



DOENÇAS CRÔNICAS E OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO PARÁ, AMAZÔNIA, BRASIL

Maíra Fernanda Tavares de Melo¹

Hilton Pereira Silva²

Resumo: Os remanescentes de quilombos estão entre os grupos mais socialmente vulnerabilizados do Brasil. No que diz respeito à saúde, sua situação também se apresenta precária em todas as regiões do país. Na Amazônia, ainda são poucas as investigações sobre a saúde dos quilombolas. O objetivo deste estudo foi identificar a prevalência das principais doenças crônicas que acometem um grupo de populações quilombolas conhecidas como "Mola", localizadas no nordeste paraense, relacionando-as com os Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Observou-se que há elevado índice de doenças crônicas entre essas populações negras rurais em comparação com o restante da população brasileira. 87,08% dos adultos apresenta problemas crônicos relacionados ao sistema digestivo, 50,9% apresentaram doenças de pele, 48,08% apresentaram algum nível de pré-hipertensão ou hipertensão arterial e 43,63% tem afecções oftalmológicas. Foram analisados também aspectos relacionados a comorbidades como tabagismo, etilismo, obesidade e aspectos socio-ecológicos que apontam para a existência de forte relação entre a prevalência das doenças crônicas e os DSS.

Palavras chave: Quilombos; Doenças Crônicas; Determinantes Sociais da Saúde; Saúde Pública; Atenção Básica.

CHRONIC DISEASES AND HEALTH'S SOCIAL DETERMINANTS OF MAROONS COMMUNITIES OF PARÁ STATE, AMAZON, BRAZIL

Abstract: The maroons' remnants are among the most socially vulnerabilized groups in Brazil. With regard to health, their situation also is precarious in all regions of the country. In the Amazon, still there is a few investigations on the health of the Maroons. The purpose of this study was to identify the prevalence of major chronic diseases affecting a group of Maroons known as "Mola", located in northeast Pará, relating them to the Social Determinants of Health (SDH). We observed that there is high rate of chronic diseases among these rural black populations in comparison to the rest of Brazilian population. 87.08% of adults has chronic problems related to the digestive system, 50.9% had skin diseases, 48.08% presented some level of pre-hypertension or hypertension and 43.63% have eye disorders. We also analyzed aspects related to comorbidities such as smoking, alcoholism, obesity and socio-ecological aspects, which point to the existence of a strong relationship between the prevalence of chronic diseases and the SDH.

Key-words: Maroons; Chronic Diseases; Social Determinants of Health; Public Health, Primary Care

¹ Universidade Federal do Pará, Grupo de Estudos Interdisciplinares em Biodiversidade, Sociedade e Educação na Amazônia – BioSE, Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Antropologia - PPGA, área de concentração - bioantropologia. Belém, PA, Brasil. maira.fernandatm@gmail.com

² Universidade Federal do Pará, Laboratório de Estudos Bioantropológicos em Saúde e Meio Ambiente - LEBIOS, Programa de Pós-Graduação em Antropologia – PPGA e Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia - PPGSAS, Belém, PA, Brasil. hdasilva@ufpa.br



MALADIES CHRONIQUES ET DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE DANS COMMUNAUTES MARRONS DE PARA, AMAZONIA, BRESIL

Résumé: Les rémanences de marronnages sont parmi les groupes les plus socialement marginalisés au Brésil. En matière de santé, de leur situation présente également précaire dans toutes les régions du pays. En Amazonie, ils sont encore quelques enquêtes sur la santé des Maroons. L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence des principales maladies chroniques qui affectent un groupe de populations Maroons connus comme "Mola", situé dans le nord-Pará, les rapportant aux Déterminants Sociaux de la Santé (DSS en portugais). Il a été observé qu'il existe taux élevé de maladies chroniques parmi ces populations noires rurales par rapport au reste de la population. 87,08% des adultes a des problèmes chroniques liés au système digestif, 50,9% avaient des maladies de la peau, 48,08% présenté un certain niveau de pré-hypertension ou d'hypertension et 43,63% ont des troubles oculaires. Ils ont également analysé les aspects liés à comorbidités comme le tabagisme, l'alcoolisme, l'obésité et les aspects socio-écologiques qui pointent vers l'existence d'une forte relation entre la prévalence des maladies chroniques et de la DSS.

Mots-clés: Marronnages, maladies chroniques, les déterminants sociaux de la santé, de la santé publique, les soins primaires.

ENFERMEDADES CRÓNICAS Y LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN COMUNIDADES QUILOMBOLAS DEL PARÁ, AMAZÓNIA, BRASIL

Resumen: Los remanecientes de quilombos están entre los grupos más socialmente vulnerables de Brasil, en el quesito salud. Su situación también se presenta drástica en todas las regiones del país. En la Amazonía, aún son muy pocas las investigaciones sobre la salud de los quilombolas. El objetivo de este estudio fue identificar la prevalencia de las principales enfermedades crónicas presente en un grupo de poblaciones quilombolas conocidas como "Mola", localizadas en el nordeste paraense, relacionando con los Determinantes Sociales de Salud (DSS). Se observó que hay un índice muy alto de enfermedades crónicas en estas poblaciones negras rurales en comparación con la población brasileña 87,08% de los adultos presentan problemas crónicos relacionados al sistema digestivo, 50,9% presentaron enfermedades de piel 48,63% presentaron algún nivel de pré-hipertensión o hipertensión arterial y 43,63% llevan afecciones oftalmológicas. Fueron analizados también aspectos relacionados a enfermedades como tabaco, elitismo, obesidad y aspectos socio-ecológicos que apuntan para la existencia de fuerte relación entre la prevalencia de las enfermedades crónicas y los DSS.

Palabras-clave: Quilombos, Enfermedades Crónicas, Determinantes Sociales de Salud, Salud Pública, Atención Básica.

INTRODUÇÃO

Muito mais do que representar a diversidade biológica dos seres humanos, a cor da pele é um símbolo que representa um elemento muito forte da história do Brasil. Uma trajetória que envolve discriminação, racismo, mas também lutas por identidade, reconhecimento, melhores condições de vida e garantia de direitos (Salles, 2005; Marques, 2009). No que se refere à garantia de acesso à saúde pela população negra, esses direitos continuam a ser repetidamente negligenciados ou mesmo negados (Lopes, 2005; Brasil, 2013). Em geral, a população negra, e principalmente as mulheres negras,



recebe atendimento de saúde mais precário que outros grupos no Brasil (Chor & Lima, 2005; Brasil, 2013). Fatores históricos, econômicos e sociais fazem com que este seja um dos grupos populacionais mais vulnerabilizados³ na sociedade nacional atualmente (Fraga & Sanino, 2014).

Em relação às comunidades de remanescentes de quilombos, a situação se encontra profundamente agravada. Estima-se que no Brasil existam mais de quatro mil comunidades quilombolas, no entanto apenas 2.278 são devidamente reconhecidas (CPISP, 2013), mas a maioria ainda não está devidamente titulada, o que dificulta a implementação de políticas públicas e de ações afirmativas de qualquer esfera, sejam elas em saúde, educação ou infraestrutura.

Estimativas feitas pelo Programa Brasil Quilombola apontam que existem mais de 1 milhão de quilombolas no país, que em sua maioria vivem em áreas rurais, em condição de extrema pobreza, recebem algum tipo de auxílio do governo federal, como o bolsa família, e possuem pouca ou nenhuma instrução escolar (Brasil, 2012). Diversos estudos corroboram esses apontamentos e adicionam outras questões, como as precárias condições sanitárias e a quantidade de cômodos nos lares quilombolas. São casas com poucos compartimentos, nenhuma água tratada ou canalizada, além de eliminação inadequada do lixo na natureza ou queima do mesmo perto de suas residências e a ausência de redes de esgotos, sendo os dejetos expostos a céu aberto ou em fossas sépticas (Moura, et al. 2014; Santos e Silva, 2014; Pinho et al., 2015).

No que se refere ao Estado do Pará, as condições dos quilombos não são muito diferentes em relação aos aspectos sócio-ambientais (Oliveira, et al. 2011). Porém, ainda são poucos os estudos realizados na região norte e mais especificamente no Pará sobre acesso a saúde e condições das comunidades remanescentes de quilombos (Guerrero, 2010; Borges, 2011; Cavalcante, 2011; Oliveira, et al., 2011; Pinho, et al., 2013; Guimarães & Silva, 2015). No entanto, todos identificam as condições precárias em que os quilombolas vivem e a necessidade de ações mais categóricas no que tange a segurança social deste grupo.

Já é consenso na literatura mundial, que as condições sociais, econômicas, psicológicas, etnicorraciais e culturais são aspectos determinantes para se analisar os processos de saúde e doenças dos indivíduos, sendo conhecidos como os Determinantes

³ Para uma discussão sobre os conceitos de vulnerabilidade ver: Porto (2011) e Silva (no prelo).



Sociais em Saúde⁴ (Marmot & Wilkinson, 1999; Buss & Pellegrini Filho, 2007). A realidade dos quilombos pelo Brasil alerta para a necessidade de atenção especial para a inclusão dessa parcela da população Brasileira no âmbito das políticas públicas. Barros e colaboradores (2011) apontam a relação existente entre as camadas populacionais mais pobres e a maior frequência no acometimento de doenças crônicas, assim como Lopes (2004), demonstra que os negros têm experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer, por estarem, em sua maioria, no estrato social mais baixo, expondo assim, que o racismo, bem como a pobreza, são fatores importantes na determinação da saúde, o que tem impacto potencialmente particular nos remanescentes de quilombos.

Além de fatores sociais, alguns comportamentos também podem se mostrar determinantes para o surgimento de doenças crônicas nas populações, como o hábito do tabagismo e do etilismo. Estudos relatam que a ingestão de álcool é fator de risco para doenças como a hipertensão arterial e a obesidade, entre várias outras (Vieira, 2014; Cardoso et al., 2015).

Devido a complexidade do surgimento e evolução das doenças crônicas, há grande necessidade de estudos que busquem entender as linhas pelas quais estão sendo traçadas o processo de saúde e doença das populações rurais, em particular na Amazônia e principalmente, em populações historicamente, silenciadas e altamente vulnerabilizadas como são as comunidades quilombolas, ribeirinhas e indígenas (Silva, 2009; 2010).

A prevalência das doenças no Brasil vem mudando nas últimas décadas. O quadro outrora dominado por doenças infecciosas e parasitárias dá lugar a um outro cenário, onde as doenças crônico-degenerativas ganham espaço cada vez maior (Prata, 1992; Casado et al., 2009). De acordo com Prata (1992) o país passa por uma transição epidemiológica e essa transição interfere no tipo de doenças expressas pela população. Esse fato é atribuído principalmente à melhoria das condições sanitárias, ao advento das novas tecnologias e o avanço da ciência na medicina, que permitiram melhor chances de tratamento e cura de diversas doenças, assim como levaram a alteração nos hábitos nutricionais, o que conseqüentemente, se refletiu no corpo e na saúde dos indivíduos na forma de doenças crônicas.

⁴ Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS): “DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (Buss e Pellegrini Filho, 2007, p.78).



No contexto amazônico, ainda são observadas muitas doenças infecciosas e parasitárias em decorrência, principalmente, da escassa infra-estrutura e dificuldade de acesso aos serviços de saúde como demonstram Confalonieri (2005); Silva (2006) e (2009) porém, esse padrão vem se alterando, e conhecer que tipos de doenças crônicas vem se instalando entre as populações rurais negras torna-se importante para um melhor planejamento de políticas públicas que visem atender as necessidades dos grupos quilombolas.

O objetivo deste trabalho é caracterizar as condições de saúde da população adulta do conjunto de comunidades quilombolas conhecidas coletivamente como “Mola”, no município de Cametá, Estado do Pará, identificando a prevalência de doenças crônicas, analisando a relação entre as doenças crônicas mais frequentes e a transição epidemiológica na região e, por fim, discutir a relação entre as doenças crônicas e os Determinantes Sociais de Saúde (DSS).

POPULAÇÃO E MÉTODOS

As comunidades coletivamente conhecidas como “Mola” situam-se no município de Cametá, no nordeste do Estado do Pará, a cerca de 200 km da capital, Belém. Para se chegar a estas é necessário fazer uma viagem de barco de aproximadamente 12 horas, ou de carro (aproximadamente 8 horas) à sede do município, e depois viajar por várias horas em embarcações menores ou em veículos com tração progressiva para chegar às localidades. No total são oito as comunidades que fazem parte do “Mola”: Mola, Itapocu, Bonfim, Frade, Laginho, Taxizal, Tomazia e Tabatinga, todas situadas as margens do rio Tocantins (Figura 1). Estas são representadas pela Associação Terra da Liberdade.

As informações aqui apresentadas foram coletadas como parte dos Projetos “Desenvolvimento Solidário e Sustentável da Comunidade do Mola/Cametá (PA): Identidades, Direitos e Qualidade de Vida” e “Determinantes Sócio-ecológicos e Biológicos da Obesidade, Diabetes e Hipertensão Arterial em Populações Afrodescendentes da Amazônia: Buscando respostas concretas para a ontogenia de doenças complexas” entre 2012 e 2014. Os projetos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará e seguiram as normatizações das resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Figura 1. Localização da cidade de Cametá/PA, bem como da localização da comunidade do “Mola”



Fonte: Google mapas, 2014.

A fim de envolver a todos os indivíduos das comunidades pertencentes ao conjunto de quilombos do “Mola” foram realizadas três oficinas que visaram, além de coletar informações necessárias para o desenvolvimento da pesquisa, proporcionar à população atividades voltadas para a cultura, educação e lazer. As oficinas tiveram a duração de um dia cada e durante o seu desenvolvimento foi realizada a coleta de dados.

A coleta de dados, por sua vez, foi dividida em três partes que, segundo Silva & Arroyo (2012, p. 8) envolveram:

Triagem e explicação do projeto, assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação na pesquisa e uso de imagens por todos os adultos e pais ou responsáveis pelos menores de idade, aplicação de questionários sócio-econômico-demográfico-sanitários, e avaliação biométrica e de saúde individual.

Através de um questionário sócio-econômico buscou-se levantar questões importantes sobre a dinâmica da comunidade e sobre escolaridade, renda familiar, atividades econômicas, acesso à saúde, moradia e saneamento básico. Para a avaliação



física dos indivíduos, foram realizadas medições antropométricas e exame físico executados pelos mesmos indivíduos, evitando, dessa forma, variações interobservador. No exame físico foram analisados aspectos da pele, dos olhos, do sistema digestivo, dos cabelos e anexos, e do sistema cardiovascular (frequência respiratória, pressão arterial e pulso). Todos os exames foram conduzidos por profissionais de saúde treinados e experientes seguindo metodologia descrita em Silva (2011).

Os instrumentos utilizados para a pesquisa, como calipers, fitas métricas metálicas, balança e antropômetro necessários à coleta dos dados foram disponibilizados pelo laboratório de Estudos Bioantropológicos em Saúde e Meio Ambiente, da Universidade Federal do Pará (UFPA).

Os sujeitos da pesquisa foram residentes das comunidades, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 15 anos, que se voluntariaram para participação após as devidas explicações sobre seus objetivos e a assinatura do TCLE. O universo amostral da pesquisa contou com 131 pessoas, dos quais 55 atenderam aos pré-requisitos acima.

RESULTADOS

A SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA E DE SAÚDE

A amostra representa cerca de 10,0% da população adulta estimada para o conjunto de comunidades do “Mola” (Silva e Arroyo, 2012). Do universo pesquisado, há predomínio da participação feminina em relação à masculina. As mulheres perfazem 65,5% da amostra. Ainda sobre as características da população investigada a faixa etária vai de 15 a 78 anos (Tabela 1). Em nenhuma das comunidades do “Mola” há posto de saúde ou atendimento regular por equipe de saúde da família, ou por agentes comunitários de saúde.

Em relação aos hábitos de vida, 34,5% dos entrevistados são fumantes e 1.8% não informou seus hábitos quanto ao tabagismo. A maioria dos fumantes consome até 2 cigarros por dia, porém há casos de consumo de até 10 cigarros diariamente (Tabela 1.). Com relação ao hábito do etilismo, mais da metade dos entrevistados relata consumir álcool mais de uma vez por semana e 42,3% não consomem álcool (Tabela 1).

Tabela 01 - Caracterização da população adulta das comunidades do "Mola" investigada (2011).



	Comunidade do “Mola”
Característica	Número real (% válida)
Sexo	
Homens	19 (34,5%)
Mulheres	36 (65,4%)
Faixa Etária	
15 – 24 anos	10 (18,2%)
25 – 34 anos	15 (27,3%)
35 – 44 anos	10 (18,2%)
45 – 54 anos	17 (23,6%)
55 – 60 anos ou mais	07 (12,5%)
Tabagismo	
Fumantes	19 (34,5%)
Não Fumantes	35 (63,6%)
Não informou	01 (01,8%)
Dos Fumantes	
Até dois cigarros por dia	08 (42,1%)
Mais de dois cigarros por dia	06 (31,6%)
Não informou	05 (26,3%)
Etilismo	
Consumidores	28 (50,9%)
Não consumidores	26 (47,3%)
Não informou	01 (01,8%)

Em relação ao estado nutricional dos participantes do “Mola” constata-se que a maioria dos indivíduos está com o estado nutricional adequado (eutrófico). Porém, se somadas as porcentagens dos indivíduos em estado que difere da eutrofia, chega-se a uma porcentagem de 30,4%, que já se faz relevante em relação aos fatores de risco ligados a doenças crônicas (Tabela 2).

Ainda sobre o estado nutricional da população, é possível fazer o recorte por gênero, constatando-se que há predominância de sobrepeso e obesidade nos indivíduos do gênero feminino na comunidade. Embora 60,0% das mulheres tenha apresentado estado nutricional eutrófico, 40,0% apresentam algum tipo de alteração, o que leva a conclusão que quase a metade da população feminina das comunidades investigadas apresenta chance elevada de ser afetada por doenças crônicas relacionadas ao excesso de peso, enquanto que nos homens esse risco cai para 12,50% (Tabela 2).

O estudo identificou, ainda, os indivíduos acometidos por hipertensão arterial, sendo que 15,4% foram diagnosticados com hipertensão franca, não havendo diferença



na prevalência entre homens e mulheres (Tabela 2).

Tabela 2 - Estado nutricional e situação da pressão arterial em indivíduos adultos investigados nas comunidades do "Mola" (2011).

Estado Nutricional	Homens (%)	Mulheres (%)	Total (% válido)
Eutrófico	14 (27,5%)	21 (41,2%)	35 (68,6%)
Sobrepeso	01 (1,9%)	08 (15,7%)	09 (17,6%)
Obesidade	01 (1,9%)	06 (11,7%)	07 (13,7%)
Total	16	35	51*

Nível Pressórico	Homens (%)	Mulheres (%)	Total
Hipertensos**	04 (50,0%)	04 (50,0%)	08 (15,4%)
	04	04	

* Número válido de indivíduos que forneceram as informações necessárias.

**Hipertensão = pressão sistólica maior que 140 mmHg e diastólica maior que 90 mmHg (Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006).

Ainda no que tange aos níveis pressóricos dos indivíduos investigados, verifica-se com relação à Pressão Arterial Sistólica (PAS), 42,3% (22) apresentam com algum tipo de alteração, sendo 34,6% (18) com um quadro de pré-hipertensão sistólica e 7,7% (4) tem a doença em estado franco. Com relação aos níveis de Pressão Arterial Diastólica (PAD) constata-se que um pouco mais da metade da população apresenta algum tipo de anormalidade pressórica (27 pessoas, ou 51,9% da população). Ainda sobre a PAD, 42,3% (22) apresentam pré-hipertensão ou hipertensão arterial diastólica. Ou seja, em se tratando de quadros pressóricos, em torno de 40,0% da população quilombola do "Mola" se encontra em risco quanto a doenças cardiovasculares (Tabela 3).

Através do exame clínico detalhado foram identificadas as principais doenças crônicas que acometem os quilombolas por sistemas. Sob o aspecto dermatológico as seguintes doenças são encontradas nas comunidades: acne, cloasma facial e pitíriase versicolor, consideradas como condições crônicas devido a necessidade de tratamento prolongado e, em alguns casos, a possibilidade de não haver cura para os indivíduos acometidos (James, et al., 2007). Entre os indivíduos analisados, mais da metade apresenta alguma doença de pele. Destes, 46,4% (13) apresentam pelo menos uma das



doenças acima mencionadas (Tabela 3).

Em relação a doenças oculares foram observadas alterações como miopia, hipermetropia, pterígio, diminuição da acuidade visual ou mesmo a perda da visão. 43,6% (24) das pessoas avaliadas apresentam algum tipo de anormalidade com relação aos olhos. Destes, 62,5% (15) sofrem com pterígio, 25,0% (6) com hipermetropia, 12,5% (3) com miopia e 16,7% (4) com algum tipo de perda da acuidade visual (Tabela 3).

Com relação às alterações relacionadas ao sistema digestivo observa-se elevada prevalência de epigastralgia e cáries na população. Apenas sete indivíduos (12,7%) não apresentaram nenhuma anormalidade. Desses, 93,7% (45) tem uma ou mais cáries crônicas, 68,7% (33) tem perdas dentárias, 84,0% (10) apresentam epigastralgia, e 25,0% (12) apresentam outras alterações gástricas.

Tabela 3 - Perfil geral da saúde dos indivíduos investigados nas comunidades do "Mola" (2011).

Condição de saúde	Indivíduos investigados
	Número real (% válida)
Pele	
Normal	27 (49,1%)
Com alteração	28 (50,9%)
Pitiríase versicolor	09 (32,1%)
Cloasma Facial	03 (10,7%)
Acne	02 (7,1%)
Olhos	
Normal	31 (56,8%)
Com alteração	24 (43,6%)
Pterígio	15 (62,5%)
Hipermetropia	06 (25,0%)
Miopia	03 (12,5%)
Perda da visão/ Diminuição da acuidade visual	04 (16,7%)
Sistema Digestório	
Normal	07 (12,7%)
Com alteração	48 (87,3%)
Cárie	45(93,7%)
Epigastralgia	33 (68,7%)
Outras alterações	12 (25,0%)



Pressão Arterial Sistólica	
Normotensão	30 (57,7%)
Com alteração	22 (42,3%)
Pré-Hipertensão	18 (34,6%)
Hipertensão	04 (07,7%)
Pressão Arterial Diastólica	
Normotensão	25 (48,1%)
Com alteração	27 (51,9%)
Hipotensão	05 (09,6%)
Pré-Hipertensão	16 (30,8%)
Hipertensão	06 (11,5%)

A SITUAÇÃO SÓCIO-ECOLÓGICA

As terras das comunidades do “Mola” foram oficialmente regularizadas pelo Instituto de Terras do Pará (ITERPA) em 2013. A maioria dos chefes de família nasceu no próprio local, indicando pouca migração. A religião católica é praticada por 95% dos entrevistados, sendo que os outros se declaram evangélicos. Porém, foi observado etnograficamente que a religiosidade de matriz africana continua presente entre muitas famílias, embora não seja abertamente declarada em função do preconceito historicamente experimentado por essas comunidades (Silva e Arroyo, 2012).

O nível de escolaridade dos entrevistados é baixo, sendo que cerca de 41,0% são apenas alfabetizados, 55,0% possuem o ensino fundamental incompleto ou completo, e o restante está cursando ou já terminou o ensino médio.

As principais ocupações dos adultos estão relacionadas ao trabalho na agricultura (lavoura/roça) (88,7%). Além disso há pessoas que trabalham com transporte de passageiros, como agentes de saúde, parteiras, professores, sindicalistas, pescadores e extrativistas, na criação de pequenos animais e na confecção de artesanato. A maioria das famílias combina diversas atividades com a agricultura. A mandioca e o arroz são os principais produtos cultivados (Silva e Arroyo, 2012).

A renda média familiar foi estimada utilizando-se como base o salário mínimo (SM) em 2011 (R\$ 622,00). 82,0% dos entrevistados declaram que sua família vive com menos de um SM por mês; 4,5% das famílias vivem com um SM e menos de 10% das famílias ganha acima de um SM, sendo que nenhuma declara renda superior a 3 SM. A “Bolsa Família” complementa a renda de 88,6% famílias, sendo que 7,5% delas



recebem também outros auxílios, como aposentadorias e seguro defeso (Silva e Arroyo, 2012).

Em relação a moradias, 96,0% das pessoas moram em casas de madeira e cobertas com telhas de barro. A maioria das casas (95,6%) tem apenas três cômodos ou menos e nelas vivem, em média, 6,5 pessoas, porém, há casas em que vivem mais de 10 pessoas. Cerca de 64,0% das moradias tem acesso a eletricidade e mais de 60,0% das famílias possui televisão e outros aparelhos eletroeletrônicos. A maioria das casas (82,0%) não têm banheiro interno, sendo que estes distam de 2 a 150 metros da casa e são compostos, em geral, por um cercado de madeira ou palha, sem cobertura. Não há esgotos. Quanto aos sanitários, 98,0% são compostos por fossas escavadas no chão, cercados com tábuas, palha ou lona, sendo mais de 70,0% descobertos e sem acesso a água. A água para consumo doméstico e para beber de 37,0% das casas vem de poços abertos e 30,0% das casas usa água diretamente dos igarapés; mas 32,0% dos domicílios têm acesso à água proveniente de caixas d'água. Menos de 30,0% dos informantes relata que faz algum tipo de tratamento da água para beber, mas somente 6,8% usa tratamentos cientificamente efetivos, como ferver ou colocar hipoclorito de sódio na água (Silva e Arroyo, 2012).

Da mesma forma que não há tratamento sistemático para as águas consumidas ou seus dejetos, também não há coleta ou tratamento de lixo nas comunidades. A principal forma de eliminação do lixo é através da queima no quintal (88,6% das casas) (Silva e Arroyo, 2012).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Muitos autores têm demonstrado a importância de se analisar os contextos sociais, políticos e econômicos da população brasileira para que se tenha uma visão mais clara do tipo de situação em saúde que se tem atualmente no país (Rissi Junior & Nogueira, 2002; Confalonieri, 2005; Buss & Pellegrini Filho, 2007). Em vários estudos revelou-se que o estado de cronicidade das doenças se eleva quando observado em contextos de vulnerabilidade social como situação de discriminação por razões econômicas, educacionais e etnicorraciais (Lopes, 2005; Santos, 2011; Malta, et. al., 2013).

De acordo com Barros e colaboradores (2011) existe uma relação inversamente



proporcional entre o índice de doenças crônicas e o nível de escolaridade dos indivíduos. Quanto menor os anos de estudo, maior a prevalência das doenças crônicas, o que corrobora com os achados em nosso estudo. Segundo Silva & Arroyo (2012), quase a metade dos chefes de família da comunidade do “Mola” são apenas alfabetizados. Como a escolaridade relaciona-se, geralmente, de forma direta com o poder econômico das pessoas, chega-se a conclusão, de que a prevalência de doenças crônicas faz-se mais forte entre indivíduos de menor poder aquisitivo e menos anos de estudo, sendo um importante Determinante Social da Saúde (CNDSS, 2008).

Magalhães e colaboradores (2013) afirmam que as condições de habitação também são importantes para o bem-estar e segurança em saúde. Em seu estudo apontam que uma moradia de qualidade, assim como boas condições ambientais favorecem a saúde das populações. As precárias condições infraestruturais e ambientais das comunidades do “Mola” não diferem das situações já relatadas na literatura para outros remanescentes de quilombos (Guerrero, 2010; Oliveira, et al., 2011; Bezerra, et al., 2013; Santos & Silva, 2014), dando-nos pistas do por quê dos agravos crônicos em saúde estarem cada vez mais presentes neste grupo populacional.

Em nossa pesquisa identificamos a presença de doenças crônicas de pele, sendo a pitiríase versicolor a mais prevalente. Esta é causada por um fungo leveduriforme, lipodependente, pertencente a espécie *Malassezia furfur*. Sua evolução pode se dar em surtos prolongados, fazendo assim com que se torne crônica (Framil, et al., 2011). A prevalência de pitiríase assemelha-se ao encontrado em outros lugares do mundo, que possuem o mesmo clima tropical da região amazônica (Wanke & Wanke, 1974; Morais, et al., 2010). Em contrapartida, estudos realizados em regiões temperadas demonstram menor prevalência desta doença (Ingordo, et al. 2003; Jena, et al. 2005). A pitiríase, conhecida como “pano branco” se transmite pelo contato direto e as situações de aglomeração de pessoas em espaços pequenos, úmidos e com precárias condições de higiene, como observado no “Mola”, são ideais para sua proliferação e persistência.

Além da pitiríase versicolor, a prevalência de pterígio, doença oftalmológica conhecida tradicionalmente como “carne crescida”, é elevada, sendo concordante com o estudo de Ribeiro e colaboradores (2011) que analisaram a prevalência de pterígio em populações ao longo dos rios Negro e Japurá e acharam uma taxa de 21,2% na população em geral, incluindo crianças e adolescentes, e de 41,1% na população adulta (maiores de 18 anos). Wong e colaboradores (2001) apontam que alguns tipos de



ocupações têm maior relação com os casos de pterígio como a profissão de agricultor, trabalhadores de fábricas e de produção que chegam a ser três vezes maior que o normal. Shiratori e colaboradores (2010) e Shiroma e colaboradores (2009) indicam que a exposição a fatores ambientais adversos como a poeira, o vento e os raios ultravioletas podem estar relacionados com a maior incidência de pterígio. Nas populações quilombolas, a maior parte dos indivíduos ocupa-se de atividades ao ar livre, estando sujeitos a exposição a intensa radiação solar, podendo os fatores acima mencionados estar diretamente relacionados, da mesma forma que ocorre em populações caboclas (Silva, 2011). Embora sejam acometimentos de fácil diagnóstico, a ausência de serviços de saúde nas comunidades quilombolas favorece a disseminação e cronificação de doenças como a pitiríase e o pterígio.

A elevada prevalência de cáries é um dos achados que mais chamou a atenção, haja vista que quase todos os entrevistados apresentam este problema. Porém, estudos em outras populações vulnerabilizadas corroboram estes resultados, demonstrando que em grupos onde o acesso a saúde bucal é limitado, a alta prevalência de cárie é uma tendência entre os adultos e crianças (Costa, 2012; Brizon, et al., 2014). A presença de cáries é associada a fatores alimentares e de higiene oral, mas também a fatores sociais e políticos como a baixa renda familiar, baixa instrução materna, não frequência a escola e ausência de serviços odontológicos e políticas de prevenção (BOING, et al., 2014).

Os dados relacionados a hipertensão arterial franca apontam 9,6% (fazendo-se a média simples da PAD e PAS) de prevalência, o que difere de outros estudos sobre hipertensão arterial em quilombolas. Algumas pesquisas apontam em média de 30,% a 45,0% de prevalência de hipertensão nessas comunidades (Borges, 2011; Bezerra, et al. 2013) e de 32,0% na população brasileira de forma geral (Rosário, et al., 2009; SBC, 2010). No entanto, não se pode esquecer que o quantitativo de pré-hipertensão apresentado na amostra é elevado, indicando que há grandes riscos desses indivíduos virem a desenvolver a doença em médio ou longo prazo. Há considerável controvérsia se haveria ou não maior propensão genética de indivíduos afro-descendentes a desenvolver hipertensão, no entanto é consenso que a pressão arterial é fortemente influenciada por fatores sócio-ecológicos como condições de vida, emprego e percepção de discriminação/racismo e seu controle depende fortemente de acesso a serviços de atenção básica (Dressler & Bindon, 2000; Sbc, 2010; Borges, 2011; Bezerra, Et Al.,2013; Hicks & Leonard, 2014).



A prevalência de sobrepeso e obesidade nos Indivíduos investigados no “Mola” é menor que em outras pesquisas, cujas médias ficam em torno de 20,0% a 25,0% (Linhares, et al., 2012; Hoehr, et al., 2014). No entanto, quando somadas as duas percentagens encontramos uma quantidade elevada de pessoas com estado nutricional alterado e que podem vir a apresentar algum tipo de agravo a saúde relacionado a obesidade, como a hipertensão arterial, como afirmam Soares e Barreto (2015) ao analisar a obesidade e fatores a ela associados em uma comunidade quilombola no Estado da Bahia. Outro achado importante é que quando se faz um recorte por gênero, o sobrepeso e a obesidade entre as mulheres é maior que em homens, assim como ocorre em outros grupos rurais da Amazônia (Silva, et al., 2006; Silva, 2011). Sabe-se que a ocorrência de obesidade em adultos é fortemente associada a fatores nutricionais e ambientais presentes desde o período gestacional. Populações quilombolas apresentam historicamente elevadas taxas de desnutrição infantil (Brasil, 2008, Guerrero, 2010; Oliveira, et al., 2011; Guimarães & Silva, 2015) e compartilham com as do “Mola” um conjunto de condições históricas, sociais e ecológicas desfavoráveis desde o pré-natal. Indivíduos originários de ambientes mais pobres, que tem pais com menor escolaridade, que foram desnutridos na infância e/ou que sofreram estigmas sociais, têm maior probabilidade de se tornar adultos obesos, hipertensos e portadores de diversas outras doenças crônicas (Barker, et al., 2002; Ziol-Guest, et al., 2005; Kuzawa & Sweet, 2009; Hicks & Leonard, 2014), o que permite prever uma tendência de aumento nas doenças crônicas em grupos rurais afro-brasileiros nas próximas décadas.

Foram pesquisados ainda o hábito do etilismo e tabagismo, que já tem relação claramente definida com a prevalência de doenças crônicas (Casado, et al., 2009; Bezerra, 2013; Malta, et al., 2013). Encontramos alta taxa de consumo de álcool, já que aproximadamente 50,0% da população refere o seu uso frequentemente, porém com relação ao uso de tabaco essa percentagem fica em cerca de 30,0% da população, o que não difere de outros estudos em que estas variáveis foram pesquisadas. Cardoso e colaboradores (2015) apontam que 41,5% dos residentes adultos dos quilombos de Vitória da Conquista fazem uso do álcool de forma moderada e excessiva, assim como Vieira (2014) registra alta ingestão de álcool e uso de tabaco no quilombo Kalunga, no Estado de Goiás, e afirma que esta situação se deve ao fato da naturalização que a população faz desse consumo e de aspectos histórico-culturais da comunidade.

Já é consenso entre os investigadores que as condições de vida e trabalho dos



indivíduos influenciam de forma determinante os seus padrões de saúde e doença. Populações social e ambientalmente marginalizadas tendem a apresentar quadros de agravos a saúde mais graves e em maior quantidade e frequência que outros grupos populacionais (Marmot & Wilkinson, 1999; Nielsen, 2001; Ianni, et al., 2007; CNDSS, 2008). Em se tratando da situação de saúde das comunidades remanescentes de quilombos, as iniquidades sociais são prevalentes e tem um papel dominante na realidade observada uma vez que estas, em geral, são populações predominantemente negras, pobres, rurais, com baixa escolaridade, sem acesso adequado à serviços de saúde e sem saneamento ambiental. Muitas crianças das comunidades não têm sequer certidão de nascimento, o que as impossibilita de exercer sua plena cidadania, desde atender a escola até ser beneficiados com programas governamentais. Por outro lado, um elevado número de famílias depende de apoio governamental para sua subsistência o que reitera a precária situação socioeconômica em que vivem. O quadro observado coloca claramente a ampla maioria dos quilombolas em situação de pobreza e vulnerabilidade econômica, fato que tem chamado a atenção como um dos grandes desafios para a redução das disparidades sociais brasileiras (IPEA, 2005).

As análises aqui apresentadas deixam claro que as doenças crônicas acometem intensamente os residentes do “Mola” e que estas estão intimamente ligadas às condições sócio-ecológicas em que vivem, sendo agravos com componentes fortemente associados à sua vulnerabilidade social. Desta maneira, fica evidente que, para a melhoria da situação da saúde das populações quilombolas da Amazônia, são necessárias não só medidas relacionadas à saúde pública, mas também políticas que visem diminuir as distâncias e as iniquidades presentes entre todos os grupos sociais da população brasileira, como preconizado pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS, 2008) e pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2013).

Estudos que busquem mais informações de grupos quilombolas, na tentativa de se traçar políticas públicas de ações afirmativas que visem minorizar essas iniquidades são extremamente importantes. Embora nossa amostra tenha sido limitada a um único conjunto de remanescentes de quilombo e um número pequeno de indivíduos, a análise da literatura científica disponível indica que há grande probabilidade de que estes resultados representem a realidade de diversas comunidades espalhadas pelo Brasil.



Agradecimentos

Agradecemos às comunidades do “Mola”, aos participantes voluntários da pesquisa e a nossa valorosa equipe de colaboradores do LEBIOS. Os projetos que originaram este artigo receberam apoio do CNPQ, FAPESPA, UFPA, ISSAR e UNICEF.

REFERÊNCIAS

BARKER, David, J. P.; ERIKSSON, Joan. G.; FORSEN, Tom. & OSMOND, Clive. Fetal origins of adult disease: strength of effects and biological basis. *Int. J. of Epidemiol.* v. 36, n. 6. 2002, p. 1235-1239.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo.; FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergano.; ZANCHETA, Luane Margarete. & CESAR, Chester Luiz Galvão. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD 2003- 2008. *Ciên. e S. Coletiva*, v.16, n.9, 2011, p.3775- 3768.

BEZERRA, Vanessa Moraes.; ANDRADE, Amanda Cristina.; CESAR, Cibele Comini. & CAIAFFA, Walleska Teixeira. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.29, n.9, set. 2013, p.1889-1902.

BRASIL. *Políticas sociais e chamada nutricional quilombola: estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças*. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate n.9. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. 2008.

_____. Secretaria de Políticas de Promoção à Igualdade Racial (SEPPPIR) – *Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas*. Brasília, DF. 2012.

_____. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, uma política do SUS*. 2ª Ed. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2013.

BRIZON, Valéria Cândido.; MELO, Raquel Rossete.; ZARZAR, Patrícia Maria.; GOMES, Viviane Elisângela. & OLIVEIRA, Ana Cristina Borges. Indicadores socioeconômicos associados à cárie dentária: uma revisão crítica. *Rev. Unimontes Científica*. Montes Claros, v. 16, n. 1 - jan./jun. 2014, p.79-91.

BORGES, Willian Dias. *Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e seus determinantes bioantropológicos em populações quilombolas da Amazônia*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará. Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia. Belém: UFPA, 2011.

BOING, Antonio Fernando.; BASTOS, João Luiz.; PERES, Karen Glazer.; ANTUNES, José Leopoldo. & PERES, Marco Aurélio. Determinantes sociais da saúde e cárie dentária no Brasil: revisão sistemática da literatura no período de 1999 a 2010. *Rev. Bras. Epidemiol. Suppl. D.S.S.* 2014, p.102 – 115.

BUSS, Paulo Marchiori. & PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, 2007, p.77-93.



CARDOSO, Luiz Gustavo Vieira.; MELO, Ana Paula Souto. & CESAR, Cibele Comini. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Ciê. & Saúde Coletiva*, v. 20, n.3, 2015, p.809-820.

CASADO, Letícia.; VIANNA, Lucia Marques. & THULER, Luiz Claudio Santos. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. de Cancerologia*, v.55, n.4, 2009, p. 379-388.

CAVALCANTE, Inara. Mariela da Silva. *Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em três quilombos na Amazônia paraense: um olhar antropológico*. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Pará. Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia. Belém: UFPA, 2011.

CHOR, Dora. & LIMA, Claudia Rizzo de Araújo. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n.5, 2005, p.1586-1594.

CNDSS (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Relatório Final. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008.

CONFALONIERI, Ulisses E. C. Saúde na Amazônia.: Um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças. *Est. Avançados*, USP, v. 19, n. 53, 2005, p. 221-236.

COSTA, Simone de Melo. *Determinantes sociais da cárie dentária em adultos de municípios do entorno de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil*. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

CPISP, *Comissão Pró-Índio São Paulo*. Disponível em <<http://www.cpisp.org.br/>> Acesso em: 4/10/2013.

DRESSLER, Willian. W. & BINDON, James. The health consequences of cultural consonance: cultural dimensions of lifestyle, social support, and arterial blood pressure in an African American community. *Am Anthropol.* v. 102, n. 2, 2000, p. 244-260.

FRAMIL, Valeria Maria de Souza.; SZESZS, Maria Walderez. MELHEM, Marcia. S. C. & ZAITZ, Clarisse.: Novos aspectos na evolução clínica da pitiríase versicolor. *An. Bras. Dermatol.*, v.86, n.6, 2011, p.1135-40.

FRAGA, Fabiana Albino & SANINO, Giane Elis de Carvalho. Saúde da mulher negra: passos e descompassos, ações afirmativas na saúde, provável luz no fim do túnel? *Revista da ABPN*, v.07, n.15, nov 2014 – fev 2015, p.192-211.

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

HOEHR, Carlos Ferreira.; REUTER, Cézane Priscila.; TORNQUIST, Luciana.; NUNES, Henrique Mena Barreto. & BURGOS, Miria Suzana. Prevalência de obesidade e hipertensão arterial em escolares: estudo comparativo entre escolas rurais do município de Santa Cruz do Sul/RS. *Rev. Epidemiol. Control. Infect.* v. 4, n.2, 2014, p.122-126.

GUERRERO, Ana Felisa Hurtado. *Situação Nutricional de Populações Remanescentes de*



Quilombos do Município de Santarém, Pará – Brasil. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro: ENSP, 2010.

GUIMARÃES, Raissa Cecília Rosalino & SILVA, Hilton Pereira. Estado nutricional e crescimento de crianças quilombolas de diferentes comunidades do Estado do Pará. *Amazonica, Rev. de Antrop. (Online)*, v. 7, n. 1, 2015, p.186-209. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/2156/2454>
Acesso em: 2/5/2015.

IANNI, Aurea Maria Zollner.; DOS SANTOS, Claudete Gomes.; ALVES, Olga Sofia. Fabergé.; SALUM e MORAIS, Maria De Lima. & KALCKMANN, Amalia Suzana. S. Determinantes do acesso à saúde: o caso das populações remanescentes de quilombos. *BIS*, n. 41, 2007, p. 43-45.

INGORDO, Vito.; NALDI, Luigi.; COLECCHIAS, B. & LICCI, N. Prevalence of pityriasis versicolor in young Italian sailors. *British J. of Dermat.*, n.6, v.149, 2003, p.1270–1272.

IPEA. *Políticas sociais – acompanhamento e análise*. São Paulo, IPEA. 2005.

JAMES, Willian. D.; BERGER, Timothy. & ELSTON, Dirk. Andrew's doenças da pele. New York: Elsevier. 2007.

JENA, Deepak Kumar.; SENGUPTA, Sujata.; DWARI, Binayak Chandra. & RAM, Manoj Kumar. Pityriasis versicolor in the pediatric age group. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology.*, v.71, n. 4, 2005, p. 259 – 261. Disponível em: <http://www.ijdv.com/article.asp?issn=0378-6323;year=2005;volume=71;issue=4;spage=259;epage=261;aulast=Jena>> Acessado em: 5 de Junho de 2015.

KUZAWA, Christopher & SWEET, Elizabeth. Epigenetics and the embodiment of race: developmental origins of US racial disparities in cardiovascular health. *Am J. Hum. Bio.*, v. 21, n. 1, 2009, p. 2-15.

LINHARES, Rogério da Silva.; HORTA, Bernardo Lessa. GIGANTE, Denise Petrucci.; DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares. & OLINTO, Maria Teresa Anselmo. Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n.3, mar-2012, p.438-448.

LOPES, Fernanda. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: *I seminário Nacional Saúde da População Negra*. 18 – 24 de Agosto de 2004.

LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 2005, p. 1595-1601

MAGALHÃES, Kelly Alves.; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MARTINS, Tatiana de Castro Pereira.; GOMES, Andreia Patrícia. & BATISTA, Rodrigo Siqueira. A habitação como determinante social em saúde: percepção e condições de vida de famílias cadastradas no bolsa família. *Saúde Soc.* São Paulo, v.22, n.1, 2013, p.57-72.

MALTA, Deborah Carvalho; ISER, Betine Pinto Moehlecke; CLARO, Rafael Moreira; MOURA, Lenildo; BERNAL, Regina Tomie Ivata Bernal.; NASCIMENTO, Andreia de Fátima; SILVA JR, Jarbas Barbosa. & MONTEIRO, Carlos Augusto. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil,



2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v.22, n.3, 2013, p.423-434.

MARMOT, Michael. & WILKINSON, Richard. *Social determinants of health*. New York: Oxford University Press. 1999.

MARQUES, Carlos Eduardo. De quilombos a quilombolas: notas sobre um processo histórico-etnográfico. *Rev. de Antrop. USP*, v. 52, n.1, 2009, p. 339-374.

MORAIS, Patrícia Motta de.; CUNHA, Maria da Graça Souza. & FROTA, Maria Zeli Moreira. Aspectos clínicos de pacientes com pitiríase versicolor atendidos em um centro de referência em Dermatologia Tropical na cidade de Manaus (AM), Brasil. *An. Bras. Dermatol.*, v. 85, n.6, 2010, p.797-803.

NIELSEN, N. Ole. Ecosystem approaches to human health. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 17 (suplemento), 2001, p. 69-75.

OLIVEIRA, Alex Sandro Junior; RODRIGUES, Fabiana Elbi Nunes; CORRÊIA, Leila Socorro Sales; TAVARES, Marlúcia do Egípto & MONTEIRO, Tamar Lima. *Quilombolas do Pará: condições de vulnerabilidade nas comunidades remanescentes de Quilombo*. Assis: Triunfal Gráfica e Editora. 2011.

PINHO, Lucinéia.; DIAS, Roberta Laiane.; CRUZ, Luciana Mendes Alves.; VELOSSO, Nádia Alessio. Condições de saúde de comunidade quilombola no norte de Minas Gerais. *Revista de pesquisa cuidade é fundamental online*. v. 7, n.1, 2015, p. 1847 – 1855.

PINHO, Priscila Matos.; PAMPLONA, Vanessa Mayara Souza & RAMOS, Edson Marcos Leal Soares. *Avaliação nutricional em quilombolas Marajoaras*. Belém: UFPA/ PROEX. 2013.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Complexidade, processos de vulnerabilização e justiça ambiental: um ensaio de epistemologia política. *Rev. Crit. de Ciên. Soc.* 93, 2011, p. 31-58. Disponível em: <http://rccs.revues.org/133> Acesso em 20/06/2015.

PRATA, Pedro Reginaldo. A transição epidemiológica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.8, n.2, Abr-Jun 1992, p. 168 – 175.

RIBEIRO, Lívia Adnet Martins.; RIBEIRO, Luiz Felipe Guaraná Martins.; CASTRO, Paulo Roberto de Azevedo.; SILVA, Filício Doné Lima da.; RIBEIRO, Verônica Maria Weyll Adnet Martins; PORTES, Arlindo José Freire. & COUTO JUNIOR, Abelardo de Souza.; Characteristics and prevalence of pterygium in small communities along the Solimões and Japurá rivers of the Brazilian Amazon Rainforest. *Rev. Bras. Oftalmol.* v. 70, n.6, 2011, p. 358-362.

RISSI JÚNIOR João Batista. & NOGUEIRA, roberto passos. (Orgs). As condições de saúde no Brasil. In: Finkelman J, (Org). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2002.

ROSÁRIO, Tania Maria do; SCALA, Luiz César Nazário.; FRANÇA, Giovanni Vinícius Araújo de.; PEREIRA, Márcia Regina Gomes.; & JARDIM, Paulo César Brandão Veiga. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres – MT. *Arq. Bras. Cardiol.*, v.93, n.6, 2009, p.672-678.

SALLES, Vicente. *O Negro no Pará sob regime de escravidão*. Belém: IAP. 2005.

SANTOS, José Alcides Figueiredo. *Desigualdade racial de saúde e contexto de classe no Brasil*.



DADOS – Rev. de Ciên. Sociais, v. 54, n.1, 2011, p. 5-40.

SANTOS, Renata Carvalho dos. & SILVA, Maria Sebastiana. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *Saúde Soc.* São Paulo, v.23, n.3, 2014, p.1049-1063.

SBC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA: Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.*, n.95, 2010, p.1-51.

SHIRATORI, Claudia Akemi.; BARROS, Josenylda Calixto de.; LOURENÇO, Raquel de Matos.; PADOVANI, Carlos Roberto.; CORDEIRO, Ricardo. & SCHELLINI, Silvana Artioli. Prevalência de pterígio no município de Botucatu - Estado de São Paulo, Brasil. *Arq. Bras. Oftalmol.*, v.73, n.4, 2010, p.343-345.

SHIROMA, Hiroki.; HIGA, Akiko.; SAWAGUCHI, Shoichi.; IWASE, Aiko.; AMANO, Shiro. & ARAIE, Makoto. Prevalence and risk factors of pterygium in a southwestern island of Japan: the Kumejima Study. *Am. J. Ophthalmol.*, v.148, n.5, Nov. 2009, p.766-771.

SILVA, Anna Cruz de Araújo Pereira da. *Vulnerabilidade humana e envelhecimento*. São Paulo: Portal do Envelhecimento. No Prelo.

SILVA, Hilton P. A saúde humana e a Amazônia no século XXI: reflexões sobre os objetivos do milênio. *Nov. Cad. do NAEA/UFPA*, v.9, n.1. Jun, 2006, p.77 – 94.

_____. Socio-ecology of health and disease: The effects of invisibility on the caboclo populations of the Amazon. In: Adams, C.; Murrieta, R.S.S; Neves, W.A.; Harris, M. (Orgs.), *Amazon Peasant Societies in a Changing Environment: Political Ecology, Invisibility and Modernity in the Rain Forest*. New York: Springer, 2009, p. 307-333.

_____. A Amazônia está doente. In: Gorayeb, I. S. (Coord.), *Amazônia 2*. Belém: RM GRAPH, Jornal “O Liberal”, 2010, p. 89-91.

_____. Life is hard, life is beautiful: Some perspectives on Amazonian rural population’s health and aging. In: Pinedo-Vasquez, M.; Ruffino, M.L.; Padoch, C. & Brondízio, E.S. (Eds.), *The Amazonian Varzea: The Decade Past and the Decade Ahead*. New York: Springer, 2011, p. 11-36.

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

_____. JAMES, Gary D. & CREWS, Douglas E. Blood pressure, seasonal body fat, heart rate, and ecological differences in Caboclo populations of the Brazilian Amazon. *Am. J. Hum. Biol.*, v. 18, n.1, 2006, p. 10-22.

SILVA, José Antonio Novaes. Condições sanitárias e de saúde em caiana dos crioulos, uma comunidade quilombola do estado da Paraíba. *Saúde Soc.* São Paulo, v.16, n.2, 2007, p.111-124.

SOARES, Daniela Arruda. & BARRETO, Sandhi Maria. Indicadores nutricionais combinados e fatores associados em população Quilombola no Sudoeste da Bahia, Brasil. *Ciên. & Saúde Coletiva*, v.20, n.3, 2015, p.821-832.

VIEIRA, Ana Beatriz Duarte. *População quilombola Kalunga: acesso ao sistema de saúde sob o enfoque da bioética de intervenção*. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília. Programa de



Pós-Graduação em Bioética. Brasília: Universidade de Brasília. 2014.

WANKE, Nurimar C. Fernandes & WANKE, Bodo.: Prevalência de micoses superficiais em comunidade fechada do Estado da Guanabara. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* Mar.-Abril, 1974.

WONG, Tien.Yin.; FOSTER, Paul. J.; JOHNSON, Gordon. J.; SEAH, Steve. K. L. & TAN, Donald. T. H. The prevalence and risk factors for pterygium in an adult Chinese population in Singapore: the Tanjong Pagar survey. *Am. J. Ophthalmol.*, v.131, n.2, Fev-2001, p.176-83.

ZIOL-GUEST, Kathleen M.; DUNCAN, Greg. J. & KALIL, Ariel. Early childhood poverty and adult body mass index. *Am. J. Public Health*, v. 99, 2005, p. 527-532.

Recebido em Janeiro de 2015
Aprovado em Maio de 2015