



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO

THIARA NERES BISPO VITORIO DO CARMO

**FATORES ASSOCIADOS A DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM
COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE FEIRA DE SANTANA-BA.**

FEIRA DE SANTANA-BA

2020

THIARA NERES BISPO VITORIO DO CARMO

**FATORES ASSOCIADOS A DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM
COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE FEIRA DE SANTANA-BA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Edna Maria de Araújo

FEIRA DE SANTANA

2020

Carmo, Thiara Neres Bispo Vitorio do

C285f Fatores associados a doenças crônicas não transmissíveis em comunidades quilombolas de Feira de Santana–Ba/Thiara Neres Bispo Vitorio do Carmo. -2020.

99f.: il.

Orientadora: Edna Maria de Araújo

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2020.

1. Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). 2. Quilombolas. 3. Fatores de risco. 4. Perfil epidemiológico. 5. Quilombo. I. Araújo, Edna Maria de, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 616-036.1

THIARA NERES BISPO VITORIO DO CARMO

**FATORES ASSOCIADOS A DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM
COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE FEIRA DE SANTANA-BA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dra. Edna Maria de Araújo
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Titular: Prof. Dr. Hilton Pereira Silva
Universidade Federal do Pará – UFPA

Titular: Prof^a. Dra. Sheila Regina dos Santos Pereira
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Suplente: Prof. Dr. Roberto dos Santos Lacerda
Universidade Federal de Sergipe – UFS

Suplente: Prof. Dr. Djanilson Barbosa dos Santos
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu Deus por tudo o que Ele é em minha vida e por ter me permitido chegar até aqui, renovando minhas forças, me sustentando nessa jornada e me abençoando sempre, sem Ele eu nada seria, toda honra e toda glória seja dada a Ele.

À minha filha por ter chegado em minha vida durante esse período do mestrado me transformando e me tornado mais feliz, e por muitas vezes ser minha motivação para seguir em frente quando pensava em desistir. O seu lindo sorriso me dava forças para prosseguir, eu te amo minha Pérola preciosa!

Ao meu esposo Thierry pela parceria, companheirismo, paciência, por muitas vezes suportar minhas ausências e meus estresses, por assumir os cuidados de Pérola para que eu pudesse estudar, pelas palavras de motivação, pelo carinho, atenção e por suas orações por mim. Eu te amo muito!

Ao meu irmão Tiago e minha cunhada Jamile, por acreditarem no meu potencial, por me incentivar sempre. À minha mãe Fátima, meu exemplo de vida, minha amiga, guerreira e vitoriosa, meu maior orgulho, mãe sou a pessoa mais feliz desse mundo por ser sua filha! Ao meu pai Walter, que sempre me apoiou nessa caminhada, me incentivando, me motivando a seguir em frente. Eu tenho orgulho de ser sua filha! Agradeço a vocês também por todo suporte nos cuidados com Pérola durante o mestrado.

Aos meus familiares e amigos que me acompanharam nessa caminhada e vibram com as minhas conquistas. Em especial a minha sogra Verônica por cuidar de minha filha, pela preocupação e cuidados até mesmo com a minha alimentação, para que eu pudesse me dedicar à pesquisa. À minha avó Carmelita pelas orações e por me motivar. À minha prima-irmã Raquel por todo apoio, escuta e incentivo!

À minha Igreja Batista da Proclamação, minha família em Cristo, que ora por mim e me apóia sempre!

À Professora Edna por acreditar em mim e me encorajar, por sua dedicação, atenção, paciência comigo e por ser esse exemplo de profissional dedicada, responsável e compromissada. Tenho orgulho de dizer que sou sua orientanda! Obrigada por tudo, por todos os ensinamentos transmitidos!

À minha amiga Roberta pela parceria acadêmica e pessoal, por me incentivar a trabalhar com essa temática, pela confiança em me disponibilizar seu banco de dados, e me inspirar sempre, você é mais que uma amiga!

À professora Sheila por todo apoio e ensinamentos acerca das análises dos dados e por ter me acompanhado durante todo esse processo.

Ao professor Carlos pela alegria, motivação, empatia e por ser esse ser tão humano cativante e ímpar que tornou essa jornada mais leve! Muito obrigada por tudo que o senhor fez por mim nesse mestrado!

Aos Professores Hilton, Roberto e Djanilson pelo apoio, incentivo e por todas as contribuições as quais foram fundamentais para a qualificação do meu projeto bem como a conclusão da dissertação.

Aos demais professores do MESAUCO-UEFS que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, por todos os ensinamentos que me fizeram chegar até aqui e me tornar Mestre!

A todos os integrantes do NUDES, em especial Urânia, Felipe, Ionara, Daniel, Mona, Selton, Tamires, pelo incentivo, apoio e por compartilharem comigo experiências e conteúdos que foram fundamentais para a construção dessa pesquisa.

A toda minha turma de mestrado pelas experiências e conhecimentos compartilhados e por ter se tornado uma família para mim, agradeço a cada um pelos cuidados e atenção comigo em todos os momentos dessa jornada, vocês são muito especiais pra mim!

Ao meu amigo Jean Carlo por toda paciência em me ensinar sobre as análises estatísticas, sobre o manuseio do SPSS e por me motivar a seguir em frente, eu sou muito grata a você meu amigo, que mesmo tendo tantas demandas sempre tinha um tempinho para tirar as minhas dúvidas!

À UEFS, CAPES e FAPESB, pelo apoio material e financeiro o qual foi fundamental para a realização dessa pesquisa.

CARMO, Thiara Neres Bispo Vitorio do. **Fatores Associados A Doenças Crônicas Não Transmissíveis Em Comunidades Quilombolas de Feira De Santana-Ba**. 99fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana-Ba, 2020.

RESUMO

Estudos acerca das condições de vida e saúde, bem como dos fatores associados à ocorrência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em comunidades quilombolas ainda são escassos tendo em vista o contexto de vulnerabilidade social vivenciado pelos quilombolas e a magnitude que representa as DCNT nessa população. **Objetivos:** Analisar as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes e seus fatores associados nas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia, no ano de 2016. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório do tipo corte transversal de base primária realizado com 864 adultos quilombolas, de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos, residentes nas duas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia. Foram feitas análises descritivas e bivariadas, considerando um IC95% e $p \leq 0,20$ para verificar a associação entre as variáveis de exposição e de desfecho, assim como foi feita análise multivariada intra-blocos, baseada no modelo de Poisson com variância robusta considerando um IC95% e $p \leq 0,05$, a fim de identificar os fatores associados às doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes, a saber: Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) que inclui Hipertensão (22,3%), Doenças Cardíacas (5,9%) e outras Doenças do Aparelho Circulatório (7,5%), e além dessas a Diabetes (7,8%). Os dados foram analisados por meio do *software estatístico Statistic Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22.0. A partir dos achados da pesquisa foram elaborados dois artigos científicos. O primeiro artigo corresponde a um estudo descritivo, o qual visou traçar o perfil epidemiológico das condições de vida e saúde de quilombolas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis mais prevalentes. Participaram deste estudo 244 adultos, de ambos os sexos, os quais relataram ter pelo menos uma das DCNT estudadas. Para atingir o objetivo deste artigo, foram estimadas as médias das variáveis quantitativas e calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas de cada comunidade. O segundo artigo se constitui em um estudo exploratório, o qual analisou os fatores associados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis mais prevalentes nas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia. Foram realizadas análises bivariadas e multivariadas para verificação de associação estatisticamente significativa. **Resultados:** No primeiro artigo, constatou-se que nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA a população com DCNT possui características demográficas e socioeconômicas bem similares, sendo que as duas se encontram vulnerabilizadas em sua condição de vida e saúde. Dos 244 quilombolas analisados a predominância de DCNT foi maior no sexo feminino (73%) em ambas as comunidades, na faixa de idade acima de 60 anos (50,2%), com escolaridade < 8 anos de estudo (79,1%), mais de 80% possui renda < 1 salário mínimo em ambas as comunidades, em relação a condições ambientais e de moradia 95% possuem casa de alvenaria, 99% não tem rede de esgoto e na comunidade Lagoa Grande 54,9% não possui coleta regular de lixo. Sobre os hábitos de vida destaca-se o maior consumo de bebida alcoólica (11%) e tabagismo (5,5%). Sobre a situação de saúde, em ambas as comunidades houve o predomínio de autoavaliação “regular” de saúde (70,4%) e 45% relataram procurar pelo serviço de saúde raramente. No segundo artigo, através da análise bivariada foram observadas associações estatisticamente significantes às DCNT as seguintes variáveis: Sexo; faixa etária; renda; estado conjugal; escolaridade; trabalha; quantidade de cômodos na casa; iluminação da casa; consumo de bebida alcoólica;

procura pelo serviço de saúde; como se sente nos últimos 15 dias; autoavaliação de saúde; problemas com cárie; consumo de frutas, verduras e legumes; visita ao dentista e uso de medicamento. No entanto, a regressão multivariada hierarquizada evidenciou que apenas quatro das variáveis apresentadas acima se mostraram associadas ao desfecho, a saber: Faixa etária, quantidade de cômodos da casa, procura pelo serviço de saúde e uso de medicamento. **Conclusões:** Produziram-se evidências científicas acerca das condições de vida e saúde das comunidades quilombolas do município de Feira de Santana-BA e dos fatores associados às doenças crônicas não transmissíveis de maior prevalência nessas populações, estes fatores são de fundamental importância para auxiliar um melhor planejamento e controle dessas doenças e a priorização de ações de promoção à saúde da população quilombola. Espera-se que através dos resultados encontrados neste estudo, novas pesquisas sejam feitas de modo a contribuir para a implementação de políticas sociais e de saúde específicas para essa população.

Palavras Chaves: Quilombolas, Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Fatores de Risco, Perfil epidemiológico, Quilombo.

CARMO, Thiara Neres Bispo Vitorio do. **Fatores Associados A Doenças Crônicas Não Transmissíveis Em Comunidades Quilombolas de Feira De Santana-Ba.** 99fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana-Ba, 2020.

ABSTRACT

Studies on life and health conditions, as well as factors associated with the occurrence of Chronic Non-Communicable Diseases (NCD) in quilombola communities, are still scarce in view of the context of social vulnerability experienced by the quilombolas and the magnitude that the NCDs represent in this population. **Objectives:** To analyze the most prevalent chronic non-communicable diseases and their associated factors in the quilombola communities of Feira de Santana, Bahia, in 2016. **Materials and Methods:** This is a scoping cross-sectional study with a primary baseline carried out with 864 quilombola adults of both sexes, over the age of 18, living in the two existing quilombola communities of Feira de Santana, Bahia. Descriptive and bivariate analyses were performed, considering a 95%CI and $p \leq 0.20$, to verify the association between exposure and outcome variables, as well as a multivariate intra-block analysis, based on the Poisson model with robust variance, considering a 95%CI and $P < 0.05$, in order to identify the factors associated with the most prevalent chronic non-communicable diseases, namely: Diseases of the Circulatory System (DAC) which includes Hypertension (22.3%), Heart Diseases (5.9%) and other Diseases of the Circulatory System (7.5%), and, in addition to these, Diabetes (7.8%). The data were analyzed using the statistical software Statistic Package for Social Sciences (SPSS), version 22.0. Deriving out of the findings of the research, two scientific articles were elaborated. The first article corresponds to a descriptive study, which aimed to trace the epidemiological profile of the living and health conditions of quilombolas with the most prevalent Chronic Non-Communicable Diseases. This study included 244 adults of both sexes, who reported having at least one of the NCDs studied. In order to achieve the objective of this article, the averages of the quantitative variables were estimated and the absolute and relative frequencies of the qualitative variables of each community were calculated. The second article is an exploratory study, which analyzed the factors associated with Chronic Non-Communicable Diseases most prevalent in the quilombola communities of Feira de Santana, Bahia. Bivariate and multivariate analyses were performed to verify statistically significant associations. **Results:** In the first article, it was found that the population with NCD in both of the quilombola communities of Feira de Santana-BA has very similar demographic and socioeconomic characteristics, both of which being in vulnerable conditions of living and health. Out of the 244 quilombolas analyzed, the predominance of NCDs was greater in females (73%) in both communities, and among the ones: aged over 60 years (50.2%), with 8 years or less of schooling (79.1%) and more than 80% had an income of less than one minimum wage in both communities. About the environmental and housing conditions, 95% have a masonry house, 99% do not have a sewerage system and in the Lagoa Grande community and 54.9% do not have regular garbage collection. Regarding life habits, the high consumption of alcoholic beverages (11%) in the Lagoa Grande community stands out, as well as the habit of smoking

(5.5%) in this community. As to the health situation, in both communities there was a predominance of “regular” self-analysis health (70,4%) and 45% reported rarely seeking health services. In the second article, through the bivariate analysis, statistically significant associations with NCDs were observed with the following variables: Sex; age group; income; marital status; schooling; works; number of rooms in the house; house lighting; alcoholic beverage consumption; looking for the health service; presented feelings in the last 15 days; self-rated health; problems with caries; consumption of fruits and vegetables; visit to the dentist and use of medication. However, the hierarchical multivariate regression showed that only four of the variables presented above were associated with the outcome, namely: Age group, number of rooms in the house, demand for health services and use of medication. **Conclusions:** Scientific evidence has been produced regarding the living and health conditions of the quilombola communities of the municipality of Feira de Santana-BA and the factors associated with the highest prevalence of chronic non-communicable diseases in these populations, these aspects are fundamental to assist in a better planning and control of these diseases and the prioritization of health promotion actions to the quilombola population. It is expected that through the results found in this study, new researches ought to be performed in order to contribute to the implementation of social and health policies specific to the quilombola population.

Keywords: Quilombolas, Chronic Non-Communicable Diseases, Risk Factors, Epidemiological Profile, Quilombo.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)	25
Figura 2 – Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Diderichsen e Hallqvist	26
Figura 3 - Modelo teórico-conceitual da relação entre DSS e Doenças Crônicas não Transmissíveis em Quilombolas	28
Mapa 1 - Mapa da Comunidade Quilombola Matinha dos Pretos	34
Mapa 2 - Mapa da Comunidade Quilombola Lagoa Grande	35

LISTA DE TABELAS

ARTIGO I

Tabela 1-Perfil demográfico e socioeconômico das pessoas com DCNT mais prevalentes nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016 45

Tabela 2 – Características das condições ambientais das pessoas com DCNT mais prevalentes nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016 46

Tabela 3 - Frequências da situação de saúde e hábitos de vida das pessoas com DCNT mais prevalentes nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016 47

ARTIGO II

Tabela 1-Perfil demográfico e socioeconômico da população estudada nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016 65

Tabela 2- Associações Bivariadas entre Doenças Crônicas Não Transmissíveis com características demográficas, socioeconômicas, nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016 67

Tabela 3- Associações Bivariadas entre Doenças Crônicas Não Transmissíveis com características ambientais, nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016 68

Tabela 4- Associações Bivariadas entre Doenças Crônicas Não Transmissíveis com situação de saúde nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016 69

Tabela 5- Modelo final da análise multivariada hierarquizada com modelo de Poisson com variância robusta dos fatores associados à DCNT nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016 70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CAGE *Cut down Anonoyed Guilt Eyeopener*

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CNPQ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DCNT Doença Crônica Não Transmissível

DSS Determinantes Sociais da Saúde

DAC Doença do Aparelho Circulatório

FAPESB Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC Intervalo de Confiança

OR *OddsRatio*

PBQ Programa Brasil Quilombola

PNSIPN Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

SEPPIR Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SPSS *Statistical Package for the Social Sciences*

SRQ-20 *Self-Reporting Questionnaire*

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEFS Universidade Estadual de Feira de Santana

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação representa o produto final do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, desenvolvida no núcleo de pesquisa NUDES – Núcleo Interdisciplinar de Estudos Sobre Desigualdades em Saúde do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia. A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) financiou essa pesquisa através de financiamento de bolsa de estudo durante 28 meses.

A pesquisa objetivou analisar as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes e seus fatores associados nas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia, no ano de 2016. A introdução apresenta a população quilombola, as doenças crônicas não transmissíveis e o modo em que essas doenças afetam esta população.

Após a seção de introdução é apresentada a revisão da literatura na qual o primeiro capítulo versa sobre Populações Quilombolas. O segundo explana os Determinantes Sociais da Saúde. O terceiro traz informações sobre as Doenças crônicas não transmissíveis. Em seguida, encontra-se a metodologia utilizada para a realização deste trabalho.

Os resultados e discussão estão apresentados em dois artigos científicos os quais estão em preparação para submissão em revista científica. O primeiro artigo aborda o Perfil epidemiológico das pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis mais prevalentes nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-Ba. O segundo artigo refere-se aos Fatores associados a Doenças Crônicas não Transmissíveis mais prevalentes nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-Ba. Por fim, temos as considerações finais, referências utilizadas e os anexos que compõem a pesquisa.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	20
2.1 GERAL.....	20
2.2 ESPECÍFICOS	20
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1 POPULAÇÕES QUILOMBOLAS	21
3.2 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	25
4 MATERIAIS E MÉTODOS	34
4.1 TIPO DE ESTUDO	34
4.2 ÁREA DE ESTUDO	34
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	36
4.4. COLETA DE DADOS	37
4.5 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS	38
4.5.1 Variável desfecho	38
4.5.2 Variáveis de exposição.....	38
4.6 ANÁLISE DE DADOS	39
4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	39
5 RESULTADOS	41
5.1 ARTIGO 1	41
5.2 ARTIGO 2	59
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS	83
ANEXOS	89
ANEXO A: Autorização de utilização do Banco de Dados	90
ANEXO B: AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA UEFS (CEP-UEFS)	91
ANEXO C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	93
ANEXO D: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- BLOCOS	94

1 INTRODUÇÃO

Na sociedade brasileira os brancos, negros (pretos e pardos), e indígenas ocupam espaços diferentes, essas diferenças se refletem nos indicadores sociais onde negros e indígenas possuem os piores indicadores de escolaridade, estão inseridos nos piores postos de trabalho e têm menos acesso a bens, serviços sociais e de saúde (MEDEIROS et al., 2013). Estas desigualdades, também vivenciadas pelas populações quilombolas, são resultantes de diversos fatores, principalmente do racismo e discriminação social, os quais estão enraizados na cultura e nos comportamentos da sociedade brasileira, levam à miséria material, isolamento espacial e social, restrições à participação política, adoecimento/morte (BATISTA, MONTEIRO, MEDEIROS, 2013).

Segundo a Portaria de nº 98/2007, referente ao cadastro nacional de remanescentes das comunidades de quilombos, realizado pela Fundação Cultural Palmares, define-se as populações quilombolas como grupos de etnia/raça autodefinida, com relação à ancestralidade negra com experiências vivenciadas de sofrimento e de comportamentos de resistência histórica. Em se tratando das desigualdades étnico-raciais, os quilombolas sofreram e ainda sofrem desse mal, por se tratar de um grupo em situação de vulnerabilidade social, que vivencia os reflexos do racismo, bem como, decorre de um processo histórico de resistência à escravidão e invisibilidade tanto política quanto social, do pós-abolicionismo ao reconhecimento na *Constituição Federal* de 1988, cujo reflexo está expresso em piores indicadores sociais e de saúde (KOCHERGIN, PROIETTI E CÉSAR, 2014).

Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), criada a partir dos movimentos sociais, em especial o movimento negro em busca da democratização da saúde, tem como finalidade superar as situações de vulnerabilidade em saúde vivenciadas pela população negra bem como combater a discriminação étnico-racial nos serviços e atendimentos oferecidos no SUS. Assim “A PNSIPN define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão, voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população” (BRASIL, 2013, p.13).

Estudos apontam os piores indicadores em saúde nas populações pretas e pardas, evidências indicam que os negros têm maior incidência de doenças e morrem mais precocemente, em todas as idades (BEZERRA et al., 2013, MALTA et al., 2015). Ao observar o status de vulnerabilidade das condições de vida e saúde das comunidades quilombolas no Brasil, nota-se um aumento da prevalência de casos de adoecimento crônico

entre estas populações (MELO E SILVA, 2015). O aumento das doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes observado nas comunidades quilombolas reflete que essas comunidades já apresentam uma transição em seu perfil epidemiológico (VOLOCHKO; BATISTA, 2009).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são doenças de longa permanência que não têm cura sendo necessário acompanhamento médico e tratamento por todo o curso da vida, essas doenças apresentam episódios de melhora e piora podendo ser controladas (CASADO et al., 2009). Estas doenças são consideradas como um grande problema mundial de saúde, pois as mesmas têm gerado elevado número de mortes precoce, gera limitações e incapacidades nos indivíduos, afeta negativamente na sua qualidade de vida, além de serem responsáveis por impactos econômicos para famílias, comunidades e para a sociedade em geral (WHO, 2011).

“Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que as DCNT são responsáveis por 71% de um total de 57 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2016” (WHO, 2018, p.10). “No Brasil, as DCNT são igualmente relevantes, tendo sido responsáveis, em 2016, por 74% do total de mortes, com destaque para as doenças cardiovasculares (28%), as neoplasias (18%), as doenças respiratórias (6%) e o diabetes (5%)” (WHO, 2018, p.51). é importantes destacar que os indivíduos de todas as camadas socioeconômicas têm sido atingidos por essas doenças, porém nota-se que estas atingem de forma mais intensa, aqueles indivíduos pertencentes a grupos vulnerabilizados, a exemplo das populações quilombolas (MALTA E COLS, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde as DCNT afetam fortemente as camadas pobres da população e grupos mais vulnerabilizados, as quais são aquelas de baixa renda e escolaridade, por estarem mais expostas aos riscos e terem menor acesso aos serviços e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). As populações quilombolas estão entre os grupos de grande vulnerabilização social do País, principalmente no que diz respeito à saúde, a qual se apresenta precária em praticamente todas as regiões brasileiras, apresentando-se como um dos grupos mais afetados pelas DCNT. (CARDOSO, MELO, FREITAS, 2018)

Diante dessa realidade a PNSIPN:

Tem como propósito garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, nesse sentido ela inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não-transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência,

bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra (BRASIL, 2013, p.13).

Existem evidências de que é elevada a prevalência de fatores de risco para DCNT em grupos remanescentes de quilombos. Em pesquisa sobre doença crônica nas comunidades quilombolas em Minas Gerais, realizada em 2013, observou-se que os maiores fatores de risco foram: elevado consumo de refrigerante (23,5%); consumo de carne com gordura (41,8%); consumo de frango com pele (40,7%); baixo consumo de frutas (66,1%); uso de sal diretamente no prato (26,9%); tabagismo (24,1%); uso excessivo de bebidas alcoólicas (31,6%); sedentarismo (63,9%) e excesso de peso (47,9%) (OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016).

Um estudo epidemiológico realizado em comunidades quilombolas do estado do Pará no período de 2012 a 2014, mostrou elevado índice de DCNT em adultos, sendo que 87,8% apresentaram problemas crônicos relacionados ao sistema digestivo e 48,8% indicaram algum nível de pré-hipertensão ou hipertensão arterial. Além disso, observou-se que tanto os fatores sociais estão ligados ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, quanto às questões relacionadas ao estilo de vida, tais como, consumo de álcool, ausência da prática de exercícios físicos e tabagismo (MELO; SILVA, 2015).

Cardoso et al.(2015), em seu estudo sobre consumo de álcool entre residentes de comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, observou que 10,7% da amostra estudada apresentaram um padrão de consumo considerado de risco para bebidas alcoólicas. Esses autores afirmam que o uso contínuo e permanente de álcool está associado ao aumento de doenças crônicas. Ademais, estudos mostram que o estado de cronicidade das doenças se eleva quando observado em contextos de vulnerabilidade social como situação de discriminação por razões econômicas, educacionais e étnico raciais (LOPES, 2005; SANTOS, 2011; MALTA, et al., 2017).

Diante do aumento da prevalência de DCNT observado nas populações quilombolas, se fazem necessárias pesquisas sobre essa problemática. Com base na tabela de distribuição geral de comunidades remanescentes de quilombos, elaborada pela Fundação Cultural Palmares atualizada até a portaria nº171/2020 (publicada no DOU de 29/10/2020), nota-se que a Bahia se constitui em território brasileiro com um dos maiores quantitativos populacionais de povos remanescentes de quilombos são 823 comunidades quilombolas certificadas atualmente (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020).

Na Bahia há escassez de evidências científicas acerca dos fatores associados à ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis nessa população. Além disso, observa-se a ausência de estudos voltados para essa temática em comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA.

Portanto, o presente estudo se justifica pela magnitude das DCNT principalmente em relação à situação de vulnerabilidade que as comunidades quilombolas vivem, sendo importante a identificação das DCNT e seus fatores associados nessa população específica. Outro fator importante para a realização deste estudo é a grande proporção de idosos residentes nessas comunidades os quais apresentam maior probabilidade de desenvolver DCNT, além disso, esse estudo poderá trazer dados relevantes para a ampliação do estado da arte no que diz respeito às DCNT e as condições de saúde dessas comunidades vulnerabilizadas, já que há uma escassez de evidências científicas acerca dessa temática. Para tanto, temos como objetivo analisar as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes e seus fatores associados nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-Ba.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes e seus fatores associados nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-Ba.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil epidemiológico das pessoas com DCNTs mais prevalentes nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-Ba
- Verificar os fatores associados às doenças crônicas não transmissíveis nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-Ba.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 POPULAÇÕES QUILOMBOLAS

A palavra “quilombo” foi originada da linguagem “bantu”, remontando aos séculos XVI e XVII na África Central. A origem desta palavra versa sobre uma maneira popularizada de viver em grupos formados por rebeldes do sistema escravista que se refugiavam nas florestas (MUNANGA, 1996; NUNES, 2013; FREITAS et al., 2011). De forma geral os povos remanescentes de quilombos assumiram feições organizacionais ao formarem seus territórios, levando em consideração fatores ambientais e sociais bem específicos (SILVA, 2000). No Brasil as comunidades quilombolas em sua maioria estão localizadas em áreas rurais, embora se encontre quilombos em menor quantidade nas áreas urbanas e peri-urbanas (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2018)

As comunidades quilombolas são definidas pela legislação brasileira conforme o Art. 2º do Decreto nº 4887/03 como “grupos étnico-raciais com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”. A Fundação Cultural Palmares é o órgão responsável pelo registro e certificação destas comunidades (OLIVEIRA E COLS., 2011).

Em sua maioria, as comunidades quilombolas são formadas por pessoas de ancestralidade africana, e apresentam-se mais vulneráveis principalmente por conta das desigualdades sociais que enfrentam. Em se tratando das desigualdades étnico-raciais, os quilombolas sofreram e ainda sofrem desse mal, por se tratar de um grupo em situação de vulnerabilidade social, que decorre de um processo histórico de resistência à escravidão, luta por direitos e invisibilidade tanto política quanto social, do pós-abolicionismo ao reconhecimento na Constituição Federal de 1988, cujo reflexo está expresso em piores indicadores sociais e de saúde (KOCHERGIN, PROIETTI E CÉSAR, 2014).

Essas comunidades vivenciam situação de vulnerabilidade social, mesmo tendo passado mais de um século da abolição da escravatura, principalmente em relação aos cuidados de saúde. Sabe-se que desigualdades sociais, baixa qualidade de vida, baixa escolaridade, falta de acesso à informação bem como o fato de pertencer a grupos

vulnerabilizados são condições que, seguramente, interferem no processo saúde-doença. (MELO E SILVA, 2015).

Lopes (2005) afirma que os negros têm experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer, por estar, em sua maioria, no extrato social mais baixo, expondo assim que tanto o racismo quanto a pobreza são fatores importantes na determinação da saúde, o que tem impacto potencial nos remanescentes de quilombos.

Em se tratando da situação de saúde das comunidades remanescentes de quilombos, o racismo e as iniquidades sociais são prevalentes e têm um papel dominante na realidade dessa população uma vez que estes, em geral, são populações predominantemente negras, pobres, rurais, com baixa escolaridade, sem acesso adequado a serviços de saúde e sem saneamento básico (MELO E SILVA, 2015).

Estudos envolvendo populações quilombolas em diferentes estados do país identificaram precárias condições socioeconômicas e presença de diversos agravos à saúde (KOCHERGIN, PROIETTI E CÉSAR, 2014; MALTA et al., 2017). Segundo estimativas do Programa Brasil Quilombola, muitos quilombolas ainda vivem em situação de extrema pobreza, baixa escolaridade, e alguns recebem algum tipo de auxílio do governo federal, como o Bolsa Família (BRASIL, 2012).

Estimativas mostram que dos 1,7 milhões de quilombolas existentes no Brasil aproximadamente 63% destes estão localizados na região Nordeste (BRASIL, 2012). No entanto há muitas comunidades que ainda não estão certificadas e muitas que não estão devidamente reconhecidas (OLIVEIRA E COLS., 2011). Conforme a portaria nº118/2020 a Fundação Cultural Palmares, já certificou mais de 3.000 comunidades como remanescentes de Quilombos em todo território brasileiro (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020). Com base na tabela de distribuição geral de comunidades remanescentes de quilombos, elaborada pela Fundação Cultural Palmares e atualizada até a portaria nº118/2020, a Bahia apresenta-se como o segundo estado com maior número de comunidades quilombolas reconhecidas e certificadas.

Atualmente, existem na Bahia 822 comunidades de remanescentes de quilombos reconhecidas e certificadas, equivalendo aproximadamente a 23,81% do total de comunidades reconhecidas e certificadas no Brasil (3.451 comunidades) sendo este estado merecedor de avanço em pesquisas no campo da saúde (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020). Em relação ao município de Feira de Santana, encontram-se certificadas as comunidades foco

deste estudo: Comunidade Lagoa Grande (reconhecida no ano de 2007) e comunidade Matinha dos Pretos (reconhecida no ano de 2014), localizadas na zona rural deste município (ARAÚJO, 2017).

De acordo com Souza (2010), a formação das comunidades quilombolas em Feira de Santana, pode ter se iniciado no final do século XIX e início XX devido às experiências de sofrimento vivenciadas pelos negros africanos por conta da escravidão imposta nesse período, levando-os a criar locais de resistência e sobrevivência ao sofrimento e violência que lhe eram impostas. A comunidade quilombola Lagoa Grande foi a primeira comunidade quilombola do município de Feira de Santana a ser reconhecida, pela Fundação Cultural Palmares, no ano de 2007. Esta comunidade está localizada no distrito de Maria Quitéria, próximo a BR 116 ao norte de Feira de Santana (ARAÚJO, 2007). Estima-se que exista nessa comunidade um total de 12.077 pessoas (IBGE, 2010).

De acordo com Mendonça (2014) a comunidade Lagoa Grande possui esse nome devido a existência, nesta localidade, de uma lagoa com extensão de aproximadamente 6km, a qual durante muitos anos serviu de sustento para os moradores do local. Porém com o passar dos anos essa lagoa foi sendo degradada e atualmente existe apenas um espelho d'água.

No que se refere à origem dos quilombolas da Lagoa Grande, não se sabe como de fato essa comunidade se originou. Mendonça (2014, p. 98) relata que no período entre 1900 a 1911, após a abolição da escravatura:

Três irmãos, dentre eles Luís Pereira dos Santos, foram morar na Lagoa Grande. Esses irmãos desbravaram o lugar, saindo das origens de Matinha dos Pretos e, após se apossarem de uma parcela de terra propícia ao plantio e com água potável, eles decidiram residir naquelas terras conhecidas por Lagoa Grande.

Já a Biblioteca Virtual Consuelo Pondé (on-line), relata que o deslocamento desses irmãos para a lagoa grande se deu por outro motivo, em que:

[...] certo fazendeiro que se havia apoderado das terras da Lagoa Grande - visto elas serem terras devolutas ou da Igreja Católica do São José (por volta do 1900) – solicitou-lhes que viessem da Matinha dos Pretos para "tomar conta" daquelas terras, para virarem cuidadores da propriedade rural, e ali se instalaram e formaram suas famílias.

Messias e Lima (2018, p.11) afirmam que “a história sobre o processo de acesso às terras da comunidade quilombola Lagoa Grande é longa e extensa, por meio de luta pelo direito aos recursos naturais, como água, terra e demais direitos sociais”.

Em relação à comunidade Matinha dos Pretos, esta se localiza na zona rural do município de Feira de Santana, Bahia. “Adquiriu sua emancipação no ano de 2008, porém,

este território, segundo relatos orais de sujeitos da comunidade, constituiu-se como povoado, em prováveis terras de quilombo, há muito mais tempo” (SAMPAIO; BARZANO, 2013, p.63). Estima-se que exista nessa comunidade um total de 8.855 pessoas (IGBE, 2010).

As comunidades quilombolas criadas, realizam práticas como (agricultura, ato curativo, religião, artesanato, dança, dialetos e culinária, dentre outras maneiras de expressão culturais) como formas de manutenção das suas tradições de origem com o intuito de manter viva a cultura africana (ANJOS, 2013).

As múltiplas culturas africanas foram se espalhando pelo mundo, os grupos descendentes africanos passaram a reinventar a memória cultural do seu processo identitário, sendo os mais marcantes a força cultural, provocado pelo ritmo musical, a dança, religião, culinária e saberes de tratamentos de saúde (TAVARES, 2010).

A comunidade Matinha dos Pretos “é um território marcado por valores e elementos culturais notadamente afro-brasileiros, tais como: samba de roda, bata de feijão, samba de caboclo, reisado, farinhada, benzedadeiras, candomblés, chula, rezas e novenas” (SAMPAIO; BARZANO, 2013, p.64). Dentre as atividades de manutenção e fortalecimento da cultura e identidade africana exercida por esta comunidade destaca-se o grupo de dança denominado “Quixabeira da Matinha”, este grupo é caracterizado pelo samba de roda o qual representa um símbolo que identifica este distrito (SAMPAIO; BARZANO, 2013).

No que se refere às práticas de sustento os quilombolas adquiriram durante toda sua história características próprias e práticas de sustento bem específicos referentes ao trabalho no campo (NUNES, 2013). Nesse contexto, o povoado da Matinha dos Pretos, assim como outras localidades em que residem populações quilombolas, mantém sua base econômica através da agricultura familiar, como o cultivo de legumes, verduras, hortaliças e frutas tropicais da região, eles produzem também a farinha de mandioca e derivados, esses produtos são tanto para consumo próprio quanto para comercialização em pequenos comércios locais e em feiras livres da região (SAMPAIO; BARZANO, 2013).

Diante do exposto, estudar as Doenças Crônicas Não Transmissíveis em populações socialmente vulnerabilizadas, como os quilombolas, é de grande relevância tendo em vista sua posição marginalizada perante as políticas públicas e ainda sua invisibilidade social, política e epidemiológica. Essa situação de vulnerabilidade ainda é muito evidente em diversas comunidades quilombolas do País e decorre de um processo histórico de racismo,

expropriação de cultura e de direitos, cujos impactos tiveram reflexo nos indicadores de saúde desta população.

3.2 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Sabe-se que o tema dos Determinantes Sociais da Saúde - DSS vem sendo construído ao longo da história diante dos conflitos entre os debates acerca dos conceitos sobre os enfoques biológico e social do processo saúde-doença. Entretanto no final dos anos 70, com a realização da conferência de Alma-Ata, e as atividades inspiradas no lema “Saúde para todos no ano 2000” o tema DSS foi recolocado em destaque. Porém na década de 80 novamente a concepção do processo saúde doença volta a ser centrado na assistência médica individual. Em 2005 com os debates sobre as Metas do Milênio, os determinantes sociais voltam a ter ênfase e se firmar com a criação da Comissão sobre determinantes Sociais da Saúde da OMS (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

Tem-se um consenso conquistado recentemente, sobre a importância dos DSS na situação de saúde. No Brasil em 2006, foi criada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), tal comissão define os DSS como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Estes reúnem os aspectos que influenciam tanto os casos de agravos quanto os fatores de risco para determinada população. Desse modo, considera-se que os DSS são as relações entre as condições de vida e trabalho dos indivíduos com a sua situação de saúde (ROCHA; DAVID, 2015).

O principal desafio dos estudos que tentam analisar o impacto das questões sociais no processo de saúde, é o de estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais da natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta causa-efeito (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

Existem muitos modelos que estudam os DSS e procuram descrever relações entre os diversos fatores gerais como os de natureza social, econômica e política, através de diversos enfoques. Dentre esses modelos explicativos destaca-se o modelo de Dahlgren e Whitelhead que é o modelo de referência adotado pela CNDSS. Tal modelo inclui a determinação social como fator preponderante para o aparecimento de doenças e agravos a saúde nas populações.

Este modelo ilustra os fatores envolvidos na saúde a partir de camadas, desde camada mais próxima ao indivíduo, a mais distal. Isto é, são identificados quatro níveis, que não se excluem e são inter-relacionadas (ROCHA; DAVID, 2015; BUSS; PELLEGRINI, 2007).

Figura 1 – Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)



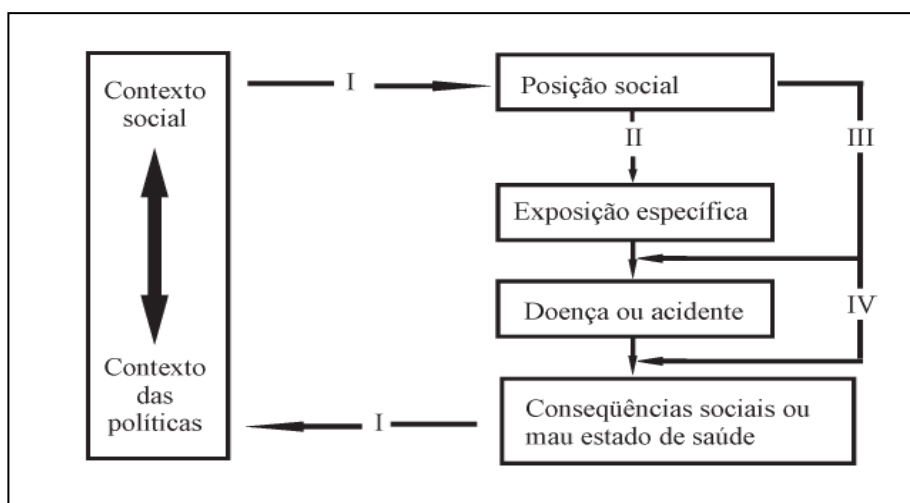
Fonte: CNDSS (2008, p.14)

A camada proximal apresenta características que influenciam as condições de saúde individual, como o sexo, a idade e as questões genéticas. Em seguida, observa-se o comportamento e o estilo de vida adotado pelo indivíduo, estilo este influenciado pelo acesso à informação, pelos espaços de lazer, pelo acesso à alimentação, entre outros fatores. A camada seguinte apresenta a influência das redes sociais e comunitárias, relacionadas à coesão social, elencando para o próximo nível, as condições de vida e de trabalho e por último, os aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais que regem a sociedade, a qual se encontra em acelerada urbanização (CNDSS, 2008).

Essa organização mostra que os estilos de vida em geral são determinados pelas atitudes, comportamentos e crenças adotadas pelo sujeito em relação à sua saúde e que as representações sociais produzem elementos que exercem influência sobre esses aspectos (BRITO; CAMARGO, 2011). Deste modo permite refletir sobre políticas públicas, saúde ambiental, sustentabilidade, acesso às ações e serviços, promoção, saúde do trabalhador, lazer, educação, dentre outros fatores.

Outro modelo que reflete sobre os DSS é o de Diderichsen e Hallqvist, proposto em 1998. Este enfatiza a estratificação social gerada pelo contexto social, que confere aos indivíduos posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde. A questão interfere na própria saúde, além de gerar os diferenciais e a exposição a riscos. Um indivíduo pode apresentar alguma vulnerabilidade e reações ao contexto, e as consequências geradas podem trazer implicações sobre o seu estado de saúde (SOUZA; SILVA; SILVA 2013).

Figura 2 – Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Diderichsen e Hallqvist



Fonte: Buss e Pellegrini Filho (2007, p.85)

No diagrama acima o (I) representa o processo segundo o qual cada indivíduo ocupa determinada posição social como resultado de diversos mecanismos sociais, como sistema educacional e o mercado de trabalho. De acordo com a posição social ocupada pelos diferentes indivíduos, aparece diferenciais, como o de exposição a riscos que causam danos à saúde (II), o diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doença, uma vez exposto a estes riscos (III), e o diferencial de consequências sociais ou físicas, uma vez contraída a doença

(IV). Por “consequências sociais” entende-se o impacto que a doença pode ter sobre a situação socioeconômica do indivíduo e sua família.

Diante do exposto, pode-se refletir que tanto o modelo educacional, como também o mercado de trabalho, são alguns dos fatores que colaboram nesse processo e podem tornar o sujeito exposto a vários riscos que agravam a sua saúde ou o torna vulnerável a determinada doença ou incidente (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007). Assim esse diagrama mostra o quanto o contexto segmenta os indivíduos em diferentes posições sociais expondo-os às doenças e agravos de saúde, porque à medida que a população não tem acesso à educação, emprego, saneamento básico, moradia, entre outros, esse indivíduo passa a ser inserido em condições precárias de vida, que aumentam o seu risco de adoecer e permanecer adoecido por muito tempo e por muitas vezes também não têm devido acesso aos serviços públicos de saúde, o que gera sérios impactos sobre a vida dessa população.

Para Ceballos (2015), o conhecimento sobre os determinantes sociais é muito importante e necessário para a adoção de ações que promovam a melhoria das condições de determinada população de modo a reduzir a situação de vulnerabilidade e as iniquidades sociais, para assim tornar o indivíduo menos exposto aos fatores de risco, bem como melhorar a assistência e a seguridade social, diante do desafio de promover a saúde para toda a população.

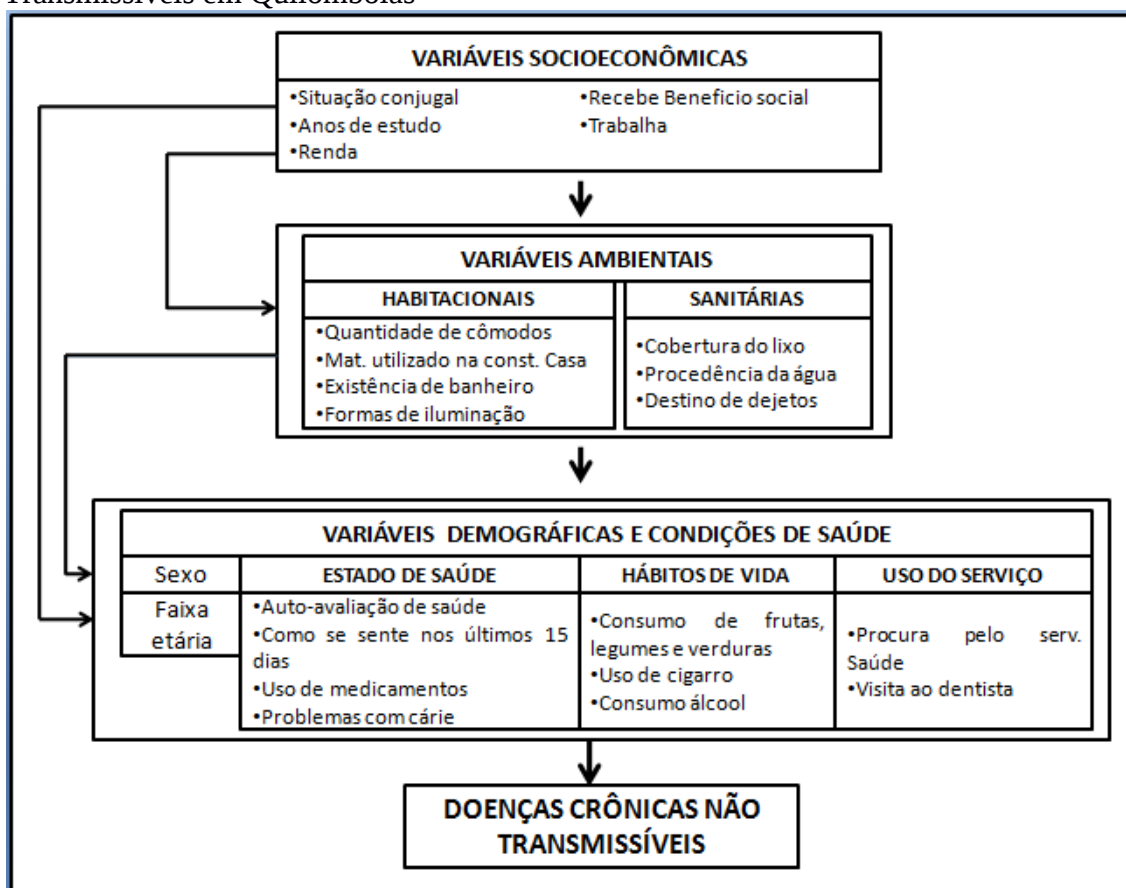
O Ministério da Saúde aponta como determinantes sociais das DCNT as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

Nota-se que muitos dos estudos na área de saúde, com populações quilombolas, apontam que a condição de vulnerabilização destas comunidades tem relação significativa com fatores sociais, econômicos, políticos e culturais (BEZERRA et al., 2013). Sendo assim, este grupo vive geralmente em péssimas condições de vida, o que os exclui do acesso a muitos direitos, resultando, na maioria das vezes, em doenças e agravos à saúde (SOUZA; SILVA E SILVA, 2013).

Por se tratar de um estudo exploratório e considerando a teoria dos DSS, esta pesquisa assumiu um modelo teórico-conceitual pautado na inter-relação existente entre diversos fatores que envolvem o processo de adoecimento crônico na população em geral, visto que

não foram encontrados estudos que evidenciam os fatores associados à DCNT em populações quilombolas. Sendo assim, pretende-se com a utilização desse modelo compreender a relação entre os fatores socioeconômicos, ambientais, condições de saúde, demográficos, e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) de maior prevalência nas populações quilombolas estudadas.

Figura 3. Modelo teórico-conceitual da relação entre DSS e Doenças Crônicas não Transmissíveis em Quilombolas



Fonte: Construção do autor segundo o Modelo Teórico Hierarquizado

3.3 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS DCNT

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são doenças causadas por múltiplos fatores, caracterizadas por sua longa permanência e por ocorrerem em qualquer momento da vida do indivíduo, além disso, representam maior carga de morbimortalidade no Brasil (DUCAN et al., 2012). O diabetes, os cânceres, as doenças respiratórias e as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) em especial as doenças cardiovasculares, se configuram

como as principais doenças crônicas não transmissíveis responsáveis, em 2015, por 51,6% do total de óbitos na população com idade entre 30 a 69 anos, no Brasil (MINISTERIO DA SAÚDE, 2018).

Malta et al.(2014), em seu estudo sobre Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões nos anos entre 2000 a 2011, observou que do total de 1.170.498 óbitos registrados no SIM em 2011 por todas as causas, 800.118 deles foram atribuídos à DCNT, correspondendo a 68,3% do total de óbitos. Entre as causas de óbito analisadas, as mais frequentes foram as doenças cardiovasculares (30,4%), as neoplasias (16,4%), as doenças respiratórias (6%) e o diabetes (5,3%). Em conjunto, essas quatro doenças representam 79,8% dos óbitos por DCNT. As demais DCNT, agrupada sem “outras doenças crônicas” incluindo doenças renais crônicas, doenças autoimunes e outras, constituíram 14,7% do total de óbitos.

Os dados acima mostram que o país passa por uma transição epidemiológica que reflete os tipos de doenças que ocorrem na população. Dessa forma, as pessoas passaram a adoecer e morrer menos por doenças infectocontagiosas e apresentaram mais adoecimentos e mortes por doenças crônicas, dentre essas doenças, destacam-se a diabetes, doenças do aparelho circulatório, câncer e doenças respiratórias crônicas, como de maior prioridade, por serem mais prevalentes, apresentando-se como um grande problema de saúde pública, sendo responsáveis por cerca de 70% das mortes no mundo (WHO, 2011).

Diante dessa realidade Malta e Silva (2013, p.152) relatam que:

Em função da gravidade das DCNT e seus impactos na vida do indivíduo, nos sistemas de saúde e na sociedade, a Organização das Nações Unidas (ONU), em 2011, convocou uma grande reunião para debater compromissos globais sobre o tema. [...] essa reunião resultou em uma declaração política, na qual os países-membros se comprometeram a trabalhar para deter o crescimento das DCNT mediante ações de prevenção de seus principais fatores de risco e empenho pela garantia de uma adequada atenção à saúde [...].

“Durante a 66ª Assembleia Mundial da Saúde, foi aprovado um plano de Ação Global para a redução da mortalidade por DCNT em 25% no prazo de dez anos” (MALTA, SILVA 2014, p. 600).

A epidemia de DCNT resulta em consequências devastadoras para os indivíduos, famílias e comunidades, além de sobrecarregar os sistemas de saúde. Estudos apontam que as DCNT afetam mais populações de baixa renda, por estarem mais vulnerabilizadas, mais expostas aos riscos e terem menor acesso aos serviços de saúde de qualidade e às práticas de

promoção à saúde e prevenção de doenças (AMORIM et al., 2013, BEZERRA et al., 2013, MALTA et al., 2015, SOUZAS et al., 2015; PAULLI, 2019; SANTOS et al., 2019).

Autores apontam que existe relação entre as populações social e ambientalmente marginalizadas e a maior frequência e gravidade no acometimento de doenças crônicas, quando comparadas a outros grupos populacionais (BARROS, et al. 2011; MELO, SILVA 2015). Dentre as doenças que acometem a população negra, a hipertensão arterial aparece em destaque, sendo cerca de duas vezes mais prevalente em indivíduos negros e fortemente associada a extratos sociais mais baixos (SCHMIDT, 2011).

Entre quilombolas, uma população étnico-racial com características de grande exclusão histórico-social, a prevalência de hipertensão foi considerada elevada, principalmente quando comparada com estudos realizados em populações com faixas etárias semelhantes e que utilizaram a mesma definição para hipertensão (KOCHERGIN, PROIETTI E CÉSAR, 2014).

Bezerra et al. (2013) encontraram alta prevalência de hipertensão arterial (45,4%) em quilombolas na Bahia, a qual foi associada a: idade, classe econômica, escolaridade, inatividade física e índice de massa corporal. Outro estudo que corrobora com esse achado é o estudo realizado com comunidades quilombolas do Pará, por Melo e Silva (2015), o qual constatou que 42,3% desta população apresentam algum tipo de alteração na pressão arterial. O mesmo foi evidenciado em estudo com populações quilombolas do sudoeste da Bahia (BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2014).

No que se refere aos fatores de risco para DCNT, em Vitoria da Conquista, Bahia, Brasil, Kochergin, Proietti e César (2014) ao estudarem uma população quilombola daquele município através de um inquérito domiciliar com 797 adultos no ano de 2011, identificaram prevalências de sobrepeso em 30,4% e obesidade em 10,7%. Salienta-se que o sobrepeso e a obesidade são considerados fatores de risco para doenças crônicas. Soares e Barreto (2015) identificaram um alto risco para transtornos metabólicos e doenças associadas, combinando a gordura corporal e central em uma análise antropométrica em quilombolas.

Além disso, alguns comportamentos também podem se mostrar determinantes para o surgimento de doenças crônicas nas populações, como o tabagismo e o etilismo. Estudos apontam que a ingestão de álcool é fator de risco para doenças como a hipertensão arterial e a obesidade, entre várias outras (VIEIRA, 2014; CARDOSO et al., 2015; MELO; SILVA 2015).

Estudos revelam que o estado de cronicidade das doenças se eleva quando observado em contextos de vulnerabilidade social como situação de discriminação por razões econômicas, educacionais e étnico-raciais (LOPES, 2005; SANTOS, 2011; MALTA, et al., 2017). Shimidt (2011), em seu estudo sobre DCNT no Brasil, realizado no período de 2000 a 2011, considera que a morbimortalidade causada pelas DCNT é maior na população mais pobre.

Nesta perspectiva, destaca-se, também, o estudo de Agyemang et al. (2009), referente a chances de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, diabetes e seus fatores de risco em populações européias e negras, que comparado com a população européia, a população negra tem um risco aumentado de derrame, doenças cardiovasculares, apresentando taxas mais elevadas de hipertensão e diabetes.

Magalhães e colaboradores (2013) afirmam que as condições de habitação também são importantes para o bem-estar e segurança em saúde. Em seu estudo apontam que uma moradia de qualidade, assim como boas condições ambientais favorecem a saúde das populações. Assim, as precárias condições de infraestrutura e ambientais das comunidades quilombolas mostram indícios do motivo dos agravos crônicos em saúde estarem cada vez mais presentes neste grupo populacional (MELO; SILVA, 2015).

Como em outras sociedades marcadas por uma história de colonização e escravidão, existe no Brasil, preconceito étnico e racial, assim como, desigualdades desfavoráveis a pretos, pardos e indígenas. Como por exemplo, pretos e pardos estão desproporcionalmente representados entre os desempregados e analfabetos brasileiros, com consequentes impactos das desigualdades econômicas e raciais na distribuição das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (SCHMIDT, 2011).

Diversos estudos mostram, em consenso, que as doenças crônicas acometem intensamente os residentes em quilombos e que estas estão intimamente ligadas às condições sócio-ecológicas como condições de vida, emprego e percepção de discriminação/racismo, sendo agravos com componentes fortemente associados à sua vulnerabilidade social e o seu controle depende fortemente de acesso a serviços de atenção básica (BORGES, 2011; BEZERRA, et al., 2013; HICKS; LEONARD, 2014, MELO; SILVA, 2015)

Desta maneira, fica evidente que, para a melhoria da situação da saúde das populações quilombolas, são necessárias não só medidas relacionadas à saúde pública, mas também políticas que visem diminuir as distâncias e as iniquidades presentes entre todos os grupos

sociais da população brasileira, como preconizado pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS, 2008) e pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (BRASIL, 2013).

A PNISPN surgiu como uma medida compensatória na tentativa de minimizar os efeitos da discriminação e da exploração sofridas pelos negros ao longo da história brasileira, já que esse histórico se reflete em vários aspectos, não sendo diferente em relação à saúde. Desse modo, o reconhecimento social e político ocorrem em concordância com a análise dos aspectos de vida e saúde da população negra, sendo atrelados à possibilidade de benefícios decorrentes da execução de uma política de saúde organizada (CHEHUEN et al.,2015).

Tal política define:

Os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão, voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra (BRASIL, 2013, p.13).

Portanto a realização de estudos sobre as doenças crônicas não transmissíveis na população quilombola no interior da Bahia (Feira de Santana) permite que sejam identificados contingentes populacionais mais suscetíveis a esse problema de saúde pública. Diante da magnitude que estas doenças representam, entende-se que todos os esforços devem ser feitos no sentido de viabilizar estudos que sejam direcionados para o conhecimento deste problema em grupos populacionais específicos.

Na literatura disponível nota-se uma escassez de estudos sobre a temática nessa população específica principalmente no interior da Bahia na região de Feira de Santana. Diante de tal constatação propõe-se nesse estudo o levantamento de dados para contribuição com o estado da arte ao se produzir evidências científicas que possam subsidiar discussões acerca da situação dessas comunidades frente ao adoecimento crônico bem como contribuir para a implementação de políticas voltadas para a melhoria das condições de vida e saúde das comunidades quilombolas.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal, de base primária. Esse estudo é um recorte do Projeto de pesquisa “Determinantes sociais de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia”, realizado no ano de 2016 através do Núcleo Interdisciplinar sobre Desigualdades em Saúde (NUDES) vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana-Ba.

Define-se corte transversal ou seccional, como um tipo de estudo epidemiológico que se caracteriza pela observação direta de uma determinada população previamente definida em um único momento, nesta modalidade de investigação, “causa” e “efeito” são detectados simultaneamente, fornece um retrato de como as variáveis estão relacionadas naquele momento. Trata-se de um bom método para detectar frequências da doença e de fatores de risco, assim como identificar os grupos, na população, que estão mais afetados ou menos afetados. Mostra-se vantajoso por ser de baixo custo e por permitir uma ampla descrição dos resultados obtidos (ROUQUAYROL, 2013, MEDRONHO, 2009).

Entretanto, este tipo de estudo apresenta algumas limitações, pois não permite inferir causalidade dos fatores envolvidos, não conseguindo determinar a incidência de doenças, bem como podem apresentar viés de prevalência, fornecendo uma imagem distorcida da realidade da população estudada por só apresentar os casos presentes em um único momento do tempo (PEREIRA, 2015).

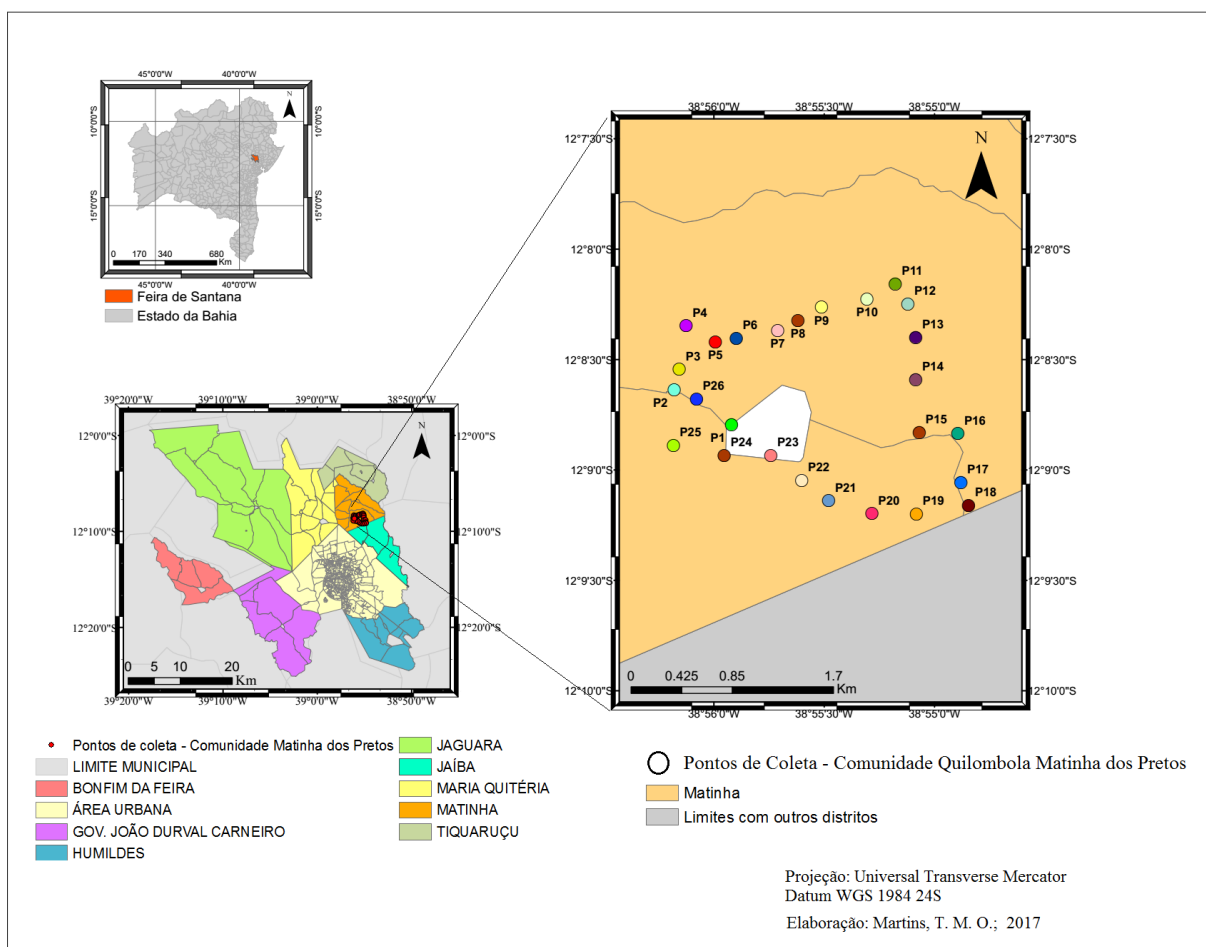
4.2 ÁREA DE ESTUDO

Nesse estudo foram consideradas as duas comunidades quilombolas pesquisadas pelo projeto mãe, das quais foram coletados dados primários. As duas comunidades quilombolas encontram-se localizadas na zona rural do município de Feira de Santana, Bahia, cidade de médio porte, apresentando-se como segunda maior cidade do estado da Bahia, com população estimada em 2019, em torno de 614.872 habitantes e distando 108 km da capital Salvador (ARAÚJO, 2017).

A comunidade da Matinha dos Pretos reconhecida e certificada pela Fundação Cultural Palmares, localizada na zona rural, situa-se nas proximidades da BR 116 Norte de

Feira de Santana e conta com uma população total de 8.855 pessoas segundo o IBGE, (2010). Para uma melhor compreensão de como as comunidades estão organizadas bem como para organizar e executar a coleta dos dados, Araújo (2017) elaborou um mapa para cada comunidade foco do estudo, portanto segue mapeamento da área da comunidade quilombola Matinha dos Pretos.

Mapa 1 - Mapa da Comunidade Quilombola Matinha dos Pretos

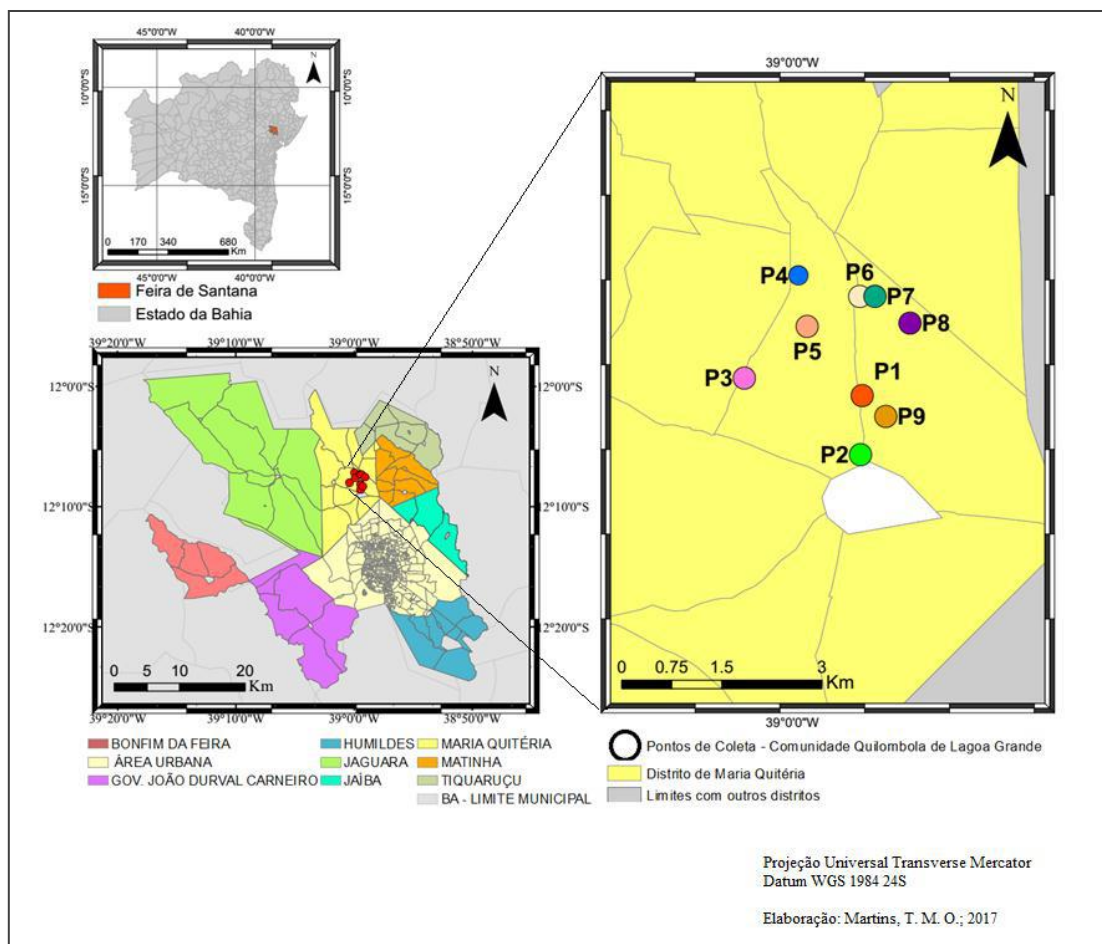


Fonte: ARAÚJO, 2017, p.43

A comunidade quilombola Lagoa Grande localiza-se no distrito de Maria Quitéria, próximo a BR 116 ao norte de Feira de Santana. Segundo estimativas do IBGE (2010) existem nessa comunidade um total de 12.077 pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Lagoa Grande foi a primeira comunidade quilombola reconhecida em Feira de Santana, no ano de 2007, pela Fundação Cultural Palmares (ARAÚJO, 2017).

Segue mapeamento da comunidade quilombola Lagoa Grande:

Mapa 2 - Mapa da Comunidade Quilombola Lagoa Grande



Fonte: ARAÚJO, 2017, p.42

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Para este estudo foi considerada a amostra do banco supracitado, o qual consta de quantitativo de 864 adultos (≥ 18 anos) quilombolas entrevistados (369 indivíduos da comunidade Matinha e 373 indivíduos da comunidade Lagoa Grande), sendo que essa proporção foi calculada através do programa estatístico OpenEpi.

No projeto mãe a seleção das áreas foi feita por amostragem probabilística sistemática, tendo o domicílio como unidade amostral. Foram adotados os seguintes procedimentos para a seleção da amostra: Determinação da representação percentual da população através do programa EpiInfo; Adoção de um ponto de referência, nas comunidades associação de moradores, para a realização das entrevistas de forma sistemática (adotou-se o sentido

horário, uma vez que as casas não são numeradas, assim como são muito distantes geograficamente); Ordenamento sistemático das visitas, estabelecido em duas em duas casas; Divisão das áreas entre entrevistadores; Todos os indivíduos com idade de 18 anos ou mais, residentes nos domicílios foram considerados indivíduos elegíveis, compondo a amostra a ser estudada; Registro dos domicílios a partir da ficha de registro (ARAÚJO, 2017, p.44).

PLANO AMOSTRAL

O cálculo amostral, utilizado pelo projeto mãe, levou em consideração a heterogeneidade dos desfechos esperados e a simultaneidade dos múltiplos eventos a serem mensurados. Sendo assim, calculou-se a amostra tomando como parâmetro uma prevalência de 50%, com precisão estimada de 5%, intervalos de confiança de 95%, assumiu-se uma prevalência de 50% considerando-se os diversos desfechos estudados, com poder de estudo de 80% e acréscimo de 10%, considerando possíveis perdas (ARAÚJO, 2017).

A partir do quantitativo populacional nas duas comunidades quilombolas: Matinha (N=8.855) e Lagoa Grande (N=12.077), o cálculo amostral final foi de 369 pessoas na comunidade Matinha dos Pretos e 373 pessoas na comunidade Lagoa Grande, o que totalizou uma amostra de n=742 pessoas. Levando-se em conta possíveis perdas no estudo, consideraram-se 10% a mais da amostra, totalizando uma amostra final de n=816 indivíduos, entretanto foram entrevistados 864 indivíduos no total (ARAÚJO, 2017).

Esta proporção foi calculada no programa estatístico conhecido como OpenEpi, desenvolvido para cálculos estatísticos, inclusive do tamanho amostral (OPENEPI, 2016).

4.4. COLETA DE DADOS

O recorte dos dados para a construção do presente estudo baseia-se na análise dos resultados oriundos de um dos instrumentos que foram aplicados na construção do banco de referência. O instrumento (Anexo D) constituído de perguntas organizado em quatro blocos, a saber: Bloco I – Inquérito Individual; Bloco II – Inquérito Domiciliar; Bloco III – Autoavaliação do estado de saúde; Bloco IV – Doenças e Agravos (ARAÚJO, 2017).

O instrumento citado acima foi inspirado no inquérito do Projeto “COMQUISTA”, utilizado por Bezerra et al.(2013), que tem como objetivo descrever as condições de vida e saúde das comunidades quilombolas do município de Vitória da Conquista. Salienta-se ainda

que, o inquérito do Projeto COMQUISTA foi uma adaptação do questionário semiestruturado para as populações quilombolas da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, Pesquisa Nacional de Saúde. Inquérito Região Integrada do Distrito Federal (RIDE/DF)(ARAÚJO, 2017).

4.5 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis foram classificadas em variável desfecho e variáveis de exposição.

4.5.1 Variável desfecho

A variável desfecho diz respeito às DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis, essa variável foi criada a partir do agrupamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis que tiveram maior prevalência nas duas comunidades estudadas, a saber: a Diabetes (7,8%) e as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) que inclui Hipertensão (22,3%), Doenças Cardíacas (5,9%) e outras Doenças do Aparelho Circulatório (7,5%).

É importante destacar que as Doenças do Aparelho Circulatório correspondem ao IX capítulo da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Décima Revisão (CID-10), de 1993, que compreende os subgrupos e causas localizadas entre os códigos I00-I99. Neste grupo, destacam-se as Doenças Hipertensivas, as Doenças Isquêmicas do Coração e as Doenças Cerebrovasculares. (BRASIL, 2004)

4.5.2 Variáveis de exposição

Bloco de Variáveis Socioeconômicas: Estado conjugal, anos de estudo, renda média familiar, recebimento de benefícios sociais, trabalho, ocupação, situação de trabalho.

Bloco de Variáveis Ambientais: 1- Características Habitacionais: existência de banheiro, tipo de material utilizado na construção da casa, formas de iluminação; 2- Características Sanitárias: cobertura do lixo, procedência da água, destino dos dejetos.

Bloco de Variáveis Demográficas e Condições de Saúde: Sexo e Faixa etária; 1- Estado de Saúde: Autoavaliação de saúde, como vem se sentindo nos últimos 15 dias, uso de medicamento, tipo de medicamento; 2- Uso de serviços de saúde: Procura por serviços,

exames laboratoriais; 3- Hábitos de vida: consumo diário de frutas, legumes e verduras, uso de cigarro, consumo de álcool, frequência do consumo de álcool, quantidade de doses.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente, foram feitas análises descritivas para caracterizar a distribuição de frequência das variáveis.

Em seguida foi feita a análise exploratória dos dados de forma bivariada através do teste Qui-quadrado para evidenciar possíveis associações de DCNT com as covariáveis, com o objetivo de compor o modelo com as variáveis estatisticamente significantes, tendo como referência um $p\text{-valor} \leq 0,20$ para aumentar as possibilidades de associação significativa, haja vista a necessidade de explorar ao máximo as variáveis.

Após a análise bivariada, foi feita a análise hierarquizada inter-blocos considerando todas as variáveis do bloco com significância estatística e até aquelas, que não tiveram significância estatística, mas eram importantes do ponto de vista epidemiológico para a ocorrência do desfecho. Esta análise foi feita através do modelo de regressão de Poisson com variação robusta, considerando um $p\text{-valor} < 0,05$ para significância estatística, com o objetivo de confirmar ou não o resultado das análises bivariadas.

Ao final desse procedimento as variáveis estatisticamente significantes encontradas foram conservadas no modelo e foram consideradas como possíveis fatores associados à DCNT, considerando o $p\text{-valor} < 0,05$ e IC95% para associação estatisticamente significativa.

A análise multivariada foi realizada conforme o modelo teórico hierarquizado definido *a priori* (Figura 3). Os dados foram analisados por meio do software estatístico *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22.0.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa baseia-se no compromisso com os participantes, nos referenciais básicos da bioética e atende às normas da Resolução N.466, de 12 de dezembro de 2012. Os participantes deste estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C) e para preservar o anonimato e assegurar o sigilo e privacidade das

informações envolvidas na investigação, os questionários foram identificados por um código.

Em atendimento aos princípios éticos, o projeto de pesquisa de origem: “Determinantes sociais de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, protocolado pelo CAAE 57412416.4.0000.0053 (Anexo B), obedecendo às exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Após aprovação e autorização da pesquisa, os participantes foram convidados a participar da mesma. Foi garantido caráter sigiloso quanto aos nomes dos envolvidos no estudo e a não ocorrência de riscos para esta população (BRASIL, 2012).

Para a análise dos dados do presente estudo, a coordenadora do Projeto “Determinantes sociais de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia”, autorizou a utilização do banco de dados através de solicitação assinada (Anexo A).

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS MAIS PREVALENTES NAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE FEIRA DE SANTANA-BA

Thiara Neres Bispo Vitorio do Carmo; Edna Maria de Araújo

RESUMO

O objetivo desse estudo foi descrever o perfil epidemiológico das pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis mais prevalentes em duas comunidades quilombolas localizadas em um município do interior do estado da Bahia, no ano de 2016. Trata-se de estudo transversal, descritivo, realizado nas duas comunidades localizadas na zona rural do município de Feira de Santana-BA: Matinha dos Pretos e Lagoa Grande, que teve como população indivíduos com idade ≥ 18 anos e que possuem pelo menos uma das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), de maior prevalência nas referidas comunidades. Os dados do presente estudo derivam da aplicação de um instrumento validado, contendo perguntas relativas às condições socioeconômicas, demográficas, ambientais, da condição de saúde e da identificação de doenças e agravos. Participaram deste estudo 244 adultos, de ambos os sexos, os quais relataram ter pelo menos uma das DCNT estudadas. Foram estimadas as médias das variáveis quantitativas e calculadas frequências absolutas e relativas de variáveis qualitativas, de cada comunidade. Os dados foram analisados por meio do processamento no sistema *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22.0. A predominância de DCNT foi maior no sexo feminino (73%) em ambas as comunidades, na faixa de idade acima de 60 anos (50,2%), com escolaridade < 8 anos de estudo (79,1%), mais de 80% possui renda < 1 salário mínimo em ambas as comunidades, em relação às condições ambientais e de moradia 95% possuem casa de alvenaria, 99% não têm rede de esgoto e na comunidade Lagoa Grande 54,9% não possui coleta regular de lixo, sobre os hábitos de vida destaca-se o maior consumo de bebida alcoólica (11%) na comunidade Lagoa Grande bem como o tabagismo (5,5%). Sobre a situação de saúde em ambas as comunidades houve o predomínio de autoavaliação “regular” de saúde (70,4%) e 45% relataram procurar pelo serviço de saúde raramente. Os resultados mostram que essas comunidades vivenciam situações de vulnerabilidade às quais afetam a sua saúde, e podem elevar o estado de cronicidade das doenças principalmente no que diz respeito às Doenças Crônicas Não Transmissíveis, evidenciando a necessidade de ações voltadas para a melhoria das condições de vida e saúde dessas comunidades.

Palavras Chaves: Doença Crônica Não Transmissível, Perfil epidemiológico, Quilombo.

ABSTRACT

The objective of this study was to trace the epidemiological profile of the living and health conditions of quilombolas with the most prevalent Chronic Non-Communicable Diseases in two quilombola communities located in a municipality in the interior of the state of the Bahia, in 2016. This is a cross-sectional, descriptive study, carried out in the two communities located in the rural area of Feira de Santana-BA: Matinha dos Pretos and Lagoa Grande, with individuals who are over 18 years old and had at least one of the Non-Communicable Chronic Diseases - NCDs. The data in the present study derive from the application of validated instruments, containing questions related to socioeconomic, demographic, environmental and health circumstances, and the identification of diseases and conditions. Two hundred and Forty-Four (244) adults of both sexes participated in this study. The averages of the quantitative variables were estimated, and absolute and relative frequencies of qualitative variables were calculated for each community. The data were analyzed through Statistic Package for Social Sciences (SPSS) version 22.0. The predominance of NCDs was greater in females (73%) in both communities, among the ones: aged over 60 years (50.2%), with 8 years or less of schooling (79.1%) and more than 80% had an income of less than one minimum wage in both communities. About the environmental and housing conditions, 95% have a masonry house, 99% do not have a sewerage system and in the Lagoa Grande community and 54.9% do not have regular garbage collection. Regarding life habits, the high consumption of alcoholic beverages (11%) in the Lagoa Grande community stands out, as well as the habit of smoking (5.5%). As to the health situation in both communities, there was a predominance of “regular” self-rated health (70.4%) and 45% reported rarely seeking health services. The results show that these communities experience situations of extreme vulnerability which affect their health and can raise the chronicity of diseases, especially with regard to Chronic Non-Communicable Diseases, highlighting the need for operations aimed at improving the conditions of life and health of these communities.

Keywords: Chronic Non-Communicable Disease, Epidemiological Profile, Quilombo.

INTRODUÇÃO

A população negra vive em situação de elevado risco de adquirir doenças e de permanecer adoecida por um período maior de tempo, situações relacionadas principalmente a fatores sociais como a discriminação racial, distribuição desigual de renda entre negros e brancos, piores condições de trabalho, baixa escolaridade, menores salários, maior possibilidade de estar no grupo de maior pobreza e restrições no acesso aos serviços de saúde (WILLIAMS, 1999; MALTA et al., 2015).

As comunidades quilombolas são grupos socialmente vulnerabilizados, que sofrem com as desigualdades sociais e de saúde e essas desigualdades são fruto do racismo enraizado

na sociedade desde o período de escravidão até os dias atuais, tornando estas comunidades excluídas da sociedade (GOMES 2013). De acordo com a Portaria de nº 98/2007, referente ao cadastro nacional de remanescentes das comunidades de quilombos, realizado pela Fundação Cultural Palmares, define-se as populações quilombolas como grupos de etnia/raça autodefinida, com relação à ancestralidade negra com experiências vivenciadas de sofrimento e de comportamentos de resistência histórica.

No Brasil segundo a Fundação Cultural Palmares existem atualmente mais de 3.000 Comunidades Remanescentes de Quilombos certificadas, o maior número de comunidades se concentra na região Nordeste e a Bahia o segundo estado com maior número de comunidades quilombolas certificadas, conforme a portaria nº171/2020 atualmente são 823 comunidades equivalendo aproximadamente 23% do total de comunidades reconhecidas e certificadas em todo o país, fato merecedor de maiores pesquisas, principalmente no campo da saúde (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020).

Em relação à Feira de Santana, encontram-se certificadas as comunidades foco deste estudo: Comunidade Lagoa Grande (reconhecida no ano de 2007) e comunidade Matinha dos Pretos (reconhecida no ano de 2014), respectivamente localizadas na zona rural deste município (ARAÚJO, 2017). Aponta-se que a formação das comunidades quilombolas em Feira de Santana, está ligada a experiências de escravidão impostas no final do século XIX e início do século XX, tendo sido criadas pelos negros africanos como locais de resistência e sobrevivência ao sofrimento e violência vivenciados (SOUZA, 2010).

Sabe-se que os remanescentes de quilombos estão entre os grupos de grande vulnerabilização social do País, e no que diz respeito à saúde, sua situação também se apresenta precária em todas as regiões brasileiras (CARDOSO, MELO, FREITAS, 2018). Estudos apontam os piores indicadores em saúde nas populações pretas e pardas, evidências indicam que os negros têm maior incidência de doenças e morrem mais precocemente, em todas as idades (AMORIM et al., 2013, BEZERRA et al., 2013, MALTA et al., 2015, SOUZAS et al., 2015; PAULLI, 2019; SANTOS et al., 2019).

Vale ressaltar que o perfil de doenças nas populações quilombolas, tem sido modificado diante do aumento de casos de doenças crônicas nessa população. Estas doenças se caracterizam por apresentar um maior tempo de latência, poucos sintomas iniciais, fatores de risco associados e especificidades, deste modo observa-se uma transição epidemiológica nesse grupo (OLIVEIRA et al., 2015). Devido à complexidade do surgimento e evolução das

doenças crônicas nessas comunidades, há necessidade de estudos que busquem entender os elementos através dos quais, está sendo traçado o processo de saúde e doença das populações rurais, principalmente, populações historicamente silenciadas, as quais vivem em situação de vulnerabilidade como são as comunidades quilombolas.

Vários estudos mostram que o estado de cronicidade das doenças se eleva quando observado em contextos de vulnerabilidade social como situação de discriminação por razões econômicas, educacionais e étnico raciais (LOPES, 2005; SANTOS, 2011; MALTA, et al., 2017). Estas doenças atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulnerabilizados, como as populações quilombolas (BRASIL, 2011).

Considerando a magnitude das DCNT e os fatores envolvidos na sua determinação, é importante traçar o perfil epidemiológico de quilombolas acometidos por esses tipos de doença nas comunidades quilombolas localizadas no município Feira de Santana no estado da Bahia, com o intuito de contribuir com maior conhecimento para o estado da arte.

Dessa forma, esse artigo tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico das pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis mais prevalentes, nas duas comunidades quilombolas, localizadas em um município do interior do estado da Bahia, no ano de 2016.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo do tipo corte transversal, descritivo, que analisou duas comunidades quilombolas, reconhecidas e certificadas pela Fundação Cultural Palmares, denominadas Matinha dos Pretos e Lagoa Grande, ambas situadas no município de Feira de Santana-Ba. O presente estudo é um recorte do Projeto de pesquisa “Determinantes sociais de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia”, cuja coleta de dados foi realizada no período entre julho e setembro de 2016 (ARAÚJO, 2017).

O cálculo do tamanho amostral foi feito através do programa estatístico Open Epi que considerou uma amostra de tamanho $N=742$ a partir do quantitativo populacional das duas comunidades: Matinha dos Pretos ($N=8.855$) e Lagoa Grande ($N= 12.077$), para que este quantitativo fosse considerado representativo das duas comunidades estudadas, no entanto, acrescentou-se 10% do total da amostra, considerando possíveis perdas, o que totalizou no $N=816$ indivíduos, contudo foram entrevistados 864 adultos ≥ 18 anos (369 indivíduos da comunidade Matinha e 373 indivíduos da comunidade Lagoa Grande) (ARAÚJO, 2017; OPENEPI, 2016).

Para o presente estudo foram selecionados 244 participantes sendo 153 residentes na comunidade da Matinha dos Pretos e 91 na comunidade Lagoa Grande, os quais referiram e comprovaram ter pelo menos uma das DCNT estudadas a saber, Doenças do Aparelho Circulatório DAC que engloba Hipertensão (22,3%), Doenças Cardíacas (5,9%) e outras Doenças do Aparelho Circulatório (7,5%), e além dessas a Diabetes (7,8%). Vale destacar que embora a variável DCNT seja autorreferida, para ser considerada no estudo, foram estabelecidos critérios de comprovação da presença da DCNT referida, como apresentação de exame médico que comprovasse o diagnóstico da doença, apresentação da receita médica ou do medicamento utilizado para o tratamento da doença e ou apresentação da ficha de acompanhamento no programa HIPERDIA.

Os dados do presente estudo derivam da aplicação do instrumento baseado no Projeto COMQUISTA: Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista-Ba. Avaliação de Saúde e seus Condicionantes, com vistas a verificar as condições socioeconômicas, demográficas, ambientais, do estado de saúde, utilização dos serviços de saúde, bem como a prevalência de doenças e agravos à saúde (ARAÚJO, 2017).

Foi feita análise descritiva para verificação da distribuição da frequência das variáveis. Os dados foram analisados por meio do software *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22.0.

RESULTADOS

Foi observado que em relação ao sexo há uma maior frequência do sexo feminino (75,8%) e (70,3%) nas duas comunidades estudadas. Em relação à faixa etária observou-se uma frequência maior de DCNT entre os indivíduos de faixa etária ≥ 60 anos representado por 47,7% na comunidade Matinha dos Pretos e 52,7% na comunidade Lagoa Grande. Em relação ao estado conjugal 53,6% na comunidade Matinha e 57,1% na comunidade Lagoa Grande relataram ter companheiro, no que se refere à escolaridade 79,1% em ambas as comunidades possuem até 8 anos de estudo, sobre o trabalho 41,2% na comunidade Matinha e 50,5% na comunidade Lagoa grande relataram que trabalham. Destes, 69,8% na Matinha e 93,5% na Lagoa grande informaram que trabalham sem carteira assinada sendo as suas principais funções de lavrador e agricultor. Em relação à renda 85% e 90,1% dos entrevistados das comunidades Matinha e Lagoa Grande respectivamente relataram receber até um salário

mínimo, além disso, 82,4% na comunidade Matinha e 69,2% na comunidade Lagoa grande relataram não receber benefício do governo (Tabela 1).

Tabela 1– Perfil demográfico e socioeconômico das pessoas com DCNT mais prevalentes nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016.

VARIÁVEL	COMUNIDADE MATINHA DOS PRETOS		COMUNIDADE LAGOA GRANDE	
	n(153)	%	n(91)	%
Sexo				
Feminino	116	75,8	64	70,3
Masculino	37	24,2	27	29,7
Faixa etária				
18 a 29 anos	6	4	6	6,6
30 a 39 anos	19	12,4	8	8,8
40 a 49 anos	25	16,3	17	18,7
50 a 59 anos	30	19,6	12	13,2
60 ou mais	73	47,7	48	52,7
Situação conjugal				
Com companheiro	82	53,6	52	57,1
Sem companheiro	71	46,4	39	42,9
Escolaridade (anos)				
0 a 8 anos	121	79,1	72	79,1
> 8 anos	32	20,9	19	20,9
Trabalha				
Não / desempregado	19	12,4	9	9,9
Sim	63	41,2	46	50,5
Aposentado	71	46,4	36	39,6
Situação de trabalho				
Com carteira assinada	19	30,2	3	6,5
Sem carteira assinada	44	69,8	43	93,5
Principal função do trabalho				
Trabalhador nível superior	2	3,2	2	4,6
Trabalhador nível fundamental e médio	15	23,8	10	21,6
Trabalhador informal	46	73	34	73,8
Renda familiar*				
Até um salário mínimo	130	85,0	82	90,1
> Um salário mínimo	23	15,0	9	9,9
Quantas pessoas dependem da renda				
Até 3 pessoas	127	83,0	72	79,1
> 3 pessoas	26	17,0	19	20,9
Recebe alguma ajuda do governo**				
Não	126	82,4	63	69,2
Sim	27	17,6	28	30,8

Fonte: Autores 2020

Notas: *Considerou-se o salário mínimo de 2016: R\$880,00.** Refere-se à Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada. A Bolsa família é um benefício do Governo Federal voltado às famílias de baixa renda e o Benefício de

Prestação Continuada é um benefício voltado a idosos que não contribuíram e estão em situação de extrema vulnerabilidade socioeconômica e pessoas com deficiência.

Em relação às condições ambientais (características ambientais e sanitárias) ambas as comunidades possuíam casa de alvenaria, energia elétrica e água encanada (95%). A respeito do destino do lixo verificou-se que na comunidade Lagoa Grande a prevalência de casas com coleta regular de lixo foi menor (44,1%), quando comparada à Matinha dos Pretos (90,8%). Destaca-se que, praticamente 99% das casas das pessoas com DCNT da comunidade Matinha dos Pretos e da comunidade Lagoa Grande não têm rede de esgoto (Tabela 2).

Tabela 2– Características das condições ambientais das pessoas com DCNT mais prevalentes nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016.

VARIÁVEL N(244)	COMUNIDADE MATINHA DOS PRETOS		COMUNIDADE LAGOA GRANDE	
	n(153)	%	n(91)	%
Quantos cômodos têm a casa				
Até 4 cômodos	64	42	57	62,6
> 4 cômodos	89	58	34	37,4
Material utilizado na construção da casa				
Alvenaria	148	96,7	85	93,4
Madeira/taipa/abobe	5	3,3	6	6,6
Qual a forma de iluminação da casa				
Elétrica	151	98,7	89	97,8
Óleo/gás de botijão/querosene	2	1,3	2	2,2
Procedência da água				
Rede geral	145	94,8	88	96,7
Poço/ cisterna/ tanques	8	5,2	3	3,3
Destino do lixo				
Coleta regular	139	90,8	40	44,1
Queima / joga em terrenos	14	9,2	51	55,9
Destino dos dejetos				
Com rede de esgoto	2	1,3	0	0,0
Sem rede de esgoto	151	98,7	91	100,0

Fonte: Autores 2020

No que se refere ao estado de saúde a maioria avalia como “regular” tanto na comunidade Matinha representado por 67,3% quanto na comunidade Lagoa Grande representado por 73,6%. Perguntados “como se sentem nos últimos 15 dias da data da pesquisa” em ambas as comunidades, 48,4% na comunidade Lagoa Grande e 52,3% na

comunidade Matinha dos Pretos relataram sentir-se “regular”. Quanto à realização de exames 62,7% na comunidade Matinha e 89% na comunidade Lagoa grande referem ter realizado exames a mais de um mês e quanto à procura pelo serviço de saúde 53,6% dos entrevistados na Matinha e 54,9% na Lagoa Grande responderam que procuram “frequentemente”, em relação ao uso de medicamentos, a maioria dos entrevistados nas duas comunidades referiu que faz uso representado por 88,9% na comunidade Matinha e 92,3% na comunidade Lagoa Grande. Quanto aos hábitos de vida, na comunidade Matinha dos Pretos 5,9% consome bebida alcoólica enquanto que na comunidade Lagoa Grande esse consumo é praticamente o dobro 11%, sobre o uso do cigarro, 10,5% na comunidade Matinha dos Pretos e 14,3% na comunidade Lagoa Grande relatam fazer uso. No que se refere ao consumo de frutas, verduras e legumes, na comunidade Matinha 45,7% e na comunidade Lagoa Grande 54,9%, consomem esse tipo de alimento mais de 1 vez na semana (Tabela 3).

Tabela 3 - Frequências da situação de saúde e hábitos de vida das pessoas com DCNT mais prevalentes nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016.

VARIÁVEL N (244)	COMUNIDADE MATINHA DOS PRETOS		COMUNIDADE LAGOA GRANDE	
	n(153)	%	n(91)	%
Consumo bebida alcoólica				
Não	144	94,1	81	89,0
Sim	9	5,9	10	11,0
Frequência do consumo				
Até 3x na semana	1	11,1	1	10,0
Nos finais de semana	6	66,7	8	80,0
Todos os dias	2	22,2	0	0,0
Doses de bebida				
1 dose	2	22,2	0	0,0
Até 5 doses	3	33,4	5	50,0
> 5 doses	4	44,4	5	50,0
Faz uso de cigarro				
Não	137	89,5	78	85,7
Sim	16	10,5	13	14,3
Como avalia sua saúde				
Boa	50	32,7	24	26,4
Regular	103	67,3	67	73,6
Consumo de frutas Verduras e legumes				
Todos os dias	59	38,6	24	26,4
≥1x na semana	70	45,7	50	54,9

1 x por mês	24	15,7	17	18,7
Como vem se sentindo nos últimos 15 dias				
Bem	63	41,2	41	45,1
Regular	80	52,3	44	48,4
Mal	10	6,5	6	6,6
Faz uso de medicamento				
Sim	136	88,9	84	92,3
Não	17	11,1	7	7,7
Último exame clínico/laboratorial				
Recentemente	56	36,6	10	11,0
Nunca	1	0,7	0	0,0
Há um mês ou mais	96	62,7	81	89,0
Procura pelo serviço de Saúde				
Frequentemente	82	53,6	50	54,9
Raramente	71	46,4	41	45,1

Fonte: Autores 2020

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostram o perfil epidemiológico de quilombolas que têm pelo menos um tipo de DCNT estudadas, residentes nas duas comunidades quilombolas do município de Feira de Santana-BA.

Identificou-se que a faixa etária com maior frequência de DCNT em ambas comunidades foi de ≥ 60 anos seguida da faixa etária de 50 a 59 anos na comunidade Matinha e 40 a 49 anos na comunidade Lagoa Grande esse achado coincide com outros estudos (MUSSI, ROCHA E ALVES, 2019; TEIXEIRA, 2019; MEDEIROS et al., 2013, BEZERRA, et al., 2013) os quais também encontraram prevalência de DCNT em pessoas acima de 40 anos. Sabe-se que, além dos fatores de risco já conhecidos, bem como os fatores sociais e econômicos que influenciam no aparecimento de DCNT, as alterações próprias do envelhecimento também contribuem para o surgimento dessas doenças. Em relação ao sexo o presente estudo identificou um predomínio de DCNT no sexo feminino quando comparado com o sexo masculino em ambas as comunidades, esse achado corrobora com os resultados encontrados na maioria dos estudos realizados com quilombolas em diversas localidades do Brasil (BEZERRA, 2013, SANTOS E SILVA, 2014; FREITAS, 2018; MELO E SILVA, 2015; SOARES E BARRETO, 2015; PINHO 2015; OLIVEIRA E CALDEIRA, 2016; SANTOS et al., 2019).

Em relação à variável raça/cor da pele 100% dos entrevistados se autodeclararam negros (pretos e pardos) fato que difere do estudo de base populacional com quilombolas em Vitória da Conquista-BA, que tiveram indivíduos que se autodeclararam brancos (12,7%) (BEZERRA et al., 2013). Estudos mostram que pessoas que identificam sua cor da pele como parda, preta ou indígena geralmente pertencem a grupos de renda mais baixa e com menor escolaridade, e tendem a enfrentar maiores desigualdades nas condições de saúde (CHOR, 2005; GOMES et al., 2013).

Quanto à situação conjugal, nesse estudo as comunidades Matinha e Lagoa Grande, mais da metade, relataram ter companheiro. Em outros estudos esse dado prevalece em mais de 60% da população estudada. (MUSSI, ROCHA E ALVES, 2019; BEZERRA et al., 2013, OLIVEIRA, 2015).

No que se refere ao contexto educacional notou-se baixa escolaridade, com predomínio do ensino fundamental incompleto, foi observada também em outros estudos, essa baixa taxa de escolaridade entre quilombolas, o que revela dificuldade de acesso ao ensino (PINHO, 2015; TEIXEIRA, 2019; BEZERRA, 2013; MELO E SILVA, 2015; SANTOS E SILVA, 2014). Além disso, a escolaridade pode influenciar no acesso e entendimento de informações bem como nas condições para a prática do autocuidado, onde indivíduos com maior escolaridade compreendem melhor acerca do seu estado de saúde e têm uma melhor adesão ao tratamento de forma mais adequada o que reflete num melhor estado de saúde.

No que se refere ao trabalho, foi visto neste estudo, uma maior prevalência de trabalhadores informais em ambas as comunidades. Em se tratando da renda familiar o presente estudo evidencia que em ambas as comunidades a maioria dos entrevistados relatou possuir renda média familiar de até 1 salário mínimo, essa predominância também foi identificada em praticamente todos os estudos analisados (OLIVEIRA et al., 2015; FREITAS, 2018; SOARES E BARRETO, 2015; VIEIRA E MONTEIRO, 2013). A renda familiar é um componente importante para a avaliação das condições de vida e saúde dessa população, pois, a falta de recursos financeiros limita o acesso a diversos bens materiais e de consumo podendo influenciar negativamente na qualidade de vida das pessoas, o que pode contribuir também na elevação do risco de desenvolvimento e prolongamento de doenças nessa população.

Foi observado também nesse estudo que mesmo com renda insuficiente e emprego informal a maioria das famílias entrevistadas, não são contempladas por programas de

benefício social do governo tanto na comunidade Matinha dos Pretos quanto na comunidade Lagoa Grande, esse achado revela que muitas famílias as quais se enquadram no perfil dos programas de benefício permanecem desassistidas pelas políticas públicas, ou seja, elas ainda continuam invisibilizadas pelo governo, essa realidade também é vista na comunidade quilombola do Estado do Goiás (SANTOS E SILVA, 2014).

No que se refere às condições ambientais e sanitárias, os dados mostram que as casas de ambas as comunidades são feitas de alvenaria, sendo que a maioria destas possui mais que 4 cômodos na comunidade Matinha enquanto que na comunidade Lagoa Grande a maioria das casas tem até 4 cômodos, todas possuem rede elétrica e abastecimento de água, o que difere de outros estudos em que as comunidades não contam ou contam com muito pouco abastecimento de água, visto que estes têm como principal fonte de abastecimento os poços, nascentes, córregos (FREITAS et al., 2018; MELO E SILVA, 2015). Todavia não há coleta regular de lixo principalmente na comunidade Lagoa Grande, deste modo as pessoas incineram o lixo e também jogam em terrenos baldios, esse achado coincide com diversos estudos (SANTOS E SILVA, 2014; TEIXEIRA et al., 2019; OLIVEIRA E CALDEIRA, 2016), essa prática compromete o meio ambiente em que eles vivem e pode acarretar no aparecimento de diversas doenças e agravos a esta população.

Outro problema encontrado é quanto à eliminação de dejetos sólidos e líquidos, pois em ambas as comunidades praticamente todos dos participantes do estudo não têm rede de esgoto, portanto, ainda que a maioria dos domicílios possua fossa séptica, o uso da fossa rudimentar e do banheiro no fundo do quintal faz-se presente na comunidade, esse achado corrobora com diversos outros estudos onde essa realidade é vivenciada por praticamente todas as comunidades quilombolas do País (AMORIM et al., 2013; FREITAS et al., 2018, MELO E SILVA, 2015; PINHO et al., 2015). Sabe-se que o descarte das fezes no meio ambiente propicia o aparecimento de vetores responsáveis por causar doenças parasitárias e endêmicas, tornando-se um grande problema de saúde pública.

Magalhães e colaboradores (2013) afirmam que as condições de habitação são muito importantes para o bem-estar e segurança em saúde. Em seu estudo apontam que uma moradia de qualidade, assim como boas condições ambientais favorecem a saúde das populações, logo as precárias condições de infraestrutura e ambientais das comunidades quilombolas podem influenciar na determinação dos agravos crônicos neste grupo populacional.

Em relação às variáveis referentes aos hábitos de vida e condição de saúde, o presente estudo mostra que o consumo de bebida alcoólica na comunidade Matinha foi de 5,9% com predomínio acima de 5 doses, enquanto que na comunidade Lagoa Grande o consumo foi praticamente o dobro, correspondendo a 11% e acima de 5 doses, ambas com maior frequência nos finais de semana. Esse achado se mostra inferior aos encontrados em outras comunidades (OLIVEIRA, et al., 2015; SOARES E BARRETO, 2015, FREITAS et al.,2018).

Quanto ao uso do tabaco os dados mostraram um baixo consumo nas comunidades estudadas, quando comparados com estudos de outras comunidades quilombolas existentes no Brasil, a exemplo da comunidade “Mola” situada no Estado do Pará, estudada por Melo e Silva, (2015) onde 34,5% declararam ser fumantes. Porém mesmo diante de uma prevalência inferior a outras comunidades, esse achado é relevante, pois se trata de um hábito que está sendo praticado por pessoas acometidas de DCNT, e estudos mostram que o uso contínuo do tabaco representa um dos principais fatores de risco para o surgimento bem como agravamento de doenças crônicas e é potencializado com o uso de bebidas alcoólicas em excesso (OLIVEIRA E CALDEIRA, 2016; VIEIRA, 2014; CARDOSO et al., 2015; MELO E SILVA, 2015).

Quanto à avaliação dos participantes sobre o seu estado de saúde, a pesquisa mostrou que a maioria possui a autopercepção negativa representada pelas respostas “regular” a “ruim”. Esses achados corroboram com os dados encontrados em outros estudos, como o de Oliveira et al., (2015), em que na sua pesquisa realizada em 2013, sobre Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais e os fatores associados à percepção negativa da própria saúde, na qual se constatou uma taxa de 46% de autopercepção negativa, em que autores identificaram a associação dessa variável com as dimensões demográficas, socioeconômicas e, especialmente, à morbidade autorreferida, a saber hipertensão, diabetes, artrite, depressão e problemas de coluna (OLIVEIRA et al., 2015).

Além deste trabalho, outras pesquisas trazem resultados semelhantes aos expostos acima, como na comunidade quilombola Abacatal/Aurá situada e sob jurisdição do município de Ananindeua, na área metropolitana de Belém, Pará, em que 60% dos sujeitos possuem autopercepção de saúde negativa, os autores sugerem que os aspectos demográficos socioeconômicos e a presença de doenças crônicas, são fatores que podem contribuir para a percepção negativa do estado atual de saúde dessa população. (FREITAS et al., 2018; TEIXEIRA et al., 2019).

Foi verificado também que no que se refere ao estado de saúde nos últimos 15 dias à entrevista, a maioria dos participantes em ambas as comunidades relataram estar se sentindo “regular” ou “mal” de saúde. Esse achado pode estar associado à presença de DCNT bem como ao entendimento de que o bom estado de saúde está relacionado à ausência de doença.

Em relação ao uso de medicamentos observou-se que grande parte dos participantes de ambas as comunidades relataram fazer uso de medicamento, o que mostra que o uso de medicamento está diretamente ligado à presença da doença e a necessidade de uso dos mesmos. Esse achado se assemelha a uma pesquisa realizada no sudoeste da Bahia, em 2013, para verificar a prevalência de utilização de medicamentos pela população quilombola (41,9%), no qual o uso de medicamentos foi associado a sexo feminino (50,3%), idade de 60 anos e mais, pior avaliação da saúde, maior número de morbidades autorreferidas (MEDEIROS et al., 2013).

No que se refere ao consumo de frutas, verduras e legumes os dados mostram uma frequência no consumo entre 1 ou + vezes na semana 45,7% e 54,9% nas comunidades Matinha e Lagoa Grande respectivamente e apenas 38,6% na comunidade Matinha e 26,4% na comunidade Lagoa Grande, referem consumo todos os dias, portanto essa frequência é considerada baixa visto que há uma necessidade de maior consumo desses alimentos para manutenção da saúde.

Esse achado corrobora com outros estudos, como o de Freitas, 2018 em que na comunidade estudada, foi observado que 64,61% dos participantes relataram o consumo de frutas, verduras e legumes apenas uma a duas vezes na semana, sendo assim considera-se o seu consumo, pelos moradores, muito baixo, os autores afirmam que apesar da grande variedade de frutos e hortaliças, muitas vezes eles precisam vender o que é produzido para garantir alguma renda, e consequentemente, esses alimentos naturais são substituídos pelos alimentos industrializados.

Outras pesquisas realizadas com quilombolas também constataram pouca ingestão de frutas, verduras e legumes (OLIVEIRA E CALDEIRA, 2016; FREITAS et al., 2018; SOARES E BARRETO, 2015). Deste modo o consumo de alimentos que são considerados de risco à saúde, principalmente entre as pessoas que possuem DCNT, tem se mostrado inverso ao consumo de frutas e verduras os quais são considerados saudáveis e de extrema importância para a manutenção da saúde desses indivíduos.

No que diz respeito à procura pelos serviços de saúde os dados mostram que mais da metade dos entrevistados relatam a procura pelo serviço “Frequentemente”, porém, embora a procura “frequente” seja um pouco maior quando comparada à procura “raramente”, há um elevado quantitativo de pessoas que relataram procurar pelo serviço “raramente” em ambas as comunidades, mostrando que geralmente procuram pelos serviços em situações de emergência, cabe ressaltar que esse é um dado bastante relevante por se tratar de pessoas que tem DCNT e que precisam fazer acompanhamento periódico no serviço de saúde. Além disso, a maioria dos entrevistados em ambas as comunidades relatam que o último exame ou consulta realizada foi há mais de um mês da data da realização da entrevista.

Esse achado corrobora com outras pesquisas às quais também refletem dados semelhantes onde, grande parte dos participantes declarou que “raramente” procura pelo serviço de saúde, caracterizando essa procura muita das vezes apenas em situações de emergência (AMORIM et al., 2013; GOMES et al., 2013; FERREIRA, 2015), percebe-se que a população busca o atendimento individualizado apenas quando estão apresentando algum sintoma, esse achado reflete a necessidade de ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos, como educação em saúde, bem como melhoria no atendimento prestado a essa comunidade, pois estas precisam de um acompanhamento mais próximo e constante da sua saúde, principalmente por serem acometidas de DCNT.

Apesar de o estudo atender os objetivos propostos, algumas limitações devem ser consideradas, uma dessas limitações se refere ao fato de o banco de dados ter sido construído para outra pesquisa a qual tinha objetivos diferentes desta e por conta disso não foram coletados alguns dados específicos referentes às DCNT do presente estudo, outro fator limitante diz respeito à doença crônica ser autorreferida, fator este que pode representar uma subestimativa diferente da situação real. Diante disso recomenda-se que sejam feitos mais estudos acerca dessa temática buscando analisar o máximo de fatores possíveis para que se tenha uma melhor visualização da realidade dessas comunidades, principalmente em relação às doenças crônicas que mais a acometem, para que assim, possa contribuir para o planejamento e promoção de ações direcionadas para a melhoria da realidade dessa população.

Embora a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) assegure a ampliação do acesso e a qualidade do atendimento básico, nas comunidades quilombolas brasileiras, verificou-se uma fragilidade entre o que é preconizado na política e as ações

executadas. Assim, considerando o direito ao acesso à saúde e ao processo de inclusão da população da Matinha dos Pretos e Lagoa Grande, as políticas de gestão em saúde devem preocupar-se em promover a formação e capacitação de profissionais de saúde para atuarem nessas áreas específicas.

CONCLUSÕES

Com o objetivo de traçar o perfil epidemiológico das pessoas com DCNT mais prevalentes nas comunidades quilombolas Matinha dos Pretos e Lagoa Grande foram estudadas as condições sociodemográficas, ambientais e de saúde destes indivíduos e os dados do estudo mostraram que há uma maior prevalência de DCNT entre os indivíduos do sexo feminino em ambas as comunidades, na faixa de idade acima de 60 anos, com escolaridade < 8 anos de estudo, renda < 1 salário mínimo em ambas as comunidades, em relação a condições ambientais e de moradia maioria possuem casa de alvenaria, praticamente todos não tem rede de esgoto e na comunidade Lagoa Grande mais da metade não possui coleta regular de lixo, sobre os hábitos de vida destaca-se o maior consumo de bebida alcoólica e tabagismo na comunidade Lagoa Grande. Sobre a situação de saúde em ambas as comunidades houve o predomínio de autoavaliação “negativa” de saúde e uma grande parte relatam procurar pelo serviço de saúde “raramente”.

Com base nestes dados foi possível caracterizar as duas populações quilombolas estudadas no que se refere aos indivíduos com DCNT, e identificar diversos problemas sociodemográficos e epidemiológicos que estas pessoas enfrentam, tais como a baixa escolaridade, baixa renda, falta de saneamento básico, falta de acesso aos serviços de saúde de qualidade, alimentação inadequada, entre outros, que afetam diretamente na saúde dos indivíduos contribuindo para o surgimento bem como agravamento das DCNT, nessa população. Assim, os dados deste estudo poderão contribuir para que as ações de saúde sejam planejadas e efetivadas conforme a realidade apresentada, levando-se em conta o contexto social, político e ambiental destas comunidades com base em suas especificidades.

Portanto diante da realidade vivenciada por essas comunidades e tendo em vista a magnitude que as Doenças Crônicas não transmissíveis representa, entende-se que todos os esforços devem ser feitos no sentido de viabilizar estudos que sejam direcionados para o conhecimento da situação em que vivem essas populações, bem como subsidiar reivindicações junto ao poder público no intuito de melhorar as condições de vida e saúde

dessas comunidades. Assim, espera-se que os resultados do presente estudo possam contribuir para que estas populações sejam vistas e recebam uma atenção especial por parte do poder público frente às suas necessidades específicas.

Os resultados dessa pesquisa evidenciaram que os indivíduos estudados vivenciam situações de vulnerabilidade e que estas afetam a sua saúde, e podem elevar o estado de cronicidade das doenças principalmente no que diz respeito às Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Sabe-se que esta realidade encontrada nas comunidades de Feira de Santana não difere de outras comunidades espalhadas pelo país, porém mesmo diante de avanços como os programas e políticas voltadas para essa população, essa triste realidade ainda se faz presente.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M.; TOMAZI, L.; SILVA, R. A. A.; GESTINARI R. S.; FIGUEIREDO T. B. **Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil.** Bioscience Journal -. 2013; v.29, n.4: p.1049-57.

BEZERRA V. M.; ANDRADE A. C. S.; CÉSAR C. C. C.; AIAFFA, W. T. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cad. Saúde Pública.** 2013; v.29, n.9: p 1889-902. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00164912>

BEZERRA V. M.; ANDRADE A. C. S.; CÉSAR C. C. C.; AIAFFA, W. T. Domínios de atividade física em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública.** 2015; v.31, n.6: p.1213-24. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00056414>

CARDOSO LGV, MELO APS, CESAR CC. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2015; v.20, n.3: p.809-20. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.12702014>

CHOR D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública,** 2005; v.21, p:1586-94.

FREITAS IA, RODRIGUES ILA, SILVA IFS, NOGUEIRA LMV. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. **Rev.Cuid.** 2018; v.9, n.2, p: 2187-200. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.521>

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Quadro geral por estados de comunidade remanescentes de quilombo.** Fundação Cultural Palmares. [Online], Disponível em

<<http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/TABELA-DE-CRQ-COMPLETA-QUADRO-GERAL-29-10-2020-1.pdf>>, Acesso em 2020.

GOMES KO, REIS EA, GUIMARÃES MDC, CHERCHIGLIA ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2013; v.29, n.9, p: 1829-42. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151412>

SOARES, D. A; BARRETO, S. M. Indicadores nutricionais combinados e fatores associados em população Quilombola no Sudoeste da Bahia, Brasil. **Ciência &Saúde Coletiva**. 2015; v.20, n.3, p: 821-32. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.03922014>.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Brasil. Fundação Nacional da Saúde: **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade/** Fundação Nacional da Saúde-Brasília: FUNASA, 2005, 446 p.

MAGALHÃES, K. A.; COTTA, R. M. M.; MARTINS, T. de C. P.; GOMES, A. P.; BATISTA, R. S. A habitação como determinante social em saúde: percepção e condições de vida de famílias cadastradas no bolsa família. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.1, 2013, p.57-72.

MALTA, D. C. et al. Diferenciais dos fatores de risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis na perspectiva de raça/cor. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v.20, n.3, p.713-725, 2015.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Publica**. 2017; 51 Supl 1:4s.

MEDEIROS D. S., MOURA C. S., GUIMARÃES M. D. C., ACURCIO F. A. Medication use by the “quilombola” population: a survey in South western Bahia, Brazil. **Rev. Saúde Pública**. 2013; v.47, n.5, p: 905-13. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004817>

MELO M. F. T., SILVA H. P. Doenças crônicas e os determinantes da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. **Revista da ABPN**. 2015; v.7, n.16, p: 168-89.

MUSSI, R.; ROCHA, S.; ALVES, T. Transtornos mentais comuns em quilombolas baianos, nordeste brasileiro. **Psic., Saúde &Doenças**, Lisboa, v. 20, n. 3, p. 698-710, dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200312>.

MUSSI, R. F. de F.; PETROSKI, E. L. Síndrome metabólica e fatores associados em quilombolas baianas, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2481-2490, julho de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018247.13982017>.

OLIVEIRA SKM, PEREIRA MM, Guimarães ALS, Caldeira AP. Self-perceived health among ‘quilombolas’ in northern Minas Gerais, Brazil. **Ciência Saúde Coletiva**. 2015; v.20, n.9, p:2879-90.<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.20342014>

OLIVEIRA, M.; KETLLIN, S.; PRATES CALDEIRA, A. **Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais.** Cadernos Saúde Coletiva, v. 24, n. 4, 2016.

OPENEPI. **Cálculo do tamanho da amostra.** [s.l: s.n.], 2015. Disponível em: <http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm>. Acesso em: 14 mar. 2018.

PINHO, L; DIAS, R. L.; CRUZ, L. M; VELLOSO N. A. **Health conditions of quilombola community in the north of Minas Gerais.** *J. res.: fundam. care. Online.* 2015; v.7, n.1, p: 1847-55. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1847-1855>

SANTOS, J. A. F. Desigualdade racial em saúde e contexto de classe no Brasil. **Revista Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 54, n. 1, p. 5-40, 2011.

SANTOS, R. C.; SILVA, M. S. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. **Saúde Soc.** 2014; v.23, n.3, p:1049-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300025>

SCHMIDT, M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, p. 61-73, 2011. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)> DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

SOARES DA, BARRETO SM. Indicadores nutricionais combinados e fatores associados em população Quilombola no Sudoeste da Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2015; v.20, n.3, p: 821-32. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.03922014>

SOUZA. E. B. **Terra, Território, Quilombo:** à luz do povoado de matinha dos pretos (BA).Dissertação de Mestrado, Salvador, Bahia: Universidade Federal da Bahia, 2010.

TEIXEIRA, E. P. et al. **Problema crônico de coluna/dor nas costas em população quilombolas de região baiana, nordeste brasileiro.** *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo , v. 26, n. 1, p. 85-90, Mar. 2019.<http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/18024126012019>.

VIEIRA ABD, MONTEIRO PS. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da bioética de intervenção. **Saúde em Debate.** 2013; v.37, n.99, p: 610-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000400008>

WILLIAMS, D. R. **Race, socioeconomic status, and health the added effects of racism and discrimination.** In N. E. Adler et al (eds.), Soioeconomic satatus and health in industrial nations: social, psychological e biological pathways. Annals of the New York Academy of Sciences, 1999, vol. 896. New York Academy of Sciences.

5.2 ARTIGO 2

FATORES ASSOCIADOS A DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS MAIS PREVALENTES NAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE FEIRA DE SANTANA-BA

ThiaraNeres Bispo Vitorio do Carmo; Edna Maria de Araújo

RESUMO

O objetivo dessa pesquisa é analisar os fatores associados a Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) mais prevalentes nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, em 2016. Trata-se de um estudo transversal, exploratório, realizado nas duas comunidades localizadas na zona rural do município de Feira de Santana-BA: Matinha dos Pretos e Lagoa Grande, que estudou 864 indivíduos ≥ 18 anos. Os dados do presente estudo derivam da aplicação de um instrumento validado, contendo perguntas relativas às condições socioeconômicas, demográficas, ambientais, da condição de saúde e da identificação de doenças e agravos. Foi realizada análise bivariada das variáveis estudadas em relação a DCNT, observando o nível de significância $p \leq 0,20$, assim como foi feita análise multivariada hierarquizada, baseada no modelo de Poisson com variância robusta, a fim de identificar os fatores associados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis mais prevalentes, a saber: Doenças do Aparelho Circulatório DAC que inclui Hipertensão (22,3%), Doenças Cardíacas (5,9%) e outras Doenças do Aparelho Circulatório (7,5%), e além dessas a Diabetes (7,8%). Os fatores associados significativamente à DCNT que compuseram o modelo multivariado hierarquizado ao ser considerado o nível de significância de $p < 0,05$, foram: Faixa etária 50 anos ou + (IC: 2,6–8,1), 40 a 49 anos (IC: 2,1–6,9), 30 a 39 anos (IC: 1,1–4,0), sendo a faixa de 18 a 29 anos utilizada como categoria de referência; Quantidade de cômodos da casa (IC: 0,7–0,9), Uso de medicamento (IC: 5,5–13,2); Procura pelo serviço de saúde (IC: 0,7–0,9). Conclui-se que os fatores associados às DCNT na população específica em estudo, apresentam coerência com os fatores que são observados na população como um todo, porém o tipo de estudo utilizado não permite inferir causalidade. De qualquer forma os resultados observados podem servir de referência para o planejamento de ações voltadas para prevenção e controle das DCNT na população estudada.

Palavras Chaves: Quilombolas, Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Fatores de Risco.

ABSTRACT

The purpose of this cross-sectional, exploratory study is to analyze the aspects associated with the most prevalent Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs) in the two quilombola communities located in the rural area of the municipality of Feira de Santana-BA, in 2016. In Matinha dos Pretos and Lagoa Grande 864 individuals, who are over 18, were studied. The data in the present study derive from the application of validated instruments, containing questions related to socioeconomic, demographic, environmental and health circumstances,

and the identification of diseases and conditions. Bivariate analysis of the variables in focus was performed regarding the NCD, observing the level of significance $p \leq 0.20$, as well as intra-block multivariate analysis based on the Poisson model with robust variance, in order to identify the factors associated with the most prevalent Chronic Non-communicable Diseases, namely: Diseases of the Circulatory System DAC (26%) that includes Hypertension (22.3%), Heart Diseases (5.9%) and other Circulatory System Diseases (7.5%), and in addition to these, Diabetes (7.8%). The factors significantly associated with CNCD that made up the hierarchical multivariate model, observing the level of significance of $P \leq 0.05$, were: 50-year-old or + group (CI: 2.6-8.1), 40 to 49-year-old ones (CI: 2.1-6.9), 30 to 39-year-old group (CI: 1.1-3.9) and 18 to 29-year-old ones had lower prevalence of NCDs; and the number of rooms in the house (CI: 0.7-0.9), use of medication (CI: 5.5-13.2) and average search for health services (CI: 0.7-0.9) were used as reference categories. It is concluded that the factors associated with NCDs in the specific population under study are consistent with the factors that are observed in the population as a whole, but the type of study used does not allow inferring causality. In any case, the observed results may serve as a reference for planning operations aimed at the prevention and control of NCDs in the quilombola population.

Keywords: Quilombolas, Chronic non-communicable Diseases, Risk factors.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são doenças causadas por múltiplos fatores, caracterizadas por sua longa permanência e por ocorrerem em qualquer momento da vida, além disso, representam maior carga de morbimortalidade no Brasil (DUCAN et al., 2012). “As (DCNT) constituem um dos maiores problemas de saúde pública atualmente e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, além de impactos econômicos para famílias, comunidades e a sociedade em geral” (MALTA 2015, p.4).

Fazem parte do grupo das DCNT as dislipidemias, diabetes mellitus, doenças respiratórias obstrutivas e neoplasias e as DAC que são as Doenças do Aparelho Circulatório que englobam as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, hipertensão, estas doenças têm sido responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade no mundo, e no que se refere ao Brasil, foram responsáveis por 74% do total de óbitos na população no ano de 2016 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; WHO, 2018, p.51).

O Ministério da Saúde aponta como determinantes sociais das DCNT as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de

bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada. Desse modo as DCNT afetam fortemente as camadas pobres da população e grupos mais vulnerabilizados, os quais são aqueles de baixa renda e escolaridade, a exemplo da população quilombola, por estarem mais expostas aos riscos e terem menor acesso aos serviços e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

As comunidades quilombolas são formadas, por pessoas de ancestralidade africana, e apresentam-se particularmente vulnerabilizadas, mesmo a mais de um século da abolição da escravidão, por conta das desigualdades sociais que enfrentam, desigualdades essas que são causadas além de outros fatores, pelo racismo e discriminação étnico-racial, que ainda se mostram latentes na sociedade brasileira, principalmente em relação aos cuidados de saúde (OLIVEIRA E COLS., 2011). Sabe-se que desigualdades sociais, baixa qualidade de vida, baixa escolaridade, falta de acesso à informação e o fato de pertencer a grupos vulnerabilizados, são condições que, seguramente, interferem no processo saúde-doença.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral a População Negra as doenças crônicas estão entre as doenças que se destacam mais prevalentes na população negra, e necessitam de uma abordagem específica, estas doenças estão classificadas como “[...] doenças de evolução agravada ou tratamento dificultado: Hipertensão arterial, diabetes melitus, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses [...]” (BRASIL, 2013, p.29). Neste sentido a política propõe ações voltadas para a redução dos indicadores de morbimortalidade por essas doenças nesse segmento da população (BRASIL, 2013).

Em relação às DCNT nas populações quilombolas alguns estudos têm demonstrado que estas comunidades, já apresentam uma transição em seu perfil epidemiológico, convivendo, atualmente, mais com doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, entre outras, e esse crescimento resulta em consequências devastadoras para os indivíduos, famílias e comunidades, (VOLOCHKO, BATISTA, 2009; OLIVEIRA E CALDEIRA, 2016; BEZERRA et al., 2015), sendo este mais um problema diante de tantos outros que a população quilombola já enfrenta.

Estudo epidemiológico, realizado em comunidades quilombolas do estado do Pará no período de 2012 a 2014, identificou elevado índice de DCNT em adultos, sendo que 87,8% apresentaram problemas crônicos relacionados ao sistema digestivo e 48,8% algum nível de pré-hipertensão ou hipertensão arterial (MELO; SILVA, 2015). Outro estudo realizado no estado da Bahia verificou que quase a metade (45,4%) dos quilombolas avaliados apresentou

hipertensão arterial e que esta condição estava associada com idade elevada, com baixa escolaridade e com pior situação econômica (SOUZAS, et al., 2015).

Estudos observaram que as questões relacionadas ao estilo de vida, tais como, o consumo de álcool, ausência da prática de exercícios físicos e tabagismo estão relacionados ao desenvolvimento de DCNT. Além destes, os fatores sociais como a discriminação racial, piores condições de trabalho, baixa escolaridade, maior probabilidade de pobreza e restrições no acesso aos serviços de saúde, são fatores que também podem influenciar no surgimento e ou agravamento dessas doenças (WILLIAMS, 1999; MALTA et al., 2015, SOUZAS, et al., 2015). Sabe-se que essas situações de vulnerabilidade são vivenciadas pela população quilombola, fato esse que pode contribuir para o aumento do risco dessa população adquirir essas doenças bem como sofrer as complicações decorrentes de forma mais severa.

Em virtude das situações de vulnerabilidade e também as restrições de acesso aos serviços de saúde que a população negra, bem como a população quilombola vivenciam, situações essas que são reflexo do racismo constante por parte da sociedade, a Política Nacional de Saúde Integral de População Negra tem por objetivo “combater a discriminação étnico-racial nos serviços e atendimentos oferecidos no Sistema Único de Saúde, bem como promover a equidade em saúde a essa população” (BRASIL, 2013, p.38).

No Brasil existem atualmente mais de 3.000 comunidades quilombolas reconhecidas e certificadas, e no que se refere ao estado da Bahia, este se constitui em território brasileiro com um dos maiores quantitativos populacionais de povos remanescentes de quilombos, sendo classificado como o segundo maior estado, seguido do Maranhão, com maior quantidade de comunidades quilombolas reconhecidas e certificadas. De acordo com a tabela de distribuição geral de comunidades remanescentes de quilombos, elaborada pela Fundação Cultural Palmares e atualizada pela portaria nº171/2020, o Estado da Bahia possui 823 comunidades quilombolas certificadas. (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020). No que se refere à Feira de Santana, encontram-se reconhecidas e certificadas, as comunidades foco deste estudo: Comunidade Lagoa Grande (reconhecida no ano de 2007) e comunidade Matinha dos Pretos (reconhecida no ano de 2014), ambas localizadas em zona rural deste município.

Apesar do número expressivo de comunidades certificadas no estado, há escassez de estudos acerca dos fatores associados à ocorrência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis nessa população e tendo em vista o contexto de vulnerabilidade social vivenciado pelos

quilombolas e a magnitude que representa as DCNT, todos os esforços devem ser feitos a fim de viabilizar estudos direcionados ao conhecimento deste problema de saúde existente nas comunidades quilombolas, para contribuir com o planejamento, avaliação e monitoramento de ações e programas de saúde direcionados a essas comunidades no Brasil.

Nesse sentido a PNSIPN traz como uma de suas diretrizes o incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra tendo como objetivo garantir e ampliar o acesso das populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde, tendo como estratégia de gestão o estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas (BRASIL, 2013).

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo analisar os fatores associados a Doenças Crônicas Não Transmissíveis mais prevalentes nas comunidades quilombolas no município de Feira de Santana-Ba, a partir de dados coletados no ano de 2016.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, exploratório de base populacional, de fonte primária, que analisou duas comunidades, certificadas pela Fundação Cultural Palmares localizadas na zona rural do município de Feira de Santana-BA: Matinha dos Pretos e Lagoa Grande, no período entre julho e setembro de 2016. Esse estudo é um recorte do Projeto de pesquisa e extensão: “Determinantes sociais de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia”, realizado no ano de 2016, o qual é um dos subprojetos do projeto mãe intitulado “Avaliação da atenção à saúde da população negra e a intersecção do racismo sobre as práticas de cuidado em estados do nordeste e sudeste brasileiro”.

Na pesquisa referida acima, foram entrevistados 864 adultos ≥ 18 anos (369 indivíduos da comunidade Matinha e 373 indivíduos da comunidade Lagoa Grande). A partir do quantitativo populacional das duas comunidades: Matinha dos Pretos (N=8.855) e Lagoa Grande (N= 12.077) foi estimado um tamanho amostral de 742 pessoas, através do cálculo realizado pelo programa estatístico Open Epi. No entanto, acrescentou-se 10% do total da amostra, considerando possíveis perdas, o que totalizou 816 indivíduos, porém foram entrevistados 864 indivíduos no total (OPENEPI, 2016; ARAÚJO, 2017).

Os dados do presente estudo derivam da aplicação de um instrumento, que foi baseado no Projeto COMQUISTA: Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista-Ba. Avaliação de Saúde e seus Condicionantes, com vistas a verificar as condições socioeconômicas, demográficas, ambientais, do estado de saúde, utilização dos serviços de saúde, bem como a prevalência de doenças e agravos à saúde.

Para o presente estudo a variável desfecho é DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis, essa variável foi criada a partir do agrupamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis que tiveram maior prevalência nas duas comunidades estudadas, a saber: a Diabetes (7,8%) e as Doenças do Aparelho Circulatório DAC que inclui Hipertensão (22,3%), Doenças Cardíacas (5,9%) e outras Doenças do Aparelho Circulatório (7,5%). Inicialmente foi feita análise de cada variável referente a cada doença separadamente e nessa análise foi observada semelhança entre os resultados obtidos, sendo assim para este estudo optou-se por agrupar estas doenças e criar a variável desfecho DCNT.

É importante destacar que as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) correspondem ao IX capítulo da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Décima Revisão (CID-10), de 1993, que compreende os subgrupos e causas localizadas entre os códigos I00-I99. Neste grupo, destacam-se as Doenças Hipertensivas, as Doenças Isquêmicas do Coração e as Doenças Cerebrovasculares. (BRASIL, 2004)

As variáveis de exposição foram categorizadas em três blocos. O primeiro, bloco distal, foi constituído pelas variáveis socioeconômicas: situação conjugal, anos de estudo, renda, recebimento de benefícios sociais, trabalho; O segundo, bloco intermediário, foi formado pelas variáveis das condições ambientais, o qual se subdivide em dois sub-blocos: 1- Características Habitacionais: quantidade de cômodos, existência de banheiro, tipo de material utilizado na construção da casa, formas de iluminação; 2- Características Sanitárias: cobertura do lixo, Procedência da água, destino dos dejetos.

O terceiro, bloco proximal, foi constituído pelas variáveis Demográficas (sexo e Faixa Etária) e condições de saúde, o qual se subdivide em três sub-blocos: 1- Estado de Saúde: autoavaliação de saúde, como vem se sentindo nos últimos 15 dias, uso de medicamento, problemas com cárie; 2- Hábitos de vida: consumo diário de frutas, legumes e verduras; uso de cigarro; consumo de álcool; 3- Uso de serviços de saúde: procura por serviços, visita ao dentista.

Inicialmente, foram feitas análises descritivas para caracterizar a distribuição de frequência das variáveis.

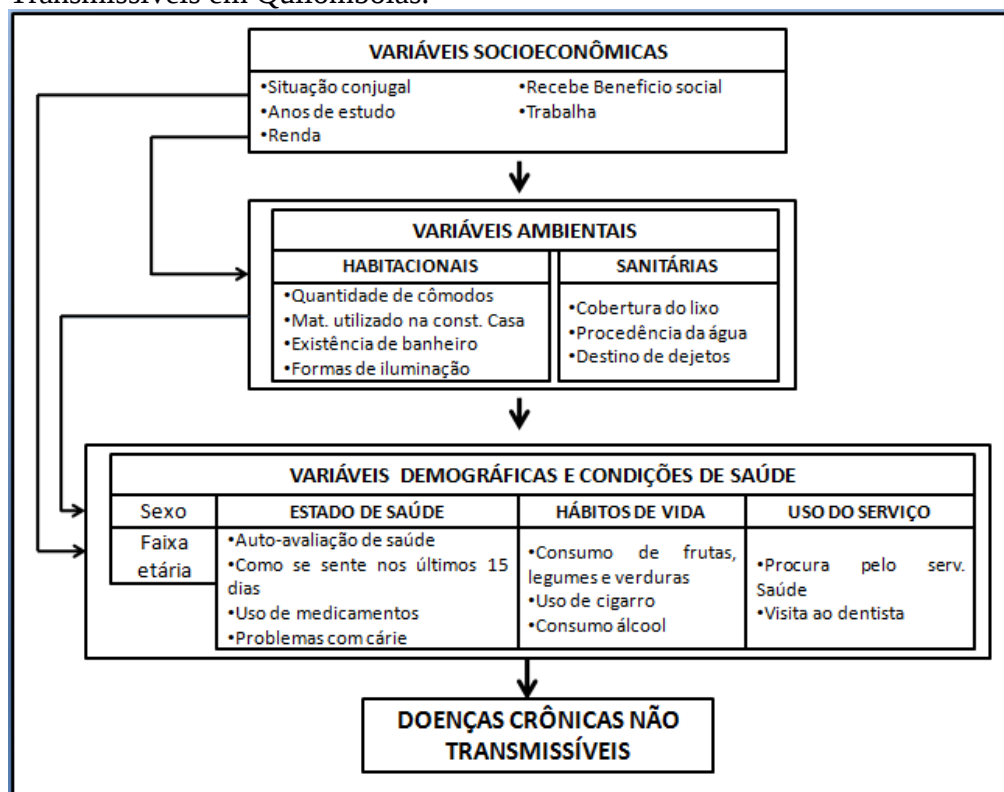
As análises bivariadas e hierarquizadas foram feitas com a amostra total de 864 indivíduos e não separadamente por comunidade já que as duas populações do estudo apresentaram características bem semelhantes.

Em seguida foi feita a análise exploratória dos dados de forma bivariada através do teste Qui-quadrado para evidenciar possíveis variáveis associadas às DCNT. Para esta análise foi tomado como referência um p-valor $\leq 0,20$.

Após a análise bivariada, foi feita a análise hierarquizada inter-blocos considerando todas as variáveis do bloco com significância estatística e até aquelas, que não tiveram significância estatística, mas eram importantes do ponto de vista epidemiológico. Permaneceram no modelo final de regressão de Poisson com Variação Robusta e foram consideradas como fatores associados à DCNT as variáveis que se mostraram estatisticamente significantes em nível de $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95%.

Os dados foram analisados por meio do *software estatístico Statistic Package for Social Sciences (SPSS)* versão 22.0.

Figura 1. Modelo teórico-conceitual da relação entre DSS e Doenças Crônicas não Transmissíveis em Quilombolas.



Fonte: Construção do autor segundo o Modelo Teórico Hierarquizado

A utilização do banco de dados em estudo foi autorizada pela coordenadora do Projeto Mãe “Determinantes sociais de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia”, através de documento assinado.

O Projeto Mãe foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, através do parecer nº 1.657.664, tendo sido adotadas todas as recomendações da Resolução 466/2012. Os participantes foram informados sobre os objetivos do trabalho, procedimentos e sigilo dos dados, e manifestaram sua concordância em participar da pesquisa ao assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Os dados mostraram que as duas comunidades se encontram em situação de vulnerabilidade nas suas condições de vida e saúde. Participaram do estudo 864 adultos, 484 residentes na comunidade da Matinha dos Pretos e 380 da Lagoa Grande.

A análise das frequências da população estudada mostrou uma predominância do sexo feminino em ambas as comunidades. Em relação à idade, a média foi de 42,6 anos, sendo a idade mínima 18 anos e a máxima 97 anos. No tocante a escolaridade notou-se que na comunidade Matinha 34,3% dos indivíduos participantes da pesquisa tinham até 4 anos de estudo enquanto na comunidade Lagoa Grande essa frequência foi 38,7%. Em relação à renda familiar, observou-se que em ambas as comunidades mais de 70% da população estudada possuíam renda de até um salário mínimo. No que se refere ao recebimento de Benefício de programas sociais, ambas as comunidades têm proporção bem próxima de beneficiários, uma média de 25% (Tabela 1).

Tabela 1– Perfil demográfico e socioeconômico da população estudada nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016.

VARIÁVEL	COMUNIDADE MATINHA DOS PRETOS		COMUNIDADE LAGOA GRANDE	
	n(484)	%	n(380)	%
Sexo				
Feminino	312	64,5	232	61,1
Masculino	172	35,5	148	38,9
Faixa etária				
18 a 29 anos	126	26,0	94	24,7
30 a 39 anos	125	25,8	101	26,6
40 a 49 anos	82	16,9	68	17,8
50 anos ou +	151	31,3	117	30,9

Situação conjugal

Com companheiro	255	52,7	188	49,5
Sem companheiro	229	47,3	192	50,5

Escolaridade (anos)

0 a 4 anos	166	34,3	147	38,7
4 a 8 anos	100	20,7	100	26,3
9 a 11 anos	100	20,7	109	28,7
12 anos ou +	118	24,3	24	6,3

Trabalha

Sim/Aposentado	380	78,5	322	84,7
Não / desempregado	103	21,3	58	15,3

Renda familiar

> Um salário mínimo	85	17,6	72	18,9
Até um salário mínimo	353	72,9	308	81,1

Recebe alguma ajuda do governo**

Sim	119	24,6	97	25,5
Não	365	75,4	283	74,5

Fonte: Autores 2020

Notas: *Considerou-se o salário mínimo de 2016: R\$880,00. **Refere-se à Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada. A Bolsa família é um benefício do Governo Federal voltado às famílias de baixa renda e o Benefício de Prestação Continuada é um benefício voltado a idosos que não contribuíram e estão em situação de extrema vulnerabilidade socioeconômica e pessoas com deficiência.

Em se tratando de condições ambientais (características habitacionais e sanitárias), observa-se que mais de 90% das casas são feitas de alvenaria, possui iluminação elétrica e água encanada. Verificou-se também que a quantidade de casas com coleta de lixo foi menor na comunidade Lagoa Grande (50,8%), quando comparada a comunidade Matinha dos Pretos e em ambas as comunidades mais de 95% não possuíam rede de esgoto.

Sobre os dados referentes aos hábitos de vida verificou-se uma frequência maior de consumo de bebida alcoólica na comunidade Lagoa Grande quando comparado com a comunidade Matinha. Na Lagoa Grande 22% dos entrevistados relataram consumir bebida alcoólica, sobre o uso de cigarro a frequência também foi maior na comunidade Lagoa Grande 13,4%. Sobre o consumo de frutas verduras e legumes notou-se em ambas as comunidades um baixo consumo diário, o que representou menos de 30% da população estudada.

No que se refere às condições de saúde, na comunidade Matinha dos Pretos 52,5% autoavaliaram a sua saúde como boa enquanto na comunidade Lagoa Grande 51,3% autoavaliaram sua saúde como “regular”. Quanto ao uso de medicamento verificou-se que 60% em média dos entrevistados em ambas as comunidades fazem uso de medicamentos. Sobre a procura pelos serviços de saúde 60% relataram procurar “raramente” pelo serviço de saúde assim como a procura pelo dentista em que mais de 70% afirmaram procurar “raramente” em ambas as comunidades.

Na análise Bivariada (Tabela 2) referente às associações entre as variáveis demográficas e socioeconômicas em relação ao desfecho DCNT, observou-se que apresentaram associação estatisticamente significativa para DCNT, as seguintes variáveis: Sexo, Idade, Estado conjugal, Escolaridade, Renda, Trabalha, todas com $p < 0,20$.

Tabela 2- Associações Bivariadas entre Doenças Crônicas Não Transmissíveis com características demográficas, socioeconômicas, nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016, através do teste Qui-quadrado.

Variáveis	Amostra		DCNT		p-Valor
	N(864)	%	N(244)	%	
Sexo					<i>*0,000</i>
Feminino	544	63	180	73,8	
Masculino	320	37	64	26,2	
Faixa etária					
18 a 29 anos	220	25,5	12	4,9	
30 a 39 anos	226	26,2	27	11,1	<i>*0,019</i>
40 a 49 anos	149	17,2	42	17,2	<i>*0,000</i>
50 anos ou +	267	30,9	163	66,8	<i>*0,000</i>
Estado conjugal					
Com companheiro	440	50,9	134	55,1	<i>*0,138</i>
Sem companheiro	421	48,7	109	44,9	
Escolaridade					
12 ou mais	142	16,4	17	7	
9 a 11 anos	209	24,2	29	11,9	<i>0,605</i>
4 a 8 anos	200	23,1	52	21,3	<i>*0,003</i>
0 a 4 anos	312	36,1	146	59,8	<i>*0,000</i>
Renda familiar					
> Um salário mínimo	157	18,2	32	13,7	<i>*0,009</i>
Até um salário mínimo	636	73,6	201	86,3	
Trabalha					
Sim/Aposentado	702	81,3	216	88,9	<i>*0,001</i>
Não	161	18,6	27	11,1	
Recebe alguma ajuda do governo					
Sim	216	25	55	22,5	<i>0,302</i>
Não	648	75	189	77,5	

Fonte: autores 2020 *Estatisticamente significativa em nível de $p \leq 0,20$

Na análise Bivariada (Tabela 3) referente às associações entre as variáveis condições ambientais em relação ao desfecho DCNT, observou-se que apresentaram associação estatisticamente significativa para DCNT, as seguintes variáveis: Quantidade de cômodos na casa ($p < 0,022$), Iluminação ($p < 0,106$).

Tabela 3- Associações Bivariadas entre Doenças Crônicas Não Transmissíveis com características ambientais, nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016, através do teste Qui-quadrado.

Variáveis	Amostra		DCNT		p-Valor
	N(864)	%	N(244)	%	
Quantos cômodos têm na casa					
					<i>*0,022</i>
Acima de 4 cômodos	382	44,2	123	50,6	
Até 4 cômodos	478	55,3	120	49,4	
Material da casa					
					<i>0,835</i>
Alvenaria	827	95,7	233	95,5	
Outro	37	4,3	11	4,5	
Tem Banheiro					
Sim	812	94,0	230	94,3	<i>0,829</i>
Não	52	6,0	14	5,7	
Iluminação					
Sim	856	99,1	240	98,4	<i>*0,106</i>
Não	8	0,9	4	1,6	
Destino do Lixo					
Coleta Regular	631	73,0	179	73,7	<i>0,821</i>
Queimado/joga em terrenos/rios	232	26,9	64	26,3	
Destino dos dejetos					
Com rede de esgoto	4	0,5	2	8	<i>0,253</i>
Sem rede de esgoto	860	99,5	242	99,2	
Procedência da água					
	0				
Rede Geral	819	94,8	232	95,5	<i>0,837</i>
Poço/nascente/cisterna/tanques	41	4,7	11	4,5	

Fonte: autores 2020 *Estatisticamente significativa para valor de $p \leq 0,20$

A Tabela 4 apresenta análise bivariada referente às associações entre as variáveis “situação de saúde” e hábitos de vida em relação ao desfecho. Observa-se que apresentam associações estatisticamente significantes, as seguintes variáveis: Autoavaliação de saúde, Como se sente nos últimos 15 dias, Uso de medicamento, Problemas com cárie, Consumo de frutas e verduras, Consumo de bebida alcoólica, Procura pelo serviço de saúde, Visita ao dentista, todas com $p < 0,20$.

Tabela 4- Associações Bivariadas entre Doenças Crônicas Não Transmissíveis com variáveis referentes à situação de saúde nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016, através do teste Qui-quadrado.

Variáveis	Amostra		DCNT		P-valor
	N	%	N	%	
Como Avalia a sua saúde					
Boa	439	50,8	74	30,3	<i>*0,000</i>
Regular ou ruim	425	49,2	170	69,7	
Como vem se sentindo					
Bem	535	61,9	104	42,6	<i>*0,000</i>
Regular	328	38,0	140	57,4	
Faz uso de medicamento					
Não	518	60,0	24	9,8	<i>*0,000</i>
Sim	346	40,0	220	90,2	
Problemas com cárie					
Não	362	41,9	78	32	<i>*0,000</i>
Sim	502	58,1	166	68	
Consumo de frutas e verduras					
Todos os dias	261	30,2	83	34	<i>0,436</i>
Mais de uma vez na semana	414	47,9	120	49,2	
Uma vez no mês	189	21,9	41	16,8	
Faz uso de cigarro					
Não	772	89,4	215	88,1	<i>0,451</i>
Sim	92	10,6	29	11,9	
Consome Bebida Alcoólica					
Não	717	83,0	225	92,2	<i>*0,000</i>
Sim	147	17,0	19	7,8	
Procura pelo serviço de saúde					
Frequentemente	278	32,2	132	54,1	<i>*0,000</i>
Raramente ou nunca	586	67,8	112	45,9	
Visita ao Dentista					
Frequentemente	213	24,7	52	21,3	<i>*0,161</i>
Raramente	651	75,3	192	78,7	

Fonte: autores 2020 *Estatisticamente significativa para valor de $p \leq 0,20$

A Tabela 5 descreve o resultado da análise multivariada hierarquizada intrabloco referente faixa etária, sexo, condições socioeconômicas, ambientais e das condições de saúde, conforme modelo teórico definido a priori (figura 1), analisado com relação aos fatores que mais representam as DCNT de maior prevalência nas comunidades quilombolas.

As variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa no Bloco intermediário que se refere a condições ambientais foram: cômodos da casa, no Bloco proximal que se refere aos fatores Condições de saúde foram: Procura pelo serviço de saúde e Uso de medicamento com as DCNT e a Faixa etária que também permaneceu significativa quando inserida no modelo final (Tabela 5).

Tabela 5 - Modelo final da análise multivariada hierarquizada com modelo de Poisson com variância robusta dos fatores associados à DCNT nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016.

FATORES ASSOCIADOS	RP Ajustada	IC(95%)	p-Valor
Bloco II			
<i>Quantos cômodos têm a casa</i>			0,032
Até 4 cômodos	0,85	0,74 - 0,98	
> 4 cômodos	-	-	
Bloco III			
<i>Faixa etária</i>			0,027
18 a 29 anos	-	-	
30 a 39 anos	2,08	1,08 - 3,99	
40 a 49 anos	3,45	2,15 - 6,90	
50 anos ou +	4,60	2,60 - 8,13	
<i>Faz uso de medicamento</i>			0,000
Não	8,52	5,50 - 13,20	
Sim	-	-	
<i>Procura pelo Serviço de Saúde</i>			0,023
Raramente ou nunca	0,82	0,70 - 0,97	
Frequentemente	-	-	

Fonte: autores 2020. Estatisticamente significativa $p \leq 0,05$ e IC(95%)

DISCUSSÃO

Com base na análise das frequências, o presente estudo evidenciou que as duas comunidades quilombolas de Feira de Santana vivenciam situações de vulnerabilidade que são caracterizadas pela baixa renda, baixo nível de escolaridade, falta de saneamento básico, baixa procura pelos serviços de saúde, hábitos de vida inadequados como consumo de bebida alcoólica, tabagismo, baixo consumo de frutas, verduras e legumes, entre outros, considerados como hábitos de risco para o desenvolvimento e ou agravamento de DCNT bem como de outras doenças.

No modelo final de regressão de *poisson* multivariada hierarquizada foi verificado, associação estatisticamente significativa entre as variáveis, cômodos da casa, faixa etária, uso de medicamento e procura pelo serviço de saúde.

Sobre o Bloco II Condições ambientais, a variável quantidade de cômodos na casa se apresentou associada ao desfecho, esse achado possivelmente está relacionado à condição de renda e escolaridade dos indivíduos, essa relação é discutida entre autores como uma relação inversamente proporcional entre a prevalência de DCNT e o nível socioeconômico (BARROS, et al., 2011, MELO e SILVA, 2015 ; ARROYO, 2012). Uma vez que um maior nível de escolaridade leva o sujeito a dispor de uma melhor renda e consequentemente usufruir de melhores condições de vida, sendo assim, ter mais cômodos numa casa é um reflexo de uma maior vantagem socioeconômica, afinal as condições de habitação se relaciona, geralmente, com as condições socioeconômicas, deste modo essa variável, não pode ser vista de maneira isolada mas sim relacionada com outros fatores referente as condições de vida dos quilombolas.

Apesar de a variável renda, quando inserida no modelo, ter perdido significância, observou-se que a probabilidade de desenvolver DCNT entre aqueles que recebem < 1 salário mínimo é 1,55 vezes maior do que os que possuem renda > 1 salário mínimo. No grupo com DCNT 86,3% possuem renda <1 salário mínimo. Segundo Bezerra et al. (2013), as populações que se concentram em níveis socioeconômicos mais baixos apresentam dificuldades de acesso aos serviços de saúde, consequentemente no grau de informação e compreensão da doença bem como à adesão ao tratamento gerando forte impacto nas condições de saúde.

Sobre o Bloco III Demográficas e Condições de saúde, as variáveis que tiveram associação foram Faixa etária, Procura pelo serviço de saúde e Uso de medicamentos.

No que se refere à faixa etária o presente estudo identificou associação positiva para DCNT, em que a prevalência da doença é diretamente proporcional à faixa etária, à medida que a idade avança a prevalência de DCNT tende a aumentar, a maior proporção de DCNT nas comunidades estudadas foi de 66,8% entre os indivíduos de 50 anos ou +. Outros estudos realizados com populações quilombolas com doença crônica também encontraram associação estatisticamente significativa entre idade e doença crônica, o que corrobora com esse achado (SANTOS et al., 2019; PAULI et al., 2019, BEZERRA et al., 2013, SOUZAS et al., 2015).

Sabe-se que alterações próprias do envelhecimento contribuem para o surgimento de doenças crônicas, portanto diante de uma população que vivencia situações de vulnerabilidade esse risco acaba sendo potencializado.

Com base na análise da variável utilização dos serviços de saúde, comprovou-se associação estatisticamente significativa entre a procura pelo serviço em relação à DCNT. Os dados mostram que a procura por serviços de saúde “frequentemente” no grupo de DCNT é maior (54,1%) quando comparado aos que procuram “raramente” (45,9%) nesse mesmo grupo, embora essa proporção seja maior percebe-se que a procura “raramente” é considerada alta e relevante, pois pessoas que tem DCNT e raramente procuram por serviços de saúde pode apresentar complicações da doença devido à falta de acompanhamento e tratamento da mesma.

Quando se observa a comunidade em geral a prevalência da procura por esses serviços foi maior no quesito “raramente” (61,2%), esse achado pode dar indícios de como esse tipo de serviço tem sido prestado à comunidade bem como mostra a falta de ações voltadas para a prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde, nesta população.

Alguns estudos observaram uma prevalência maior entre os que procuram “raramente” pelo serviço de saúde, a exemplo da comunidade quilombola do Boqueirão-BA, na qual foi observada a procura pelo serviço de saúde “raramente” em 81,8% e mesmo assim somente buscavam o serviço de saúde quando estavam sentindo algum sintoma (AMORIM et al., 2013). Em outro estudo realizado na comunidade de Alcântara-MA 70,4% dos quilombolas relataram que “raramente” procuravam os serviços de saúde e que geralmente só procuravam na condição de urgência (FERREIRA, 2015).

Um estudo realizado com quilombolas no Sudoeste da Bahia que teve o objetivo de identificar a prevalência da utilização dos serviços de saúde, em 2013, também evidenciou essa situação, nesse estudo, constatou-se que 57,1% usaram algum serviço de saúde nos últimos 12 meses, anterior à pesquisa, sendo que o fato de estar doente foi o principal motivo da procura (46,3%), além disso, esse estudo identificou também que as mulheres quilombolas são as que mais utilizam os serviços de saúde, as quais avaliaram a saúde como “regular”, “ruim” e “muito ruim” (GOMES et al., 2013).

Diante de tais achados, torna-se clara a necessidade de melhorar a prestação de serviços de saúde a essa população, através do desenvolvimento de ações que visem à promoção da saúde e prevenção de agravos. Conforme preconiza a PNSIPN a qual propõe a

garantia da efetivação do direito humano à saúde e neste sentido, inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra (BRASIL, 2013).

Em se tratando da variável como se sente nos últimos 15 dias, o presente estudo verificou associação estatisticamente significativa na análise bivariada, porém quando inserida no modelo foi observada perda de significância estatística. Embora tenha perdido significância, esse dado é de grande importância para o estudo, pois a identificação do estado de saúde dessa população pode dar indícios a respeito da qualidade do serviço de saúde prestados a essa população. Tanto Oliveira et al.(2015), em seu estudo na população quilombola do norte de Minas Gerais, quanto Kocherrgin C.N (2014) em seu estudo nas comunidades de Vitória da Conquista-Ba encontraram associação entre a autoavaliação de saúde e a presença de doenças crônicas.

A proporção de estado de saúde regular ou ruim é maior entre os entrevistados desse estudo. Este achado pode estar associado à presença da doença bem como à baixa ou nenhuma qualidade dos serviços de saúde prestados a essa população. Ademais, Melo (2019) traz em seu estudo que a autoavaliação do estado de saúde “ruim” e “regular” apresenta maior risco para DCNT, pois indivíduos que autoavaliam seu estado de saúde como ruim ou regular tendem a apresentar mais comportamentos de risco para a saúde.

Quanto ao uso de medicamentos foi encontrada associação significativa com o desfecho, essa associação pode estar diretamente ligada ao desfecho por conta da necessidade do uso de medicamentos para o controle da doença, além disso os dados mostram que no grupo com DCNT a frequência para uso de medicamentos é maior entre os que usam medicamentos (90,2%) quando comparado aos que não usam confirmando esta hipótese. Este achado corrobora com um estudo sobre uso de medicamentos por quilombolas, o qual encontrou associação positiva e significativa à presença de doenças autorreferidas, além disso, foi detectada uma frequência de uso de medicamentos de 41,9% e que a prevalência de utilização de medicamentos em mulheres foi significativamente superior à observada entre os homens (50,3% e 31,9%, respectivamente) (MEDEIROS, et al., 2013).

Sabe-se que medicamentos são importantes instrumentos terapêuticos utilizados no processo saúde/doença. Estão entre as intervenções mais utilizadas e de grande valor no

tratamento de doenças, aumentam a sobrevida e melhoram a qualidade de vida (DAL PIZZOL, et al., 2012). Porém, o uso destes devem ser prescritos e monitorados por profissionais de saúde, para que haja uma garantia no uso adequado e não haja uso indiscriminado dos mesmos, o que pode acarretar graves problemas à saúde dos indivíduos. Daí nota-se também a importância da presença de serviços de saúde com prestação de serviços de qualidade para esta população.

Sobre o consumo de frutas, verduras e legumes, foi encontrada associação significativa apenas na análise bivariada em relação às DCNT, perdendo sua significância quando inserida no modelo final, embora tenha se observado perda de associação significativa esse dado se mostra importante para o estudo, pois segundo o Ministério da Saúde uma alimentação inadequada, rica em gordura, pobre em frutas legumes e verduras estão associadas ao aparecimento de diversas doenças crônicas, como a hipercolesterolemia, hipertensão, diabetes, câncer (BRASIL, 2011). No presente estudo os dados mostram um consumo inadequado evidenciado pela baixa frequência do consumo de frutas, verduras e legumes onde 66% dos que tem DCNT relatam consumir esse tipo de alimento apenas mais de uma vez na semana ou uma vez no mês.

Soares e Barreto 2015, em seu estudo sobre indicadores nutricionais e fatores associados em uma população quilombola de Vitória da Conquista no ano de 2011, evidenciou uma elevada prevalência de risco nutricional para DCNT em especial entre as mulheres residentes na comunidade, além disso, encontrou associação significativa entre a hipertensão arterial e o risco nutricional. Esses achados corroboram com os achados do presente estudo, o que mostra a necessidade de ações de promoção da dieta saudável com vistas a estilos de vida saudáveis, bom estado nutricional e da saúde como um todo nas comunidades quilombolas.

No que se refere à escolaridade, embora tenha apresentado associação significativa à DCNT apenas na análise bivariada, perdendo sua significância quando inserida no modelo multivariado, foi observada uma alta prevalência de DCNT entre os indivíduos de baixa escolaridade, no grupo com DCNT 81,1% dos indivíduos possuíam menos que 8 anos de estudo. Esse achado corrobora com o estudo de Paulli, 2019, o qual estudou fatores associados à hipertensão arterial em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, e detectou associação inversamente proporcional entre escolaridade e Hipertensão em que quanto menor a escolaridade maior a probabilidade de Hipertensão. Entendendo que a

escolaridade é um dos determinantes do status socioeconômico, a baixa escolaridade pode influenciar na baixa renda bem como no acesso a bens e serviços de saúde, colocando o indivíduo em condições de vulnerabilidade e consequentemente acarretando problemas na saúde nesses indivíduos.

Outro achado importante, no presente estudo, é o consumo de bebida alcoólica, já que essa variável apesar de perder significância quando inserida no modelo, observou-se que pessoas que consomem bebida alcoólica têm 1,27 vezes mais probabilidade de desenvolver DCNT do que aqueles que não bebem. Embora essa variável tenha perdido significância no presente estudo tem sido identificada associação entre o consumo de bebida e doença crônica em outros estudos com comunidades quilombolas (MELO E SILVA, 2015, BEZERRA, et al., 2013, CARDOSO et al., 2015). Considerando que o consumo abusivo de álcool é um potencial fator de risco para doenças crônicas, esse achado mostra a importância de ações voltadas para prevenção e controle do uso abusivo de álcool.

Diante dos achados identificados nesse estudo, percebe-se que a PNSIPN, que tem como propósito principal a garantia da equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não-transmissíveis, incluindo os de maior prevalência, não vem sendo implementada como deveria, sendo necessárias ações efetivas que visem à mudança dessa realidade (BRASIL, 2013).

Apesar de o estudo ter tido um significativo alcance quanto aos objetivos propostos, algumas limitações devem ser consideradas. Como já está estabelecido na literatura, a realização de estudo transversal, não permite que sejam feitas inferências causais devido a problemas em relação à temporalidade. Outro fator limitante para o estudo é o fato de o desfecho ser autorreferido, essa medida pode ser influenciada pelo acesso e uso de serviços de saúde, pois em uma população com difícil acesso a serviços de saúde, a prevalência das DCNT pode ser subestimada.

Deste modo propõe-se que sejam realizados mais estudos sobre essa temática nessas comunidades com desenhos mais robustos em que outros fatores de risco sejam amplamente investigados bem como seja feito a coleta de dados através de intervenções, a exemplo pesquisa da hipertensão através de aferição de pressão arterial, entre outros exames, sobre Diabetes através da medida de glicemia e realização de exames laboratoriais, dentre outros,

para que se consiga obter dados mais fidedignos acerca das DCNT presentes na população estudada.

CONCLUSÃO

No presente estudo, foi possível observar que as características socioeconômicas, demográficas e de saúde das duas comunidades estudadas se mostraram bem semelhantes refletindo a situação de vulnerabilidade nas condições de vida e saúde que os quilombolas vivenciam. Essas situações são caracterizadas, pela baixa renda, baixa escolaridade, falta de saneamento básico, autoavaliação “regular” de saúde, baixa procura pelo serviço de saúde, alimentação inadequada, entre outros.

Em relação aos fatores associados às DCNT foram observadas associações estatisticamente significantes, para as seguintes variáveis: Sexo; faixa etária; renda; estado conjugal; escolaridade; trabalha; quantidade de cômodos na casa; iluminação da casa; consumo de bebida alcoólica; procura pelo serviço de saúde; como se sente nos últimos 15 dias; autoavaliação de saúde; problemas com cárie; consumo de frutas, verduras e legumes; visita ao dentista e uso de medicamento. Esse resultado se mostra coerente com a literatura na qual traz que as condições demográficas, socioeconômicas, ambientais e de saúde que as comunidades vivem podem influenciar no surgimento bem como agravamento das DCNT.

No entanto, a regressão multivariada hierarquizada evidenciou que apenas quatro das variáveis apresentadas acima se mostraram associadas ao desfecho, a saber: Faixa etária, quantidade de cômodos da casa, procura pelo serviço de saúde e uso de medicamento.

Diante do exposto conclui-se que, os fatores associados às DCNT encontrados na população específica em estudo, apresentam coerência com os fatores que são observados na população como um todo, porém o tipo de estudo utilizado não permite inferir causalidade, sendo este mais um fator limitante do presente estudo.

Esses achados podem dar indícios acerca do tipo de serviço que tem sido prestado à comunidade bem como mostra a falta de ações voltadas para a prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde, nesta população.

Embora se perceba um avanço acerca da implantação e implementação de políticas Públicas voltadas para essa população os dados mostraram fragilidade entre o que é preconizado, nas políticas específicas como a PNSIPN e Política Nacional de Atenção

Integral às Pessoas com Doença Falciforme, e o perfil das condições de vida e saúde observados.

As variáveis associadas às DCNT apontam para as medidas que podem ser adotadas com vistas à prevenção de complicações e controle desse tipo de agravo. Ainda, os resultados observados no presente estudo podem ser utilizados como referência para subsidiar novas investigações com desenhos mais robustos acerca dessa temática nestas comunidades.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M.; TOMAZI, L.; SILVA, R. A. A.; GESTINARI R. S.; FIGUEIREDO T. B. **Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil.** *Bioscience Journal* - 2013; v.29, n.4, p.1049-57.

ARROYO, J. C. Relatório técnico do projeto de avaliação da situação sócio-econômica-demográfica e de saúde entre quilombolas de Cametá e políticas públicas (BRZJ/003/11). Belém: ISSAR, UNICEF, 2012.

BARROS, M. B. de A.; FRANCISCO, P. M. S. B.; ZANCHETA, L. M. ; CESAR, C. L. G. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD 2003- 2008. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.9, 2011, p.3775- 3768.

BEZERRA V. M.; ANDRADE A. C. S.; CÉSAR C. C. C.; AIAFFA, W. T. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cad. Saúde Pública.** 2013; v.29, n.9, p.1889-902. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00164912>

BEZERRA V. M.; ANDRADE A. C. S.; CÉSAR C. C. C.; AIAFFA, W. T. Domínios de atividade física em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública.** 2015; v.31, n.6: p.1213-24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00056414>

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Sistema de informações sobre mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt>.

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.** 2015; v. 20, n.3, p: 809-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.12702014>

CARDOSO C.S., MELO L.O. DE, FREITAS D.A. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. **Rev Enferm UFPE on line.**, Recife, v.12, n.4, p:1037-45, abr., 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a110258p1037-1045-2018>

DAL PIZZOL, T. da S. et al . Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 104-114, Jan. 2012. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100011&lng=en&nrm=iso

DUCAN *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, Porto- Alegre (RS) vol. 46, p. 126-134, 2012.

FERREIRA, J. N. **Condições de saúde de população negra remanescente de quilombo em Alcântara-MA**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2015.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Quadro geral por estados de comunidade remanescentes de quilombo**. Fundação Cultural Palmares, 2020. [Online], Disponível em <<http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/TABELA-DE-CRQ-COMPLETA-QUADRO-GERAL-29-10-2020-1.pdf>>, Acesso em 2020.

GOMES KO, REIS EA, GUIMARÃES MDC, CHERCHIGLIA ML. 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>

KOCHERGIN, C. N.; PROIETTI, F. A.; CÉSAR, C. C. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1487-1501, 2014.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: BRASIL. Fundação Nacional da Saúde: **Saúde da população negra no Brasil**: contribuições para a promoção da equidade/ Fundação Nacional da Saúde-Brasília: FUNASA, 2005, 446 p.

MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. Brasi. epidemiol.**, São Paulo, v.18,n.2,p.3-16, Dez. 2015.

MALTA, D. C. et al. Diferenciais dos fatores de risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis na perspectiva de raça/cor. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 20, n.3, p.713-725, 2015.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Publica**. 2017; 51 Supl 1:4s.

MEDEIROS D. S., MOURA C. S., GUIMARÃES M. D. C., ACURCIO F. A. Medication use by the “quilombola” population: a survey in South western Bahia, Brazil. **Rev. Saúde Pública**. 2013; v.47, n.5,: p.905-13. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004817>

MEDRONHO R. **A Epidemiologia**. São Paulo. Editora Atheneu, 2009. pág181-219.

MELO M. F. T., SILVA H. P. Doenças crônicas e os determinantes da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. **Revista da ABPN**. 2015; v.7, n.16, p: 168-89.

MELO, Silvia Pereira da Silva de Carvalho et al . Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 3159-3168, ago. 2019.

OLIVEIRA, A. S. J.; RODRIGUES, F. E. N.; CORRÊIA, L. S. S.; TAVARES, M. do E.; MONTEIRO, T. L. Quilombolas do Pará: condições de vulnerabilidade nas comunidades remanescentes de Quilombo. Assis: Triunfal Gráfica e Editora. 2011.

OLIVEIRA SKM, PEREIRA MM, Guimarães ALS, Caldeira AP. Self-perceived health among ‘quilombolas’ in northern Minas Gerais, Brazil. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2015; v.2, n.9: p.2879-90. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.20342014>

OLIVEIRA, M.; KETLLIN, S.; PRATES CALDEIRA, A. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, 2016.

OPENEPI. **Cálculo do tamanho da amostra**. [s.l: s.n.], 2015. Disponível em: <http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm>. Acesso em: 14 mar. 2018.

PAULI, S. **Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil**. 2016. 131f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, 2016.

PAULI, S. et al . Prevalência autorreferida de hipertensão e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.9, p.3293-3303, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000903293&lng=en&nrm=iso

SANTOS, J. A. F. Desigualdade racial em saúde e contexto de classe no Brasil. **Revista Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 54, n. 1, p. 5-40, 2011.

SANTOS, D. M. S. et al . **Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica em Comunidades Quilombolas do Estado de Sergipe, Brasil**. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 113, n. 3, p. 383-390, Sept. 2019 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2019000900383&lng=en&nrm=iso

SOARES DA, BARRETO SM. Indicadores nutricionais combinados e fatores associados em população Quilombola no Sudoeste da Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2015; 20(3): 821-32. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.03922014>

SOUZAS, R.; et al. **PROJETO COMQUISTA-RESULTADOS**, 2015. Disponível em: <http://www.ims.ufba.br/wp-content/uploads/downloads/2015/02/Boletim_Epidemiol%C3%B3gico.pdf>. Acesso em: Março 2020

VOLOCHKO, A; BATISTA, L. E. **Saúde nos Quilombos**. Temas em Saúde Coletiva. 2009, v. 3, n. 2, p. 1-304.

WILLIAMS, D. R. **Race, socioeconomic status, and health the added effects of racism and discrimination**. In N. E. Adler et al (eds.), Soioeconomic satatus and health in industrial nations: social, psychological e biological pathways. Annals of the New York Academy of Sciences, 1999, vol. 896. New York Academy of Sciences.

WHO. **Global status report on non communicable diseases** 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo foi possível caracterizar duas populações quilombolas em seus aspectos sociodemográficos e epidemiológicos e os fatores que se associam as Doenças Crônicas não Transmissíveis nesta população. Foi possível evidenciar também as condições de vulnerabilidade a que estas populações estão expostas o que pode afetar o status de saúde, elevar o estado de cronicidade das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Esses achados são semelhantes aos achados de diversos estudos em comunidades quilombolas de diferentes regiões do País apontando para a necessidade de ações voltadas à melhoria das condições em que vivem estas comunidades.

Além disso, ao ser feita a análise bivariada foram observadas associações estatisticamente significantes em relação às DCNT da maioria das seguintes variáveis estudadas, a saber: Sexo; Faixa etária; renda; estado conjugal; escolaridade; trabalha; quantidade de cômodos na casa; iluminação da casa; consumo de bebida alcoólica; procura pelo serviço de saúde; como se sente nos últimos 15 dias; autoavaliação de saúde; problemas com cárie; consumo de frutas, verduras e legumes; visita ao dentista e uso de medicamento. Esse resultado se mostra coerente com a literatura que estabelece que as condições

demográficas, socioeconômicas, ambientais e de saúde que as comunidades quilombolas vivenciam podem influenciar no surgimento bem como agravamento das DCNT.

No entanto, a regressão multivariada hierarquizada mostrou que apenas quatro das variáveis apresentadas acima se mostraram associadas ao desfecho e foram estatisticamente significantes em nível de $p\text{-valor} < 0,05$. São elas: Faixa etária, quantidade de cômodos da casa, procura pelo serviço de saúde e uso de medicamento. Esse achado pode ser justificado por alguns motivos, um deles é o fato de termos um número de casos limitado para a análise, outro motivo é o fato de o desfecho ser autorreferido deste modo, a prevalência das DCNT pode ser subestimada.

Segundo a PNSIPN, as DCNT são consideradas como uma das doenças mais prevalentes na população negra, e nesse contexto a política tem como propósito garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação, assegurando a ampliação do acesso e a qualidade do atendimento básico, nas comunidades quilombolas brasileiras. Porém com base nos achados do presente estudo notou-se uma fragilidade entre o que é preconizado nas políticas específicas como a PNSIPN e Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e o perfil das condições de vida e saúde observados.

Assim, recomenda-se que sejam realizados mais estudos acerca dessa temática com amostras mais amplas e com meios diagnósticos mais precisos com vistas a superar as limitações observadas nesse estudo e se possa ter uma melhor visualização da realidade dessas comunidades no tocante às DCNT e os meios para minimizar a sua ocorrência.

A despeito de esse estudo ter limitações, sendo a mais importante delas o fato de não ser possível estabelecer relação de causalidade, os resultados observados estão de acordo com a literatura e poderão contribuir com o estado da arte sobre a temática para o grupo populacional estudado.

REFERÊNCIAS

- AGYEMANG, C *et al.* Cardiovascular disease, diabetes and established risk factors among populations of sub-Saharan African descent in Europe: a literature review. **Global Health**, vol. 5, n. 7, 2009.
- AMARAL, R. A. DO; MALBERGIER, A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da prefeitura do campus da Universidade de São Paulo (USP) - campus capital. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2004, v. 26, n. 3, p. 156–163.
- ANJOS, R. S. A. O espaço geográfico das comunidades remanescentes de antigos quilombos no Brasil. **Rev. Bras. Extensão Universitária**, Rio de Janeiro, vol. 1, n. 1, p. 52-57, 2013.
- BARROS, M. B. de A.; FRANCISCO, P. M. S. B.; ZANCHETA, L. M. ; CESAR, C. L. G. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD 2003- 2008. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.9, 2011, p.3775- 3768.
- BARROSO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. **Rev. Pan-Americana Salud Pública**, vol. 35, n. 4, 2014.
- BATISTA, L.E.; MONTEIRO, R.B. and MEDEIROS, R.A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde debate** [online]. 2013, vol.37, n.99, pp.681-690. ISSN 0103-1104. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000400016>.
- BEZERRA, V. *Met al.* Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados, **Rev. Cad. Saúde Pública**, vol. 29, n. 9, 2013.
- BIBLIOTECA Virtual Consuelo Pondé. **Sabores do Quilombo da comunidade quilombola de Lagoa Grande.** Disponível em: <<http://www.bvconsueloponde.ba.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=152>>.
- BORGES, W. D. **Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e seus determinantes bioantropológicos em populações quilombolas da Amazônia.** Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) Universidade Federal do Amazonas, 2011.
- BRASIL, Conselho Nacional de ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos:** Res. CNS 466/12. Conselho Nacional de Saúde, /Ministério da Saúde: Brasília (DF), 2012.
- _____. **Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003.** Dispõe sobre regulamentação, procedimento, identificação, demarcação, titularidade, limitação, terreno, comunidade, quilombos. Novembro de 2003. Brasília, Ministério da Cultura, DF, 2003, p.4.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS** / Ministério da Saúde, 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 36 p.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas da Igualdade Racial- SEPPIR. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra/** Ministério da Saúde: Brasília (DF), 2007. 60 p. 51

_____.Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Sistema de informações sobre mortalidade. Brasília: Ministério da Saúde 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt>.

_____. **Portaria n.º 98, de 26/11/2007**, Regulamenta o procedimento para a identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação de terras ocupadas por remanescentes das comunidades de quilombos. Fundação Cultural dos Palmares: Brasília (DF), 2007. 2 p.

_____. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Programa Brasil Quilombola: Diagnósticos de Ações Realizadas, Julho de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, DF, 2012.72 p.

BRITO, A. M. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 19, n. 1, p. 283-303, jun. 2011.

BUSS, P. M.; PELEGRINI-FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 17, n.1, p. 77-93, 2007.

CARDOSO, L.G.V; et al. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.**Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.20 n.3, p. 809-820, 2015.

CARVALHO, A. S. **Concepções sobre Segurança alimentar e nutricional pelos quilombos da comunidade de Tijuáçu, Bahia:** Uma abordagem Etnográfica sobre o PAA. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) Centro de Pesquisas Ageu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010, 144 p.

CHEHUEN NETO, José Antônio et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2015, vol.20, n.6, pp.1909-1916. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.17212014>.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CASADO, L.; VIANNA, L. M.; THULER, L. C. S. Fatores de Risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2009; v.55, n.4, p. 379-388.

CEBALLOS, A. G. da C. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde**. Recife: [s.n.], 2015. 20 p.

DUCAN *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, Porto-Alegre (RS) vol. 46, p. 126-134, 2012.

EVANS, S. J. Uses and abuses of multivariate methods in epidemiology. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 1988, v. 42, n. 4, p. 311-315.

FREITAS, D. A *et al.* Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**, São Paulo, vol. 13, n. 5, p. 1-7, 2011.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Quadro geral por estados de comunidade remanescentes de quilombo**. Fundação Cultural Palmares. [Online], Disponível em <<http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/TABELA-DE-CRQ-COMPLETA-QUADRO-GERAL-29-10-2020-1.pdf>>, Acesso em 2020.

HICKS, K.; LEONARD, W. R. Developmental systems and inequality, linking evolutionary and political-economic theory in biological anthropology. **Curr. Anthropol.** v. 55, n.5, 2014, p. 523-550.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico. BRASIL**: IBGE, 2010.

KOCHERGIN, C. N.; PROIETTI, F. A.; CÉSAR, C. C. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 30, n. 7, 2014.

LACERDA, R. dos. *et al.* Fatores que interferem nas disparidades raciais em saúde: impacto do trauma histórico, status socioeconômico e racismo sobre a saúde. **Revista ABPN**, vol.4, nº 8, 2012, pp. 97-113.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Brasil. Fundação Nacional da Saúde: **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**/ Fundação Nacional da Saúde- Brasília: FUNASA, 2005, 446 p.

MAGALHÃES, K. A.; COTTA, R. M. M.; MARTINS, T. de C. P.; GOMES, A. P.; BATISTA, R. S. A habitação como determinante social em saúde: percepção e condições de vida de famílias cadastradas no bolsa família. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.1, 2013, p.57-72.

MALTA, D. C., et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23, n.4, p.599-608, dez. 2014.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. 2017; 51 Supl 1:4s.

MALTA, D. C.; SILVA Jr., J. B. de. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão sistemática. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n.1, p.151-164, mar. 2013.

MALTA, D. C. et al. Diferenciais dos fatores de risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis na perspectiva de raça/cor. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v.20, n.3, p.713-725, 2015.

MEDEIROS, D. S. de; et al. Utilização de medicamentos pela população quilombola: inquérito no Sudoeste da Bahia. **Rev. Saúde Pública**, 2013, v. 47, n.5, p. 905-913.

MELO, M.F.T. de; SILVA, H. P. Doenças Crônicas E Os Determinantes Sociais Da Saúde Em Comunidades Quilombolas Do Pará, Amazônia, Brasil. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, [S.l.], v. 7, n. 16, p. 168-189, jun. 2015.

MENDONÇA, Lívia de Carvalho. **Escrevivendo escrita de remanescentes quilombolas no domínio escolar e na vida cotidiana: uma abordagem dialógica**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Letras, PUC-RS, 2014.

MESSIAS, A. R.; LIMA, J. R. O. Mulheres da Comunidade Quilombola “Lagoa Grande”: Economia Popular e Solidária e Encontro Geracional. In: IV Congresso internacional sobre Culturas – Memória e Sensibilidade: Cenários da experiência cultural contemporânea. 2018, Cachoeira-Ba. **Anais eletrônicos**, Cachoeira, 2018. p.1-13. Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/eventos/4congressoculturas/anais/>.

MUNANGA, K. Origem e histórico do quilombo na África. **Rev. USP**, São Paulo, vol.28, p. 56-63, 1996.

NASCIMENTO, M. A. A. As práticas populares de cura no povoado Matinha dos Pretos-Ba. Eliminar, reduzir ou convalidar? **Rev. Brasileira de Enfermagem**, vol. 50, n. 3, 1997.

NUNES, D. J. **Saúde da criança em comunidades quilombolas: uma revisão sistemática**. Monografia (Faculdade de Medicina) Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013, 40 p.

OLIVEIRA, A. S. J.; RODRIGUES, F. E. N.; CORRÊIA, L. S. S.; TAVARES, M. do E.; MONTEIRO, T. L. **Quilombolas do Pará: condições de vulnerabilidade nas comunidades remanescentes de Quilombo**. Assis: Triunfal Gráfica e Editora. 2011.

OLIVEIRA, M.; KETLLIN, S.; PRATES CALDEIRA, A. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, 2016.

PALMARES. Quadro geral por estados de comunidade remanescentes de quilombo. **Fundação Cultural Palmares**. Disponível em <http://www.palmares.gov.br.../quadro-geral-por-estado-ate-20/08/2014.pdf>. acesso em 22/09/2018.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 18. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2015.

ROCHA, P. R., DAVID, H. M. S. L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Rev. ESC Enferm. USP**, São Paulo, 2015, vol. 49, n.1, p.129-135.

ROUQUAYROL, M. Z; SILVA. M. G. C. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Med book, 2013.

SANTOS, J. A. F. Desigualdade racial em saúde e contexto de classe no Brasil. **Revista Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 54, n. 1, p. 5-40, 2011.

SAMPAIO, M. C. J.; BARZANO, M. A. L. Culturas e escolas na matinha dos pretos: relações tecidas no cotidiano. **Rev. Teias**, v. 14, n. 31, p.62-75, 2013.

SOUZA. E. B. **Terra, Território, Quilombo: à luz do povoado de matinha dos pretos (BA)**. Dissertação de Mestrado—Salvador, Bahia: Universidade Federal da Bahia, 2010.

SOUZA, D. de O.; SILVA, S. E. V. da; SILVA, N. de O. . Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da "questão social". **Saúde soc.**[online]. 2013, vol.22, n.1, p.44-56. ISSN 0104-1290.

SOARES, D. A.; BARRETO, S. M. Indicadores nutricionais combinados e fatores associados em população Quilombola no sudoeste da Bahia, Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 20, n. 3, p. 821-832, 2015.

SILVA, V. S., Rio das Rãs à Luz da Noção de Quilombo, In: **Revista Afro-Ásia**, n. 23, 2000.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, p. 61-73, 2011. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)> DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

TAVARES, J. C. S. Diáspora Africana: a experiência negra de interculturalidade. **Cadernos PENESB**, vol. 10, p. 77-85, 2010.

VIEIRA, A. B. D. População quilombola Kalunga: acesso ao sistema de saúde sob o enfoque da bioética de intervenção. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília. Programa de 189 **Revista da ABPN** • v. 7, n. 16 • mar – jun. 2015, p.168-189 Pós-Graduação em Bioética. Brasília: Universidade de Brasília. 2014.

VOLOCHKO, A; BATISTA, L. E. Saúde nos Quilombos. **Temas em Saúde Coletiva**. 2009, v. 3, n. 2, p. 1-304.

WHO. **Global status report on noncommunicable diseases** 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.

WERNECK, J. Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. In: BRASIL. Fundação Nacional De Saúde. **Saúde da população negra no Brasil**: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Funasa, 2005. p.315-386.

WILLIAMS, D. R. Race, socioeconomic status, and health the added effects of racism and discrimination. In N. E. Adler et al (eds.), **Socioeconomic status and health in industrial nations**: social, psychological e biological pathways. Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 896. New York Academy of Sciences.

ANEXOS

ANEXO A: Autorização de utilização do Banco de Dados



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE**

Feira de Santana, 05 de março de 2019.

Ilma. Sr^a.

Roberta Lima Machado de Souza Araújo

Solicito autorização para utilizar o banco de dados construído através do Projeto de pesquisa e Extensão intitulado “Determinantes sociais de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia” realizado no ano de 2016, para construção de minha dissertação de mestrado, intitulada “**FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE FEIRA DE SANTANA-BA**”. Asseguro que será respeitada a Lei 9.610/1998 e as considerações aos aspectos da Resolução nº466/2012

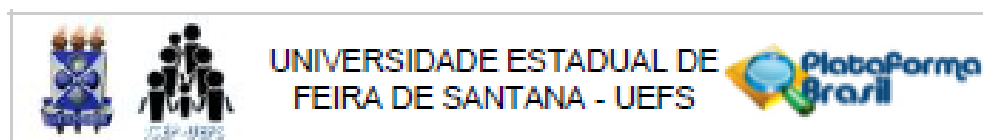
Atenciosamente,

Thiara Neres Bispo Vitorio do Carmo

MSC. Roberta Lima Machado de Souza Araújo

Pesquisadora

ANEXO B- AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA UEFS (CEP-UEFS)



Continuação do Parecer: 1.657.004

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. Relembro que conforme Institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Declaração de Pesquisadores	Declaracaojosivene.pdf	07/08/2016 14:09:55	Polyana Pereira Portela	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaobetania.pdf	07/08/2016 14:09:42	Polyana Pereira Portela	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaoaquelina.pdf	07/08/2016 14:09:03	Polyana Pereira Portela	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TGLECorrigido.pdf	07/08/2016 14:08:40	Polyana Pereira Portela	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PI_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_741423.pdf	29/06/2016 10:35:39		Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Matinha.pdf	29/06/2016 10:34:49	Roberta Lima Machado de Souza Araújo	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Lagoasgrande.pdf	29/06/2016 10:34:31	Roberta Lima Machado de Souza Araújo	Aceito
Folha de Rosto	doc.pdf	17/06/2016 21:38:44	Roberta Lima Machado de Souza Araújo	Aceito
Outros	Instrumentos.pdf	16/06/2016 14:57:29	Roberta Lima Machado de Souza Araújo	Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 1.057.064

Orçamento	ORCAMENTO.pdf	16/06/2016 14:56:15	Roberta Lima Machado de Souza Araújo	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/06/2016 14:50:24	Roberta Lima Machado de Souza Araújo	Acelto
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO2.pdf	16/06/2016 14:49:55	Roberta Lima Machado de Souza Araújo	Acelto
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO.pdf	16/06/2016 14:46:36	Roberta Lima Machado de Souza Araújo	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	16/06/2016 14:36:09	Roberta Lima Machado de Souza Araújo	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	16/06/2016 14:34:57	Roberta Lima Machado de Souza Araújo	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 07 de Agosto de 2016

Assinado por:

Pollyana Pereira Portela
(Coordenador)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-480
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ADULTOS

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa chamada: “Os Determinantes Sociais de Doenças e Agravos nas Comunidades Quilombolas de Feira de Santana, Bahia”, que tem como objetivo analisar os problemas de saúde que mais ocorrem nessas comunidades e os fatores sociais associados a eles. São responsáveis pela pesquisa Roberta Lima Machado de Souza Araújo, psicóloga, aluna do mestrado em Saúde Coletiva da UEFS e Edna Maria de Araújo, enfermeira, professora orientadora dessa pesquisa e coordenadora do Núcleo de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES), localizado no prédio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS. A coleta dos dados será realizada por uma equipe formada por quatro pessoas, inclusive por uma das pesquisadoras responsáveis pela pesquisa.

Como um dos benefícios pela sua participação na pesquisa, podemos citar o levantamento diagnóstico da situação de saúde da sua comunidade para que os problemas de saúde tenham maior visibilidade e a contribuição à secretaria municipal de saúde para que sejam planejadas ações que melhore a situação de saúde da sua comunidade.

Para coleta das informações será realizada uma entrevista com a utilização de três questionários, com perguntas referentes à sua condição de vida e de saúde, sua percepção sobre o estado da sua saúde, uso/abuso de álcool e seu estado de saúde mental. Caso não se sinta confortável em responder alguma pergunta o senhor (a) pode pedir para interromper a entrevista ou mesmo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Cabe salientar que os questionários ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável e/ou orientadora, no NUDES/UEFS, por um período de cinco anos, sendo destruídos posteriormente. Além disso, será garantido o sigilo da sua entrevista, respeitando a sua privacidade. Esta pesquisa seguirá a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que rege as normas regulamentadoras para pesquisa que envolve seres humanos, assegurando sigilo e seu anonimato e privacidade quanto às informações envolvidas na investigação. Para tanto as entrevistas serão identificadas através de uma numeração específica, não sendo colocado seu nome no questionário.

Sua participação é voluntária, não terá pagamento em momento algum e você será compensado por qualquer prejuízo decorrente da sua participação.

Os resultados desta pesquisa serão apresentados na sua comunidade, utilizados na elaboração de uma dissertação de mestrado, publicados em revistas como artigos e outros meios de divulgação científica. Também serão apresentados em formato de relatório à Secretaria Municipal de Saúde e ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEFS. Ademais, este estudo oportunizará a existência de dados para futuras propostas de trabalhos de extensão, para melhorar a condição e vida e saúde de populações vulnerabilizadas.

Este estudo embora não ofereça riscos físicos, poderá causar-lhe constrangimento ao relatar fatos de sua vida particular, ou sentir sua privacidade invadida com a presença e perguntas dos pesquisadores, bem como por receio de não saber responder o que lhe for perguntado procuraremos deixá-lo o mais confortável possível e, se for da sua vontade, poderemos interromper a entrevista e retomá-la em outro momento.

O (a) senhor (a) poderá solicitar informações a qualquer momento sobre a pesquisa, através de contato telefônico: 75. 3161-8469, ou pelo endereço: Avenida Transnordestina, S/N, bairro Novo Horizonte, UEFS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva no fundo do módulo VI. Ainda assim, poderá solicitar informações, do ponto de vista ético, através do Comitê de Ética em Pesquisa que também se localiza na UEFS no Módulo I, MA 17 (Tel: 3161-8067).

Se o senhor (a) tiver se sentindo bem informado e concorde em participar, por livre vontade, deverá assinar este termo de consentimento em duas vias, ficando o senhor (a) com uma cópia.

ProfªDrª Edna Maria de Araújo
Professora Orientadora
Tel: (75) 3161-8469

Roberta Lima Machado de Souza Araújo
Pesquisadora Responsável
Tel: (75) 3161-8469

Entrevistado (a)

Feira de Santana, ____/____/2016.

ANEXO D- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- BLOCOS



UEFS - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NÚCLEO INTERDISCIPLINAR SOBRE DESIGUALDADES EM SAÚDE – NUDES

Título da Pesquisa: “Os determinantes Sociais de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia”

IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA (Comunidade: _____ Nº _____)

Data da entrevista: ____/____/____

Horário: ____: ____

Número do entrevistador: ____

Número da Comunidade: ____

Número do Domicílio: ____

Tipo de Entrevista: ☐ Primeira entrevista ☐ Reentrevista

BLOCO I – INQUÉRITO INDIVIDUAL

1. Sexo ☐ Feminino ☐ Masculino

2. Idade:

☐ 18-29

☐ 30-39

☐ 40-49

☐ 50-59

☐ 60 ou mais

3. Qual seu estado conjugal?

☐ Com companheiro (casado)

☐ Sem Companheiro (separado, viúvo, solteiro)

4. Quantos anos de estudos?

☐ ≥ de 9 anos

☐ 5 -8 anos

☐ 0-4 anos

5. Qual a sua raça/cor da pele?

₀ ☐ Parda

₁ ☐ Preta

6. O senhor (a) é quilombola? ₀ ☐ Não ₁ ☐ Sim

7. O senhor (a) trabalha?

₀ ☐ Sim

₁ ☐ Não (desempregado e nunca trabalhou)

₂ ☐ Aposentado

8. Qual a sua situação de trabalho? ₉₉₉ ☐ Não se aplica

₀ ☐ Empregado com carteira assinada (servidor público, trabalhadores com carteira assinada)

₁ ☐ Empregado sem carteira assinada (Autônomo)

₂ ☐ Empregado Informal (Realiza “bicos”, empregado familiar não remunerado)

9. Qual é sua principal função no trabalho? ₉₉₉ ☐ Não se aplica

₀ ☐ Trabalhador Formal de nível superior

₁ ☐ Trabalhador Formal Nível Fundamental e Médio (Gerente, dirigente de empresa, Profissional de artesanato, Trabalhador (a) de serviços domésticos, Trabalhador (a) Comércio, Membros das forças armadas, policiais, bombeiros e militares)

₂ ☐ Trabalhador Informal (Agricultor, Trabalhador (a) manual (construção civil, etc, camelô)

10. Qual a sua renda? ₉₉₉ ☐ Não se aplica

₀ ☐ $\geq$ 1 salário mínimo

₁ ☐ Até 1 salário mínimo

11. Quantas pessoas dependem desta renda, além de você? _____ ₉₉₉ ☐ Não se aplica

₀ ☐ Até 3 pessoas

₁ ☐ $\geq$ 4 pessoas

E8

212. O senhor (a) recebe alguma ajuda financeira do governo, através de algum programa social?

₀ ☐ Não ₁ ☐ Sim

13. Qual benefício recebe? ₉₉₉ ☐ Não se aplica

☐ Bolsa Família

☐ Benefício de Prestação Continuada

14. Sua família já recebeu algum outro benefício eventual do governo (Cisternas, banheiro, cesta básica, etc.) ☐ Não ☐ Sim

BLOCO II – INQUÉRITO DOMICILIAR

15. Quantos cômodos têm na sua casa (refere-se a sala e quartos)? _____ cômodos

☐ Até 4 cômodos

☐ ≥ de 5 cômodos

16. Tem banheiro dentro na sua casa? ☐ Não ☐ Sim

17. Qual material foi utilizado na construção da sua casa?

☐ Com tijolos (Alvenaria/Tijolos)

☐ Sem tijolos (Madeira, Taipa, Adobe/Barro, Palha)

18. Sua casa tem água tratada? ☐ Não ☐ Sim

19. A água que o Sr (a) e sua família utilizam vêm de onde?

☐ Rede Geral

☐ Poço/ Nascente

☐ Cisternas/Tanques

20. Qual é a forma de iluminação da sua casa?

☐ Elétrica (rede, gerador, solar)

☐ Óleo/querosene/gás de botijão

21. Qual o destino do seu lixo?

☐ Tem Coleta regularmente

☐ O lixo é queimado

☐ Joga em Terreno, rios

22. Qual o destino dos dejetos?

☐ Com rede de esgoto

☐ Sem rede de esgoto (Fossa séptica, Fossa Rudimentar, Vala, Direto para o rio, lago, terreno)

BLOCO III – AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

23. Em geral, como o senhor (a) avalia a sua saúde?

₀ ☐ Boa ₁ ☐ Regular ₂ ☐ Ruim

24. Quantos dias na semana o (a) senhor (a) costumar comer frutas, legumes e verduras?

₀ ☐ Todos os dias ₁ ☐ $\geq 1x/$ por semana ₂ ☐ 1x no mês

25. Como vem se sentindo nos últimos 15 dias?

₀ ☐ Bem ₁ ☐ Regular ₃ ☐ Mal

26. Você faz uso de algum medicamento? ₀ ☐ Não ₁ ☐ Sim

27. Qual tipo de medicamento? ₉₉₉ ☐ Não se aplica

₀ ☐ Psicotrópicos (Antidepressivo, Ansiolítico/tranquilizante)

₁ ☐ Doenças Crônicas (Anti-hipertensivo, Hipoglicemiante)

₂ ☐ Doenças agudas (Analgésico)

28. O medicamento usado foi indicado por: ₉₉₉ ☐ Não se aplica

₀ ☐ Médico (receita)

₁ ☐ Não médico (Amigo, Familiar, Você mesmo, Vendedor da farmácia)

29. O senhor (a) utiliza medicação para tratamento de hipertensão? ₀ ☐ Não ₁ ☐ Sim

30. O senhor (a) utiliza medicação para tratamento de diabetes? ₀ ☐ Não ₁ ☐ Sim

BLOCO IV – DOENÇAS E AGRAVOS

31. O senhor (a) tem diagnóstico de hipertensão arterial? ₀ ☐ Não ₁ ☐ Sim

32. O senhor (a) já teve ou tem alguma destas complicações por conta da hipertensão?

(Angina (Dor no peito), Infarto, AVC (Derrame), Insuficiência Cardíaca, Outros Problemas Circulatórios, Problemas nos Rins)

₀ ☐ Não ₁ ☐ Sim

33. O senhor (a) já teve ou tem diagnóstico de diabetes? ₀ ☐ Não ₁ ☐ Sim

34. O senhor (a) já teve ou tem alguma destas complicações por conta da diabetes?

(Problemas de Vista, Infarto, AVC (Derrame), Outros Problemas Circulatórios, Problemas nos Rins, Úlceras na Perna ou Pés, Amputação, Coma Diabético)

☐ Não ☐ Sim

35. Já foi diagnosticado com alguma dessas doenças?

A) Cardíaca ☐ Não ☐ Sim

B) Circulatória ☐ Não ☐ Sim

C) Anemia ☐ Não ☐ Sim

D) Anemia ou outra doença Falciforme ☐ Não ☐ Sim

E) Respiratórias ☐ Não ☐ Sim

F) Sexualmente Transmissíveis ☐ Não ☐ Sim

G) Tuberculose ☐ Não ☐ Sim

H) Ossos ☐ Não ☐ Sim

I) Coluna ☐ Não ☐ Sim

J) Ansiedade ☐ Não ☐ Sim

L) Depressão ☐ Não ☐ Sim

M) Fobias ☐ Não ☐ Sim

N) Parasitárias ☐ Não ☐ Sim

O) Problemas de Pele ☐ Não ☐ Sim

P) Câncer ☐ Não ☐ Sim

36. Qual foi a última vez que realizou exames laboratoriais?

☐ Recentemente

☐ $\geq$ um mês

☐ Nunca realizei

37. O senhor (a) faz uso de cigarro? 0 ☐ Não 1 ☐ Sim

38. Com que frequência o senhor (a) procura os serviços de saúde?

☐ Frequentemente ☐ Raramente ☐ Nunca procurei

39. Qual a frequência da sua visita ao dentista?

☐ Frequentemente

☐ Raramente

☐ Nunca foi a dentista

40. Já teve problemas com cáries, canal? ☐ Não ☐ Sim

41. Já extraiu quantos dentes?

₀ ☐ Nunca extrair

₁ ☐ Extraí até 5 dentes

₂ ☐ Extraí mais de 5 dentes

EM RELAÇÃO AO USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS, VOCÊ:

42. Consome bebida alcoólica? ₀ ☐ Não ₁ ☐ Sim

Se NÃO, passe para o questionário SRQ-20

Se SIM, responda todas essas perguntas e mais o questionário CAGE

43. Com que frequência você costuma beber ₉₉₉ ☐ Não se aplica

₀ ☐ Até 3 X na semana

₁ ☐ Nos finais de semana

₂ ☐ Todos os dias

44. Quantas doses bebe em geral (dose entendida por um copo, uma taça, uma dose de cachaça)?

₀ ☐ 1 dose ₁ ☐ Até 5 doses ₂ ☐ ≥ 10 doses