DOI: 10.22278/2318-2660.2019.v43.n1.a2988

ARTIGO ORIGINAL DE TEMA LIVRE

CONDIÇÕES DE VIDA, SAÚDE E MORBIDADE DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO SEMIÁRIDO BAIANO, BRASIL

Roberta Lima Machado de Souza Araújo[a]
Edna Maria de Araújo[b]
Hilton Pereira da Silva[c]
Carlos Antônio de Souza Teles Santos[d]
Felipe Souza Nery[e]
Djanilson Barbosa dos Santos[f]
Betânia Lima Machado de Souza[g]

Resumo

A exclusão social à qual as comunidades quilombolas estão expostas, em todo o território brasileiro, tem favorecido sua vulnerabilidade socioeconômica, ambiental, o que se traduz em precárias condições de vida e saúde. Este estudo tem como objetivo analisar as condições de vida, saúde e morbidade referidas pelas comunidades quilombolas do semiárido baiano. Trata-se de um estudo transversal realizado nas comunidades quilombolas de Matinha dos Pretos e Lagoa Grande no município de Feira de Santana (BA), com indivíduos adultos (≥ 18 anos). Os dados foram coletados por meio da aplicação de três instrumentos e analisados utilizando-se o pacote estatístico Stata 14.0. Resultados: dos 864 entrevistados, 63,0% são do sexo feminino; 47,8%, casados, apresentando uma média de idade de 42,6 anos (IC 95%: 41,1 – 44,2), e de escolaridade, variando de 6 a 7 anos de

[a] *Mestra em Saúde Coletiva. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: robertamachado.psi@gmail.com*

[b] *Doutora em Saúde Pública. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: ednakam@gmail.com*

[c] *Doutor em Antropologia. Docente da Universidade Federal do Pará. Belém, Pará, Brasil. E-mail: hdasilva@ufpa.br*

[d] *Doutor em Saúde Pública. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: carlosateles@yahoo.com.br*

[e] *Doutor em Epidemiologia em Saúde Pública. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: enf.felipe.nery@gmail.com*

[f] *Doutor em Saúde Pública. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: djanilsonb@gmail.com*

[g] *Mestra em Planejamento Territorial. Docente do Instituto Federal Baiano. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: betaniauefs@gmail.com*

Endereço para correspondência: *Universidade Estadual de Feira de Santana. Av. Transnordestina, s/n, Novo Horizonte. Feira de Santana, Bahia, Brasil. CEP: 44036-900. E-mail: rlmsaraujo@uefs.br*

estudo em média. A maioria realiza trabalhos informais, especialmente nas funções relacionadas à agricultura. Em relação à vulnerabilidade ambiental, é de se destacar que 99,5% das casas não possuem rede de esgoto. Observou-se que a maioria raramente procura os serviços de saúde. As doenças de maior prevalência foram: doenças da coluna, doenças parasitárias e hipertensão arterial. Os principais agravos relacionados à saúde mental foram: ansiedade (n = 231); transtornos mentais comuns (n = 159) e fobias (n = 107). Os resultados demonstraram que as comunidades quilombolas de Feira de Santana (BA) encontram-se vulnerabilizadas, condição que revela a necessidade de intervenções sociais e de saúde, com vistas à melhoria da condição de vida e saúde dos quilombolas.

Palavras-chave: Perfil epidemiológico. Condição de vida. Grupos com ancestrais do continente africano.

LIFE CONDITIONS, HEALTH AND MORBIDITY OF QUILOMBOLAS COMMUNITIES FROM BAHIA SEMIARID, BRAZIL

Abstract

The social exclusion to which quilombola communities are exposed throughout Brazil has favored their socioeconomic and environmental vulnerability, which translates into precarious living and health conditions. This study analyzed the conditions of life, health and morbidity reported by Quilombola communities in the semiarid region of Bahia. Matinha dos Pretos and Lagoa Grande in the municipality of Feira de Santana, Bahia, with adult individuals (≥ 18 years). Data were collected through the application of three instruments and analyzed using the statistical package Stata 14.0. Results: out of the 864 respondents, 63.0% are female, 47.8% are married, with average age 42.6 years (95% CI: 41.1 – 44.2), and education varying from 6 to 7 years of study on average. Most carry out informal jobs, especially in functions related to agriculture. Regarding environmental vulnerability, 99.5% of the houses had no sewage system. The majority rarely sought health services. Their most prevalent diseases are: spine diseases, parasitic diseases and high blood pressure. The main problems related to mental health were: anxiety (n = 231); common mental disorders (n = 159) and phobias (n = 107). The results showed that the quilombola communities of Feira de Santana are vulnerable, which implies a need for social and health interventions to improve the living and health conditions of Quilombolas.

Keywords: Epidemiological profile. Living conditions. Groups with ancestors from the African continent.

CONDICIONES DE VIDA, SALUD Y MORBILIDAD DE
COMUNIDADES DE QUILOMBOLAS EN EL SEMIÁRIDO DE BAHIA, BRASIL

Resumen

La exclusión social a la que están expuestas las comunidades de quilombolas, en Brasil, ha favorecido su vulnerabilidad socioeconómica y ambiental, lo que se traduce en condiciones precarias de vida y salud. Este estudio tiene como objetivo analizar las condiciones de vida, salud y morbilidad reportadas por las comunidades de quilombolas en la región semiárida de Bahía. Este es un estudio transversal realizado en las comunidades de quilombolas de Matinha dos Pretos y de Lagoa Grande en el municipio de Feira de Santana (BA), con individuos adultos (≥ 18 años). Para recolectar los datos se utilizó tres instrumentos, y para analizarlos se aplicó el software Stata 14.0. De los 864 encuestados, el 63,0% son mujeres, el 47,8% están casados, con una edad promedio de 42,6 años (IC 95%: 41,1 – 44,2), y el nivel de estudios varía de 6 a 7 años de estudios. La mayoría realiza trabajos informales, especialmente en funciones relacionadas con la agricultura. Respecto a la vulnerabilidad ambiental, se destaca que el 99,5% de las viviendas no cuentan con alcantarillado. Se observó que la mayoría rara vez busca servicios de salud. Las enfermedades más prevalentes fueron: enfermedades de la columna, enfermedades parasitarias y presión arterial alta. Los principales problemas relacionados con la salud mental fueron: ansiedad (n = 231); trastornos mentales comunes (n = 159) y fobias (n = 107). Los resultados mostraron que las comunidades de quilombolas de Feira de Santana-BA son vulnerables, una condición que revela la necesidad de intervenciones sociales y de salud, con miras a mejorar las condiciones de vida y salud de quilombolas.

Palabras clave: Perfil epidemiológico. Condición de vida. Grupos con ancestros del continente africano.

INTRODUÇÃO

Os quilombolas se caracterizam como grupos com presunção de ancestralidade negra, com características étnico-raciais bem específicas, que possuem trajetórias social, cultural e territorial bem definidas[1]. Trata-se de uma população que, mesmo tendo sido alvo de políticas públicas a partir do ano de 2003, especialmente com a implantação do Programa Brasil Quilombola (PBQ), ainda sofre com o pouco acesso à água encanada, ausência de esgotamento

sanitário e coleta de lixo, e insuficiente cobertura dos serviços de saúde, sobretudo das unidades básicas a esses grupos[2].

Reconhecidamente, as comunidades quilombolas do Brasil se encontram vulnerabilizadas em suas condições de vida e saúde, fato que representa um relevante problema social e de saúde pública, não só pela precária condição socioeconômica, educacional e ambiental a que estão expostas, como também pelo impacto desses fatores na garantia de direitos sociais, culturais e políticos.

Pesquisa realizada pela Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir) no ano de 2012 constatou que 75,6% das famílias quilombolas brasileiras estão em situação de extrema pobreza, e que 78% dependem de benefícios de transferência direta de renda do governo federal[2].

No Brasil, estima-se que existam atualmente 1,7 milhão de quilombolas, 63% deles localizados no Nordeste brasileiro[2]. Em relação ao estado da Bahia, destaca-se a existência de 612 comunidades, caracterizando-o como o estado com o maior número de quilombolas no país[3]. No que tange às comunidades remanescentes de quilombos do município de Feira de Santana (BA), quais sejam, Matinha dos Pretos e Lagoa Grande, verifica-se que as duas estão devidamente reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares, possuindo um número elevado de habitantes, e localizadas em distritos (zona rural) do município. Ademais, essas comunidades possuem em comum a história de criação dos seus quilombos, estando vinculada ao processo de lutas e conflitos entre escravos e senhores de terras, no período colonial, mantendo similaridade com o processo de criação de grande parte dos quilombos no estado da Bahia[4].

Diversos estudiosos demonstram a relevância do recorte étnico-racial nas pesquisas, uma vez que se torna possível discutir questões relacionadas às desigualdades sociais e de saúde entre as populações[5-7]. São diversos os resultados dessa discussão, particularmente quando se verifica o tratamento diferenciado atribuído aos segmentos por raça/cor da pele no Brasil, no qual é possível observar um alto nível de desenvolvimento do país, quando considerados os indicadores sociais da população branca e, de muito baixo desenvolvimento, quando se observam os indicadores sociais da população negra[8].

Um estudo transversal de base populacional, a respeito de 169 comunidades quilombolas reconhecidas no país entre 1995 e 2009, residentes nas seguintes localidades: Norte, 53,8% (Amapá e Pará); Nordeste, 30,5% (Bahia, Maranhão, Pernambuco, Piauí e Sergipe); Sudeste, 3,8% (Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo); Sul, 0,3% (Rio Grande do Sul); e Centro-Oeste, 11,7% (Goiás, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso), revelou que são prevalentes as condições de precariedade nessas comunidades, que apresentam uma renda

per capita familiar de R$ 205,85,valor considerado defasado quando comparado com o salário mínimo vigente na época do estudo (R$ 888,00), sendo que 61% das famílias dependiam do complemento financeiro do Programa Bolsa Família (PBF), bem como 31,4% relataram ter precisado de outros benefícios eventuais, como cestas básicas[2]. Ademais, verificaram péssimas condições habitacionais, de esgotamento sanitário e água encanada, presentes em menos da metade dos domicílios[2].

O quadro de distribuição das doenças de maior prevalência em afrodescendentes revela que características de ordem genética influenciam no padrão de adoecimento, mas são os fatores socioeconômicos – situação de pobreza e exclusão social – os que mais incidem no processo saúde-doença da população negra, levando-se em conta, por exemplo, doenças ligadas à pobreza, como é o caso da tuberculose, das verminoses, da desnutrição, entre outras[9].

A despeito das evidências citadas, ainda são escassos os estudos que deram visibilidade às condições de vida e saúde das populações quilombolas localizadas no semiárido baiano, com vistas à elaboração e à implementação de políticas públicas. Dessa forma, este trabalho teve como objetivo traçar o perfil das condições de vida, saúde e morbidade referidas pelas comunidades quilombolas daquela região.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo epidemiológico de corte transversal, de base populacional, de fonte primária, que analisou duas comunidades 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. É importante destacar que essas duas comunidades se encontram certificadas pela Fundação Cultural Palmares. Os critérios de inclusão adotados neste estudo foram: a comunidade possuir certificação pela Fundação Cultural Palmares e a população estudada ser de adultos (≥ 18 anos). Para o cálculo do tamanho amostral, foi considerada a população total de adultos acima de 18 anos, considerando uma prevalência de 50%, em face da heterogeneidade dos eventos mensurados, precisão de 5% e intervalo de confiança de 95% (IC 95%), corroborando com outros estudos de base populacional em comunidades quilombolas no Brasil[5]. 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, por meio do cálculo realizado pelo programa estatístico OpenEpi. No entanto, acrescentou-se 10% do total da amostra, considerando possíveis perdas, o que totalizou 816 indivíduos. Contudo, efetivamente foram entrevistados 864 indivíduos.

Os dados deste estudo derivam da aplicação de três instrumentos. O primeiro foi baseado no Projeto COMQUISTA: Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista (BA)[5]. 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. O segundo instrumento foi o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), para verificar a suspeição de transtornos mentais[10]. O terceiro foi o acrônimo das quatro perguntas: *Cut Down*, *Annoyde by Criticims*, *Guilty* e *Eye-Open* (Cage), que trata da detecção de problemas derivados do uso abusivo de álcool[11].

A técnica de amostragem sistemática foi utilizada para seleção dos indivíduos, tendo sido desenvolvida da seguinte forma: primeiro, a partir da escolha de um ponto de referência na comunidade, realizaram-se entrevistas de duas em duas residências, uma vez que os domicílios não possuíam numeração; posteriormente, todos os residentes com 18 anos ou mais foram convidados a participar do estudo.

Antes da coleta de dados, foi realizado estudo-piloto, sensibilização das comunidades e treinamento dos entrevistadores. O estudo-piloto foi realizado com 74 adultos acima de 18 anos em uma comunidade negra rural conhecida como Olhos D'água, localizada próxima a uma das comunidades quilombolas do estudo. Assim, conseguiu-se testar os instrumentos selecionados para a pesquisa, sendo realizada uma melhor adequação das questões e avaliado o grau de aceitação da pesquisa e o tempo médio despendido nas entrevistas.

Com a finalidade de levantar as condições de vida e saúde das comunidades quilombolas, foram feitas análises descritivas – frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas, bem como as medidas de tendência central e seu respectivo intervalo de confiança a 95% das variáveis contínuas, de dados demográficos, socioeconômicos, as características das condições ambientais e da frequência da situação de saúde e hábitos de vida e saúde, além da estimativa da prevalência das doenças e agravos. As estimativas foram obtidas por meio do pacote estatístico *Stata Corporation Colage* (Stata), na versão 14.0.

Previamente, foi realizada uma apresentação do projeto às lideranças comunitárias, a seguir apresentado também às comunidades, tendo sido obtido o consentimento de ambos. Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, protocolado pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética por meio do número 57412416.4.0000.0053, obedecendo às exigências da Resolução 466/12. A participação no estudo foi voluntária e mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Participaram do estudo 864 adultos, 484 residentes na comunidade de Matinha dos Pretos, e 380 na de Lagoa Grande. Observou-se que a frequência do sexo feminino é maior nas duas comunidades. Em relação à situação conjugal, na comunidade de Matinha dos Pretos, os casados são maioria entre os quilombolas (52,6%), enquanto que na de Lagoa Grande, a maioria das pessoas não possui companheiros (50,5%). Verificou-se que a média de idade em ambas as comunidades é de 42,6 anos (IC 95%: 41,1 – 44,2), variando de 18 a 97 anos. Contudo, a média de anos de estudo diverge: é de 7,2 anos (IC 95%: 6,8 – 7,3) na comunidade de Matinha dos Pretos, e de 6,3 anos (IC 95%: 5,9 – 6,7) na de Lagoa Grande.

Nas duas comunidades, mais de 60% dos trabalhadores realizam atividades informais, especialmente nas funções relacionadas à agricultura. Em relação à renda média familiar, observa-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre as duas comunidades. Matinha dos Pretos apresenta renda média familiar de R$ 699,99 (IC 95%: 662,20 – 737,78), enquanto que a comunidade de Lagoa Grande, de R$ 732,82 (IC 95%: 686,25 – 779,41) em 2016. Todos os entrevistados se autodeclaram quilombolas e negros (entendendo negro enquanto categoria social, que inclui pretos e pardos). No que concerne aos beneficiários de programas sociais, a Lagoa Grande (25,6%) tem uma proporção similar à da comunidade de Matinha dos Pretos (24,6%) (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Caracterização das condições demográficas e socioeconômicas das comunidades quilombolas. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2016

(continua)

Variável	Comunidade de Matinha dos Pretos		Comunidade de Lagoa Grande	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	312	64,4	232	61,1
Masculino	172	35,6	148	38,9
Idade (anos)				
18 – 29	126	26,0	94	24,7
30 – 39	125	25,8	101	26,5
40 – 49	82	16,9	68	17,8
50 – 59	62	12,8	38	10,0
≥ 60	89	18,3	79	21,0
Estado conjugal				
Sem companheiro	229	47,3	192	50,5
Com companheiro	255	52,7	188	49,5
Escolaridade (anos)				
0 – 8 anos	385	79,5	282	74,2
> 8 anos	99	20,5	98	25,8
Trabalha				
Sim	268	55,4	252	66,4
Não	216	44,6	128	33,6

Tabela 1 – Caracterização das condições demográficas e socioeconômicas das comunidades quilombolas. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2016

(conclusão)

Variável	Comunidade de Matinha dos Pretos		Comunidade de Lagoa Grande	
	n	%	n	%
Situação de trabalho (n = 520)				
Sem carteira assinada	171	63,8	210	83,4
Com carteira assinada	97	36,2	42	16,6
Principal função do trabalho (n = 520)				
Trabalhador nível superior	08	3,3	07	3,0
Trabalhador nível médio e fundamental	69	29,0	62	26,0
Trabalhador informal	191	67,7	183	71,0
Renda familiar[I]				
Até 1 salário mínimo	399	82,4	308	81,1
> 1 salário mínimo	85	17,6	72	18,9
Quantas pessoas dependem da renda				
Até 3 pessoas	91	18,8	67	17,7
> 3 pessoas	393	81,2	313	82,3
Recebe benefício social				
Sim	119	24,6	97	25,6
Não	365	75,4	283	74,4
Tipo de benefício social (n = 216)				
Bolsa Família[II]	110	92,7	84	81,1
Benefício de Prestação Continuada[III]	09	7,3	13	18,9
Recebe outros benefícios sociais[IV]				
Sim	18	3,8	118	31,1
Não	466	96,2	262	68,9

Fonte: Elaboração própria.
[I] Considerou-se o salário mínimo de 2016: R$ 888,00
[II] Bolsa Família é um benefício do governo federal voltado às famílias de baixa renda
[III] Benefício de Prestação Continuada é um benefício voltado a idosos que não contribuíram e estão em situação de extrema vulnerabilidade socioeconômica e a pessoas com deficiência
[IV] Outros benefícios sociais dizem respeito aos benefícios eventuais, tais como: cestas básicas, enxovais, cisternas

Quanto às condições ambientais (características habitacionais e sanitárias), observa-se que mais de 90% das casas, em ambas as comunidades, possuem banheiro, feito de tijolos, e os residentes têm acesso à água encanada. Também se verificou que na comunidade de Lagoa Grande, a frequência de casas com coleta de lixo foi menor (50,7%) quando comparada à de Matinha dos Pretos (91,5%). É de se destacar que, em ambas as comunidades, mais de 99% das casas não têm rede de esgoto (**Tabela 2**).

No que se refere às condições de saúde (estado de saúde e utilização dos serviços de saúde), constatou-se que apenas na comunidade de Matinha dos Pretos, a maioria (52,4%) avaliou o próprio estado de saúde como "bom". No entanto, em ambas as comunidades, aproximadamente 40% das pessoas fazem uso de medicações para tratamentos de doenças crônicas, especialmente para controle de hipertensão e diabetes, assim como mais de 60% raramente procuram os serviços de saúde, e mais de 70%, o dentista (**Tabela 3**).

Tabela 2 – Características das condições ambientais das comunidades quilombolas. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2016

Variável	Comunidade de Matinha dos Pretos		Comunidade de Lagoa Grande	
	n	(%)	n	(%)
Tem banheiro				
Sim	456	94,2	356	93,6
Não	28	5,8	24	6,4
Material utilizado na construção da casa				
Com tijolos	470	97,1	357	93,9
Sem tijolos	14	2,9	23	6,1
Quantos cômodos tem a casa				
Até 4 cômodos	234	48,4	244	64,3
> 4 cômodos	250	51,6	136	35,7
Tem água tratada				
Sim	419	86,6	344	90,6
Não	65	13,4	36	9,4
Procedência da água				
Rede geral	459	94,8	360	94,7
Poço/cisternas	25	5,2	20	5,3
Formas de iluminação da casa				
Elétrica	481	99,3	375	98,6
Óleo/querosene/gás de botijão	03	0,7	05	1,4
Destino do lixo				
Coleta regular	443	91,4	193	50,7
Queima/joga em terrenos	41	8,6	187	49,3
Destino dos dejetos				
Com rede de esgoto	03	0,6	01	0,3
Sem rede de esgoto	481	99,4	379	99,7

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 3 – Frequências da situação de saúde e hábitos de vida das comunidades quilombolas. Feira de Santana, Bahai, Brasil – 2016

(continua)

Variável	Comunidade deMatinha dos Pretos		Comunidade de Lagoa Grande	
	n	(%)	n	(%)
Autoavaliação de saúde				
Boa	254	52,4	185	48,6
Regular	204	42,1	181	47,6
Ruim	26	5,5	14	3,8
Sentindo-se nos últimos 15 dias				
Bem	287	59,3	248	65,2
Regular	175	36,1	116	30,5
Mal	22	4,6	16	4,3
Uso de medicação				
Sim	196	40,5	150	39,4
Não	288	59,5	230	60,6
Tipo de medicação (n = 346)				
Psicotrópicos	40	29,5	28	23,6
Doenças crônicas	130	56,8	90	43,3
Doenças agudas	26	13,7	32	33,1
Indicação de medicação (n = 346)				
Médico	180	76,2	130	84,2
Não médico	16	23,8	20	15,8

Tabela 3 – Frequências da situação de saúde e hábitos de vida das comunidades quilombolas. Feira de Santana, Bahai, Brasil – 2016

(conclusão)

Variável	Comunidade deMatinha dos Pretos		Comunidade de Lagoa Grande	
	n	(%)	n	(%)
Consumo de frutas/verduras e legumes				
Todos os dias	162	33,4	99	26,2
≥ 1 × na semana	297	61,3	261	68,6
1 × no mês	25	5,3	20	5,2
Consumo de bebidas alcoólicas				
Sim	63	13,2	84	22,2
Não	421	86,8	296	77,8
Frequência/bebidas alcoólicas (n = 145)				
Até 2 × na semana de forma intensa	08	12,7	5	6,1
Até 3 × na semana	07	11,6	07	11,8
Nos finais de semana	42	66,7	69	84,1
Todos os dias	06	9,5	05	6,1

Fonte: Elaboração própria.

A **Tabela 4** apresenta o comparativo da prevalência de doenças e agravos entre as comunidades. No geral, as doenças e agravos de maior prevalência foram – em ordem: doenças da coluna, ansiedade, doenças parasitárias e hipertensão arterial. Observou-se que as doenças da coluna se distribuíram igualmente entre as comunidades; já entre aqueles que sofriam de ansiedade, pouco mais da metade era da comunidade de Lagoa Grande. Além disso, de todos os casos de hipertensão arterial, 61,7%, eram da comunidade de Matinha dos Pretos. Saliente-se que os casos de tuberculose (n = 3) foram observados na comunidade de Lagoa Grande.

Tabela 4 – Prevalência das doenças e agravos autorreferidas nas comunidades quilombolas. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2016

Doenças e agravos	Comunidade de Matinha dos Pretos		Comunidade de Lagoa Grande		Total
	n	%	n	%	
Doenças da coluna	166	50,0	166	50,0	332
Ansiedade	113	48,9	118	51,1	231
Doenças parasitárias	73	33,8	143	66,2	216
Hipertensão arterial	119	61,7	74	38,3	193
Transtornos mentais comuns	102	64,2	57	35,8	159
Doenças dos ossos	75	54,7	62	45,3	137
Fobias	35	32,7	72	67,3	107
Uso abusivo de álcool	33	44,6	41	55,4	74
Anemia	30	41,1	43	58,9	73
Diabetes	48	70,6	20	29,4	68
Doenças do aparelho circulatório	42	64,6	23	35,4	65
Depressão	34	55,7	27	44,3	61
Doenças de pele	28	52,8	25	47,2	53
Doenças cardíacas	25	49,0	26	51,0	51
Doenças respiratórias	22	45,8	26	54,2	48
Anemia e outras doenças falciformes	17	73,9	06	26,1	23
Câncer	06	66,7	03	33,3	09
IST	02	50,0	02	50,0	04
Tuberculose	-	-	03	100,0	03

Fonte: Elaboração própria.
Nota: os participantes poderiam ter mais de um diagnóstico de doenças e agravos no conjunto de morbidades que foram pesquisadas.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciam o perfil epidemiológico das comunidades quilombolas do município de Feira de Santana (BA) e revelam um indicador sensível da condição de vida desse grupo específico. Esses achados corroboram com outros estudos realizados com a mesma população em outras localidades do Brasil[5,7,9,12.]

O resultado de prevalência do sexo feminino (61,9%) sobre o sexo masculino acompanha o de outros estudos com comunidades quilombolas[5,7,13]. Entretanto, nas populações quilombolas da Paraíba, essa variável demográfica difere, sendo um pouco elevada para o sexo masculino (51,5%). Além disso, a faixa etária mais prevalente no presente estudo foi de 30 a 39 anos (25,8%), faixa equivalente à encontrada na comunidade quilombola de Curiaú, Macapá (AP)[14].

No que se refere à situação conjugal, observou-se que a proporção é inferior em relação a outras pesquisas. Neste estudo, 50,9% das pessoas relataram ter companheiro, porém outros achados mostram uma prevalência acima de 60%, chegando até a 81,7% do total da população[5,7]. Esses dados estão, possivelmente, relacionados com a faixa etária das comunidades-referência deste estudo, que é mais jovem.

Quanto à condição socioeconômica, evidenciou-se que a renda familiar (per capita) média das famílias quilombolas não ultrapassa um salário mínimo (R$ 888,00), condição verificada em todas as outras comunidades analisadas. Isso posto, fica evidente que o quesito renda deixa em desvantagem social a população afrodescendente, aparecendo como fator de risco elevado para aquisição de doenças e adoecimento por um período mais prolongado[15]. Reconhecidamente, a renda familiar média das comunidades quilombolas do Nordeste do país é elevada. É possível que haja contribuição do fato de a região Nordeste ser a área com maior acesso ao PBF (69,1%)[2], aspecto que possibilita às famílias quilombolas nordestinas complementarem a renda.

Por outro lado, observa-se que, a despeito do direito de participar de programas de ajuda social, grande parte das famílias analisadas neste estudo não recebe ajuda financeira do governo federal, mesmo compondo a relevante parcela que não se encontra trabalhando no momento (75,4%). Ou seja, muitas pessoas vulnerabilizadas ainda se encontram desassistidas pelas políticas públicas existentes, situação presenciada em outras comunidades quilombolas no país[2]. Esse contexto demonstra, mais uma vez, a ineficácia das políticas públicas existentes para grupos populacionais mais vulneráveis.

Neste ensejo, evidenciam-se as dificuldades atuais relacionadas à implementação, de fato, do PBQ, tendo em vista que, mesmo com esforços e recursos de várias secretarias, não se tem alcançado a melhoria das condições socioeconômicas da sua população-alvo.

Além disso, o fato de a maioria das famílias quilombolas de Feira de Santana não receber o Bolsa Família pode estar relacionado com problemas de gestão municipal, em identificar as reais necessidades dessa população.

Outro achado relevante desta pesquisa, que reitera a literatura, diz respeito à situação de trabalho dos quilombolas: dos que trabalham atualmente (60,3% no total), 44,2% são trabalhadores que não possuem vínculos empregatícios, portanto, estão inseridos em atividades informais. Contexto que corresponde à realidade de todas as comunidades de remanescentes de quilombo, com destaque para as ocupações informais de lavrador e agricultor, que aparecem em maior proporção[7,13,16,17].

Por sua vez, o baixo nível educacional vem sendo discutido como um dos fatores principais para a manutenção do ciclo de pobreza e da situação de informalidade do trabalho da população afrodescendente. Autores sublinham ainda que as vulnerabilidades das comunidades quilombolas estudadas estão associadas com baixos níveis de escolaridade e concentração em classes econômicas mais baixas[18]. Destarte, constata-se que a população branca possui, em média, dois anos de estudo a mais do que a população negra, sendo que os negros, em geral, não ultrapassam 5,7 anos, com acesso mais restrito à educação formal, ocupando postos de trabalho de menor prestígio, estando muitos trabalhadores negros em situação de informalidade[19].

Nesse sentido, observou-se que, nas duas comunidades analisadas, existe uma proporção significativa de pessoas que não possuem mais de oito anos de estudo (76,4%), constatação semelhante à de outro estudo realizado com quilombolas da Bahia (64,3%)[5]. Contudo, essa taxa se mostra superior quando comparada à de quilombolas do Rio Grande do Sul, em que 80% da população possui menos de oito anos de estudo[20]. O nível educacional encontrado nessas comunidades pode explicar, em parte, o racismo estrutural ao qual elas estão submetidas e o fato de as mesmas não conseguirem uma ocupação de trabalho de maior prestígio.

Muitos estudos revelam que a condição ambiental em que vivem os quilombolas não corresponde às condições adequadas para a sobrevivência, em vista de suas habitações em situação precária[2,5-7]. Todavia, a grande parcela dos domicílios das comunidades quilombolas do estudo foi feita com material de alvenaria (95,7%), possuindo banheiro interno (93,7%) e água tratada, oriunda da rede geral (88,3%), condições que diferem da realidade de outras comunidades.

Em outros territórios quilombolas da Bahia, 82,9% deles ainda possuem paredes de adobe, sendo que 75,3% não possuem banheiro e 88% não possuem água encanada[5],

assim como em comunidades remanescentes de quilombos do Macapá (AP), 80,9% das casas são de madeira[14], realidade semelhante à do estado do Pará, em que 87,5% dos domicílios são também de madeira e não possuem água encanada (72,5%)[21]. Essa disparidade provavelmente se dá devido a questões socioeconômicas próprias dessas regiões, pelo fato de essas comunidades quilombolas se encontrarem localizadas geograficamente em territórios de difícil acesso, condição que facilita o isolamento social desses grupos.

Em relação à distribuição de energia elétrica, 99,1% dos entrevistados desta pesquisa possuem iluminação proveniente de rede geral, realidade ratificada por todas as outras comunidades quilombolas no país, condição provavelmente decorrente dos esforços do Programa Luz para Todos[2].

Ademais, a situação sanitária existente em grande parte dos territórios de quilombolas deixa esses grupos específicos sob risco de contrair doenças e agravos à saúde. Houve indicativo de que 99,5% das residências não possuem esgotamento sanitário, tendo o destino dos dejetos, em sua maioria, para fossas rudimentares. Esses achados corroboraram com a realidade de todas as comunidades quilombolas do Brasil[5,7,9,17,21].

Todavia, concernente à coleta de lixo nas comunidades participantes deste estudo, 57,9% dos domicílios não possuem coleta de lixo regular, sendo o lixo queimado ou jogado em terrenos, proporção inferior quando comparada aos estudos realizados em outros territórios quilombolas da Bahia, em que 93,4% do lixo é queimado ou enterrado em terrenos, situação compartilhada por comunidades de outros estados, como o Pará (87,5%)[21] e a Paraíba (86,0%)[7]. Dado o contexto, é possível que essa diferença esteja alicerçada no fato de as comunidades quilombolas do município de Feira de Santana (BA) se localizarem em áreas não tão distantes de grandes centros urbanos, e as duas comunidades possuírem lideranças comunitárias atuantes, condição que já resultou na aquisição de muitos recursos oriundos de políticas públicas nacionais e locais.

Frente às constatações relacionadas às variáveis das condições de saúde, verificou-se que no quesito autoavaliação de saúde, 50,4% dos sujeitos pesquisados autoavaliaram a saúde como boa, e 44,9% como regular. Esses achados apontam para o mesmo sentido da pesquisa de autoavaliação de saúde e fatores associados, realizada em 2014, no município de Vitória da Conquista (BA), na qual se constatou uma taxa de 44,5% de autoavaliação em saúde como boa, e 43,1% como regular, tendo sido identificada associação dessa variável com dimensões sociodemográficas, hábitos de vida, suporte social e situação de saúde[22]. Além desses trabalhos, outras pesquisas trazem resultados semelhantes àqueles supracitados,

como no quilombo de Alcântara (MA) (2014), em que 37% dos sujeitos autoavaliaram sua saúde como boa, e 48,1% como regular[23].

Outros achados importantes referem-se às variáveis mais ligadas ao estilo de vida, que também conseguem expressar o perfil das comunidades quilombolas. No tocante ao uso de medicação, observou-se que 39,7% dos entrevistados fazem uso de algum medicamento, sendo as medicações para tratamento de doenças crônicas, especialmente hipertensão e diabetes, as mais utilizadas (24,1%). Resultado similar ao de uma pesquisa realizada no sudoeste da Bahia, em 2013, para verificar a prevalência de utilização de medicamentos pela população quilombola (41,9%), em que se constatou também que o uso é mais prevalente nas mulheres quilombolas (50,3%)[24].

Aponte-se, ainda, que foi registrado nesta pesquisa um consumo de álcool de 17,3 %, com padrão caracterizado de leve a moderado, resultado inferior a de outras pesquisas com outras comunidades remanescentes de quilombo, as quais relataram um consumo médio de 40%[13]. Um estudo transversal, em 2011, envolvendo 750 indivíduos quilombolas do interior da Bahia, com idades acima de 18 anos, verificou uma prevalência de consumo de álcool de 41,5%, sendo que 10,7% apresentaram um padrão de consumo de risco[25]. Diante dessas constatações, verifica-se uma disparidade de proporção do consumo de álcool, tendo sido encontrado nas comunidades quilombolas analisadas no presente estudo um consumo relativamente inferior, quando comparadas a de outras comunidades. No entanto, a prevalência inferior constatada neste estudo pode se dever ao possível constrangimento dos entrevistados em admitir o consumo de álcool.

Já em relação ao uso de cigarro, constatou-se uma prevalência de 10,6%, estimativa também menor quando comparada a de outros estudos realizados com adultos quilombolas, em que se verificou um consumo médio de 19,5%[18]. Contrária a esses achados, uma pesquisa nacional para triagem da depressão em comunidades quilombolas, realizada em 2014, observou uma prevalência superior de uso de cigarro (26,4%)[26]. Essa proporção maior foi observada, possivelmente, pelo fato de ter sido uma pesquisa de cunho mais abrangente, a qual considerou um valor médio de todas as comunidades quilombolas do Brasil.

A respeito da saúde bucal dos quilombolas do presente estudo, verificou-se que 57,1% relataram ter tido problemas com cáries ou realizado procedimento de canal, bem como 32,9% disseram já ter extraído mais de cinco dentes, achados que expressam a condição social precária em que vivem os quilombolas e a necessidade relevante de serviços odontológicos nessas localidades. Tais constatações se coadunam às de uma pesquisa com uma das comunidades estudadas neste trabalho, Matinha dos Pretos, com 176 indivíduos, do ano de 2006,

concernente à avaliação da existência de doença periodontal, em que foi constatado que 24,4% desses sujeitos a possuíam, condição associada a fatores socioeconômicos e biológicos, especialmente no que tange à higiene bucal inadequada e à idade elevada[27]. Contudo, esse resultado se mostra inferior quando comparado à prevalência de doença periodontal na comunidade quilombola de Patioba (SE) (75,8%)[28].

Além disso, outros achados enfatizam essa condição de saúde bucal das populações quilombolas no país. Na comunidade quilombola de Santo Antônio do Guaporé (RO), por exemplo, 48,3% das pessoas necessitam de prótese superior, 72,4% de prótese inferior, e 17,2% da combinação de ambas as próteses[29]. Ademais, vale destacar a primeira investigação relativa a comportamento em saúde bucal realizada junto à comunidade quilombola de Kalunga, localizada em Goiás, que ocorreu em 2002, em que foi evidenciado um dado alarmante: dos 298 quilombolas examinados, apenas 26,5% estavam livres de cáries[30]. Diante do exposto, é possível verificar que a condição de precariedade relativa à saúde bucal de quilombolas se mantém em diversas localidades e se apresenta como um problema a ser superado.

Com base na análise da variável utilização dos serviços de saúde, comprovou-se que, no referido trabalho, a indicação de frequência "raramente" (67,3%) prevaleceu, tendo sido relatado que o último exame ou consulta realizada ocorrera havia mais de um mês da data de realização da pesquisa (81,4%). Achados que corroboram com a realidade de outras comunidades quilombolas, na medida em que a proporção da procura por serviços de saúde deu-se na mesma condição e pelo mesmo motivo: raramente e só em situações emergenciais. Por conseguinte, observou-se que 81,8% dos quilombolas do Boqueirão (BA)[13], bem como 70,4% da comunidade de Alcântara (MA), só procuravam os serviços de saúde raramente e na condição de urgência[14].

Essa situação também é evidenciada por meio dos resultados de um estudo realizado no sudoeste da Bahia, com comunidades quilombolas, em 2013, que teve o objetivo de identificar a prevalência da utilização dos serviços de saúde. Nesse estudo, constatou-se que 57,1% usaram algum serviço de saúde nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, sendo que o fato de estar doente foi o principal motivo da procura (46,3%), assim como se identificou que as mulheres quilombolas são as que mais utilizam os serviços de saúde, as quais avaliaram a saúde como regular, ruim e muito ruim[30]. Diante de tais evidências, torna-se clara a necessidade de melhorar a prestação de serviços de saúde a essa população.

Sublinhe-se ainda que, no presente estudo, a procura por dentista foi inferior à procura por serviços de saúde, tendo uma proporção relevante de 72,1% da resposta "raramente".

É um achado semelhante ao encontrado em outra pesquisa realizada no estado de Rondônia, em 2011, em que se observou que 37,9% tinham procurado por serviços odontológicos e, mesmo assim, havia mais de três anos[29]. Realidade que aponta, também, para a dificuldade das condições de acesso desses grupos aos serviços odontológicos e a precariedade das condições bucais.

Dentre as doenças e os agravos mais recorrentes, foi possível observar que a taxa de prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) foi, em média, 10% maior na comunidade de Matinha dos Pretos quando comparada à da outra comunidade quilombola estudada. Essa proporção maior poderia ser atribuída ao fato de a comunidade de Matinha dos Pretos possuir uma renda familiar inferior à da comunidade de Lagoa Grande; a relação entre menor renda e TMC já foi encontrada em outros estudos com populações vulneráveis socioeconomicamente[10].

Referente a doenças de ossos (16,3%) e coluna (43,6%), a frequência mais elevada ocorreu em Lagoa Grande, assim como foi mais alta a prevalência de doenças parasitárias (37,6%), sendo superior à da outra comunidade. Essa estimativa mais elevada de doenças de ossos e coluna na comunidade de Lagoa Grande está, possivelmente, relacionada ao fato de que essa localidade tem mais trabalhadores em situação de informalidade, realizando trabalhos de cunho mais braçal do que na outra comunidade, assim como o motivo da maior proporção de doenças parasitárias é devido, provavelmente, à taxa elevada de ausência de coleta de lixo (49,2%) e de saneamento básico (99,7%).

Outros achados importantes do presente estudo se referem às doenças crônicas. Nesse agrupamento, estão incluídas aquelas que tiveram maior prevalência, como hipertensão (22,3%), diabetes (7,8%), doenças cardíacas (5,9%) e doenças do aparelho circulatório (7,5%).

É possível verificar que os quilombolas de Matinha dos Pretos apresentam uma maior prevalência de doenças crônicas. Esse fato pode estar associado a um estilo de vida menos saudável, especialmente no que diz respeito ao consumo de alimentos e à prática de exercícios físicos, bem como ao nível de educação em saúde da comunidade sobre a influência desses aspectos no aparecimento de doenças crônicas.

A prevalência de hipertensão (22,3%) em ambas as comunidades é semelhante à do resultado encontrado no estudo realizado com outras populações quilombolas da Bahia (23%)[13]. Todavia, essa prevalência se mostrou inferior a de outras pesquisas realizadas com quilombolas do Maranhão (70,4%)[23], do Rio Grande do Sul (38,3%)[20] e da Paraíba (58%)[12]. Em relação à prevalência de diabetes (7,8%), esta se mostrou superior em um dos poucos estudos acerca da avaliação dessa doença (2,6%)[13]. Embora, no presente estudo, as prevalências dessas doenças crônicas tenham sido inferiores quando comparadas às de outros estados do país,

isso não reflete boas condições de saúde nas comunidades quilombolas[13], tendo em vista as péssimas condições de vida em que se encontram os quilombolas da Bahia[5,22].

Mesmo diante do potencial epidemiológico do presente estudo, na oferta de uma ferramenta de descrição das características das condições de vida e saúde das comunidades quilombolas do semiárido baiano, no contexto de populações nunca antes investigadas, esses achados devem ser analisados com prudência, haja vista a existência de limitações.

Do ponto de vista da epidemiologia, por se tratar de um estudo de delineamento transversal, torna-se difícil diferenciar se as exposições estudadas estão relacionadas a novos casos ou à duração dos mesmos. Ademais, como não houve intencionalidade dos autores, nesse primeiro momento, de buscar fatores associados ao padrão de adoecimento, mas, sim, de apresentar o perfil epidemiológico desse grupo populacional específico, de forma exploratória, em particular no que tange às variáveis que representam desigualdades sociais e distribuição das principais morbidades, com destaque para as diferenças entre as comunidades observadas, o estudo não apresentou robustez na análise desses achados.

Apesar dessas restrições, esse diagnóstico inicial permitiu, além de visibilizar essas comunidades, levantar hipóteses importantes para o desdobramento de novos estudos/análises com essas populações que se encontram vulnerabilizadas em sua condição de vida e saúde, no Brasil. Assim, em face da relevância do problema para a saúde pública, são necessárias mais investigações para identificação de possíveis fatores associados às patologias identificadas previamente neste estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados no presente estudo apontam a condição de vulnerabilidade em que se encontram as comunidades de remanescentes de quilombos do município de Feira de Santana (BA), achados que são semelhantes, parcialmente, à realidade de outras populações quilombolas no país. Nesse sentido, discutiu-se que, mesmo considerando os avanços ocorridos após a implementação de políticas públicas, como o PBQ, muito ainda precisa ser feito para melhorar a condição de vida e de saúde dessas populações.

Ressalte-se que as condições que vulnerabilizam essas comunidades associam-se, principalmente, com os baixos níveis de escolaridade, assim como ao insuficiente acesso a bens materiais e recursos sociais. Dessa forma, todos esses fatos evidenciam a necessidade de mais pesquisas com essas populações, com vistas a identificar outras necessidades e melhor embasar políticas públicas e intervenções nas áreas sociais e de saúde.

Que os achados desta pesquisa possam contribuir para o avanço da saúde pública e estimular a realização de outros estudos mais robustos que objetivem analisar outros fatores envolvidos na determinação da condição de vida e saúde das populações quilombolas do Brasil.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Roberta Lima Machado de Souza Araújo, Edna Maria de Araújo, Hilton Pereira da Silva, Carlos Antônio de Souza Teles Santos, Felipe Souza Nery e Betânia Lima Machado de Souza.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Roberta Lima Machado de Souza Araújo e Edna Maria de Araújo.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Roberta Lima Machado de Souza Araújo, Edna Maria de Araújo, Hilton Pereira da Silva e Djanilson Barbosa dos Santos.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Roberta Lima Machado de Souza Araújo e Edna Maria de Araújo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, que regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet], Brasília (DF); 2003 nov 21 [citado em 2020 ago 31]. Seção 1, p. 4. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm
2. Brasil. Secretaria de Promoção de Igualdade Racial. Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas [Internet]. Brasília (DF); 2012 [citado em 2020 ago 31]. Disponível em: https://www.mdh.gov.br/biblioteca/igualdade-racial/diagnostico-de-acoes-realizadas-programa-brasil-A7o-de-2012-1.pdf
3. Fundação Cultural Palmares. Quadro geral por estados de comunidade remanescentes de quilombo [Internet]. Brasília (DF); 2014 [citado em 2020 ago 31]. Disponível em: http://www.palmares.gov.br
4. Souza EB. Terra, território, quilombo: à luz do povoado de Matinha dos Pretos [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2010.

5. Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, Caiaffa WT. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. Cad Saúde Pública. 2013;29(9):1889-902.
6. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. Rev Cefac. 2011;13(5):937-43.
7. Silva JAN. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade quilombola do estado da Paraíba. Saúde Soc. 2007;16(2):111-24.
8. Araújo EM. Mortalidade por causas externas e raça/cor da pele: uma das expressões das desigualdades sociais [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2007.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente [Internet]. Brasília (DF); 2001 [citado em 2020 ago 31]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd06_09.pdf
10. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. Rev Saúde Pública. 2002;36(2):213-21.
11. Amaral RA, 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. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26(3):156-63.
12. Silva JAN. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade quilombola do estado da Paraíba. Saúde Soc. 2007;16(2):111-24.
13. Amorim MM, Tomazi L, Silva RAA, Gestinari RS, Figueiredo TB. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. Biosci J. 2013;29(4):1049-57.
14. Ferreira JN. Condições de saúde de população negra remanescente de quilombo em Alcântara, MA [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2015.
15. Williams DR. Race, Socioeconomic status, and health: the added effects of racism and discrimination. Annals N Y Acad Sci. 1999;896:173-88.

16. Cabral-Miranda G, Dattoli VCC, Dias-Lima A. Enteroparasitos e condições socioeconômicas e sanitárias em uma comunidade quilombola do semiárido baiano. Rev Patol Trop. 2010;39:48-55.
17. Santos RC, Silva MS. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. Saúde Soc. 2014;23(3):1049-63.
18. Batista LE, Monteiro RB, Medeiros RA. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. Saúde Debate. 2013;37(99):681-90.
19. Cruz ICF. Saúde e iniquidades raciais no Brasil: o caso da população negra. Online Braz J Nurs. 2006;5(2):1-10.
20. Pauli S. Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
21. Melo MFT, Silva HP. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. Rev ABPN. 2015;7(6):168-89.
22. Kochergin CN, Proietti FA, César CC. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. Cad Saúde Pública. 2014;30(7):1487-501.
23. Silva CBR, Ferreira CGS, Rodrigues FL. Saúde quilombola no Maranhão. Rev Ambivalências. 2016;4(7):106-33.
24. Medeiros DS, Moura CS, Guimarães MDC, Acurcio FA. Utilização de medicamentos pela população quilombola: inquérito no sudoeste da Bahia. Rev Saúde Pública. 2013;47(5):905-13.
25. 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. Ciênc Saúde Colet. 2015;20(3):809-20.
26. Barroso SM, Melo APS, Guimarães, MDC. Depression in former slave communities in Brazil: screening and associated factors. Rev Panam Salud Pública. 2014;35(4):256-63.
27. Macêdo TCN, Costa MCN, Gomes-Filho IS, Vianna MIP, Santos CT. Factors Related to Periodontal Disease in a Rural Population. Braz Oral Res. 2006;20(3):257-62.

28. Bruno IF, Rosa JAA, Melo CM, Oliveiras CCC. Avaliação da doença periodontal em adultos na população quilombola. Interfaces Cient Saúde Ambient. 2013;1(2):33-9.
29. Silva MEA, Rosa PCF, Neves ACC, Rode SM. Necessidade protética da população quilombola de Santo Antônio do Guaporé, Rondônia, Brasil. Braz Dent Sci. 2012;14(1-2):62-6.
30. Soares EF, Freire MCM, Araújo AC. Kalunga, GO: primeiro relato sobre experiência de cárie e comportamentos em saúde bucal. Rev Paul Odont. 2002;24(5):21-52.

Recebido: 20.3.2019. Aprovado: 22.7.2020.