40</b>	<b>44,9</b>	<b>64</b>	<b>44,8</b>
Aposentadoria	<b>24</b>	<b>44</b>	33	37,1	57	39,9
Auxílio doença	6	11,1	13	14,6	19	13,3
Bolsa permanência	01	0,9	00	00	00	1,09
<b>EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA</b>						
Sim	20	37	<b>67</b>	<b>75,3</b>	<b>87</b>	<b>60,8</b>
Não	<b>34</b>	<b>63</b>	22	24,7	56	39,2
Total	54	100,0	89	100,0	143	100,0

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Velten et al. (2013) identificaram nas CRQ de São Mateus e Conceição da Barra, ES, que o perfil de atividade remunerada da população está atrelada ao fato de ser trabalhador rural (52%) ou ser trabalhadora “do lar” (38%). A atividade exercida pelo trabalhador rural envolve rendimentos, mesmo que poucos, seja pela comercialização dos produtos ou como mão de obra terceirizada de fazendeiros.

O mesmo foi observado em estudo realizado por Freitas et al. (2011), na CRQ do Abacatal -PA, pois a maioria das famílias da comunidade vive da agricultura de subsistência, sendo a atividade econômica baseada na mão de obra familiar, outra atividade é o trabalho em carvoarias, sendo que ambas as atividades requerem grande esforço físico.

A grande maioria (70,8%) dos residentes na comunidade Senhor do Bonfim, no município de Areia, PB, dedicam-se a agricultura e 29,2% atuam em outras atividades, porém não deixam de exercer a agricultura de subsistência e a preservação das ervas para fins medicinais. O cultivo e uso de plantas é uma forma de manter a tradição, sendo exercida desde a antiguidade pelas pessoas residentes na comunidade (SALES; ALBUQUERQUE; CAVALCANTE, 2009)

No estudo realizado por Velten et al. (2013) constatou-se que a renda familiar predominante na comunidade de São Mateus e Conceição da Barra, ES, está na faixa entre um e três salários mínimos.

Santos e Iva (2014) acreditam que a baixa escolaridade reflete diretamente no tipo de ocupação dos sujeitos e, conseqüentemente, na renda familiar. Dessa forma, esse é um componente importante para avaliar as condições de vida da população, pois é limitante do acesso a diversos bens materiais e de consumo, além de estar relacionada ao tipo de ocupação familiar.

### 4.3 CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS À SAÚDE

A visão de vulnerabilidade social está, usualmente, relacionada nas CRQ ao binômio saúde-doença, visto que morbimortalidade, tanto de origem infectocontagiosa quanto crônico-degenerativa, “compõe o repertório de reflexão desta rede de causalidade da insegurança” (FREITAS et al., 2011, p. 940). Diante do exposto, nas próximas sessões são apresentados resultados concernentes ao perfil de saúde das comunidades avaliadas.

#### a. Hábito de Ingerir Bebida Alcoólica e Fumar

Quanto às variáveis de saúde, um destaque positivo é dado ao hábito de fumar, pois 83,3% dos cidadãos da Baixa da Linha e 80,9% do Campo Grande não são tabagistas. Esses dados refletem positivamente na vida das pessoas, reduzindo os riscos de contrair diversas doenças e agravos (Tabela 13).

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, foi bastante discrepante entre as CRQ. Foi observado que 75,3% dos moradores da comunidade do Campo Grande fazem uso de bebidas alcoólicas contrapondo-se aos 37% da Baixa da Linha (Tabela 13). Alguns indivíduos entrevistados no Campo Grande relataram que “ir no bar” é o único lazer na comunidade.

**Tabela 13:** Hábito de ingerir bebidas alcoólicas e fumar nas comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.

FUMA ATUALMENTE?	Baixa da Linha		Campo Grande		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NÃO	45	83,3	72	80,9	117	81,8
SIM	0	16,7	17	19,1	26	18,2
Total	54	100,0	89	100,0	143	100,0
<b>USO DE BEBIDA ALCOOLICA</b>						
NÃO	20	37,0	67	75,3	87	60,8
SIM	34	63,0	22	24,7	56	39,2
Total	54	100,0	89	100,0	143	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Novais (2017) em estudo na CRQ do Kalunga, GO, verificou que o uso de bebidas alcoólicas representa para os participantes o ‘lado social da vida’, utilizada

em momentos festivos de confraternização, sendo que 55,5% dos entrevistados confirmam a utilização de bebidas alcoólicas. Com relação ao hábito de fumar, 43% dos entrevistados utilizam cigarro, cachimbo, mascam fumo ou fazem uso de rapé.

O Ministério da Saúde identificou no ano de 2007 que o álcool é a droga mais consumida no mundo. Aproximadamente dois bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas, entretanto o uso exacerbado é um dos principais fatores que contribui para a diminuição da saúde mundial, sendo responsável por 3,2% de todas as mortes. Em relação à América Latina, o álcool assume uma importância ainda maior, pois 16% dos anos de vida útil perdidos estão relacionados ao uso indevido dessa substância, índice quatro vezes maior do que a média mundial (BRASIL, 2007 c).

Cardoso, Melo e Cesar (2015) evidenciou que 43,85% das pessoas em seu estudo se declararam fumantes e 82,31% faziam uso de álcool (82,31%). Os autores acreditam que o uso frequente do álcool configura como uma característica presente entre os quilombolas que envolvem gênero e geração, sendo ambos considerados importantes fatores de risco para o adoecimento dessa população.

O tabagismo é uma doença que tem relação com cerca de 50 enfermidades, dentre elas: vários tipos de câncer, doenças do aparelho respiratório e doenças cardiovasculares. Estima-se que no Brasil, a cada ano, cerca de 157 mil pessoas fumantes morram precocemente devido a esse hábito, além disso, os fumantes adoecem com uma frequência duas vezes maior que os que não usam tabaco (BRASIL, 2019).

#### **b. Doenças e Sintomas mais comuns**

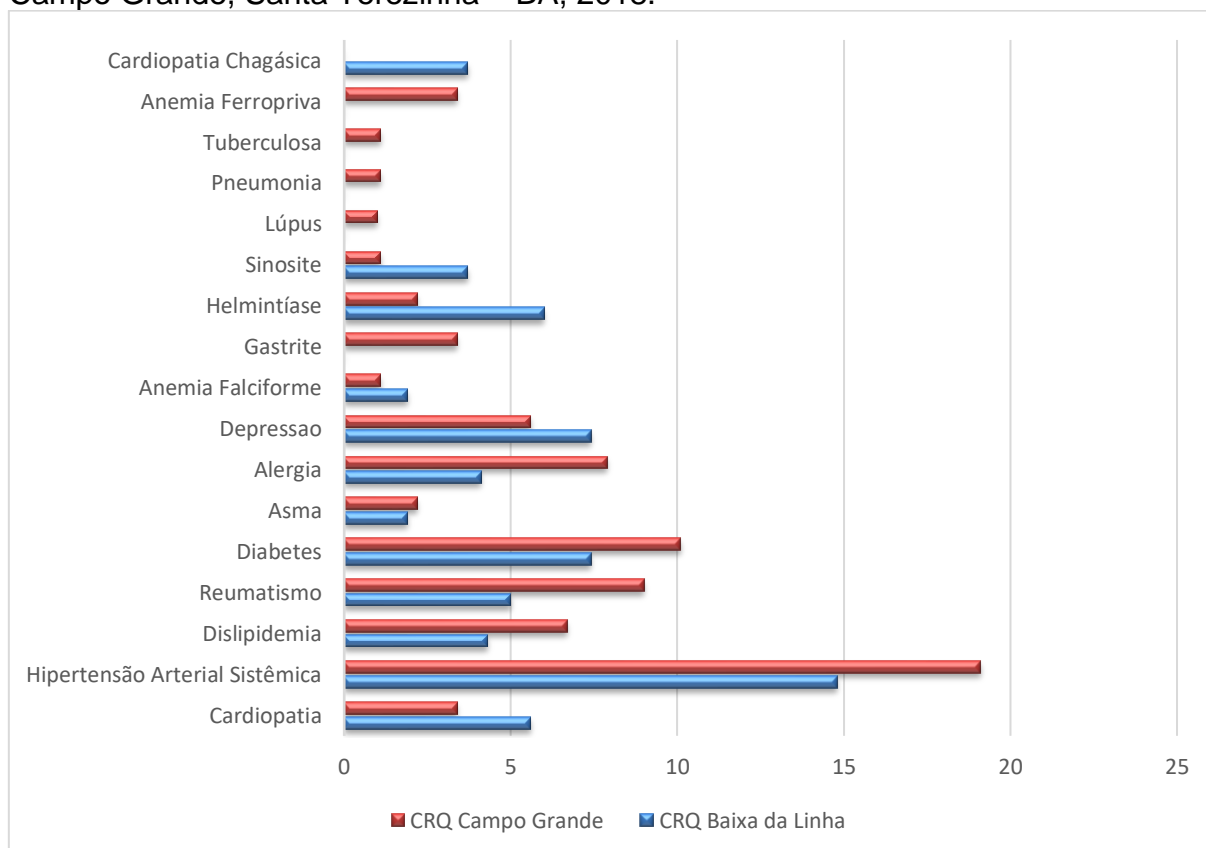
É possível observar no gráfico 1 que ambas as comunidades tem a HAS, também conhecida como “pressão alta”, como doença mais prevalente, sendo que 17 (19,1%) dos entrevistados no Campo Grande possuem a HAS e 8 (14,8%) pessoas entrevistadas na Baixa da Linha também são hipertensos.

No Campo Grande, a segunda doença mais prevalente é a diabetes mellitus (DM) atingindo cerca de 9 (10,1%) dos entrevistados. A 3ª posição é ocupada pelas alergias sendo que 7,9% das pessoas mencionaram que possuem esse agravo, podendo estar associada à utilização de produtos agroquímicos. Pois, de acordo com relatos de moradores o ato de aspergir produtos químicos na lavoura ou no pasto para “acabar com o mato” causa grande desconforto respiratório (Gráfico 1). Em âmbito

nacional, tanto a HAS e o DM representam um problema de saúde pública de grande magnitude, assim como a depressão, que é uma doença em ascensão.

Na Baixa da Linha o 2ª lugar encontra-se empatado entre DM e a depressão, acometendo igualmente 7,4% dos entrevistados. A 3ª posição ficou com as doenças causadas por helmintos e protozoários 6,0% das pessoas (podendo ser amebíase intestinal, giardíase, toxoplasmose, esquistossomose, cisticercose, ascaridíase, ancilostomose,...). A presença desses agravos doenças está intimamente relacionada à falta de saneamento básico e hábitos educação sanitária da população. Pois, os moradores relatam jogar os resíduos e os dejetos à céu aberto facilitando o transporte de parasitas para os locais de abastecimento de água, que frequentemente é realizado em rios e nascentes. A contaminação oral-fecal também pode ser decorrente da lavoura e hortas, pois vegetais frequentemente são consumidos crus sem a utilização de técnicas assépticas de higienização.

**Gráfico 01:** Número absoluto de indivíduos acometidos por doenças nas comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.

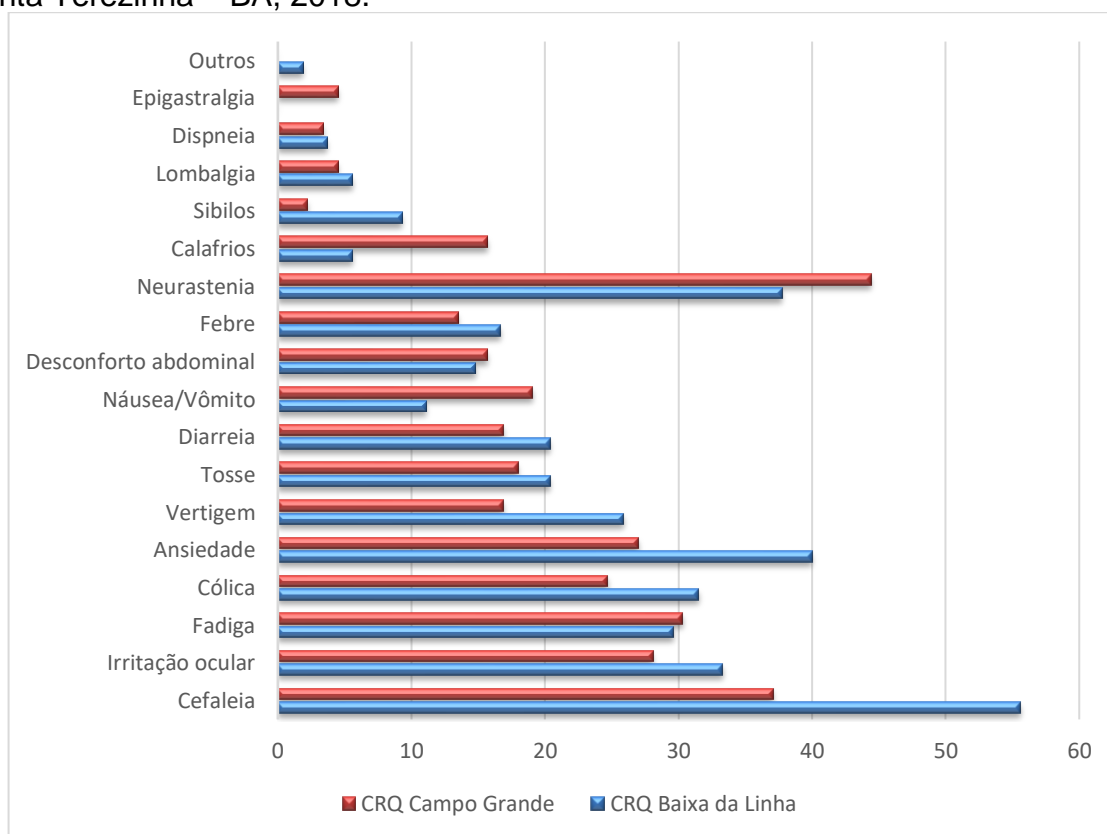


Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

O principal sintoma relatado nas entrevistas da CRQ do Campo Grande foi a neurastenia 40 (44,4%) (que é a sensação constante de irritação, nervosismo e falta de paciência), e em 2º lugar cefaleia 33 (37,1%), e em 3º a ansiedade 27 (30,3%). Na Baixa da Linha o sintoma que mais acomete os moradores é a cefaleia 30 (55,6%), seguido da ansiedade 21,6 (40%) e neurastenia 20 (37,8%) (Gráfico 2).

Pode-se observar que em ambas as comunidades, fatores relacionados ao sistema psicológico (grande número de solteiros, baixos salários, alguns sem referência religiosa) é frequentemente abordado, esses dados são um reflexo das queixas relatadas no gráfico 1, pois a depressão acomete cerca de 7,4% dos entrevistados na Baixa da Linha e 5,6% dos entrevistados no Campo Grande, sendo considerado um mal do século.

**Gráfico 02:** Número absoluto de indivíduos com sintomas físicos nas comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Cefaleia tipo tensão é muito comum, com uma prevalência ao longo da vida da população em geral entre 30% a 78%, e acarretando alto impacto socioeconômico (MONTEIRO et al., 2014).

Neurastenia é definida como um transtorno funcional, cuja base é o enfraquecimento da força nervosa, é caracterizada pela irritabilidade, descontrole, excesso de estresse (ZORZANELLI, 2010)

Dados da OMS (2017) apontam que a prevalência mundial do transtorno de ansiedade é de 3,6%. Entretanto, no Brasil, esse transtorno acomete 9,3% da população, sendo o país com maior prevalência dessa patologia dentre todos os países do mundo avaliados. Para Fernandes et al. (2018) tanto a neurastenia quanto a ansiedade são reflexos da dinâmica da sociedade moderna, que contribui para o surgimento de transtornos mentais e comportamentais, sobretudo o estresse.

Santos et al. (2016) realizaram um estudo sobre QV de idosos em 17 CRQ de Vitória da Conquista - BA, e a partir da investigação, identificaram que a depressão nas comunidades quilombolas são bastante presentes, o que requer infraestrutura, educação em saúde e acesso aos serviços de saúde para assim os profissionais rastrearem e intervirem precocemente nessas situações e contribuir para a melhoria nas condições de vida.

É consenso na literatura científica a maior prevalência de algumas doenças na população negra “em virtude do condicionamento de fatores genéticos que atuam conjuntamente com fatores ambientais e que teriam efeito direto ou indireto na mortalidade dessa população” dentre as mais citadas estão: a doença hipertensiva específica da gravidez; HAS, DF e DM (BRASIL, 2016, p. 31)

De acordo com o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) a prevalência de HAS aumentou na população adulta de 22,6% em 2006 para 24,3% em 2017. No estudo ainda pode ser visualizado que a prevalência foi menor entre aqueles com maior escolaridade, com 14,8% entre aqueles com 12 anos ou mais de estudo (BRASIL, 2018 d).

Cruz e Lima, (1999); Lessa et al. (2004); Velten et al. (2013) Malta et al. (2017) destacam que a HAS na cor/raça negra possui maior prevalência, pior evolução e complicações mais graves e frequentes. O motivo dessa relação étnico-racial X HAS ainda não é totalmente conhecido, mas a história social desse grupo sempre esteve associada a condições socioeconômicas menos favorecidas (em relação às demais etnias). Portanto, os baixos indicadores sociais e à exclusão podem estar relacionados com o pior prognóstico da doença.

Segundo Barreto et al. (1993) pessoas de cor/raça negra apresentam uma alteração hereditária na captação celular de sódio e cálcio, assim como em seu transporte renal. Esses fatores podem ser atribuídos à presença de um gene economizador de sódio que leva ao influxo celular de sódio e ao efluxo celular de cálcio, facilitando, desse modo, o aparecimento da HAS.

Varga e Cardoso (2016) relatam que as populações negras são dotadas de especificidade no campo da saúde, como as genéticas, que favorecem a DF e a deficiência da glicose-6-fosfato desidrogenase que, no Brasil, afetam, predominantemente, essa população. Especificidades clínicas, como a HAS e a DM, cujos quadros mais graves e de maior resistência aos protocolos terapêuticos atualmente em uso são mais frequentes nessa população.

Os mesmos autores também relatam que as especificidades sociais, em decorrência da histórica marginalização, das piores condições de vida e do racismo a que essa população é submetida no país há mais de quatro séculos, algumas das ditas endemias negligenciadas, como a tuberculose, a violência policial, as dificuldades de acesso e o mau atendimento nos serviços públicos em geral, e mais especificamente nos de saúde, também a têm majoritariamente vitimado.

Em relação às DM em âmbito nacional, a doença representa um problema de saúde de grande magnitude, no ano de 2013 o país ocupou a 4ª posição entre os países com maior número de pessoas diabéticas, totalizando 11,9 milhões de casos entre indivíduos adultos (20 a 79 anos) (FLOR; CAMPOS, 2017).

A prevalência de DM autorreferida para a população brasileira em 2013 foi de 6,2% (Intervalo de Confiança 95%: 5,9-6,6). A prevalência desse agravo para pretos foi de 7,2% (IC95%: 5,8-8,5) para brancos 6,7% (IC95%: 6,1-7,2), e pardos 5,5% (IC95%: 5,1-5,9) (BRASIL, 2016 *apud* PNS, 2013).

A depressão, também aparece na 2ª posição, como uma das doenças mais prevalentes, este se constitui como um grave problema de saúde pública devido a sua alta prevalência, repercussões na saúde geral e impacto psicossocial (GONÇALVES et al., 2018).

Relatório da OMS aponta que o número de casos de depressão aumentou 18% entre 2005 e 2015 totalizando cerca de 322 milhões de pessoas em todo o mundo, a maioria mulheres. No Brasil, a depressão atinge 11,5 milhões de indivíduos (5,8% da população) (OMS, 2017).



As alergias têm origem multifatorial, entretanto o fator mais relatado no estudo foi o uso dos agrotóxicos, acarretando crises alérgicas. A exposição aos agrotóxicos causam impactos negativos na saúde na população e por isso tornaram-se um relevante problema ambiental e de saúde pública, diante do uso intenso e difuso destes produtos no Brasil. Em 2014, foi registrada no Sistema de Informações de Agravos de Notificação a maior incidência de notificação de intoxicações por agrotóxicos no Brasil: 6,26 casos para cada 100 mil habitantes, sendo que entre 2007 e 2015 foram notificados 84.206 casos (BRASIL, 2018e).

As consequências da exposição aos agrotóxicos são descritas na literatura e compreendem as alergias, distúrbios gastrintestinais, respiratórios, endócrinos, reprodutivos e neurológicos, neoplasias, mortes acidentais, suicídios entre outros. “Os grupos mais suscetíveis a esses efeitos são: trabalhadores agrícolas, aplicadores de agrotóxicos, crianças, mulheres em idade reprodutiva, grávidas e lactantes, idosos e indivíduos com vulnerabilidade biológica e genética” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010 *apud* BRASIL 2018 e, p. 12).

A falta de saneamento acaba sendo responsável por situações de vulnerabilidade socioambiental, principalmente nas áreas ocupadas por populações mais pobres, deixando-os vulneráveis a diversas doenças de origem infectocontagiosa.

#### 4.3.1 Utilização de Medicamentos de uso Contínuo

Outra questão relevante é a utilização de remédio de uso contínuo e pode ser verificado na Tabela 14. Na Baixa da Linha e no Campo Grande os entrevistados, em sua maioria, não fazem a utilização contínua de medicamentos e quando fazem são em sua maioria anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e anticoncepcionais.

**Tabela 14:** Utilização de medicamentos de uso contínuo por pessoas das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.

MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO	Baixa da Linha		Campo Grande		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	16	29,6	33	37,1	49	34,3
Não	<b>38</b>	<b>70,4</b>	<b>56</b>	<b>62,9</b>	<b>94</b>	<b>65,7</b>
Total	54	100,0	89	100,0	143	100,0

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Viana et al. (2015) apresentam como resultados de sua pesquisa, que a faixa etária que mais utilizam as medicações de uso contínuo são os idosos. Para os autores é de suma importância que os dados sobre o acesso e utilização dos medicamentos sejam estudados, visto que esta é uma ferramenta para embasar e direcionar as políticas e ações que visam a ampliar a oferta a grupos prioritários.

Para Viana et al. (2015) há grande relação entre a baixa renda e a subutilização de medicamentos. Portanto, o fator financeiro pode acarretar os piores desfechos clínicos e pior QV dos pacientes, aumentando os gastos do SUS com a atenção secundária e terciária e, conseqüentemente, à necessidade de maiores doses de medicamentos atrelado à maior probabilidade de eventos adversos.

### **c. Utilização de Ervas Medicinais**

Na tabela abaixo, pode-se observar que a utilização das ervas medicinais como forma terapêutica é bastante presente nas CRQ's da Baixa da Linha (59,3%) e principalmente do Campo Grande (84,3%) nesses casos as pessoas entrevistadas buscam deixar de lado uso de medicações farmacológicas e optam pelo método tradicional que é a utilização de diversas espécies de ervas como forma terapêutica (Tabela 15).

Nas entrevistas a erva medicinal mais utilizada foi a erva-cidreira (*Lippia alba*), sendo que 29,6% e 22,5% dos entrevistados da Baixa da Linha e do Campo Grande, respectivamente fazem a infusão da erva para consumo na forma de chá. Essa erva é amplamente utilizada pela população brasileira, devido às propriedades: calmante, espasmolítica suave, analgésica, sedativa, ansiolítica e levemente expectorante (GAMA et al., 2012).

Em 2º lugar fica o capim santo (*Cymbopogon citratus*) sendo utilizado como calmante, espasmolítico e antimicrobiano (LORENZETTI et al., 2012). Na 3º posição na Baixa da Linha está a melissa (*Melissa officinalis*) utilizada como antimicótica, antifúngica e sedativa, e no Campo Grande essa posição é ocupada pela caatinga de porco (*Caesalpinia pyramidalis*) que é um antiinflamatório, usado principalmente no tratamento das infecções diarreicas, disenterias, febre, doenças estomacais e como diurético (DANTAS et al., 2008).

**Tabela 15:** Utilização de ervas como forma terapêutica por pessoas das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.

USO DE ERVAS TERAPÊUTICAS	Baixa da Linha		Campo Grande		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	32	59,3	75	84,3	107	74,8
Não	22	40,7	14	15,7	36	25,2
Total	54	100,0	89	100,0	143	100,0

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Pesquisa de Sales; Albuquerque e Cavalcanti (2009) quanto à utilização de ervas medicinais em CRQ, pode-se verificar grande semelhança com a presente pesquisa. Os autores relataram que 70,8% das pessoas entrevistadas utilizam o capim santo e a erva cidreira para os mais diversos tipos de males.

Freitas et al. (2011) e Kaplan e Bennett (2003) abordam a questão de melhora à saúde de forma integral. Os autores destacam que a manutenção das crenças e tradições destes grupos devem ser levadas em consideração visto que estes povos em massa utilizam de práticas alternativas e do uso de plantas medicinais, para os mais diversos tipos de adoecimentos e prevenção de agravos.

No Brasil, em consonância com as recomendações da OMS, foi aprovada, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, buscando a implantação/adequação de ações e serviços de medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia (BRASIL, 2012b).

No ano de 2012 o MS publicou o caderno 31, o mesmo é intitulado “práticas integrativas e complementares plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica” o que se busca é a estruturação e fortalecimento da atenção em fitoterapia, com ênfase na atenção básica/Saúde da Família. Visto que as plantas medicinais e seus derivados estão entre os principais recursos terapêuticos utilizados nas comunidades e há décadas é empregado pela população brasileira nos seus cuidados com a saúde (BRASIL, 2012b).

#### **d. Vacinação**

Um excelente indicador de saúde é a situação vacinal das comunidades que, de forma geral é de 88,9%, indicando que a grande maioria das pessoas amostradas em ambas as comunidades estão com as cadernetas de vacinação atualizadas

(Tabela 16). Acredita-se que alta taxa de atualização vacinal pode ser relação com o programa Bolsa Família, sendo esse um dos critérios para ter direito a esse benefício.

Apesar da alta adesão, 62,5% dos entrevistados na Baixa da Linha não sabem relatar quais vacinas tomaram e contra quais doenças estão imunizados. No Campo Grande a percentagem foi de 47,5%.

**Tabela 16:** Vacinação das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.

É VACINADO?	Baixa da Linha		Campo Grande		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	48	88,9	80	89,9	128	89,5
Não	6	11,1	9	10,1	15	10,5
Total	54	100,0	89	100,0	143	100,0

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Não foram encontradas pesquisas que destaquem sobre a situação vacinal de CRQ para que seja realizada a comparação com a presente pesquisa, apenas um estudo foi encontrado, em que os autores Ó et al. (2017) realizaram uma pesquisa em três CRQ da Tapera, localizada em Petrópolis - RJ, CQR da Rasa em Búzios - RJ e na CRQ Abaetetuba – PA, eles discutem exclusivamente sobre a vacinação contra o vírus da hepatite B, assim foi verificado que nas comunidades 283 (58,7%) foram vacinados, 156 (32,4%) negaram terem sido vacinados, e 43 (8,9%) indivíduos não sabiam informar se haviam sido vacinados.

A vacina é uma intervenção preventiva reconhecida pelo impacto significativo na redução da morbimortalidade de doenças imunopreveníveis. A prática da vacinação em massa busca gerar a eliminação da circulação do agente infeccioso no ambiente e, conseqüentemente, a proteção da coletividade e de indivíduos vulneráveis, tornando-se assim uma prática extremamente importante, que reflete positivamente na saúde da população em geral (BARBIERE, COUTO, AITH, 2017).

#### **e. Acompanhamento na Unidade de Saúde da Família**

Mais de 60% dos entrevistados relatam que recorrem a USF quando sentem algum sintoma. Porém, a maioria não considera importante a realização de acompanhamento mensal e alegam como indiferente a grande distância entre a unidade de saúde e a comunidade (Tabela 17).

É possível constatar na tabela 17 que mais de 63% das pessoas entrevistadas não consideram necessário realizar consultas regulares com a equipe multiprofissional regularmente. A comunidade da Baixa da Linha possui o maior número de pessoas que fazem consultas regulares, seja para tratamento de alguma patologia ou para a prevenção de adoecimentos e agravos.

Em ambas as comunidades quilombolas, o isolamento geográfico, os horários de atendimentos, as longas filas e o tempo de espera foram apontados como fatores que explicam parcialmente, a menor utilização dos serviços de saúde.

**Tabela 17:** Realização de acompanhamento nas Unidades de Saúde da Família nas comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.

REALIZA ACOMPANHAMENTO NA USF?	Baixa da Linha		Campo Grande		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	12	22,2	26	29,2	38	26,6
Somente quando sente algum sintoma	<b>37</b>	<b>68,5</b>	<b>54</b>	<b>60,7</b>	<b>91</b>	<b>63,6</b>
Nunca vou a unidade	05	9,3	09	10,1	14	9,8
Total	54	100,0	89	100,0	143	100,0
CONSULTA-SE REGULARMENTE?						
Sim	18	33,3	16	18,0	34	23,8
Não gosta de ir a unidade	06	11,1	08	9,0	14	9,8
Não acha necessário se não apresentar sintomas	<b>28</b>	<b>51,8</b>	<b>65</b>	<b>73,1</b>	<b>56</b>	<b>39,2</b>
Outros	2	3,7	0	0	2	1,4
Total	54	100,0	89	100,0	143	100,0

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

A portaria do MS nº 1.434, de 14/7/2004 expõe que em toda CRQ deve existir uma USF para assistir aquelas pessoas mais de perto (BRASIL, 2004). Apesar da legislação infelizmente esta não é uma realidade observada em todas as comunidades quilombolas no Brasil.

Assim como na presente pesquisa, Freitas et al. (2011) relatam que apesar dos incentivos do governo, a ausência de serviços de saúde locais é uma característica importante dessas comunidades, fazendo com que, em caso de adoecimento, seus habitantes sejam obrigados a percorrer grandes distâncias em busca de atendimento.

Santos et al. (2016) realizaram um estudo sobre QV de idosos em 17 CRQ de Vitória da Conquista - BA, e identificaram um grande problema nas CRQ, que são a subutilização dos serviços de saúde, sugerindo, assim, maior dificuldade e

insatisfação de acesso pela população quilombola, essa subutilização está mais atrelada ao fator de percorrer distâncias para conseguir atendimentos de saúde.

Gomes et al. (2013) realizaram uma pesquisa em CRQ de Vitória da Conquista - BA, e puderam verificar que existe uma maior assiduidade de pessoas do sexo feminino e com a idade avançada utilizando os serviços de saúde.

De modo geral os homens frequentam menos os serviços de saúde, isso muitas vezes se deve as representações e estereótipos relacionados aos gêneros, tais como: "o corpo feminino tem particularidades que demandam mais cuidado"; "mulheres são naturalmente cuidadoras" "homens são mais fortes", por isso não procuram os serviços de saúde ou o fazem de formas menos autênticas (BERTOLINI; SIMONETTI, 2014).

Corroborando com os resultados da presente pesquisa Gomes et al. (2013); Marques et al. (2010); Silva, Lima e Hamann (2010) e Freitas et al. (2018) relatam que há menos utilização de serviços de saúde por populações rurais. Os principais motivos para tal fato são a dificuldade de acesso ao estabelecimento de saúde fazendo com que os usuários tenham que percorrer grandes distâncias, pouca disponibilidade de serviços e especialidades, dificuldades de transporte e baixa renda.

Apesar do avanço de recursos disponibilizados na Atenção Primária à Saúde, com o aumento da cobertura assistencial das USF, as CRQ ainda não foram contempladas de maneira expressiva. Apesar do avanço das pesquisas voltadas para estas comunidades ainda pouco se discute no âmbito da saúde e sobre a sua situação (FREITAS et al., 2018).

#### **f. Realização de Exames de Rotina**

Em relação à rotina para realização de exames, podemos observar que na comunidade da Baixa da Linha os valores encontrados entre os que fazem exames (48,1%) anualmente e os que não fazem (51,9%) são bastante semelhantes. No Campo Grande 62,9% dos entrevistados realizam exames anualmente (Tabela 18).

Dentre os tipos de exames mais mencionados estão: sumário de urina, parasitológico de fezes e hemograma completo. Poucas mulheres relatam que fazem o exame Papanicolau (15%), e nenhuma mencionou sobre a realização do autoexame das mamas (Tabela 18).

Em ambas as comunidades, os indivíduos que referiam não realizar exames de rotina anualmente alegam que esta situação se deve a problemas financeiros ou dificuldade em conseguir vaga na USF. Infelizmente, essa situação ocorre rotineiramente no país; entretanto, a realização de exames visando à prevenção de agravos, se realizados anualmente, permite a detecção precoce de situações de risco à saúde e facilita seu tratamento e cura.

**Tabela 18:** Realização de exames de rotina das pessoas das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.

REALIZA EXAMES DE ROTINA?	Baixa da Linha		Campo Grande		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim (anualmente)	26	48,1	56	62,9	82	57,3
Sim (quando necessário)	00	00	06	6,7	06	4,2
Não	28	51,9	27	30,3	55	38,5
Total	54	100,0	89	100,0	143	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

#### 4.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA GERAL

O alfa de Cronbach, em relação aos aspectos gerais foi de 0,64 e, portanto, apresentou razoável consistência interna nos domínios na CRQ da Baixa da Linha (Tabela 19). O resultado do alfa de Cronbach (valor geral de 0,72) na CRQ do Campo Grande obteve valores significativos representando boa consistência interna nos domínios (Tabela 20). Quando se uniu as CRQ da Baixa da Linha e do Campo Grande os escores o valor geral ficou em praticamente 0,7 (Tabela 21).

Tabela 19: Consistência do Alfa de Cronbach por domínio na comunidade remanescente de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas – BA, 2018.

Alfa de Cronbach	Escore Médio	Alpha de Cronbach	Escore WHOQOL/OMS
Físico	3,516	0,405	0,476
Psicológico	3,568	0,468	0,443
Relações Sociais	3,691	0,312	0,314
Meio Ambiente	3,081	0,331	0,328
Geral	3,415	<b>0,642</b>	0,670

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 20: Consistência do Alfa de Cronbach por domínio na comunidade remanescente de quilombo do Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.

Alfa de Cronbach	Escore Médio	Alpha de Cronbach	Escore WHOQOL/OMS
Físico	3,571	0,354	0,422
Psicológico	3,588	0,475	0,476
Relações Sociais	4,206	0,415	0,464
Meio Ambiente	3,336	0,536	0,511
Geral	3,576	<b>0,720</b>	0,732

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 21: Consistência do Alfa de Cronbach nas comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha, Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.

Alfa de Cronbach	Escore Médio	Alpha de Cronbach	Escore WHOQOL/OMS
Físico	3,550	0,374	0,440
Psicológico	3,580	0,458	0,447
Relações Sociais	4,012	0,415	0,456
Meio Ambiente	3,240	0,486	0,471
Geral	3,515	<b>0,698</b>	0,713

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

#### 4.5 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA AOS DOMÍNIOS FÍSICO, PSICOLÓGICO, RELAÇÕES SOCIAIS E MEIO AMBIENTE

Os dados agrupados nas tabelas abaixo são referentes à média, mediana e desvio padrão. Vale mencionar que os domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente são aqui pontuados de forma interdependente, considerando que a QV é multidimensional. Portanto, o escore pode variar de 1 a 5 (1= muito ruim, 2= ruim, 3= nem ruim nem bom, 4= Boa, 5= muito boa), sendo que quanto maior o valor, melhor o domínio de QV avaliado. Desse modo considerou-se como referência o escore três para avaliação da QV.

##### a. Qualidade de Vida Geral

Na tabela 22 pode-se observar que a mediana obtida na faceta de QV geral (Como você avalia sua qualidade de vida?) na CRQ da Baixa da Linha foi de 5,00 (muito bom), sendo esse o valor máximo. Na comunidade do Campo Grande a mediana foi 4,0 (bom). Comparando a mediana de ambas as comunidades obteve-se a mediana de 4,00 e analisando a média das comunidades pode-se perceber que, no geral, as repostas foram de 3,87, um valor próximo de nem boa nem ruim.



Analisando a QV geral, relacionada à satisfação com a própria saúde, a mediana da comunidade da Baixa da Linha foi 5,0 enquanto a Baixa da Linha foi de 3,0. No geral, os indivíduos expressaram que a satisfação com a saúde não está boa nem ruim (3,70).

Esse resultado demonstra que os participantes se encontram na classificação intermediária, pois consideram sua QV, de modo geral 'nem ruim nem boa' o mesmo ocorre com a satisfação com a saúde.

Tabela 22: Qualidade de vida geral das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018.

Questão	Qualidade de vida geral	CRQ Baixa da Linha			CRQ Campo Grande			Geral		
		Média	MD	DP	Média	MD	DP	Média	MD	DP
Q1	Qualidade de vida de modo geral	4,0	<b>5,00</b>	1,16	3,78	<b>4,00</b>	0,91	<b>3,87</b>	<b>4,00</b>	1,02
Q2	Satisfação com a própria saúde	3,7	<b>5,00</b>	1,47	3,69	<b>3,00</b>	1,38	<b>3,70</b>	<b>3,00</b>	1,41

**Legenda:** MD: mediana; DP: desvio padrão. **Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Os resultados da presente pesquisa assemelham-se ao estudo realizado por Roberti et al. (2010), que analisaram questões relativas aos aspectos gerais da QV e foram relatadas que, apesar de algumas pessoas possuírem co-morbidades, a maioria avaliou sua QV e sua saúde de maneira positiva.

#### **b. Qualidade de Vida Relacionada ao Domínio Físico**

Analisando-se os dados obtidos na tabela 23 é possível observar que em ambas as CRQ as facetas dor e desconforto e energia e fadiga, obtiveram a mediana 1,0 o que significa grande insatisfação (1,0 = muito ruim) e 2,0 (ruim). Ao analisar os resultados em conjunto nas duas comunidades, pode-se observar que a média variou de 2,05 a 2,12, demonstrando que no geral as pessoas sofrem com algum tipo de dor e desconforto assim como se sentem fadigadas e sem energia suficiente. Este fato é corroborado pelo gráfico 2, referente aos sintomas, sendo que na Baixa da Linha a cefaleia ocupa o 1º lugar dentre os sintomas mais recorrentes, no Campo Grande este sintoma está em 2º lugar.

Ainda observando os resultados da tabela 23, pode-se perceber que as facetas sono e repouso, dependência de medicações e tratamento e capacidade de trabalho obteve um escore médio de 3,82 a 3,98, isso significa dizer que nas comunidades as pessoas não consideram nem boa nem ruim as facetas descritas. Entretanto, quando é feita uma análise separada das comunidades percebe-se que na Baixa da Linha o escore sono e repouso e mobilidade obtiveram uma excelente mediana (5,00) e no Campo Grande, o escore para mobilidade e atividades da vida cotidiana foi de 5,00 (muito satisfeito).

Diante do exposto, percebe-se que o domínio físico, no geral, apresenta a mediana de 3,67, revelando que as pessoas não estão satisfeitas ou insatisfeitas no que se refere as facetas pesquisadas.

Logo, percebe-se a real necessidade de implantação de USF nas CRQ que atenda a esta clientela de forma holística, com o objetivo de amenizar dores e desconforto e promovendo a melhora na QV desses usuários do SUS.

Tabela 23: Qualidade de vida das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018, referente ao domínio físico.

Questão	Facetas do Domínio Físico	CRQ Baixa da Linha			CRQ Campo Grande			Geral		
		Média	MD	DP	Média	MD	DP	Média	MD	DP)
Q3	Dor e desconforto	1,9	1,00	1,31	2,26	2,00	1,18	2,12	2,00	1,24
Q4	Energia e fadiga	2,2	1,00	1,51	1,98	1,00	1,28	2,05	1,00	1,37
Q10	Sono e repouso	4,0	5,00	1,32	3,98	4,00	1,21	3,98	5,00	1,25
Q15	Mobilidade	4,4	5,00	1,11	4,51	5,00	0,76	4,48	5,00	0,90
Q16	Atividades de vida cotidiana	4,0	4,50	1,23	4,18	5,00	1,13	4,10	5,00	1,17
Q17	Dependência de medicação e tratamentos	3,8	4,00	1,16	3,84	4,00	1,21	3,82	4,00	1,19
Q18	Capacidade de trabalho	3,7	4,00	1,31	3,93	4,00	1,19	3,84	4,00	1,24
Escore Médio			3,52			3,57			3,55	
Escore Mediano			3,83			3,56			3,67	

**Legenda:** MD: mediana; DP: desvio padrão. **Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

As dores e desconfortos corpóreos influenciam diretamente nos resultados dos aspectos físicos, visto que o maior grau de insatisfação dos indivíduos está atrelado a estas situações (OHARA et al., 2012).

Velten et al. (2013), realizaram uma pesquisa sobre qualidade de vida nas CRQ de São Mateus e Conceição da Barra, ES, e os autores puderam identificar que a presença de sintomas pode afetar o limiar de dor e desconforto interferindo na capacidade de realização das atividades diárias.

Sousa et al. (2018a) fizeram uma pesquisa na CRQ Barra do Aroeira, localizada no município de Santa Teresa, TO, e eles puderam perceber que, na entrevista feita com os adultos, o domínio físico apresenta o escore mais baixo tanto para homens como para as mulheres, visto que a influência maior no resultado desse escore foram das questões relacionadas à “Dor e desconforto” e “Energia e fadiga”, “Sono e repouso”.

### **c. Qualidade de Vida Relacionada ao Domínio Psicológico**

Na tabela 24, pode ser constatado no domínio psicológico, no que se refere às facetas de sentimentos positivos e ao ato de pensar, aprender, memória e aparência a mediana encontrada na Baixa da Linha e no Campo Grande varia de bom a muito bom (4,0 à 5,0). No geral a mediana encontrada foi de 4,00 para a faceta 5 e de 5,0 para a faceta 6.

Quanto à satisfação com a imagem corporal na comunidade do Campo Grande a mediana encontrada foi de 5,0 (muito satisfeito) e na Baixa da Linha a mediana foi de 4,5. No geral, o escore foi de 5,0, o que indica que a maioria dos entrevistados está muito satisfeito com sua imagem e aparência corporal.

Em relação à autoestima e sentimentos negativos, os escores encontrados foram bastante semelhantes nas comunidades, visto que a mediana foi de 4,0.

Resultados semelhantes foram encontrados por Silva (2016) nas facetas pensar, aprender, memória e aparência; imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, apresentam escore acima da mediana (Md=4,00).

No que concerne à espiritualidade, religião e crenças pessoais, os escores obtidos foram inferiores aos demais, em ambas as comunidades as pessoas afirmaram que estão muito insatisfeitas, o reflexo destas respostas está expressos nas medianas de 1,0.

Custódio e Costa (2018) retratam fortemente a questão do sincretismo, onde os católicos devotos de Santo Antônio iam à noite aos terreiros para dançar, cantar as

ladainhas e praticar pajelanças. Já no ano de 1968, estas pessoas passaram a se declarar protestantes, particularidade que marcou a identidade da comunidade.

Tabela 24: Qualidade de vida das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018, referente ao domínio psicológico.

Questão	Facetas do Domínio Psicológico	CRQ Baixa da Linha			CRQ Campo Grande			Geral		
		Média	MD	DP	Média	MD	DP	Média	MD	DP
Q5	Sentimentos positivos	4,04	5,00	1,16	3,65	4,00	1,01	3,80	4,00	1,10
Q6	Pensar, aprender, memória e aparência	3,72	5,00	1,47	4,42	5,00	0,72	4,41	5,00	0,80
Q7	Autoestima	1,89	3,00	1,31	4,00	4,00	1,09	3,78	4,00	1,18
Q11	Imagem corporal e aparência	2,17	4,50	1,51	3,98	5,00	1,25	4,01	5,00	1,20
Q19	Sentimentos negativos	3,98	4,00	1,32	4,15	4,00	1,05	4,13	4,00	1,03
Q26	Espiritualidade/religião/crenças pessoais	4,43	1,00	1,11	1,34	1,00	0,67	1,36	1,00	0,70
Escore Médio	-		3,57			3,59			3,58	
Escore Mediano	-		3,75			3,83			3,83	

**Legenda:** MD: mediana; DP: desvio padrão. **Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Diante dos resultados obtidos no domínio psicológico, podemos afirmar que a mediana geral é positiva (4,01). Entretanto a faceta de espiritualidade, religião e crenças pessoais foi negativa, recomendando a busca por maneiras de ressaltar as experiências e raízes culturais das comunidades quilombolas no Brasil como uma forma de valorização da história e cultura quilombola. Dessa forma é necessário fazer uma reflexão e releitura de suas identidades, já que as memórias têm valor e importância inestimável.

#### d. Qualidade de Vida Relacionada ao Domínio Relações Sociais

Fazendo uma análise da tabela 25 em relação ao domínio das relações sociais, observamos que as relações pessoais são positivas em ambas as comunidades, sendo que na Baixa da Linha a mediana foi 4,0 e no Campo Grande a mediana 5,0 no

geral mediana 5,0 (muito satisfeito). Resultados semelhantes foram encontrados quanto à satisfação sexual, com uma mediana de 4,0 (satisfeito).

No que tange ao suporte social (apoio), as medianas das comunidades divergiram. Na Baixa da Linha as pessoas se declararam nem satisfeitas nem insatisfeitas, e no Campo Grande a mediana foi 5,0. No geral a mediana de ambas as comunidades foi de 4,0.

Ao avaliar o escore geral do domínio social (4,33) é possível observar que se trata do domínio com alta pontuação, isso significa que em todos os domínios pesquisados os entrevistados estão satisfeitos com suas relações sociais e familiares.

Tabela 25: Qualidade de vida das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018, referente ao domínio relações sociais.

Questão	Facetas do Domínio Relações Sociais	CRQ Baixa da Linha			CRQ Campo Grande			Geral		
		Média	MD	DP	Média	MD	DP	Média	MD	DP
Q20	Relações pessoais	4,13	4,00	1,05	4,49	5,00	0,91	4,36	5,00	0,97
Q21	Suporte (apoio) social	3,19	3,50	1,60	4,09	5,00	1,19	3,75	4,00	1,43
Q22	Atividade sexual	3,76	4,00	1,21	4,03	4,00	1,05	3,93	4,00	1,12
Escore Médio	-		3,69			4,21			4,01	
Escore Mediano	-		3,83			4,67			<b>4,33</b>	

**Legenda:** MD: mediana; DP: desvio padrão. **Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Resultado semelhante foi relatado por Silva (2016) que realizou pesquisa com pessoas com DF nos municípios de Sapeaçu e Cruz das Almas, BA. A autora relata que a influência deste domínio na QV dos indivíduos pode estar relacionada com a segurança apresentada no domínio psicológico (sentimentos positivos, autoestima, boa imagem corporal).

Velten et al. (2013) realizaram uma pesquisa nas CRQ do estado do Espírito Santo e identificaram que os laços familiares e de compadrio e as redes culturais e religiosas fazem com que haja pouca diferença entre os domínios de relações sociais e psicológico, logo, os escores encontrados entre os domínios sociais e psicológicos foram semelhantes.

Sousa et al. (2018a) fizeram uma pesquisa na CRQ Barra do Aroeira, localizada no município de Santa Teresa – TO, e eles puderam perceber que na entrevista com

os adultos o domínio de relações sociais foi o que obteve o melhor escore, dando destaque a faceta “Família” que obteve o maior resultado, visto que na comunidade há um predomínio de subsistência rural, o convívio familiar se torna maior, as quais demonstram maiores escores e, conseqüentemente, valorização da família.

Santos et al. (2016) realizaram um estudo sobre QV de idosos em 17 CRQ de Vitória da Conquista - BA, e verificaram que, assim como nos estudos acima, o domínio das Relações Sociais apresentou maior escore médio entre os domínios da QV avaliados neste estudo, seguido do Psicológico.

### e. Qualidade de Vida Relacionada ao Domínio Meio Ambiente

No domínio meio ambiente, diversas facetas se apresentam com um escore positivo, como é o caso da segurança física e proteção (4,0 Baixa da Linha/5,0 Campo Grande) ambiente no lar (4,0 Baixa da Linha/5,0 Campo Grande) cuidados de saúde e sociais (4,0 Baixa da Linha/4,0 Campo Grande) participação e oportunidades de lazer (4,0 Baixa da Linha/4,0 Campo Grande) transporte (4,0 Campo Grande). Esses escores refletem positivamente na QV dos cidadãos entrevistados (Tabela 26).

Tabela 26: Qualidade de vida das comunidades remanescentes de quilombo da Baixa da Linha Cruz das Almas e Campo Grande, Santa Terezinha – BA, 2018, referente ao domínio meio ambiente.

Questão	Facetas do Domínio Meio Ambiente	CRQ Baixa da Linha			CRQ Campo Grande			Geral		
		Média	MD	DP	Média	MD	DP	Média	MD	DP
Q8	Segurança física e proteção	3,74	4,00	1,28	4,10	5,0	1,03	3,97	4,00	1,14
Q9	Ambiente no lar	3,87	4,00	1,33	4,17	5,0	1,24	4,06	5,00	1,28
Q12	Recursos financeiros	1,94	1,50	1,19	2,18	2,0	1,32	2,09	2,00	1,27
Q13	Cuidados de saúde e sociais: Disponibilidade e qualidade	3,56	4,00	1,40	3,63	4,0	1,39	3,60	4,00	1,39
Q14	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	2,69	3,00	1,40	2,71	3,0	1,35	2,70	3,00	1,36
Q23	Participação em, e oportunidades de recreação/ lazer	3,63	4,00	1,26	3,67	4,0	1,44	3,66	4,00	1,37
Q24	Ambiente: (físico/ruído/trânsito/clima)	2,76	3,00	1,48	2,92	3,0	1,49	2,86	3,00	1,49
Q25	Transporte	2,46	2,00	1,59	3,30	4,0	1,52	2,99	3,00	1,59
Escore Médio	-			3,08		3,34			3,24	
Escore Mediano	-			3,19		3,75			3,50	

**Legenda:** MD: mediana; DP: desvio padrão. **Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Com relação ao domínio meio ambiente, foram geradas algumas discussões durante a coleta, onde as pessoas relataram não conseguem realizar atividades produtivas, como o artesanato, na comunidade pois não há auxílio de agrônomo para orientar no plantio correto do licurizeiro. Logo, no artigo 33 da Lei<sup>o</sup> 12.288/2010 é destacado que “os remanescentes das comunidades dos quilombos receberão dos órgãos competentes tratamento especial diferenciado, assistência técnica e linhas especiais de financiamento público, destinados à realização de suas atividades produtivas e de infraestrutura”

Freitas et al. (2018) destacam que a cultura quilombola está se perdendo em detrimento de inúmeros fatores, mas o desmatamento e perdas de recursos naturais vem avançando em virtude de os fazendeiros utilizarem transformarem as áreas de em pastagem.

A faceta recurso financeiro obteve a menor mediana entre os domínios estudados, sendo que na Baixa da Linha a mediana foi 1,5 e no Campo Grande 2,0. A baixa remuneração dos entrevistados foi descrita na variável renda mensal da família (Tabela 11), esse tópico foi visualizado que em ambas as comunidades há um número expressivo de pessoas que tem uma renda mensal menor que um salário mínimo, apesar de alguns possuírem bom grau de instrução.

Silva (2013) realizou uma pesquisa em sete CRQ no Maranhão e verificou que a renda per capita baixa está relacionada a auto avaliação negativa da saúde e é considerada como fator importante para pior percepção de QV.

Sousa et al. (2018a) fizeram uma pesquisa na CRQ Barra do Aroeira, localizada no município de Santa Teresa – Tocantins, e relatam que a condição de baixa renda na população em estudo é uma boa exemplificação quando se fala em fatores que promovem alterações negativas nos escores de qualidade de vida.

Santos et al. (2016) realizaram um estudo sobre QV de idosos em 17 CRQ de Vitória da Conquista - BA, e os resultados encontrados corroboram com os acima citados, visto que a condição econômica é um relevante fator interveniente social que influencia diretamente a vida das famílias, sendo que estes diversas vezes, não podem contar com uma alimentação adequada, decorrendo em deficiência alimentar e baixa qualidade nutricional, o que pode impactar negativamente sua condição de saúde.

Pereira et al. (2008) realizaram uma pesquisa para avaliar a QV de pessoas com DF que eram cadastrados no Hemocentro de Belo Horizonte, e com esse estudo

foi possível identificar que a questão da estabilidade financeira é um aspecto muito importante para que se tenha QV, logo esse relato foi exposto por 20% dos participantes.

No que diz respeito ao acesso à saúde, a mediana geral foi de 4,0 (bom), portanto, esse resultado reflete positivamente na QV. Entretanto, há relatos de insatisfação em ambas as comunidades, relacionados à distância entre a USF e as comunidades. Na Baixa da Linha os moradores se deslocam até um bairro da zona urbana para conseguirem atendimento. Esse fato ressalta um problema oriundo do não cumprimento da legislação 1.434/2004.

No Campo Grande os atendimentos são quinzenais numa unidade de saúde satélite que há na comunidade, mas não funciona entre os meses de novembro e março. Além disso, no caso de vacinação às mães devem se deslocar até o centro da cidade para vacinar seus filhos.

Rangel, Miranda e Lara (2014) destacam que os municípios precisam inserir adequadamente as comunidades quilombolas em seu planejamento político com vistas a melhorar as condições de oferta de esporte, lazer, transporte e saúde.

Na comunidade da Baixa da Linha, quando interrogados quanto às oportunidades de realizar atividade de lazer 23% das pessoas relatam que o seu lazer está relacionado às idas aos bares, e 63% dos entrevistados são consumidores do álcool (Tabela 13). Outros relatos de atividades de lazer consistiram em: fazer parte do grupo de coral da igreja, dançar no terreiro e cuidar da criação de animais domésticos (patos, galinhas, porcos...)

Na CRQ do Campo Grande as atividades de lazer foram bastante diversificadas, já que na comunidade as pessoas praticam o futebol, capoeira, participam das atividades da igreja, oficina de artesanato e teatro, rodas de samba.

Apesar dos resultados dos escores serem semelhantes nas comunidades, podemos ver através das falas dos moradores as divergências em atividades de lazer entre ambas. A união dos moradores para a constituição de uma associação se mostrou determinante para a melhora desse quesito na CRQ do Campo Grande.

No que se refere a faceta 14 (oportunidade de adquirir novas informações e habilidades) e 24 (ambiente físico, ruídos, trânsito, clima) as medianas foram iguais 3,0 onde as pessoas se mostraram como nem satisfeita nem insatisfeita.

Relacionado ao acesso a transporte e facilidade de deslocamento, a dificuldade maior foi descrita na Baixa da Linha, onde foi encontrado mediana de 2,0 (ruim) e no



Campo Grande a mediana foi de 4,0 (bom). No geral a mediana das duas comunidades foi de 3,0, significando nem boa nem ruim.

De modo geral, o domínio meio ambiente obteve mediana de 3,5, ou seja, nem ruim, nem bom. Esse comprometimento pode ser decorrente dos indivíduos não possuírem trabalho formal, e conseqüentemente possuem renda familiar baixa.

Resultado semelhante foi relatado por Silva (2016) que realizou uma pesquisa com pessoas com DF em dois municípios do recôncavo baiano e verificou que o domínio ambiental, na faceta recursos financeiros, apresentou o menor escore.

Silva (2013) fez uma pesquisa em CRQ no município de Alcântara no Maranhão, e pode perceber de modo geral que o domínio relações sociais foi o domínio que alcançou melhor média de escores nos comunidades analisadas, porém o domínio meio ambiente foi o pior avaliado em todas as CRQ estudadas, corroborando com o presente estudo, os piores escores foram encontrados nas facetas de participação em recreação e lazer, recursos financeiros.

Santos et al. (2016) realizaram um estudo sobre QV de idosos em 17 CRQ de Vitória da Conquista - BA, e eles identificaram que o domínio Ambiental, obteve os menores escores médios entre os domínios de QV, os aspectos ambientais mencionados estão relacionados principalmente as condições dos locais de moradia pela inexistência de saneamento básico, qualidade inadequada de higiene e ausência de tratamento da água, além de deficiência na assistência à saúde e ausência de transporte.

Assim como nos estudos acima, Sousa et al. (2018b, p. 9) encontraram resultados paralelos em 5 CRQ no Tocantins, onde, o domínio meio ambiente obteve valores inferiores em todas as comunidades, o que pode estar relacionado à vulnerabilidade social da população estudada, resultado “relacionado às precárias oportunidades de lazer e às dificuldades encontradas no ambiente físico”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo sugerem que os moradores das CRQ em estudo passam por dificuldades de acesso aos serviços e bens coletivos, sobretudo por condições sociais e econômicas ruins, essa realidade está relacionada ao rol de iniquidades enfrentadas.

Domínio geral, com relação ao domínio físico, há um predomínio de baixo escore nas variáveis dor e desconforto, assim como queixa de falta de energia para as atividades do dia-a-dia e fadiga, o escore variou de 1,0 a 2,0 nas comunidades da Baixa da Linha e Campo Grande respectivamente. A única variável que obteve um baixo escore no domínio psicológico foi o de espiritualidade, ambas as comunidades totalizaram escore de 1,0. E Com relação ao domínio meio ambiente, as variáveis recurso financeiro obtiveram escores negativos (1,5 / 2,0) na Baixa da Linha e no Campo Grande, respectivamente. O domínio relações sociais não houve resultados limitativos.

Fazendo uma análise geral dos escores das facetas obtidos na pesquisa, podemos perceber que as CRQ possuem perfis semelhantes, quanto aos aspectos de qualidade de vida e também com relação às variáveis sociodemográfica, econômica e de saúde. Entretanto, quando se faz uma observação mais detalhada, pode-se perceber que o resultado encontrado em algumas variáveis na comunidade do Campo Grande foi melhor que o encontrado na Baixa da Linha.

Com base nos resultados foi construído um plano estratégico situacional com o intuito de ampliação do conhecimento sobre a qualidade de vida das comunidades quilombolas amostradas e espera-se que este instrumento possa subsidiar o planejamento e reestruturação das ações dispensadas a essa e outras comunidades com perfil similar contribuindo com a saúde individual e coletiva dessas populações.

Diante do exposto, é imprescindível a efetivação das políticas sociais existentes, principalmente relacionadas à saúde, adaptando a dinâmica de trabalho dos programas de saúde para a realidade quilombola. A luta das comunidades quilombolas ainda permanece, visando a busca por reconhecimento étnico-cultural e histórico, preservação da espiritualidade, religião e das crenças pessoais.

## REFERÊNCIAS

- ABRELPE. **Panorama dos resíduos sólidos no Brasil**. São Paulo. p. 15, 2016. Disponível em: [http://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/comunicacao/junho\\_2018/panoramaanexos2016.pdf](http://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/comunicacao/junho_2018/panoramaanexos2016.pdf). Acesso em: 14/12/2018.
- ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L. Qualidade de Vida: Discussões Contemporâneas. In: VILARTA, Roberto; GUTIERREZ, Gustavo Luis; MONTEIRO, Maria Inês (Org.). **QUALIDADE DE VIDA: Evolução dos Conceitos e Práticas no Século XXI**. Campinas: Ipes, 2010. Cap. 16. p. 151-158. Disponível em: [https://www.fef.unicamp.br/feff/sites/uploads/deafa/qvaf/evolucao\\_cap16.pdf](https://www.fef.unicamp.br/feff/sites/uploads/deafa/qvaf/evolucao_cap16.pdf). Acesso em: 10/05/2017.
- ARAÚJO et al., A. dos S. Análise socioeconômica de agricultores da comunidade quilombola do Abacatal, Ananindeua, estado do Pará, Brasil. **Biota Amazônia**, v. 7, n. 1, p. 30-37, 2017. Disponível em: <http://periodicos.unifap.br/index.php/biota>. Acesso em: 17 de Março de 2017.
- BAHIA. **Constituição do Estado da Bahia**. Secretaria de Governo. Secretaria da Administração. Salvador, EGBA, 1989, 189p. Disponível em: <http://www.uneb.br/pgdp/files/2010/07/Constitui%C3%A7%C3%A3o-do-Estado-da-Bahia.pdf>. Acesso em: 25/08/2018.
- BAHIA. SEPLAN, Secretaria do Planejamento - Governo da Bahia. **Territórios de Identidade**. 2017. Disponível em: <http://www.seplan.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=17>. Acesso em: 26/09/2017.
- BAHIA. ZEE BAHIA, **Zoneamento Ecológico-Econômico da Bahia**. (FIEB BAHIA). 2015. Disponível em: <http://www.fieb.org.br/midia/2015/12/CATALOGOZEE.PDF>. Acesso em: 13/09/2017.
- BARBIERI, C. L. A.; COUTO, M. T.; AITH, F. M. A. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Santos, v. 33, n. 2, p.1-11, jan. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00173315>. Acesso em: 12/12/2018.
- BARRETO N. D. M., et al., Prevalência da hipertensão arterial nos indivíduos de raça negra. *Arq Bras Med*, v. 67, n. 1, p. 449-51, 1993.
- BAUER, L. **Estimação do coeficiente de correlação de Spearman ponderado**. 2007. 1 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- BERTOLINI, D. N. P.; SIMONETTI, J. P. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. **Esc Anna Nery**, v. 18, n.

4, p. 722-727, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0722.pdf>. Acesso em: 15/10/2018.

BEZERRA V. M. et al., Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1889-902, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00164912>. Acesso em: 12 jan. 2019.

BEZERRA V. M. et al., Domínios de atividade física em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p.1213-24, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00056414>. Acesso em: 10 dez 2018.

BISQUERRA, R.; SARRIERA, J. C.; MARTÍNEZ, F. **Introdução À Estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS (Recurso eletrônico)**. Porto Alegre. Artmed, 2007. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?isbn=8536311363>. Acesso em 23 de mai. 2015.

BRASIL. **Certidões expedidas**. 2017b. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/crqs-01-10-2018.pdf>. Acesso em: 13/05/2017.

BRASIL. **CONAMA RESOLUÇÃO No 404, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2008** Estabelece critérios e diretrizes para o licenciamento ambiental de aterro sanitário de pequeno porte de resíduos sólidos urbanos. Ministério do meio ambiente. 2008. Disponível em: [http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/9/docs/res\\_conama\\_404\\_-\\_estabelece\\_criterios\\_e\\_diretrizes\\_para\\_o.pdf](http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/9/docs/res_conama_404_-_estabelece_criterios_e_diretrizes_para_o.pdf). Acesso em: 12/11/2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 12/07/2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. 2016. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em: 25/08/2018.

BRASIL. **DECRETO LEGISLATIVO Nº 143, DE 2002**. Aprova o texto da Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho sobre os povos indígenas e tribais em países independentes. 2002. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=222231&norma=234865>. Acesso em: 05/06/2017.

BRASIL. **DECRETO Nº 4.887, DE 20 DE NOVEMBRO DE 2003**. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. 2003.

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/d4887.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm). Acesso em: 12/07/2017.

BRASIL. **DECRETO Nº 5.051, DE 19 DE ABRIL DE 2004**. Promulga a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT sobre Povos Indígenas e Tribais. 2004a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5051.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5051.htm). Acesso em: 15/08/2017.

BRASIL. **DECRETO Nº 6.040, DE 7 DE FEVEREIRO DE 2007**. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. 2007b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6040.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6040.htm). Acesso em: 27/10/2018.

BRASIL. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica hipertensão arterial sistêmica. Caderno de Atenção Básica 31. **Ministério da saúde**. Brasília. 2014.

BRASIL. FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES (FCP). Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQ's), 2017b. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/comunidades-remanescentes-de-quilombos-crqs>. Acesso em: 10/10/2017.

BRASIL. Guia de políticas públicas para comunidades quilombolas. **Ministério da saúde**. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e Políticas Para Comunidades Tradicionais. Brasília. 2013. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/portal-antigo/arquivos-pdf/guia-pbq>. Acesso em: 13/01/2019.

BRASIL. Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. **Ministério da saúde**. Brasília. 40 p. 2007. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_padroes\\_consumo\\_alcool.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf). Acesso em: 03/01/2019.

BRASIL. **Lei Nº 12.288, de 20 de julho de 2010**. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nºs 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm). Acesso em: 20/10/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, 2017a. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 06/08/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.434, de 14 de julho de 2004**. Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, e dá outras providências. Ministério da Saúde. 2004b. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/11652498269352%20Portaria%20n%BA%201434%20de%2014%20de%20julho%20de%202004.pdf>. Acesso em: 24/07/2017.

BRASIL. Ministério da saúde. **PORTARIA Nº 992, DE 13 DE MAIO DE 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília. 2009b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html). Acesso em: 10/07/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento. **PAC 2º Balanço 2015-2018**. p. 105, 2018a. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/pub/up/relatorio/23216159149151fbfbcedb1d57dff510.pdf>. Acesso em: 03/04/2018.

BRASIL. **NBR 15849/2010**. Dispõe sobre resíduos sólidos urbanos – Aterros sanitários de pequeno porte – Diretrizes para localização, projeto, implantação, operação e encerramento. 2010. Disponível em: <https://www.abntcatalogo.com.br/norma.aspx?ID=59538>. Acesso em: 12/01/2019.

BRASIL. **NBR 8419 / 1996**. Dispões a norma fixa as condições mínimas exigíveis para a apresentação de projetos de aterros sanitários de resíduos sólidos urbanos. 1996. Disponível em: <http://licenciadorambiental.com.br/wp-content/uploads/2015/01/NBR-8.419-NB-843-Apresentac%C3%A3o-de-Projetos-de-Aterros-Sanitarios-RSU.pdf> . Acesso em: 25/01/2019.

BRASIL. Painel Temático Saúde da População Negra - Indicadores do SUS. **Ministério da Saúde**, Brasília, vol. 7, n. 10, 2016.

BRASIL. **PORTARIA Nº 98, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2007**. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades de quilombo. 2007a. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2010/11/legis21.pdf>. Acesso em: 02/08/2017.

BRASIL. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica. **Ministério da Saúde**, Brasília, v. 1, n. 2, p.1-154, dez. 2012.

BRASIL. Quais são as doenças causadas pelo uso do cigarro e outros produtos derivados de tabaco? **Instituto Nacional de Câncer. Ministério da saúde**, Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/quais-sao-doencas-causadas-pelo-uso-cigarro-e-outros-produtos-derivados-tabaco>. Acesso em: 13/12/2018.

BRASIL. Retrato das desigualdades de gênero e raça. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. 2015. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores\\_educacao.html](http://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_educacao.html). Acesso em: 12/02/2019.

BRASIL. Quilombolas: Serviços e benefícios do Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome. **Guia de políticas sociais**, p. 5; 11-13, 2009a. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Guia/Guia\\_de\\_Politicas\\_Sociais\\_Quilombolas.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Guia/Guia_de_Politicas_Sociais_Quilombolas.pdf). Acesso em: 13/07/2017.

BRASIL. Relatório Nacional de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos. **Ministério da Saúde.**, Brasília, v. 1, n. 2, p.1-193, set. 2018.

BRASIL. **Tabela CRQs atualizada**. “Comunicação pessoal”. 2018b. [www.hotmail.com.br](http://www.hotmail.com.br).

BRASIL. Um em cada quatro brasileiros adultos dizem ter diagnóstico médico de Hipertensão. **Ministério da saúde**. Brasília. 2018d. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43123-um-em-cada-quatro-brasileiros-adultos-dizem-ter-diagnostico-medico-de-hipertensao>. Acesso em: 13/12/2018.

BRASIL. **INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 49 DE 29 DE SETEMBRO DE 2008**. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação, desinstituição, titulação e registro das terras ocupadas por remanescentes de comunidades quilombolas. 2008. Disponível em: [http://incra.gov.br/media/institucional/legislacao/atos\\_internos/instrucoes/instrucao\\_normativa/IN49\\_290908.pdf](http://incra.gov.br/media/institucional/legislacao/atos_internos/instrucoes/instrucao_normativa/IN49_290908.pdf). Acesso em: 21/07/2017.

CARDOSO, L.G.V; MELO, A.P.S; CESAR, C. C. 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**. V. 20, n. 3, p. 809-20, 2015.

COSTA J. S. D. da et al., Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arq Bras Cardiol**, v. 88, n. 1, p. 59-65, 2007.

COSTA, E. S.; SCARCELLI, I. R. Psicologia, política pública para a população quilombola e racismo. **Psicologia Usp**, v. 27, n. 2, p.357-366, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/2016nahead/1678-5177-pusp-00001.pdf>. Acesso em: 14/09/2017.

COSTA. S. L. Gestão Integrada de Resíduos Sólidos Urbanos. Aspectos Jurídicos e Ambientais. Aracajú – SE. **Evocati**, 2011.

CRESWELL, J. W. **PROJETO DE PESQUISA: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. São Paulo: Artmed® Editora S.A., 2007. p. 29.

CRUZ I. C. F da, LIMA R. de. Etnia negra: um estudo sobre a hipertensão arterial essencial (HAE) e os fatores de risco cardiovasculares. **Rev Enferm UERJ**. V. 7, n. 1, p. 35-44, 1999.

CUSTÓDIO, E. S.; COSTA, C. S. da. Religião, ética e educação: experiências e vivências do quilombo do mel da pedreira no amapá. **Conjectura Filosofia e**

**Educação**, v. 23, n. , p.96-117, 20 dez. 2018. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.18226/21784612.v23.especial.4>. Acesso em: 19/11/2018.

DANTAS, B. F. Alterações bioquímicas durante a embebição de sementes de Catingueira (*Caesalpinia pyramidalis* Tul.) **Revista Brasileira de Sementes**, vol. 30, nº 1, p.221-227, 2008.

FERREIRA E. P.; F. de S. PANTALEÃO. Saneamento básico em comunidades quilombolas no estado de alagoas. **GEOTemas**, Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte, Brasil, v.6, n.2, p.71-82, Jul./Dez. 2016.

FERNANDES, M. A. Prevalência dos transtornos de ansiedade como causa de afastamento de trabalhadores. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 5, p. 2344-51, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0953>. Acesso em: 10/11/2018.

FLECK, M. P. de A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Porto Alegre - RS, v. 1, n. 5, p.33-38, 2000. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100004&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100004&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 14/09/2017.

FLECK, M. P. de A. **A avaliação de qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008. Disponível em:  
<[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034)>. Acesso em: 28 de maio. 2017.

FLECK, M. P. de A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 21, n. 1, p.19-28, 1999. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44461999000100006&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44461999000100006&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 24/08/2017.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes *mellitus* e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev Bras Epidemiol**, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2017.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R.; LAGUARDIA, J. Qualidade de vida, posição social e grupos ocupacionais no Brasil: evidência de uma pesquisa de base populacional **Rev Bras Epidemiol**, v, 16, n. 3, p. 748-62, 2013.

FREITAS, D. A. et al., Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**, v.13, n. 5, Set-Out 2011. Disponível em:  
<https://pt.scribd.com/document/259150502/SAUDE-E-COMUNIDADES-QUILOMBOLAS-UMA-REVISAO-DA-LITERATURA-pdf>. Acesso em: 30/09/2017.

FREITAS, I. A. de. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. **Rev Cuid**, v. 9, n. 2, p. 2187-200, 2018.



GAMA, E.V.G. et al. Produção de biomassa de erva-cidreira [*Lippia alba* (Mill.) N.E.Br.] sob adubação com composto de capim elefante inoculado e sem inoculação de actinomicetos. **Rev. Bras. Pl. Med.**, Botucatu, v. 14, p.163-168, mar. 2012.

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

GOMES K.O., et al., Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1829-42, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151412>. Acesso em: 12/12/2018.

GONÇALVES, A M. C. et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, n. 2, p.101-109, jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000192>. Acesso em: 16/01/2019.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) **Analfabetismo cai em 2017, mas segue acima da meta para 2015**. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/21255-analfabetismo-cai-em-2017-mas-segue-acima-da-meta-para-2015>. Acesso: 30 de dez 2018.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **População chega a 205,5 milhões, com menos brancos e mais pardos e pretos**. 2017. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18282-populacao-chega-a-205-5-milhoes-com-menos-brancos-e-mais-pardos-e-pretos>. Acesso em 13 set 2018.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro, p. 37. 2010. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/552/cd\\_2010\\_agrn\\_if.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/552/cd_2010_agrn_if.pdf). Acesso em: 04/11/2018.

JARDIM P. C. B. V. et al., High blood pressure and some risk factors in a brazilian capital. **Arq Bras Cardiol**, v. 88, n. 4, p. 452-7, 2007.

KAPLAN, J. B., BENNETT, T. Use of race and ethnicity in biomedical publication. **J. Amer. Med. Assoc**, v. 289, n. 20, p. 2709-16, 2003.

KUWAHARA, M. Y. et al. Qualidade de vida e desigualdade: Um passo além do IDH. **Núcleo de Pesquisas de Qualidade de Vida**, ?, p.1-29, 2010. Disponível em: [http://www.mackenzie.br/fileadmin/IPM/MackPesquisa/QUALIDADE\\_DE\\_VIDA\\_E\\_DESIGUALDADE\\_\\_UM\\_PASSO\\_ALEM\\_DO\\_IDH.pdf](http://www.mackenzie.br/fileadmin/IPM/MackPesquisa/QUALIDADE_DE_VIDA_E_DESIGUALDADE__UM_PASSO_ALEM_DO_IDH.pdf). Acesso em: 23/23/2017.

LESSA I. et al., Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis na população adulta de Salvador (BA), Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, v.16, n. 2, p. 31-7, 2004.

LORENZETTI, E.R. et al. Controle da ferrugem das folhas do capim-limão [*Cymbopogon citratus* (DC.) Stapf] com produtos naturais. **Rev. Bras. Pl. Med.**, Botucatu, v. 14, p.571-578, 2012.

MALTA, D. C. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Rev Saude Publica**, v. 51, n. 1, p. 11, 2017. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/>. Acesso em: 13/12/2018.

MARQUES A. S., et al., População quilombola no norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. **BIS: Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, n.3, p. 154-61, 2010.

MEIRA, M.R.; MARTINS, E.R.; MANGANOTTI, S.A. Crescimento, produção de fitomassa e teor de óleo essencial de melissa (*Melissa officinalis* L.) sob diferentes níveis de sombreamento. **Rev. Bras. Pl. Med.**, Botucatu, v. 14, p.352-357, nov. 2012.

MINAYO, M. C. de S.(org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100002&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 13/09/2017.

MINAYO, M. C. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 5, v 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: [http://www.faculdadeatlantico.com.br/site\\_antigo/downloads/Qualidadedevidaesaude.pdf](http://www.faculdadeatlantico.com.br/site_antigo/downloads/Qualidadedevidaesaude.pdf). Acesso em: 11/08/2017.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MONTEIRO, J. M. P., et al., **Classificação internacional de cefaleias**. 3 ed, p. 45, 2014. Disponível em: [http://www.ihs-headache.org/binary\\_data/2086\\_ichd-3-beta-versao-pt-portuguese.pdf](http://www.ihs-headache.org/binary_data/2086_ichd-3-beta-versao-pt-portuguese.pdf). Acesso em: 02/01/2019.

MOURA, C. Questões Sociais: Saúde nas CRQ's e CNT's. **Grupo de Trabalho Clovis Moura**, Curitiba, p.1-4, set. 2010. Disponível em: <<http://www.gtclovismoura.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=53>> . Acesso em: 10/08/2017.

NASCIMENTO, G. A. R. do; BATISTA, M. R. R.; NASCIMENTO, M. A. R. do. Panorama atual de proteção do direito à terra das comunidades quilombolas e desafios futuros. **Interações**, Campo Grande, v. 17, n. 3, p.432-447, 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/inter/v17n3/1518-7012-inter-17-03-0432.pdf>. Acesso em: 05/09/2017.

Ó., K. R. do et al. Estudo de agravos em saúde pública em populações remanescentes de quilombolas no Brasil. **World Hepatitis Summit**, São Paulo, v. 1, p.1-1, nov. 2017.

OHARA, D.G., et al. Dor osteomuscular, perfil e qualidade de vida de indivíduos com doença falciforme. **Rev Bras Fisioter.** n. 5, v.16, p. 431-8, 2012. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-35552012000500012...sci..](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-35552012000500012...sci..)

OLIVEIRA, S. K. M.; CALDEIRA, A. P. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p.420-427, dez. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600040093>. Acesso em: 23/08/2017

OPAS – Organización Panamericana de la Salud. Agua y saneamiento: em La búsqueda de nuevos paradigmas para las Américas. Washington. D.C.: **OPAS**, 284p. 2012. Disponível em: [http://www.paho.org/blogs/paltex/?attachment\\_id=179](http://www.paho.org/blogs/paltex/?attachment_id=179). Acesso em: 12/01/2019.

Organização Mundial de Saúde - OMS. Depression and other common mental disorders: global health estimates[Internet]. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>. Acesso em: 19/01/2019.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p.241-250, 2012. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rbefe/article/viewFile/45895/49498>. Acesso em: 15/05/2017.

PEREIRA, L. L.; , H. P. da; SANTOS, L. M. P. Projeto mais médicos para o Brasil: Estudo de caso em comunidades quilombolas. **Revista da Abpn**, v. 7, n. 16, p.28-51, 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/281032212\\_PROJETO\\_MAIOS\\_PARA\\_O\\_BRASIL\\_ESTUDO\\_DE\\_CASO\\_EM\\_COMUNIDADES\\_QUILOMBOLAS\\_PROJETO\\_MAIOS\\_MEDICOS\\_PARA\\_O\\_BRASIL\\_MORE\\_DOCTORS\\_FOR\\_BRAZIL\\_PROJECT\\_A\\_CASE\\_STUDY\\_IN\\_QUILOMBO\\_COMMUNITIES\\_PROJET\\_MAIOS\\_MEDICOS](https://www.researchgate.net/publication/281032212_PROJETO_MAIOS_PARA_O_BRASIL_ESTUDO_DE_CASO_EM_COMUNIDADES_QUILOMBOLAS_PROJETO_MAIOS_MEDICOS_PARA_O_BRASIL_MORE_DOCTORS_FOR_BRAZIL_PROJECT_A_CASE_STUDY_IN_QUILOMBO_COMMUNITIES_PROJET_MAIOS_MEDICOS). Acesso em: 24/05/2017.

PEREIRA, S. A. S. et al., Doença falciforme e qualidade de vida: um estudo da percepção subjetiva dos pacientes da Fundação Hemominas, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** vol.30 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-84842008000500015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842008000500015). Acesso em: 07/01/2019.

PRAÇA, M. I. F. **Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I Nordeste.** 2012. 170 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Gestão de Organizações, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, 2012. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3612/1/tese%20final%20Fevereiro.pdf>. Acesso em: 12/05/2017.

RANGEL, R.; MIRANDA, A. C. M. de; LARA, L. M. Política pública de esporte e lazer no feixo: experiências de pesquisa em uma comunidade quilombola no paraná. **Licere**, Belo Horizonte, v. 17, p.1-31, mar. 2014.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. São Paulo: Atlas, 2011.

ROBERTI, M. do R. F. et. al. Avaliao da qualidade de vida em portadores de doença falciforme do Hospital das Clínicas de Goiás, Brasil. **Rev Bras Hematol Hemoter.**, v.32, n. 6, p. 449-454, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151684842010000600008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151684842010000600008&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 12/06/2017.

SALES, G. P. dos S.; ALBUQUERQUE, H.N. de; CAVALCANTI, M. L. F. Estudo do uso de plantas medicinais pela comunidade quilombola Senhor do Bonfim – Areia-PB. **Revista de biologia e ciências da terra**, v. 1, n. 2, 2009.

SANTANA, C. E. C.. **Pelejando E Arrudiando. Processos Educativos Na Afirmao De Uma Identidade Negra Em Território Quilombola: BAIXA DA LINHA**. 2015. P. 128. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-graduao em Educao e Contemporaneidade, Universidade do Estado da Bahia – Uneb, Salvador, 2015. Disponível em: <<http://www.cdi.uneb.br/site/wp-content/uploads/2016/09/CARLOS-EDUARDO-CARVALHO-DE-SANTANA.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2017.

SANTOS E. C.; KOLLER, S. H.; PEREIRA, M. T. L. N. Religião, Saúde e Cura: um Estudo entre Neopentecostais. **Psicologia Ciência E Profissão**, 2004, v. 24, n 3, p. 82-91, 2004.

SANTOS, R. C. dos; SILVA, M. S. Condioes de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.3, p.1049-1063, 2014

SANTOS, V. C. et al. Socioeconomic and health conditions associated with quality of life of elderly quilombolas. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 2, p.1-9, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001300015>. Acesso em: 23/01/2019.

SANTOS, V. C. et al., Condioes socioeconômicas e de saúde associadas  qualidade de vida de idosos quilombolas. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 2, 2016.

SANTOS. J. B. dos. Etnicidade e religiosidade da comunidade quilombola de Olaria, em Irar (BA). **Revista Nures no 13**, v. 2, n. 13, 2009. Disponível em: <http://www.pucsp.br/revistanures>. Acesso em: 10 set 2018.

SILVA D. O. et al., A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construo da rodovia BR-163, Pará, Brasil. **Rev. De Nutr**, v. 21, n. 83s, 97 p, 2008.

SILVA M. J. G., LIMA F. S. S., HAMANN E. M. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/AIDS por comunidades remanescentes de quilombos no Brasil. **Saúde Soc**, v. 19, n. 4, p. 109-20, 2010.

SILVA, C. B. R. da; FERREIRA, C. G. S.; RODRIGUES, F. L. Saúde quilombola no Maranhão. **Revista Ambivalências**, Maranhão, v. 4, n. 7, p.106-133, 24 ago. 2016. Revista Ambivalências. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21665/2318-888.v4n7p106-133>. Acesso em: 13/05/2017.

SILVA, G. M. **Idosos remanescentes de quilombo do município de Alcântara Maranhão**. 2013. 87 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde e Ambiente, Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2013.

SILVA, L. de F. S. da; SIMIONATTO, I. Quilombolas no contexto de luta pela terra. **Diásporas, Diversidades, Deslocamentos**, Santa Catarina, p.1-7, 2010. Disponível em: [http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278295675\\_ARQUIVO\\_ArtigoFazendoGenero9-VersaoFinal.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278295675_ARQUIVO_ArtigoFazendoGenero9-VersaoFinal.pdf). Acesso em: 14/05/2017.

SILVA, L. S. da. **Vulnerabilidades na qualidade de vida de pessoas com doença falciforme em municípios do recôncavo baiano**. 2015. 127 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira, 2016.

SILVA, M. H. P. **Assistência à saúde em comunidades quilombolas: revisão sistemática**. 2015. p. 5-9. Monografia (Especialização) - Curso de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18346/1/Marcos%20Henrique%20Paraiso%20Silva.pdf>. Acesso em: 03/05/2017.

SILVA, T. de M. **Tragetórias de desterritorializações e reterritorializações estudo de caso: comunidade quilombola da família Fidélis Porto Alegre RS**. 2015. 24 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Análise Territorial, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

SOUSA, L. M. de et al., Alimentação escolar nas comunidades quilombolas: desafios e potencialidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 987-992, 2013

SOUSA, L. V. de A. et al., Descrição da percepção da qualidade de vida de moradores de um quilombo no norte do Brasil. **Hum Growth Dev**, v. 28, n. 2, p. 199-205, 2018a.

SOUSA, L. V. de A. et al., Qualidade de vida e Síndrome Metabólica em comunidades Quilombolas brasileiras: Estudo Transversal. **Journal of Human Growth and Development**, v. 28, n. 3, p. 316-328, 2018b.

SOUZA, D. Comunidades quilombolas: conceito, auto definição e direitos. **Fundação Cultural Palmares**. 2012. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/archives/19099>. Acesso em: 13/10/2017.

SOUZA, L. S. de; GIUDICE, D. S. Povoado de Campo Grande - município de Santa Terezinha – BAHIA: lugar quilombola. **Anais do Simpósio Cidades Médias e Pequenas da Bahia** - ISSN 2358-5293, 2014. Disponível em:

<http://periodicos.uesb.br/index.php/ascmpa/article/view/4421>. Acesso em: 12/09/2017.

TORALES, A. P. B. et al., Características Familiares de Quilombolas no Nordeste Brasileiro. **Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde**, v.19, n.3, p. 101-109, 2015. um Estudo entre Neopentecostais. **Psicologia Ciência E Profissão**, 2004, v. 24, n 3, p. 82-91, 2004.

VARGAS, I. V. D; CARDOSO, L. R. S. Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.3, p.664-671, 2016.

VELTEN, A. P. C. Qualidade de vida e hipertensão em comunidades quilombolas do norte do Espírito Santo, Brasil. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v.15, n.1, p. 9-16, jan-mar, 2013.

VIANA, K. P. Acesso a medicamentos de uso contínuo entre idosos, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 49, n. 14, p. 5, 2015.

WHOQOL GROUP, 1998 apud QUALIDEP UFRGS, 2017. **Projeto WHOQOL-bref**. 2016. GRUPO DE ESTUDOS EM QUALIDADE DE VIDA - UFRGS. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/qualidep/qualidade-de-vida/projeto-whoqol-bref/50-whoqol-bref>>. Acesso em: 15 out. 2017.

ZANEI, S. S. V. **Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidade de Terapia Intensiva e seus familiares**. 2006. 145 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em:<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-21032006-154203/pt-br.php>. Acesso em: 13/10/2017.

ZORZANELLI, R. T. Neurastenia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p.431-446, 2010.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do estudo intitulado “QUALIDADE DE VIDA DE COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS EM MUNICÍPIOS BAIANOS”. Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de abordagens e pesquisas sobre a qualidade de vida de comunidades remanescentes de quilombo, com o propósito de ampliação da atuação em saúde e possibilidade de reflexões que poderão ser úteis na formulação de políticas de saúde para este grupo populacional específico.

Os objetivos da pesquisa serão: analisar a qualidade de vida de comunidades remanescentes de quilombos em municípios Baianos. Os objetivos específicos são: descrever o perfil sócio demográfico das comunidades remanescentes de quilombos; descrever os domínios (físico, psicológico, social e meio ambiente) referentes à qualidade de vida destas comunidades e realizar um diagnóstico situacional das comunidades, identificando os fatores que interferem na qualidade de vida das populações em estudo.

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quali-quantitativa, que será realizada na comunidade do Campo Grande no município de Santa Terezinha e na comunidade da Baixa da Linha localizada em Cruz das Almas - Bahia, com a população residente nestas comunidades. Serão aplicados os formulários WHOQOL-BREF e de aspectos sócio-demográficos e de saúde visando analisar a qualidade de vida destas populações.

Foi-me concedido um prazo adequado, para que eu pudesse refletir ou consultar pessoas a fim de me auxiliar na tomada de decisão quanto a minha adesão na pesquisa.

Solicito gentilmente que o(a) senhor(a) leia atentamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em toda sua íntegra, antes de decidir sobre a sua participação voluntária na pesquisa. Gostaríamos de também informar que o(a) senhor(a) poderá se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e caso desejar sair da pesquisa, tal fato não lhe trará prejuízos. Sua privacidade será respeitada e todos os dados ou elementos que possam, de qualquer forma, identificá-lo(a), serão mantidos em total sigilo.

Caso o senhor(a) se sinta à vontade em participar da pesquisa, informamos que uma via deste TCLE será assinada pelo(a) senhor(a) e pelas pesquisadoras responsáveis e terão rubricas em todas as folhas. Informamos que qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa será reembolsada e em caso de dano decorrente da sua participação no estudo, o(a) senhor(a) será indenizado(a), conforme determina a lei.

As pesquisadoras envolvidas com o referido projeto são Milleidy Cezar Peixoto, Dr<sup>a</sup> Larissa Rolim Borges Paluch respectivamente, discente do Mestrado Profissional em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente; orientadora do projeto e docente da Faculdade Maria Milza. O(A) senhor(a) poderá manter contato com ambas pelos telefones (75) 98151-7926 dúvidas também poderão ser esclarecidas na FAMAM pelo telefone institucional (75) 3638-2119 junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FAMAM, pelo telefone (75) 3638-2549, localizado na Rodovia BR, 101, Km 215- Zona Rural, Sungaia.

Os riscos que essa pesquisa são: desconforto, stress e/ou constrangimento durante as perguntas. Quando isso ocorrer, será permitido que o participante tenha pausas para descanso e recomposição do estado emocional e para manter a

privacidade dos participantes as questões serão realizadas de maneira individual em local reservado para esse fim. Os benefícios da pesquisa serão a comunicação pelo profissional responsável pela pesquisa, caso seja detectada a presença de qualquer problema de saúde diagnosticado e como a pesquisa busca ampliar a atuação em saúde e gerar reflexões os resultados poderão ser úteis na formulação de políticas de saúde melhorando a qualidade de vida das comunidades avaliadas.

Após realização da análise dos instrumentos de coleta de dados com os registros de informações dos participantes da pesquisa serão arquivados pelos pesquisadores responsáveis pelo período de cinco anos. Os participantes terão acesso aos resultados da pesquisa, assim como os resultados da pesquisa serão tornados públicos, por meio de revistas e periódicos.

\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_de 2018.

---

*Nome e assinatura do (a) participante da pesquisa*

---

Milleidy Cezar Peixoto  
*Mestranda/Pesquisadora responsável*

---

Dr<sup>a</sup> Larissa Rolim Borges Paluch  
*Orientadora/Pesquisadora responsável*



## APÊNDICE B – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, ECONOMICO E DE SAÚDE

<b>VOLUNTÁRIO n° _____</b>			
<b>SÓCIODEMOGRÁFICO</b>			
<b>Estado Civil</b>	1( ) Solteiro(a)	2( ) Casado (a)	3( ) Viúvo (a)
	4( ) Separado (a)	5( ) união estável	6Outro. Qual_____
<b>Sexo</b>	1( ) feminino	2( ) masculino	
<b>Cor/raça</b>	1( ) negro	2( ) pardo	3( ) branco
	4( ) indígena	5( ) amarelo	6( ) preto
<b>Idade (anos)</b>	1( ) 18 – 20	2( ) 21 – 30	3( ) 31 – 40
	4( ) 41 – 50	5( ) 51 – 60	6( ) Mais de 60
<b>Nível de Escolaridade</b>	1( ) Alfabetizado (só assina)	2( ) analfabeto	3( ) Fundamental incompleto
	4 ( ) Fundamental completo _____	5 ( ) Médio incompleto _____	6 ( ) Médio completo _____
	7 ( ) Superior incompleto	8 ( ) Superior completo	9 ( ) pós graduado
<b>Religião/Crença</b>	1( ) Católica	2( ) espírita	3( ) matriz africana
	4( ) Não tem religião	5 ( ) Outra _____	6 ( ) Protestante 7 ( ) católico + matriz africana
<b>Moradia</b>	1( ) Própria	2( ) Alugada	3( ) emprestada
	4( ) Outra. Qual?_____		
<b>Abastecimento de Água</b>	1( ) Embasa	2( ) Poço/nascente	3 ( ) Outro. Qual_____
<b>Destinação do Lixo</b>	1( ) Coletado	2( ) Queimado	3( ) enterrado
	4( ) Céu aberto	5 ( ) Outro. Qual?_____	
<b>Saneamento básico</b>	1( ) sim	2 ( ) não	

<b>Destinação dos dejetos</b>	1 ( ) fossa 2 ( ) céu aberto 3 ( ) privada		
<b>VARIÁVEL ECONÔMICA</b>			
<b>Renda mensal da família</b>	1 ( ) menos 1 salário	2 ( ) 1 salário mínimo	3 ( ) mais de um salário
<b>Recebe benefício do governo</b>	1 ( ) Bolsa Família 4 ( ) auxílio doença	2 ( ) Seguro desemprego 5 ( ) outro. Qual? _____	3 ( ) Aposentadoria
<b>Exerce atividade remunerada (profissão)</b>	1 ( ) Sim Qual? _____		2 ( ) Não
<b>VARIÁVEIS DE SAÚDE</b>			
<b>Você atualmente fuma?</b>	1 ( ) Não, nunca fumei	2 ( ) Sim. ( ) charuto ( ) cachimbo ( ) cigarro ( ) Masco fumo Quantos por dia? _____	3 ( ) Parei de fumar Há quanto tempo? _____
<b>Faz uso de bebida alcoólica?</b>	1 ( ) Não	2 ( ) às vezes	3 ( ) 1X semana
	4 ( ) 2 a 3 x por semana	5 ( ) 4 a 6 x por semana	6 ( ) todos os dias
<b>Apresenta ou já apresentou alguns desses sintomas nos últimos meses?</b>	1 ( ) Cólica	2 ( ) náusea e vômito	3 ( ) diarreia
	4 ( ) ansiedade e angustia	5 ( ) Irritabilidade ocular	6 ( ) cansaço (fadiga)
	7 ( ) dores no corpo	8 ( ) febre	9 ( ) tosse
	10 ( ) nervosismo	11 ( ) falta de ar	12 ( ) dor abdominal
	13 ( ) irritabilidade	14 ( ) chiado no peito	15 ( ) calafrios
	16 ( ) dor de cabeça	17 ( ) vertigem	18 ( ) Outro. Qual? _____
	19 ( ) lombalgia	20 ( ) epigastralgia	
<b>Possui Doenças (respostas múltiplas)</b>	1 ( ) Doença cardíaca	2 ( ) Hipertensão arterial	3 ( ) Dislipidemia

	4 ( ) Reumatismo	5 ( ) <i>Diabetes mellitus</i>	6 ( ) Asma
	7( ) alergia	8 ( ) Depressão	9 ( ) doença (anemia) falciforme
	10( ) Gastrite	11( ) Verminose	12 ( ) sinusite
	13 ( ) Lúpus	14( ) pneumonia	15 ( ) TB
	16 ( ) anemia ferropriva	17 ( ) chagas	18 ( ) outra. Qual ? _____
<b>Utiliza medicamento de uso contínuo</b>	1( ) Sim. Qual _____		2( ) não
<b>Utiliza ervas medicinais como forma terapêutica</b>	1( ) sim. Quais? _____ _____		2( ) não
<b>É vacinado</b>	1( ) sim. Quais?	2( ) não. Por que?	
	( ) Febre Amarela	( ) Tríplice viral	
	( ) Dt	( ) Influenza	
	( ) Pneumococos 23v	( ) Hepatite B	
<b>Realiza acompanhamento na USF?</b>	1( ) sim, a cada _____ meses	2( ) somente quando sinto algum sintoma/dor	3( ) nunca vou a unidade
	Consulta-se regularmente com algum profissional? 1 ( ) SIM QUAL O MOTIVO? _____ 2 ( ) NÃO (não considera necessário)		
	3 ( ) Não gosta de ir a unidade 4( ) Não acha necessário se não tiver com sintomas 5 ( ) Não consegue vaga no posto 6 ( ) outro _____		
<b>Realiza exames de rotina?</b>	1 ( ) sim (anualmente) Quais? _____ 2 ( ) sim. Sempre que é solicitado por um profissional. 3 ( ) não, por que? _____		
<b>Outras informações:</b>			

## APÊNDICE C: PLANO ESTRATÉGICO SITUACIONAL RELACIONADO AOS PRINCIPAIS FATORES QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DE VIDA DAS POPULAÇÕES REMANESCENTES DE QUILOMBO EM ESTUDO

### APRESENTAÇÃO:

O diagnóstico estratégico tenta-se reformular as taxas/indicadores tradicionais no sentido de abranger grupos sociais homogêneos para explicar as desigualdades sociais; a situação epidemiológica baseia-se em perfis de classe, estudos históricos e formas de transição demográficas objetiva-se a constituição histórica das modalidades assistenciais, políticas específicas e fluxos sociais do funcionamento (RIBEIRO et al., 2005).

Matus (1991) considera que o diagnóstico situacional apresenta vários atributos: é autoreferencial, pois cada ator explica a realidade de maneira diferente; dinâmico, o que sugere a análise do passado, presente e futuro; policêntrico, já que considera a opinião do atoreixo e a dos oponentes; totalizante e operativo por abranger várias dimensões da realidade e por trabalhar com recortes da mesma; rigoroso, ativo e perfeitamente adaptável para os níveis regionais e locais.

O diagnóstico situacional possui grande relevância, pois serve de subsídio para a tomada de decisão por parte da gestão, no atendimento dos profissionais e no planejamento de ações locais e municipais, esse instrumento foi criado com o intuito de ampliação do conhecimento das esferas municipais de ambas as comunidades sobre as condições da qualidade de vida geral das populações que residem nessas CRQ e, conseqüentemente, possam subsidiar o planejamento, reconhecimento dos territórios e reestruturação das ações dispensadas a essa e outras comunidades com perfil similar contribuindo com a saúde individual e coletiva dessas populações.

Assim, espera-se que, a partir do diagnóstico situacional baseado no planejamento estratégico situacional observado no presente estudo as secretarias de saúde, educação, cultura, esporte e lazer, possam utilizar o plano de ação, fruto da presente pesquisa e intervir nas comunidades, na busca de melhorar a qualidade de vida das pessoas.

#### ✓ **DOMÍNIO FÍSICO / MEIO AMBIENTE (ASPECTOS DE SAÚDE)**

Com relação ao domínio físico, foram destacadas as facetas dor e desconforto e energia e fadiga, disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais ambas.

- Organização dos processos de trabalho na Atenção Primária a Saúde em direção a uma nova prática social;
- Criação de uma USF em cada CRQ, tendo em vista o acolhimento e a melhoria dessas CRQ's no aspecto da saúde;
- Avançar na oferta de serviços das Redes de Atenção a Saúde;
- Cartografar as áreas de risco em relação às doenças prevalentes na comunidade, territórios em vulnerabilidade social, condição sanitária (principais bactérias, fungos e parasitos);
- Desenvolver o processo de gestão intersetorial no mapeamento e construção de locais para convivência social e áreas de lazer, recreação para idosos, crianças, deixando-as em evidência uso de toda a comunidade e ampliando dessa forma sua acessibilidade;
- Educação em saúde;

- Criar praças nas comunidades, e nestas a ‘academia da saúde” estimulando os moradores a realizar atividades físicas e adotarem hábitos de vida mais saudáveis, diminuindo os índices HAS, DM, depressão, doenças mais comuns observadas nas populações estudadas.

#### ✓ **DOMÍNIO MEIO AMBIENTE**

Com relação ao domínio meio ambiente, foram destacadas as facetas: disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais; recursos financeiros; transporte.

Plano estratégico situacional para a faceta, RECURSOS FINANCEIROS

- Desenvolvimento Local e Inclusão Produtiva, com vista na autonomia econômica, baseado na identidade cultural e nos recursos naturais presentes no território, visando a sustentabilidade ambiental, social, cultural, econômica e política das comunidades;
- Buscar medidas juntos ao Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF), para realização de assistência técnica e extensão rural, visto que alguns moradores do Campo Grande sentem falta de um assessoramento quanto manejo de reprodução dos licurizeiros (utilizado no artesanato).
- Construção de centros de atendimento a visitantes e a construção da Casa do Artesão, com o objetivo de fortalecer o turismo nas CRQ e desenvolvê-las economicamente, com a matéria prima de cada região;
- Cursos de capacitação profissional nos municípios, no âmbito do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego – PRONATEC Turismo;
- Implementar a Economia Solidária, elaborando um plano de etno desenvolvimento e Economia Solidária com a identificação e apoio aos empreendimentos econômicos solidários do território.

- Buscar empresas (como o SEBRAE) para realizar o assessoramento aos empreendimentos nas temáticas do cooperativismo, associativismo e comercialização.
- Estimular as pessoas a aderirem ao programa de práticas alternativas, com a utilização de plantas medicinais, para os mais diversos tipos de adoecimentos e prevenção de agravos.

Plano estratégico situacional para a faceta, TRANSPORTE

- Disponibilizar transporte público de qualidade aos moradores das CRQ

### ✓ **DOMÍNIO PSICOLÓGICO**

Plano estratégico situacional para a faceta, ESPIRITUALIDADE, RELIGIÃO E CRENÇAS PESSOAIS

- Criação de um grupo para discutir sobre espiritualidade, religião e crenças pessoais, na busca de desmistificar alguns preconceitos e qual quer que seja as formas de intolerância religiosa.

Plano estratégico situacional para a QUALIDADE DE VIDA EM GERAL:

- Realizar rondas policiais com maior frequência nas CRQ;
- Trazer para as CRQ a Arca das Letras, que é um projeto do Programa de Bibliotecas Rurais;
- Realizar a regularização fundiária, viabilizar equipes e recursos para análise de documentos de domínio, medição/demarcação das propriedades e avaliação dos imóveis rurais nesta situação. Emissão de títulos coletivos
- Ações de infraestrutura, as comunidades não contam com rede de saneamento básico, algumas residências se encontram em decadência.

- Implementar as ações do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE e Cardápio Diferenciado para escolas quilombolas;
- Disponibilizar caminhões que façam a coleta dos resíduos comuns diariamente, esta prática será positiva para a redução das queimas dos lixos e também pelo não acúmulo desses resíduos em casa durante 3 a 4 dias (evitando propagação de pragas e insetos).
- Ampliar o abastecimento de água para 100% em ambas as CRQ, evitando a utilização de água possivelmente contaminada;
- Realizar rodas de conversa, junto aos fazendeiros na tentativa de diminuir a utilização dos agrotóxicos, já que na CRQ no Campo Grande foi bastante significativo o número de pessoas que adoecem em virtude do uso dos pesticidas que são levados pelo vento.

Com a construção do Plano de Ações, torna-se importante a criação de uma comissão integrada pelas lideranças da comunidade (o controle social das comunidades quilombolas), em respeito ao direito de consulta a povos e comunidades tradicionais, conforme previsto pela Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), para atuarem junto às esferas municipais e estaduais na busca de melhorias em sua qualidade de vida.

A divulgação desse plano de ações, é fundamental importância para dar visibilidade às ações que são almeçadas e que poderão ser utilizadas como base para CRQ com perfis semelhantes.



**REFERÊNCIAS**

MATUS C. O. **Plano como aposta.** São Paulo Perspec, v. 5, n. 4, p. 28-42. 1991.

RIBEIRO P. da C. et al., Ferramentas para o diagnóstico comunitário de saúde na consolidação da estratégia saúde da família. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 2, n. 15, p. 161-174, 2005.

## ANEXO A – FORMULÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL–Bref)

### **Domínio geral**

1. Qualidade de vida de modo geral
2. Satisfação com a a própria saúde

### **Domínio I - Domínio físico**

3. Dor e desconforto
4. Energia e fadiga
5. Sono e repouso

### **Domínio II - Domínio psicológico**

6. Sentimentos positivos
7. Pensar, aprender, memória e concentração
8. Autoestima
9. Imagem corporal e aparência
10. Sentimentos negativos

### **Domínio III - Nível de Independência**

11. Mobilidade
12. Atividades da vida cotidiana
13. Dependência de medicação ou de tratamentos
14. Capacidade de trabalho

### **Domínio IV - Relações sociais**

15. Relações pessoais
16. Suporte (Apoio) social
17. Atividade sexual

### **Domínio V- Ambiente**

18. Segurança física e proteção
19. Ambiente no lar
20. Recursos financeiros
21. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
22. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
23. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
25. Transporte

## Domínio VI- Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais

### 26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais.

1	Como você avalia sua qualidade de vida?	<b>Muito ruim</b> = 1	<b>Ruim</b> = 2	<b>Nem ruim nem boa</b> = 3	<b>Boa</b> = 4	<b>Muito boa</b> = 5
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde	<b>Muito insatisfeito</b> = 1	<b>Insatisfeito</b> = 2	<b>Nem satisfeito nem insatisfeito</b> = 3	<b>Satisfeito</b> = 3	<b>Muito satisfeito</b> = 5

**As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.**

		<b>Nada</b>	<b>Muito pouco</b>	<b>Mais ou menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

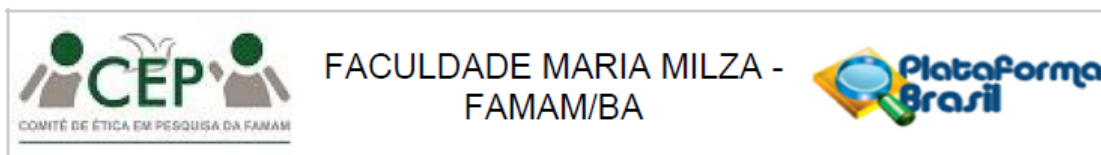
<b>As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.</b>						
		Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
<b>As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.</b>						
		Muito ruim = 1	Ruim = 2	Nem ruim nem bom = 3	Bom = 4	Muito bom = 5
15	Quão bem você é capaz de se locomover?					
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5

18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

**As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.**

26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	<b>Nunca = 1</b>	<b>Alguns vezes = 2</b>	<b>Frequentemente = 3</b>	<b>Muito frequentemente = 4</b>	<b>Sempre = 5</b>
----	---	------------------	-------------------------	---------------------------	---------------------------------	-------------------

## ANEXO B- PARECER CONSUSBTANCIADO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VULNERABILIDADES NA QUALIDADE DE VIDA DE UMA COMUNIDADE REMANESCENTE DE QUILOMBO

**Pesquisador:** MILLEIDY CEZAR PEIXOTO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 86986618.8.0000.5025

**Instituição Proponente:** FACULDADE MARIA MILZA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.586.014

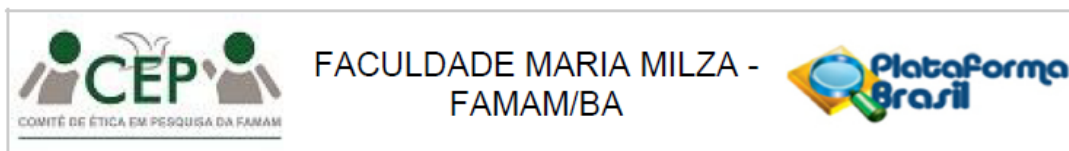
#### Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa se justifica por que pode possibilitar uma análise da qualidade da atenção ofertadas pelos serviços de saúde nas comunidades, contribuindo de modo excepcional para os profissionais de saúde em especial aos enfermeiros(as) que atuam diretamente nessa comunidade, porque além de apontar aspectos da atenção dispensada pelos serviços, subsidiará o processo de planejamento para uma possível reestruturação das ações desenvolvidas, refletindo positivamente em uma redução de custos com a atenção secundária e terciária e com a saúde individual e coletiva.

A validade social desta pesquisa está relacionada com a constatação que o Brasil é o maior país de população negra fora do continente africano. Logo, não é aceitável o desconhecer necessidades desta população, no que diz respeito à definição de políticas públicas de melhorias em sua Qualidade de Vida (QV), do ponto de vista do acesso à educação, ao mercado de trabalho e à saúde.

Enquanto a validade científica está relacionada com a avaliação da qualidade de vida que tem se tornado gradualmente importante para a assistência à saúde, havendo aprimoramento e sofisticação em sua metodologia de avaliação, focada em avaliações subjetivas e medindo a percepção individual da qualidade de vida dos indivíduos. É importante destacar que qualidade de vida associada à saúde é mais do que ter acesso a serviços médicos-assistenciais de qualidade, ela engloba diversos aspectos importantes para a saúde humana.

**Endereço:** Rodovia BR. 101, Km 215 - Zona Rural, Sungaia  
**Bairro:** Zona Rural **CEP:** 44.350-000  
**UF:** BA **Município:** GOVERNADOR MANGABEIRA  
**Telefone:** (75)3638-2549 **E-mail:** conselho.etica@famam.com.br



Continuação do Parecer: 2.586.014

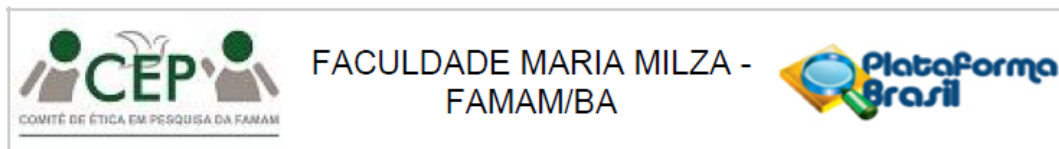
O suporte bibliográfico é adequado para o desenvolvimento da pesquisa. O tema desta investigação é coerente com a formação e atuação da pesquisadora responsável, e se refere a uma pesquisa tecnicamente viável para o cenário em que está inserida. A pesquisa é de natureza descritiva e de abordagem quali-quantitativa. As áreas de estudo, se limitarão as Unidades de Saúde da Família (USF) que atendem os moradores das Comunidades Remanescentes Quilombolas (CRQs) do Campo Grande e da Baixa da Linha, localizados nos municípios de Santa Teresinha e Cruz das Almas, respectivamente. Será realizado um levantamento a fim de se identificar o número de usuários atendidos pela USF adstrita a cada CRQ. A quantidade de participantes na pesquisa será definida por meio de uma amostragem estatística aleatória estratificada. Serão aplicados os critérios de inclusão: Residir na comunidade há mais de um ano; idade igual ou superior a 18 anos; Estar cadastrado na Unidade de Saúde da Família adstrita. Serão excluídos: os moradores que se recusarem a participar da pesquisa e os que estiverem ausentes do quilombo no período da coleta de dados. A coleta de dados será por meio da aplicação de dois formulários o WHOQOL-bref e o de aspectos sociodemográficos e saúde, ambos com questões objetivas. O primeiro formulário a ser aplicado será o questionário sócio-demográfico e de saúde, neste são descritas as características pessoais, como sexo e idade, características socioeconômicas, como grau de escolaridade e situação de trabalho, e relações com família e amigos. O segundo formulário a ser aplicado é o WHOQOL-bref tem por objetivo realizar uma análise da qualidade de vida dos quilombolas, abordando as 26 questões presentes no instrumento, às mesmas são referentes a quatro domínios, são eles: físico, psicológico, relações social e meio ambiente. As respostas às questões são apresentadas em forma de escala Likert de cinco pontos. Os dados serão armazenados em banco de dados, onde será utilizada uma planilha eletrônica do Microsoft Office do Excel-2013. E, posteriormente, todas as informações coletadas serão processadas e transferidas para análise no Programa Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 22.0, já que este software é recomendado e validado para obtenção dos escores no instrumento de QV. Para calcular o escore médio para o WHOQOL-bref, serão atribuídos valores as respostas nominais. Será calculado o coeficiente Alfa de Cronbach. Será calculado, também, o coeficiente de correlação de postos de Spearman, afim de estimar a correlação de duas variáveis que não tem distribuição conjunta normal bivariada

#### Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Analisar a qualidade de vida de pessoas que vivem em comunidades remanescentes de quilombos

Endereço: Rodovia BR. 101, Km 215 - Zona Rural, Sungaia  
 Bairro: Zona Rural CEP: 44.350-000  
 UF: BA Município: GOVERNADOR MANGABEIRA  
 Telefone: (75)3638-2549 E-mail: conselho.etica@famam.com.br



Continuação do Parecer: 2.586.014

em municípios baiano.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS

Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde;

Descrever os domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais) referentes à qualidade de vida;

Comparar os domínios referentes à qualidade de vida entre uma comunidade rural e outra urbana;

Realizar um diagnóstico situacional dos principais fatores que interferem na qualidade de vida das populações em estudo.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos que essa pesquisa pode oferecer aos participantes são: desconforto, stress e/ou constrangimento durante as perguntas. Quando isso ocorrer, será permitido que o participante tenha pausas para descanso e recomposição do estado emocional e para manter a privacidade dos participantes as questões serão realizadas de maneira individual em local reservado para esse fim.

Os benefícios da pesquisa serão a comunicação pelo profissional responsável pela pesquisa, caso seja detectada a presença de qualquer problema de saúde diagnosticado e como a pesquisa busca ampliar a atuação em saúde e gerar reflexões os resultados poderão ser úteis na formulação de políticas de saúde melhorando a qualidade de vida das comunidades avaliadas.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

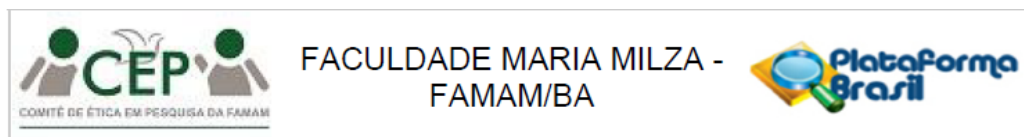
A falta de acesso aos bens coletivos pelas comunidades quilombolas, surge o interesse em aprofundamento sobre a qualidade de vida desta população, afim de que se saiba de que forma fatores intrínsecos e extrínsecos impactam na qualidade de vida destas pessoas. Existe uma escassa literatura sobre o uso de serviços de saúde pela população quilombola no Brasil e suas condições de qualidade de vida ainda são pouco exploradas, sendo assim, significativa a necessidade de trabalhos que tratem, apontem, e tornem conhecidas os aspectos de saúde destas comunidades.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos que compõem um protocolo de pesquisa e necessários para análise dos aspectos éticos da proposta se encontram em consonância com a Resolução 466/12 do CNS.

Endereço: Rodovia BR. 101, Km 215 - Zona Rural, Sungaia  
 Bairro: Zona Rural CEP: 44.350-000  
 UF: BA Município: GOVERNADOR MANGABEIRA  
 Telefone: (75)3638-2549 E-mail: conselho.etica@famam.com.br





Continuação do Parecer: 2.586.014

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A Resolução 466/12 da Conep/CNS/MS apresenta no parágrafo XI – DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL e no subparágrafo XI.2 – Cabe ao Pesquisador e no item d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final. Por isso, esclarece-se que “Após a defesa da dissertação, deve-se salva-la em arquivo PDF e enviá-la à Plataforma Brasil.”.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1021689.pdf	22/03/2018 08:33:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	milleydeprojetoCEPatual.docx	22/03/2018 08:33:25	Larissa Rolim Borges Paluch	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Investigador	TCLEMI.docx	20/03/2018 14:57:31	Larissa Rolim Borges Paluch	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMI.docx	20/03/2018 14:57:31	Larissa Rolim Borges Paluch	Aceito
Folha de Rosto	MIFOLHAROSTO.pdf	20/03/2018 14:55:44	Larissa Rolim Borges Paluch	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	20/03/2018 14:53:44	Larissa Rolim Borges Paluch	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rodovia BR. 101, Km 215 - Zona Rural, Sungaia  
 Bairro: Zona Rural CEP: 44.350-000  
 UF: BA Município: GOVERNADOR MANGABEIRA  
 Telefone: (75)3638-2549 E-mail: conselho.etica@famam.com.br