

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

JANAÍNA ALVARENGA ARAGÃO

**ACESSO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA PRESTADA AOS QUILOMBOLAS,
PIAUI**

Porto Alegre
2014

JANAÍNA ALVARENGA ARAGÃO

**ACESSO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA PRESTADA AOS QUILOMBOLAS,
PIAUI**

Tese apresentada como requisito para a obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Dr. Ângelo José Gonçalves Bós
Co-Orientador: Dra. Gabriela Coelho-de-Souza

Porto Alegre

2014

A659a Aragão, Janaína Alvarenga

Acesso de saúde na atenção básica prestada aos quilombolas,
Piauí / Janaína Alvarenga Aragão. -- 2014.

102 f., il. : tabelas ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande
do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Programa de Pós-
Graduação em Gerontologia Biomédica, 2014.

“Orientador: Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós ; co-
orientadora: Profa. Dra. Gabriela Coelho-de-Souza”.

1. Envelhecimento. 2. Idoso. 3. Atenção primária à saúde.
4. Sistema Único de Saúde. 5. Serviços de saúde. 6. Comunidades
quilombolas.I. Título.

CDD 618.97
CDU 616-053.9

JANAÍNA ALVARENGA ARAGÃO

**ACESSO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA PRESTADA AOS QUILOMBOLAS,
PIAUI**

Tese apresentada como requisito para a obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós (PUCRS)

Prof. Dr. Luciano Silva Figueiredo (UFRGS)

Prof^a. Dr^a. Gisele Carvalho (PUCRS)

Prof^a. Dr^a. Patricia Krieger Grossi (PUCRS)

Porto Alegre
2014

Dedico esta tese aos meus pais, Mamede Ximenes de Aragão e Delzuíta Maria de Alvarenga Aragão, e irmãos, Laerte Alvarenga Aragão e Laéssio Alvarenga Aragão, e principalmente à minha mãe muito amada, pelo incentivo constante dedicado a mim e o cuidado com seus filhos e a toda a família.

AGRADECIMENTOS

Trabalhar na construção de uma tese é um processo contínuo, árduo, e por vezes solitário, pois constantemente é preciso tomar decisões, pois o tempo não espera. Por isso agradeço a Deus por estar em mim a todo instante, orientando – me sempre e pela coragem que me dar em prosseguir sempre, até o fim.

As secretarias municipais de saúde dos municípios estudados, os agentes comunitários e equipes de saúde, líderes das comunidades quilombolas, e aos participantes desta pesquisa, pessoas de meia idade e idosos das comunidades remanescentes de quilombolas dos municípios de Picos, Alagoinha do Piauí, São João da Varjota e Paquetá, pela generosa acolhida e ensinamentos gentilmente concedidos.

Respeitosamente ao Prof. Dr. Ângelo Gonçalves Bós, por aceitar me orientar, e em especial no tratamento e nas análises dos dados coletados, também pela sua paciência, confiança, pelas temáticas discutidas sobre nosso tema de pesquisa durante os encontros de orientações, e por todo incentivo durante essa jornada.

À Prof^a. Dr^a. Gabriela Coelho-de-Souza, pela gentileza em me coorientar, de grande valia pra mim, nos nossos encontros de coorientação ensinando - me a transitar em assuntos tão peculiares ao mundo étnico, rural, imerso de curiosidade, conflitos e tensões sociais. Agradeço com muito respeito e carinho!

Algumas pessoas que encontramos na vida se tornam tão próximas que não sabemos explicar o motivo, só sentimos, é o que acontece entre mim e meu amigo – irmão, Luciano da Silva Figueiredo. Aqui gostaria de imortalizar minha gratidão por sempre me estimular desde o primeiro dia que nos conhecemos. Como somos sinceros, nossas conversas são sempre cheias de questionamentos, as vezes, divertidas com muitas gargalhadas, e outras, de caráter denso que nós faz fincar os

pés no chão, “bem vindo ao mundo real”, interjeição sempre repetida nessas horas. Já passamos por muita coisa, não é mesmo meu amigo - irmão? Nos últimos seis anos a convivência diária compartilhando várias situações semelhantes nos aproximaram ainda mais. Respeitosamente, meu desejo é de que possamos dividir mais momentos juntos! Obrigada pela linda amizade que estamos construindo!

Aos professores: Dr. Irênio Gomes e Dr^a. Patrícia Krieger Grossi pelas importantes observações e contribuições realizadas na minha qualificação, assim como durante todo o curso de doutorado como os assuntos discutidos na sala de aula.

À Prof^a. Dr^aLucildaSelli (em memória) por ter tido a alegria de estar ao seu lado no meu primeiro ano de mestrado, sua atenção à mim dedicada e todo seu entusiasmo, e ao querido Prof. Dr. José Roque Junges pela sabedoria, e delicadeza em continuar comigo na conquista do meu grau de Mestre, e a todos os meus professores e colegas do mestrado da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

À todos os professores que me acompanharam ao longo da vida, e em particular aos do Instituto de Geriatria e Gerontologia, pelos caros e interessantes conteúdos ministrados durante as disciplinas, gentilezas e cumprimentos carinhosamente dispensados ao longo do aprendizado. Também a secretaria do Programa de Pós – Graduação em Gerontologia Biomédica representada por Cletiane Dias Rodrigues.

A Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul por proporcionar um ensino de alta qualidade.

Ao programa da PUCRS - pró bolsas, que tornou possível a minha estada nessa pós-graduação.

Enfim, a todos, que de uma maneira ou de outra, possibilitaram que esta tese fosse realizada e finalizada.

Memória

Amar o perdido
deixa confundido
este coração.

Nada pode o olvido
contra o sem sentido
apelo do Não.

As coisas tangíveis
tornam-se insensíveis
à palma da mão

Mas as coisas findas
muito mais que lindas,
essas ficarão.

(Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

Várias mudanças aconteceram na humanidade nas últimas décadas, o envelhecimento da população mundial e população brasileira. Devido à queda da taxa de mortalidade, e aumento da esperança de vida ao nascer aumentou também a prevalência das enfermidades crônicas em detrimento das doenças transmissíveis nos países em desenvolvimento. O objetivo geral desse trabalho foi analisar a relação entre as características de acesso de saúde e assistência prestada na atenção básica dirigida aos adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas, associado ao perfil epidemiológico e sociocultural da comunidade onde vivem. Para metodologia realizou-se um censo junto com os agentes comunitários de saúde, e ao final participaram 198 voluntários remanescentes de comunidades quilombolas, adultos e idosos, ou seja com idade de 45 anos ou mais residentes nas comunidades quilombolas no centro sul do Piau, entre março e dezembro de 2011. Que realizaram análises (sangue periférico em jejum, e analisadas para testar os níveis de colesterol-HDL, triglicerídeos e glicemia), dados antropométricos (altura, peso, pressão artéria, circunferência abdominal), responderam questionários sobre dados, sócio demográficos, hábitos de e de acesso de saúde. Os dados foram digitalizados em um banco de dados desenvolvido pelo programa TeleForm e analisados pelo programa Epi Info, versão 3.5.1. O material botânico foi coletado para conhecer as práticas e recursos naturais e tradicionais de saúde de suas comunidades. A pesquisa foi aprovada pela Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Os resultados dessa pesquisa mostraram a prevalência da SM foi de 55.4% nos quilombolas pesquisados, e mais prevalente no sexo feminino ($p < 0,001$). A distância entre a residência e a UBS maior que 5 km foram um fator significativamente importante para a menor chance de preferir conhecimentos não tradicionais de saúde, que a distância geográfica interferiu no acesso de saúde dessas comunidades. Portanto é necessário investir na construção de equipamentos sociais destinados a atender suas demandas tendo como base o contexto histórico e local onde vivem essas comunidades, principalmente em políticas públicas de saúde preventiva e na educação, qualificação dos profissionais das equipes de Saúde da Família, pois é nessa estratégia onde os investimentos governamentais tem tido maior concentração.

Palavras-chave: Idoso. Envelhecimento Demográfico. Síndrome Metabólica. Plantas medicinais. Acesso de saúde.

ABSTRACT

Several changes have occurred on humanity in the last decades, the aging of the world population and Brazilian population. Due to the drop in mortality rates and increased life expectancy at birth, it has also increased the prevalence of chronic diseases due to transmissible diseases in developing countries. The overall objective of the study was analyze the relation between the characteristics of access to health care and assistency provided in primary care to adults and seniors of remaining quilombola communities, associated to the epidemiological and socio-cultural profile of the community where they live. A census was conducted along with community health agents, and by the end 198 remnants of quilombola communities, adults and seniors, that is being 45 years old or more, residents of the quilombola communities of Piauí, between March and December 2011. It was performed an analysis (fasting peripheral blood, and analyzed it to test the levels of HDL-cholesterol, triglycerides and glucose), anthropometric data (height, weight, arterial pressure, waist circumference), completed questionnaires regarding sociodemographic data, lifestyle and access to healthcare. Data were scanned into a database developed by TeleForm and analyzed using the Epi Info software, version 3.5.1. The botanical material was collected to get to know the practices and natural and traditional health resources in their communities. The study was approved by the Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul Ethics Committee. The results of this study demonstrated that the prevalence of MS was 55.4% in the quilombolas surveyed, and more prevalent in females ($p < 0.001$). the distance between home and the health unity greater than 5 km was significantly important for a smaller chance to prefer non-traditional health knowledge, the geographical distance interfered with the access to healthcare of these communities. Therefore, it is necessary to invest in the construction of social equipment designed to meet their needs based on the historical context and where these communities live, especially in public policies of preventive health education, professional qualification of the Family Health staff, since it is in this strategy that the government investment has had the highest concentration.

Keywords: Elderly. Demographic Aging. Metabolic Syndrome. Medicinal Plants. Health Care Access.

LISTA DE FIGURAS

	pag
Figura 1 – Brasil, Região Nordeste, Piauí e Comunidades Quilombolas do Centro – Sul do Piauí.	22
Figura 2 - Concentração das Comunidades Quilombolas no Centro – Sul do Piauí.	23
Figura 3 – Atividades agrícolas e artesanais.	24
Figura 4 - Acesso geográfico para chegar nas comunidades, riachos, aridez, dentre outros obstáculos.	25
Figura 5 – Acesso geográfico para chegar nas comunidades, riachos, aridez, dentro outros obstáculos.	25
Figura 6 - Tipo de moradia das comunidades quilombolas estudadas.	25

LISTA DE TABELAS

	pag
Tabela 1 – Distribuição de adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas quanto à preferência por conhecimentos não tradicionais de saúde, da região Centro-Sul do Piauí, 2012.	68
Tabela 2 – Resultados das regressões logísticas para a chance de preferir conhecimentos não tradicionais de saúde, de adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas, da região Centro-Sul do Piauí, 2012.	69
Tabela 3 – Frequência de motivos para adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas utilizarem os chás, na Região Centro – Sul do Piauí, 2012.	70
Tabela 1 – Distribuição das características clínico-demográficas dos quilombolas adultos e idosos avaliados, conforme a classificação da Síndrome Metabólica (SM).	86

LISTA DE SIGLAS

Associação Brasileira de Antropologia	ABA
Agente Comunitário de Saúde	ACS
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior	CAPES
Diabetes Mellitus	DM
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	DPOC
Estratégia de Saúde da Família	ESF
Fundação Cultural Palmares	FCP
Hipertensão Arterial Sistêmica	HAS
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	IBGE
Instituto de Colonização e Reforma Agrária	INCRA
Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia	INMETRO
Indicadores e Dados Básicos	IDB
Índice de Desenvolvimento Humano	IDH
Ministério de Desenvolvimento Agrário	MDS
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome	MDS
National Cholesterol Education Program	NCEP
National Cholesterol Education - Adult Treatment Panel III	NCEP-ATP III
Organização Mundial da Saúde	OMS
Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais	PNPCT
População Economicamente Ativa	PEA
Programa Brasil Quilombola	PBQ
Programa de Aquisição de Alimentos	PAA
Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento	PNUD
Rede Interagencial de Informação para a Saúde	RIPASA
Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial	SEPPIR
Sistema Único de Saúde	SUS
Serviço Nacional de Saúde	SNS
Sistema de Informações sobre Mortalidade	SIM
Sistema de Informações sobre Nascidos vivos	Sinasc
Sistema de Informações de Agravos de Notificação	Sinan
Síndrome Metabólica	SM
Unidade Básica de Saúde	UBS
Unidade da Federação	UF

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	REVISÃO DE LITERATURA	27
2.1	DESIGUALDADES EM SAÚDE	27
2.2	CRESCIMENTO POPULACIONAL E ENVELHECIMENTO	31
2.3	DOENÇAS RELACIONADAS COM O ENVELHECIMENTO	32
2.4	ACESSO À SAÚDE NO BRASIL.....	35
2.5	SAÚDE QUILOMBOLA NO BRASIL.....	39
3	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
4.1	ARTIGO 1	53
4.1.1	Resumo	53
4.1.2	Introdução	54
4.1.3	Metodologia	56
4.1.4	Resultados	58
4.1.5	Discussão	60
4.1.6	Considerações finais	64
4.1.7	Referências	65
5.2	ARTIGO 2	71
5.2.1	Resumo	71
5.2.2	Introdução	72
5.2.3	Metodologia	74
5.2.4	Resultados	76
5.2.5	Discussão	78
5.2.6	Considerações finais	80
5.2.7	Referências	81
6	CONCLUSÃO	87
	APÊNDICE A- Comprovante da submissão, artigo 1	89
	APÊNDICE B- Comprovante do aceite do aceite, artigo 2	90
	ANEXO A- Termo de Consentimento Livre Esclarecido	91
	ANEXO B- Termo de aprovação do Comitê de Ética da PUCRS	93
	ANEXO C- Formulário para coleta de dados envelhecimento quilombola	94
	ANEXO D- Ficha Fitossociológica	101

1INTRODUÇÃO

Na história da humanidade, várias mudanças aconteceram e nas últimas décadas, presencia-se o envelhecimento da população mundial (OMS, 2005; BRASIL, 2006). Estima-se que hoje existam 580 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, com previsão para 2020 que chegue a um bilhão, e até 2025 de acordo com dados OMS o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos (CASTEL, 1997; VERAS, 2003; OMS, 2005; BRASIL, 2006). Em decorrência do comportamento distinto entre as faixas etárias da população brasileira, com o aumento crescente do envelhecimento da população brasileira, e a manutenção da queda de fecundidade, em 2050, teremos 226 idosos de 60 anos ou mais para cada 100 crianças e adolescentes (BRASIL, 2010). Estudos observam que a mudança no perfil demográfico da população geral vem ocorrendo por causa da redução nos níveis de fecundidade e aumento da expectativa de vida ao nascer (OPAS, 2008), que em 2005 no Brasil chegou a 72 anos, porém com importantes diferenças por região e sexo (BRASIL, 2010).

Apesar da evolução crescente no número de idosos, envelhecer não significa adoecer. Porém, é importante ser consciente de que tal condição traz limitações físicas e funcionais, fragilidades e doenças que aumentam o tempo de permanência dos idosos nos serviços de saúde. Contexto que aumenta o perfil de morbimortalidade, maiores custos devido à necessidade de tecnologia complexa, equipe multiprofissional e despesas com tratamentos, gerando desafios às autoridades sanitárias na implantação de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados. Essa realidade é mais preocupante nos países em desenvolvimento, a exemplo o Brasil, com reflexos nas áreas da educação, saúde, política social, economia, pelo fato dessas mudanças

estarem acontecendo em meio a crises econômicas e desenvolvimento social precário, contexto oposto ao de países da Europa. Pensar nesta realidade desperta em gestores, profissionais e serviços de saúde o enfrentamento dos desafios na busca de soluções para aumentar a cobertura e melhorar a eficácia das terapêuticas oferecidas aos idosos (RAMOS *et al.*, 1987; VERAS, 1988; CAMARGO, 1995; VERAS, 2003; DINIZ & MEDEIROS, 2004; SANTOS *et al.*, 2009)

Um fato que marcou a história das Américas, particularmente o Brasil, foi a escravidão de milhares de africanos. Por décadas, os negros foram trazidos da África para as Américas e utilizados como escravos por motivos diversos, como mão de obra nas plantações de cana, café, e cacau, além da mineração, eram tidos como objetos de venda e acumulação de renda, status, dentre outros (MAESTRI, 1988; PEREGALLI, 1988; FUNARI, 2000; TEIXEIRA, 2002; CRIOLA, 2010; SILVA *et al.*, 2010)

No entanto, é importante destacar que onde havia escravidão existia também resistência, resultando na fuga de muitos, fugitivos que normalmente formavam grupos que receberam diferentes nomes nas Américas. No Brasil, eram chamados principalmente de quilombos e mocambos e seus membros, quilombolas, calhambolas ou mocambeiros. Essas populações vulneráveis, foram marginalizadas no passado e hoje mitigadas, lutam com dificuldade, mas vêm conquistando aos poucos sua autonomia, muitos contemplados na Constituição de 1988 (CASTEL, 1997; TEIXEIRA, 2002; LOPES, 2003; AYRES 2004; SANCHEZ & BERTOLIZZI, 2007; SILVA *et al.*, 2010).

No século XX, apesar das melhores condições materiais e de saúde das pessoas, as dificuldades em saúde ainda persistem, o que indica que o direito a saúde continua predominante nas mãos das classes sociais mais abastardas

(CABRAL *et al.*, 2002; LIMA, 2010). Por isso é importante realizar pesquisas que estudem o impacto das inter-relações entre classe social e raça na área de saúde, pois é um campo promissor tanto de investigação quanto de intervenção nas desigualdades de saúde (CHOR & LIMA, 2005).

Diante da situação de vulnerabilidade dos quilombolas e de outros grupos, os gestores percebem a necessidade de minimizar as desigualdades para alcançar a promoção da justiça social (BRASIL, 2010). Esse posicionamento é positivo, pois está em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, que possui a equidade (oferta de tratamento específico para os grupos que precisam de maior atenção) e diretrizes que também congregam o direito universal e integral de acesso aos serviços de qualidade para todos. Todo esse quadro desemboca em inúmeros desafios para gestores, pesquisadores, profissionais de saúde, enfim, toda a sociedade (BATISTA & KALCKMANN, 2003; BATISTA & ESCUDER, 2003; IPEA, 2008; CRIOLA, 2010).

A escolha pelo estudo dos idosos no Estado do Piauí se deu por causa dos baixos avanços no panorama da saúde piauiense, estado que detém um dos menores índices nos indicadores de saúde entre os demais estados brasileiros (CHAIMOWICZ, 1997; IBGE, 2002; SCHRAMM *et al.*, 2004; SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PIAUÍ, 2008; OPAS, 2008; IBGE, 2009). Situação explicada através da análise do quadro epidemiológico brasileiro que revela altos índices de morbimortalidade relacionados a fatores ambientais, em particular com as precárias condições de saneamento básico, baixa oferta e qualidade dos serviços de abastecimento de água, esgotamento sanitário, drenagem urbana, resíduos sólidos e precárias condições de moradia, que elevam os casos de doenças (diarreias, verminoses, hepatites, doença de Chagas, malária, dengue, leptospirose, infecções

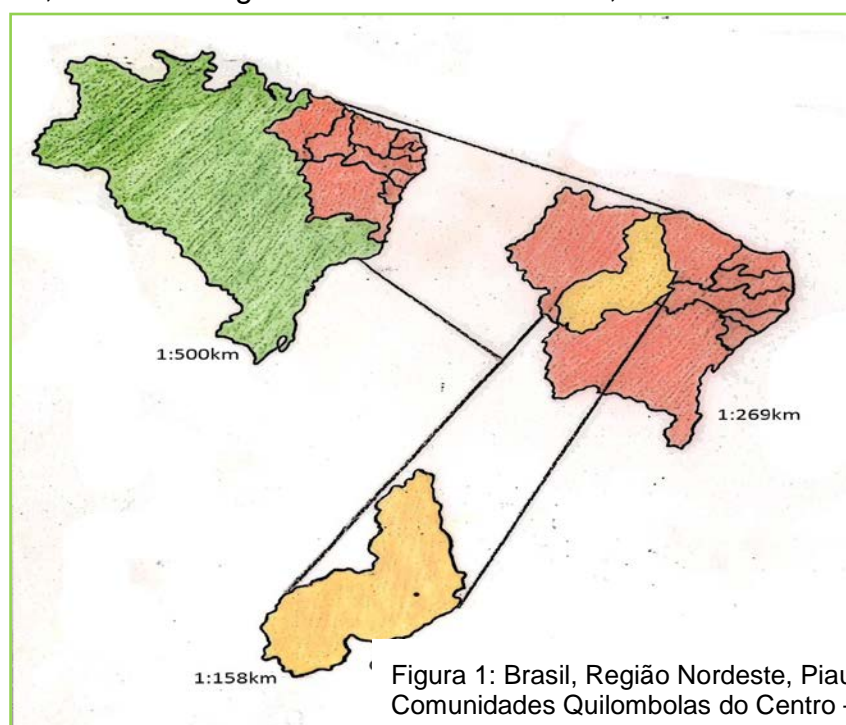
cutâneas e outras). Em 2005, por exemplo, o Piauí, teve a menor cobertura (78,9%) de coleta direta de lixo pela rede pública, também foi, entre os estados, o quarto lugar sem serviço de rede coletora pública de esgotamento sanitário (BRASIL, 2010).

Além disso, se constata carência de estudos dentro da área de saúde envolvendo o idoso quilombola, que precisa de uma assistência de saúde diferenciada devido às características culturais, históricas, e fisiológicas tão peculiares a esses grupos étnicos. Também por se tratar de um campo fértil de uma problemática de cunho social com urgente atenção para realização de pesquisas no Piauí.

Diante do exposto o objetivo geral da tese foi analisar a relação entre as características de acesso de saúde e assistência prestada na atenção básica dirigida aos adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas, associado ao perfil epidemiológico e sociocultural da comunidade onde vivem. E como objetivos específicos:- Identificar se as questões de acesso, por exemplo, a distância entre a residência dos adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas e o posto de saúde estão relacionadas com a frequência de atendimento na unidade básica de saúde;- Observar a frequência de doenças relacionadas com o envelhecimento (Síndrome Metabólica) e as necessidades de saúde dos adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas;- Conhecer a estrutura de cobertura de saúde oferecida na atenção básica e se ela atende as necessidades de saúde dos adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas;- Conhecer as práticas e recursos naturais e tradicionais de saúde de suas comunidades, como por exemplo, plantas medicinais;- Verificar em que circunstâncias os adultos e idosos de comunidades remanescentes

quilombolas, procuram pelas práticas e recursos de saúde de suas comunidades e quando eles procuram os serviços médicos locais. As hipóteses levantadas na tese são as seguintes: H0: não existe relação entre a distância da residência dos adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas, e a unidade básica de saúde e a chance de ele ter consultado na unidade básica nos últimos seis meses em detrimento da procura inicial por conhecimentos tradicionais de saúde, recursos naturais encontrados na comunidade. H1- quanto maior a distância geográfica da residência dos adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas, e a unidade básica de saúde menor a chance de ele ter consultado na unidade básica nos últimos seis meses e maior a chance de ter procurado inicialmente por conhecimentos tradicionais de saúde, recursos naturais encontrados na comunidade.

A área de estudo, como mostra a figura 1, se caracteriza através de trabalho de campo realizado em todas as comunidades quilombolas localizadas em quatro municípios do Estado do Piauí, são eles: Alagoinha do Piauí, Paquetá, Picos e São João da Varjota, todos na Região Centro – Sul do Piauí, como mostra a Figura 2.



Viabilizada através das secretarias municipais de saúde de cada município, sendo de modo mais aproximado com os agentes comunitários de saúde responsáveis por cada comunidade quilombola estudada.

Figura 1: Brasil, Região Nordeste, Piauí e Comunidades Quilombolas do Centro – Sul do Piauí.

Quando realizado um censo juntamente com os agentes comunitários de saúde todo somaram-se 269 adultos e idosos remanescentes quilombolas, os quais foram convidados a participar da pesquisa, e no final 198 pessoas participaram.

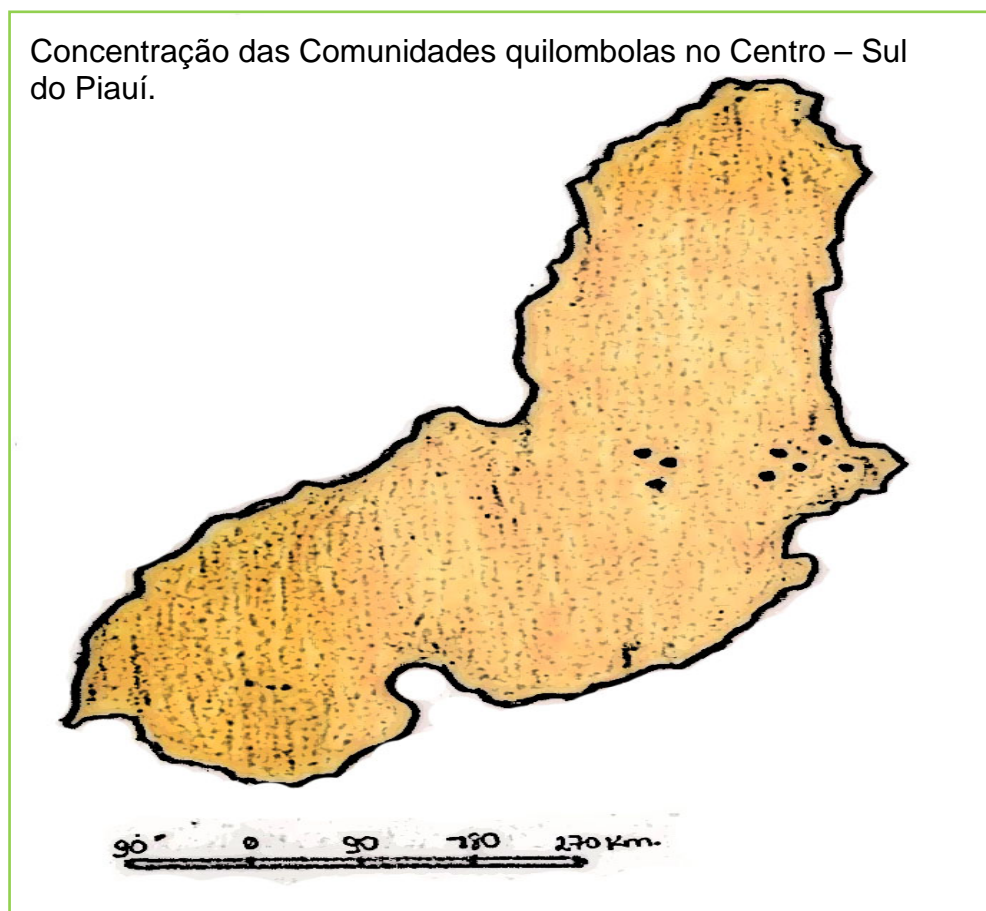


Figura 2: Concentração das Comunidades Quilombolas no Centro – Sul do Piauí.

De acordo com a Figura 3, as comunidades quilombolas estudadas vivem da agricultura, cultivando pequenas hortas, da mandioca, milho e feijão no inverno, e do artesanato, batendo carnaúba, de recursos sociais governamentais como bolsa família, distribuição de cestas básicas, ou saída dos homens em busca de trabalhos variados em outros estados, isso no período do verão, ou em tempos de seca.



Figura 3: Atividades agrícolas e artesanais.

Normalmentepara chegar nessas comunidades rurais se anda por vários quilômetros, percorrendo e atravessando passagens molhadas, pistas de piçarra e trechos arenosos, riachos. Como pode ser visto através das Figuras 4 e 5.



Figura 4: Acesso geográfico para chegar nas comunidades, riachos, aridez.



Figura : Acesso geográfico para chegar nas comunidades, riachos, aridez.

A maioria das comunidades moram em casas simples e modestas, rústicas, construídas de barro e de sapé. Figura 6: Tipo de moradia das comunidades quilombolas rurais estudadas.



Figura 6: Tipo de moradia das comunidades quilombolas rurais estudadas.

A presente tese foi estruturada em três capítulos. O primeiro capítulo, a introdução situa o leitor no grande tema, apresenta os objetivos e hipóteses e traz a caracterização da área de estudo. No segundo capítulo temos a revisão bibliográfica, e o terceiro versa sobre os resultados da pesquisa através de dois artigos, escritos para publicação em periódicos indexados.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Desigualdades em saúde

De alguma maneira as desigualdades sociais nos são familiares, pois se configuram em experiência contínua coletiva e individual, dentre as principais dimensões das desigualdades temos, educativas e socioeconômicas. Por sua vez, elas sempre estão em contínua modificação, são variadas, difíceis e confusas, quanto a sua realidade, reflexão sobre elas, suas causas e consequências (COSTA, 2012).

Nos últimos anos, principalmente com o início da crise econômica em 2008, o tema das desigualdades sociais, até então encoberto, voltou a ser assunto de destaque e discussão recorrente na esfera política - midiática, com objetivo de promover sociedades inclusivas (COSTA, 2012; ALMEIDA, 2013). O ato de estudar as desigualdades é muito importante porque promove uma compreensão geral de como as relações sociais acontecem, para avaliar a eficácia das políticas públicas e contribui para o conhecimento dos cidadãos (ALMEIDA, 2013).

No estudo das desigualdades sócias contemporâneas temos a contribuição de um sociólogo sueco, GöranTherborn, que identifica três dimensões de desigualdades, "desigualdades vitais" (concentram as desigualdades em relação à vida, a morte e a saúde dos indivíduos), "desigualdades existenciais" ("desigualdades de reconhecimento dos indivíduos humanos enquanto pessoas" (THERBORN, 2006: 7), sua liberdade, direitos, reconhecimento e respeito que indivíduos e grupos podem usufruir em sociedade), "desigualdades de recursos" (das três tem sido o objeto de análise mais frequente por parte da sociologia e outras ciências sociais, engloba desigualdades de rendimentos e de riqueza, de

escolaridade e qualificação profissional, de competências cognitivas e culturais, de posição hierárquica nas organizações e de acesso a redes sociais) (COSTA, 2012; THERBORN, 2006). Em geral elas estão estreitamente relacionadas, influenciando - se, muitas vezes de maneira aproximada e intensa, em outras situações de modo mais suave (COSTA, 2012).

As desigualdades sociais da saúde foram estudadas na Inglaterra na década de 70 através do Working Group on Inequalities in Health, baseado nos indicadores de mortalidade e morbidade dos britânicos, seu objetivo era refletir sobre as possíveis relações entre a classe social e a saúde, e resultou na publicação do relatório Black, destacado pelos pesquisadores do tema como o início de todas as discussões, na Europa, a respeito assunto (CABRAL *et al.* 2002; LIMA, 2010). Esse Relatório em ação serviu para compreender o porquê havia desigualdades sociais na saúde no Reino Unido apesar dos 30 anos ou mais do Serviço Nacional de Saúde (NHS) acessível a todos (LIMA, 2010).

Segundo Cabral *et al.* (2002) no relatório Black, a mortalidade e morbidade, também o rendimento foram as variáveis mais utilizadas para estudar as desigualdades perante a saúde, juntamente com trabalho, escolaridade, estilo de vida. Em alguns países da Europa, como Portugal, ainda há poucos estudos que expliquem as desigualdades na saúde, principalmente as relacionadas às questões socioeconômicas (LIMA, 2010).

Segundo a RIPSAN analisar o estado de saúde da população muito contribuiu para a saúde pública, e seu início se deu através do registro contínuo de dados de mortalidade e de sobrevivência, e depois com os avanços no controle e compreensão sobre saúde e seus determinantes sociais, passou - se a averiguar outras dimensões do estado de saúde, como: morbidade, incapacidade, acesso a

serviços, qualidade da atenção, condições de vida, fatores ambientais (saneamento básico), entre outros (RIPSA, 2008).

Para trabalhar séries temporais e dados comparativos internacionais globais sobre desigualdades econômicas, educativas, de saúde, dentre outros, criando gráficos estatísticos informativos, temos o website Gapminder (<http://www.gapminder.org>), onde grande parte de seus dados provem dos indicadores do PNUD (Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento, <http://www.undp.org>). Há dois indicadores comumente utilizados em desigualdades na saúde, são esperança de vida ao nascer e a mortalidade infantil, os informes do PNUD utilizam o primeiro para construir seus índices de desenvolvimento humano (COSTA, 2012).

No Brasil há um instrumento que analisa a saúde da população brasileira, são os Indicadores e Dados Básicos (IDB), que possui uma matriz de indicadores divididos em subconjuntos temáticos: demográficos (distribuição etária, por sexo e etnia da população), socioeconômicos, mortalidade, morbidade, fatores de risco, recursos de saúde (número de leitos hospitalares (SUS) por habitante, etc.) e cobertura (número de consultas médicas (SUS) por habitante, número de procedimentos diagnósticos por consulta médica (SUS), etc.). O material utilizado como fonte de informação para a construção desses indicadores são oriundos dos inúmeros Sistemas de informações do Ministério da Saúde (como: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos vivos (Sinasc), Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), etc.), outros sistemas de informações de instituições públicas, censos e pesquisas do Sistema Estatístico Nacional (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)), e de outros censos e pesquisas reconhecidos (RIPSA, 2008).

Carneiro *et al.* (2012) estudando fatores que influenciam nos indicadores de saúde no Brasil, como: econômicos (renda), sociais (escolaridade, o IDH bastante variado entre as UF), e ambientais (saneamento) concluiu que no Brasil foi a renda o que mais evoluiu nos últimos dez anos, pois a população mais pobre teve um aumento de sua renda superior a 52%. Esse fato é importante salientar porque a renda é o indicador que melhor representa a possibilidade de acesso aos produtos e serviços básicos para o bem estar e a qualidade de vida.

De um modo geral a análise de Carneiro *et al.* (2012) mostrou que nos municípios com os índices de IDH mais baixos houve importante melhora nos determinantes da saúde no período de 2000 a 2010. Em âmbito nacional, a queda da mortalidade infantil revela essa tendência global de melhoria nas condições de vida da população, fato que também influencia no acesso aos serviços básicos, como por exemplo na saúde.

Por outro lado também concluiu que um dos grandes desafios que o país precisa enfrentar é na área ambiental, especificamente na questão de saneamento básico, resultado de décadas sem investimento adequado no setor, porém a regulamentação da legislação nacional sobre o saneamento aprovada em 2007, foi um primeiro passo para implementar ações e investimentos para aumentar a cobertura e a melhoria real desses serviços oferecidos à sociedade brasileira (CARNEIRO *et al.*, 2012).

Idrovo *et al.* (2010) ao analisar se a relação entre a desigualdade de renda e a saúde humana é mediada pelo capital social, assim como a influência do regime político na distribuição de renda nos países, encontrou que a desigualdade de renda tem maior impacto direto sobre a esperança de vida ao nascer do que por meio do

capital social. Já o regime político age sobre a esperança de vida ao nascer através da desigualdade de renda. Ao final do estudo aqueles autores concluíram que a desigualdade de renda e o capital social têm efeitos diretos sobre a esperança de vida ao nascer, e que o modelo de regime de “classe /bem-estar” pode ser útil para compreender as desigualdades sociais e de saúde entre países, enquanto a hipótese de desigualdade de renda se limita a uma aproximação parcial útil para analisar diferenças dentro dos países (IDROVO *et al.*, 2010).

2.2 Crescimento Populacional e Envelhecimento

O mundo está envelhecendo muito rápido, e os países em desenvolvimento mais do que os desenvolvidos. Num futuro próximo, em 2050, pela primeira vez na história da humanidade, teremos mais idosos do que crianças com idade até aos 14 anos (OMS, 2008).

O envelhecimento da população brasileira acompanha uma tendência internacional impulsionada pela queda da taxa de natalidade e pelos avanços da biotecnologia. O Índice de Envelhecimento coloca o Brasil, nas próximas décadas, entre os países com mais acentuado ritmo de envelhecimento da população. Outro fenômeno mundial, mas bastante intenso no Brasil, é a distribuição quanto ao sexo da população idosa, sendo a maioria mulheres. Esse dado pode ser explicado pelas diferenças de expectativa de vida entre os sexos, pois em média, as mulheres vivem oito anos mais que os homens (IBGE, 2002; OPAS, 2009).

No Piauí, entre 1980 e 2007, o grupo etário com maior crescimento correspondeu aos adultos jovens de 30 a 39 anos (2,9%). Considerando toda a população com idade superior ou igual a 60 anos, o crescimento neste grupo etário foi da ordem de 2,7%, constituindo o segundo grupo etário com maior crescimento.

Também há evidências de aumento da expectativa de vida ao nascer e coexistência de doenças infecciosas e parasitárias e doenças crônico-degenerativas (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PIAUÍ, 2008). Essas mudanças na estrutura etária vêm ocorrendo por causa da intensa urbanização, mudança do papel econômico da mulher com conseqüente declínio da fecundidade, além da queda da mortalidade (CAMARGO, 1995; OPAS, 2007; OPAS, 2009).

A distribuição urbano-rural da população de idosos também vem se modificando com o passar das décadas, obedecendo à crescente urbanização no Brasil. A proporção de idosos residentes nas áreas rurais passou de 23,3% (1991) para 18,6% (2000). O grau de urbanização da população idosa acompanhou a tendência da população total, ficando em torno de 81% em 2000 (IBGE, 2002).

O processo de transição demográfica no Brasil é mais evidente nas regiões Sudeste e Sul, pois entraram mais cedo no processo de transição demográfica. Nas regiões Norte e Nordeste, o fenômeno também já é observado, mesmo tendo entrado mais tardiamente, em particular decorrente de um contínuo declínio das taxas de fecundidade total (CHAIMOWICZ, 1997; IBGE, 2002; SCHRAMM *et al.*, 2004; OPAS, 2007; OPAS, 2008; OPAS, 2009).

A taxa de mortalidade diminuiu nas últimas décadas, porém sua distribuição por causas de morte vem se modificando, esse fato é explicado pelo processo de transição epidemiológica, ou seja, as doenças infecciosas deixaram de ocupar o primeiro lugar em causas de morte, atualmente nesse lugar passou a predominar as doenças crônico-degenerativas e devido a causas externas devido ao aumento da violência(SCHRAMM *et al.*, 2004; OPAS, 2007; OPAS, 2008).

2.3 Doenças relacionadas com o envelhecimento

Pesquisadores em gerontologia conceituam o envelhecimento como um processo de vários anos ponderando o modo como os indivíduos crescem se desenvolvem e envelhecem (nos aspectos biológicos, psicológicos, e contextos sociais da senescência), refletindo sobre o quanto as diferenças crescem com o aumento da idade, por causa dos percursos individuais múltiplos e das formas diversas de adaptação que desemboca na heterogeneidade (PAÚL & RIBEIRO, 2012).

O envelhecimento implica aumento da longevidade, o que é um sinal positivo de conquista da humanidade, mas também necessita de treinamento de um olhar cuidadoso e constante que possa contribuir na construção de serviços inovadores para promover uma sociedade inclusiva, e assim, melhorar as condições das pessoas idosas nas instituições e comunidades (PAÚL & RIBEIRO, 2012).

Dentre os desafios dessa conquista temos a busca de meios de prevenção para as doenças que mais causam morte entre a população idosa (VERAS, 2012). Em 2003 as doenças mais comuns nessa faixa de idade, causadoras de mortalidade foram as do aparelho circulatório (cerebrovasculares e isquêmicas do coração), por causas mal definidas, doenças neoplásicas (destaque as da mama), respiratórias (pneumonias e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), e diabetes, o mesmo para os homens, embora nas neoplasias (a de próstata) ocupe o segundo lugar (FREITAS *et al.*, 2006).

Segundo o IBGE (2013), a mortalidades em idosos por causas mal definidas mostra a precariedade na assistência da saúde dos idosos. Veras (2012) reforça que é importante refletir sobre a heterogeneidade tão característica dessa população, o custo diversificado e elevado dos seus procedimentos de saúde, e a quantidade insciente de especialistas em geriatria.

De acordo com o IBGE (2013), na Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, os principais fatores de risco para as principais doenças crônicas não transmissíveis (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) são o tabagismo, álcool, sedentarismo, alimentação inadequada (ingestão insuficiente de frutas, verduras e demais grupos de alimentos), sal em excesso (OLIVEIRA & MOREIRA, 2010), obesidade e dislipidemias (causadas pelo consumo em excesso de gorduras saturadas de origem animal).

A Síndrome Metabólica (SM) foi observada nos anos 80 pelo pesquisador Reaven, que associou a obesidade com hipertensão, alterações na glicose e no colesterol, e que esses males possuíam um ponto em comum, a resistência insulínica, que por sua vez, é a dificuldade da insulina em exercer suas inúmeras ações no organismo, a exemplo, o metabolismo das gorduras. A SM é caracterizada pelo agrupamento de fatores de risco cardiovascular, por isso o grande interesse dos pesquisadores no seu estudo (SBEM, 2014).

Os dois critérios mais aceitos para definir a SM são os da OMS e os do NationalCholesterolEducationProgram (NCEP)(SBEM, 2014). De acordo com a definição conforme os critérios do *NationalCholesterolEducation - AdultTreatmentPanel III (NCEP-ATP III)*(LORENZO *et al.*, 2007), seus portadores são aqueles que possuem três ou mais critérios identificados, como: alteração dos níveis de glicemia (≥ 100 mg/dL ou uso de medicamentos hipoglicemiantes), de colesterol - HDL (< 40 mg/dL para homens e < 50 mg/dL para mulheres ou uso de medicamentos hipolipemiantes), de triglicérides (≥ 150 mg/dL); medida da circunferência abdominal (≥ 102 cm para homens e ≥ 88 cm para mulheres)(KISSEBAH & KRAKOWER, 1994),

e pressão arterial sistêmica ($\geq 130/85$ mm Hg, ou uso de antihipertensivo) (GRUNDY *et al.*, 2004).

Seu tratamento é complicado, pois geralmente depende de tratamento medicamentoso para corrigir as alterações, mudança nos hábitos de vida de seu portador, ou seja, evitar seus fatores de risco, adotando ações saudáveis, principalmente relacionados a uma dieta balanceada individual e atividade física regular para evitar suas complicações (SCHERER & VIEIRA, 2010; COELHO *et al.*, 2009). A complexidade do tratamento é devido à adoção de dieta balanceada e do resgate da atividade física regulares, pois são medidas que dependem mais da determinação dos pacientes do que da equipe multiprofissional que os acompanha nesse percurso.

A síndrome metabólica é uma doença que normalmente aumenta sua incidência com o avanço da idade, no envelhecimento, sendo mais frequente entre os africanos, hispânicos, americanos nativos e asiáticos (SBEM, 2014) e que aumenta sua prevalência nas mulheres, principalmente nas asiáticas, durante a pré – menopausa e menopausa (MENDES *et al.*, 2012). Por isso estudos sobre a síndrome metabólica devem ser realizados em toda população idosa no Brasil, contemplando também aqueles de tribos indígenas (ROCHA *et al.*, 2011), bem como de comunidades de remanescentes quilombolas.

2.4 Acesso à Saúde no Brasil

O Brasil ocupa o 85º lugar no Ranking Índice de Desenvolvimento Humano Global 2012, seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,730 (PAIXÃO, 2003; OPAS, 2007; PNUD, 2014). Reflexo das mudanças no cenário nacional, com o aumento do Produto Interno Bruto em 2003, sendo mais elevado na região

Sudeste em relação à região Nordeste. Porém a distância da pobreza entre os grupos populacionais de maior e menor renda não diminuiu significativamente neste mesmo período, sobretudo para a população negra e parda em relação a população branca (NERI & SOARES, 2002; OPAS, 2007).

Vê-se que ainda é predominante a desigualdade socioeconômica entre grupos de população e regiões (ANTUNES & NARVAI, 2010). Por isso a violência urbana tem sido crescente, afetando a qualidade da vida e a segurança da população. Violência mais ampla entre homens jovens negros (CHOR & LIMA, 2005) que apesar dos esforços do governo para equacionar este problema, os resultados correspondentes ainda deixam muito a desejar (PAIXÃO, 2003; OPAS, 2007).

Além da violência, outro problema presente, agora de ordem epidemiológica, é a crescente prevalência das enfermidades crônicas em detrimento das doenças transmissíveis nos países em desenvolvimento. Estima-se que 75% a 80% dos idosos têm pelo menos uma doença crônica, o que resultaria num contingente de 27 milhões, em 2025, e de 50 milhões, em 2050. Considerando a incapacidade funcional, em 2025, teremos 6,7 milhões de idosos com inevitável necessidade de cuidados e atenção médica, e 12 milhões, em 2050 (OPAS, 2009). Apesar da mudança epidemiológica, o Brasil tem mantido a continuidade e persistência de suas políticas públicas nacionais de saúde com campanhas de vacinação para manter sob controle doenças imuno-preveníveis, como sarampo, rubéola, difteria, tétano, poliomielite e hepatite. E entre a população de adultos maiores tem conseguido recentemente reduzir a incidência de influenza (SCHRAMM *et al.*, 2004; OPAS, 2007).

Paralelo a tantas transformações, há cerca de vinte anos o Brasil viveu o movimento da Reforma Sanitária, em que a saúde deixou de ter caráter

curativo/individual/integral, sendo também um direito de todo cidadão e dever do Estado promovê-la. Direito constituído legalmente na Constituição Federal de 1988, através das Leis Federais nº: 8080/90 e 8142/90 que normatizaram o Sistema Único de Saúde (SUS)(PAIM, 1999; TRAVERSO-YÉPEZ & MORAIS, 2004; CUNHA, 2005; MELO *et al.* 2005; NUNES, 2006; PINHEIRO & MATTOS, 2006; BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007b).

Com a implantação do SUS começou a ocorrer a descentralização da saúde, processo que levou os municípios a passarem lentamente, a se responsabilizar pela gestão e oferta de serviços, processo com vários obstáculos, envolvendo novos atores e contextos locais diversos. No entanto, a maior dificuldade encontrada é entender o modo como ocorreu o impacto dessas mudanças decorrentes do envelhecimento populacional na reorganização estrutural, formação dos sistemas locais, extensão e qualidade na assistência, isto é, as condições de assistência e acesso aos serviços de saúde dirigida às pessoas que atualmente mais precisam do sistema de saúde (PAIM, 1999; TRAVERSO-YÉPEZ & MORAIS, 2004; CUNHA, 2005; MELO *et al.* 2005; NUNES, 2006; PINHEIRO & MATTOS, 2006; BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007b).

Ainda precisa ser considerada a relação entre envelhecimento e urbanização, pois as necessidades de saúde nas áreas urbanas são diferentes das áreas rurais. Sabe-se que as cidades mais urbanizadas possuem maiores proporções de idosos, por isso recentemente foi criado um projeto mundial, o Guia Global: Cidade Amiga do Idoso, que considerou o conceito da OMS sobre envelhecimento ativo, como uma parte do ciclo vital que depende de vários fatores que favorecem a saúde, a participação e a segurança de idosos. Por isso este guia tem por objetivo sensibilizar

e articular as cidades para que se tornem mais amigas dos idosos, usufruindo o potencial que representam para a humanidade (OPAS, 2009).

Para aumentar a cobertura e melhorar a eficácia das terapêuticas oferecidas aos idosos, é necessária atenção especial por parte das políticas governamentais de saúde pública, bem como uma sociedade mais informada para enfrentar esse novo contexto, principalmente porque proteger idosos e melhorar sua qualidade de vida em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento depende ainda quase que exclusivamente de ações governamentais (RAMOS *et al.*, 1987; VERAS, 1988; CAMARGO, 1995). Alguns autores relatam sobre esse fenômeno, que apesar dos esforços, ainda existe muita desinformação que dificulta a superação dos desafios e a reformulação do modelo de assistência aos idosos (VERAS, 1988; CAMARGO, 1995; VERAS, 2003; OMS, 2005; BRASIL, 2006; FLORIANI & SCHRAMM, 2006).

Como foram relatados, os cuidados de saúde necessários para a população de mais de 60 anos de idade são diferentes daqueles apresentados para o restante da sociedade, pois requerem investimentos consideráveis em recursos físicos, medicamentos, pessoal capacitado e procedimentos tecnológicos. Entretanto, à medida que o tempo passa a quantidade de pessoas potenciais para o cuidado com idosos também vem diminuindo. Estima-se que em 2050, haverá apenas duas para cada idoso de 75 anos e mais, comparados com cinco, existentes em 2000 (CHAIMOWICZ, 1997; OPAS, 2009).

Essa forte tendência do envelhecimento populacional estabelece desafios nas próximas três ou quatro décadas, para as políticas públicas sociais de serviços e benefícios que permitam ao idoso uma vida digna e ativa. Situação que depende exclusivamente da solidez das políticas de seguridade social (previdência,

assistência social e saúde) (CHAIMOWICZ, 1997; OPAS, 2007; OPAS, 2008; OPAS, 2009).

2.5 Saúde Quilombola no Brasil

Após a abolição da escravatura houve no país uma ausência de políticas públicas voltadas para a população negra, situação modificada a partir da Constituição de 1988, e na área de saúde com a conquista do Sistema Único de Saúde. Entretanto isso não foi o bastante para lhes garantir saúde. Dentre os maiores entraves, há o racismo, que torna difícil o acesso dessa população a esses serviços (CRIOLA, 2010; IPEA, 2008; SILVA *et al.*, 2010, ARAÚJO *et al.*, 2010). Soma-se a esse quadro o fato de que a maioria das comunidades quilombolas são rurais, o que torna mais complexo de ser realizado o seu acesso à saúde (SEPIR, 2014).

Entretanto, a população negra com o apoio de seus movimentos sociais criou já desde os anos 80 inúmeras propostas para auxiliar o país, e ao SUS. Recentemente a população negra garantiu grandes conquistas na área de saúde, e também a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra/PNSIPN em 2006, e em 2010 a aprovação do Estatuto da Igualdade Racial (Lei 12.288) (CRIOLA, 2010).

É importante destacar que a saúde da população negra deve ser compreendida sobre três aspectos: político que discuti a influência do racismo nas condições de vida e saúde da população negra; a ciência que deve incorporar os sistemas de matriz africana, seus principais elementos em saúde, a preservação da memória cultural, adaptar e (re)criar técnicas de alívio e cura (como uso de plantas, animais e minerais), modelos de diagnósticos (consultas a búzios, cartas, santos e

orixás), rezas, cânticos, danças, culinária, e comunidadee existência (axé, expressões dinâmicas da força); e por último a cultura africana que influencia suas visões de mundo e práticas de saúde. Esse último aspecto também mostra a necessidade de articular saberes científicos e tradicionais, como forma de potencializar e alcançar a promoção da saúde da população negra (CRIOLA, 2010).

No Brasil, os estudiosos referem que as doenças e agravos prevalentes na população negra são: a) de natureza genética (anemia falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite; b) relacionadas as condições desfavoráveis (desnutrição, anemia ferropriva, anemia falciforme é majoritária em negros do mundo inteiro, sendo a do tipo Banto, a mais grave, predominante no Brasil, doenças do trabalho, DST/HIV/Aids, mortes violentas, alta mortalidade infantil, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas)e, c) de evolução agravada ou tratamento dificultado (hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses⁶⁵). Doenças que suscitam abordagem específica sob a pena de se inviabilizar a promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2010).

A partir da atuação do movimento socioambientalista no cenário nacional, desde a década de 1980, emergiu o termo “Povos e Comunidades Tradicionais”. Em 2007 o governo brasileiro realizou um grande avanço, ao reconhecer a necessidade de viabilizar ações públicas para essas populações instituindo a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT) através do Decreto nº 6.040/2007 (BRASIL, 2007).

Decreto que defini Povos e Comunidades Tradicionais no seu artigo 1º, como:

“1 - Povos e Comunidades Tradicionais: grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e

recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição” (Brasil, Decreto 6.040/2007, art. 3º par. I).

Os remanescentes quilombolas estão incluídos nessa classificação, pois são comunidades negras rurais que possuem descendência escrava e vivem do cultivo de subsistência, sua cultura tem grande vinculação ao passado e ao seu território. E transferidas ao longo de séculos, influenciando as culturas regionais e nacionais, e por elas sendo influenciada, entretanto conservando sua originalidade e diferenças (BRASIL, 2007; DIEGUES & VIANA, 2004; DIEGUES, 2008; GERMANO, 2008; SILVA, 2008). Na academia existem vários debates sobre populações nativas, tribais, indígenas, não indígenas e tradicionais que vão desde a sua denominação até seu conceito (DIEGUES & VIANA, 2004; BRASIL, 2007).

A Associação Brasileira de Antropologia (ABA) considera que:

“Quilombos não são grupos isolados ou uma população homogênea em sua composição racial, ou seja, a raça negra da população não pode ser utilizada como único critério para a definição desse grupo étnico; também esses grupos nem sempre são descendentes de escravos fugidos, mas “(...) consistem em grupos que desenvolveram práticas cotidianas de resistência na manutenção e reprodução de seus modos de vida característicos e na consolidação de um território próprio” (O’DWYER, 2002).

Essa definição representa um avanço, pois tenta deixar no passado a abordagem de 1740 do Conselho Ultramarino, que definiu quilombo como:

“Toda habitação de negros fugidos, que passem de cinco, em parte despovoada, ainda que não tenham ranchos levantados e nem se achem pilões nele” (ALMEIDA, 2002).

Na Constituição Federal de 1988, em Ato das Disposições Constitucionais Transitória, Art. 68, garante aos remanescentes quilombolas a propriedade das terras que ocupam, devendo o Estado garantir sua titulação. Através do decreto nº. 4887/2003:

Consideram remanescentes das comunidades dos quilombos, os grupos étnicos-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”(INCRA, 2014).

O decreto nº. 4887/2003 também deixa à cargo do Ministério de Desenvolvimento Agrário (MDS), através do Instituto de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), o critério de identificação, reconhecimento, demarcação, delimitação e titulação das terras ocupadas pelos remanescentes quilombolas (INCRA, 2014).

Essa discussão sobre o conceito e denominação dos remanescentes quilombolas é importante porque permitiu a criação de inúmeras políticas públicas, direcionadas às suas necessidades territoriais, sociais, econômicas e culturais, localizadas em área urbana ou rural, onde as comunidades quilombolas são predominantes. Também com mesmo valor a realização dos estudos antropológicos que vem sendo feitos desde os anos 1990, sobre comunidades negras, para reconhecê-los como remanescentes quilombolas e regularizar suas terras, e mostrar a preocupação dos atuais descendentes, assim como seus ancestrais, em transmitir as demais gerações sua história servil, sofrida e de luta (GERMANO, 2008).

Segundo as pesquisas sobre desigualdades étnico-raciais, a área de saúde tem sido pouco estudada (ARAÚJO *et al.*, 2010). Alguns indicadores como analfabetismo, desemprego, expectativa de vida ao nascer, mortalidade e outros, demonstram o quanto a discriminação racial prejudica e traz desvantagens econômicas e sociais para estes grupos (CHOR & LIMA, 2005; ARAÚJO *et al.*, 2010). A taxa de analfabetismo entre os grupos com mais de 15 anos em 2005 era de 11,1% (8,4% na população urbana e 25,0% na população rural), sendo na região Nordeste a taxa de 21,9%, na região Sul 5,9%, e a população negra tem grau de analfabetismo bem mais elevado que a população branca, sendo 13% dos negros

com idade a partir de 15 anos, e o maior percentual registrado no nordeste (OPAS, 2007; SAE, 2014).

A taxa de desemprego passou de 6,2% da população em 1993 para 9,3% em 2005, enquanto nas regiões metropolitanas ela cresceu de 9,2% para 13% neste mesmo período. O emprego no setor formal da economia passou de 55,5% para 49,7% da População Economicamente Ativa (PEA) neste período, afetando esse crescimento do desemprego mais duramente as mulheres, os negros e os grupos com menor escolaridade (OPAS, 2007)

A esperança de vida ao nascer, intitulada por Lopes(2005) de desesperança ao nascer, aumentou de 67 anos para 72 anos entre 1991 e 2005, mas para a população negra este incremento na esperança de vida não ocorreu igual ao da população branca (LOPES, 2005; OPAS, 2007). Indicador que certamente pode estar relacionado com a mortalidade precoce e predominante existente entre indígenas e pretos. Esse quadro de desigualdades étnico-raciais em saúde pode ser explicado por causa das diferenças socioeconômicas que foram se perpetuando ao longo da vida, por gerações (CHOR & LIMA, 2005).

Nessa perspectiva, os indicadores mostram que grupos alijados historicamente como pobres, pardos, negros, índios e outros, em particular na saúde, enfrentam maiores dificuldades em exercer seus direitos, e este cenário é agravado com os problemas decorrentes do envelhecimento. Por esses motivos, a equipe de saúde precisa estar inteirada, ter consciência que suas ações interferem na qualidade da assistência no acesso e na satisfação do atendimento. Para que isso aconteça, é necessário exercer cotidianamente a compreensão sobre o que o idoso pensa e saber quais suas expectativas dentro do contexto onde está inserido. Essas medidas fortaleceram o vínculo entre quem cuida e quem é cuidado

(ABRÃO, 2003; BATISTA & ESCUDER, 2003; CRUZ, 2003; CHOR & LIMA, 2005; OLIVEIRA, 2007)

Mediante a revisão de literatura verificou-se que as pesquisas dentro da área de saúde dirigida aos idosos quilombolas são restritas, quase inexistentes, e quando estudada, é realizada em conjunto com as demais faixas etárias. Na saúde, os estudos referentes a comunidades quilombolas tem-se concentrado mais em descobrir informações nessas comunidades referentes à profilaxia (contracepção e prevenção câncer de colo uterino), comportamento de algumas doenças (HTLV-1, hepatite B, hepatite C, câncer de colo uterino), dietética (insegurança alimentar e nutricional) e epidemiologia (mortalidade infantil)(OLIVEIRA *et al.*, 2002; YEH *et al.*, 2008; REIS *et al.*, 2008; RATHSAM-PINHEIRO *et al.*, 2009; NASCIMENTO *et al.*, 2009). Estudos relacionados às questões de acesso à saúde ainda são pouco estudadas. De acordo com Anjos (2003) realidade como essa inspira reflexões, já que são populações carentes de quase tudo.

Depois da Constituição de 1988, as comunidades quilombolas passaram a ser mapeadas, devido à regulamentação das terras pelo INCRA, FCP, MDS, SEPPIR e outros. Nesse contexto criou-se o Programa Brasil Quilombola (PBQ) em 2004, e depois foi instituída a Agenda Social Quilombola (Decreto 6.261/2007) para desenvolver ações articuladas entre os diversos órgãos governamentais. No objetivo de fomentar as comunidades quilombolas, o acesso à terra, infraestrutura e qualidade de vida, desenvolvimento local e inclusão produtiva e garantir seus direitos e cidadania (SEPPIR, 2012).

Os maiores investimentos realizados pelo Brasil para comunidades quilombolas estão concentrados em saneamento incluindo água para todos com implantação de sistemas de abastecimento de água, habitação, energia elétrica

através do Programa Luz para Todos, na saúde com aumento do número de equipes de saúde da família e de saúde bucal, educação com maior concentração (67,99 %) das escolas na região nordeste. Além de inclusão digital, inclusão produtiva e desenvolvimento local através da compra dos alimentos produzidos nas comunidades quilombolas pelo Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), direitos e cidadania (SEPPIR, 2012).

Temos hoje no Brasil, 2.408 comunidades certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP), sendo 63% delas no nordeste. Existem 1.167 processos abertos para titulação de terras no INCRA, 193 comunidades tituladas com área total de 988,6 mil hectares, beneficiando 11.991 famílias (SEPPIR, 2012).

3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÃO, A. C. F. V. Humanização da assistência e tecnologia. Revista Acta, 2003; 16(4): 5-7.

ALMEIDA, J. F. Desigualdades e perspectivas dos cidadãos. Portugal e a Europa. Lisboa: Editora Mundos Sociais: 2013.

ALMEIDA, F. O bom negócio da sustentabilidade. Editora: Nova Fronteira; 2002.

ANJOS, J. C. Raça e pobreza rural no Brasil Meridional: a comunidade de São Miguel dos Pretos: um estudo de caso. Teoria e Pesquisa; 42 e 43: 199-220.

ANTUNES, J. L. F& NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. Rev. Saúde Pública, 2010, 44(2): 360-5.

ARAÚJO, E. M.*et al.* Desigualdades em saúde e raça/cor da pele: revisão da literatura do Brasil e dos Estados Unidos (1996 – 2005). Saúde Coletiva, 2010; 7(40): 116 – 121.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 2004; 8(14): 73-92.

BATISTA, L. E. & KALCKMANN, S. O Compromisso do Governo é incluir socialmente a população, especialmente os mais carentes. Boletim do Instituto de Saúde, 2003; 31: 3.

BATISTA, L. E. & ESCUDER, M. M. L. Desigualdades raciais em saúde. BIS-Boletim do Instituto de Saúde, 2003; 31:16-17.

BRASIL. 2007. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm. Acesso em: 24 de março de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1). Brasília: CONASS; 2007a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 12). Brasília: CONASS; 2007b.

CABRAL, M. V.; SILVA, P. A.; MENDES, H. Saúde e Doença em Portugal. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais; 2002.

CAMARGO, JR. K. R. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. *Hist. Cienc. Saúde-manguinhos*, 1995; 2(1): 158-160.

CARNEIRO, F. F. *et al.* Saúde ambiental e desigualdades : construindo indicadores para o desenvolvimento sustentável . *Ciência&Saúde Coletiva* , 2012; 17(6):1419-1425.

CASTEL, R. A. Dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade a “desfiliação”. *Caderno CRH*. 1997; 10(26): 19-40.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos Idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública*, 1997;31(2): 184-200.

CHOR, D. & LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2005; 21(5): 1586-1594.

COELHO, C. F. & BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. *Rev. Nutr.*, 2009; 22(6): 937-946.

COSTA, A. F. *Desigualdades sociais contemporâneas*. 1ª edição, Lisboa: Editora Mundos Sociais; 2012.

CRIOLA. *Saúde da população negra. Passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação de políticas públicas*. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Boll; 2010.

CRUZ, I. C. F. Escravismo, racismo e exclusão são fatores de risco da hipertensão arterial em negros? *BIS - Boletim do Instituto de Saúde*, 2003; 31: 23-26.

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec; 2005.

DIEGUES, A. C. & VIANA, V. M. *Comunidades tradicionais e manejo dos recursos naturais da Mata Atlântica*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC: NUPAUB: CEC; 2004.

DIEGUES, A. C. *O mito moderno da natureza intocada*. 6ª ed. São Paulo: HUCITEC: NUPAUB; 2008.

DINIZ, D. & MEDEIROS, M. Envelhecimento e alocação de recursos em saúde. *Cad. de Saúde Pública*, 2004; 20(5): 1154-1155.

FLORIANI, C. A. & SCHRAMM, F. R. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. *Cad. Saúde Pública*, 2006; 22(3): 527-534.

FREITAS, E. V., *et al.* *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Kooga; 2006.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. Comunidades quilombolas no Piauí. Disponível em <http://www.palmares.gov.br/quilombola/?estado=PI#>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2014.

FUNARI, P. P. A. A arqueologia de Palmares: sua contribuição para o conhecimento da história da cultura afro-americana. In: Reis JJ, Gomes FS, organizadores. Liberdade por um fio: história dos quilombos no Brasil. 2 ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2000. p. 26-51.

GERMANO, I. Carnavais de Porto Alegre: etnicidade e territorialidades negras no sul do Brasil. In: Silva GF, Santos JA, Carneiro LCC orgaanizadores. RS negro: cartografias sobre a produção do conhecimento. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2008. p. 100-19.

GRUNDY, S. M. *et al.* American Heart Association, et al. Clinical management of metabolic syndrome: report of the American Heart Association/ National Heart, Lung, and Blood Institute/American Diabetes Association conference on scientific issues related to management. *Circulation*, 2004; 109(4): 551-556.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística . Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. Estudos e pesquisas, informação geográfica e sócioeconômica, n°: 32. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de Indicadores 2008. Rio de Janeiro; 2009.

IBGE. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 9: perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretora de Pesquisas Departamento de População e Indicadores Sociais; 2002.

IDROVO, A. J.; RUIZ-RODRÍGUEZ, M.; MANZANO-PATIÑO, A. P. Beyond the income inequality hypothesis and human health: a worldwide exploration. *Revista de Saúde Pública*, 2010; 44(4): 695-702.

INCRA. Legislação Quilombola Condensada. Disponível em: <http://www.incra.gov.br/index.php/estrutura-fundiaria/quilombolas/file/107-legislacao-quilombola-condensada>. Acesso em 03 de fevereiro de 2014.

IPEA. Desigualdades raciais, racismo e políticas públicas: 120 anos após abolição. Brasília: Diretoria de Estudos Sociais (Disoc); 2008.

KISSEBAH, A. H. & KRAKOWER, G. R. Regional adiposity and mortality. *Physiol Rev.*, 1994; 74 (4): 761-811.

LIMA, L. P. Percepção das desigualdades na saúde e no ambiente [Dissertação]. Lisboa (Pt): Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Psicologia Social e das Organizações; 2010.

LOPES, F. Raça, saúde e vulnerabilidades. BIS - Boletim do Instituto de Saúde, 2003; 31:7-11.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Cad. Saúde Pública, 2005; 21(5): 1595-1601.

LORENZO, C. *et al.* The National Cholesterol Education Program–Adult Treatment Panel III, International Diabetes Federation, and World Health Organization Definitions of the Metabolic Syndrome as Predictors of Incident Cardiovascular Disease and Diabetes. *Diabetes Care*, 2007; 30(1): 8-13.

MAESTRI, M. História da África negra pré-colonial. Porto Alegre: Mercado Aberto; 1988.

MELO, E. C. P.; CUNHA, F. T. S.; TONINI, T. Políticas de saúde pública. In: Figueiredo NMA. organizadores. Práticas de enfermagem: ensinando a cuidar em saúde pública. São Paulo: Yendis; 2005. p. 47-72.

MENDES, K. G. *et al.* Prevalência de síndrome metabólica e seus componentes na transição menopáusicas: uma revisão sistemática. Prevalence of metabolic syndrome and its components in the menopausal transition. *Cad. saúde pública*, 2012; 28(8): 1423-1437.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 2007.

NASCIMENTO, L. B. *et al.* Prevalência da infecção pelo HTLV-1, em remanescentes de quilombos no Brasil Central. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 42, n. 6, p. 657-660, 2009.

NERI, M. & SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública, 2002; 18(p.S): 77-87.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akeman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 19-40.

O'DWYER, E. C. organizadora. Quilombos: identidade étnica e territorialidade. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2002.

OPAS. Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações/Rede Interagencial de Informação para a Saúde: Ripsa. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.

OPAS. Rede Interagencial de Informações para Saúde. Informe de situação e tendências: demografia e saúde / Rede Interagencial de Informações para Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.

OPAS. Estratégia de Cooperação Técnica da OPAS/OMS com a República Federativa do Brasil, 2008-2012. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2007.

OMS (Organização Mundial de Saúde). Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Guia Global: Cidade amiga do idoso; 2009.

OLIVEIRA, C. J. & MOREIRA, T. M. M. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, 2010; 11(1): 76-85.

OLIVEIRA, S. G. Humanização da assistência: um estudo de caso. *Revista de Administração em Saúde*, 2007; 9(35): 55-62.

OLIVEIRA, S. F. *et al.* Heterogeneous distribution of hbs na hbc alleles in afro-derived Brazilian populations. *Int J Hum Genet*, 2002; 2(3): 153-159.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. & ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 473-88, 1999.

PAIXÃO, M. Os Indicadores de Desenvolvimento Humano (IDH) como instrumento de mensuração de desigualdades étnicas: o caso Brasil. *BIS - Boletim do Instituto de Saúde*, 2003; 31: 4-6.

PAÚL, C. & RIBEIRO, O. *Manual de gerontologia: aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa - Porto: Editora Lidel; 2012.

PEREGALLI, E. *Escravidão no Brasil*. São Paulo: Global; 1988.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p. 11-26.

PNUD (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO). Ranking IDH Global 2012. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDH-Global-2012.aspx>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2014.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO et al. *Política nacional de saúde da população negra: uma questão de equidade*. Documento resultante do Workshop Interagencial de Saúde da População Negra, 6, 7 dez., 2001. Brasília: PNUD/OPAS/DFID/UNFPA/UNICEF/UNESCO/UNDCP/UNAIDS/UNIFEM; 2001.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev. Saúde Pública*; 1987, 21(3): 211-224.

RATHSAM-PINHEIRO, R. H. *et al.* Ocular lesions in HTLV-1 infected patients from Salvador, State of Bahia: the city with the highest prevalence of this infection In Brasil. *Revista da Sociedade de Medicina Tropical*, 2009; 42(6): 633-637.

REIS, N. R. S. *et al.* Prevalence of hepatitis C vírus infection in quilomboremmant communities in central Brazil. *Rev. Inst. Med. Trop*, 2008; 50(6): 359-360.

RIPASA (Rede Interagencial de Informação para a Saúde). Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil : conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.

ROCHA, A. K. S. *et al.* Prevalência da síndrome metabólica em indígenas com mais de 40 anos no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 2011: 29(1): 41-5.

SAE (Secretaria de Assuntos Estratégicos). Banco de dados mostra situação da população negra do Brasil. Disponível em: <http://www.sae.gov.br/site/?p=11130>. Acesso em: 24 de março de 2014.

SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*, 2009; 14(1): 3-10.

SANCHEZ, A. I. M. & BERTOLIZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007; 12(2): 319-324.

SBEM, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Disponível em: <http://www.endocrino.org.br/sindrome-metabolica/>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2014.

SCHRAMM, J. M. A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004; 9(4) 897-908.

SCHERER F. &, VIEIRA, J. L. C. Estado nutricional e sua associação com risco cardiovascular e síndrome metabólica em idosos. *Rev. Nutr.*, 2010; 23(3): 347-355.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PIAUÍ. Análise da situação de saúde no Piauí, 2000-2007: aspectos demográficos, mortalidade e morbidade. Teresina: Governo do Estado do Piauí, Coordenação de análise, Divulgação de Situação e Tendência de Saúde; 2008.

SEPPPIR. Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de Ações Realizadas. Brasília: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; 2012.

SILVA, G. F.; SANTOS, J. A.; CARNEIRO, L. C. C. RS negro: cartografias sobre a produção do conhecimento. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2010.

SEPIR. Programa Brasil Quilombola: relatório de gestão 2012. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/comunidades-tradicionais/programa-brasil-quilombola>. Acesso em: 9 de fevereiro de 2014.

SILVA, P. S. Mediação social e políticas públicas nas comunidades remanescentes de quilombos do Rio Grande do Sul. In: SILVA, GF.; SANTOS, J. A.; CARNEIRO, L. C. C. organizadores. RS negro: cartografias sobre a produção do conhecimento. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2008. p. 182-96.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Cad. Saúde Pública, 2002; 18: 153-162.

THERBORN, G. The World. A beginner's Guide, Cambridge, Polity, (2011).

TRAVERSO-YÉPEZ, M. & MORAIS, N. A. *Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento*. Cad. Saúde Pública, 2004; 20(1): 80-88.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad. de Saúde Pública. 2003; 19(3): 705-715.

VERAS, R. P. Considerações acerca de um jovem país que envelhece. Cad. de Saúde Pública, 1988; 4(4): 382-397.

VERAS, R. P. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. Revista de Saúde Pública, 2012; 46(6): 929-934.

YEH, E. *et al.* Association of polymorphisms at the ADIPOR1 regulatory region with type 2 diabetes and body mass index in a Brazilian population with European or African ancestry. Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 2008; 41(6): 468-472.

4.1 Artigo 1

ACESSO DE SAÚDE PRESTADA AOS ADULTOS E IDOSOS DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS, DA REGIÃO CENTRO-SUL DO PIAUÍ.

ABSTRACTHEALTH CARE ACCESS TO ADULTS AND ELDERS IN THE QUILOMBO COMMUNITIES, SOUTH-CENTRAL REGION OF PIAUÍ

Janaína Alvarenga Aragão¹

Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

e-mail: jaa73@yahoo.com.br

Ângelo José Gonçalves Bós²

Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Gabriela Coelho-de-Souza³

Programa de Pós- Graduação em Desenvolvimento Rural, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

RESUMO Identificar se as questões de acesso, por exemplo, a distância entre a residência dos adultos e idosos remanescentes quilombolas e o posto de saúde estão relacionadas com a frequência de atendimento na unidade básica de saúde. Realizado coleta de março a dezembro de 2011 com 198 adultos e idosos quilombolas respondendo um questionário sobre dados sociodemográficas, clínicos, acesso de saúde (distância entre a residência e a UBS mais próxima) e uso de chás. 94,9% eram quilombolas rurais, onde 99,0% preferiam utilizar conhecimentos tradicionais de saúde, estando a distância entre a residência e a UBS associada nessa escolha. Portanto é preciso levar em consideração esses fenômenos na hora de formular

e aplicar políticas públicas de saúde nessas comunidades, prestando atenção ao seu legado cultural de saúde e repassado as futuras gerações.

Palavras-Chave: Quilombolas, Plantas Mediciniais, Envelhecimento, Acesso de saúde.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to identify if the health care access issues, for instance, the distance between the residence of the remaining adults and elders in the quilombo area and the free health clinic are related to the frequency of attendance to a basic health unit. The study was carried out within March and December of 2011 with 198 quilombola adults and elders responding to a survey about sociodemographic data, clinical data, health access (distance between the residence and the nearest basic health unit) and tea intake. 94.9% were rural quilombolas, from which 99.0% have not chosen to use the traditional medicine, being the distance between the residence and the basic health unit associated to this choice. Therefore, it is necessary to take these phenomena into account when health public policies are created and applied to these communities, considering their cultural legacy of health and applying this knowledge to the future generations.

Key-Words: Quilombolas, Medicinal Plants, Aging, Health Care Access

INTRODUÇÃO

O SUS existe a pouco mais de uma década, é inegável suas contribuições e efeito na saúde da população, em especial dos mais carentes. Seus resultados podem ser vistos nos informes, livros, pesquisas, e opiniões de especialistas, na área de prevenção, controle, tratamento de doenças, e promoção de saúde devido a atuação de vários programas de

qualidade distribuídos nos níveis de atenção, de baixa, média e alta complexidade (BRASIL, 2006).

Com o SUS foi possível perceber a saúde de antes e como é hoje, pensar nos avanços e nos obstáculos que tornam morosa sua decolagem, são eles: a universalização; o financiamento; o modelo institucional; modelo de atenção à saúde ; gestão do trabalho no SUS; e a participação social. Problemas compartilhados com a sociedade e amplamente discutidos na 14a Conferência Nacional de Saúde : Todos Usam o SUS . SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro (BRASIL, 2012), e na agenda daqueles diretamente envolvidos na luta (BRASIL, 2006).

Obstáculos que geram muitos conflitos a transpor, entre eles a viabilização da saúde no nível de atenção básica no cotidiano dos gestores, e profissionais da área na execução de ações de saúde com qualidade e garantir o acesso à saúde para toda população, seja urbana ou rural (MDS, 2009). O acesso à saúde é inadequado, e isso pode ser explicado através das diferenças brasileiras regionais em diversos indicadores apontados pelas pesquisas, e um dos motivos pode ser o reflexo do que é gasto pelo país em saúde, no Brasil dados mostram que o gasto público é menor do que a média dos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), situada em 70%, fato que dificulta o Brasil em chegar a um sistema de cobertura universal e com atendimento integral (PIOLA *et al.*, 2012) bem como responder as recentes necessidades geradas pela nova configuração demográfica, com um número crescente de idosos e doenças crônico - degenerativas (BRASIL, 2006).

Nesse contexto também podemos destacar a população negra e grupos étnicos como, por exemplo, os remanescentes de quilombolas, descendentes dos escravos transidos da África, espalhados pelo país, mas concentrados em pequenas comunidades, compostas por uma média de 200 famílias, localizadas em regiões de difícil acesso, devido à história de

rebelião ao cruel sistema servil que viviam, e das fugas formando os quilombos (BRASIL, 2010).

No país existem 1.834 comunidades certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP), sendo 63% delas no Nordeste (SEPIR, 2014), a maioria vivendo em condições de extrema pobreza e que enfrentam problemas relacionados desde a falta de acesso a saúde decorrentes de inúmeros fatores até problemas de acesso a terra, realidade também dos quilombolas piauienses (SANTOS & LIMA, 2013).

Dentre os fatores foram levantados anteriormente duas hipóteses alternativas nesse trabalho que poderiam explicar o acesso de saúde nessas comunidades, que são: a) quanto maior a distância geográfica da residência dos adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas e a unidade básica de saúde menor a chance de ele ter consultado na unidade básica nos últimos seis meses e maior a chance de ter procurado inicialmente por conhecimentos tradicionais de saúde, recursos naturais encontrados na comunidade; e b) quanto menor a dificuldade de acesso de saúde maior a chance dos adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas, ter se consultado nos últimos seis meses na unidade básica de saúde em detrimento da procura inicial somente por conhecimentos tradicionais de saúde, recursos naturais encontrados na comunidade.

Portanto o objetivo do artigo é identificar se as questões de acesso, por exemplo, a distância entre a residência dos adultos e idosos remanescentes quilombolas e o posto de saúde estão relacionadas com a frequência de atendimento na unidade básica de saúde.

Metodologia

Durante a coleta de dados foi realizado com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) um censo de todos os adultos e idosos, pessoas de 45 anos e mais, por que as comunidades

quilombolas ainda estão na fase de mapeamento. Somou-se inicialmente 269 adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas, sendo todos convidados a participar da pesquisa, porém ao final só participaram 198 pessoas, de ambos os sexos e residentes nas comunidades: Muquém, no município de Alagoinha do Piauí, Canabrava, Carnaíba e Mutamba no município de Paquetá, no município de Picos as comunidades de Alegre, Aroeira do Matadouro, Capitão de Campos e Retiro, e as comunidades de Paquetá e Potes no município de São João da Varjota.

Foram excluídos do estudo os sujeitos mestiços com parentesco de primeiro e segundo grau, para evitar viés de raça, os que se recusaram a participar da pesquisa ou que participaram parcialmente, e os participantes que não puderem comprovar a idade.

Os participantes responderam a um questionário com perguntas sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade, nível socioeconômico, tempo de residência), clínicas (história pregressa de saúde), acesso de saúde (distância entre a residência e a UBS mais próxima) e uso de chás, ou seja, conhecimentos tradicionais de saúde, recursos naturais encontrados na comunidade. O estado civil foi agrupado entre casado, solteiro (inclui divorciados ou separados) ou viúvo. Escolaridade foi categorizada como alfabetizado (sabia ler e escrever), analfabeto (sabia escrever apenas o nome) e não alfabetizado (nunca estudou). Idade foi agrupada em faixas etárias por década. O tempo de residência foi apresentado em anos enquanto a distância entre a residência e a UBS mais próxima foi categorizada como maior ou menor que 5 km para verificar sua influência no acesso de saúde dos adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas investigados. Frequências de distribuição entre as variáveis sociodemográficas e clínicas foram calculadas para a preferência ou não por conhecimentos não tradicionais de saúde e testadas pelo Qui - quadrado.

Os dados foram digitalizados pelo programa TeleForm®, e os bancos desenvolvidos analisados através do programa Epi Info®, versão 3.5.1. A regressão logística foi utilizada

para avaliar a associação entre a preferência por conhecimentos não tradicionais de saúde. Inicialmente foi testado o modelo inicial com todas as variáveis independentes: sociodemográficas e clínicas. O modelo final foi alcançado através da retirada sucessiva dos parâmetros menos significativos até que se mantivessem apenas variáveis significativas ou com indicação de significância. O nível de significância foi estabelecido em valores menores que 5,0% e indicativo de significância entre 10% e 5%.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (OF. CEP-1306/11 de 18/08/2011), atendendo às exigências da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. As atividades de campo iniciaram somente após a obtenção de pareceres favoráveis e do Termo de Consentimento Livre Esclarecido assinado pelos participantes da pesquisa.

Resultados

Na Tabela 1 observamos a distribuição de adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas quanto à preferência por conhecimentos não tradicionais de saúde, da região Centro-Sul do Piauí, 2012. Na distribuição algumas variáveis não apresentaram significância estatística, mas é importante salientar que a maioria dos participantes da pesquisa eram mulheres (61,1%) e homens (38,9%), dos quais 61,6% se concentravam no nível socioeconômico D, quanto à escolaridade 57,1% eram não alfabetizados e 75,3% casados.

Quanto à característica da residência houve significância estatística onde a população investigada (94,9%) pertencia às comunidades quilombolas rurais, da qual 99,0% não preferiam utilizar conhecimentos não tradicionais de saúde. Investigando a parte clínica a

partir das respostas dos adultos e idosos quilombolas a respeito de sua história de doenças, a ansiedade e depressão relatada na tabela 1 apresentou significância estatística ($p= 0,0146$), e dentre os 10,6% dos participantes que a relataram 15,8% preferiram utilizar conhecimentos não tradicionais de saúde.

Relacionado à faixa de idade, a distribuição foi indicativa de significância ($p= 0,0908$), sendo que a maior parte dos pesquisados tinham de 50 a 59 anos, dos quais 35,6% preferem conhecimentos não tradicionais de saúde, poucos entrevistados possuíam 80 anos ou mais (7,1%) e nessa faixa etária 9,3% não preferência conhecimentos não tradicionais de saúde. As variáveis, excesso de peso e UBS distante também apresentaram indicação de significância, na ordem podemos ver que 13,1% da amostra de adultos e idosos quilombolas tinha excesso de peso e dentre esses 17,5% não preferem conhecimentos não tradicionais de saúde. Quanto a UBS distante 5 km, questionando o acesso de saúde, 11,3% referiram não preferir conhecimentos não tradicionais de saúde.

Para as variáveis seguintes: tempo de residência, cardiopatia, hipertensão, diabetes infecções respiratórias, problemas hematológicos, artrose, oftalmopatia, na distribuição também não ocorreu significância estatística.

Na tabela 2 observamos os resultados das regressões logísticas para a chance de não preferir conhecimentos tradicionais de saúde, de adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas, da região Centro-Sul do Piauí, 2012. No modelo inicial foram apresentados todos os resultados independente do nível de significância. Os homens em relação às mulheres apresentaram uma razão de chance de 0,84, ou seja, menor do que um, representando uma menor chance de preferir conhecimentos não tradicionais de saúde, embora não significativo. Comparado com o nível socioeconômico mais elevado, os participantes do nível D e E apresentaram maior chance de preferir conhecimentos não tradicionais, sendo o último estatisticamente significativo.

Quanto às faixas etárias observamos que comparado com os mais jovens existiu um aumento das chances de preferir conhecimentos não tradicionais de saúde conforme o aumento da idade, sendo a comparação com os de 70 a 79 anos significativa.

Participantes com oftalmopatias apresentaram menor chance de utilizar os conhecimentos não tradicionais de saúde, sendo essa análise indicativa de significância. Já participantes com o diagnóstico de ansiedade ou depressão apresentaram significativamente mais chance de preferir conhecimentos não tradicionais de saúde.

E por último a distância entre a residência e a UBS maior que 5 km foi um fator associado significativamente a menor chance de preferir conhecimentos não tradicionais de saúde.

Na tabela 3 os 198 participantes referiram utilizar com frequência 549 chás, uma média de 2,8 chás por participantes. Apenas 29 (14,6%) referiram não utilizar chás como tratamento tradicional de saúde. O número máximo de chás descritos foram 12. Os chás utilizados foram classificados quanto aos motivos de sua utilização agrupados por ação principal e dispostos na tabela 3. Com maior frequência foram os chás para tratar problemas respiratórios, como gripe, tosse, pneumonia, em segundo lugar como anti-inflamatórios no tratamento de dores, dor de cabeça, inflamação uterina, e etc. E em terceiro lugar utilizam para tratar pressão alta.

Discussão

Nessa fase serão discutidos apenas os dados com significância estatística para comprovar a hipótese e o objetivo apontados na introdução do artigo. Na tabela 1 os resultados confirmam a literatura no que se referir à predominância rural das comunidades de remanescentes quilombolas, fato que se afirma com a preocupação do Programa Brasil

Quilombola na articulação do ousado projeto intitulado, “Quilombos das Américas – Articulação de Comunidades Afrorrurais” que deseja alcançar a soberania alimentar e elevar o acesso aos direitos, de saúde, econômicos, sociais e culturais dessas comunidades, não só do Brasil, mas nas Américas (SEPPPIR, 2014a; SEPPPIR, 2014b). Comunidades rurais e localizadas em áreas de difícil alcance, geograficamente (BRASIL, 2010; SEPPPIR, 2014a) necessitam da viabilização e organização da assistência dos profissionais de saúde e administração dos gestores sensíveis a esse contexto histórico.

Quanto às doenças questionadas no quesito clínicas (história pregressa de saúde), a ansiedade e depressão foram encontradas, na tabela 1, em 10,6% dos participantes, os quais preferiram utilizar conhecimentos não tradicionais de saúde, esse fato mostra o interesse dos remanescentes quilombolas de conhecer novas técnicas de tratamento e cura de doenças, e de estabelecer uma linha de inclusão com os gestores e técnicos da rede pública de atenção básica de saúde, nesse caso em particular para reverter os efeitos dessa doença bastante atual (PAULO & YASSUDA, 2010). Mas é importante está atento, pois segundo Paulo & Yassuda (2010) reafirmam outros pesquisadores ao dizer que a percepção subjetiva de perda de memória estaria mais associada à depressão, e que quanto maior a frequência de esquecimentos relatados mais frequentes são os sintomas de ansiedade. A perda de memória é um problema de saúde que pode prejudicar na transferência do legado história e cultural que é transmitido por gerações dentro das comunidades de remanescentes quilombolas (BRASIL, 2010).

A tabela 2 mostra que apesar da maior parte dos participantes do estudo pertencer à classe D, foi na classe socioeconômica E onde encontramos a preferência por conhecimentos não tradicionais de saúde, classe com baixo poder de compra motivo pelo qual torna mais complicado viabilizar esse acesso de saúde, ou seja, a procura pelos serviços de saúde disponíveis, Equipes de Saúde da Família (ESF), e na aquisição dos medicamentos

distribuídos na atenção básica de saúde do SUS, ora visto que a distância da unidade de saúde (UBS) quando ajustada para tabela 2 mostrou ser um fator significativo para essas comunidades. Isso mostra a precária condição de vida das comunidades de remanescentes quilombolas e a grande disparidade na Atenção à Saúde no Brasil, sendo necessário o envolvimento social e profissional para alteração desta realidade (FREITAS *et al.* 2011; MENDONÇA AMORIM *et al.*, 2013)

Ainda na segunda tabela a preferência dos idosos com 70 a 79 anos por medicamentos da rede básica de saúde pode ser entendida como a necessidade de tratamentos para doenças crônicas degenerativas que tiveram um aumento crescente nas últimas décadas devido ao envelhecimento da população mundial, e no Brasil, mesmo nas regiões do nordeste rural onde a expectativa de vida ao nascer é um pouco menor do que a média nacional (IBGE, 2013). O estudo de Da Silva Coqueiro *et al.* (2007) mostrou esse expressivo aumento ao verificar, no município de Jequié – BA, um elevado número de indivíduos cadastrados na ESF relatando doença crônica degenerativa, como hipertensão, artropatias, e osteoartrose, fraturas ou história de fraturas, doenças de destaque entre idosos (FELIPE & ZIMMERMANN, 2011; MENDONÇA AMORIM *et al.*, 2013). Porém essa preferência não deve ser entendida como desvalorização dos idosos pelos conhecimentos tradicionais de saúde existentes na comunidade e suas proximidades, um de seus legados culturais que é repassada de geração a geração através dos idosos quilombolas aos mais jovens (BRASIL, 2010; SEPPPIR, 2014a). O que talvez aconteça é a perda de espécies de valor terapêutico e sua informações pelos mais jovens, provavelmente devido às alterações provocadas pela ação do ser humano sobre o meio ambiente ou a natureza e pelas formas atuais de propriedade e uso da terra (FRANCO & BARROS, 2006).

O resultado da Tabela 2 finalmente comprova a hipótese do artigo, quando mostra que a chance de preferir conhecimentos não tradicionais de saúde para modelos com a variável

distância de 5 km da UBS fez com que os adultos e idosos quilombolas pesquisados não procurassem o posto de saúde e sim seus conhecimentos tradicionais de saúde por causa da distância da UBS de sua residência. Uma das inúmeras dificuldades de acesso de saúde das comunidades remanescentes quilombolas que o Ministério da Saúde tenta melhorar através da articulação com a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPPIR) pelo Programa Brasil Quilombola como o aumento da cobertura nessas áreas por meio das ESF (MDS, 2009; SEPPPIR, 2014a, SEPPPIR, 2014b).

Na tabela 3 vale resaltar o uso dos chás pela maioria dos adultos e idosos das comunidades remanescentes quilombolas estudadas, resultado oposto ao encontrado por Barbosa da Silva *at al.* (2012) quanto ao uso de plantas medicinais na comunidade quilombola da Barra II, Bahia. Porém Barbosa da Silva *at al.* (2012) encontraram que as poucas pessoas que as utilizaram eram destinadas ao tratamento de problemas de saúde do aparelho respiratório, fato também encontrado nos resultados do presente estudo e nos de Franco & Barros (2006). Que de acordo com Monteles & Pinheiro (2007) esses recursos de tratamento e cura de doenças, geralmente produzidos nas comunidades, é um legado resultante da mistura de práticas terapêuticas africanas muito influenciadas pela cultura indígena, e que o resgate da terapêutica local com a organização ordenada dos conhecimentos deve ser estimulado, pois ajuda na conservação da diversidade social, cultural e biológica destas comunidades tradicionais. Os estudos sobre plantas medicinais utilizadas nas comunidades remanescentes quilombolas sejam melhorados, pois poderia fornecer conhecimentos para sensibilização das ESF a se adaptarem à realidade cultural dos quilombolas quanto do uso das plantas com caráter terapêutico e também promover o respeito e a valorização do saber tradicional junto aos profissionais que especificamente atendem comunidades étnicas (FRANCO & BARROS, 2006; VIEIRA & MONTEIRO, 2013).

Segundo Vieira & Monteiro (2013) o interesse e a permanência desses profissionais nessas comunidades é vital na tentativa de solucionar as grandes carências maiores e dificuldades de acesso aos serviços de saúde com foco em fazer valer à equidade, um dos princípios basilares do Sistema Único de Saúde (SUS) assegurado pela Constituição Brasileira.

Considerações finais

As comunidades de remanescentes quilombolas estudadas são na sua maioria rural, com baixa escolaridade, baixo poder econômico para aquisição de recursos para suas mínimas necessidades, dentre elas de saúde. Os resultados dessa pesquisa mostraram que a distância entre a residência e a UBS maior que 5 km foram um fator significativamente importante para a menor chance de preferir conhecimentos não tradicionais de saúde. A distância geográfica interferiu no acesso de saúde dessas comunidades, então verifica – se que é preciso realizar mais estudos que percebam a influência da distância e também dos fatores culturais característicos dessas comunidades, com o objetivo de considerar esses fenômenos na hora de formular e aplicar políticas públicas de saúde nessas comunidades, prestando atenção também no legado cultural de saúde produzido nesse meio e repassado para as futuras gerações.

Agradecimentos.As comunidades quilombolas da região Centro-Sul do Piauí que participaram do estudo, e o auxílio da CAPES através da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) na forma de bolsa de doutorado para a realização desta pesquisa.

Financiamento.O estudo teve apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

Referências

- BRABOZA DA SILVA, Nina *et al.* Uso de plantas medicinais na comunidade quilombola da Barra II–Bahia, Brasil. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*, v. 11, n. 5, 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios.*/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2006. 164 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS* / Ministério da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 56 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde : Todos Usam o SUS . SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro* /Ministério da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. XXX p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- DA SILVA COQUEIRO, Raildo *et al.* Prevalência de doenças crônicas degenerativas em usuários de uma unidade de saúde da família do município de Jequié-Ba-do: 10.5020/18061230.2007. p. 92. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 20, n. 2, p. 92-98, 2012.
- FELIPE, Lais Keylla; ZIMMERMANN, Anita. Doenças crônicas degenerativas em idosos: dados fisioterapêuticos; Chronic degenerative diseases in elderly: physiotherapeutic data. *Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)*, v. 24, n. 3, 2011.

- FREITAS, Daniel Antunes *et al.* Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Revista CEFAC*, v. 13, p. 937-43, 2011.
- FRANCO, E. A. P.; BARROS, R. F. M. *Uso e diversidade de plantas medicinais no Quilombo Olho D'água dos Pires, Esperantina, Piauí.* *Revista Brasileira de Plantas Mediciniais*, v. 8, n. 3, p. 78-88, 2006.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística . *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013.* Estudos e pesquisas, informação geográfica e socioeconômica, n°: 32. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.
- MENDONÇA AMORIM, Maisee *et al.* Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil= Evaluation of housing and health conditions of Boqueirão afro descendant community, state of Bahia, Brazil. *Bioscience Journal*, v. 29, n. 4, 2013.
- MDS (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome). *Guia de políticas sociais quilombolas: serviços e benefícios do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome*, 2009.
- MONTELES, Ricardo; PINHEIRO, Claudio Urbano B. Plantas medicinais em um quilombo maranhense: uma perspectiva etnobotânica. *Revista de Biologia e Ciências da Terra*, v. 7, n. 2, p. 38-48, 2007.
- PAULO, Débora Lee Vianna; YASSUDA, Mônica Sanches. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Revista de psiquiatria clínica*, v. 37, n. 1, p. 23-26, 2010.
- PIOLA, Sérgio Francisco. *et al.* Financiamento do Sistema Único de Saúde : trajetória recente e cenários para o futuro . *Análise Econômica*, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Faculdade de Ciências Econômicas, ano 30, n. especial, p. 9 - 33, 2012.

- SANTOS, Daniely. Monteiro; LIMA, Solimar. Oliveira. Movimento quilombola do Piauí: participação e organização para além da terra. *Revista eletrônica informe econômico*, ano 1, nº. 1, agosto 2013.
- SEPPIR (Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial). Programa Brasil Quilombola: relatório de gestão 2012. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/comunidades-tradicionais/programa-brasil-quilombola>. Acesso em: 9 de fevereiro de 2014a.
- SEPPIR (Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial). Programa Brasil Quilombola. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/comunidades-tradicionais/programa-brasil-quilombola>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2014b.
- VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. *Rev. Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 610-618, out/dez 2013.

Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição de adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas quanto à preferência por conhecimentos não tradicionais de saúde, da região Centro-Sul do Piauí, 2012.

NÃO TRADICIONAL	NÃO PREFERE	PREFERE	TOTAL	p
Sexo				0.9354
fem	59(60.8%)	62(61.4%)	121(61.1%)	
masc	38(39.2%)	39(38.6%)	77(38.9%)	
Caractresidencia				0.0114
rural	96(99.0%)	92(91.1%)	188(94.9%)	
urbano	1(1.0%)	9(8.9%)	10(5.1%)	
Nível socioeconômico				0.3221
C	20(20.6%)	19(18.8%)	39(19.7%)	
D	63(64.9%)	59(58.4%)	122(61.6%)	
E	14(14.4%)	23(22.8%)	37(18.7%)	
Escolaridade				0.9878
alfabetizado	19(19.6%)	20(19.8%)	39(19.7%)	
analfabeto	23(23.7%)	23(22.8%)	46(23.2%)	
não alfabetizado	55(56.7%)	58(57.4%)	113(57.1%)	
Estado civil				0.5080
casado	75(77.3%)	74(73.3%)	149(75.3%)	
solteiro	12(12.4%)	11(10.9%)	23(11.6%)	
viúvo	10(10.3%)	16(15.8%)	26(13.1%)	
Faixa etária				0.0908
45 a 49 anos	20(20.6%)	11(10.9%)	31(15.7%)	
50 a 59 anos	34(35.1%)	36(35.6%)	70(35.4%)	
60 a 69 anos	26(26.8%)	31(30.7%)	57(28.8%)	
70 a 79 anos	8(8.2%)	18(17.8%)	26(13.1%)	
80 anos ou mais	9(9.3%)	5(5.0%)	14(7.1%)	
Tempo de residência (anos)	54.8± 15.20	55.1±17.11	54.9±16.16	0,8942
Cardiopatia	14(14.4%)	10(9.9%)	24(12.1%)	0.3286
Hipertensão	46(47.4%)	50(49.5%)	96(48.5%)	0.7694
Diabetes	16(16.5%)	12(11.9%)	28(14.1%)	0.3516
Infeções respiratórias	12(12.4%)	8(7.9%)	20(10.1%)	0.2988
Problemas hematológicos	24(24.7%)	21(20.8%)	45(22.7%)	0.5073
Artrose	17(17.5%)	22(21.8%)	39(19.7%)	0.4515
Oftalmopatia	56(57.7%)	47(46.5%)	103(52.0%)	0.1148
Ansiedade depressão	5(5.2%)	16(15.8%)	21(10.6%)	0.0146
Excesso de peso	17(17.5%)	9(8.9%)	26(13.1%)	0.0727
UBS distante	11(11.3%)	5(5.0%)	16(8.1%)	0.0991
TOTAL	97(49.0%)	101(51.0%)	198	

Tabela 2. Resultados das regressões logísticas para a chance de preferir conhecimentos não tradicionais de saúde, de adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas, da região Centro-Sul do Piauí, 2012.

	Modelo inicial		Modelo final	
	R.C.	P	R.C.	P
Sexo (masc/fem)	0.8447	0.6370		
Nível socioeconômico C				
Nível D	1.3463	0.5246	1.2126	0.6444
Nível E	3.1933	0.0426	2.7929	0.0549
Escolaridade (alfabetizado)				
Analfabeto	0.6595	0.4408		
Não alfabetizado	0.7404	0.5407		
Estado civil (casado)				
Solteiro	0.7147	0.5200		
Viúvo	1.3280	0.6179		
Faixa etária (45 a 49 anos)				
50 a 59 anos	2.0980	0.1583	1.9514	0.1821
60 a 69 anos	2.6991	0.0989	2.4635	0.1021
70 a 79 anos	7.2040	0.0136	6.6132	0.0084
80 anos ou mais	1.7966	0.5376	1.8101	0.4650
Tempo residência (anos)	0.9761	0.0760	0.9775	0.0825
Cardiopatia	0.9475	0.9278		
Hipertensão	1.0751	0.8367		
Diabetes	1.0672	0.9028		
Infeções respiratórias	1.2525	0.7613		
Problemas hematológicos	1.3322	0.5101		
Artrose	2.2403	0.1082	2.1492	0.1006
Oftalmopatia	0.5583	0.1088	0.5535	0.0768
Ansiedade depressão	4.2976	0.0212	4.4765	0.0114
Excesso de peso	0.5316	0.2856		
UBS distante	0.1482	0.0052	0.1930	0.0109

RC= Razão de Chance

Tabela 3. Frequência de motivos para adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas utilizarem os chás, na Região Centro – Sul do Piauí, 2012.

CLASSIFICAÇÃO	Frequência	Percentil
Respiratório	139	25.3%
Antiinflamatório	86	15.7%
Pressão alta	82	14.9%
Ansiolítico	70	12.8%
Intestinais	44	8.0%
Mal estar	38	6.9%
Hidratação	34	6.2%
Outro	20	3.6%
Nefrológico	13	2.4%
Metabólico	10	1.8%
Cardiovascular	6	1.1%
Dermatológico	4	0.7%
Hematológico	3	0.5%
TOTAL	549	100.0%

5.2 Artigo 2

SÍNDROME METABÓLICA EM ADULTOS E IDOSOS DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO CENTRO – SUL DO PIAUÍ, BRASIL.**METABOLIC SYNDROME IN ADULTS AND ELDERLY QUILOMBOLAS OF CENTRAL-SOUTHERN PIAUÍ, BRAZIL.**

Janaína Alvarenga Aragão¹

Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

e-mail: jaa73@yahoo.com.br

Ângelo José Gonçalves Bós²

Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Gabriela Coelho-de-Souza³

Programa de Pós- Graduação em Desenvolvimento Rural, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

RESUMO Estudar a prevalência da Síndrome Metabólica (SM) em grupos de quilombolas brasileiros da região Centro - Sul do Piauí. Este estudo transversal descritivo analítico foi realizado entre março e dezembro/2011, onde participaram 166 quilombolas adultos e idosos. A prevalência da SM foi determinada pelos critérios do NCEP-ATP III. Foram realizadas também medidas antropométricas, diário alimentar e hábitos de vida. A prevalência da SM foi de 55.4% nos quilombolas pesquisados, e mais prevalente no sexo feminino ($p < 0,001$). Portanto é necessário investir em políticas públicas de saúde preventiva para atender as

demandas das comunidades quilombolas, tendo como base o contexto histórico e local onde vivem.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento Demográfico; Quilombolas; Síndrome Metabólica.

ABSTRACT This is a descriptive analytic cross-sectional study, carried-out between March and December/2011, attended by 166 adults and elderly Quilombolas. The prevalence of MS was determined by the National Cholesterol Education Program criteria. The assessments included anthropometric measurements, food intake diary, and lifestyle habits. It was observed a high prevalence of MS in this Quilombola sample. The study highlights the little attention from managers and health professionals in caring for Quilombolas. Such attention would give through programs of education and health care focused on their specific needs.

KEY WORDS: Demographic Aging; Quilombolas; Metabolic Syndrome.

Introdução

Um fato que marcou a história das Américas, particularmente o Brasil, foi a escravidão de milhares de africanos, por séculos, os negros foram trazidos da África para as Américas e utilizados como escravos por motivos diversos, como mão de obra nas plantações de cana, café, e cacau, além da mineração, objetos de venda e acumulação de renda e status, dentre outros (MAESTRI, 1988; PEREGALLI, 1988; FUNARI, 2000; TEIXEIRA, 2002; CRIOLA, 2010; SILVA *et al.*, 2010; GONÇALVES, 2012).

No entanto, é importante destacar que onde havia escravidão existia também resistência, resultando na fuga de muitos. Os escravos fugitivos normalmente formavam grupos que receberam diferentes nomes nas Américas. No Brasil, eram chamados

principalmente de quilombos e mocambos e seus membros, quilombolas, calhambolas ou mocambeiros. Essas populações vulneráveis, ainda hoje são mitigadas, mas mesmo com dificuldade vêm conquistando aos poucos sua autonomia (CASTEL, 1997; TEIXEIRA, 2002; LOPES, 2003; AYRES, 2004; SANCHEZ & BERTOLIZZI, 2007; SILVA *et al.*, 2010).

Oficialmente reconhecidas pelo estado brasileiro existem 1.948 comunidades quilombos, sendo 1.834 delas certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP), sendo 63% delas no nordeste. De acordo com dados da SEPPPIR, o total de famílias quilombolas em territórios titulado por estados, temos o Piauí em quarto lugar, ficando atrás do Pará, Maranhão, Bahia, Pernambuco (SEPPPIR, 2012).

Após a Constituição de 1988 essas comunidades começaram a ser bastante mapeadas inicialmente devido à regulamentação das terras pelo INCRA, FCP, MDS, SEPPPIR e outros. Nesse contexto criou-se o Programa Brasil Quilombola (PBQ) em 2004. Depois foi instituída a Agenda Social Quilombola (Decreto 6.261/2007) para desenvolver ações articuladas entre os diversos órgãos governamentais, no objetivo de fomentar as comunidades quilombolas, o acesso à terra, infraestrutura e qualidade de vida, desenvolvimento local e inclusão produtiva e garantir seus direitos e cidadania (SEPPPIR, 2012). Entretanto pouco se sabe sobre o estado de saúde desses quilombolas principalmente no que tange a situação daqueles com meia idade ou idosos (45 anos ou mais de idade). Entre as doenças mais prevalentes em indivíduos dessa faixa etária encontra-se a Síndrome Metabólica (SM) (SALAROLI *et al.*, 2007; CASTILLO *et al.*, 2012). Essa síndrome consiste da presença, em um mesmo indivíduo, fatores de risco para doenças cardiovasculares e diabetes mellitus (DM) (CASTILLO *et al.*, 2012). Na literatura esses fatores são: obesidade abdominal, hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia (aumento dos níveis de triglicérides e diminuição dos níveis do HDL-colesterol) e distúrbio da glicemia (irregularidade na glicemia de jejum, tolerância reduzida à glicose ou presença de DM) (CASTILLO *et al.*, 2012). Mendes *et al.* (2012), no seu trabalho envolvendo

SM e transição menopáusicas em mulheres mostrou que, existe diferença na sua prevalência de acordo com a etnia, sendo as maiores prevalências da síndrome em mulheres caucasianas, seguida de afro-americana, e com menores índices em chinesas, japonesas e hispânicas.

Por esses motivos, esse artigo tem como objetivo estudar a prevalência da SM em grupos de quilombolas brasileiros da região Centro - Sul do Piauí.

Metodologia

A pesquisa se caracteriza por ser um estudo de corte transversal analítico, realizou-se um censo devido à ausência, no Brasil, de um levantamento por faixa etária em comunidades quilombolas. Para a pesquisa foi realizado um censo, que totalizou inicialmente 269 adultos e idosos quilombolas, todos os elegíveis foram convidados a participar da pesquisa, mas ao final só participaram 198 pessoas, conforme tabela 1, e desse total foram utilizados no estudo 166 participantes classificados como portadores de SM, de ambos os sexos que, obrigatoriamente, residiam nas comunidades: Nova Vista e Muquém no município de Alagoinha do Piauí, Canabrava, Carnaíba e Mutamba no município de Paquetá, no município de Picos as comunidades de Alegre, Aroeira do Matadouro, Capitão de Campos e Retiro, e as comunidades de Paquetá e Potes no município de São João da Varjota. Aos voluntários foram aplicados questionários, realizaram-se testes biológicos, antropométricos, diário alimentar, hábitos de vida (fumo, álcool, atividade física dentre outros). Excluídos do estudo os sujeitos mestiços com parentesco de primeiro e segundo grau, para evitar viés de raça, os que se recusaram a participar da pesquisa ou que participaram parcialmente, e os participantes que não puderem comprovar a idade.

A SM foi definida conforme os critérios do *National Cholesterol Education - Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III)* (LORENZO *et al.*, 2007), por utilização e

credibilidade nacional e internacional (TAVARES, 2000). Foram classificados como portadores de SMOs participantes com três ou mais critérios identificados, como: alteração dos níveis de glicemia (≥ 100 mg/dL ou uso de medicamentos hipoglicemiantes), de colesterol - HDL (< 40 mg/dL para homens e < 50 mg/dL para mulheres ou uso de medicamentos hipolipemiantes), de triglicérides (≥ 150 mg/dL); medida da circunferência abdominal (≥ 102 cm para homens e ≥ 88 cm para mulheres) (KISSEBAH & KRAKOWER, 1994), e pressão arterial sistêmica ($\geq 130/85$ mm Hg, ou uso de antihipertensivo) (GRUNDY *et al.*, 2004).

Inicialmente foram coletados os dados antropométricos: a estatura foi verificada com o quilombola descalço, através de um antropômetro vertical, móvel e metálico; a circunferência abdominal foi medida também na posição vertical, posicionando a fita métrica entre os rebordos costal inferior e superior da crista ilíaca; o peso foi verificado com uma balança mecânica devidamente calibrada e previamente testada pelo INMETRO (Instituto Nacional de Metrologia, Normatização e Qualidade Industrial).

Para aferir os valores da pressão arterial sistêmica foram coletadas duas amostras, ambas no MSE do participante, após cinco minutos de descanso, com aparelhos calibrados pelo INMETRO. Após os exames, os participantes responderam a um questionário com perguntas sociodemográficas (comunidade, idade, sexo, zona de residência dentre outros) e hábitos de vida (tabagismo, atividade física, diário alimentar, uso de álcool, de medicamentos (hipoglicêmicos, hipolipemiantes ou antihipertensivos), de chás, história pregressa de saúde, e as associadas à SM. Para a coleta de sangue capilar (duas gotas) analisado com as fitas reagentes do aparelho Cardiocheck® foi marcado outro dia para sua coleta objetivando respeitar o jejum mínimo de 8 horas, e proporcionar conforto para os participantes.

Os fumantes foram considerados os quilombolas que fumavam qualquer quantidade e tipos de fumo, e ex-fumantes, aqueles que o haviam deixado há pelo menos um ano, e os que nunca fumaram. Respeitando a cultura dos quilombolas foi considerada atividade física

adequada, como: trabalho na agricultura, futebol, caminhada e caminhada entre comunidades e de suas casas as lavouras. Foram considerados com atividade física adequada aqueles indivíduos que praticavam algum tipo de atividade física acima citada por 150 minutos ou mais por semana.

Os dados foram digitalizados pelo programa TeleForm®, e os bancos desenvolvidos analisados através do programa Epi Info®, versão 3.5.1. A prevalência da SM foi calculada para a situação da zona de residência como sendo rural e urbano. Tabelas de distribuição foram criadas para testar a associação entre as variáveis clínico-demográficas e a presença ou ausência de SM. O teste do Qui-quadrado (χ^2) foi usado para avaliar a associação entre a presença ou não de SM bem como o teste de Fisher. O nível de significância foi estabelecido em 5,0%.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (OF. CEP-1306/11 de 18/08/2011), atendendo-se às exigências da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. As atividades de campo iniciaram somente após a obtenção de pareceres favoráveis e do Termo de Consentimento Livre Esclarecido assinado pelos participantes da pesquisa.

Resultados

Através da tabela 1, podemos observar uma breve caracterização da população quilombola estudada, composta de 166 quilombolas adultos e idosos, sendo formada por 63,3% de mulheres e 36,7% de homens, 77,1% eram casados e grande parte (46,3%) composta por indivíduos com idade ≥ 60 anos seguidamente, de 50 a 59 anos (38,6%).

Nesta amostra, 94,6% moravam na zona rural e 79,5% dos entrevistados não eram alfabetizados.

Na mesma tabela também podemos ver a distribuição das características clínico-demográficas dos quilombolas adultos e idosos conforme a classificação da Síndrome Metabólica (SM). O agravo foi diagnosticado em 92 quilombolas (55,4%), sendo mais frequente em mulheres (64,8%) do que em homens (39,3%), $p= 0,001$. Já na relação entre idade e SM houve também significância estatística ($p= 0,029$), a mesma se concentrou mais entre quilombolas de 80 anos e mais de idade (71,4%), seguido pelos de 60 a 69 anos (71,1%). No estudo não foi observada relação estatisticamente significativa entre característica da residência e SM ($p= 0,148$), mesmo assim, é importante destacar que sua prevalência foi maior na zona urbana (77,8%) do que na rural (54,1%). Entre os quilombolas adultos e idosos, a associação entre SM e escolaridade não houve significância ($p=0,060$).

A síndrome foi mais frequente entre os obesos (84,2%) e aqueles que, estavam com sobre peso (83,3%), $p< 0,001$. Quilombolas com atividade física adequada tiveram significativamente ($p=0,007$) uma menor frequência de SM (34,4%) do que os sem (60,4%).

Entre os critérios para classificar os participantes como portadores de SM, na população estudada houve significância estatística para todos os fatores de risco que compõem a síndrome (atividade física, obesidade, glicemia de jejum, colesterol - HDL, Triglicérides, circunferência abdominal, pressão arterial sistêmica). Triglicérides elevados e circunferência abdominal alterada foram os critérios mais prevalentes entre os quilombolas com SM.

Em relação circunferência abdominal ($p< 0,001$) em 93,2% dos pesquisados a medida estava alterada para cima dos valores tidos com normal tanto para homens (≥ 102 cm) como para mulheres (≥ 88 cm). Quanto ao HDL, o mesmo ocorreu ($p< 0,001$), pois 75,7% apresentaram seu colesterol com valor acima do normal e, 95,8% estavam com triglicérides

acima da média, $p < 0.001$. Dentre aqueles com SM, 67,5% tinham pressão arterial sistêmica ($p < 0,001$). Foi observado para glicemia de jejum um $p < 0.001$ de significância, a glicemia na maioria dos quilombolas adultos e idosos com SM foi de 85,9% também estava alterada, ou seja, foi superior ou igual a 100mg/dL. No estudo não foram observadas relações estatisticamente significativa para prevalência de SM entre os adultos e idosos quilombolas quanto ao estado civil, tabagismo.

Discussão

Dados internacionais mostram que, a prevalência da SM na população geral é de 20,0 a 25,0%, e de 43,5% na população idosa (FORD *et al.*, 2002). O presente estudo evidencia essa prevalência entre adultos e idosos quilombolas, especialmente entre as mulheres, concordando com os achados de Pimenta *et al.* (2011), Pedro (2008) e Rocha *et al.* (2011), quando estudou a prevalência da síndrome entre indígenas; mas na literatura também há estudos que encontraram maior prevalência entre homens (FORD *et al.*, 2002).

Quanto ao comportamento entre idade e SM, este estudo (não encontrou significância estatística) colabora com o estudo de Rocha *et al.* (2011), com indivíduos indígenas mais velhos.

De acordo com Brasil (2012) as pessoas que moram em cidades, acabam por adotar maus hábitos de vida, complicando a saúde por causa do maior consumo de alimentos ultra processados e menor consumo de alimentos básicos e de melhor qualidade. Os resultados encontrados na tabela 1 concordam com o que diz Brasil (2012), pois mostram que a prevalência de SM foi maior em adultos e idosos quilombolas da zona urbana nas comunidades investigadas no Centro Sul do Piauí. Porém Pimenta *et al.* (2011) e Rocha *et al.* (2011), respectivamente em Minas Gerais e no Rio Grande do Sul seus estudos encontraram

maior prevalência de SM em idosos da zona rural. Esses resultados são importantes, pois reforçam a necessidade de realizar pesquisas sobre tradições culturais alimentares e elucidar as diferenças na identidade alimentar entre as regiões brasileiras (BRASIL, 2012).

A obesidade é um agravo de caráter multifatorial, que leva a co-morbidades, dentre elas, a síndrome metabólica (BRASIL, 2006). Fazzio (2012) conclui que o consumo alimentar, representado pela quantidade e qualidade da alimentação, sofre reflexo na renda, nas interações sociais e no estado de ânimo dos idosos, bem como nos aspectos fisiológicos e fisiopatológicos. Barbosa *et al.* (2010a) após análise ajustada, referiu que idade ≥ 60 anos e índice de massa corpora (IMC) ≥ 30 foram associados a um maior risco de SM. O que foi dito pelos autores acima citados justificam os resultados encontrados nesse trabalho, onde a SM foi mais marcante entre os obesos, e também concorda com os estudos de Pimenta *et al.* (2011) e Rodrigues *et al.* (2012).

Diferente do trabalho de Rocha *et al.* (2011), na presente pesquisa a SM foi maior entre os quilombolas com baixo nível de escolaridade, concordando com a literatura (BRASIL, 2012; LOPES & BRAGA, 2007; SANTOS & MACHADO, 2008). A baixa escolaridade observada atesta que essa condição ocorre por causa do racismo, preconceito e a exclusão de negros. Lembrado o que disse Fazzio (2012), é possível apontar que a baixa escolaridade é um fator socioeconômico que tem grande influencia na presença ou ausência de SM em uma determinada população. Segundo o mesmo autor, identificar os determinantes de o comportamento alimentar e avaliar o estado nutricional e as condições sociais dos indivíduos idosos são importantes para melhorar a qualidade de vida e promoção do envelhecimento saudável.

Nesse estudo a atividade física inadequada foi preponderante para o risco de SM, concordando com o estudo de Edwardson *et al.* (2012), onde os pesquisadores realizaram uma meta-análise e encontraram resultados indicando que pessoas que passam grande parte do seu

dia em atividades sedentárias possuem um risco acrescido de 73% de desenvolver a SM. (EDWARDSON *et al.*, 2012; PITANGA *et al.*, 2012) recomendam a prática de atividade física leve e o aumento dessa para a moderada. Sardinha e Magalhães (2012), também propõem, novos programas de investigação e de intervenção e, o debate sobre soluções dirigidas a este problema epidêmico que impacta a qualidade de vida, o bem-estar e a saúde das pessoas. Na literatura, para as mulheres pós-menopáusicas recomenda-se a prática da atividade física de intensidade leve à moderada, principalmente a caminhada, pois a prática de exercícios previne o excesso de adiposidade central (PITANGA *et al.*, 2012).

Os estudos de um modo geral mostram que a SM é mais frequente entre as pessoas obesas/sobrepeso, sedentárias, com maior pressão arterial sistêmica, maiores níveis de glicose, triglicerídeos, circunferência abdominal, e menores de HDL (BRASIL, 2006; BARBOSA *et al.*, 2010a; SÁ & MOURA, 2010; ROCHA *et al.*, 2011; RODRIGUES *et al.*, 2012; EDWARDSON *et al.*, 2012). É importante destacar que Barbosa *et al.* (2010b), ao estudar a questão cor averiguou que houve relevância, pois a cor negra entre os homens foi um fator protetor para SM, enquanto que nas mulheres tendeu ao fator de risco. E Mendes *et al.* (2012) também encontrou diferença na sua prevalência de acordo com a etnia. Portanto estudos levando em conta esses fatores devem continuar sendo investigados.

Considerações finais

Concluí - se nesse estudo que a síndrome metabólica foi prevalente entre os adultos e idosos das comunidades quilombolas pesquisadas na região Centro - Sul do Piauí, sendo mais frequente nas mulheres. O estudo também mostra através da tabela 1, que a SM foi significativamente associadas aos fatores como: obesidade, e circunferência abdominal, HDL, pressão arterial, glicemia, triglicerídeos alterados. Portanto é necessário investir na construção

de equipamentos sociais destinados a atender suas demandas tendo como base o contexto histórico e local onde vivem essas comunidades, principalmente em políticas públicas de saúde preventiva e na educação, qualificação dos profissionais das equipes de Saúde da Família, pois é nessa estratégia onde os investimentos governamentais tem tido maior concentração.

Agradecimentos. As comunidades quilombolas da região Centro-Sul do Piauí que participaram do estudo, e ao auxílio da CAPES através da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) na forma de bolsa de doutorado para a realização desta pesquisa.

Financiamento. O estudo teve apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

Referências

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.8, n. 14, p. 73-92, set. 2003 - fev. 2004.

BARBOSA, José Bonifácio *et al.* Síndrome Metabólica em Ambulatório Cardiológico. *ArqBrasCardiol.*, São Paulo, v. 94, n.1, p. 46-54, jan. 2010a.

BARBOSA, Paulo José Bastos *et al.* Influência da cor de pele auto-referida na prevalência da síndrome metabólica numa população urbana do Brasil. *ArqBrasCardiol.*, São Paulo, v. 94, n. 1, p. 34-40, jan. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CASTEL, Robert. Dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade a “desfiliação”. *Caderno CRH*, Salvador, v. 10, n. 26, p. 19-40, jan./dez. 1997.

CASTILLO, Aaron H. Cruz *et al.* Prevalencia de síndrome metabólico y características clínicas en donadores de sangre. *Revista de la Facultad de Ciencias Medicas*, Córdoba, v. 69, n. 3, p. 144-149, 2012.

CRIOLA. *Saúde da população negra. Passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação de políticas públicas*. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Boll, 2010.

EDWARDSON, Charlotte L. *et al.* Association of sedentary behaviour with metabolic syndrome: a meta-analysis. *PLoS ONE*, São Francisco – US, v. 7, n. 4, p. 1-5, abr. 2012.

FAZZIO, Débora Mesquita Guimarães. Envelhecimento e qualidade de vida – uma abordagem nutricional e alimentar. *Revisa*, Valparaíso de Goiás - Go v. 1, n. 1, p. 76-88, jan./jun. 2012.

FORD, Earl S. *et al.* Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA*, Chicago, v. 287, n. 3, p. 356–359, jan. 2002.

FUNARI, Pedro Paulo Abreu. A arqueologia de Palmares: sua contribuição para o conhecimento da história da cultura afro-americana. In: Reis, João José; Gomes, Flávio dos Santos (orgs.). *Liberdade por um fio: história dos quilombos no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000, p.26-51.

GONÇALVES, Andréa Lisly. Escravidão, herança ibérica e africana e as técnicas de mineração em Minas Gerais no século XVIII. In: Seminário sobre a economia mineira, 11, 2004. Diamantina. Anais... Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2004. P. 1-23.

GRUNDY, Scott M. *et al.* American Heart Association, et al. Clinical management of metabolic syndrome: report of the American Heart Association/ National Heart, Lung, and Blood Institute/American Diabetes Association conference on scientific issues related to management. *Circulation, Dallas*, v. 109, n. 4, p. 551-556, fev. 2004.

KISSEBAH, Ahmed H *et al.* Regional adiposity and mortality. *Physiol Rev.*, v. 74, n. 4, p. 761-811, out. 1994.

LOPES, Fernanda. Raça, saúde e vulnerabilidades. *BIS - Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, n. 31, p. 7-11, dez. 2003.

LOPES, Maria Auxiliadora *et al.* *Acesso e Permanência da população negra no ensino superior*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade: Unesco, 2007.

LORENZO, Carlos *et al.* The National Cholesterol Education Program–Adult Treatment Panel III, International Diabetes Federation, and World Health Organization Definitions of the Metabolic Syndrome as Predictors of Incident Cardiovascular Disease and Diabetes. *Diabetes Care*, Alexandria - Estados Unidos, v. 30, n. 1, p. 8-13, jan. 2007.

MAESTRI, Mário. *História da África negra pré-colonial*. Porto Alegre: Mercado Aberto; 1988.

MENDES, Karina Giane *et al.* Prevalência de síndrome metabólica e seus componentes na transição menopáusicas: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1423-1437, ago. 2012.

PEDRO, Rejane Eliete Luz. *Relação entre o número de dentes, medidas antropométricas e síndrome metabólica nos idosos de Porto Alegre*. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2008.

PEREGALLI, Enrique. *Escravidão no Brasil*. São Paulo: Global; 1988.

PIMENTA, Adriano Marçal *et al.* Prevalência da síndrome metabólica e seus fatores associados em área rural de Minas Gerais (MG, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3297-3306, jul. 2011.

PITANGA, Cristiano Penas Seara *et al.* Nível de atividade física para prevenção do excesso de gordura visceral em mulheres pós-menopáusicas: quanto é necessário? *Arq Bras Endocrinol Metab.*, São Paulo, v. 56, n. 6, p. 358 – 363, 2012.

ROCHA, Ana Karina Silva *et al.* Prevalência da síndrome metabólica em indígenas com mais de 40 anos no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v. 29, n. 1, p. 41–45, jan. 2011.

RODRIGUES, Liraine *et al.* Estudo da prevalência dos critérios clínicos para a síndrome metabólica em bombeiros militares de um batalhão da Região Centro-Sul de Belo Horizonte. *e-Scientia*, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, p. 31-38, 2012.

SALAROLI, Luciane B. *et al.* Prevalência da síndrome metabólica em estudo de base populacional, Vitória, ES - Brasil. *Arq Bras Endócrino Metab*[online], São Paulo, v. 51, n. 7, p. 1143-1152, out. 2007.

SANCHEZ, Alba Idaly Muñoz *et al.* Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, mar./apr. 2007.

SANTOS, Sônia Querino dos Santos *et al.* Políticas públicas educacionais: antigas reivindicações, conquistas (Lei 10.639) e novos desafios. *Ensaio: aval. pol. públ. Educ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 58, p. 95-112, jan./mar. 2008.

SARDINHA, Luís Bettencourt *et al.* Comportamento Sedentário – Epidemiologia e Relevância. *Revista Fatores de Risco*. 2012; n. 27, p. 54-64, out./dez. 2012.

SÁ, NaízaNayla Bandeira *et al.* Fatores associados à carga de doenças da síndrome metabólica entre adultos brasileiros. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 26, n. 9, p. 1853-1862, set. 2010.

SEPPIR. *Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de Ações Realizadas*. Brasília: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2012.

SILVA, Gilberto Ferreira; SANTOS, José Antônio; CARNEIRO, Luís Carlos da Cunha (org.). *RS negro: cartografias sobre a produção do conhecimento*. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

TAVARES, Agostinho. Polimorfismos dos genes do sistema renina-angiotensina-aldosterona e as moléstias cardiovasculares. *Rev. Bras. Hipertens*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 237-242, jun./set. 2000.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v.18, suplemento, p. 153-162, 2002.

Tabela 1. Distribuição das características clínico-demográficas dos quilombolas adultos e idosos avaliados, conforme a classificação da Síndrome Metabólica (SM).

Varáveis (No.)	Não	Sim	TOTAL	p
TOTAL	74 (44.6%)	92 (55.4%)	166	
Sexo				0.001
Feminino	37 (35.2%)	68 (64.8%)	105 (63.3%)	
Masculino	37 (60.7%)	24 (39.3%)	61 (36.7%)	
Característica da residência				0.148
Rural	72 (45.9%)	85 (54.1%)	157 (94.6%)	
Urbano	2 (22.2%)	7 (77.8%)	9 (5.4%)	
Tabagismo				0.221
Ex fumante	26 (37.1%)	44 (62.9%)	70 (42.4%)	
Nunca	24 (52.2%)	22 (47.8%)	46 (27.9%)	
Fumante	24 (49.0%)	25 (51.0%)	49 (29.7%)	
Faixa etária				0.029
45 a 49 anos	15 (60.0%)	10 (40.0%)	25 (15.1%)	
50 a 59 anos	31 (48.4%)	33 (51.6%)	64 (38.6%)	
60 a 69 anos	13 (28.9%)	32 (71.1%)	45 (27.1%)	
70 a 79 anos	11 (61.1%)	7 (38.9%)	18 (10.8%)	
80 anos ou mais	4 (28.6%)	10 (71.4%)	14 (8.4%)	
Estado civil				0.143
Não casados	13 (34.2%)	25 (65.8%)	38 (22.9%)	
Casados	61 (47.7%)	67 (52.3%)	128 (77.1%)	
Escolaridade				0.060
Alfabetizados	20 (58.8%)	14 (41.2%)	34 (20.5%)	
Não Alfabetizados	54 (40.9%)	78 (59.1%)	132 (79.5%)	
Atividade física				0.007
Adequada	21 (65.6%)	11 (34.4%)	32 (19.3%)	
Não adequada	53 (39.6%)	81 (60.4%)	134 (80.7%)	
Obesidade				<0.001
Baixo peso	20 (87.0%)	3 (13.0%)	23 (13.9%)	
Estrófico	43 (56.6%)	33 (43.4%)	76 (45.8%)	
Sobre peso	8 (16.7%)	40 (83.3%)	48 (28.9%)	
Obeso	3 (15.8%)	16 (84.2%)	19 (11.4%)	
Circunferência abdominal alterada	5 (6.8%)	68 (93.2%)	73 (44.0%)	<0.001
HDL alterado	25 (24.3%)	78 (75.7%)	103 (62.0%)	<0.001
Pressão arterial alterada	41 (32.5%)	85 (67.5%)	126 (75.9%)	<0.001
Glicemia alterada	12 (14.1%)	73 (85.9%)	85 (51.2%)	<0.001
Triglicerídeo alterado	1 (4.2%)	23 (95.8%)	24 (14.5%)	<0.001

6 CONCLUSÃO

O presente estudo que apresentou a preocupação com o universo do envelhecimento e dos idosos no mundo e no Brasil, mostrou a forma como vem ocorrendo a saúde dessa faixa etária entre a realidade de minorias espalhadas e isoladas geograficamente pelo seu vasto território, as comunidades remanescentes quilombolas. Procurando permear o universo particular antropológico tão característico em pesquisas envolvendo comunidades étnicas para trazer à tona temas sobre a saúde dessas comunidades, para reflexão da influência de seus traços culturais no tratamento e cura de doenças através das plantas medicinais, e demais técnicas tradicionais de saúde repassados de geração em geração nessas comunidades.

Dessa experiência surgiu a confirmação de fatos já tratados na literatura sobre de que essas comunidades remanescentes quilombolas uma maioria rural, com baixa escolaridade, baixo poder econômico para aquisição de recursos para suas mínimas necessidades, e outras considerações mostradas nos resultados dos artigos dessa pesquisa no que tange a distância entre a residência e as unidades básicas de saúde, a influência desse fator na preferência dessas comunidades por seus conhecimentos tradicionais de saúde. Essa distância é um legado histórico e cultural, pois quando a formação dos quilombos também servia para se esconder dos donos das fazendas onde eram escravos, percepções que devem ser refletidas por gestores, instituições antes de criar e fomentar projetos, programas públicos, e também de saúde através das Equipes de saúde da família para essas comunidades.

Verificou-se a necessidade de sensibilizar através da educação em saúde com a convivência nessas comunidades, pois isso possibilitaria as bases estruturais

conceituais e de planejamento das ações dessa estratégia do Ministério da Saúde adequadas a essas comunidades, por isso tendo mais chance de atender suas necessidades de saúde com base na sua cultura de ancestralidade, contexto histórico particular de luta por políticas públicas de saúde e formação dessas comunidades.

A pesquisa reforça a necessidade de criação de programas e políticas públicas de saúde voltadas (ou que atendam) as realidades (necessidades) de populações tradicionais. Apesar do crescente número de trabalhos com populações tradicionais, pouco se tem estudado sobre as questões ligadas a saúde dos idosos, dessa forma, sugere-se um maior investimento (esforço) de pesquisas com esse interesse para se possível avançar na gerontologia, contemplando a saúde de todos os idosos, englobando também os pertencentes a comunidades tradicionais, de etnias, como o caso dos remanescentes de quilombos.

Apêndice A Comprovante da submissão, artigo 1

4/4/2014 Arquivar

ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE O ENVELHECIMENTO

CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL
ANTERIORES NOTÍCIAS

Capa > Usuário > Autor > Arquivar

ARQUIVAR

ATIVO ARQUIVO

ID	MM-DD ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	ACESSOS	SITUAÇÃO
45063	14-02	ART	Aragão	ACESSO DE SAÚDE PRESTADA AOS ADULTOS E IDOSOS DE	—	Arquivado

1 a 1 de 1 itens

INICIAR NOVA SUBMISSÃO

CLIQUE AQUI para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. ISSN: 1517-2473 (impresso) e 2316-2171 (eletrônico)
Qualis Capes 2013, área interdisciplinar: B1

Ajuda do sistema

USUÁRIO
Logado como **jaa73**
[Meus periódicos](#)
[Perfil](#)
[Sair do sistema](#)

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Procurar
[Por Edição](#)
[Por Autor](#)
[Por título](#)
[Outras revistas](#)

TAMANHO DE FONTE

INFORMAÇÕES
[Para leitores](#)
[Para Autores](#)
[Para Bibliotecários](#)

http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/author/index/completed 1/1

Apêndice B-Comprovante do aceite do aceite, artigo 2

4/4/2014 Submissões Ativas

ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE O ENVELHECIMENTO

CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL

ANTERIORES NOTÍCIAS

Capa > Usuário > Autor > Submissões Ativas

[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO

Logado como: **jan73**

[Meus periódicos](#)

[Perfil](#)

[Sair do sistema](#)

SUBMISSÕES ATIVAS

ATIVO	ARQUIVO					
ID	MM-DD ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO	
41851	30-08	ART	Aragão, Bós, Souza	SÍNDROME METABÓLICA EM ADULTOS E IDOSOS DE COMUNIDADES...	EM EDIÇÃO	

1 a 1 de 1 itens

INICIAR NOVA SUBMISSÃO

[CLIQUE AQUI](#) para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. ISSN: 1517-2473 (impresso) e 2316-2171 (eletrônico)

Qualis Capes 2013, área interdisciplinar: B1

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Todos ▼

Procurar

[Por Edição](#)

[Por Autor](#)

[Por título](#)

[Outras revistas](#)

TAMANHO DE FONTE

INFORMAÇÕES

[Para leitores](#)

[Para Autores](#)

[Para Bibliotecários](#)



<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/author> 1/1

ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: “Acesso de saúde na atenção básica prestada aos idosos quilombolas, Piauí”.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre acesso de saúde de comunidades quilombolas, comunidades negras que tem descendência escrava. Pesquisa que tem como objetivo principal estudar a relação entre as características de acesso e assistência prestada pelos profissionais de atenção básica de saúde dirigida aos idosos remanescentes de quilombos, associado ao perfil epidemiológico e sociocultural da comunidade onde vivem.

Para tanto serão coletadas amostras de sangue periférico (gotas) em jejum para determinação de colesterol – HDL, triglicerídeos e glicemia. Será aplicados questionários para variáveis demográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil, antepassado familiar) e de acesso de saúde, será feita avaliação antropométrica e de hábitos de vida. Também será realizada coleta de amostras de plantas medicinais usadas nas comunidades.

Para participar da pesquisa será necessária à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma permanecerá com o pesquisador e a outra será entregue para o participante da pesquisa. As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para atender os objetivos da pesquisa. O participante poderá retirar – se da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum dano. Os resultados da pesquisa serão apresentados aos participantes e publicados na forma de artigos científicos. O integrante da pesquisa receberá todos os esclarecimentos necessários antes e durante o estudo.

Os benefícios da pesquisa é mostrar a importância das pesquisas que estudam o acesso de saúde envolvendo idosos de comunidades quilombolas, que precisam de uma assistência de saúde diferenciada devido a idade, às características culturais, anatômicas e fisiológicas peculiares desses grupos étnicos. E por fim para elucidar os gestores sobre a necessidade de minimizar as desigualdades e promover a justiça social.

Para perguntas sobre seus direitos como participante do estudo e possíveis prejuízos poderá o pesquisado chamar Janaína Alvarenga Aragão no (89) 3422-2487 ou Dr. Âgelo José Gonçalves Bós no telefone (51) 3336-8153, ramal: 211, para

esclarecer novas dúvidas. O telefone do Comitê de Ética da PUCRS é (51) 3320-3345.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Compromisso e que estou disposto a participar da pesquisa por livre e espontânea vontade e sem nenhum constrangimento.

Assinatura do Participante	Nome	Data
----------------------------	------	------

Assinatura do Pesquisador	Nome	Data
---------------------------	------	------

Este formulário foi lido para _____
(nome do participante) em ___/___/___ (data) pelo
_____ (nome do pesquisador)
enquanto eu estava presente.

Assinatura do Pesquisador	Nome	Data
---------------------------	------	------

ANEXO B-Termo de aprovação do Comitê de Ética da PUCRS

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. CEP-1306/11

Porto Alegre, 18 de agosto de 2011.

Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 10/05283 intitulado **"Acesso de saúde na atenção básica prestada aos idosos quilombolas, Piauí"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.
Prof. Angelo Bós
IGG
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

ANEXO C- Formulário para coleta de dados envelhecimento quilombola

Formulário Individual Referente ao Instrumento para Coleta de Dados Envelhecimento Quilombola

Draft

1. Registro: 1 / 7

Dados pessoais

2. Data do exame: / / 2011

3. Nome:

4. Pai:

Mãe:

5. Sexo: 1. masculino 2. feminino

6. Comunidade: 1. Moquém (Alagoíinha de Piauí) 4. Potes (Oeiras) 7. Retiro (Picos)
 2. Mutamba (Alagoíinha do Piauí) 5. Aroeira do matadouro (Picos) 8. Alegre (Picos)
 3. Paquetá (São João da Varjota) 6. Capitão de Campos (Picos)

7. Idade (anos completos). 8. Data de nascimento: / /
 Mostrou documento: 1. sim 2. não

9. Onde o senhor (senhora) nasceu?
 Município: Estado:

10. Característica do local de residência: 1. meio rural 2. meio urbano

11. A quanto tempo mora no local atual? anos. Quantos meses
 * na dúvida coloque um número aproximado: "pelo menos..."

12. Marque antepassado(s) próximo(s) não quilombola(s)? (MÚLTIPLA ESCOLHA)
 1. pai 3. avô materno 5. avô paterno
 2. mãe 4. avó materna 6. avó paterna

13. Estado civil:
 1. Casado (a) 4. Separado (a) ou divorciado, sem companheiro (a)
 2. Mora com companheiro (a) independente do estado civil 5. Solteiro (a) sem companheiro (a)
 3. Viúvo (a), sem companheiro (a) 6. N.S./N.R.

14. Quantos filhos teve: filhos teve (se nenhum, coloque 00) Desses quantos vivos?

15. Escolaridade do entrevistado:
 1. Não alfabetizado (estudou mas não sabe ler nem escrever). 8. Complementar (técnicos pós ginásial)
 2. Analfabeto funcional (sabe escrever apenas o nome) 9. Secundário completo
 3. Alfabetizado fora da escola 10. Secundário incompleto
 4. Primário completo (4ª série) 11. Superior completo
 5. Ginásial completo (8ª série) 12. Superior incompleto
 6. Primário incompleto (1ª a 3ª série) 13. Pós-graduação, especializ., mestrado, etc
 7. Ginásial incompleto (5ª a 7ª série) 14. N.S./N.R.

16. Qual grau de escolaridade da pessoa que tem maior renda na casa (chefe de família)?
 1. Analfabeto / Até 3ª série (primário incompleto)
 2. 4ª série (primário) completo ou 1º grau (ginásial) incompleto
 3. 1º grau (ginásial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto
 4. 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto
 5. Nível superior completo
 6. Ignorado



Draft

1. Registro:

--	--	--	--	--	--

2 / 7

16. ABEP (Critério de Classificação Econômica Brasil).

Posse de item	quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Rádio	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Banheiro	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Automóvel	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Empregada mensalista	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Máquina de lavar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Videocassete e/ou DVD	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Geladeira	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Dados sobre acesso de saúde

1. Nos últimos seis meses, necessitou de atendimento de saúde? 1. sim 2. não
2. Sabe se existe algum posto ou centro de saúde, próximo (5 km) da sua comunidade?
1. Conhece e freqüentemente usa 4. Não existe ou é longe da residência, mais de 5 km
2. Conhece, mas pouco usa 5. Já ouviu falar, mas não sabe exatamente onde fica
3. Sabe onde fica, mas nunca ou quase nunca usa 6. N.S./N.R.
3. Se não usa ou usou pouco o posto de saúde mais próximo da sua residência, quais as principais causas que o levam a não usar ou usar pouco? (MÚLTIPLA ESCOLHA).
1. Não se aplica, usa freqüentemente
2. Não tem problemas de saúde, não necessita ir ao posto
3. Prefere consultar médico particular ou de convênio
4. Prefere utilizar os conhecimentos tradicionais de saúde que existem na comunidade
5. Local de difícil acesso (falta de transporte público, estradas com má conservação)
6. Posto de saúde fica muito distante
7. Difícil de agendar ou marcar consulta
8. Não tem os profissionais que necessita ou gostaria de consultar
9. Não conhece os serviços que o posto dispõe
10. Não sabe responder (exclui as outras)
4. Em situação de emergência de saúde, o(a) que o senhor(a) faria?
1. Chamaria o médico da família 6. Chamaria uma pessoa vizinha
2. Iria diretamente para o hospital 8. Não saberia o que fazer
3. Chamaria uma ambulância pública. 7. Faria outra coisa:
4. Chamaria uma ambulância particular
5. Chamaria um parente
5. Na última vez que consultou, que situação melhor caracterizaria a consulta:
1. Consulta agendada com antecedência, ou de rotina, por um problema crônico
2. Consulta por um prob. que teria surgido ou agravado no mesmo dia, problema crônico (compl.aguda).
3. Consulta motivada por um prob.que teria surgido ou agravado na mesma semana, problema crônico (compl.aguda)
4. Consulta motivada por um prob.que teria surgido ou agravado no mesmo mês, problema crônico (compl.aguda)
6. Caso na última vez que consultou, tenha recebido prescrição (receitas), como conseguiu os medicamentos?
1. Comprou todos 6. Conseguiu de outra maneira:
2. Consegui todos no posto de saúde 7. Não consegui nenhum
3. Consegui alguns no posto de saúde e comprou o restante 8. Não se aplica (não consultou, não recebeu receita)
4. Consegui alguns e ficou sem os outros 9. N.S./N.R.
5. Consegui alguns no posto e de outra maneira:
7. Caso não tenha conseguido parte ou todos os medicamentos prescritos, você procura utilizar os conhecimentos tradicionais de saúde de sua comunidade?
1. sim. (descrever na próxima página as terapias tradicionais)
2. não



1. Registro:

--	--	--	--	--	--

3 / 7

8. Você faz uso de algum tipo de medicamento? () 1. sim () 2. não

Medicamento	Dosagem	Unidade	Frequência/Dia

9. Uso de terapias tradicionais (chás e outro):

Descrição (tipo de chá etc.)	Motivo do uso	Frequência de uso



Draft

1. Registro:

4 / 7

9. Uso de terapias tradicionais (chás e outro):

Descrição (tipo de chá etc.)	Motivo do uso	Frequência de uso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> X <input type="text"/> () dia () semana () mês
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> X <input type="text"/> () dia () semana () mês
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> X <input type="text"/> () dia () semana () mês
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> X <input type="text"/> () dia () semana () mês
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> X <input type="text"/> () dia () semana () mês
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> X <input type="text"/> () dia () semana () mês

10. Quem o (a) senhor (a) procura em primeiro lugar quando tem algum problema de saúde?

- () 1. Parentes
 () 2. Atendente da farmácia
 () 3. Pessoas da sua comunidade com conhecimento (benzedeiros, raizeiros, etc)
 () 4. Profissionais de saúde
 () 5. Não sei, não se aplica, nunca fico doente

11. Altura: , cm. 12. Peso: , Kg. 13. Circ. abdominal (cintura): , cm.

(A medida deve ser realizada com o paciente em pé, utilizando uma fita métrica não extensível. A fita deve circundar o indivíduo no ponto médio, entre a última costela e a parte de cima do osso da bacia a crista ilíaca. A leitura deve ser feita no momento da expiração).

14. Pressão Arterial 1°: / mmhg. 15. Pressão Arterial 2°: / mmhg.

16. ICM: , 17. Triglicérides: mg/dl. 20. Colesterol

18. Glicose: mg/dl. 19. HDL: mg/dl.

21. Fumante:

- () 1. Sim. Se a resposta for sim, há quanto tempo? () 1. Meses () 2. Anos
 () 2. Nunca
 () 3. Ex-fumante. Fumou por quanto tempo? () 1. Meses () 2. Anos
 Parou há quanto tempo? () 1. Meses () 2. Anos

23. Qual o tipo de fumo?

- () 1. Palheiro () 3. Cachimbo
 () 2. Cigarro () 4. Charuto
 () 5. Outro? Qual?



Draft

1. Registro:

--	--	--	--	--	--	--	--

5 / 7

24. Atividade

	Frequência (p/semana)	Duração média diária da atividade (minutos /dia)
1. Caça	<input type="text"/> <input type="text"/> vezes por semana	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Bicicleta	<input type="text"/> <input type="text"/> vezes por semana	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Caminhada	<input type="text"/> <input type="text"/> vezes por semana	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Roça	<input type="text"/> <input type="text"/> vezes por semana	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5. Futebol	<input type="text"/> <input type="text"/> vezes por semana	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Outra atividade: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> vezes por semana	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

25. Uso de álcool? 1. Sim 2. Não26. Quantas vezes por semana? 1. 1x 2. 2x 3. 3x 4. 4x 5. 5 ou mais vezes
(ver cultura, qual comportamento do idoso na sociedade em relação a bebida alcoólica)
 1. Cachaça 2. Cerveja 3. Outros. Qual (is)?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

27. Você notou algum aumento de peso significativo, nos últimos 1. Sim 2. Não 3. N.S./N.R.28. O quanto você aumentou de peso? Kg 1. Não soube informar

29. Algum médico ou outro profissional de saúde disse que você tinha ou tem alguma dessas doenças especificadas abaixo: (MÚLTIPLA ESCOLHA)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Problemas do coração(angina,infarto,arritmia) | <input type="checkbox"/> 12. Doença da tireóide (hiper ou hipo) |
| <input type="checkbox"/> 2. Hipertensão ou pressão alta (diurético) | <input type="checkbox"/> 13. Prob. olhos (glaucoma, catarata, degeneração) |
| <input type="checkbox"/> 3. Diabetes (açúcar no sangue) | <input type="checkbox"/> 14. Doença de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> 4. Derrame ou isquemia cerebral | <input type="checkbox"/> 15. Outro tipo de tremor |
| <input type="checkbox"/> 5. Osteoporose (enfraquecimento dos ossos) | <input type="checkbox"/> 16. Demências ou alzheimer |
| <input type="checkbox"/> 6. Probl. intestinais(gastrite,úlcera,refluxo) | <input type="checkbox"/> 17. Depressão |
| <input type="checkbox"/> 7. Infecções respiratórias | <input type="checkbox"/> 18. Ansiedade |
| <input type="checkbox"/> 8. Anemia falciforme | <input type="checkbox"/> 19. Baixo peso (desnutrição) |
| <input type="checkbox"/> 9. Outro tipo de anemia ou doença do sangue | <input type="checkbox"/> 20. Excesso de peso |
| <input type="checkbox"/> 10. Artrose, junta gasta ou reumatismo | <input type="checkbox"/> 21. Outra doença: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 11. Infecção urinária (infecção na bexiga) | <input type="checkbox"/> 22. Nenhuma |



Draft

1. Registro:

--	--	--	--	--	--

7 / 7

11.f. Levantar os braços acima da cabeça

- () 1. Muito fácil () 2. Fácil () 3. ± Fácil () 4. Difícil () 5. Muito Difícil () 6. Não Consegue

11.g. Agarrar objetos firmemente com as mãos

- () 1. Muito fácil () 2. Fácil () 3. ± Fácil () 4. Difícil () 5. Muito Difícil () 6. Não Consegue

11.h. Transferir-se para uma cama ou cadeira

- () 1. Muito fácil () 2. Fácil () 3. ± Fácil () 4. Difícil () 5. Muito Difícil () 6. Não Consegue

11.i. Banhar-se

- () 1. Muito fácil () 2. Fácil () 3. ± Fácil () 4. Difícil () 5. Muito Difícil () 6. Não Consegue

11.j. Vestir-se

- () 1. Muito fácil () 2. Fácil () 3. ± Fácil () 4. Difícil () 5. Muito Difícil () 6. Não Consegue

11.k. Alimentar-se sozinho

- () 1. Muito fácil () 2. Fácil () 3. ± Fácil () 4. Difícil () 5. Muito Difícil () 6. Não Consegue

11.l. Usar o banheiro para suas necessidades

- () 1. Muito fácil () 2. Fácil () 3. ± Fácil () 4. Difícil () 5. Muito Difícil () 6. Não Consegue

INQUÉRITO ALIMENTAR DE INGESTÃO HABITUAL (IH) 1/2

1. Com que frequência consome cada um dos alimentos? (se nunca consome ou menos de uma vez por mês colocar 00, se não sabe, colocar o mais aproximado possível)

a) Frutas	<input type="text"/> <input type="text"/>	vezes por.=>	() dia	() semana	() mês
b) Verduras e legumes	<input type="text"/> <input type="text"/>	vezes por.=>	() dia	() semana	() mês
c) Feijão	<input type="text"/> <input type="text"/>	vezes por.=>	() dia	() semana	() mês
d) Alimentos gordurosos	<input type="text"/> <input type="text"/>	vezes por.=>	() dia	() semana	() mês
e) Alimentos doces	<input type="text"/> <input type="text"/>	vezes por.=>	() dia	() semana	() mês
f) Refrigerantes	<input type="text"/> <input type="text"/>	vezes por.=>	() dia	() semana	() mês
g) Bebidas alcoólicas	<input type="text"/> <input type="text"/>	vezes por.=>	() dia	() semana	() mês
h) Leite e derivados (queijo, requeijão, ricota)	<input type="text"/> <input type="text"/>	vezes por.=>	() dia	() semana	() mês
i) Carne e ovos	<input type="text"/> <input type="text"/>	vezes por.=>	() dia	() semana	() mês
j) Cereais, arroz e massas integrais	<input type="text"/> <input type="text"/>	vezes por.=>	() dia	() semana	() mês



2. Normalmente, toma 6 a 8 copos de água (1,5 a 2 litros), incluindo chás, sucos naturais (não inclui refrigerantes ou bebida alcoólica) por dia?

- () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sabe

Iniciais do entrevistador:

Horário final: :

ANEXO E- Ficha Florística

		PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA									
		NOME DO COLETOR	Nº DE COLETA			Nº DE DUPLICATAS					
OUTROS COLETORES			DATA / /								
DET. NO CAMPO		FAMILIA									
LOCALIDADE		DISTRITO									
		MUNICÍPIO									
ESTADO	LAT.	LONG.		ALT.							
ÁREA		TIPO DE VEGETAÇÃO									
DESC. VEGETAÇÃO			SUBSTRATO / GEOLOGIA / SOLO								
HABITAT:											
FREQUÊNCIA		RARO	OCASIONAL	FREQUENTE							
NOME VULGAR NO LOCAL											
USO NO LOCAL											
MATERIAL COLETADO	Herb	Sem	Xil	Carp	Alcol	Cito	Anat	Farm	Quim	Outro	Foto nº
FENOLOGIA											
FOLHA	sem folha	folhas novas	folhas maduras		queda de folhas						
FLOR	sem flor	botão	em plena floração		passada						
FRUTO	sem fruto	imaturo	maduro		caído						
DESCRIÇÃO: Hábito, Altura, Tronco, Casca, Exudato, Espinho, Pêlo, Folha, Inf, Flor, Frutos, etc ...											