



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 11, Issue, 11, pp. 51394-51400, November, 2021

<https://doi.org/10.37118/ijdr.22956.11.2021>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

DOENÇAS E AGRAVOS EM SAÚDE MENTAL AUTORRELATADOS E FATORES ASSOCIADOS EM QUILOMBOLAS DO SEMIÁRIDO BAIANO, EM 2016, BAHIA, BRASIL

^{1,*}Roberta Lima Machado de Souza Araújo, ²Edna Maria de Araújo, ³Hilton Pereira da Silva, ⁴Djanilson Barbosa dos Santos and ⁵Carlos Alberto Lima da Silva

¹Doutoranda e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Docente da UEFS, lotada no Departamento de Ciências Humanas e Filosofia (DCHF). Leciona para Graduação e Residência Multiprofissional em saúde da família - RMSF/UEFS e Residência em Urgência e Emergência-RUE/UEFS. Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde-NUDES/UEFS, Feira de Santana, Bahia, Brasil ²Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva-ISC/UFBA. Docente da UEFS, lotada no Departamento de Saúde, lecionando no curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa NUDES da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS. Feira de Santana, Bahia, Brasil; ³Doutor em Antropologia/Bioantropologia - The Ohio State University, EUA (2001). Docente da Universidade Federal do Pará-UFPA. Belém, PA - Brasil, ⁴Doutor em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva-ISC/UFBA. Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia- UFRB. Docente vinculado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UEFS. Feira de Santana, Bahia, Brasil ⁵Doutor em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva-ISC/UFBA. Docente da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia- UEFS, lotada no Departamento de Saúde. Docente Vinculado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UEFS. Feira de Santana, Bahia, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 08th August, 2021

Received in revised form

14th September, 2021

Accepted 06th October, 2021

Published online 23rd November, 2021

Key Words:

Grupos com ancestrais em Continente Africano. Perfil de Saúde. Iniquidades em Saúde.

*Corresponding author:

Roberta Lima Machado de Souza Araújo

ABSTRACT

Objetivou-se estimar a prevalência de doenças e agravos em saúde mental em quilombolas do município de Feira de Santana, Bahia e analisar possíveis fatores associados. Trata-se de estudo transversal, com 864 (≤ 18 anos). Foram utilizados três instrumentos validados para coleta de dados. As doenças mais prevalentes foram agrupadas por análise fatorial, assim como foi feita análise multivariada, ajustada por sexo e idade. Doenças mais prevalentes: coluna (38,4%); parasitárias (25,0%); hipertensão arterial (22,3%); ossos (15,8%), estando associadas aos seguintes fatores: casas não de alvenaria (OR = 3,18; IC80%: 1,09; 9,28); ausência de instalações sanitárias (OR = 3,69; IC80%: 1,36; 10,1); baixa escolaridade (OR = 1,77; IC80%: 1,20; 2,62), avaliação de saúde ruim (OR = 1,64; IC80%: 1,15; 2,32) tipo de medicamento (OR = 6,12; IC80%: 2,59; 14,4). Agravos mais prevalentes em saúde mental: ansiedade (26,7%); transtornos mentais comuns (18,4%) e fobias (12,3%). Fatores associados: não acesso aos programas sociais (OR = 1,63; IC80%: 1,07; 2,50), casas não de alvenaria (OR = 3,22; IC80%: 1,17; 8,80), sem coleta de lixo (OR = 1,51; IC80%: 1,07; 2,13), sem banheiro (OR = 2,82; IC80%: 1,17; 6,77), autoavaliação de saúde ruim (OR = 2,64; IC80%: 1,92; 3,65) ter cáries/canal (OR = 1,47; IC80%: 1,07; 2,01). Os achados evidenciados podem contribuir para o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra através do melhor planejamento estratégico de ações de promoção de saúde voltados à população negra, particularmente à população quilombola.

Copyright © 2021, Roberta Lima Machado de Souza Araújo et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Roberta Lima Machado de Souza Araújo, Edna Maria de Araújo, Hilton Pereira da Silva et al. "Doenças e agravos em saúde mental autorrelatados e fatores associados em quilombolas do semiárido baiano, em 2016, bahia, Brasil.", *International Journal of Development Research*, 11, (11), 51394-51400.

INTRODUCTION

A compreensão do processo saúde-doença em grupos socialmente vulnerabilizados é um desafio, vez que se trata de um processo histórico e cultural alicerçado em desigualdades étnico-raciais, as

quais estão associadas, em sua maioria, com fatores socioeconômicos, situação de pobreza e exclusão social (BRASIL, 2001).

As populações afrodescendentes, por apresentarem um elevado risco de adquirir doenças devido a fatores sociais, como a distribuição

desigual de renda e a questões culturais como a discriminação racial (WILLIAMS, 1999), diversos estudiosos vêm demonstrando a relevância do recorte étnico-racial nas pesquisas, uma vez que se torna possível discutir questões relacionadas às desigualdades sociais e de saúde entre as populações (BEZERRA, 2013; SILVA, 2007).

Ressalta-se que, o status socioeconômico mediado pela renda, escolaridade e situação de ocupação formam determinantes mais robustos de saúde em praticamente todas as sociedades. Conseqüentemente, esforços no sentido de buscar melhorias na saúde devem prestar mais atenção aos determinantes sociais da saúde, com vistas às transformações nas condições de vida, tais como: moradia e status socioeconômico, já que esses aspectos podem levar à melhoria do processo saúde-doença (WILLIAMS; LEAVELL, 2012).

Apesar de ser uma tendência em associar as comunidades quilombolas a populações negras, o essencial do processo de conceituação desses grupos não diz respeito à cor da pele, mas às representações sociais produzidas a partir da cor – e suas variações – onde se estabelecem limites sociais (ARRUTI, 2002). Nesse sentido, consideram-se remanescentes das comunidades de quilombos, os grupos étnico-raciais, segundo critérios autoatribuídos, com trajetória histórica própria, com características territoriais específicas e com presunção de ancestralidade negra referente à resistência ao processo de escravidão sofrido (BRASIL, 2003).

No Brasil, existe um consenso entre vários pesquisadores sobre as doenças e agravos de maior prevalência na população negra, quais sejam, doença falciforme; foliculite; desnutrição; anemia ferropriva; doenças do trabalho; DST/HIV/aids; sofrimento psíquico, stress, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas) e por complicações da hipertensão arterial e da diabetes mellitus (WORKSHOP INTERAGENCIAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, 2001).

Na literatura brasileira, ainda são escassos os estudos na área de epidemiologia voltados à caracterização das condições de vida e saúde das populações quilombolas, que permitam intervenções mais efetivas no campo da saúde para a melhoria do atual quadro epidemiológico desses grupos (BEZERRA, 2013). Ademais, observa-se a ausência de estudos acerca das doenças e agravos mais prevalentes em comunidades quilombolas no município de Feira de Santana-BA. Assim, devido ao número limitado de achados sobre a prevalência de doenças e agravos em comunidades quilombolas, assim como, inconsistências em relação aos fatores associados, o presente estudo tem como objetivo principal: analisar as doenças e agravos mais prevalentes nessa população e verificar sua relação com fatores socioeconômicos, ambientais e de condições de saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de base populacional a partir de uma amostra de 864 quilombolas adultos, de ambos os sexos, com 18 anos de idade, residentes nas comunidades quilombolas Lagoa Grande e Matinha dos Pretos, certificada pela Fundação Cultural Palmares, em Município de Feira de Santana, na Bahia, região central do semiárido baiano. O estudo foi realizado no período de julho a setembro de 2016.

Para determinar as condições de vida desse grupo étnico-racial foram selecionados alguns indicadores sociais relacionados às características demográficas, socioeconômicas, habitacionais e sanitárias. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil (número do registro: 1.657.664, e foram adotadas todas as recomendações da Resolução 466/2012. Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, procedimentos e sigilo dos dados e expressaram sua concordância em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de inclusão adotados foram residir na comunidade de quilombola, em área certificada pela Fundação Cultural Palmares e

ser maior de 18 anos que soubesse responder aos questionários. Para o cálculo do tamanho da amostra, foi considerada uma prevalência de 50%, tendo em vista a heterogeneidade dos eventos mensurados; 5% de precisão; intervalo de confiança de 95% (IC 95%); corroborando outro estudo de base populacional em comunidades quilombolas no Brasil (BEZERRA *et al.*, 2013). Para a seleção da amostra representativa, foram adotados os seguintes procedimentos: 1. Determinação da representação percentual da população por meio do programa EpiInfo; 2. Adoção de um marco nas comunidades (Associação de Moradores) para realização de entrevistas sistemáticas (sentido horário, pois as casas não são numeradas e estão muito distantes geograficamente uma da outra); 3. Planejamento sistemático das visitas: estabelecido para ser feito a cada duas casas; 4. Divisão de áreas entre os coletores de dados.

Antes da coleta de dados, um estudo piloto foi realizado em uma comunidade negra rural, localizada próxima à comunidade quilombolas investigada. Este estudo foi realizado com 87 adultos maiores de 18 anos (cerca de 10% do total da amostra) no período de junho de 2016. Além disso, houve um processo de sensibilização, que incluiu reuniões nas duas comunidades possibilitadas pela líderes sociais locais. Assim, a partir da quantidade populacional nas duas comunidades quilombolas: Matinha (N = 8.855) e Lagoa Grande (N = 12.077), o cálculo amostral final foi de 369 pessoas na comunidade Matinha e 373 na comunidade Lagoa Grande. Portanto, a quantidade total da amostra foi de n = 742 pessoas. Assumimos a possibilidade de perda de 10% na amostragem. Assim, totalizou-se uma amostra final de n = 816 indivíduos. No entanto, um total de 864 indivíduos foram entrevistados. Para realizar a coleta de dados, este estudo proporcionou treinamento aos entrevistadores, no qual foi discutido o manual do entrevistador, além de uma simulação de como a coleta deveria ser realizada. Os dados coletados foram inicialmente registrados em formulário elaborado especificamente para esse fim, sendo posteriormente organizados em bancos de dados.

Os dados foram obtidos a partir da aplicação de três instrumentos validados voltados à caracterização socioeconômica, demográfica, ambiental e do estado de saúde dos sujeitos da pesquisa e doenças e agravos, incluindo transtornos mentais comuns (TMC) e hábitos de vida (uso e abuso de álcool). TMC refere-se a sinais e sintomas de origem não psicótica, cujas doenças e desconforto físico e mental geral estão associados a queixas somáticas (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). O primeiro instrumento foi inspirado na pesquisa de projetos COMQUISTA (BEZERRA *et al.*, 2014), que é composta por quatro partes, a saber: parte I - Pesquisa Individual; parte II - Pesquisa Domiciliar; parte III - Autoavaliação do estado de saúde; parte IV - Doenças e lesões. O segundo instrumento, conhecido como Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) (GOLDBERG; HUXLEY, 1992), buscou identificar a suspeita de TMC. O terceiro instrumento, conhecido como CAGE (EWING, 1984), identificou a prevalência de casos de uso / abuso de álcool.

A variável de resultado diz respeito a doenças e lesões. Porém, foi realizada uma análise fatorial exploratória para verificar quais das doenças e agravos apontam para a maior prevalência nas comunidades. Portanto, foi feita uma correlação tetracórica para identificar doenças e lesões que apresentassem frequência igual ou inferior a 5%. Da correlação tetracórica, foram retiradas as variáveis que apresentavam padrão indeterminado para denotar o desfecho, e as variáveis que permaneceram foram analisadas das matrizes fatoriais, com o objetivo de realizar os agrupamentos de possíveis fatores para responder ao desfecho. Nessa análise, foram estabelecidos grupos de doenças e lesões, exemplificados por três fatores: problemas de saúde mental, doenças crônicas e doenças ósseas e da coluna. Logo após o estabelecimento desses fatores que representaram o desfecho, foi aplicado o teste de Kaiser-Meyer-Olkin e constatou-se que esses fatores apontavam uma boa explicação para explicar a variabilidade do desfecho (50%).

Variáveis de Exposição. As variáveis de exposição foram categorizadas em três partes: A primeira foi composta por variáveis socioeconômicas: estado civil, anos de estudo, renda, número de

pessoas que dependem da renda familiar, pessoas que recebem benefícios sociais, tipos de trabalho, ocupação e situação de trabalho.

A segunda parte foi formada pelas variáveis de condições ambientais, que se subdivide em duas partes: 1- Características da moradia: número de cômodos, existência de banheiro, tipo de material utilizado na construção da casa, formas de iluminação; 2- Características sanitárias: cobertura de coleta de lixo, cobertura de abastecimento de água potável, existência de esgotamento sanitário, origem da água, destinação de resíduos.

A terceira parte foi composta pelas variáveis de condições de saúde, que se subdivide em duas partes: 1- Estado de saúde: autoavaliação de saúde, consumo diário de frutas, verduras, como se sentiu nos últimos 15 dias, uso de medicamentos, tipo de medicamento, indicações de medicamentos, consumo de cigarro, consumo de álcool, frequência do consumo de álcool, quantidade de doses, problemas de cárie dentária, extração dentária; 2- Utilização de serviços de saúde: busca de serviços de saúde, exames laboratoriais, consultas odontológicas.

Análises descritivas foram realizadas para medir a frequência das variáveis em estudo, bem como a prevalência de doenças e lesões. Para verificar a associação estatisticamente significativa entre as variáveis de exposição e o desfecho, foi realizada a análise bivariada de cada fator, adotando-se um IC 80%, $p \leq 0,20$.

A análise multivariada foi realizada de acordo com o modelo hierárquico definido a priori (Figura 1), considerando cada fator estabelecido pela análise fatorial, nos três níveis de determinação do evento. A hierarquização das variáveis ocorreu com base no modelo preditivo elaborado, o qual se baseou no modelo teórico dos Determinantes Sociais da Saúde (Comissão Nacional sobre DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008). Inicialmente, todas as variáveis foram incluídas, mesmo aquelas que não apresentaram significância estatística, para ampliar as possibilidades de associação entre as variáveis no momento da interação. Porém, após a primeira análise, algumas variáveis apresentaram algum tipo de colinearidade que poderia distorcer os resultados. Após esse processo, foram realizadas análises hierárquicas intrabloco dos fatores identificados, com o objetivo de confirmar o resultado das análises bivariadas, quanto às associações que foram estatisticamente significativas.

No modelo hierárquico inter-blocos, vários modelos foram testados em cada fator de cada bloco, até que um modelo mais adequado fosse encontrado, e todas as variáveis do bloco com significância estatística fossem consideradas ($p \leq 0,20$). As variáveis estatisticamente significativas encontradas em cada fator foram preservadas nos modelos e inseridas no ajuste dos três blocos. As variáveis selecionadas em determinado nível permaneceram nos modelos subsequentes e foram consideradas como fatores associados a doenças e agravos, mesmo que, com a inclusão de variáveis hierarquicamente inferiores, perdessem sua significância. Ao final desse procedimento, foram obtidos os respectivos fatores de risco identificados em cada nível hierárquico. O modelo estatístico aplicado foi a Regressão Logística - que expressou os resultados em termos de odds ratio (OR), potencialmente superiores às razões de prevalência (RP), principalmente porque os desfechos estudados foram comuns (prevalências acima de 10%). Os dados foram analisados no pacote estatístico Stata versão 12.0 (STATA CORPORATION COLLEGE STATION, EUA).

RESULTADOS

Entre os 864 quilombolas, 63,0% eram mulheres casadas, idade média de 42,6 anos e escolaridade de 7 anos. O trabalho informal é realizado, principalmente na lavoura e nas funções agrícolas, por 73,4% dos indivíduos que participaram do estudo. Quanto à renda, constatou-se que, em ambas as comunidades, mais de 80% das famílias quilombolas têm renda mensal de até um salário mínimo, assim como mais de 80% dessas famílias atendem a mais de três

pessoas. Acontece também que, a gravidade da situação de pobreza dos quilombolas no semiárido baiano se expressa pelo número de 74,8% de famílias quilombolas que não são amparadas pelas políticas públicas de transferência de renda no Brasil.

Em relação à vulnerabilidade ambiental, vale ressaltar que 99,5% não possui rede de esgoto, assim como 11,1% não possui água potável. Entre os achados sobre as condições de saúde, 67,3% dos indivíduos afirmaram raramente procurar os serviços de saúde. Em relação ao uso de medicamentos, o maior consumo é para tratamento de doenças crônicas (26,4%), principalmente no controle de hipertensão e diabetes.

A Tabela 1 mostra a prevalência de doenças e agravos notificados, por comunidade. As doenças mais prevalentes são: doenças da coluna (77,9%); doenças parasitárias (52,6%); hipertensão arterial (43,9%) e doenças ósseas (31,8%). Os problemas de saúde mais prevalentes estão associados à saúde mental: ansiedade (54,3%); TMC (36,7%) e fobias (26,1%). A Tabela 2 descreve o resultado da análise multivariada quanto aos fatores sociodemográficos, ambientais e de condições de saúde analisados em relação aos fatores que mais representam as doenças e enfermidades de maior prevalência nas comunidades quilombolas.

A partir da interação hierárquica entre os modelos, foi confirmada a hipótese de modificação de efeito por idade e sexo para os três fatores. Das variáveis que apresentaram maior significância estatística, após a última análise no modelo multivariado, foram: do fator 1: problemas de saúde mental, nota-se que as famílias quilombolas mais vulneráveis em seu contexto socioeconômico e ambiental têm maior probabilidade de se desenvolver este tipo de doença. O não recebimento de benefícios sociais aumenta em 63% a possibilidade de surgimento dessas doenças.

Além disso, o fato de morar em casas de taipa aumenta em 3,22 vezes a probabilidade dos quilombolas terem problemas de saúde mental. No fator 2: doenças crônicas, as condições ambientais estão significativamente associadas a essas doenças. Notou-se que os indivíduos que vivem em casas de barro têm 3,18 mais chances de ter doenças crônicas. Entre as famílias que não possuem banheiro em casa essa possibilidade é de 3,69 vezes. No fator 3, observou-se que quilombolas com menos de 8 anos de estudo têm 77% mais chances de desenvolver doenças ósseas e da coluna. Em relação ao uso de alguns medicamentos (psicotrópicos, anti-hipertensivos, entre outros) essa relação é 6,12 vezes maior.

DISCUSSÃO

Observou-se que as comunidades quilombolas de Feira de Santana [1] BA apresentam características demográficas e socioeconômicas muito semelhantes, sendo as duas vulneráveis nas condições de vida e saúde. A prevalência de problemas de saúde mental na população estudada foi elevada, sendo esse grupo representado pelas seguintes doenças: fobias (12,3%); transtornos mentais comuns (18,4%) e ansiedade (26,7%). Essas altas prevalências também foram identificadas em um estudo epidemiológico nos Estados Unidos em 2010 com 4.351 sul-africanos adultos, no qual foi observado que todos os negros (africanos) relataram inicialmente níveis mais elevados de sofrimento mental do que os brancos (WILLIAMS, MOHAMMED, LEAVELL, Collins, 2010). O sofrimento mental também é considerado uma doença de grande impacto social, uma vez que está relacionado à condição de vida. Evidencia-se também que há associação estatisticamente significativa entre transtornos mentais comuns (TMC) e fatores associados à pobreza, como baixa escolaridade (BRASIL, 2013). No que se refere especificamente aos achados da TMC neste estudo, a alta prevalência se assemelha a outros estudos, como a pesquisa realizada com 848 pessoas em condições de vulnerabilidade social na cidade de Campinas (AMORIM, *et al.*, 2013), onde havia uma prevalência de 18,7%. Esses achados mostram a associação de fatores socioeconômicos e problemas de saúde mental.

Table 1. Prevalência de Doenças e Agravos em Saúde Mental em Quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016

Doenças e agravos	Comunidade da matinha dos pretos		Comunidade lagoa grande	
	n	(%)	n	(%)
Hipertensão Arterial	119	24,5	74	19,4
Diabetes	48	9,9	20	5,2
Doenças Cardíacas	25	5,1	26	6,8
Doenças do aparelho circulatório	42	8,6	23	6,0
Anemia	30	6,2	43	11,3
Anemia e outras doenças falciformes	17	3,5	6	1,5
Doenças respiratórias	22	4,5	26	6,8
Infecção sexualmente transmissíveis	2	0,4	2	0,5
Tuberculose	0	0	3	0,7
Doenças dos ossos	75	15,5	62	16,3
Doenças da coluna	166	34,3	166	43,6
Ansiedade	113	23,3	118	31,0
Depressão	34	7,0	27	7,1
Fobias	35	7,2	72	18,9
Doenças parasitárias	73	15,0	143	37,6
Doenças de pele	28	5,7	25	6,5
Câncer	6	1,2	3	0,7
Transtornos mentais comuns	102	21,7	57	15,0
Uso abusivo de álcool	33	6,8	41	10,7

Table 2. Modelo final da análise multivariada de regressão logística dos fatores associados a doenças e agravos em quilombolas de Feira de Santana-BA, 2016

FATORES ASSOCIADOS	OR AJUSTADA (IC 80%)
FATOR 1: AGRAVOS EM SAÚDE MENTAL	
<i>Bloco 1: Fatores socioeconômicos</i>	
Recebimento de benefícios sociais	1,63 (1,07-2,50)
<i>Bloco 2: Fatores ambientais</i>	
Material utilizado na casa	3,22 (1,17-8,80)
Continua	
Destino do lixo	1,51 (1,07-2,13)
Tem banheiro	2,82 (1,17-6,77)
<i>Bloco 3: Fatores condições de saúde</i>	
Autoavaliação de saúde	2,64 (1,92-3,65)
Tipo de Medicação	0,15 (0,05-0,45)
Problemas com cáries/canal	1,47 (1,07-2,01)
<i>Fatores demográficos</i>	
Sexo	0,48 (0,34-0,67)
Idade	1,84 (1,19-2,84)
FATOR 2: DOENÇAS CRÔNICAS	
<i>Bloco 2: Fatores ambientais</i>	
Material utilizado na casa	3,18 (1,09-9,28)
Tem banheiro	3,69 (1,36-10,01)
<i>Bloco 3: Fatores condições de saúde</i>	
Autoavaliação de saúde	2,22 (1,48-3,33)
<i>Fatores demográficos</i>	
Sexo	0,47 (0,32-0,68)
Idade	1,87 (1,18-2,95)
FATOR 3: DOENÇAS DE OSSOS E DE COLUNA	
<i>Bloco 1: Fatores socioeconômicos</i>	
Anos de estudo	1,77 (1,20-2,62)
<i>Bloco 3: Fatores condições de saúde</i>	
Autoavaliação de saúde	1,64 (1,15-2,32)
Tipo de medicação	6,12 (2,59-14,4)
<i>Fatores demográficos</i>	
Idade	1,61 (1,03-2,51)

No que se refere ao recebimento de benefício social para se apresentar como fator de proteção ao desenvolvimento de agravos à saúde mental pode-se justificar a partir do modelo conceitual adotado por este estudo, no qual se pressupõe que o fato de as famílias receberem ajuda financeira do governo, melhora suas provisões de alimentação e alojamento. Consequentemente, isso pode melhorar o nível de saúde mental, visto que a segurança econômica pode amenizar possíveis situações de estresse e ansiedade, advindos de problemas financeiros. Além disso, os impactos positivos do programa de transferência de renda Bolsa Família já são reconhecidos para a melhoria da saúde geral das famílias mais vulneráveis socioeconomicamente (CABRAL-MIRANDA; DATTOLI; DIAS-LIMA, 2010). Neste estudo, os problemas de saúde mental mostraram-se maiores entre as mulheres quilombolas (55,3%), na faixa etária de 40 a 49 anos.

Esse achado é semelhante ao resultado encontrado em outro estudo com populações vulneráveis (AMORIM *et al.*, 2013). Outro importante achado deste estudo refere-se às doenças crônicas que apresentaram maior prevalência, tais como: hipertensão (22.3%); diabetes (7.8%); doenças do aparelho circulatório (7.5%) e doenças cardíacas (5.9%). Outra constatação aponta para a prevalência de níveis elevados de doenças parasitárias, infecciosas intestinais e de baixo crescimento. Esses estariam fortemente associados às precárias condições higiênico-sanitárias em que vivem as quilombolas, decorrentes da ingestão de água não tratada, da ausência de esgotamento sanitário, do acúmulo de lixo no meio ambiente e do descarte incorreto de resíduos (GUIMARÃES; SILVA; RAMOS, 2018; MELO; SILVA, 2015; CUNHA; MORAES; LIMA; MATTO; FREDIANI, 2013).

Corroborando a correlação entre fatores relacionados às condições sanitárias e o aparecimento de doenças parasitárias, constatou-se neste estudo que a ausência de cobertura de lixo aumenta em 51% as chances de ocorrência dessas doenças, bem como o fato de não haver banheiro aumentou as chances de ocorrência dessas doenças em 2,82 vezes. Além disso, o material utilizado na construção da casa foi um fator determinante para o aparecimento de doenças parasitárias, fato que é confirmado em outro estudo sobre a avaliação de infecções parasitárias em comunidades quilombolas (MALTA *et al.*, 2015).

As doenças crônicas representaram uma proporção de 39,2% das doenças mais prevalentes nas comunidades quilombolas estudadas. É importante destacar que existe um alto índice de doenças crônicas entre as populações rurais negras, quando comparadas ao restante da sociedade, apresentando diferenciais nos fatores de risco de acordo com a raça / cor, o que pode ser explicado por aspectos culturais, racismo histórico, diferenças socioeconômicas, que determinam menos acesso a bens e menos oportunidade de tratamento adequado para a população negra (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008). O racismo histórico e institucional que se caracteriza pela falta de instituições em dar acesso e atendimento aos mais desfavorecidos da sociedade é outro fator que deve ser considerado para a alta ocorrência de doenças crônicas e agudas (CAVALCANTE; SILVA, 2019). Foi realizado um estudo transversal em comunidades quilombolas do estado de Minas Gerais (FERREIRA, 2015), com 756 pessoas em 2016. Constatou-se que os principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis nesta população estavam relacionados ao estilo de vida (23,5%); por consumo de refrigerante (41,8%); consumo de carnes com gordura (66,1%); com baixo consumo de frutas (63,9%), sedentarismo e sobrepeso (47,9%), com destaque para a maior prevalência entre os homens com menor escolaridade. Consistente com esses achados, uma associação estatisticamente significativa de fatores ambientais e condições de saúde com doenças crônicas foi confirmada no presente estudo.

O fato de os quilombolas viverem em casas de barro aumenta em 3,18 vezes as chances de desenvolver essas doenças, assim como a falta de banheiro nas residências aumenta em 3,69 vezes a possibilidade de doenças crônicas. Como as condições sanitárias e habitacionais estão diretamente relacionadas às condições socioeconômicas, é possível que esses fatores, incluindo renda e escolaridade, acabem mediando as condições ambientais em que as pessoas realizam suas atividades cotidianas, inclusive nas relações com a saúde (SILVA; PADEZ; MOURA; FILGUEIRAS, 2016).

Em relação à variável sexo e idade, constatou-se que a maioria das pessoas com doenças crônicas é do sexo feminino (44,8%), resultado que corrobora com alguns estudos sobre doenças crônicas em populações de quilombolas (BEZERRA *et al.*, 2013; OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016) e difere de outro estudo de base populacional com quilombolas no estado de Minas Gerais, no qual a maior prevalência foi entre os homens (FERREIRA, 2015). Porém, em relação à idade, verificou-se que neste estudo adultos com idade entre 40-49 anos apresentam maior prevalência de doenças crônicas, achado que difere de outro estudo com doenças crônicas na comunidade de quilombolas, no qual foi observada maior frequência na idade entre 18-29 anos (OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016).

De acordo com os achados relacionados às doenças ósseas e da coluna, houve alta prevalência, com maior frequência no sexo feminino, e essa taxa aumenta com o aumento da idade. Em contrapartida, verificou-se que indivíduos com menos de oito anos de escolaridade têm 77% mais chances de desenvolver doenças ósseas e da coluna. Além disso, observou-se que a autoavaliação da saúde e o tipo de medicamento utilizado também estão associados ao desenvolvimento da doença. Em relação às cardiopatias, a prevalência foi superior à encontrada em outras comunidades quilombolas da Bahia (DAMAZIO *et al.*, 2013). Outros estudos apontaram taxas mais elevadas de doenças cardiovasculares em afro-americanos quando comparados à população branca, situação esta especialmente relacionada às condições socioeconômicas (WILLIAMS; LEAVELL,

2012). Correspondendo às doenças do aparelho circulatório, a prevalência no presente estudo foi de 7,5%, taxa inferior à encontrada em populações de quilombolas no estado do Maranhão (11,1%) (FERREIRA, 2015).

Em relação às doenças da coluna, encontramos uma prevalência superior à média nacional de populações que não são quilombolas, mas que vivem em áreas rurais, que também realizam trabalhos manuais (21,3%) (NEIVA; SERENO; SANTOS; FIORAVANTI, 2008). É possível que haja uma contribuição do fato dos quilombolas representarem uma população tradicionalmente ligada às atividades rurais, em funções como a lavoura e as atividades agrícolas. Assim, nessas circunstâncias o trabalho dessas pessoas envolve o uso de ferramentas pesadas e manuais. Na verdade, exige muito esforço físico. Na maioria das vezes, os trabalhadores rurais apresentam uma postura física inadequada no trabalho no desenvolvimento de suas atividades, o que pode levar a lesões na coluna vertebral. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011).

É certo que as doenças da coluna vertebral estão associadas a gênero, idade, situação de trabalho e doenças prévias (SANTOS; ASSUNÇÃO; LIMA, 2014). Em relação à idade, observa-se no presente estudo que as chances de desenvolver doenças da coluna aumentam com o aumento da idade, sendo mais prevalente na faixa etária de 50 a 59 anos, corroborando estudos nacionais com adultos brasileiros (NEIVA *et al.*, 2008). Nessa faixa etária de 50 a 59 anos, os quilombolas têm 11,9 vezes mais chance de desenvolver doenças da coluna, e esse achado pode estar relacionado à idade e à atividade laboral. Porém, após ajuste, constatou-se que a doença da coluna vertebral esteve associada com a idade, anos de estudo e não houve associação com a situação de trabalho (exercício de atividade laboral formal ou informal).

No entanto, esse resultado pode indicar uma relação entre menos anos de estudo e a condição de informalidade no trabalho em que vive grande parte da população de quilombolas estudada. Por outro lado, o fator educacional expressa um dos contextos que muitas vezes torna vulneráveis os grupos remanescentes de quilombos. Na maior comunidade de quilombolas do Brasil, Kalunga-GO, estima-se que, em média, 80,0% dos residentes tenham o ensino fundamental incompleto, sendo 10% que assinam apenas os nomes (NEIVA *et al.*, 2008). A ausência de relação entre a situação de trabalho, digamos, formalidade nas relações de trabalho e problemas relacionados às doenças da coluna vertebral também foi evidenciada em inquérito domiciliar realizado com adultos quilombolas em um município da Bahia, em que uma prevalência de dores nas costas de 39,3% foi identificado. Isso foi associado à idade ≥ 30 anos, não estando associado à situação de trabalho (SANTOS *et al.*, 2014).

Embora o estudo tenha uma abrangência significativa em relação aos objetivos propostos, pelo que observamos nos achados, algumas limitações devem ser consideradas. Como sabemos, a realização de estudos de base populacional por meio da aplicação de inquéritos está sujeita a vieses por parte dos entrevistadores e entrevistados, nem sempre controláveis, como as questões que precisam do autorrelato. Conclui-se que os dados aqui apresentados corroboram a crescente literatura sobre a saúde das populações de quilombolas, que aponta que a situação epidemiológica desses grupos está fortemente ligada à vulnerabilidade social, econômica, política e ambiental em que vivem as populações. Estabelecido o diagnóstico de forma clara, é necessário ampliar os esforços da sociedade e do poder público para que as leis e políticas voltadas à saúde da população negra, já existentes, sejam efetivamente implementadas e cumpram seu papel de minimizar as iniquidades, que fomentam a dolorosa situação de morbidade presente nos quilombos do país.

REFERÊNCIAS

Amorim, M. M., Tomazi, L., Silva, R. A. A. da, Gestinari, R. de S., & Figueiredo, T. B. (2013). Avaliação das condições habitacionais

- e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. *BioscienceJournal*, 29(4).
- Araújo, E. M. de, Costa, M. da C. N., Noronha, C. V., Hogan, V. K., Vines, A. I., & Araújo, T. M. de. (2010). Desigualdades em saúde e raça/cor da pele: Revisão da literatura do Brasil e dos Estados Unidos (1996-2005). *Saúde Coletiva*, 7(40), 116–121.
- Araújo, E. M. de. (2007). Mortalidade por causas externas e raça/cor da pele: Uma das expressões das desigualdades sociais [Doctoral dissertation, Universidade Federal da Bahia]. RI UFBA. <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10383>. Accessed 25 June 2018.
- Arruti, J. M. A. (2002). As comunidades negras rurais e suas terras: A disputa em torno de conceitos e números. *Dimensões*, (14).
- Bento, M. A. S., & Beghin, N. (2005). Juventude negra e exclusão radical. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4583/1/bps_n.11_juventudeENSAIO4_Maria11.pdf. Accessed 25 June 2018.
- Bezerra, V. M., Andrade, A. C. de S., César, C. C., & Caiáffa, W. T. (2013). Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: Hipertensão arterial e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(9), 1889–1902. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00164912>
- Bezerra, V. M., Medeiros, D. S. de, Gomes, K. de O., Souza, R., Giatti, L., Steffens, A. P., Kochergin, C. N., et al. (2014). Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): Aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciência Saúde Coletiva*, 19(6), 1835–1847. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.01992013>
- Brasil. (2003). Decreto Nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. *Diário Oficial da União*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4887.htm. Accessed 28 June 2018.
- Brasil. (2005). Saúde da população negra no Brasil: Contribuições para promoção da equidade. Brasília: Fundação Nacional de Saúde. Funasa. http://bvsm.sau.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf. Accessed 25 June 2018.
- Brasil. (2009). Institui a Política Nacional de Saúde da População Negra: Uma questão de equidade. Ministério da Saúde https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Accessed 25 June 2018.
- Brasil. (2012). Programa Brasil Quilombola: Diagnóstico de ações realizadas. Brasília, DF: Secretaria de Promoção de Igualdade Racial. <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/322>. Accessed 25 June 2018.
- Brasil. (2013). Impacto do Bolsa Família na saúde é incontestável. <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2013/10/impacto-do-bolsa-familia-na-saude-e-incontestavel>. Accessed 25 June 2018.
- Breilh, J. (2010). Las tres ‘S’ de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES.
- Cabral-Miranda, G., Dattoli, V. C. C., & Dias-Lima, A. (2010). Enteroparasitos e condições socioeconômicas e sanitárias em uma comunidade quilombola do semiárido baiano. *Rev. Patol. Trop*, 48–55. <http://www.revistas.ufg.br/index.php/iptsp/article/view/9498/6574>. Accessed 25 June 2018.
- Cavalcante, I. M. S., & Silva, H. P. (2019). Políticas Públicas e Acesso aos Serviços de Saúde em Quilombos na Amazônia Paraense. Quilombolas: Aspectos políticos, jurídicos e políticas públicas inclusivas consequentes à edição do Decreto no 4887-2003 e do julgamento da ADI no 3239. (pp. 473–498). Rio de Janeiro: TRF2.
- Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. (2008). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Editora FIOCRUZ. <http://books.scielo.org/id/bwb4z>. Accessed 25 June 2018.
- Cunha, G. M., Moraes, L. R. S., Lima, A. G. D., Matto, P. S. de M. da S., & Frediani, D. A. (2013). Prevalência da infecção por enteroparasitas e sua relação com as condições socioeconômicas e ambientais em comunidades extrativistas do município de Cairu – Bahia. *REEC - Revista Eletrônica de Engenharia Civil*, 7(2). <https://doi.org/10.5216/reec.v7i2.27445>
- Damazio, S. M., Lima, M. de S., Soares, A. R., Souza, M. A. A. de, Damazio, S. M., Lima, M. de S., Soares, A. R., et al. (2013). Intestinal parasites in a quilombola community of the Northern State of Espírito Santo, Brazil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 55(3), 179–183. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-46652013000300007>
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252(14), 1905–1907. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.252.14.1905>
- Ferreira, J. N. (2015). Condições de saúde de população negra remanescente de quilombo em Alcântara—MA [Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-08052015-145912/>
- Goldberg, D. P., & Huxley, P. (1992). Common mental disorders: A bio-social model. Tavistock/Routledge.
- Guimarães, R. C. R., Silva, H. P. da, & Ramos, E. M. L. S. (2018). Condições socioecológicas familiares nos primeiros dois anos de vida de crianças quilombolas no Pará: Um estudo de base populacional. *Ciência & Saúde*, 11(2), 90–99. <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2018.2.29521>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2016). Censo Demográfico. Projeção da população. IBGE. www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2016
- Instituto de Pesquisa Econômico-Social Aplicada (Ed.). (2011). Retrato das desigualdades de gênero e raça (4a edição, 2a tiragem). Brasília: Ipea.
- Laurell, A. C. (1976). A saúde-doença como processo social (Vol. 84). Global.
- Leite, I. B. (2008). O projeto político quilombola: Desafios, conquistas e impasses atuais. *Revista Estudos Feministas*, 16(3), 965–977.
- Malta, D. C., Moura, L. de, Bernal, R. T. I., Malta, D. C., Moura, L. de, & Bernal, R. T. I. (2015). Differentials in risk factors for chronic non-communicable diseases from the race/color standpoint. *Ciência&SaúdeColetiva*, 20(3), 713–725. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.16182014>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.16182014>
- Melo, M. F. T., & Silva, H. P. (2015). Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil, 7(16), 168–189.
- Neiva, A., Sereno, J. R. B., Santos, S. A., & Fioravanti, M. C. S. (2008). Caracterização socioeconômica e cultural da comunidade quilombola Kalunga de Cavalcante, Goiás, Brasil: Dados preliminares. IX Simpósio Nacional do Cerrado, Brasília-DF.
- Oliveira, S. K. M., & Caldeira, A. P. (2016). Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24(4), 420–427. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600040093>
- OpenEpi. (2015). Cálculo do tamanho da amostra. http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm
- Oshai, C. Ma. A., & Silva, H. P. (2013). Áreas Protegidas, Populações Desprotegidas: Uma reflexão sobre a situação sócio-ecológica de populações quilombolas da Amazônia Paraense. VI Seminário Brasileiro sobre Áreas Protegidas e Inclusão Social / I Encontro Latino-Americano sobre Áreas Protegidas e Inclusão Social, 2013, Belo Horizonte. Áreas Protegidas e Inclusão Social—Tendências e Perspectivas. (Vol. 6, pp. 1039–1048). Belo Horizonte. https://www.academia.edu/40893134/%C3%81REAS_PROTEGIDAS_E_INCLUS%C3%83O_SOCIAL_TEND%C3%84NCIAS_E_PERSPECTIVAS. Accessed 25 June 2018.
- Santos, L. R. C. S., Assunção, A. Á., & Lima, E. de P. (2014). Dor nas costas em adultos residentes em territórios quilombolas,

- Bahia. *Revista de Saúde Pública*, 48(5), 750–757. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005317>
- Santos, R. C. dos, & Silva, M. S. (2014). Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *Saúde e Sociedade*, 23(3), 1049–1063. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300025>
- Silva, H. P., Padez, C., Moura, E. A. F., & Filgueiras, L. A. (2016). Obesity, hypertension, social determinants of health and the epidemiologic transition among traditional Amazonian populations. *Annals of Human Biology*, 43(4), 371–381. <https://doi.org/10.1080/03014460.2016.1197967>
- Sociedade Brasileira de Reumatologia. (2011). Comissão de Coluna Vertebral. Sociedade Brasileira de Reumatologia. <https://www.reumatologia.org.br/cartilhas/>. Accessed 25 June 2018.
- Volochko, A., & Batista, L. E. (2009). Saúde nos Quilombos. Temas em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde – SESSP.
- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies: The afflictions of inequality*. Routledge.
- Williams, D. R., & Leavell, J. (2012). The social context of cardiovascular disease: Challenges and opportunities for the Jackson Heart Study. *Ethnicity & Disease*, 22(3Suppl 1), S1-15–21.
- Williams, D. R., Mohammed, S. A., Leavell, J., & Collins, C. (2010). Race, socioeconomic status, and health: Complexities, ongoing challenges, and research opportunities. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 69–101. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05339.x>
- World Health Organization (Ed.). (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health.
