

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE NUTRIÇÃO
MESTRADO EM NUTRIÇÃO**



**SAÚDE DE MÃES E CRIANÇAS DE UMA COMUNIDADE ANTES
E APÓS O SEU RECONHECIMENTO COMO QUILOMBOLA**

ZAIRA MARIA CAMERINO TORRES

**MACEIÓ
2013**

ZAIRA MARIA CAMERINO TORRES

**SAÚDE DE MÃES E CRIANÇAS DE UMA COMUNIDADE ANTES
E APÓS O SEU RECONHECIMENTO COMO QUILOMBOLA**

Dissertação apresentada à
Faculdade de Nutrição da
Universidade de Alagoas como
requisito parcial à obtenção do título
de Mestre em Nutrição.

**Orientador: Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira
Faculdade de Nutrição
Universidade Federal de Alagoas**

**MACEIÓ
2013**



MESTRADO EM NUTRIÇÃO
FACULDADE DE NUTRIÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Campus A. C. Simões
BR 104, km 14, Tabuleiro dos Martins
Maceió-AL 57072-970
Fone/fax: 81 3214-1160

PARECER DA BANCA EXAMINADORA DE DEFESA DE
DISSERTAÇÃO

**“SAÚDE DE MÃES E CRIANÇAS DE UMA COMUNIDADE
ANTES E APÓS O SEU RECONHECIMENTO COMO
QUILOMBOLA ”**

por

Zaira Maria Camerino Torres

A Banca Examinadora, reunida aos 5 dias do mês de dezembro do ano de 2013, considera a candidata _____.

Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira
Faculdade de Nutrição
Universidade Federal de Alagoas
(Orientador)

Prof. Dr. Daniel Antunes Freitas
Faculdade Unidas do Norte de Minas
FUNORTE
(Examinador)

Prof^(a). Dra. Giovana Longo Silva
Faculdade de Nutrição
Universidade Federal de Alagoas
(Examinadora)

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus pais, Maria Angelina Camerino Torres e Roberto Von Sohsten Torres, por todo o carinho, amor e incentivo em todos os momentos de minha vida. Esta vitória conquistada devo a vocês que sempre me impulsionaram a lutar pelos meus objetivos e não desistir diante das dificuldades encontradas.

Dedico, ainda, às comunidades quilombolas espalhadas pelo Brasil, em especial à comunidade Quilombola Bom Despacho, que sofrem ao longo dos anos um processo de discriminação, colocando essas populações em situações socioeconômicas e de saúde graves. Que este trabalho possa contribuir, de alguma forma, para que os gestores dêem mais atenção a esse povo que tanto contribuiu para o crescimento e desenvolvimento do nosso país, através do seu trabalho.

AGRADECIMENTOS

O agradecimento vai primeiramente para Deus, ele que é a origem de tudo e sem ele nada seria possível. Por estar comigo em todos os momentos, me guiando, iluminando, me dando paciência e sabedoria para enfrentar as dificuldades.

Ao Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira, pela orientação, sabedoria, experiência, lições e ensinamentos repassadas ao longo de todo o processo.

A Comunidade Quilombola Bom Despacho, que nos receberam de braços abertos em suas casas contribuindo para realização desta pesquisa.

Aos meus pais, Maria Angelina Camerino Torres e Roberto Von Sohsten Torres pelo apoio e dedicação.

Ao meu esposo, Rodrigo Alessandro Rocha Monteiro, por estar sempre ao meu lado em todos os momentos, sempre me apoiando, incentivando e torcendo pelo meu crescimento.

A equipe do Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada (LNBA), que sem eles a realização deste trabalho não seria possível. Em especial a Mariana Lopes Freire, Bárbara Coelho Vieira da Silva e Ewerton Amorim dos Santos pelo apoio e amizade.

A amiga e colega de trabalho Maria do Carmo Ferreira da Silva que me apoiou em todos os momentos e em especial nas minhas ausências no trabalho, contribuindo com a minha participação e conclusão no mestrado.

A todos que, direta ou indiretamente contribuíram para realização deste trabalho.

Uma dor de angústia, de escravidão, e ela existe até hoje e só diminui quando a gente levanta a cabeça e, aí, eles vêem que a gente não se intimidou. Eu vejo essas crianças correndo no terreiro. Existem leis, mas a maioria desconhece as leis. Acho que as crianças, desde crianças, deviam ser sabatinadas: qual a lei que te protege, que te ampara? (Roberto Potássio Rosa, Comunidade de São Miguel dos Pretos – Anjos & Silva, 2004).

RESUMO GERAL

TORRES, Z.M.C. **Saúde de mães e crianças de uma comunidade antes e após o seu reconhecimento como quilombola.** 2013. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Programa de Pós-graduação em Nutrição, Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2013.

Os quilombos brasileiros e as áreas remanescentes são frutos de um processo histórico da formação da nação brasileira, que teve origem na colonização portuguesa. A formação dos quilombos ocorreu como forma de resistência ao regime escravocrata durante o Brasil Colônia e ainda no Império, sendo que até os dias atuais são ocupados por populações sem o integral reconhecimento da sociedade. As condições de vida desse grupo étnico não têm sido das mais favoráveis, e sabe-se que condições sociais e materiais influenciam de forma indireta no processo saúde/doença, e conseqüentemente, na expectativa de vida dessas minorias. O processo de saúde/doença é conseqüência de um processo histórico que envolve a questão das desigualdades sociais. Por esse motivo, é importante priorizar a busca da equidade por meio do acesso ao sistema de saúde e a utilização dos serviços que promovam melhorias na qualidade da atenção específica dessas populações. O objetivo desta dissertação foi descrever a situação de saúde de mães e crianças de uma comunidade antes e após o seu reconhecimento como quilombola. Com esta finalidade, apresenta-se um capítulo de revisão de literatura, abordando a história, a formação e saúde das comunidades quilombolas. Além de um artigo original que objetivou investigar a situação de saúde em uma comunidade (Bom Despacho) antes e após seu reconhecimento oficial como quilombola. O estudo foi do tipo transversal, envolvendo o conjunto de crianças e mulheres da comunidade Bom Despacho, Passo de Camaragibe. Através de visitas a todos os domicílios da comunidade foram obtidos dados demográficos, socioeconômicos e de saúde. Esse inquérito foi realizado em 2012. Utilizou-se dados de inquérito semelhante realizado em 2008 para permitir análise da

evolução dos indicadores. Para a análise de tendência temporal, utilizou-se a razão de prevalência. Em 2012, 62,8% das mulheres tinham IMC>25kg/m², 57,4% circunferência da cintura ≥80cm e 33,9% hipertensão arterial. Entre as crianças, 10,9% tinham déficit estatural, 9,4% sobrepeso, 20,0% anemia e 26,9% diarreia. Os indicadores que apresentaram evolução (2008; 2012) significativa ($p<0,05$) foram: renda per capita média (R\$96,66; R\$189,05), diarreia em crianças (10,3%; 26,9%), cartão de vacinação atualizado (80,3%; 95,3%), suplementação de vitamina A (70,2%; 100,0%), aleitamento materno exclusivo ≥6 meses (8,7%; 44,7%) e anemia em crianças (40,2%; 20,0%). Ocorreram melhorias em vários indicadores, todavia, a situação ainda exige investimentos objetivando incrementar o padrão de saúde na comunidade estudada. São necessárias políticas públicas de inclusão social que combatam o preconceito e as desigualdades que atingem essa fração da população, com ações que vão desde questões de infraestrutura básica até uma educação de qualidade, saúde, acesso à informação e direitos e deveres.

Palavras-chaves: Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Origem étnica e Saúde; Vulnerabilidade em Saúde; Brasil.

GENERAL ABSTRACT

TORRES, ZMC. Maternal and child health in a community before and after its recognition as “quilombola”. Dissertation (Master in Nutrition) - Graduate Program in Nutrition, School of Nutrition, Federal University of Alagoas, Maceió, 2013.

Quilombos Brazilians and the remaining areas are the result of a historical process of the formation of the Brazilian nation, which originated in the Portuguese colonization. The formation of the Quilombo occurred as a form of resistance to the regime of slavery during the colonial Brazil and even in the Empire, and to the present day are occupied by people without full recognition of society. The living conditions of this ethnic group have not been the most favorable, and it is known that social and material conditions indirectly influence the health / disease process, and consequently, the life expectancy of these minorities. The process of health / illness is the result of a historical process that involves the issue of social inequalities. For this reason, it is important to prioritize the search for equity through access to health care and utilization of services that promote improvement in the quality of care of these specific populations. This study aimed to investigate the health situation in a community (Bom Despacho) before and after its official recognition as “quilombola”. To this end, we present a literature review chapter, covering the history, training and health of maroon communities. In addition to an original article which aimed to describe this study aimed to investigate the health situation in a community (Bom Despacho) before and after its official recognition as “quilombola”. This is a transversal study involving the set of children and women in the community Good Order, Step Camaragibe. Through visits to all households in the community were obtained demographic, socioeconomic and health. The survey was conducted in 2012. We used data from a similar survey conducted in 2008 to allow analysis of the evolution of the indicators. The data come from of two independent cross-sectional studies (2008, 2012), in which were eligible women and children of all households (143 in 2008, 171 in 2012). To analyze the time trend, we used the prevalence ratio. In 2012, 62.8% of women had BMI>

25kg/m², 57.4% waist circumference \geq 80cm and 33.9% hypertension. Among the children, 10.9% had statural deficit, 9.4% overweight, 20.0% anemia and 26.9% diarrhea. The indicators that presented significant ($p < 0.05$) evolution (2008; 2012) were: average income per capita (R\$ 96.66; R\$ 189.05), diarrhea in children (10.3%; 26.9%), vitamin A supplementation (70.2%; 100.0%), exclusive breastfeeding \geq 6 months (8.7%; 44.7%); children's immunizations calendar updated (95.3%; 80.3 %) and anemia in children (40.2%; 20.0%). There were improvements in several indicators, however, the observed situation still requires investments aiming to increase the standard of health in the studied community. Public policies are needed to combat social inclusion prejudice and inequalities affecting the fraction of the population, with shares ranging from infrastructure issues basic to quality education, health, access to information and rights and duties.

Keywords: Ancestry Group African Continent; Ethnicity and Health; Health Vulnerability; Brazil.

LISTA DE TABELAS

Artigo original

Tabela 1	Caracterização e evolução de indicadores socioeconômicos e demográficos numa comunidade quilombola de Alagoas. Passo de Camaragibe, 2008-2012.....	74
Tabela 2	Evolução de extremos antropométricos em mulheres de uma comunidade quilombola de Alagoas. Passo de Camaragibe, 2008-2012.....	75
Tabela 3	Evolução de variáveis referentes à saúde das mulheres de 18 a 59 anos de uma comunidade quilombola de Alagoas. Passo de Camaragibe, 2008-2012.....	76
Tabela 4	Evolução de variáveis referentes à saúde das crianças menores de 5 anos de uma comunidade quilombola de Alagoas. Passo de Camaragibe, 2008-2012.....	78

Lista de Abreviaturas

ABEP – Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa

CNPIR - Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial

CONEN - Coordenação Nacional das Entidades Negras

DBHA – Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial

EUA – Estados Unidos das Américas

FCP – Fundação Cultural dos Palmares

FNDE - Nacional de Desenvolvimento da Educação

GTI - Grupo de Trabalho Interministerial de Valorização da População Negra

IMC – Índice de Massa Corporal

INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

MiNC - Ministério da Cultura

MNUCDR – Movimento Negro Unificado Contra Discriminação Racial

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBQ – Programa Brasil Quilombola

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNDH - Programa Nacional dos Direitos Humanos

SEDH - Secretaria Especial de Direitos Humanos

SEPPIR - Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SPM - Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

SUS – Sistema Único de Saúde

WHO – World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO GERAL.....	16
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
2.1 CAPÍTULO 1: QUILOMBOS: HISTÓRIA E FORMAÇÃO.....	23
2.2 CAPÍTULO 2 : SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.....	30
2.2.1 Saúde da mulher.....	40
2.2.2 Saúde da criança.....	44
2.3 CAPÍTULO 3: QUILOMBOLAS E POLÍTICAS PÚBLICAS.....	46
2 ARTIGO ORIGINAL.....	54
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
5 APÊNDICES.....	88
6 ANEXOS.....	106

1 INTRODUÇÃO GERAL

1. INTRODUÇÃO GERAL

Os quilombos brasileiros e as áreas remanescentes são frutos de um processo histórico da formação da nação brasileira, que teve origem na colonização portuguesa. A formação dos quilombos ocorreu como forma de resistência ao regime escravocrata durante o Brasil Colônia e ainda no Império, sendo que até os dias atuais são ocupados por populações sem o integral reconhecimento da sociedade (Gomes, 2005).

De acordo com a Instrução Normativa n.º 16, de 24 de março de 2004, do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA/MDA), consideram-se remanescentes quilombolas “os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”.

A abolição formal da escravidão, através da Lei Áurea, não representou o fim da segregação e do não acesso aos direitos para os negros, e isso se refletiu fortemente na realidade das comunidades Quilombolas, constituídas em todas as regiões do país. A formação dos quilombos ocorreu tanto no período da escravidão, como após a abolição formal da escravatura, por continuar a ser, para muitos, a única possibilidade de viver em liberdade. Com isso, constituir um quilombo tornou-se um imperativo de sobrevivência, posto que a Lei Áurea deixou os negros e negras abandonados à própria sorte (SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL, 2004).

Segundo dados da Secretaria de Políticas de Promoção de Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR), estão identificadas 3.524 comunidades quilombolas no país, em 24 estados da Federação. Dessas, já foram certificadas

pela Fundação Cultural Palmares (FCP) 1.170 comunidades. As áreas regularizadas somam 889.755,3247 hectares (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2008).

A inserção do tema quilombo na Constituição brasileira, nos artigos 215 e 216 e no art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, inserindo esta categoria como parte do ordenamento jurídico brasileiro, tornou-se um fato marcante, pois pela primeira vez no país, é colocada a obrigatoriedade do Estado brasileiro para com as comunidades quilombolas. A negação da existência das comunidades quilombolas e de todos e quaisquer tipos de direitos e a ausência de qualquer ação do Estado nesses territórios fez com que, por muitos anos, se desobrigasse a gestão pública, nos diversos níveis, de promover e reconhecer não apenas a existência, mas a grande contribuição que essas populações deram e vêm dando para a manutenção de valores culturais, organizativos e de preservação da natureza (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2008).

Em 2003, o Estado, de forma mais estruturada, começa a buscar formas de dar respostas às demandas dessa população específica, com criação da Secretaria de Políticas de Promoção de Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR) e do Decreto n.º 4.887/2003, que trata da regularização das comunidades, seguidos da criação do Programa Brasil Quilombola (PBQ), cujo o objetivo geral é promover a melhoria da qualidade de vida das comunidades quilombolas, através da garantia do direito à terra, à documentação básica, alimentação, saúde, esporte, lazer, moradia adequada, serviços de infraestrutura, previdência social, educação e cultura, baseado na realidade e nas demandas das comunidades (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2008).

Apesar de possuírem os seus direitos assegurados pela legislação, as populações remanescentes de quilombos ainda sofrem uma série de problemas, desde disputas agrárias em torno das áreas ocupadas, até a falta de infraestrutura e investimentos públicos por parte do Estado, ausência de ensino, precária presença de serviços de saúde, o isolamento físico e social dessas comunidades, o preconceito e a falta de informação, entre outros elementos (SILVA; LIMA; HAMANN, 2010).

Os conflitos territoriais, a falta de saneamento básico e de acesso a outras políticas públicas, são elementos que incidem para a situação de insegurança alimentar. De acordo com a Chamada Nutricional Quilombola (2006), a proporção de crianças quilombolas de até cinco anos desnutridas é 76,1% maior do que na população brasileira e 44,6% maior do que na população rural. A incidência de meninos e meninas com déficit de peso para a idade nessas comunidades é de 8,1%, sendo maior também do que entre as crianças do semi-árido brasileiro (6,6%) (CONAQ, 2009).

As condições de vida desse grupo étnico não têm sido das mais favoráveis, e sabe-se que condições sociais e materiais influenciam de forma indireta no processo saúde/doença, e conseqüentemente, na expectativa de vida dessas minorias (OLIVEIRA, 2001). O direito à saúde foi explicitado no texto que constituiu a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 22 de julho de 1994. Pela primeira vez, a saúde passou a ser vista com "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afecções ou enfermidades" e ainda "a fruição do nível máximo de saúde que se possa adquirir é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano sem distinção de 'raça', religião, ideologia política e condição econômica e social" (MEYER, 1998 apud SILVA, 2007).

O processo de saúde/doença é consequência de um processo histórico que envolve a questão das desigualdades sociais. Por esse motivo, é importante priorizar a busca da equidade por meio do acesso ao sistema de saúde e a utilização dos serviços que promovam melhoria na qualidade da atenção específica dessas populações (MINAYO, 2000).

Vários estudos têm relatado a importância de sistemas de informações com a utilização de indicadores que permitam conhecer as condições de vida das populações e fazer comparações nos níveis de bem-estar nos diferentes grupos sociais para uma avaliação efetiva de políticas de melhoria das condições de vida (LESOTHO, 1996 apud GUERRERO et al., 2007). Portanto, é necessário enfatizar a preocupação de instituições de saúde locais para que se construam bancos de informações específicas sobre essas populações, com o objetivo de conhecer sua real situação, visando subsidiar informações para a implementação de políticas públicas de melhoria de suas condições de vida e acesso aos serviços de saúde (GUERRERO et al., 2007).

PROBLEMA

Qual o perfil nutricional e de saúde de mães e crianças da comunidade quilombola Bom Despacho antes e após o seu reconhecimento como quilombola?

HIPÓTESES

Apesar dos Quilombolas fazerem parte do ordenamento jurídico brasileiro através do artigo 68 do Ato das Disposições Transitórias na Constituição Brasileira, tendo portanto o estado um dever para com essas comunidades; as mesmas, ainda vivem em situações de extrema pobreza e falta de acesso aos serviços públicos,

acarretando diversos problemas de saúde e insegurança alimentar e nutricional nesta população.

JUSTIFICATIVA

A carência de estudos e, conseqüentemente, de informações sobre o perfil de nutrição e saúde de populações remanescentes de quilombos dificulta o planejamento de ações de promoção da qualidade de vida nas comunidades quilombolas. Daí, a importância de pesquisas que produzam indicadores adequados ao atendimento dessa demanda, favorecendo a implementação de políticas públicas que busquem a garantir o direito constitucional à saúde e à segurança alimentar e nutricional (ROMERO, 2002).

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Descrever a situação e a tendência temporal dos principais agravos de nutrição e saúde entre mulheres e crianças da comunidade quilombola Bom Despacho, Passo de Camaragibe, Alagoas.

Objetivos Específicos

- Determinar a prevalência de desnutrição crônica entre as crianças;
- Verificar a frequência de excesso de peso em mulheres e crianças;
- Analisar a composição corporal das mulheres;

- Conhecer a prevalência de anemia entre pré-escolares;
- Investigar a prevalência de hipertensão arterial na população adulta feminina;
- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico da comunidade;
- Descrever os principais agravos à saúde que acometem mães e crianças;
- Investigar a tendência temporal dos principais indicadores da condição nutricional e de saúde de mães e crianças.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CAPÍTULO 1: QUILOMBOS: HISTÓRIA E FORMAÇÃO

O tráfico negreiro iniciou a partir da entrada de árabes e dos ocidentais na África. Esse “comércio” era constituído por ações extremamente mercadológicas e em prol de interesses particulares, visando o lucro, uma vez que adquirir um escravo significava tê-lo em tempo integral, não sendo remunerado e, ainda, o seu dono tinha direito sobre seus descendentes (MUNANGA, 2006).

O tráfico dos negros proporcionava o que era chamado de comércio triangular. Onde os navios deixavam os portos europeus cheios de bugigangas que os negreiros trocavam por seres humanos nos litorais africanos. Quando esses cativos chegavam às colônias, eram trocados pelos produtos das colônias, produtos que se vendiam por um preço elevadíssimo na Europa (SILVA, 2005).

No ano de 1500, com a chegada dos portugueses em terras brasileiras, estes colonizadores encontraram “um mosaico de centenas de nações ou grupos nativos a quem denominaram indistintamente índios” (MUNANGA, 2006, p. 17); contudo, diante da resistência dos índios à escravidão, os quais se escondiam e fugiam dos invasores em matas virgens e de difícil acesso, tornou-se inviável o seu processo de escravização (AZEVEDO, 2011).

A partir da primeira metade do século XVI, chegavam ao Brasil os africanos, tratados apenas como “força animal de trabalho, coisas, mercadorias ou objetos que podiam ser comprados e vendidos” (MUNANGA, 2006, p.16), enquanto estratégia mercadológica que os portugueses obtiveram para lucrar no Brasil. Esses africanos, ao chegarem ao Brasil, eram submetidos ao tráfico interno, por meio de vendas e de leilões; eram tratados como mercadorias: “propostas de

compra e venda de negros cativos, louvando suas qualidades como a humildade, conformismo, ausência de vícios ou defeitos e boa saúde” (PINSKY, 1989).

A distribuição dos africanos no território brasileiro foi bastante heterogênea (VIANA, 1988). Os estados que receberam os maiores contingentes foram o Rio de Janeiro (38%), Bahia (25%), Pernambuco (13%), São Paulo (12%), Maranhão (7%) e Pará (5%) (LUIZON, 2007).

Os negros eram capturados na África “e vendidos nos portos de Moçambique, na costa Oriental, e nos portos, como Uidá e Luanda, na costa Ocidental” (LINDOSO, 2007). O tráfico negreiro foi considerado uma das maiores tragédias da história da humanidade, que persistiu por muitos séculos, envolvendo a África subsaariana (área do continente africano situada sob a linha do deserto do Saara) com os três continentes - Ásia, Europa e América, a partir de rotas denominadas: oriental (Oceano Índico), transaariana (deserto do Saara e do Mar Vermelho) e transatlântica (Oceano Atlântico) (MUNANGA, 2006).

Os navios que transportavam os negros eram chamados de tumbeiros (alusão à tumba, sepultura), suportavam em torno de quinhentos africanos, setecentos em navios maiores, alimentados à base de farinha e algum legume; bebiam água salobra, e a duração da viagem oscilava em torno de trinta e cinco a cinquenta dias entre Angola e as cidades brasileiras, como Recife, Rio de Janeiro ou Bahia, “tornando mais dantescas as cenas de homens, mulheres e crianças espremidos uns contra outros, vomitando e defecando frequentemente em seus lugares, numa atmosfera de horror que o calor e o mau cheiro se encarregavam de extremar” (PINSKY, 1989).

Os escravos que sobreviviam a essa viagem, extremamente inadequada

para qualquer ser humano, quando se aproximavam do desembarque, os negros magros, seminus e com feridas pelo corpo recebiam mais alimentos e água como estratégia para melhorar suas condições físicas, para assim serem vendidos como “peças”, as quais variavam conforme as condições físicas, idade, sexo e peso, o que era determinante para receberem melhores preços nos mercados de escravos (AZEVEDO, 2011).

Nos engenhos, os escravos aravam a terra, plantavam e colhiam a cana sob o sol muito forte, dirigiam-se até a moenda para a extração do caldo para, logo em seguida, ocorrer todo um processo de produção do açúcar mascavo, bem como de aguardente. Nessas atividades, acidentes de trabalho aconteciam, como a perda de mãos, de braços e o único socorro que havia era a amputação desses membros por facões. A sua alimentação era feita em grandes panelas e servida em vasilhas, e como não dispunham de talheres, eles comiam com as mãos, sob a condição de não desperdiçarem aquele intervalo, pois tinham que voltar às atividades de trabalho em pouco espaço do tempo. As suas habitações, denominadas senzalas, eram simples e fortificadas com grades, construídas de pau-a-pique e cobertas de sapé, eram coletivas, nem sempre apresentando janelas e ficavam próximas à casa-grande, a capelas e ao engenho, talvez como estratégia para não fugirem (AZEVEDO, 2011).

Quando não cumpriam as ordens impostas pelos senhores os negros escravos também eram submetidos a castigos severos. Entre eles, destaca-se a máscara de Flandres, feita em metal de zinco ou folha de flandres, vedava todo o rosto, sendo apenas o nariz e os olhos que ficavam à mostra por meio de pequenos furos (PINSKY, 1989). Outro tipo de punição violenta e severa aplicada aos negros escravos eram os açoites, por meio de chicotadas, muitas vezes em lugares

públicos, de maneira humilhante e desmoralizadora. Estes consistiam em ações de tortura para conter atos de rebeldia. Existiam ainda os calabouços, os quais eram espécies de cadeias, e as penas de morte, que eram aplicadas com consentimentos explícitos de autoridades da época (AZEVEDO, 2011).

Durante as fugas, os escravos, em algumas regiões do Brasil, eram perseguidos por homens que exerciam a profissão de capturar, de caçar os escravos que fugiam para os quilombos, estes eram geralmente pretos ou pardos alforriados, bem como egressos da condição escrava, denominados capitães-do-mato (TRECCANI, 2006).

As formas de resistência à escravidão foram variadas, praticadas por negros e negras. Dentre elas, destaca-se a formação dos quilombos. Surgiram quilombos durante todo o período escravista em praticamente todo o território nacional (MELO, 2010).

A formação dos quilombos no contexto brasileiro não se reduz exclusivamente aos territórios surgidos a partir das fugas dos escravos. Resultaram da compra das terras por negros libertos, da posse pacífica por ex-escravos de terras abandonadas pelos proprietários em épocas de crise econômica, da ocupação e administração das terras doadas aos santos padroeiros ou de terras entregues ou adquiridas por antigos escravos. (CARRIL, 2006).

É possível afirmar, que os quilombos também se configuravam como uma luta pelo espaço de construção de identidade e preservação dos valores e da cultura trazidos do continente africano. Pois, nas senzalas, não era permitido aos escravos a prática dos ritos e rituais de suas religiões, suas danças, seus pratos, enfim, suas especificidades culturais (SANTOS, 2009).

Os sentidos do termo quilombo no Brasil foram adotados a partir dos

conteúdos oficiais que buscavam reprimir as fugas dos escravos negros. No período colonial de acordo com o Conselho Ultramarino de 1741 que entendia os quilombos como: - Toda a habitação de negros fugidos que passe de cinco, em parte despovoada ainda que não tenha ranchos levantados nem nela se achem pilões (CARRIL, 2006).

Quase uma década depois, o Decreto Federal n.º 4.887, de 2003, definiu juridicamente como remanescentes das comunidades dos quilombos “os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”. (Brasil, Decreto n.º 4887 de 2003).

É importante observar que o conceito de quilombo sofre uma reconfiguração significativa no período pós-libertação dos escravos, pois até então ele era utilizado para demarcar um processo de luta e defesa de território de negros fugidos, a partir da libertação dos escravos, ele se apresenta como um modelo de organização social e coletiva alternativa capaz de enfrentar um processo de libertação de escravos que não pressupôs qualquer forma de indenização (SANTOS, 2012).

As Comunidades Quilombolas ganharam vários nomes nas diversas regiões do Novo Mundo: Quilombos, mocambeiros ou Mocambos no Brasil; Palenques na Colômbia e em Cuba; Cumbes na Venezuela; Maroons no Haiti, Jamaica e nas demais ilhas do Caribe francês (LOPES, 2006).

A presença da agricultura é marcante nas comunidades quilombolas, além disso, assim como o extrativismo, garimpagem, dentre outras. Essas comunidades, em diversos casos, mantinham forte comércio com as sociedades envolvidas, buscavam fixar-se em localidade não muito distantes de locais onde pudessem

realizar trocas mercantis (GOMES, 2005).

Destaca-se, especificamente no Estado de Alagoas e no sul de Pernambuco, o Quilombo dos Palmares que, possuindo um caráter pluriétnico (coexistência de negros, índios, mulçumanos, judeus e europeus), serve de referência e orgulho para os africanos escravizados. O Quilombo dos Palmares se mostrava como confederação de mocambos na história de lutas sociais do Brasil, liderados por Francisco, que, no “processo de afirmação da sua identidade enquanto negro livre e quilombola passou a se chamar “Zumbi” (MUNANGA, 2006).

Palmares surgiu no final do século XVI quando, num engenho localizado no extremo sul da capitania de Pernambuco, um grupo de escravos revoltados pela opressão, atacou e dominou, com foices e paus, os seus senhores e feitores. Depois de muito trabalho e, certamente, perda de vidas, os escravos edificaram suas cabanas cobertas de palhas no topo da serra. Esse grupo construiu as bases para a futura República de Palmares, que resistiu a diversas tentativas de destruição por parte do exército da Coroa, o que, de fato, só veio a acontecer no final do século XVIII (FREITAS, 1997).

A escravidão foi notória e cruel na história do Brasil, esse acontecimento evidenciou aspectos socioculturais de discriminação e de preconceito diante de pessoas que também têm direitos de viver dignamente (MUNANGA, 1999).

A sociedade brasileira tem uma dívida para com o negro, no sentido dele ter desenvolvido atividades na área de mineração, em canaviais, e que, portanto, na condição de escravo, submeteu-se às atrocidades animais e arbitrárias de senhores que negavam qualquer atitude que primasse pela ética e respeito humano (AZEVEDO, 2011).

O Brasil foi o último país do mundo a abolir o trabalho escravo, em 1888, após ter recebido, ao longo de mais de três séculos, cerca de quatro milhões de africanos como escravos. Embora nenhuma forma de segregação tenha sido imposta após a abolição, os ex-escravos tornaram-se, de maneira geral, marginalizados em relação ao sistema econômico vigente. Além disso, na segunda metade do século XIX, o governo brasileiro incentivou à imigração européia, com o objetivo de promover o “branqueamento” da população nacional. Assim, milhões de imigrantes europeus entraram no país durante as últimas décadas do século XIX e no início do século XX, como força de trabalho contratada preferencialmente tanto para agricultura como para indústria que estava sendo implantada nas principais cidades (HERINGER, 2002).

A abolição garantiu a “liberdade”, mas o Brasil não se preparou para a inclusão das centenas de milhares de negros livres que passariam a fazer parte de um contexto social. Assim, habituados a servir seus senhores, os negros, ao se tornarem livres, se viram escravos em outro contexto, na medida em que, repentinamente, ficaram sem trabalho e moradia (SANTOS, 2009). Segundo Leite (2000), “após a abolição, em 1888, os negros têm sido desqualificados e os lugares em que habitam são ignorados pelo poder público, ou mesmo questionados por grupos recém-chegados, com maior poder e legitimidade junto ao Estado”.

Portanto, no pós-abolição, a sociedade não efetivou um processo concreto de reconhecimento da população negra em sua diversidade como parte constitutiva sua e construiu ao longo dos séculos XIX, XX e XXI um complexo enredo de desigualdade racial. Os segmentos e grupos empobrecidos de descendentes de africanos, cuja boa parte era de escravizados, continuaram em completa e violenta desigualdade. Contudo, não apenas a opressão marca os processos vivenciados

por esses grupos, também tiveram importância os movimentos, resistências e reações por parte da população negra (SOUZA, 2008).

No século XX, o debate que traz para a sociedade brasileira a discussão sobre a questão quilombola são frutos de um longo processo. Sendo importante destacar os movimentos negros urbanos, somado a isso, e caracterizando-se como o grande marco desse processo, está a força e resistência das comunidades quilombolas, que perpassaram a história do Brasil com uma diversidade de formações, abrangendo todas as regiões do País e chegam ao século XXI reivindicando seus direitos fundamentais, com ênfase no direito à terra (SOUZA, 2008).

Atualmente os quilombos demonstram uma identidade quilombola que vem sendo construída como luta de afirmação e de direitos do negro no Brasil, e que se origina no atropelo de culturas que se estabeleceram entre as civilizações europeias e a africana, nas diferenças de posição, de situação e de interesses, nos quais o povo escravo distante de seu país, de sua família e, muitas vezes, impedido de cultivar a sua própria religião, “não se comportou como coisa no processo de formação do nosso país. O negro foi um agente e não um paciente” (RODRIGUES, 1987)

2.2CAPÍTULO 2: SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

O conceito de saúde reflete a situação social, econômica, política e cultural. Logo, saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo pode ser dito das doenças. Houve época, em que o desejo de fuga dos escravos era considerado enfermidade

mental, denominada drapetomania (do grego *drapetes*, escravo), assim como a falta de motivação para o trabalho, chamado “disestesia etiópica”, e o tratamento proposto era o do açoite (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

É impossível deixar de considerar o avanço evidente da instituição da saúde como direito de todos(as) e dever do Estado (artigo 196 da Constituição Federal), contudo, a garantia legal ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde não tem assegurado aos negros e indígenas o mesmo nível, qualidade de atenção e perfil de saúde apresentado pelos brancos. Indígenas, negros e brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

Assim, o processo saúde/doença e, conseqüentemente, a expectativa de vida são influenciados, ainda que de maneira indireta, pelas condições sociais e materiais de vida como: meio ambiente físico, social, político e cultural. Existem fatores que influenciam diretamente na atenção à doença, destacam-se: restrições e/ou oportunidade de acesso, a qualidade da atenção e a discriminação por parte de instituições e profissionais de saúde. Outros exercem influências indiretas: o lugar e o tipo de moradia; o tipo de ocupação e o nível de renda; a qualidade e o acesso à educação; o direito ou não ao alimento; e o estilo de vida (hábitos alimentares e comportamentos saudáveis ou nocivos à saúde) (OLIVEIRA, 2002).

Ao longo de nossa história, condições desiguais foram geradas para determinados frações da população, com características étnicas e raciais específicas, resultando no quadro atual de injustiças enfrentadas por esses segmentos. No caso da população negra, um racismo que, ao ter sido internalizado após a abolição oficial da escravidão em território nacional, persistiu silencioso, não

declarado e muitas vezes negado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Nos países latino-americanos, o racismo apresenta dois pontos cruciais: o ideal do branqueamento ou embranquecimento e a denominada democracia racial, visão desenvolvida por elites políticas sobre a harmonia e a tolerância raciais e sobre a ausência de preconceito e discriminação baseados na raça/cor (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

O ideal do branqueamento, exibido no final do século XIX como a solução harmoniosa para o problema racial, tinha como finalidade a desapareição gradual dos negros por meio de sua absorção pela população branca. Os sistemas baseados no embranquecimento admitiam o deslocamento social lento, de modo que eram mais aceitos aqueles que mais se aproximavam da brancura, isto é, aos mestiços se oferecia a ilusão de mobilidade e ascensão, enquanto aos pretos as únicas possibilidades oferecidas eram a exclusão e a negação da autoimagem. (FANON, 1983; GUIMARÃES, 1995; HASENBALG, 1996).

A crença na superioridade branca fortalecia a tese do branqueamento, que passava a ser vista como a salvação do país, passando a fazer parte do projeto nacional, cuja finalidade era em pouco tempo extinguir o negro, considerado nefasto ao desenvolvimento do Brasil. As teorias do branqueamento, valorizavam a mestiçagem, rumo ao ideal branco de nação, acreditava-se que em pouco tempo o negro deixaria de existir, em prol do desenvolvimento do Brasil. Baseando-se no ideal do branqueamento e nas teorias racistas como determinantes para o progresso e desenvolvimento do país, é consolidado após os anos 1950, o mito da democracia racial (THEODORO, 2009).

O racismo persiste mesmo após uma série de conquistas institucionais, devido a sua forte presença na cultura brasileira. Este, se reafirma no dia a dia pela

linguagem comum, se mantém e se alimenta pela tradição e pela cultura, influencia a vida, o funcionamento das instituições e também as relações entre as pessoas; é condição histórica e traz consigo o preconceito e a discriminação, afetando a população negra de todas as camadas sociais, residente na área urbana ou rural e, em dobro, as mulheres negras, também vitimadas pelo machismo e pelos preconceitos de gênero, o que agrava as vulnerabilidades a que está exposto este segmento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Devido a essas condições históricas, a população negra encontra-se hoje nos extratos mais pobres e em crônica situação de iniquidade em relação à saúde, demonstrada especialmente pela comprovada precocidade dos óbitos e pela alta taxa de mortalidade materna nesta população, situação agravada pelo racismo que, muitas vezes, é responsável pela discriminação que ocorre em várias instituições e também nos serviços de atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O racismo institucional manifesta-se através de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes de ignorância, falta de atenção, preconceitos ou estereótipos racistas. As instituições comprometem sua atuação quando deixam de oferecer um serviço qualificado às pessoas em função da sua origem étnico-racial, cor da pele ou cultura. Colocando pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pela ação das instituições (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A dificuldade de acesso às ações de saúde para a população negra se instalou desde as primeiras décadas do século XX, momento de implantação das políticas públicas de saúde. Pode ser citado como exemplo, durante os governos de Vargas, à concretização do modelo médico-assistencial claramente voltado para as

classes trabalhadoras urbanas, com vistas à manutenção da força de trabalho nas áreas metropolitanas. Este modelo não absorvia a maior parte da população negra, composta por trabalhadores rurais e trabalhadores urbanos que desenvolviam atividades não regulamentadas, ou ainda, habitantes de estados pouco industrializados à época, como os do Norte e Nordeste do país que até hoje possuem os maiores contingentes populacionais negros (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

Outra forma de exclusão foi observada com a instauração do regime militar em 1964. O crescimento econômico do país ficou limitado às classes média e alta. Deste modo, apenas uma parcela mínima dos trabalhadores negros alcançou o mercado formal de trabalho, obtendo assim o direito à saúde e à previdência. Assim mesmo, essa parcela assistiu à deterioração das suas condições de vida, com a perda do valor real ou poder de compra de seu salário (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

Diante destas situações vivenciadas, atualmente, a população negra, em geral, do ponto de vista econômico e social, é mais pobre e menos instruída que o restante da população brasileira. Com apenas 2% recebendo mais de dez salários mínimos mensais, grande parte vive na periferia de centros urbanos, com moradias inadequadas, baixa cobertura de saneamento básico, proporção elevada de analfabetismo, pouca qualificação profissional e pouca perspectiva de ascensão social. Sendo uma população marginalizada, discriminada socialmente e mais vulnerável à violência e a doenças. Em função deste quadro, doenças ligadas à pobreza, como desnutrição, verminoses, gastroenterites, tuberculose e outras infecções, alcoolismo são mais incidentes na população negra (ALVES; BARBOSA, 1998).

Apesar do esforço para criar um sistema de saúde equânime, universal e integral, o qual tem produzido resultados, tais como: expansão do acesso à saúde, da cobertura dos serviços, da disponibilidade de procedimentos de média e alta complexidade, estes resultados têm impacto diferenciado sobre brancos e negros no Brasil. São mantidas diferenças de desempenho em saúde destes dois grupos populacionais, permanecendo os negros com as maiores taxas de mortalidade infantil, mortalidade materna, mortes por causas externas, mortes por causas evitáveis e menor esperança de vida (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

Além disso, a população negra brasileira, devido à miscigenação de negros procedentes de várias regiões africanas com características genéticas e culturais típicas e, posteriormente, pela miscigenação entre negros e brancos ocorridas no país, apresenta uma especificidade genética que a distingue do resto do mundo (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

Portanto, a atual frequência, distribuição e causalidade das doenças mais incidentes na população brasileira afro descendente é influenciada por estas características de ordem genética e por fatores sócio econômicos que incluem o regime de escravatura vivido até o final do século XIX e a posterior situação de exclusão social, presente até nossos dias, de grande parcela da população (HAMANN; TAUIL, 2000).

A Mesa Redonda sobre a Saúde da População Negra, realizada em abril de 1996, com a participação de cientistas, militantes da sociedade civil, médicos e técnicos do Ministério da Saúde, teve como conclusão a explicação de forma metodologicamente organizada, em blocos, a problemática de saúde da população negra (ALVES; BARBOSA, 1998).

O primeiro bloco é o grupo das doenças geneticamente determinadas, ou seja, doenças que têm berço hereditário, ancestral e étnico. Destacando-se a anemia falciforme, a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e uma forma de deficiência de enzima hepática, a glicose - 6-fosfato desidrogenase, incidentes sobre outros grupos raciais/étnicos, porém mais graves ou de tratamento mais difícil quando acometem pretos e pardos.

O segundo bloco é o conjunto de ocorrências, condições, doenças e agravos adquiridos, derivados de condições socioeconômicas e educacionais desfavoráveis, além da intensa pressão social: alcoolismo, toxicomania, desnutrição, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/AIDS, doenças do trabalho e transtornos mentais.

O terceiro bloco é composto por doenças cuja evolução agrava-se ou o tratamento é dificultado pelas condições negativas anteriormente citadas: hipertensão arterial, diabetes mellitus, coronariopatias, insuficiência renal crônica, cânceres e miomas. Essas doenças apesar de incidentes sobre toda a sociedade, se tornam mais graves na população negra, devido às carências econômicas, sociais e culturais a que está submetida.

O quarto bloco é o conjunto de condições fisiológicas que sofrem interferência das situações sócio econômicas negativas a que os negros estão sujeitos, contribuindo para sua evolução para doenças: crescimento, gravidez, parto e envelhecimento. Equivale dizer que esses quatro fatos biológicos naturais, quando são afetados pelas condições negativas referidas, constituem, para grande parcela da população negra, situações de risco para o aparecimento de doenças.

A anemia falciforme ocorre predominantemente sobre afrodescendentes e tem como origem o continente africano, especificamente nas zonas endêmicas de

malária. No Brasil existe a predominância do tipo Banto que, segundo a classificação médica, é a forma mais grave (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005). Esta é distribuída heterogeneamente no território nacional, sendo mais frequente, nas regiões onde a proporção de população afrodescendente é maior, ou seja, no nordeste do país (ZAGO, 2000).

Esta doença foi uma resposta da natureza para preservar a espécie humana no ambiente malárico, caso contrário, a espécie humana, naquela região, talvez tivesse sido extinta, pois pessoas com anemia falciforme não contraem malária, posto que o Plasmodium não se desenvolve em células em forma de foice. A explicação de tal fenômeno é que o Plasmodium consome oxigênio em grande quantidade e na medida em que ele solicita mais oxigênio a hemácia assume a forma de foice. Ao adquirir essa forma ela é destruída pelos leucócitos, o que destrói também os parasitas da malária (OLIVEIRA, 2002).

As doenças cardíacas e a hipertensão arterial, são mais prevalentes nos negros, aparecendo a última mais cedo e de forma mais grave nesta população (ZAGO, 1994).

A hipertensão arterial crônica é mais frequente entre as mulheres negras que entre brancas, constituindo um importante fator de risco para pré-eclâmpsia com consequências tanto para a mãe como para o feto, especialmente durante a primeira gravidez, aumentando sua incidência em mulheres com mais de 35 anos. Importante destacar que a pré-eclâmpsia provoca uma diminuição na perfusão placentária, fato que poderia responder, mesmo que em parte, pela aumentada incidência de retardo de crescimento intrauterino e de perda fetal (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

Existem evidências de que a frequência do diabetes está aumentando mais na população negra do que na população branca, tendo triplicado nos últimos trinta anos, enquanto apenas duplicou na população branca (OLIVEIRA, 2002).

O diabetes tipo II (adulto), prevalente em negros, é uma epidemia em expansão no mundo, além de uma causa importante de insuficiência renal crônica. O homem negro apresenta 9% a mais de probabilidade de desenvolver diabetes do que o homem branco e as mulheres negras apresentam em torno de 50% a mais de probabilidade do que as mulheres brancas. Isso explica o alto índice de diabetes gestacional em mulheres negras (OLIVEIRA, 2002).

Conforme Zago (2000) a deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase é um defeito enzimático das hemácias que pode originar episódios de hemólise aguda, ou anemia hemolítica crônica ou ainda ser assintomático. Sendo, a maioria dos afetados assintomáticos. É considerado o defeito enzimático mais comum da espécie humana, sendo encontrado com maior frequência entre negros africanos e em mediterrâneos.

Estima-se que cerca de 200 milhões de pessoas no mundo são acometidas pela deficiência de G-6-PD. Em negros norte americanos a incidência fica em torno de 12%-15% e em italianos, 1,3%-2,0%. Porém, em pessoas originárias da Sardenha chega a 14%-48%. No Brasil a maior incidência verifica-se em descendentes de mediterrâneos (especialmente italianos) e entre pretos e pardos (OLIVEIRA, 2002).

No ano 2000, a taxa de mortalidade por aids no Brasil foi de 10,61/100mil para as mulheres brancas, 21,49/100mil para as pretas, 22,77/100mil para os homens brancos e 41,75/100mil para os pretos (BATISTA et al., 2004).

Com relação a expectativa de vida da população brasileira, na década de 1980, como um todo era estimada em torno de 68 anos. Porém, quando discriminada segundo a cor, essa estimativa revelou números bastante diferenciados, que mostravam que os brancos tinham uma expectativa de vida média de 72 anos, enquanto os negros, de 65 anos. Essa diferença de sobrevivência entre a população branca e a negra – de 7 anos – vem se mantendo quase constante desde a década de 1940, mesmo a despeito dos ganhos obtidos com a queda dos níveis da mortalidade geral (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

Ainda que, o Ministério da Saúde proponha estratégias para melhorar o grave quadro de saúde pública no Brasil, estas não contemplam efetivamente quase 50% da população brasileira, composta por afrodescendentes, uma vez que oferecem acesso igual a populações que em seu cotidiano são desiguais e acabam por reforçar as diferenças de comportamento entre negros e brancos nos indicadores de saúde existentes no país (OLIVEIRA, 2002).

A ausência de utilização do ponto de vista étnico-racial na busca por equidade nas políticas e nas ações de saúde tem servido para manter a população negra em situação de vulnerabilidade, dificultando a identificação de desigualdades, prejudicando a tomada de medidas que melhorem suas condições de saúde e contribuindo para tornar o campo da saúde produtor e reprodutor de desigualdades raciais (OLIVEIRA; FIGUEIREDO, 2004).

É necessário, pois, respeitar as diferenças, apreciá-las, apreender delas aquilo que seja útil para melhor assistir ao usuário ou usuária. A competência étnico-racial e cultural e a diversidade devem ser visualizadas como objetivos continuamente almejados pelo Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), isto

propiciará a obtenção da equidade num período menor de tempo, sem que isto custe tantas outras vidas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

Destaca-se como ferramenta de gestão a necessidade de assegurar a efetiva participação da população negra no planejamento e no monitoramento das ações. O aprimoramento da promoção e da atenção à saúde pode ser subsidiado pela realização de estudos e pesquisas que promovam a inserção do quesito raça/cor nos instrumentos de coleta de informação e na análise dos dados em saúde (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

2.2.1 Saúde da Mulher

Ao avaliar a saúde da mulher negra é importante considerar as condições de escravização, colonização, patriarcado e exclusão vivenciadas, que atribuíram às mulheres negras, no que diz respeito a sua saúde, fatores de risco extra-biológicos (CRUZ, 2004).

De acordo com as pesquisas de Perpétuo (2000) e Chacham (2001), em 1996, as mulheres negras apresentaram menores chances de passar por consultas ginecológicas completas e por consultas de pré-natal; menores chances de realizar a primeira consulta de pré-natal em período igual ou inferior ao quarto mês de gravidez, receber informações sobre os sinais do parto, alimentação saudável durante a gravidez e sobre a importância do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida do bebê. Em compensação, apresentaram maiores chances de ter o primeiro filho com 16 anos ou menos, de engravidar ainda que não quisessem, de não receber assistência médica durante todo o período gravídico e/ou de não serem examinadas adequadamente.

Ao considerar as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, a diabetes é uma das sete principais doenças que afetam as mulheres pretas. Alguns fatores como, maior taxa de urbanização, industrialização, sedentarismo e obesidade têm contribuído para o maior número de pessoas com diabetes em nossa sociedade (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

A maior mortalidade das negras por transtornos mentais talvez seja consequência da opressão, das violências institucionais vivenciadas por essas mulheres, a baixa autoestima, entre outros. Pode-se levantar como hipótese que os mecanismos de exclusão social vivenciados pelos negros têm seus reflexos também na saúde mental (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

As mulheres pretas morrem duas vezes mais que as brancas por doenças do aparelho circulatório. Os principais fatores de risco dessas doenças são o tabagismo, a hipertensão e a ingestão de gordura (LOLIO et al., 1998). O violento contexto de vida das mulheres negras, como as piores condições de vida e acesso aos bens e consumo, está relacionado com a sua mortalidade (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

Dados sobre mortalidade materna por raça são raros no Brasil. Um estudo sobre raça do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná (1997) menciona que, no triênio 1994-1996: dos óbitos em que se obteve o dado sobre raça, 78,3% eram mulheres de raça branca, seguida da negra (preta e parda) com 20,8% (67 óbitos) e 0,9% da raça amarela (OLIVEIRA, 2002).

Estudo baseado em dados quantitativos relativos à caracterização dos óbitos por raça dos residentes no município de São Paulo (1995), revela diferenças entre o perfil de mortalidade da população feminina negra e população feminina branca, apontando para a prematuridade da morte de mulheres negras, cujo perfil de

mortalidade, por sua vez, assemelha-se ao do homem branco, contrariando a esperada diferença por sexo – os homens morrem antes das mulheres – e evidenciando que o perfil de saúde está sujeito à dinâmica, dentre outras, das relações de gênero e raça. A mulher negra morre antes. Dos óbitos ocorridos antes dos 50 anos, 40,7% referem-se a mulheres negras e 39%, a homens brancos. A população branca masculina chega inclusive a superar a proporção de óbitos acima de 55 anos, com 54,6% dos casos, para 52,4 % dos óbitos de mulheres negras (OLIVEIRA, 2002).

Comparando-se a distribuição da população feminina e o número de mortes maternas por raça, em 1993, foi observado que o risco relativo de morte destas mulheres por causas ligadas à gestação, ao parto e ao puerpério foi 7,4 vezes maior nas pretas que nas brancas e 5 vezes maior entre as amarelas quando comparadas com as brancas. Vários estudos, como o de Siqueira e colaboradores (Mortalidade Materna no Brasil, 1984), Laurenti (Os Muitos Brasis: Saúde e população na década de 80, 1995), entre outros, mostram que as quatro principais causas básicas de óbito materno no Brasil são: síndromes hipertensivas, síndromes hemorrágicas, infecções puerperais e aborto (OLIVEIRA, 2002).

As doenças em mulheres negras e suas repercussões sobre a saúde reprodutiva e mortalidade materna devem-se, possivelmente, a: em primeiro lugar, um complexo de condições geneticamente determinadas, que levam à hipertensão/DHEG, como principal causa de óbitos no país, mas que também contribuem significativamente nas demais causas de óbito materno, sejam diretas (infecção, aborto e outras) ou indiretas (acidente vascular cerebral, cardiopatias, diabetes, doença renal e outras); em segundo lugar, é necessário considerar as condições de vida e acesso à saúde dessas mulheres (OLIVEIRA, 2002).

A prevalência de hipertensão em mulheres negras na fase reprodutiva é de 30% e esta aumenta com a idade. Portanto, hipertensão é um importante fator de risco cardiovascular nesta população e tem efeitos importantes para a evolução da gravidez. Estima-se que de 2% a 5% (3) de todas as gestações são complicadas por hipertensão crônica, e essa incidência é ainda maior em áreas urbanas industrializadas, onde as mulheres engravidam mais tardiamente. Sendo esta doença mais frequente em mulheres negras do que em brancas e constituindo, per se, um importante fator de risco para a pré-eclâmpsia, as consequências para a mãe e para o feto são, coletivamente, piores na população de mulheres negras do que na de mulheres brancas (OLIVEIRA, 2002).

O câncer de colo uterino é duas vezes mais frequente em mulheres negras do que nas brancas nos Estados Unidos, já no Brasil não se dispõe de dados desagregados por raça. Este tipo de câncer é 100% evitável, desde que sejam realizados os exames preventivos e os tratamentos adequados. Em 90% dos casos, a doença está relacionada à ocorrência do HPV (papilomavírus humano), um vírus sexualmente transmissível cuja detecção é simples, desde que o atendimento básico à saúde funcione bem. Outros fatores de risco são as inflamações do colo uterino, em consequência de problemas no parto, nas curetagens, nos abortos ou em outros procedimentos médicos realizados sem o devido cuidado (ARAÚJO, 2001).

Estudos como de Souza (1995), verificou a alta incidência de histerectomias entre as negras (15,8%, contra 3,6% para as brancas), que as negras são filhas ou irmãs de mulheres com diagnóstico comprovado de miomatose (62,1% e 20,4%). Constatou ainda acentuado desconhecimento sobre miomatose (causas, evolução e tipos de tratamento) de usuárias, negras e brancas, de um serviço público de saúde, tendo como consequência mais expressiva o maior número de histerectomia nas

negras. Concluindo que, as mulheres negras quando portadoras de miomas em geral perdem seus úteros, o que significa que negra com mioma, na prática, poderá perder, muitas vezes desnecessariamente, a possibilidade de reprodução.

É necessário o estabelecimento de políticas públicas intersetoriais, políticas diferenciais para as mulheres negras e não-negras. Por exemplo, onde existir uma concentração de população negra e de população em situação de pobreza dever-se-ia direcionar, adequar e qualificar a atenção básica, de tal forma que estratégias como o Programa de Saúde da Família pudessem atender às necessidades das mulheres para garantir a gravidez e a maternidade sem risco. Além disso, no processo de capacitação dos profissionais de saúde do Programa Saúde da Família deveria também existir um módulo sobre saúde da mulher negra ou sobre o impacto do racismo na saúde da mulher negra (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

2.2.2 Saúde da Criança

O baixo índice de indicadores de saúde entre as crianças quilombolas é influenciado pelas condições sanitárias insuficientes destas populações; a maior parte não possui água tratada e nem esgoto sanitário. Outra característica importante dessas comunidades é a ausência de serviços de saúde locais, fazendo com que, ao surgirem doenças, seus habitantes sejam obrigados a percorrer grandes distâncias em busca de ajuda (FREITAS et al., 2011)

Diversos estudos realizados têm demonstrado, sistematicamente, um diferencial na mortalidade de menores de um ano dependendo da raça/ etnia no Brasil, grandes regiões e unidades da Federação, mesmo quando se controlam variáveis reconhecidas como condicionantes socioeconômicos desse evento (CUNHA, 2001).

O projeto de pesquisa sobre Dinâmica Demográfica da População Negra Brasileira, desenvolvido no Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas (NEPO /UNICAMP), baseia-se em dados de fontes secundárias. Os seus resultados oferecem um panorama sobre os níveis de mortalidade de menores de um ano segundo declaração de cor da mãe. Ao analisar os dados, destaca-se a manutenção da tendência de redução significativa nas taxas de mortalidade de menores de um ano no Brasil (57%). No entanto, quando se faz intervir a variável cor, verifica-se que o índice de mortalidade infantil de brancos menores de um ano diminuiu 43% no período entre 1977 e 1993, enquanto a redução da mortalidade infantil negra aconteceu em nível significativamente menor, de apenas 25% (OLIVEIRA, 2002).

Outro aspecto relevante é que as desigualdades raciais se acentuaram ao longo do tempo. Assim, enquanto a diferença relativa entre os níveis de mortalidade de negros e brancos menores de um ano, segundo os dados do Censo de 1980, era de 21%, quase 20 anos depois esse valor havia aumentado para 40%. Sugerindo que, comparativamente, os filhos de mães negras aumentaram sua exposição ao risco de adoecer e morrer (OLIVEIRA, 2002).

Diversos estudos epidemiológicos ou pediátricos salientam que a mortalidade neonatal é mais marcante entre os negros, mantendo-se a diferença, mesmo que num nível menor, nos riscos relativos de mortalidade pós-neonatal entre estes e os brancos. Uma das possíveis explicações é que, com maior frequência, os filhos de mães negras nascem com menor peso, além de ser mais frequente entre eles o menor tempo de gestação, quando comparados com os filhos de mães brancas fatores estes que aumentariam drasticamente o risco de mortalidade antes de cumprir um ano de vida. (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

Um acompanhamento sistemático das gestantes por serviços de saúde de boa qualidade e alta resolutividade poderia reduzir o número de óbitos, tanto infantis, em função da prevenção e controle do baixo peso ao nascer, partos de pré-termo, algumas das afecções perinatais, quanto materno, com o controle de complicações de saúde da mãe que inclusive poderiam comprometer a saúde dos filhos (hipertensão arterial, miomas intrauterinos, diabetes, desnutrição) (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

2.3 CAPÍTULO 3: QUILOMBOS E POLÍTICAS PÚBLICAS

Apenas nos últimos 20 anos, foram inseridas na agenda pública nacional, ações com foco na Promoção da Igualdade Racial, no entanto a presença da temática racial no cenário político nacional, é histórica e secular, fruto da resistência do povo negro (ABREU, 2009). Os negros e negras brasileiros, assumiram o protagonismo das suas histórias, através das suas organizações, apontando as mazelas do sistema social vigente; ao mesmo tempo em que lutavam contra o racismo, defendiam a construção de uma democracia que de fato incluísse a população negra. (ROSSO et al., 2009)

Nos fins dos anos 1970, com o enfraquecimento do regime militar e o consequente início do processo de redemocratização do país, os movimentos sociais se reorganizavam, principalmente o movimento negro. As organizações que combatiam o racismo denunciavam a omissão do Estado em relação ao não reconhecimento da discriminação racial como algo presente na sociedade brasileira. Demandavam do poder público ações concretas para superação das desigualdades, entendidas como consequência do processo discriminatório imposto à população negra brasileira, desde o período pós abolição da escravatura (ROSSO et al., 2009).

Em 1978, foi criado o Movimento Negro Unificado Contra a Discriminação Racial (MNUCDR), com a expansão de seus núcleos nos Estados brasileiros. Nos anos seguintes, o MNU, concretiza-se como entidade nacional, fortalecendo o debate com os temas pautados nos congressos realizados, sobre questões relativas à saúde, trabalho, educação, situação da mulher negra, refletindo a opinião dos ativistas do movimento negro, solicitando o Estado brasileiro a produzir respostas às demandas apresentadas pela população negra (ROSSO et al., 2009).

Em 1986, período próximo à instalação da Assembleia Nacional Constituinte, ocorreu a Convenção Nacional do Negro Pela Constituinte, com o objetivo de elaborar propostas a serem entregues aos Constituintes, visando a melhoria da qualidade de vida da população negra e o combate ao racismo e a discriminação. (JACCOUD et al., 2009).

No Governo José Sarney, em 1987, foi criado o Programa Nacional do Centenário da Abolição da Escravatura, através de decreto presidencial. Assim, o negro e a questão racial atraem as atenções e entram na pauta, trazendo para o debate público a questão das relações raciais (ABREU, 2009).

No ano de 1988 foi promulgada a Constituição Brasileira, coincidindo com o centenário da abolição da escravidão no Brasil. Este foi um ano de muita mobilização do movimento negro, denunciando a ausência de políticas públicas e o racismo existente. (ROSSO et al., 2009)

A Constituição Federal de 1988, “que operou, portanto, uma verdadeira inversão do pensamento jurídico: o ser quilombola, fato tipificado como crime durante o período colonial e imperial, passa a ser elemento constitutivo de direito” (TRECCANI, 2006). No seu Art. 205, preconiza caber ao Estado assegurar, por meio da educação, direitos iguais para o desenvolvimento integral de todos e de cada um,

na condição de pessoa, cidadão ou profissional. E como possibilidade de valorização da identidade quilombola, reconhece os direitos dos quilombos à terra, quando considera, no Art. 68, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias: "Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos" (TRECCANI, 2006, p. 83).

Nos dispositivos expressos nos artigos 215 e 216 a Constituição Brasileira de 1998 assume a Nação como pluriétnica e garante a preservação do patrimônio material e imaterial de grupos populares participantes do processo civilizatório do país. A partir desse momento, o debate sobre quilombolas passa a ocupar, de forma significativa, o cenário político brasileiro, na medida em que se assegura, nos referidos artigos que:

Art. 215. O Estado garantirá a todos o pleno exercício dos direitos culturais e acesso às fontes da cultura nacional, e apoiará e incentivará a valorização e a difusão das manifestações culturais.

1º. O Estado protegerá as manifestações das culturas populares do processo civilizatório nacional.

2º A lei disporá sobre a fixação de datas comemoráveis de alta significação para os diferentes segmentos étnicos nacionais.

Art. 216. Constituem patrimônio cultural brasileiro os bens de natureza material e imaterial, tomados individualmente ou em conjunto, portadores de referência à identidade, à ação, à memória dos diferentes grupos fundadores da sociedade brasileira nos quais incluem:

I- as formas de expressão; II- os modos de criar, fazer e viver; III- as criações científicas, artísticas e tecnológicas; IV- as obras, objetos, documentos, edificações e demais espaços destinados às manifestações artístico-culturais; V- os conjuntos urbanos e sítios de valor histórico, paisagístico, artístico, arqueológico, paleontológico, ecológico e científico. (BRASIL, 1988)

Ainda no ano do centenário da abolição, como resposta à população negra no que tange às políticas públicas, foi criada a Fundação Cultural Palmares (FCP), vinculada ao Ministério da Cultura (MinC), tendo como missão a promoção e preservação da influência da cultura negra na sociedade brasileira, além da responsabilidade pela identificação das comunidades remanescentes de quilombos e o apoio à demarcação e titulação das terras (JACCOUD, et al., 2009).

Na década de 1990, ocorreram vários acontecimentos tanto da sociedade civil ou da parte do poder público como resposta às demandas históricas do movimento negro. Algumas entidades do movimento negro, criaram a Coordenação Nacional das Entidades Negras (CONEN), com o objetivo de funcionar como um órgão central para essas entidades (ABREU, 2009).

Em 20 de novembro de 1995, por ocasião do tricentenário da morte de Zumbi dos Palmares, líder do Quilombo dos Palmares, em Alagoas, foi realizada a “Marcha Zumbi dos Palmares Contra o Racismo, pela Cidadania e a Vida”, um grande ato público organizado pelo movimento negro, para celebrar a imortalidade de Zumbi e também reivindicar políticas públicas para a população negra (ABREU, 2009). Participaram da marcha 30 mil ativistas negros vindos de todo o país, estes organizaram atividades culturais e políticas em frente ao Congresso Nacional, na Esplanada dos Ministérios. Na ocasião, foi entregue ao presidente um documento com as principais reivindicações do Movimento Negro, denunciando o racismo, defendendo a inclusão dos negros na sociedade brasileira e apresentando propostas concretas de políticas públicas (LIMA, 2008).

A Marcha Zumbi dos Palmares trouxe uma série de contribuições, dentre elas destaca-se a capacidade de tornar pública a discussão em torno da importância da participação do Estado no enfrentamento da desigualdade racial, ao propor a

formulação de políticas compensatórias e de discriminação positiva, que promovam social e economicamente a população negra. Além da assinatura de um decreto presidencial que criou o Grupo de Trabalho Interministerial de Valorização da População Negra (GTI População Negra) ligado ao Ministério da Justiça, em 1996; e da elaboração do primeiro Programa Nacional dos Direitos Humanos (I PNDH), o qual continha um tópico destinado à população negra, propondo a conquista efetiva da igualdade de oportunidade (LIMA, 2008).

O GTI População Negra é vinculado ao Ministério da Justiça, composto por oito representantes da sociedade civil, e dez representantes governamentais. O mesmo surge com os seguintes objetivos: (I) propor ações de combate à discriminação racial; (II) elaborar e promover políticas governamentais; (III) estimular ações de iniciativa privada; (IV) apoiar a elaboração de estudos atualizados; (V) estimular iniciativas públicas e privadas que valorizem a inserção qualificada dos negros nos meios de comunicação (JACCOUD; BEGHIN, 2002).

Em abril de 1996, o GTI organizou a Mesa-Redonda sobre Saúde da População Negra, cujos principais resultados foram: a introdução do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos, a elaboração da Resolução CNS nº196/96, que introduziu, dentre outros, o recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos e a recomendação de implantação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Estruturas governamentais fundamentais para o enfrentamento das discriminações foram criadas como: a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR, criada em 21 de março de 2003; a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – SPM; e a Secretaria Especial de Direitos

Humanos – SEDH, todas vinculadas à Presidência da República. Também Foi criado o Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial – CNPIR, órgão colegiado de caráter consultivo vinculado à estrutura da SEPPIR, configurando-se como um espaço importante de participação e controle social por parte de representantes da população negra e outros grupos discriminados racialmente (LIMA, 2008).

Dentre as políticas públicas destinadas à População Quilombola destaca-se o Programa Brasil Quilombola foi criado em 12 de março de 2004, na comunidade remanescente de Kalunga, situada nos municípios de Cavalcanti, Teresina de Goiás e Monte Alegre, no estado de Goiás. O programa sugere ações de melhorias das condições de vida em comunidades quilombolas, no sentido de promover o acesso a bens e serviços de cunho social, admitindo sempre o contexto sociocultural dessas comunidades (AZEVEDO, 2011).

O Programa é coordenado pela SEPPIR, por meio da Subsecretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais, procura garantir o direito à terra, à documentação básica, alimentação, saúde, esporte, lazer, moradia adequada, serviços de infraestrutura, previdência social, educação e cultura, baseado na realidade e nas demandas das comunidades (SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL, 2004).

As políticas públicas voltadas para as comunidades Quilombolas, como as existentes no programa intitulado “Programa Brasil Quilombola”, são necessárias para reverter a situação de vulnerabilidade de muitas das comunidades, consistem, inclusive, em uma das grandes reivindicações do movimento quilombola. Entretanto essas ações, quando alcançam efetivamente as comunidades, apresentam muitas vezes um perfil genérico das políticas voltadas à

população carente, baseando-se apenas na perspectiva econômica. Por exemplo, ações educacionais que não dialoguem com a história e a cultura das comunidades, apresentam uma face de violência com a dinâmica da comunidade. Por sua vez, ações de saúde que não se estabeleçam conjuntamente com os saberes de saúde das comunidades, como o das parteiras e benzendeiras, agridem a lógica cultural desses grupos (SOUZA, 2008).

Em novembro de 2006 foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que propõe ações transversais inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS), visando garantir a efetivação do direito à saúde da população negra em relação a promoção, prevenção e tratamento dos agravos transmissíveis e não transmissíveis (BRASIL, 2005).

Dentre suas ações estão 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A implementação de políticas públicas para a população negra pode ser considerado um avanço, embora sejam recentes. Mas seu desenvolvimento tem permitido a inclusão deste tema na pauta e agenda das três esferas de governo. Tem um longo caminho a ser percorrido e as lacunas existentes são relacionadas ao processo histórico de exclusão social e do racismo da população negra. Associa-se a isto, o ineditismo destas políticas que exigem gerenciamento para sua implantação em todo território nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

3 ARTIGO ORIGINAL

Torres ZMC, Ferreira HS. Nutrição e saúde de mães e crianças de uma comunidade quilombola de Alagoas.

Elaborado segundo as normas do Caderno de Saúde Pública.

Saúde de mães e crianças de uma comunidade antes e após seu reconhecimento como quilombola

Maternal and child health in a community before and after its recognition as “quilombola”

Salud materno-infantil en una comunidad antes y después de su reconocimiento como “quilombola”

Título Resumido: Nutrição e saúde de uma população quilombola

Zaira Maria Camerino Torres

Aluna do mestrado em Nutrição da Faculdade de Nutrição (FANUT) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Campos A.C. Simões – BR 104 Norte – Km 96.7 – Tabuleiro dos Martins, 57072-970 – Maceió – Alagoas
zairatorresal@gmail.com

Haroldo da Silva Ferreira

Professor Associado da FANUT da UFAL.

Campos A.C. Simões – BR 104 Norte – Km 96.7 – Tabuleiro dos Martins, 57072-970 – Maceió – Alagoas
haroldo.ufal@gmail.com

Correspondência:

H. S. Ferreira

Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas
Campus A. C. Simões - Av. Lourival Melo Mota, s/n, Cidade Universitária,
CEP: 57072-900 - Maceió - Alagoas
haroldo.ufal@gmail.com

Artigo baseado na dissertação de mestrado de Zaira Maria Camerino Torres.

Conflitos de interesse: inexistente

Colaboradores

Z. M. C. Torres e H. S. Ferreira participaram conjuntamente de todas as fases da pesquisa e elaboração do artigo: concepção e planejamento da pesquisa, coleta e análise dos dados, revisões bibliográficas, redação inicial, revisões e aprovação da versão final do artigo.

Apoio financeiro: CNPq (Processos n.º 478607/2007-5 e n.º 471786/2009-8).

RESUMO

Objetivou-se investigar a situação de saúde em uma comunidade (Bom Despacho) antes e após seu reconhecimento oficial como quilombola. Os dados procedem de dois estudos transversais independentes (2008; 2012), nos quais eram elegíveis mulheres e crianças de todos os domicílios (143 em 2008; 171 em 2012). Para a análise de tendência temporal, utilizou-se a razão de prevalência. Em 2012, 62,8% das mulheres tinham $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$, 57,4% circunferência da cintura $\geq 80 \text{ cm}$ e 33,9% hipertensão arterial. Entre as crianças, 10,9% tinham déficit estatural, 9,4% sobrepeso, 20,0% anemia e 26,9% diarreia. Os indicadores que apresentaram evolução (2008; 2012) significativa ($p < 0,05$) foram: renda per capita média (R\$96,66; R\$189,05), diarreia em crianças (10,3%; 26,9%), cartão de vacinação atualizado (80,3%; 95,3%), suplementação de vitamina A (70,2%; 100,0%), aleitamento materno exclusivo ≥ 6 meses (8,7%; 44,7%) e anemia em crianças (40,2%; 20,0%). Ocorreram melhorias em vários indicadores, todavia, a situação ainda exige investimentos objetivando incrementar o padrão de saúde na comunidade estudada.

Palavras-chave: Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Origem étnica e Saúde; Vulnerabilidade em Saúde; Brasil.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the health situation in a community (Bom Despacho) before and after its official recognition as “quilombola”. The data come from of two independent cross-sectional studies (2008, 2012), in which were eligible women and children of all households (143 in 2008, 171 in 2012). To analyze the time trend, we used the prevalence ratio. In 2012, 62.8% of women had BMI > 25kg/m², 57.4% waist circumference ≥ 80cm and 33.9% hypertension. Among the children, 10.9% had statural deficit, 9.4% overweight, 20.0% anemia and 26.9% diarrhea. The indicators that presented significant (p <0.05) evolution (2008; 2012) were: average income per capita (R\$ 96.66; R\$ 189.05), diarrhea in children (10.3%; 26.9%), vitamin A supplementation (70.2%; 100.0%), exclusive breastfeeding ≥ 6 months (8.7%; 44.7%); children’s immunizations calendar updated (95.3%; 80.3 %) and anemia in children (40.2%; 20.0%). There were improvements in several indicators, however, the observed situation still requires investments aiming to increase the standard of health in the studied community.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo investigar la situación de salud en la comunidad (Bom Despacho) antes y después de su reconocimiento oficial como "Quilombola". Los datos provienen de 2 estudios independientes transversales (2008; 2012), en que eran elegibles mujeres y niños de todas las casas (143 en 2008; 171 en 2012). Para análisis de la tendencia temporal, se utilizó la razón de prevalencia. En 2012, 62,8% de las mujeres tenían $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$, 57,4% circunferencia de la cintura $\geq 80 \text{ cm}$ y 33,9% hipertensión. Entre los niños, 10,9% tenía déficit estatural, 9,4% sobrepeso, 20,0% anemia y 26,9% diarrea. Los indicadores que mostraron evolución (2008, 2012) significativa ($p < 0,05$) fueron: la diarrea en los niños (10,3%; 26,9%), la suplementación con vitamina A (70,2%; 100,0%), la lactancia materna exclusiva ≥ 6 meses (8,7%; 44,7%); calendario de vacunación infantil actualizado (95,3%; 80,3%) y la anemia en los niños (40,2%; 20,0%). Hubo mejoras en varios indicadores. No obstante, la situación aún requiere de inversiones con el objetivo de aumentar el nivel de salud en la comunidad estudiada.

INTRODUÇÃO

A maioria da população brasileira é formada por negros ou pardos¹, sendo que uma importante proporção desse contingente humano encontra-se ainda hoje nos estratos mais pobres da população, uma consequência histórica de uma série de iniquidades às quais os negros e seus descendentes foram submetidos, inclusive em relação à atenção à saúde².

Embora essa compreensão seja extensiva aos negros de um modo geral, os quais apresentam diferentes demandas conforme os distintos segmentos a que pertençam (povos de religião de matriz africana, os negros que vivem nas cidades, os indivíduos pertencentes às comunidades remanescentes dos quilombos), em se tratando de atenção à saúde, uma preocupação especial deve ser reservada aos indivíduos integrantes das chamadas comunidades quilombolas³.

No Brasil, as localidades ocupadas pelos negros escravos que fugiam do trabalho forçado e resistiam à recaptura por parte das forças escravocratas ficaram conhecidas como quilombos. Muitos quilombos, após a abolição da escravatura, deram origem às atuais comunidades quilombolas. Os integrantes dessas comunidades possuem fortes laços culturais, mantendo suas tradições, práticas religiosas, relação com o trabalho na terra e sistema de organização social⁴.

Nessas comunidades, as consequências históricas do processo de escravidão e das lutas por liberdade têm influenciado o acesso diferenciado a bens e serviços, constituindo-se como fatores condicionantes de desigualdades sociais e de saúde⁵.

Após a abolição oficial da escravatura no Brasil, ocorrida em 13 de maio de 1888, os negros continuaram sua luta, dessa vez, contra a discriminação institucional e pela igualdade de direitos. Isso ainda é uma realidade nos dias atuais, apesar das muitas vitórias alcançadas, seja de forma particular ou articulada com outros movimentos sociais. Uma dessas conquistas ocorreu por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, na qual se aprovou a proposta da saúde como direito universal de cidadania e dever do Estado. Como principal desdobramento dessa deliberação, a Assembleia Nacional Constituinte introduziu o sistema de seguridade social na Constituição Federal de 1988, do qual a saúde passou a fazer parte como direito universal, independentemente de cor, raça, religião, local de moradia e orientação sexual, a ser provido pelo Sistema Único de Saúde⁶.

Ainda no âmbito da Constituição de 1988 e especificamente em relação às comunidades quilombolas, se estabeleceu no Artigo 68, do Ato das Disposições

Constitucionais Transitórias, o marco legal relativo a essas comunidades, definida posteriormente por meio do Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003 como “grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”⁷.

A carência de estudos⁸ e, conseqüentemente, de informações sobre o perfil de saúde de populações remanescentes de quilombos assinalam a importância de pesquisas que realizem uma análise oportuna de indicadores epidemiológicos que possibilitem, por um lado, as atividades de controle social no sentido de exigir do Estado o cumprimento do que está estabelecido na legislação e, por outro, que subsidiem a avaliação e o planejamento de políticas públicas que busquem garantir a atenção adequada à saúde das populações quilombolas.

Este estudo teve como objetivo caracterizar a situação de nutrição e saúde de mães e crianças de uma comunidade (Bom Despacho) antes e após seu reconhecimento oficial como quilombola.

MÉTODOS

Área de estudo

O estudo foi realizado na comunidade Bom Despacho, reconhecida oficialmente como “quilombola” no ano de 2009, situada no município de Passo de Camaragibe, distante 78 Km da capital de Alagoas.

A economia da comunidade é baseada na agricultura familiar, cujo principal produto é a farinha de mandioca, vendida em feiras livres e também utilizada para consumo próprio. Além disso, muitos trabalham no corte da cana-de-açúcar para usinas sucroalcooleiras. Há na comunidade um grupo de mulheres que se organizaram para produzir doces de frutas típicas da região, cuja produção é quase toda vendida ao Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) do Governo Federal.

Na localidade há uma escola que oferece o ensino fundamental. Para os demais níveis, há necessidade de deslocamento à sede do município ou para a capital do Estado.

No início de 2011 foi instalada uma unidade básica de saúde e, na mesma época, foi implantada a Estratégia Saúde da Família.

Com relação ao saneamento básico, não existe rede de esgoto, mas a maioria dos domicílios dispõe de fossa séptica para destinação dos dejetos. Também não existe

fornecimento de água potável e isto é, talvez, uma das questões mais preocupantes a ser resolvida pelo poder público no sentido de melhorar o padrão de saúde da comunidade. A água disponível nos domicílios provém de fontes alternativas como poços, chafariz e cacimba.

Grande parte dos moradores é usuária de programas do governo. Entre esses os principais são: Programa Nacional de Alimentação Escolar, Programa de Aquisição de Alimentos, Programa Bolsa Família (PBF), Pró-jovem, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil e Programa do Leite.

Tipo de estudo e coleta de dados

Os dados utilizados nesta investigação procedem de dois inquéritos independentes realizados, respectivamente, antes (2008) e após (2012) do reconhecimento oficial da comunidade como quilombola (2009).

Inquérito de 2012

Realizou-se um estudo transversal, para o que todos os domicílios da comunidade (n=171) foram visitados, sendo elegíveis para esta investigação todas as mulheres de 18 a 59 anos designadas como “donas de casa”, bem como as crianças menores de cinco anos residentes nos respectivos domicílios.

A coleta de dados propriamente dita ocorreu no período de 12 de junho a 10 de agosto de 2012. Contudo, antecedendo essa etapa, ocorreram várias reuniões com as lideranças locais para estabelecimento de parcerias, bem como identificação de voluntários da comunidade para participar de um curso de capacitação em segurança alimentar, incluindo noções teórico-práticas de diagnóstico de saúde comunitária e elaboração do correspondente plano de ação. O curso, com carga horária de 60 horas e certificação pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL), teve a participação de 16 alunos, entre agentes de saúde, merendeiras, professoras do ensino fundamental e líderes da comunidade. Alguns desses alunos contribuíram no trabalho de coleta de dados, cuja responsabilidade ficou a cargo de alunos dos cursos de mestrado e de graduação em Nutrição da UFAL, devidamente treinados e supervisionados.

Os dados antropométricos, demográficos, socioeconômicos e de saúde foram obtidos seguindo formulário estruturado, pré-testado em estudo piloto.

Os dados socioeconômicos e demográficos foram avaliados segundo as seguintes variáveis: características do domicílio segundo tipo de construção, número de cômodos da casa, número de pessoas na família, escolaridade materna, renda per capita, matrícula em programa assistencial do governo e cor da pele.

Avaliação Antropométrica

Para obtenção do peso utilizou-se balança eletrônica portátil (Marte® PP180, São Paulo, Brasil) com capacidade para 150kg e sensibilidade para 100g. As crianças que não conseguiam permanecer em pé na balança eram examinadas nos braços de um adulto, obtendo-se o peso por diferença. A estatura dos indivíduos com idade superior a 24 meses foi verificada em posição ortostática em um estadiômetro vertical, enquanto o comprimento das crianças menores de dois anos foi verificado na posição de decúbito dorsal em estadiômetro pediátrico. Ambos os equipamentos eram dotados de fita métrica inextensível com sensibilidade de 0,1cm.

O excesso de peso em mulheres foi estabelecido por um Índice de Massa Corporal (IMC) $\geq 25 \text{Kg/m}^2$ ²⁹. O percentual de gordura corporal foi estimado utilizando-se aparelhos de bioimpedância, bipolares (Omron®, modelo HBF-306). Na análise, considerou-se o ponto de corte $\geq 24\%$ para classificação do percentual de gordura corporal acima da média¹⁰.

A obesidade abdominal nas mulheres foi definida como circunferência da cintura $\geq 80 \text{cm}$ ⁹. As aferições foram procedidas com fita métrica inelástica, no ponto médio entre a face externa da última costela e a crista ilíaca ântero-superior¹¹.

Para classificação do estado nutricional das crianças menores de 5 anos utilizaram-se os índices estatura-para-idade e IMC-para-idade, expressos em escores z em relação à mediana do padrão antropométrico WHO-2006¹². O escore z < -2 foi usado para definir a condição de déficit para os índices IMC-para-idade (magreza) e estatura-para-idade (déficit estatural). O sobrepeso foi definido por um IMC-para-idade > 2 desvios-padrão.

Situação de saúde

Os dados sobre a situação de saúde foram obtidos para as crianças menores de 5 anos de todos os domicílios. Quando havia mais de um sujeito elegível na residência, procedia-se um sorteio a fim de definir aquele que seria investigado. Também obteve-se dados das mulheres de 18 a 59 anos. Quando havia mais de uma mulher na residência o questionário era aplicado àquela referida como a “dona da casa”.

Utilizou-se o método da morbidade referida¹³. Para isso, aplicou-se um questionário com perguntas sobre agravos à saúde vigentes ou ocorridos nos últimos 15 dias. Adicionalmente, obtiveram-se informações quanto a suplementação com vitamina A nos últimos 6 meses (observação no cartão da criança), se a mãe realizou pré-natal durante a respectiva gestação (considerou-se sim quando a mãe referia ter participado de pelo menos

seis consultas no programa) e tempo de aleitamento materno exclusivo. Adicionalmente, as mães foram questionadas sobre o número de filhos, hábito de fumar, se perdeu filhos por aborto ou falecimento e, também, quanto ao uso atual de medicamentos.

Prevalência de hipertensão arterial em mulheres

A aferição da pressão arterial foi realizada em duplicata, com o indivíduo sentado e após 15 minutos de repouso, utilizando-se aparelhos digitais da marca Onron®. Nos casos que ocorreram diferença superior a 5 mmHg entre as duas medidas uma terceira foi realizada. Para cálculo da média desconsiderou-se a medida mais discrepante. A hipertensão foi diagnosticada quando a pressão sistólica era ≥ 140 mmHg e/ou pressão diastólica ≥ 90 mmHg¹⁴, e/ou quando a entrevistada referia fazer uso de medicamentos anti-hipertensivos.

Prevalência de anemia em crianças menores de 5 anos

A anemia nas crianças foi diagnosticada por um nível de hemoglobina <11 g/dL¹⁵. A dosagem da hemoglobina (Hb) foi feita em uma gota de sangue obtida por punção da polpa digital e analisada em um hemoglobinômetro portátil (HemoCue®, modelo Hb201+). O resultado foi informado ao responsável pela criança por meio de um formulário próprio.

Inquérito de 2008

Para avaliação da tendência temporal dos indicadores analisados em 2012, utilizou-se para as comparações os dados contidos em um banco de dados relativo a um estudo semelhante conduzido na mesma comunidade quatro anos antes, ou seja, no ano que antecedeu o reconhecimento oficial da comunidade como quilombola. Esse estudo fez parte de um projeto amplo denominado “*Diagnóstico de nutrição e saúde da população remanescente dos quilombos do estado de Alagoas*”, no qual eram elegíveis todas as mulheres de 18 a 59,9 anos residentes nas 39 comunidades quilombolas do Estado (conforme cadastro do Governo de Alagoas em 2008). Neste artigo, esse trabalho será referido ao longo do texto como “Inquérito quilombola de Alagoas”.

Metodologicamente, o Inquérito quilombola de Alagoas incluiu todas as mulheres de 18 a 60 anos e crianças menores de 5 residentes no domicílio. Maiores detalhes podem ser encontrados em publicações anteriores¹⁶⁻¹⁹. Já no presente inquérito, apenas uma mulher (a dona da casa) era elegível, bem como apenas uma criança menor de cinco anos definida por sorteio quando havia mais de uma. Em relação aos dados do Inquérito quilombola de Alagoas

utilizados na análise de tendência temporal ora apresentada, consideram-se apenas aqueles obtidos na comunidade Bom Despacho.

Todos os demais procedimentos foram realizados de forma idêntica aos adotados no inquérito de 2012, sendo, portanto, amplamente comparáveis.

Aspectos Éticos

Os dados relativos ao inquérito de 2012 faz parte de um projeto denominado “*Segurança Alimentar e Nutricional da população dos municípios do Norte de Alagoas*”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFAL (processo n.º 010025/2009-17), enquanto aqueles referentes ao inquérito de 2008 pertencem ao projeto “*Diagnóstico de nutrição e saúde da população remanescente dos quilombos do estado de Alagoas*”, também aprovado pelo mesmo Comitê (processos 014440/2008–51).

Todas as mulheres ou responsáveis pelas crianças investigadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Processamento e análise de dados

Os dados foram digitados em dupla entrada em formulário gerado no Programa Epi-Info, versão 3.5.1 (CDC, Atlanta, USA). Em seguida, os arquivos foram comparados usando o recurso *Validate*, visando identificar e corrigir erros de digitação.

Na análise descritiva os desfechos foram descritos como proporções segundo as diferentes categorias e analisadas pela aplicação do teste qui-quadrado. A renda familiar mensal per capita, especificamente, foi apresentada como média e desvio padrão e analisada com o teste t de Student para amostras pareadas. Para avaliação da tendência temporal (2008-2012) utilizou-se como medida de associação a razão de prevalência (RP) e respectivo IC95% calculados por meio de regressão de Poisson com ajuste robusto da variância.

As análises foram procedidas com auxílio do programa estatístico Stata® (versão 12.0) e, em todas as situações, a significância estatística foi assumida quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram identificados 171 domicílios, sendo que em quatro só residiam idosos e em dois os moradores encontravam-se ausentes. Nos domicílios visitados foram obtidos dados de 165 mulheres e 64 crianças.

Como se era de esperar, a maioria das pessoas se autodeclararam como não brancos (n=158; 91,9%). Verificou-se que a maior parte das famílias era assistida pelo PBF (n=129; 75,0%) e que em 47,0% (n=81) dos domicílios residiam mais do que quatro pessoas. O tipo de construção predominante das casas foi a alvenaria (135; 79,0%) e a maior parte delas tinha quatro ou mais cômodos (n=168; 97,6%). A proporção de famílias abaixo da linha da pobreza (renda per capita menor ou igual a 2 dólares/dia - US\$ 1,00 = R\$ 2,03, à época da análise) foi de 32,6% (n=56). Esses dados encontram-se expressos na Tabela 1, onde também é possível se verificar a evolução desses indicadores.

Verifica-se que entre 2008 e 2012 houve redução significativa no número de casas de taipa (66,4% vs. 21,0%; RP=0,32; IC95%: 0,23; 0,43), renda per capita menor ou igual a 2 dólares por dia (76,8% vs. 32,6%; RP=0,42; IC95%: 0,34; 0,54) e menos que 4 cômodos por domicílio (13,9% vs. 2,3%; RP=0,16; IC95%: 0,05; 0,47). Verificou-se, ainda, aumento no número de beneficiários do PBF (62,2% vs. 75,0%; RP=1,20; IC95%: 1,03; 1,40). As variações nos demais indicadores não alcançaram significância estatística.

Quanto à renda per capita média das famílias, verificou-se que entre 2008 e 2012 houve uma evolução positiva e significativa (R\$ 96,66±66,92 vs. R\$189,05±140,77; p<0,001).

Com relação ao perfil antropométrico das mulheres (Tabela 2), observou-se que 62,8% delas estavam com excesso de peso, 86,2% tinham percentual de gordura corporal acima da média e em 57,4% a circunferência da cintura indicava risco elevado de desenvolvimento de complicações metabólicas. Comparando-se esses valores com aqueles obtidos em 2008, evidencia-se a manutenção de altas prevalências de excesso de peso e de obesidade abdominal, mas em níveis relativamente estáveis, e uma ascensão na prevalência de gordura corporal acima da média (72,7% vs. 86,2%; RP=1,18; IC95%: 1,04; 1,34).

Na Tabela 3 constam os resultados obtidos para as variáveis relativas à saúde e hábitos de fumar entre as mulheres. Chama a atenção a alta prevalência de hipertensão observada (35,2%). O uso do tabaco foi um hábito relatado por apenas 5,0% das entrevistadas. Ao serem questionadas sobre a ocorrência de algum problema de saúde vigente ou ocorrido nos últimos 15 dias, 30,4% responderam afirmativamente. Dentre estas, o número das que procuram atendimento em serviço de saúde foi próximo do número daquelas que não procuraram esse tipo de atendimento (52,0% vs. 48,0%). Grande parte (80,0%) das mulheres tiveram a 1^o gestação com menos de 19 anos e 40,3% tinham mais do que quatro filhos. A perda de filhos por falecimento ou aborto foi relatada por 47,5% das mulheres. Na comparação entre os resultados obtidos entre os inquéritos de 2008 e 2012, verificou-se que apenas a variável

ingestão atual de medicamento apresentou alteração significativa, no caso, houve um aumento dessa ocorrência no ano de 2012 (21,0% vs. 40,1%; RP=1,90; IC 95%: 1,31; 2,77).

As variáveis relacionadas à saúde das crianças menores de 5 anos estão descritas na Tabela 4. A prevalência de diarreia foi de 26,9%, superando a observada (10,3%) no inquérito de 2008 (RP=2,61; IC 95%: 1,46; 4,62). A conduta relatada pelas mães em atenção à ocorrência de diarreia nos filhos foi adequada (reidratação de sais minerais e/ou atendimento médico) para a maior parte das entrevistadas tanto em 2008 como em 2012 (75,0% e 68,9%, respectivamente). Em 2012 observou-se um aumento significativo na proporção de crianças que tinham sido submetidas a atendimento médico num período de até 3 meses antes da realização da entrevista (39,1% vs. 60,6%; RP=1,55; IC95%: 1,19; 2,01). Fato semelhante ocorreu em relação ao porte de cartão de saúde com calendário de vacinação atualizado (80,4% vs. 95,3%; RP=1,18; IC95%: 1,08; 1,30) e com registro de suplementação de vitamina A em seus cartões de vacinas (70,3% vs. 100,0%; RP=1,42; IC95%: 1,29; 1,56). Durante a gestação das crianças analisadas, 87,8% das respectivas mães afirmaram ter realizado 6 ou mais consultas de pré-natal, proporção superior à identificada (66,7%) no inquérito de 2008 (RP=1,32; IC95%: 1,12; 1,54). O Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade foi observado em 44,6% das crianças, valor significativamente superior aos 8,7% verificado em 2008 (RP=5,13; IC95%: 2,95; 8,92). A anemia que em 2008 acometia 41,6% das crianças, passou a 20,0% em 2012, uma redução da ordem de 51,9% (RP=0,48; IC95%: 0,27; 0,87). As prevalências de déficit estatural, magreza e sobrepeso foram, respectivamente, 10,9%, 1,6% e 9,4%. Para estas variáveis, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes em relação aos valores observados em 2008.

DISCUSSÃO

O volume de riqueza gerado por uma sociedade e a forma como essa riqueza é distribuída, são elementos fundamentais para viabilizar melhores condições de vida e de saúde a uma população²⁰. Neste aspecto, constatou-se que a comunidade Bom Despacho sobrevive sob precárias condições, apesar da evolução positiva e significativa verificada em sua renda per capita. O valor vigente em 2012 (R\$189,05) encontra-se muito aquém daqueles observados para a população brasileira ou mesmo para os alagoanos: R\$767,02 e R\$421,32, respectivamente²¹. Possivelmente, essa renda não seja suficiente para atender de forma satisfatória todas as necessidades básicas dos indivíduos.

A questão da renda tem se constituído num dos mais importantes problemas de

iniquidade quando se comparam negros e brancos no Brasil. Em estudo publicado em 2008 com base em dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), consta que a média salarial da população jovem (14 a 29 anos) branca era de R\$ 677,00 e a da população jovem negra era de R\$ 421,00 (valores de 2006). Neste mesmo trabalho relata-se que entre os brancos, 32,4% ganhavam até um salário mínimo mensal, enquanto que entre os negros essa proporção era de 54,1%²². Esses dados condizem com a observação de Henriques²³ que, ao comparar as proporções de brancos e negros que ocupavam, em 1999, o primeiro e o último decil de renda no país, constatou que 70% dos indivíduos pertencentes ao segmento de menor renda eram negros, enquanto que somente 15% da população negra ocupava o decil mais rico da renda nacional. Embora a magnitude desse diferencial venha se reduzindo ao longo dos anos, as desigualdades de renda entre brancos e negros permanecem até os dias atuais. De acordo com dados do censo de 2010, dos 16 milhões de brasileiros que vivem em extrema pobreza, 4,2 milhões são brancos e 11,5 milhões são pardos ou negros²⁴.

No que se refere a renda, a situação em Bom Despacho poderia ser ainda pior não fosse a alta cobertura do PBF (75,0%). Situação semelhante fora observada em inquérito que abrangeu todas as comunidades quilombolas existentes no estado de Alagoas em 2008, no qual se verificou que 76,0% das famílias eram assistidas pelo Programa¹⁹. Na Chamada Nutricional Quilombola²⁵ (inquérito envolvendo amostra probabilística das comunidades quilombolas do Brasil), o percentual de usuários do PBF foi de 51,7%. Contudo, esse valor provavelmente encontra-se defasado em virtude de que essa informação fora obtida em 2006, sendo que, a partir dessa data, o Programa tem se expandido paulatinamente, sobretudo nas áreas de maior vulnerabilidade social, como é o caso das comunidades remanescentes dos quilombos²⁵.

Além da expansão do PBF, a partir do reconhecimento oficial da comunidade como “quilombola”, fato ocorrido em 2009, vários outros programas governamentais também foram implementados na localidade. Isso justifica, pelo menos em parte, a evolução favorável ocorrida em diversos indicadores, tais como aumento no número de casas de alvenaria, redução da quantidade de famílias com renda per capita menor ou igual a 2 dólares por dia e, também, de residentes em domicílios com menos que 4 cômodos por domicílio. O impacto nulo sobre outros indicadores pode ser explicado pela necessidade de um maior período de tempo para que os possíveis efeitos pudessem ser efetivados. Se enquadraram nessa situação as variáveis “número pessoas no domicílio” e “escolaridade das mulheres”.

Com o processo de transição demográfica, tem-se observado uma redução no tamanho

das famílias. Dados mais recentes indicam que a média de pessoas por domicílio no Brasil é 3,3. No presente estudo a média encontrada foi de 4,8 moradores/domicílio, semelhante ao encontrado por Junior et al.²⁶ (4,2 moradores/domicílio) ao estudarem populações quilombolas do Vale do Ribeira, e inferior ao observado durante a Chamada Nutricional Quilombola²⁵ (5,5 moradores/domicílio).

Com relação ao predomínio de casas de alvenaria na comunidade, é importante ressaltar que muitas dessas residências, embora constituídas de tijolos, as paredes não tinham reboco e pintura. Sob tais circunstâncias, a parede de alvenaria não é necessariamente uma construção salubre, pois pode acumular maior umidade e abrigar insetos, aumentando os riscos para uma série de agravos, principalmente problemas respiratórios em crianças²⁷.

Os dados sobre o perfil antropométrico das mulheres revelam que o excesso de peso corporal, associado a um percentual de gordura num nível não saudável, constituiu-se num problema de alta relevância, pois acometeu 62,8% da população feminina de Bom Despacho. Esse valor foi superior ao obtido no inquérito quilombola de Alagoas (50,1%) e, mais ainda, o divulgado (48,0%) a partir da POF-2009²⁸ (Pesquisa de Orçamentos Familiares). Contudo, parece que a prevalência observada em Bom Despacho encontra-se estabilizada, ao contrário do que se vem observando para as mulheres brasileiras: de acordo com inquéritos de abrangência nacional, a prevalência de excesso de peso vem aumentando continuamente ao longo dos anos, passando de 28,7% para 48,0% durante os 34 anos decorridos entre 1974-1975 e 2008-2009.

A circunferência da cintura elevada, indicativa de risco elevado para o desenvolvimento de complicações metabólicas, foi encontrada em 57,4% das mulheres, valor semelhante ao encontrado (55,5%) na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS-2006), realizada em 2006²⁹. Contudo, a prevalência de hipertensão arterial observada (35,2%) superou à divulgada para outros contextos, tal como para as mulheres de Alagoas (11,4%)¹⁷. Lessa et al.³⁰ estimaram a prevalência e os fatores associados à hipertensão arterial em amostra de adultos da cidade de Salvador (Bahia). A prevalência total foi de 29,9%, sendo que, entre o total de mulheres foi de 31,7%. Porém, considerando apenas as mulheres negras, a prevalência foi 41,1%. A prevalência de hipertensão mostrou-se associada com idade acima de 40 anos, excesso de peso e, somente no sexo feminino, com a cor da pele parda ou negra e com a obesidade central.

A maior frequência de doenças hipertensivas em pessoas negras é bem estabelecida, assim como as consequências e a gravidade das doenças a ela relacionadas quando comparadas aos brancos³¹. As causas envolvidas nesse processo parecem se concentrar em

três fatores: diferenças genéticas; as relacionadas à assistência e; às questões sociais e culturais. A existência de fatores genéticos associados às doenças hipertensivas em negros parece estar relacionada a uma maior rigidez aórtica em relação aos demais grupos de raça/cor³². Além disso, de acordo com Ferreira et al.¹⁷, Gleibermann em 1973 formulou uma hipótese para explicar as altas taxas de hipertensão em negros nos Estados Unidos, baseado na ideia de que um genótipo econômico poderia se tornar prejudicial com mudanças no ambiente. O autor sugere que uma grande habilidade em reter sódio foi selecionada em indivíduos no continente africano, como adaptação a uma combinação de alta taxa de sudorese, comum em climas tropicais, e baixa disponibilidade de sal. Essa adaptação se tornou desvantajosa em regiões com abundância de sódio, resultando numa maior predisposição à hipertensão. Neste aspecto, é provável que o cenário epidemiológico que se desdobra para essas populações seja resultado de uma interação complexa de genética populacional e fatores ambientais como dieta, pobreza e discriminação social.

É interessante notar que a estatura mediana das mulheres de Bom Despacho (154,9 cm) situa-se abaixo da mediana da estatura das mulheres brasileiras (157,5 cm) e mais ainda se comparadas às mulheres da região Sul (162,0 cm) ou às das mulheres de 19 anos do padrão WHO-2007 (163,2 cm)¹⁷. A baixa estatura em mulheres tem sido utilizada como um indicador de desnutrição no início da vida e é um importante fator de risco para a obesidade abdominal e hipertensão arterial³³. Esse risco seria decorrente do *imprint* metabólico, um termo que descreve um fenômeno pelo qual uma experiência nutricional precoce, atuando durante um período crítico do desenvolvimento, pode acarretar um efeito duradouro, persistente ao longo da vida do indivíduo, predispondo-o a determinadas doenças. Esse efeito decorre de mecanismos adaptativos visando à sobrevivência em situação de escassez. De acordo com revisão realizada por Waterland & Garza³⁴ essa adaptação seria processada por efeitos como alterações na estrutura de órgãos, no número de células e, sobretudo, por uma atividade metabólica “programada” permanentemente para economizar energia, o que resultaria numa redução do crescimento e numa maior habilidade para armazenar gordura. O organismo assim programado teria mais chances de sobreviver em condições de carência alimentar. Em contrapartida, esse mesmo organismo se tornaria mais susceptível à obesidade e às doenças crônicas degenerativas quando exposto a uma outra realidade.

O hábito de fumar entre as mulheres foi considerado baixo (5,0%) e, portanto, não poderia explicar a elevada prevalência de hipertensão detectada.

Com a instalação de um centro de saúde e do Programa Saúde da Família na comunidade, houve um incremento do acesso à atenção à saúde, o que pode ser evidenciado

pela aumento da proporção de mulheres que relataram ter procurado atendimento médico quando da incidência de agravos à saúde; que estavam fazendo uso de medicamentos sob prescrição médica; do número de crianças que tiveram acesso a consulta médica nos últimos três meses; da proporção de crianças com calendário de vacinação atualizado e que receberam suplementação de vitamina A; da ampliação da assistência ao pré-natal.

Com relação à questão anterior, deve-se destacar o elevado percentual de incremento verificado entre os dois inquéritos no que diz respeito ao aleitamento materno exclusivo por seis ou mais meses, o qual se elevou em mais de cinco vezes de 2008 para 2012. A proporção de crianças que atingiram essa meta (44,6%) foi bem superior à observada durante a chamada nutricional quilombola, quando apenas 28,7% das crianças receberam aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida²⁵. Essa foi uma importante conquista e deve ser implementada, pois a amamentação além de nutrir a criança, é um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua capacidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e desenvolvimento cognitivo e emocional, promovendo ainda resultados na saúde física e psíquica da mãe³⁵.

Outro importante avanço observado na comunidade foi a redução em 51,9% na prevalência de anemia entre as crianças. A prevalência alcançada em 2012 (20,0%) situou-se bem abaixo daquela encontrada para as crianças investigadas por ocasião do Inquérito Quilombola de Alagoas (52,7%)¹⁹.

Engravidar com menos de 19 anos foi uma situação predominante entre as mulheres da comunidade. A gravidez na adolescência se associa a prejuízos tanto para o conceito como para a gestante. Além das questões biológicas, se estende a outras esferas da vida social da mãe, induzindo evasão escolar, pior qualificação profissional e desvalorização no mercado de trabalho³⁶. Espera-se que, num inquérito futuro, perceba-se o impacto das ações de cuidado à saúde na redução do elevado número (47,5%) de mães que relataram ter perdido filhos por falecimento ou por aborto.

No que diz respeito à saúde da criança, o fato mais preocupante foi a elevada prevalência de diarreia (26,9%), a qual mais do que duplicou entre os anos de 2008 e 2012. A prevalência observada em crianças do Brasil por ocasião da PNDS-2006 foi de 9,4%³⁵. Conforme argumenta Costa³⁷, a falta de destinação adequada dos dejetos humanos e do lixo e a inexistência de água tratada são os principais fatores de risco para eventos mórbidos tais como diarreia e parasitoses intestinais, principalmente, em crianças. Todos esses fatores encontram-se amplamente presentes em Bom Despacho.

A prevalência de déficit estatural nas crianças (10,9%) foi semelhante à observada no

Inquérito Quilombola (11,5%), bem como em Alagoas como um todo (11,4%). Todavia, foi inferior ao detectado pela Chamada Nutricional Quilombola (15,0%)²⁵ e superior ao observado na POF 2008-2009 para crianças brasileiras (6,0%)²⁸. Embora o declínio observado para esse indicador na comunidade estudada não tenha alcançado significância estatística, o declínio do déficit estatural em crianças (indicador de desnutrição crônica) tem sido observado tanto em nível nacional²⁹ como no estado de Alagoas³⁸. Consta no relatório da PNDS-2006 que foram identificados quatro fatores que poderiam justificar o declínio da forma crônica da desnutrição infantil no Brasil: aumento da escolaridade das mães; crescimento do poder aquisitivo dos estratos mais pobres da população; expansão da assistência à saúde materno-infantil e ampliação das redes públicas de abastecimento de água e de coleta de esgoto²⁹. Assim, dois dos fatores que influenciam favoravelmente o estado nutricional das crianças (aumento da cobertura de serviços públicos essenciais e no aumento da renda familiar), parecem explicar a situação, relativamente, adequada encontrada em Bom Despacho.

O sobrepeso esteve presente em 9,4% das crianças estudadas, valor muito semelhante ao verificado para as crianças alagoanas (9,3%). Nesse Estado, tem havido um rápido declínio da desnutrição crônica e, paralelamente, um aumento da prevalência da obesidade, evidenciando um antagonismo de tendências entre esses dois agravos, característica da terceira etapa da transição nutricional, representada pelo aparecimento do excesso de peso em escala populacional³⁸.

Considerações finais

Os elevados níveis de obesidade abdominal e hipertensão arterial observados entre as mulheres da comunidade as classificam como um grupo especialmente vulnerável à morbimortalidade por doenças cardiovasculares, razão pela qual se justifica a implementação de medidas específicas de prevenção.

Com relação às crianças, ocorreram melhorias em vários indicadores, todavia foi preocupante a magnitude em que a diarreia prevaleceu por ocasião do segundo inquérito, situação provavelmente relacionada à inexistência de fornecimento de água de boa qualidade. Assim, prover água tratada a essa população constitui-se numa medida de alta prioridade.

A realização de mais estudos em comunidades quilombolas que passaram à condição de “reconhecida” podem, tal como o presente inquérito, contribuir para aumentar o nível de

evidência quanto ao impacto favorável que esse reconhecimento exerce sobre a saúde da população.

As condições de vida e de trabalho dos indivíduos se relacionam com a sua situação de saúde²⁰. Assim, apesar dos avanços observados, em virtude do baixo nível socioeconômico prevalente, fica claro que a situação ainda exige investimentos no intuito de reverter essa realidade e promover o padrão de saúde e qualidade de vida dessa população.

REFERÊNCIAS

- 1 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. <http://www.censo2010.ibge.gov.br> (Acessado em 25/Mai/2014).
- 2 Guiotoku SK, Moysés ST, Moysés SJ et al. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. Rev Panam Salud Publica 2012; 31(2): 135-41.
- 3 Freitas DA, Caballero AD, Marques AS et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. Rev CEFAC 2011; 13(5):937-43.
- 4 Carvalho JJ, Doria SJ, Oliveira ANJ. História, tradição e lutas. Salvador: EDUFBA, 1995.
- 5 Silva DO, Guerrero AFH, Guerrero CH et al. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. Rev Nutr 2008;21: 83s-7s.
- 6 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm (acessado em 25/Mai/2014).
- 7 Brasil. Decreto n. 4.887, de 20 de novembro de 2003. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm (acessado em 25/Mai/2014).
- 8 Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2005. 446 p.
- 9 World Health Organization. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. Geneva: WHO; 1995.452 p.
- 10 Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Abridged Edition. Champaign, Illinois: Human Kinetics Books; 1991.
- 11 Frisancho AR. Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. Ann Arbor: University of Michigan Press; 1990.
- 12 World Health Organization. Multicentre Growth Reference Study Group. WHO childgrowth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: WHO; 2006.

- 13 Cesar CL, Figueiredo GM, Westphal MF et al. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. *Rev Saude Publica*. 1996;30(2):153-61.
- 14 Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens* 2010;3(1):1-68.
- 15 World Health Organization. Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control: A guide for programme managers. Geneva, 2001.
- 16 Ferreira HS, Xavier Júnior AFS, Assunção ML et al. Effect of breastfeeding on head circumference of children from impoverished communities. *Breastfeed Med* 2013; 8(3):294-301.
- 17 Ferreira HS, Silva WO, Santos EA et al. Body composition and hypertension: a comparative study involving women from maroon communities and from the general population of Alagoas State, Brazil. *Rev Nutr* 2013;26(5):539-49.
- 18 Leite FM; Ferreira HS, Bezerra MK et al. Consumo alimentar e estado nutricional de pré-escolares das comunidades remanescentes dos quilombos do estado de Alagoas. *Rev Paul Pediatr* 2013; 31(4):444-51.
- 19 Ferreira HS, Lamenha ML, Xavier Junior AF et al. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2011; 30(1):51-8.
- 20 Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva* 2007; 7(1):77-93.
- 21 Departamento de Informática do SUS. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206> (acessado em 25/Mai/2014).
- 22 Corrochano MC, Ferreira MI, Freitas MV et al. Jovens e trabalho no Brasil: desigualdades e desafios para as políticas públicas. São Paulo: Ação Educativa; 2008.
- 23 Henriques R. Desigualdade Racial No Brasil : Evolução das Condições de Vida na Década de 90. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, orçamento e gestão; 2001.
- 24 Monteiro A. Número de pobres pardos ou pretos é quase o triplo de brancos. *Folha Online*. <http://www1.folha.uol.com.br/poder/2011/05/913919-numero-de-pobres-pardos-ou-pretos-e-quase-o-triplo-do-de-brancos.shtml> (acessado em 25/Mai/2014).
- 25 Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Políticas Sociais e Chamada Nutricional Quilombola: estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças. *Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate*. Brasília: MDS; 2008.
- 26 Pedrosa Júnior NN, Murrieta RS, Taqueda C et al. A casa e a roça: socioeconomia, demografia e agricultura em populações quilombolas do Vale do Ribeira, São Paulo, Brasil. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi*. 2008;3(2):227-52.
- 27 Macedo SE, Menezes AM, Albernaz E et al. Fatores de risco para internação por doença

- respiratória aguda em crianças até um ano de idade. *Rev Saude Publica* 2007;41(3):351-58.
- 28 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- 29 Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher-PNDS 2006. Brasília: MS, 2009. 302p.
- 30 Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ et al. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87(6):747-56.
- 31 Jamerson KA. The disproportionate impact of hypertensive cardiovascular disease in African Americans: getting to the heart of the issue. *J Clin Hypertens* 2004;6(4 Suppl 1):4-10.
- 32 Gillum RF. Epidemiology of hypertension in African American women. *Am Heart J* 1996;131(2):385-95.
- 33 Ferreira HS, Florêncio TM, Fragoso MA et al. Hipertensão, obesidade abdominal e baixa estatura: aspectos de transição nutricional em uma população favelada. *Rev Nutr* 2005;18(2):209-18.
- 34 Waterland RA, Garza C. Potencial mechanisms of metabolic imprinting that lead to chronic disease. *Am J Clin Nutr* 1999; 69(2):179-97.
- 35 Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: MS; 2009.
- 36 Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad Saúde Pública* 2002;18:153-61.
- 37 Costa SS, Heller L, Brandão CC et al. Indicadores epidemiológicos aplicáveis a estudos sobre a associação entre saneamento e saúde de base municipal. *Eng Sanit Ambient* 2005.10(2):118-27.
- 38 Ferreira HS, Cesar JA, Assunção ML et al. Time trends (1992-2005) in undernutrition and obesity among children under five years of age in Alagoas State, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(4):793-800.

Tabela 1 - Caracterização e evolução de indicadores socioeconômicos e demográficos numa comunidade quilombola de Alagoas. Passo de Camaragibe, 2008-2012.

Variáveis	2008 (a) n (%)	2012 (b) n (%)	Variação [b-a/a].100	p (χ^2)	RP (IC 95%)
Usuário do Programa Bolsa família					
Sim	89 (62,2)	129 (75,0)	20,5	0,018	1,20 (1,03; 1,40)
Não	54 (37,8)	43 (25,0)	-33,8		0,66 (0,47; 0,92)
Material de construção predominante do domicílio					
Taipa	95 (66,4)	36 (21,0)	-68,3	0,001	0,32 (0,23; 0,43)
Alvenaria	48 (33,6)	135 (79,0)	135,1		2,35 (1,84; 3,00)
Cor da pele da dona de casa					
Não-branco	122 (89,8)	158 (91,9)	2,34	0,520	1,02 (0,95; 1,10)
Branco	14 (10,2)	14 (8,1)	-20,5		0,79 (0,39; 1,60)
Número pessoas no domicílio					
> 4	72 (51,0)	81 (47,0)	-7,84	0,484	0,92 (0,74; 1,16)
≤ 4	69 (48,9)	91 (52,9)	8,17		1,08 (0,87; 1,35)
Renda per capita					
≤ 2 dólares/dia	106 (76,8)	56 (32,6)	- 57,6	<0,001	0,42 (0,34; 0,54)
> 2 dólares/dia	32 (23,2)	116 (67,4)	190,5		2,90 (2,11; 4,01)
Número de cômodos do domicílio					
< 4	20 (13,9)	4 (2,3)	-83,4	0,001	0,16 (0,05; 0,47)
≥ 4	123 (86,0)	168(97,6)	13,4		1,13 (1,06; 1,21)
Escolaridade da dona de casa					
< 4 anos	62 (53,0)	69 (45,7)	- 13,8	0,234	0,86 (0,67;1,10)
≥ 4 anos	55 (47,0)	82 (54,3)	15,5		1,16 (0,91; 0,61)

Fonte: autoria própria.

Tabela 2 – Evolução de extremos antropométricos em mulheres de uma comunidade quilombola de Alagoas. Passo de Camaragibe, 2008-2012.

Variáveis	2008 (a) n (%)	2012 (b) n (%)	Variação [b-a/a].100	p (χ^2)	RP (IC 95%)
Índice de Massa Corporal (Kg/m²)					
< 25	47 (40,9)	61 (37,2)	-9,0	0,535	1,06 (0,87;1,28)
≥ 25	68 (59,1)	103(62,8)	6,2		0,91 (0,68; 1,22)
Circunferência da cintura (cm)					
< 80	47 (40,5)	69 (42,6)	5,1	0,206	0,97 (0,94;1,01)
≥ 80	69 (59,5)	93 (57,4)	-3,5		1,05 (0,79; 1,40)
Percentual de gordura corporal*					
< 24% de gordura	32 (27,3)	22 (13,8)	-49,4	0,005	0,50 (0,31; 0,82)
≥ 24% de gordura	85 (72,7)	138 (86,2)	18,5		1,18 (1,04; 1,34)

* Estimado por impedância bioelétrica;
Fonte: autoria própria.

Tabela 3 – Evolução de variáveis referentes à saúde das mulheres de 18 a 59 anos de uma comunidade quilombola de Alagoas. Passo de Camaragibe, 2008-2012.

Variáveis	2008 (a) n (%)	2012 (b) n (%)	Variação [b-a/a].100	<i>p</i> (χ^2)	RP (IC 95%)
Fuma					
Sim	12 (8,8)	8 (5,0)	-43,1	0,188	0,56 (0,23;1,34)
Não	125 (91,2)	154 (95,0)	4,1		1,04 (0,98; 1,10)
Idade da 1° gestação					
≤ 19 anos	103 (79,2)	120 (80,0)	1,0	0,873	1,00 (0,89; 1,13)
> 19 anos	27 (20,8)	30 (20,0)	- 3,8		0,96 (0,60; 1,53)
Perda de filho por falecimento ou aborto					
Sim	56 (41,5)	76 (47,5)	14,4	0,305	1,14 (0,88;1,48)
Não	79 (58,5)	84 (52,5)	- 10,2		0,89 (0,73; 1,10)
Número de filhos					
> 4	52 (38,2)	62 (40,3)	5,2	0,725	1,05 (0,78;1,40)
≤ 4	84 (61,8)	92 (59,7)	3,2		0,98 (0,80; 1,16)
Problema de saúde nos últimos 15 dias					
Sim	34 (24,6)	49 (30,4)	23,5	0,264	1,23 (0,84;1,79)
Não	104 (75,4)	112 (69,6)	-7,7		0,92 (0,80; 1,06)
Se teve problema de saúde nos últimos 15 dias, procurou atendimento em serviço de saúde					
Sim	21 (61,8)	26 (52,0)	-15,8	0,376	0,84 (0,57;1,22)
Não	13 (38,2)	24 (48,0)	25,6		1,25 (0,75; 2,11)
Hipertensão					
Sim	41 (29,7)	57 (35,2)	18,5	0,314	1,18 (0,85; 1,65)
Não	97 (70,3)	105 (64,8)	-7,8		0,92 (0,79; 1,08)
Faz uso atual de algum medicamento (exceto para hipertensão)					
Sim	29 (21,0)	65 (40,1)	90,9	<0,001	1,90 (1,31;2,78)

Não	109 (79,0)	97 (59,9)	-24,1	0,75 (0,65; 0,88)
-----	------------	-----------	-------	-------------------

Fonte: autoria própria.

Tabela 4 – Evolução de variáveis referentes à saúde das crianças menores de 5 anos de uma comunidade quilombola de Alagoas. Passo de Camaragibe, 2008-2012.

Variáveis	2008 (a) n (%)	2012 (b) n (%)	Variação [b-a/a].100	p (χ^2)	RP (IC 95%)
Anemia (hemoglobina < 11 g/dL)					
Sim	32 (41,6)	11 (20,0)	-51,9	0,009	0,48 (0,27; 0,87)
Não	45 (58,4)	44 (80,0)	37,0		
Diarreia nos últimos 15 dias					
Sim	20 (10,3)	18 (26,9)	161,1	0,001	2,61(1,46; 4,62)
Não	174 (89,7)	49 (73,1)	-18,5		
Conduta da mãe para diarreia					
Adequada*	132 (75,0)	31 (68,9)	-8,3	0,406	0,92 (0,74; 1,14)
Inadequada	44 (25,0)	14 (31,1)	24,4		
Consulta médica nos últimos 3 meses					
Sim	75 (39,1)	40 (60,6)	55,0	0,001	1,55 (1,19; 2,01)
Não	117 (60,9)	26 (39,4)	- 35,3		
Calendário de vacinação atualizado					
Sim	135 (80,4)	61 (95,3)	18,5	0,005	1,18 (1,08; 1,30)
Não	33 (19,6)	3 (4,7)	-76,0		
Suplementação vitamina A nos últimos 6 meses					
Sim	130 (70,3)	64 (100,0)	42,2	0,001	1,42 (1,29; 1,56)
Não	55 (29,7)	0 (0,0)	- 100,0		
Mãe fez pré-natal (número de consultas ≥ 6)					
Sim	90 (66,7)	43 (87,8)	31,6	0,005	1,32 (1,12; 1,54)
Não	45 (33,3)	6 (12,2)	-63,4		
Aleitamento materno exclusivo ≥ 6 meses					
Sim	16 (8,7)	25 (44,6)	412,6	<0,001	5,13 (2,95; 8,92)
Não	168 (91,3)	31 (55,4)	- 39,3		
Déficit estatural (altura/comprimento-para-idade < - 2 desvios-padrão)					
Sim	10 (11,5)	7 (10,9)	-5,2	0,915	0,95 (0,38; 2,37)
Não	77 (88,5)	57 (89,1)	0,6		
Magreza (índice de massa corporal-para-idade < - 2 desvios-padrão)					
Sim	3 (3,4)	1 (1,6)	-52,9	0,476	0,45 (0,05; 4,29)
Não	84 (96,6)	63 (98,4)	1,8		
Sobrepeso (índice de massa corporal-para-idade > 2 desvios-padrão)					
Sim	6 (6,9)	6 (9,4)	36,2	0,578	1,36 (0,46; 4,04)
Não	81 (93,1)	58 (90,6)	-2,7		

* Ingestão de soro (caseiro ou industrializado) e/ou atendimento médico.

Fonte: autoria própria.



4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os elevados níveis de obesidade abdominal e hipertensão arterial observados entre as mulheres da comunidade as classificam como um grupo especialmente vulnerável à morbimortalidade por doenças cardiovasculares, razão pela qual se justifica a implementação de medidas específicas de prevenção.

Com relação às crianças, ocorreram melhorias em vários indicadores, todavia foi preocupante a magnitude em que a diarreia prevaleceu por ocasião do segundo inquérito, situação provavelmente relacionada à inexistência de fornecimento de água de boa qualidade. Assim, prover água tratada a essa população constitui-se numa medida de alta prioridade.

A realização de mais estudos em comunidades quilombolas que passaram à condição de “reconhecida” podem, tal como o presente inquérito, contribuir para aumentar o nível de evidência quanto ao impacto favorável que esse reconhecimento exerce sobre a saúde da população.

As condições de vida e de trabalho dos indivíduos se relacionam com a sua situação de saúde. Assim, apesar dos avanços observados, em virtude do baixo nível socioeconômico prevalecente, fica claro que a situação ainda exige investimentos no intuito de reverter essa realidade e promover o padrão de saúde e qualidade de vida dessa população.



5 REFERÊNCIAS

5 REFERÊNCIAS

ABREU, O.M.M. **Comunidade quilombola mesquita: políticas públicas de promoção da igualdade racial – na busca da equidade**. 2009. 130f. Dissertação (Mestrado Ciências Ambientais e Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2009.

ALVES, A.; BARBOSA, R. **A Saúde da população negra: realizações e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Justiça, 1998.

ARAÚJO, M. J. O. Reflexões sobre a saúde da mulher negra e o movimento feminista. **Jornal da Rede, Rede Saúde**, n.23, 2001. Disponível em: www.edesaude.org.br/jornal/html/jr23-mjosehtml.

AZEVEDO; A.D.M. **Tensões na construção das identidades quilombolas: a percepção de professores de escolas do quilombo de Jambuaçu – Moju (PA)**. 2011. 163F. Dissertação (Doutorado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

BATISTA, L.E. et al. Mortalidade da População Adulta no Brasil e Grandes Regiões Segundo sexo e raça/cor. **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL, Decreto nº 4.887 de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Diário Oficial da União**, 21 de novembro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Saúde da População Negra e o SUS - Ações Afirmativas para Avançar na Equidade**. Brasília: M S, 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. Instrução Normativa n. 16, de 24 de março de 2004. 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 União**, Brasília, DF, 26 abr. 2004. Disponível em: http://ccr6.pgr.mpf.gov.br/legislacao/legislacao/docs/quilombola/instr_normat_16.pdf. Acesso em: 8 de jun. 2012.

BUSS, P.M; PELLEGRINI F. A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis** v.17; p. 77-93, 2007.

CARRIL, L. **Quilombo, Favela e Periferias**. A longa busca da cidadania. São Paulo:Annablume; FAPESP, 2006.

CHACHAM, A.S. Condicionantes Socioeconômicos, etários e raciais. **Jornal da Rede Saúde**. v.23; p. 44-47, 2001.

CONAQ - Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas. **Manifesto pelos direitos quilombolas**. 26 abr. 2009. Disponível em:<<http://www.petitiononline.com/conaq123/petition.html>>. Acesso em: 30 mai. 2012.

CRUZ, I.C.F. A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. **Rev. esc. enferm.**v.38, n.4, 2004.

CUNHA, E.M.G.P. **Condicionantes da mortalidade infantil segundo raça/cor no estado de São Paulo, 1997-1998**. Tese de Doutorado. 179f. Campinas: Unicamp, 2001.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Coleção Outra Gente, v. 1, Salvador: Fator; 1983.

FREITAS, D. **Palmares, a guerra dos escravos**. Rio de Janeiro: Graal, 1997.

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

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Saúde da População Negra no Brasil: Contribuições para Promoção da Equidade**. Brasília: MS, 2005. 446p.

GOMES, F.D.S. **A hidra e os pântanos: mocambos, quilombos e comunidades de fugitivos no Brasil (sécs. XVII-XIX)**. São Paulo: Ed. Unesp:

Ed. Polis, 2005.

GUIMARÃES; A.S.A. Raça, racismo e grupos de cor no Brasil. **Estudos Afro-Asiáticos**. v.27, p.45-63, 1995.

GUERRERO, A.F.H. et al. Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do Município de Santarém - Pará, Brasil. **Saude soc.** v.16 n.2 São Paulo maio/ago. 2007.

HAMANN, E. M; TAUIL, P. L. **Introdução. Manual de doenças mais importantes por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

HASENBALG, C. **Entre o mito e os fatos: racismo e relações raciais no Brasil.** In: Maio MC e Santos RV, orgs. Raça, Ciência e Sociedade . Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB; 1996. p. 235-249.

HERINGER, R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. **Cad. Saúde Pública.** v.18, p. 57-65, 2002.

JACCOUD, L. B.; BEGHIN, N. **Desigualdades Raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental.** Brasília, IPEA. 2002.

JACCOUD, L.B. et al. **A construção de uma política de promoção da igualdade racial: uma análise dos últimos 20 anos.** Brasília: IPE, 2009.

LESOTHO. Bureau of Statistics. Population census analytical report. **Maseru.** v.2, 1996.

LEITE, I.B. **Os quilombos no Brasil: Questões conceituais e normativas.** Florianópolis: NUER/UFSC, 2000.

LIMA, L.R. **Quilombos e políticas de reconhecimento: o caso do Campinho da Independência. 2008. 180f.** Dissertação (Mestrado Antropologia Social) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

LINDOSO, D. **O poder quilombola: a comunidade de mocambeira e a organização social quilombola**. Maceió: EDUFAL, 2007.

LOLIO, C. A. et al. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, v.14, n.4, p. 829-40, 1998.

LOPES, N. **Bantos, malês e identidade negra**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

LUIZON; M.R. **Dinâmica da Mistura Étnica em Comunidades Remanescentes de Quilombo Brasileiras**. 2007. 116f. Dissertação (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MEYER, D. E. E. Educação em saúde na escola: transversalidade ou silenciamento? In: MEYER, D. E. E. (Org.). **Saúde e sexualidade na escola**. 2.ed. Porto Alegre: Mediação, 1998. p. 5-17.

MELO; P.B.D. **Práticas Produtivas e Políticas Públicas: uma Experiência Quilombola no Vale do Ribeira/SP**. 2010. 187f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Universidade de Brasília, Brasília – DF, 2010.

MINAYO, M. C. de S. Condiciones de vida, desigualdad y salud a partir del caso brasileño. In: BRICEÑO, R.; MINAYO, M. C. de S.; COIMBRA, C. (Org.). **Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 55-7

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Políticas Sociais e Chamada Nutricional Quilombola: estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças**. Brasília, DF : Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2008.142 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Textos de Opinião. Temas Estratégicos para a Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: MS, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma política do SUS**. Brasília: MS, 2010.

MUNANGA, K. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

MUNANGA; GOMES, N. L. **O negro no Brasil de hoje**. São Paulo: Global,

2006.

OLIVEIRA, F. Uma contribuição ao debate sobre raça/etnia e saúde. **Boletim Sexualidade, Gênero e Sociedade**, Rio de Janeiro, n. 15/16, dez. 2001. Edição especial.

OLIVEIRA; F. **Saúde da População Negra Brasil, ano 2001**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

OLIVEIRA, M.; FIGUEIREDO, N.D. Crítica sobre Políticas, Ações e Programas de Saúde Implementados no Brasil. In: LOPES, F (org.) **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade** [Relatório Final – Convênio UNESCO Projeto 914BRA3002]. Brasília: FUNASA/MS, 2004.

OSÓRIO-BORGES, M. R.; ROBINSON, W. M. **Genética humana**. Porto Alegre: Editora da Universidade UFRS, 1993.

PERPÉTUO, I.H.O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva. **Jornal da Rede Saúde**. v.22, p.10-16, 2000.

PINSKY, J. **Escravidão no Brasil**. 9ª ed. São Paulo: Contexto, 1989.

RODRIGUES, A. Irmandade Nossa Senhora do Rosário dos Homens Pretos. **Revista de Estudos e Pesquisa em Educação**. Raça negra e Educação. Fundação Carlos Chagas. São Paulo, nº. 63, novembro, 1987.

ROSSO, D. S. et al. **Políticas para Promoção da Igualdade Racial no Brasil**. Goiânia, FUNAPE - Programa de Direitos Humanos da UFG, 2009.

SANTOS; A.D. **Entre a colher e a enxada: Interfaces entre a alimentação e a cultura dos Quilombolas de Piranga-MG**. 2009. 287F. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) - Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, 2009.

SANTOS; S.R.D. **Comunidades Quilombolas: As lutas por reconhecimento de direitos na esfera pública brasileira**. 2012. 197f. Dissertação (Doutorado Serviço Social) - , Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL. **Programa Brasil Quilombola**. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2004, 155p.

SILVA; D.A. **O passeio dos quilombolas e a formação do quilombo urbano.** 2005. 431f. Dissertação (Doutorado em Ciências Sociais) – Pontífica Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

SILVA, J.A.N. Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saúde Soc.** São Paulo, v.16, n.2, p.111-124, 2007.

SILVA. M.J.G; LIMA. F.S.S; HAMANN. E.M. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. **Saude soc.** vol.19 supl.2 São Paulo dez. 2010.

SOUZA, V.C. **Mulher negra e miomas: uma incursão na área da saúde, raça/etnia.** São Paulo: PUC, 1995.

SOUZA; B.O. **Aquilombar-se Panorama Histórico, Identitário e Político do Movimento Quilombola Brasileiro.** 2008. 204f. Dissertação (Mestrado Antropologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

THEODORO; M. **As Políticas e a Desigualdade Racial no Brasil: 120 anos após a abolição.** Brasília: IPEA, 2009.

TRECCANI, G. D. **Terras de Quilombo: caminhos e entraves do processo de titulação.** Belém, 2006.

VIANNA, F.L. **O negro na Bahia.** Editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro-RJ, 1988.

ZAGO, M. A. Deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

Segurança Alimentar e Nutricional de duas comunidades quilombolas de um município alagoano, segundo tempo de reconhecimento legal
FACULDADE DE NUTRIÇÃO/UFAL

FORMULÁRIO N° 1 – IDENTIFICAÇÃO

A ENTREVISTADORA DEVE CUMPRIMENTAR A PESSOA A SER ENTREVISTADA E INICIAR A PESQUISA DO SEGUINTE MODO:

*Bom dia (Boa Tarde), meu nome é _____. Eu sou da Universidade Federal de Alagoas e estamos fazendo uma pesquisa sobre segurança alimentar. A senhora poderia nos ajudar? **Se SIM, peça-lhe que assine o TCLE, enfatizando que** “Essa pesquisa não está ligada a nenhum programa do Governo e a senhora, caso não queira participar, não sofrerá qualquer prejuízo. Porém, se a senhora participar, vai nos ajudar a entender melhor a situação de nutrição e saúde das famílias em Alagoas. A senhora não será identificada e nós garantimos que apenas nossa equipe vai ter conhecimento do que a senhora nos responder.*

1. MUNICÍPIO: PASSO DE CAMARAGIBE	COMUNIDADE: BOM
DESPACHO <input type="checkbox"/>	PERPÉTUA <input type="checkbox"/> QUEST
2. ENDEREÇO:	
3. TELEFONES: AGENTE DE SAÚDE:	
4. NOME DO	
5. PONTO DE REFERÊNCIA:	
6. NOME DO ENTREVISTADO:	
7. QUANTAS PESSOAS RESIDEM NESTA CASA? __ __	
8. ENTRE ESSAS PESSOAS EXISTE ALGUMA GESTANTE? <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
9. TEM ALGUMA CRIANÇA COM MENOS DE 5 ANOS? <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
10. ENTRE ESTAS PESSOAS EXISTE MENORES DE 18 ANOS? <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
11. DATA DA ENTREVISTA: __ __ / __ __ / __ __	HORÁRIO INICIAL:
HORÁRIO FINAL:	TEMPO DE ENTREVISTA:
12. ENTREVISTADOR:	
13. SUPERVISOR DE CAMPO:	
13. TOTAL DE FOLHAS: __ __	

PROJETO QUILOMBOLA – FANUT/UFAL FORMULÁRIO 2 – CADASTRO FAMILIAR

N.º	NOME	Rel	Sexo	Idade	Grupo	Escolaridade: Chefes, mães e gestantes	Está estudando? 1=Sim; 2=Não >7 a 19 anos	Peso (Kg)	Altura (cm)	Cintura (cm)	Quadril (cm)	Cabeça (cm)	BIA	Hb		
1		0														
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
total		Em sua casa, quem a Sra. considera ser o chefe da família? (coloque o nome indicado na posição n.º 1 → RELAção com o chefe da família (0): 1. Cônjuge; 2. Filho/a; 3. Filho/a Adotivo/a; 4. Pai/Mãe; 5. Irmão/ã; 6. Cunhado/a; 7. Tio/a; 8. Primo/a; 9. Sobrinho/a; 10. Avô/ó; 11. Sogro/a; 12. Genro/nora; 13. Enteado/a; 14. Neto (a); 15. Empregado/a → NÃO INCLUIR VISITANTES.														
Sexo: M/F	Idade	Grupo (Grupo): C = criança (< 5 anos); M = Mulher (18,1 a 60 anos); G = Gestante; O = Outro														
Peso e Altura: toda população;		ESCOLaridade: A senhora estudou? () Não () Sim: até que série a senhora estudou com aprovação? E < nome>? ... → SÓ CHEFE E MÃES → MARCAR, A PARTIR DA RESPOSTA OBTIDA, O NÚMERO DE ANOS ESTUDADOS COM APROVAÇÃO														
Cintura, Quadril, BIA: todas as mulheres;		Nenhuma			Ensino fundamental [(primário + ginásio) ou 1º grau]					Ensino médio (cient. ou 2ºg)			Ensino superior		IGN	
Hb: C e G; BIA → % de gordura		0	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	1ª	2ª	3ª	Incompleto	Completo	IGN
Circunferência da cabeça: todas as mulheres e crianças		00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	99

Formulário N° 3 – Saúde da Criança (para todos os menores de 5 anos)

☞ Onde constar <C>, substituir pelo nome da criança.

1. Nome _____ Nº de ordem da criança no Cadastro Familiar _____
 2. A senhora é mãe natural (1) ou mãe de criação (2) de <C>? **→ <C> Substituir pelo nome da criança**
- SE MÃE DE CRIAÇÃO (2), ENCERRE AQUI A APLICAÇÃO DESTE FORMULÁRIO**
3. Qual a data de nascimento de <C>? _____ / _____ / _____
 _____ / _____ / _____
 (1) Informada; (2) Cert nasc; (3) Cartão criança; (4) Doc maternidade; (5) Batistério; (6) Outro: _____
 4. Nos últimos 6 meses, <C> frequentou alguma creche ou escola? (1)Sim (2)Não (99)IGN
 5. <C> Está com diarreia hoje ou teve diarreia* em algum dia das 2 últimas semanas (desde <dia da semana> de 2 semanas atrás)? (1)Sim (2)Não (99)IGN ***ocorrência de cocô mole ou líquido 3 vezes por dia**
 6. Quando <C> tem diarreia a senhora faz alguma coisa para tratamento? (1)Sim (2)Não (99)IGN
 7. **Se Sim, o que a senhora faz?:** _____
-
8. <C> foi levada para se consultar nos últimos 3 meses? (1)Sim (2)Não (99)IGN
 9. **Se SIM, qual foi o motivo da consulta?** (1) Diarreia (2) Febre (3) Infecção de pele
 (4) Infecção respiratória (5) Rotina (6) Outros: _____ (88)NSA
 10. <C> foi internada nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99)IGN
 11. **Se SIM, quantas vezes?** (1) 1 vez (2) 2 vezes (3) 3 vezes (4) 4 vezes (5) 5 vezes ou + (88)NSA
 12. **E por quais motivos?** (1) Diarreia (2) Febre (3) Infecção de pele (4) Infecção respiratória
 (5) Rotina (6) Outros: _____ (88)NSA
 13. <C> tem cartão de vacinas? (1)Sim, visto (2)Sim, não visto (3)Tinha, perdeu (4) Nunca teve
 14. Estava com o calendário de vacinação atualizado? (1)Sim (2)Não (88)NSA
 15. Consta suplementação de vit. A? qual a data? (2)Não (88)NSA
 _____ / _____ / _____
 16. Qual a data da última verificação do peso? (2) NÃO TEM (88)NSA
 _____ / _____ / _____
 17. Quanto <C> pesou quando nasceu? _____. _____. _____. (g) (99)IGN (1) Confirmado (2) Só informado
 18. <C> nasceu antes do tempo (0) no tempo certo (1) ou depois do tempo (2)? (99)IGN
 19. A senhora fumou durante a gravidez de <C>? (1) Sim, durante toda gravidez (2) Sim, mas só uma parte da gravidez (3) Não (9)IGN
 20. <C> mamou no peito? (1) Sim (2) Ainda mama (3) Não, nunca mamou (99)IGN
21. **Se (1) Sim:** até que idade (meses)? _____;
22. **Se (1) Sim:** Porque deixou de mamar: _____ (99)IGN (88)NSA
23. **Se (2) Ainda mama:** Qual a idade atual (meses): _____ (88)NSA **→ Não pergunte: calcule depois**
24. **Se (3) Não, nunca mamou:** Porque não mamou: _____ (99)IGN (88)NSA
25. **Se (1) ou (2)** Até que idade só mamou, sem receber qualquer outro tipo de alimento? _____ meses (99)IGN (88)NSA

26. **Se (1) ou (2)** com que idade começou a receber outros alimentos como leite, gogó, frutas, legumes, arroz, qualquer tipo de carne, etc? _____ meses (00)NUNCA RECEBEU (99)IGN (88)NSA
27. A senhora fez alguma consulta de pré-natal durante a gravidez de <C>? (1)Sim, quantas: _____(2)Não (99)IGN (88)NSA
28. **Se (1) Sim**, em que mês da gravidez iniciou as consultas no pré-natal? _____ (88)NSA (99)IGN
29. → Solicite o cartão da gestante e em relação a <C> anote:

Peso-pré gestacional: _____Kg

Ganho de peso total na gestação: _____Kg

Formulário N° 4 – SAÚDE DA MULHER

1. A senhora fuma (cigarro, charuto, cachimbo ou cigarro de palha)? (1) Sim (2) Não
2. **Se Sim (1)**, Quantos por dia? 01,02, 03...; 88=Não fuma(NSA); 99=Não sabe |__||__||
3. Com que idade a senhora teve a sua primeira menstruação? _____ anos (99) IGN
4. Com que idade a senhora engravidou pela primeira vez? _____ anos (99) IGN (88) NSA
5. Quantos filhos a senhora já teve? _____(99) IGN (88) NSA
6. A senhora já perdeu algum filho por falecimento ou por aborto? (1) Sim (2) Não (99) IGN

SE SIM: QUANTOS: _____ A senhora poderia explicar a idade deles:

7. Natimorto (mais de 28 semanas/7 meses ou 1 Kg): _____	O código é o número de casos relatados: 0; 1; 2...	NTMORTO __
8. Mortalidade infantil: _____ (de 0 a 12 meses)		MORTINF __
9. Mortalidade acima de 12 meses: _____		MORTPOS __
10. Aborto _____ (antes do 6º mês de gestação)		ABORTO __

→ SÓ PARA CONFIRMAR: A SENHORA TEM _____ FILHO(S), PERDEU _____ POR ABORTO OU FALECIMENTO, ENTÃO A SENHORA ENGRAVIDOU _____ VEZES? TEM GÊMEOS? _____ EXPLICITAR.

11. A senhora toma medicamento para pressão alta? (1) Sim (2) Não (99) IGN
12. E para diabetes? (1) Sim (2) Não (99) IGN
13. A senhora está tomando, ou deveria estar tomando, algum outro tipo de medicamento? (1)Sim (2)Não (99)IGN
14. **Se (1) Sim**, para que? _____ (88) NSA
15. A senhora teve algum problema de saúde nas últimas 2 semanas? (1) Sim (2) Não (99) IGN
16. **Se (1) Sim**, qual foi o problema? _____ (88) NSA
17. **Se (1) Sim**, Procurou algum tipo de atendimento para cuidar desse problema? (1) Sim (2) Não (88) NSA
18. **Se (1) Sim**, Qual foi o atendimento? _____ (88) NSA
19. **Se (2) Não**, porque não procurou atendimento? _____ (88) NSA

MEDIDAS DA PRESSÃO ARTERIAL: (PAS x PAD)

- 1ª: |__||__||__|| x |__||__||__|| → 10 min após o início da entrevista
- 2ª: |__||__||__|| x |__||__||__|| → Ao final da entrevista
- 3ª: |__||__||__|| x |__||__||__|| → repetir se tiver havido discrepância entre as 2 primeiras

20. PAS __ __ __ (999 se não aferiu)	21. PAD __ __ __ (999 se não aferiu)
--	--

22. Qual a data de sua última Menstruação: |__||__|| / |__||__|| / |__||__||
23. Dias após a menstruação: |__||__||
- Preencher com o número de dias: (00) menstruada; (66) amamentando; (77) Menopausa; (88) Amenorréia; (99) IGN.**
24. A senhora de vez em quando toma alguma bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não (99) IGN
25. **Se SIM**, Com que frequência? (1) Todo dia (2) Quase todo dia (3) Quando tem festa (88) NSA (99) IGN
26. **Se SIM**, ontem ou hoje a senhora bebeu alguma coisa (bebida alcóolica)?
(1)Sim, Ontem (2)Sim, Hoje (3)Sim, ontem e hoje (4)Não (88)NSA (99)IGN

Formulário N° 5 – SAÚDE DA GESTANTE

1. A senhora está com quantos meses de gravidez? _____(99) IGN
2. Idade Gestacional confirmada: (1) Sim, cartão da gestante (2) Não (3) Atestado serviço de saúde
3. A senhora se lembra a data de sua última Menstruação? |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|| (99)IGN
4. A senhora já fez alguma consulta de pré-natal durante esta gravidez? (1) Sim (2) Não
5. **Se (1) Sim**, quantas consultas já fez: _____ (88) NSA (99) IGN
6. **Se (1) Sim**, Em que mês da gravidez fez a primeira consulta? _____ (88) NSA (99) IGN
7. A senhora fuma? (1) Sim (2) Não
8. **Se Sim (1)**, Quantos cigarros/dia? 00=Não fuma; 01,02...; 77Fuma outra coisa que não cigarro 88NSA 99IGN |__||__||
9. Com que idade a senhora teve a sua primeira menstruação? _____anos (99) IGN
10. Com que idade engravidou pela primeira vez? _____anos (99) IGN
11. Quantos filhos a senhora já teve? _____ (99) IGN
12. A senhora já perdeu algum filho por falecimento ou por aborto? (1) Sim (2) Não (99) IGN

SE SIM: QUANTOS: _____ A senhora poderia explicar a idade deles:

13. Natimorto (mais de 28 semanas/7 meses ou 1 Kg): _____	O código é o número de casos relatados: 0; 1; 2...	NTMORTO __
14. Mortalidade infantil: _____ (de 0 a 12 meses)		MORTINF __
15. Mortalidade acima de 12 meses: _____		MORTPOS __
16. Aborto _____ (antes do 6º mês de gestação)		ABORTO __

17. A senhora toma medicamento para pressão alta? (1) Sim (2) Não (99) IGN
18. E para diabetes? (1) Sim (2) Não (99) IGN
19. A senhora está tomando, ou deveria estar tomando, algum outro tipo de medicamento? (1)Sim (2)Não (99)IGN
20. **Se (1) Sim**, para que? _____ (88) NSA
21. A senhora teve algum problema de saúde nas últimas 2 semanas? (1)Sim (2)Não (99)IGN
22. **Se (1) Sim**, qual foi o problema? _____ (88) NSA
23. **Se (1) Sim**, Procurou algum tipo de atendimento para cuidar desse problema? (1) Sim (2) Não (88) NSA
24. **Se (1) Sim**, Qual foi o atendimento? _____ (88) NSA
25. **Se (2) Não**, porque não procurou atendimento? _____ (88) NSA

MEDIDAS DA PRESSÃO ARTERIAL: (PAS x PAD)

- 1ª: |__||__||__||__|| x |__||__||__||__|| → 10 min após o início da entrevista
- 2ª: |__||__||__||__|| x |__||__||__||__|| → Ao final da entrevista
- 3ª: |__||__||__||__|| x |__||__||__||__|| → repetir se tiver havido discrepância entre as 2 primeiras

26. PAS __ __ __ __ (999 se não aferiu)	27. PAD __ __ __ __ (999 se não aferiu)
--	--

27. A senhora de vez em quando toma alguma bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não (99) IGN
28. **Se SIM**, Com que frequência? (1) Todo dia (2) Quase todo dia (3) Quando tem festa (88) NSA (99) IGN
29. **Se SIM**, ontem ou hoje a senhora bebeu alguma coisa (bebida alcóolica)?:
(1)Sim, Ontem (2)Sim, Hoje (3)Sim, ontem e hoje (4)Não (88)NSA (99)IGN

Formulário N° 6 – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

1. Na sua residência, quantas pessoas recebem algum dinheiro, seja de salário, bico, pensão, bolsa família ou de qualquer outra foram? _____

2. No mês passado, quanto essa(s) pessoa(s) ganhou(aram) mais ou menos?

1ª pessoa R\$ _____ por mês

2ª pessoa R\$ _____ por mês

3ª pessoa R\$ _____ por mês

4ª pessoa R\$ _____ por mês

Obs.:

Renda bruta: R\$ ____ . ____ , ____

Renda per capita: R\$ ____ . ____ , ____

3. N° de pessoas no domicílio → **(veja no cadastro)**:

4. Tem alguém da família que gostaria ou precisaria estar trabalhando, mas, no momento, está desempregado?

(1) Sim (2) Não

→ Se sim, quem? Códigos no cadastro: ____; ____; ____; ____;

5. Com relação à sua cor, como a senhora se considera? (citar as opções abaixo)

Negra Branca Parda/Mulata Caboclo Oriental Indígena

Outra (Especificar): _____

6. → NÃO PERGUNTAR (preencha segundo sua percepção)

Negra Branca Parda/Mulata Caboclo Oriental Indígena

Outra (Especificar): _____

7. Alguém da família está matriculado no Programa Bolsa Família? (1) Sim (2) Não

8. E em outros programas assistenciais do Governo? (1) Sim (2) Não (9)IGN

Se SIM, descreva: _____

9. → NÃO PERGUNTE: OBSERVE E ANOTE O **TIPO DE CASA** (predominante):

(1)Edifício (2)Tijolos (3)Taipa (4)Madeira (5)Palha/Papelão/Lona/Plástico (6) outros: _____

10. Quantos cômodos existem na casa? _____

11. Destes cômodos, quantos são usados para dormir? _____

12. Na sua casa tem água encanada? (1) Sim, da CASAL (2) Sim, mas não é da CASAL (3) NÃO

13. Na sua casa, de onde vem a água usada para beber?

[1] Rede Pública, encanamento interno na casa

[2] Rede Pública com torneira externa

[3] Torneira Coletiva (Chafariz)

[4] Poço (cisterna) da própria casa

[5] Poço (cisterna) coletivo

[6] Água de mina, rio ou açude

[7] Mineral

[8] Outro (Especificar) _____

14. A sua casa tem privada: (1) Sim, dentro de casa (2) Sim, no quintal (3) Não

15. Para onde vão as fezes? (1) Rede de esgoto; (2) Fossa tampada; (3) Fossa negra (aberta)

(4)Terreno baldio; (5) Outro: _____

AGORA VOU FAZER PERGUNTAS SOBRE O QUE TEM EM SUA CASA E A QUANTIDADE

→ A senhora tem <ítem> em sua casa? Quantas?

16. Televisão em cores? ()Não ()Sim, quantas? | _____ |

17. Rádio? ()Não ()Sim, quantos? | _____ |

18. Banheiro? (somente com vaso sanitário) ()Não ()Sim, quantas? | _____ |

19. Carro? (Não considerar veículo de trabalho) ()Não ()Sim, quantas? | _____ |

20. Empregada(o) fixo na residência ()Não ()Sim, quantas? | _____ |

21. Máquina de lavar (não considerar tanquinho elétrico) ()Não ()Sim, quantas? | _____ |

22. Vídeo Cassete e/ou DVD? ()Não ()Sim, quantos? | _____ |

23. Geladeira? ()Não ()Sim, quantas? | _____ |

24. Freezer? (independente ou parte da geladeira duplex) ()Não ()Sim, quantos? | _____ |

FORMULÁRIO N° 7 – Escala Brasileira de (In)segurança Alimentar - EBIA

AGORA VOU LER PARA A SENHORA ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A ALIMENTAÇÃO EM SUA CASA. ELAS PODEM SER PARECIDAS UMAS COM AS OUTRAS, MAS É IMPORTANTE QUE A SENHORA RESPONDA TODAS ELAS.

Nº	ESTAS PERGUNTAS (1, 2 e 3) DEVERÃO SER FEITAS EM TODOS OS DOMICÍLIOS	Ponto
1	Nos últimos 3 meses, a senhora teve preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar mais comida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe ou recusa responder	
2	Nos últimos 3 meses, a comida acabou antes que a senhora tivesse dinheiro para comprar mais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe ou recusa responder	
3	Nos últimos 3 meses, a senhora ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe ou recusa responder	

Nº	ESTA PERGUNTA (4) SÓ SERÁ APLICADA SE HOUVER MENOR DE 18 ANOS	Ponto
4	Nos últimos 3 meses, a senhora teve que se arranjar com apenas alguns alimentos para alimentar sua(s) criança(s)/adolescente(s) porque o dinheiro acabou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe ou recusa responder	

**Se em todas as perguntas anteriores (1, 2, 3 e, se aplicável, 4) estiver assinalada a resposta NÃO e/ou NÃO SABE
ENCERRE O QUESTIONÁRIO. Havendo pelo menos um SIM, vá para a questão 5**

5	Nos últimos 3 meses, a senhora ou algum adulto em sua casa diminuiu a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeição, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe ou recusa responder	Ponto
6	Nos últimos 3 meses, a senhora alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe ou recusa responder	
7	Nos últimos 3 meses, a senhora alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe ou recusa responder	
8	Nos últimos 3 meses, a senhora perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe ou recusa responder	
9	Nos últimos 3 meses, a senhora ou qualquer outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar a comida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe ou recusa responder	

OS QUESITOS ABAIXO DEVEM SER PERGUNTADOS APENAS EM DOMICÍLIOS QUE TÊM MORADORES MENORES DE 18 ANOS (CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES. SE NÃO HOUVER, ENCERRE ESTE FORMULÁRIO.		Ponto
10	Nos últimos 3 meses, a senhora não pode oferecer a(s) sua(s) criança(s)/adolescente(s) uma alimentação saudável e variada porque não tinha dinheiro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe ou recusa responder	
11	Nos últimos 3 meses, a(s) criança(s)/adolescente(s) não comeu(comeram) quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar mais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe ou recusa responder	
12	Nos últimos 3 meses, a senhora alguma vez diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de sua(s) criança(s)/adolescente(s), porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe ou recusa responder	
13	Nos últimos 3 meses, alguma vez algum morador com menos de 18 anos deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe ou recusa responder	
14	Nos últimos 3 meses, sua(s) criança(s)/adolescente(s) teve(tiveram) fome mas a senhora simplesmente não podia comprar mais comida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe ou recusa responder	
15	Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos teve apenas uma refeição ao dia, ou ficou sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar a comida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe ou recusa responder	
Total (Soma de todos os pontos da questão 1 a 15)		

FORMULÁRIO Nº 8 – SELF REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ)

→ APLICAR À DONA DA CASA ←

As próximas perguntas são a respeito de certas dores ou problemas que a senhora pode ter tido nos últimos 30 dias. Se a senhora acha que a pergunta corresponde ao que a senhora vem sentindo nos últimos 30 dias responda SIM, mas se achar que não corresponde, responda NÃO. Por favor não discuta as perguntas enquanto estiver respondendo. Se não tiver certeza sobre algumas delas, responda **SIM ou NÃO** como lhe parecer melhor. Nós garantimos que ninguém ficará sabendo suas respostas.

CÓDIGOS	Não sabe	Sim	Não	↓
1. A senhora tem dores de cabeça frequentemente?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
2. Tem falta de apetite?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
3. Dorme mal?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
4. Assusta-se com facilidade?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
5. Tem tremores nas mãos?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
6. Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
7. Tem má digestão?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
9. Tem se sentido triste ultimamente?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
10. Tem chorado mais do que de costume?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
11. Encontra dificuldade em realizar com satisfação suas atividades do dia-a-dia?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
12. Tem dificuldade em tomar decisões?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
13. Tem dificuldade no trabalho (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
16. A senhora se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
17. Tem tido a idéia de acabar com a própria vida?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
18. Sente-se cansada o tempo todo?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
20. A senhora se cansa com facilidade?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	

FORMULÁRIO Nº 9 – AVALIAÇÃO DO BOLSA FAMÍLIA (apenas para beneficiários desse Programa)

1. Há quanto tempo a senhora está matriculada no Bolsa Família?

(1) De 1 a 6 meses (2) de 6,1 a 12 meses (3) De 1,1 a 2 anos (4) De 2,1 a 3 anos (5) Há mais de 3 anos

2. Na sua opinião, o Bolsa Família modificou a vida das pessoas na sua residência? (1) SIM (2) NÃO

Se SIM, o que mais se modificou na vida da sua família? (1) Alimentação (2) Educação (3) Contas (4) Medicamentos (5) Roupas (6) Lazer (8) Outros: _____

3. Com relação aos alimentos consumidos habitualmente na sua casa, houve alteração entre o que se comia antes do Bolsa Família e o que se come atualmente? Para facilitar sua resposta, vou citar alguns alimentos e a senhora vai me dizer se atualmente em sua casa eles são consumidos frequentemente, e se também eram consumidos frequentemente antes de ter o bolsa família:

Alimentos/Grupo de alimentos	Atualmente	Antes do Bolsa Família
a. Cereais e derivados (arroz, macarrão, pão, milho, bolachas)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
b. Tubérculos e raízes (mandioca/macaxeira, farinha de mandioca, batata)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
c. Leite	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
d. Derivados do leite (queijos, iogurte, coalhada)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
e. Ovos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
f. Frutas e sucos naturais	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
g. Verduras e legumes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
h. Leguminosas (feijão, feijão de corda, feijão verde, ervilha, lentilha)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
i. Carnes (vermelha ou frango ou porco ou miúdo ou cabrito)/peixe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
j. Embutidos (salsicha ou mortadela ou lingüiça (calabresa) ou presunto	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
k. Açúcar, mel, melado de cana (usado para adoçar)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
l. Doces	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
m. Refrigerantes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
n. Margarina, manteiga, óleos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

4. A senhora pode me dizer com que mais a senhora gasta o dinheiro do bolsa família?

() Alimentação () Roupas () Material Escolar () Medicamento () Lazer () Outras coisas: _____

5. E em segundo lugar, com que mais se gasta o dinheiro do bolsa família?

() Alimentação () Roupas () Material Escolar () Medicamento () Lazer () Outras coisas: _____

6. Todos os seus filhos de 5 a 14 anos estão frequentando escola atualmente? **Verifique se tem criança nessa idade na ficha de cadastro. Se não houver, não pergunte e marque a opção (8)**

(1) SIM, todos (2) SIM, mas nem todos (3) NÃO (8) NSA (9) IGN

5.1 **Se (1) ou (2)** E antes do bolsa família, frequentavam escola?

(1) SIM (2) NÃO (3) Não tinha filhos nessa faixa etária (9) IGN

Formulário N° 10 – Avaliação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro

(Aplicado para gestantes a partir da 20ª semana, mulheres pós-parto ou pós-aborto até 3º mês)

Nome: _____ N.º Ordem(____) Tempo de gestação (_____)

1. **SE GESTANTE:** Alguém da Saúde já lhe forneceu este ano o sulfato ferroso e/ou ácido fólico?

(Conferir no cartão da gestante) () Confirmado () Informado

(1) Só SF; (2) Só AF; (3) Ambos; (4) Nenhum; (5) Não sabe; (6) Não respondeu;

1.1 Hoje a senhora tem em casa o sulfato ferroso e/ou o ácido fólico?

(1) Só SF; (2) Só AF; (3) Ambos; (4) Nenhum; (5) Não sabe; (6) Não respondeu;

1.1.1 Se SIM, está tomando o sulfato ferroso E/O ácido fólico?

(1) Só SF; (2) Só AF; (3) Ambos (4) Não, nenhum (88) NSA (**SE SIM PULAR PARA QUESTÃO 3**)

1.1.2 **SE NÃO**, Porque não está tomando? _____

(88) NSA (99) IGN (**Se não pular para a questão 8**)

2. **SE MULHERES PÓS-PARTO OU PÓS-ABORTO**

Nome: _____ N.º Ordem(____) Tempo pós-parto ou pós-aborto(____)

2.1 Alguém da Saúde já lhe forneceu este ano o sulfato ferroso e/ou ácido fólico? (1) SIM (2) NÃO

2.2 Hoje a senhora tem em casa o sulfato ferroso e/ou o ácido fólico?

(1) Só SF; (2) Só AF; (3) Ambos; (4) Nenhum; (5) Não sabe; (6) Não respondeu;

2.2.1 **SE SIM** - A senhora está tomando o Sulfato ferroso? (1) SIM (2) NÃO

2.2.2 **SE NÃO** - Porque não está tomando? _____ (**Se não pular para a questão 8**).

3. **Se SIM na questão 1.1.1 ou 2.2.1** Para que está tomando este medicamento? (1) Curar/prevenir anemia (2) Outra resposta: _____ (3) Não sabe (4) Não respondeu (88) NSA

4. Qual a frequência que toma? (1) Diariamente (2) 1x/semana (3) Quando lembra (4) Outra frequência, qual? _____ (5) Não sabe (6) Não respondeu (88)NSA

5. A medicação é tomada em qual horário? (1) No horário das refeições (2) Entre as refeições (3) Outro: _____ (4) Não sabe (5) Não respondeu (88) NSA

6. A orientação sobre o suplemento foi dada por qual profissional? (1) Enfermeira; (2) Médico; (3) Nutricionista; (4) Farmacêutico; (5) Agente de saúde; (6) Equipe de saúde (7) Não sabe (8) Não respondeu (9) Outro: _____ (88) NSA

7. Quando está tomando a medicação já sentiu enjoô ou náuseas? (1) Sim (2) Não (88) NSA

7.1 **Se SIM**, parou ou continuou tomando o medicamento quando sentiu esses sintomas? (1) parou (2) continuou (88) NSA

8. **Em sua opinião**, quais são os alimentos mais ricos em Ferro?

1º. _____; 2º. _____; 3º. _____ (99) IGN

9. A senhora poderia citar alguns alimentos que, quando consumidos na refeição, melhoram a absorção e o aproveitamento do ferro pelo nosso organismo?

1º. _____; 2º. _____; 3º. _____ (99) IGN

10. A senhora poderia citar alguns alimentos que prejudicam a absorção e o aproveitamento do ferro pelo nosso organismo e, por isso, deveriam ser evitados durante o almoço e o jantar?

1º. _____; 2º. _____; 3º. _____ (99) IGN

Formulário N° 11 – Avaliação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro

A SER RESPONDIDO POR RESPONSÁVEIS POR CRIANÇAS DE 6 A 18 MESES (QUANDO ESTAS RECEBERAM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ O 6º MÊS) OU 4 A 18 MESES (QUANDO ESTAS NÃO RECEBERAM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ O 6º MÊS)

Nome _____ N° Cadastro (____)

1. Alguém da Saúde lhe forneceu sulfato ferroso e/ou ácido fólico? (Conferir no cartão da criança) () Confirmado () Informado
(1) Sim (2) Não (3) Não sabe (4) Não respondeu

1.2 **SE SIM** A criança está tomando o xarope de sulfato ferroso (1) Sim (2) Não (88) NSA

(**SE SIM PULAR PARA PARA QUESTÃO 2**)

1.2.1 SE NÃO Porque não está tomando? _____.(99)IGN

(**SE NÃO PULAR PARA A QUESTÃO 8**)

2. **Se SIM** na questão 1.2 Para que a criança está tomando este medicamento?

(1) Curar/prevenir anemia (2) Outra resposta: _____ (3) Não sabe (4) Não respondeu (88) NSA

3. Qual a frequência que a criança toma? (1) Diariamente; (2) 1x/semana; (3) Quando lembra; (4) Outra frequência, qual? _____ (5) Não sabe (6) Não respondeu (88) NSA

4. A medicação é tomada em qual horário? (1) No horário da refeição; (2) Entre as refeições; (4) Outra frequência, qual? _____ (5) Não sabe (6) Não respondeu (88) NSA

5. A orientação sobre o suplemento foi dada por qual profissional?

(1) Enfermeira; (2) Médico; (3) Nutricionista; (4) Farmacêutico; (5) Agente de saúde; (6) Equipe de saúde (7) Não sabe (8) Não respondeu (9) Outro: _____ (88) NSA

6. Quando a criança está tomando a medicação, já teve diarreia ou fezes escuras? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe (4) Não respondeu (88) NSA

6.1. **Se SIM**, deixou de dar o Xarope quando percebeu esses sintomas na criança? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/Não respondeu (88) NSA

7. A criança já teve ou tem anemia? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/Não respondeu.

7.1 **Se SIM** Onde obteve o diagnóstico de anemia? _____(99) IGN (88) NSA

8. **Em sua opinião**, quais são os alimentos mais ricos em Ferro?

1º. _____; 2º. _____; 3º. _____ (99) IGN

9. A senhora poderia citar alguns alimentos que, quando consumidos na refeição, melhoram a absorção e o aproveitamento do ferro pelo nosso organismo?

1º. _____; 2º. _____; 3º. _____(99) IGN

10. A senhora poderia citar alguns alimentos que prejudicam a absorção e o aproveitamento do ferro pelo nosso organismo e, por isso, deveriam ser evitados durante o almoço e o jantar?

1º. _____; 2º. _____; 3º. _____(99) IGN

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, _____, tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa *Segurança Alimentar e Nutricional da população quilombola de Alagoas*, recebi do Prof. HAROLDO DA SILVA FERREIRA, da Faculdade de Nutrição da UFAL, responsável por sua execução, ou por alguém de sua equipe, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a identificar situações que caracterizem a insegurança alimentar e nutricional entre as famílias dos municípios do Norte de Alagoas, visando dar subsídios à população e ao governo no sentido de atuar na garantia do direito humano à alimentação adequada.
- Que os principais resultados que se desejam alcançar são os seguintes:
 - Conhecer o estado nutricional da população;
 - Saber quais as principais doenças que acometem essas pessoas;
 - Investigar se as mães sofrem de hipertensão, colesterol alto, diabetes e excesso de gordura no sangue;
 - Caracterizar a população em relação às condições socioeconômicas, educacionais, de habitação, se tem água tratada em casa e qual o destino do lixo e detritos;
 - Conhecer a população quanto à utilização de serviços de saúde (atenção pré e perinatal, posse e utilização do cartão da criança, atualização do calendário de vacinas, assistência médica), se estão recebendo remédio para tratar a anemia e a hipovitaminose A, bem como a participação em programas de segurança alimentar.
- Que para a realização deste estudo os pesquisadores visitarão minha residência para fazer perguntas sobre alimentação, condições socioeconômicas e de saúde, além de pesar, medir, verificar a pressão arterial e tirar uma gota de sangue da ponta do dedo das crianças e gestantes para exame de anemia e das mulheres de 18 a 60 anos para dosagem da glicose, colesterol e triglicérides (gordura do sangue); Adicionalmente, essas mulheres serão pesquisadas em relação à quantidade de gordura que tem no corpo. Isto será feito utilizando-se dois tipos de equipamentos. Um deles utiliza uma técnica chamada de bioimpedância e o outro usa a ultrassonografia. No primeiro, basta que a pessoa examinada o segure com as duas mãos que, em 5 segundos, se saberá o resultado. Já o segundo, basta que o encoste em determinados pontos do corpo da pessoa examinada (braço, costas, barriga e perna) e também rapidamente se saberá a quantidade de gordura corporal.
- Que responder essas perguntas, furar o dedo para tirar sangue e se submeter aos demais exames informados acima serão os incômodos que poderei sentir com a minha participação/autorização;
- Que, sempre que eu quiser, serão fornecidas explicações sobre cada uma das partes do estudo.
- Que, a qualquer momento, poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer prejuízo ou problema;
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão minha identificação, nem de qualquer membro da minha família, exceto aos responsáveis pelo estudo.

Finalmente, tendo eu entendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação e a das pessoas sob minha responsabilidade nesse trabalho e sabendo dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

Cadastro do(a) voluntário(a):

Contato de urgência: Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira. Telefone: 0(xx)82-9381-2731.

Endereço do responsável pela pesquisa: Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira
Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas

BR 101 Norte, S/Nº, Tabuleiro dos Martins, 57072-970 - Maceió. Telefones: 3214-1160

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C. , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-1053

_____, ____ de _____ de 2012

Assinatura ou impressão digital do(a) voluntário(a)	Assinatura do pesquisador responsável



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Maceió – AL, 20/08/2009

Senhor (a) Pesquisador (a), Haroldo da Silva Ferreira

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em 20/08/2009 e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo nº **010025/2009-17** sob o título **Segurança alimentar e nutricional da população dos municípios do Norte de Alagoas**, vem por meio deste instrumento comunicar a aprovação do processo supra citado, com base no item VIII.13, b, da Resolução nº 196/96.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 196/96, item V.4).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o(a) pesquisador(a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Res. CNS, 196/96.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra - referidas.

(*) Áreas temáticas especiais