



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DO SEMIÁRIDO
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE LICENCIATURA EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

MARIA HUALAS DE FARIAS SILVA

**ANTROPOLOGIA E SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DOS MORADORES DO
QUILOMBO CANTINHO DE SÃO JOÃO BATISTA DE SERRA BRANCA-PB**

**SUMÉ - PB
2023**

MARIA HUALAS DE FARIAS SILVA

**ANTROPOLOGIA E SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DOS MORADORES DO
QUILOMBO CANTINHO DE SÃO JOÃO BATISTA DE SERRA BRANCA-PB**

Monografia apresentada ao Curso de Licenciatura em Ciências Sociais do Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Licenciada em Ciências Sociais.

Orientador: Dr. Wallace Gomes Ferreira de Souza.

**SUMÉ - PB
2023**



S586a Silva, Maria Hualas de Farias.

Antropologia e saúde: um estudo sobre a qualidade de vida dos moradores do Quilombo Cantinho de São João Batista de Serra Branca-PB. / Maria Hualas de Farias Silva. - 2023.

54 f.

Orientador: Professor Dr. Wallace Gomes Ferreira de Souza.

Monografia - Universidade Federal de Campina Grande; Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido; Curso de Licenciatura em Ciências Sociais.

1. Antropologia e saúde. 2. Comunidade quilombola. 3. Quilombo Cantinho de São João Batista - Serra Branca-PB. 4. Qualidade de vida - remanescentes quilombolas. 5. Observação participante. 6. Saúde da população quilombola. 7. Serra Branca-PB - comunidade quilombola. I. Souza, Wallace Gomes Ferreira de. II Título.

CDU: 39:61(043.1)

Elaboração da Ficha Catalográfica:

Johnny Rodrigues Barbosa
Bibliotecário-Documentalista
CRB-15/626

MARIA HUALAS DE FARIAS SILVA

**ANTROPOLOGIA E SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DOS MORADORES DO
QUILOMBO CANTINHO DE SÃO JOÃO BATISTA DE SERRA BRANCA-PB**

Monografia apresentada ao Curso de Licenciatura em Ciências Sociais do Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Licenciada em Ciências Sociais.

BANCA EXAMINADORA:

**Professor Dr. Wallace Gomes Ferreira de Souza.
Orientador - UACIS/CDSA/UFCG**

**Professora Ma. Rosana de Medeiros Silva.
Examinadora Externa - Mestra pelo PROFSOCIO/CDSA/UFCG**

**Professor Dr. Valdonilson Barbosa dos Santos.
Examinador Interno – UACIS/CDSA/UFCG**

Trabalho aprovado em: 13 de novembro de 2023.

SUMÉ - PB

*A minha família, em especial à minha mãe,
meu pai e meus irmãos.*

*A Comunidade Quilombola Cantinho de São
João Batista.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus e a nossa Senhora que me deram o dom da vida, e fazem maravilhas em minha vida diariamente.

Agradeço a toda minha família. Vocês me impulsionaram e me apoiaram para os estudos.

A meus amigos, Leonardo Batista e Renata Ligia, que estiveram ao meu lado em todo o período acadêmico.

A meu noivo Thalles Duarte, que sempre me incentivou a estudar, crescer e evoluir e esteve comigo principalmente nesta reta final me dando todo o suporte necessário.

A minha tia Josefa, a minha prima Simone Farias e todos da casa que me acolheram me apoiando todos os dias nessa jornada.

A todos os professores que passaram pela minha vida estudantil e me incentivaram a buscar esse caminho.

A minha professora de Ensino Médio Katia Karina Mesquita, por me mostrar esse mundo que é a ciências sociais e por fazer me apaixonar por esta área de conhecimento.

Aos professores da graduação que foram todos especiais.

A Universidade Federal de Campina Grande, por tudo que representa na minha vida acadêmica e pelas contribuições de formação para a vida.

Sou extremamente grata ao meu orientador, Dr. Wallace G. Ferreira de Souza, por ter me acolhido ao núcleo de pesquisa NEPEC, por suas orientações e ensinamentos nesta etapa final.

Ao grupo de pesquisa NEPEC, por compartilhamos momentos importantes de aprendizagem durante a pesquisa.

Sou imensamente grata a Comunidade Quilombola Cantinho de São João Batista, e todos os moradores que me receberam de abraços abertos em uma comunidade muito acolhedora, ao qual levarei para o resto da vida.

Agradeço imensamente a todos aqueles que contribuíram direto e indiretamente nesta etapa da minha vida.

RESUMO

Esta pesquisa foi desenvolvida na Comunidade Quilombola Cantinho de São João Batista, situada no município de Serra Branca/PB, no Cariri paraibano e apresenta uma análise do diagnóstico sócio demográfico e econômico com o intuito de promover melhorias na qualidade de vida desses moradores. O tema gerador e motivador desta pesquisa foram à problemática enfrentada por esta comunidade com relação saúde pública, educação e outros vetores sociais que interferem diariamente em seu cotidiano. O ponto de partida foi o levantamento da situação atual da população em foco. A pesquisa teve caráter descritivo e abordagem quantitativa. Os participantes do estudo foram os moradores das comunidades citadas, os indicadores quantitativos analisados junto à observação participante se adequaram perfeitamente ao objeto de estudo e mostram as condições duvidosas sobre a qualidade de vida no quilombo. Conclui-se que este é um processo em construção na direção de abranger a perspectiva política sociocultural mais ampla da promoção das melhorias voltadas para as condições de vida e bem estar desta população.

Palavras-chave: Antropologia; Quilombo; Qualidade de vida.

ABSTRACT

SILVA, Maria Haulas de Farias. **Anthropology and health: a study on the quality of life of residents of quilombo Cantinho de São João Batista de Serra Branca-PB.** 2023. 56p. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) – Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido – Universidade Federal de Campina Grande – Campus Sumé – Paraíba – Brazil, 2023.

This research was conducted in the Cantinho de São João Batista Quilombola Community, situated in Serra Branca, Paraíba, Cariri, with the objective of analyzing socio-demographic and economic factors to enhance the quality of life for its residents. The research was primarily motivated by a set of issues affecting this community, particularly in the domains of public health, education, and various other social factors that impact their daily lives. The initial step involved assessing the current situation of the targeted population. This research followed a descriptive and quantitative approach, with study participants consisting of community residents. The quantitative indicators, along with participant observations, were well-aligned with the research objectives and revealed concerning conditions regarding the quality of life within the quilombo. In conclusion, this process is an ongoing endeavor aimed at encompassing a broader socio-cultural and political perspective to facilitate external improvements in the living conditions and well-being of this population.

Keywords: Anthropology; Quilombo; Quality of life.

LISTA DE GRÁFICOS

| | | |
|---------------------|---|-----------|
| Gráfico 1 - | Quantitativo do grau de escolaridade no quilombo de São João Batista, Serra Branca - PB, 2023..... | 33 |
| Gráfico 2 - | Número em porcentagem da renda mensal no quilombo Cantinho de São João Batista, Serra Branca - PB, 2023..... | 35 |
| Gráfico 3 - | Número em porcentagem de relação de incentivos por parte da prefeitura no quilombo Cantinho de São João Batista, Serra Branca - PB, 2023..... | 36 |
| Gráfico 4 - | Número em porcentagem de relação dos moradores com o meio ambiente no quilombo Cantinho de São João Batista, Serra Branca - PB, 2023..... | 37 |
| Gráfico 5 - | Número em porcentagem de saneamento básico no quilombo Cantinho de São João Batista, Serra Branca - PB..... | 38 |
| Gráfico 6 - | Número em porcentagem de atendimento na UBS no quilombo Cantinho de São João Batista, Serra Branca - PB..... | 39 |
| Gráfico 7 - | Número em porcentagem da relação de acesso a serviços de saúde pública no quilombo Cantinho de São João Batista, Serra Branca - PB.... | 40 |
| Gráfico 8 - | Número em porcentagem da visita do agente de saúde no quilombo Cantinho de São João Batista, Serra Branca – PB..... | 41 |
| Gráfico 9 - | Número em porcentagem famílias que realizam as três refeições diárias no quilombo Cantinho de São João Batista, Serra Branca – PB..... | 42 |
| Gráfico 10 - | Número em porcentagem famílias que tiveram dificuldades para compra de alimentos nos últimos dois anos no quilombo Cantinho de São João Batista, Serra Branca - PB..... | 43 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|------------------|---|
| ABA - | Associação Brasileira de Antropologia. |
| ANPOCS - | Associação Brasileira de Pós-Graduação em Ciências Sociais. |
| ABRASCO - | Associação Brasileira de Saúde Coletiva. |
| CDSA - | Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido. |
| CEP - | Comitê de Ética em Pesquisa. |
| CNDSS - | Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. |
| CID - | Classificação Internacional das Doenças. |
| CNS - | Conselho Nacional de Saúde. |
| DER - | Departamento de estradas e rodagens do Estado da Paraíba. |
| FCP - | Fundação Cultural Palmares. |
| IBGE - | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. |
| NEPEC - | Núcleo de Estudos e Pesquisa em Etnicidade e Cultura. |
| OMS/WHO - | Organização Mundial de Saúde. |
| ONU - | Organização das Nações Unidas. |
| PBQ - | Programa Brasil Quilombola. |
| QV - | Qualidade de Vida. |
| SUS - | Sistema Único de Saúde. |
| TCC - | Trabalho de Conclusão de Curso. |
| UACIS - | Unidade Acadêmica de Ciências Sociais. |
| UFMG - | Universidade Federal de Campina Grande. |
| UFRJ - | Universidade Federal do Rio de Janeiro. |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 | JUSTIFICATIVA | 12 |
| 3 | TIPO DE ESTUDO | 13 |
| 4 | MÉTODO DA PESQUISA | 14 |
| 4.1 | ASPECTOS METODOLÓGICOS..... | 14 |
| 5 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS ADOTADOS..... | 16 |
| 6 | REVISÃO DE LITERATURA | 17 |
| 6.1 | ANTROPOLOGIA E SAÚDE NO BRASIL..... | 17 |
| 6.2 | COMUNIDADE QUILOMBOLA CANTINHO DE SÃO JOÃO BATISTA..... | 19 |
| 6.3 | QUALIDADE DE VIDA E BEM VIVER..... | 20 |
| 6.4 | SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA..... | 24 |
| 7 | ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 31 |
| 7.1 | PERTENCIMENTO ÉTNICO..... | 31 |
| 7.2 | RELIGIÃO/CRENÇA..... | 32 |
| 7.3 | EDUCAÇÃO..... | 32 |
| 7.4 | RENDA..... | 34 |
| 7.5 | TERRITÓRIO E MEIO AMBIENTE..... | 36 |
| 7.6 | CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS À SAÚDE..... | 39 |
| 7.7 | ALIMENTAÇÃO..... | 42 |
| 8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 45 |
| | REFERÊNCIAS | 47 |
| | APÊNDICE..... | 52 |

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o site Brasil escola a palavra quilombo origina-se do termo kilombo, presente no idioma dos povos Bantu, originários de Angola, e significa local de pouso ou acampamento. Os povos da África Ocidental eram, antes da chegada dos colonizadores europeus, essencialmente nômades, e os locais de acampamento eram utilizados para repouso em longas viagens. No Brasil Colonial, a palavra foi adaptada para designar o local de refúgio dos escravos fugitivos. Quilombola é a pessoa que habita o quilombo."

Com o Decreto nº 4.887 de 20 de novembro de 2003, caracterizam-se comunidades quilombolas aquelas constituídas por população que se reconheça com ancestralidade africana étnico-racial definida, história própria de lutas e resistência às opressões sofridas socialmente, com fortes ligações territoriais (Presidência da República, 2003).

Nos termos do Decreto n. 4.887, de 2003, são as terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos e utilizadas para a garantia de sua reprodução física, social, econômica e cultural. De acordo com o artigo 68º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal de 1988, aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos. O uso comum da terra pelas comunidades é outra característica marcante desses territórios. (IBGE, 2010).

O Censo Demográfico de 2022 identificou 1.327.802 pessoas quilombolas em 1.696 municípios de 24 Estados e no Distrito Federal. Ainda de acordo com o IBGE, existem 5.972 localidades quilombolas no país. Essa população se encontra em territórios que ainda enfrentam muitas dificuldades para regularização fundiária. Segundo dados do próprio IBGE, apenas 4,3% dos quilombolas do Brasil vivem em territórios titulados e apenas 12,59% da população quilombola vive em territórios com alguma delimitação formal no acervo fundiário do INCRA ou dos órgãos com competências fundiárias nos estados e municípios. Os desafios fundiários se somam a outros, situando os quilombos entre os grupos sociais com alto grau de vulnerabilidade, enfrentando barreiras no acesso a políticas fundamentais, como as de saúde, educação, segurança alimentar e trabalho e renda. (Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental Quilombola)

As sequelas da escravidão negra africana, fez com que Brasil, torna-se a segunda maior nação do planeta com população de ascendência na África. Rafael Sanzio dos Anjos escreveu que o Brasil representa a maior estatística de importação forçada de africanos ao

longo dos séculos XVI a XIX ultrapassando a casa dos quatro milhões de seres transportados (Anjos, 2014, p.343).

O Brasil é o país com maior número de negros fora do continente africano. Logo, é inaceitável desconhecer ou ignorar as necessidades desta população, no que tange ao acesso à educação, mercado de trabalho, serviços de saúde e políticas públicas melhorando, consequentemente, a Qualidade de Vida (QV) desses indivíduos (Silva; Ferreira; Rodrigues, 2016).

Nas últimas três décadas a QV tem se tornado gradualmente importante ferramenta para a análise da assistência à saúde. Nesse período houve constante aprimoramento e sofisticação em sua metodologia de apreciação, focada em avaliações subjetivas e medindo a percepção de cada indivíduo (Robert et al., 2010).

É importante destacar que QV engloba diversos aspectos importantes na saúde humana, não sendo relacionada exclusivamente ao acesso a serviços médico assistenciais de qualidade (Pereira; Teixeira; Santos, 2012).

Diante do contexto de dificuldade de acesso aos bens coletivos pela comunidade quilombola, surge o interesse em aprofundar o conhecimento acerca dos aspectos gerais e de saúde, assim como os fatores essenciais que impactam a qualidade de vida desta população, sendo assim, o estudo traz como questão de análise: Como se encontra a qualidade de vida de pessoas que vivem no quilombo Cantinho de São João Batista.

A pesquisa teve como objetivo geral analisar a qualidade de vida das pessoas que vivem na comunidade deste município, através de vetores como; saúde, educação, infraestrutura e saneamento básico, que são os fatores essenciais para o bem viver em uma sociedade, para poder compreender e construir a pesquisa tem como objetivos específicos: descrever o perfil sócio demográfico, econômico e saúde da comunidade quilombola; realizar um diagnóstico situacional com ênfase nos principais fatores que interferem na qualidade de vida dessa população em estudo; Conhecer valores culturais e identidades desta comunidade quilombola; identificar fatores de vulnerabilidade das famílias tradicionais diante do cenário das políticas públicas. É um assunto pouco explorado, mas é indispensável tendo em vista a importância de pesquisas que apontem os aspectos sobre a vida e bem viver nas comunidades quilombos.

2 JUSTIFICATIVA

Entender como está a qualidade de vida na comunidade Quilombola Cantinho de São Joao Batista em Serra Branca, município ao qual vivo, através de estudos realizados para analisar como as pessoas desta comunidade vivem atualmente, com intuito de identificar possíveis melhorias no âmbito de políticas públicas municipais direcionadas a população em estudo, que sofre com descuido e desvalorização do poder público.

A opção por esse estudo se deu através de experiências obtidas no núcleo de Estudos da Universidade Federal da Campina Grande, Campus de Sumé, NEPEC- Núcleo de Pesquisas em etnicidade e cultura, ao realizarmos o censo nesta comunidade pude observar as necessidades existentes ali e entender a realidade deste povo que enfrentam muitas dificuldades sociais o que prejudica na qualidade de vida e bem estar social. Partindo destas considerações pode- se imaginar, de que forma é possível melhorar a qualidade de vida dos moradores do Cantinho?

A exclusão social nas comunidades quilombolas é a principal causa de vulnerabilidades destas populações que são expostas em todo território brasileiro à condições desfavoráveis com relação a qualidade de vida, tendo na maioria dos casos seus direitos esquecidos que estão entrelaçadas aos condicionantes negativos dos quilombolas na sociedade.

O governo atual vem buscando melhorias para os quilombolas na busca de garantir os seus direitos foi criado 2023 pelo governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, O Ministério de Igualdade Racial no Brasil, com o objetivo de promover políticas públicas para combater a discriminação racial e promover a igualdade de oportunidades para as pessoas negras grandiosa que está em construção em nosso país no combate à discriminação racial.

Nas primeiras conversas com o grupo quilombola, foi possível perceber um nível de negligência por parte de determinadas autarquias públicas no atendimento a direitos básicos que competem às comunidades quilombolas, diante disto considera-se necessário uma análise sobre as condições de vida desta população, na busca de soluções que promovam a diminuição dos impactos sociais, e que proporcionem ambientes favoráveis no que diz respeito aos direitos básicos, como: saúde, lazer, educação e bem estar social.

3 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa possui um caráter descritivo de abordagem quantitativa que justifica-se pela necessidade de quantificar os indicadores de QV, para que se possa descrevê-los e analisá-los, numa perspectiva de realização de um diagnóstico situacional, para uma possível intervenção na comunidade.

Para Minayo (2010), o uso do método quantitativo tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração, com aplicabilidade prática.

O pesquisador que se dispõe a realizar uma pesquisa etnográfica assume uma visão holística com vistas a obter a descrição mais ampla possível do grupo pesquisado. A descrição pode incluir múltiplos aspectos da vida do grupo e requerer considerações e ordem histórica, política, econômica, religiosa e ambiental. Os dados obtidos, por sua vez, precisam ser colocados numa perspectiva bem ampla para que assumam significado. Por outro lado, é preciso garantir que os resultados da pesquisa privilegiem a perspectiva dos membros do grupo investigado. (Gil, 2010, p.127)

A análise descritiva promove à possibilidade de descrever os domínios de qualidade de vida da população quilombola estudada, através das técnicas aplicadas o que favorece nos resultados desejados pois segundo, Gil (2010) o estudo descritivo possibilita ao pesquisador maior familiaridade com o seu objeto, permitindo descrever as características do mesmo, tornando-o mais claro, assim como permite trabalhar com técnicas padronizadas de coleta de dados.

4 METÓDO DA PESQUISA

4.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa foi desenvolvida através de estudos realizados no grupo de Nepec núcleo de estudos ao qual faço parte ao realizar o censo desta comunidade, o foco foi levantar dados censitários das comunidades remanescentes de quilombo já certificadas pela Fundação Cultural Palmares no município de Serra Branca/Paraíba, sendo a primeira comunidade estudada do censo meu foco foi avaliar a qualidade de vida do quilombo Cantinho de São João Batista.

O núcleo de estudo que está desenvolvendo este trabalho tem como instrumento de coleta de dados questionário estruturado com questões de múltipla escolha elaborado no google formulário. A equipe do censo teve com equipamento censitário o celular com acesso ao questionário, onde os estudantes estiveram em campo para a pesquisa, fazendo o mapeamento da população da comunidade, partindo do estudo do censo busquei analisar as questões que envolvem a vida cotidiana dos moradores do quilombo, com foco em fatores sociais que influenciam diretamente na qualidade de vida desta população, na primeira reunião com os líderes e representantes da comunidade mostraram-se bastante interessados no assunto a ser estudado pelo grupo de estudos NEPEC.

Logo na visita seguinte foi realizado a pesquisa através de vistas em cada casa da comunidade onde foram feitas perguntas organizadas pela equipe seguindo a ordem preestabelecida. A pesquisa se deu através dos dados coletados pelo grupo de pesquisa NEPEC, para tanto foi analisado o censo desta comunidade, que ficou dividido em eixos temáticos: 1) Saúde; 2) Território e meio ambiente; 3) Parentesco: perfil unifamiliar; 4) Trabalho e renda; 5) Moradia e segurança alimentar; 6) Organização sociopolítica e 7) educação. A aplicação FOI feita por unidade familiar necessitando apenas de um respondente por unidade e seguirá o seguinte roteiro: 1) aplicação teste; 2) avaliação da aplicação teste; 3) calibragem do instrumento, após a aplicação teste; 4) ida ao campo para realização do censo; 5) tabulação.

Dando continuidade o planejamento de averiguação transcorreu do tema, do problema, e dos objetivos deste estudo, os aspectos pesquisados sempre se referenciaram a pesquisa bibliográfica em que foram regatadas algumas teorias relevantes para compreensão do tema.

Quadro 1 - Descrição dos construtores da pesquisa (eixos) seus atributos e variáveis.

| Eixos | Variáveis | Atributo |
|-------------------|--|---|
| Trabalho e renda | Produção e trabalho, posse na comunidade. | Fontes de renda na comunidade (dentro e fora), condições de trabalho, emprego, desemprego e salário. |
| Saúde | Condições e indicadores da saúde na comunidade. | Visitas do agente de saúde, acesso a atendimento odontológico, doenças crônicas, acesso a informações por parte da saúde, atendimento em hospitais, vacinação, acampamento do agente de endemias. |
| Educação | Perfil educacional da comunidade. | Acessibilidade a uma educação de qualidade, grau de escolaridade, situação atual das escolas, investimentos na educação, escola, transporte. |
| Saneamento básico | Serviços de infraestrutura | Coleta de resíduos, distribuição e acesso a água potável, recurso hídricos, esgoto. |
| Alimentação | Consumo e acesso a alimentos. | Tipos de alimentos consumidos pela comunidade, permanência da refeições diárias principais. |
| Parentesco | Perfil familiar, características dos moradores de cada residência. | Idade, sexo, religião, cor, a composição da moradia e moveis e eletros da casa e hábitos da semana e fim de semana. |

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS ADOTADOS

Esta monografia objetiva-se explorar, descrever e analisar as condições de vida da população quilombola pertencente ao Quilombo Cantinho do município de Serra Branca, para tanto se adotou métodos quantitativo e qualitativo como complementares.

A principal estratégia de investigação, que foi efetivada por meio de observações participantes e questionários realizados na comunidade com cerca de 37 famílias e por meio do pesquisador no cotidiano da comunidade estudada.

Os Procedimentos adotados envolvem etapas diagnosticas sobre a comunidade, a análise e discursão dos resultados surgem a formulação de algumas propostas de melhorias. É necessário destacar que estas etapas são inteiramente interligadas. Nas visitas de Campo, os procedimentos foram se adequando com relação a realidade local, de acordo Malinowski (1978, p. 21) os princípios do método podem ser agrupados em três itens principais, que resumimos a seguir: (1) o investigador deve guiar-se por objetivos verdadeiramente científicos; (2) deve providenciar boas condições para o seu trabalho, o que significa, em termos gerais, viver efetivamente entre os nativos; (3) finalmente, deve recorrer a um certo número de métodos especiais de recolha, manipulando e registrando os seus dados.

A primeira visita de campo visou o conhecimento das pessoas que ali vivem através de uma reunião com a associação de moradores do Quilombo, onde neste encontro com as lideranças da comunidade pude esclarecer os objetivos da pesquisa, os quais se demonstraram muito empolgados em seu desenvolvimento.

No período, ocorreu visitas onde forma feitas anotações completares sobre o modo de vida da população quilombola, onde foram aplicados os questionários com entrevista estruturada, o reconhecimento dos entrevistados foi feito através das informações obtida.

6 REVISÃO DE LITERATURA

6.1 ANTROPOLOGIA E SAÚDE NO BRASIL

Os estudos e pesquisas sobre a antropologia no campo da saúde vem ganhando destaque no Brasil na atualidade, este importante tema surgiu na década de 1970, quando um grupo interinstitucional de Brasília e o Museu Nacional realizaram uma pesquisa sobre as práticas alimentares em vários grupos subalternos no país, desde esta data, as pesquisas antropológicas em temas relacionados à saúde vêm crescendo e antropólogos têm participado de eventos organizados no campo de saúde coletiva e em simpósios e grupos de trabalho sobre o tema da saúde e em outros mais gerais da antropologia e das ciências sociais. Porém, os estudos dos processos de saúde e doença de uma perspectiva antropológica nem sempre têm sido reconhecidos como formadores de um campo específico dentro da antropologia, e os próprios pesquisadores têm se questionado sobre sua identidade (Minayo, 1998).

Partindo para o conceito de campo científico foi desenvolvido por Bourdieu (1983) para significar o espaço estruturado de lutas pelo monopólio da autoridade, da competência e do crédito científico, dentro das mesmas leis e interesses que regem a acumulação de capital.

O tema saúde só foi introduzido em discursões antropológicas no Brasil de forma que se encaixasse em debates sobre folclore, magia, religião e nos estudos de comunidade, entre outros, e em alguns trabalhos esparsos. As diversas revisões que buscam traçar um itinerário desse campo de estudos no Brasil (Canesqui & Queiroz, 1986; Canesqui, 1986, 2003; Nunes, 1987, 1992, e outros) tem estabelecido diferentes etapas desses anos iniciais de formação, ligadas a distintas abordagens ou escolas teóricas.

Com período de transição para a democracia e a ratificação da Constituição Federal, marca um início muito importante para os estudos em pós graduação em antropologia e o começo dos estudos em antropologia da saúde em nosso país, sob influencias de antropólogos europeus americanos que começaram a estudar sobre o objeto saúde a partir da II Guerra Mundial, focalizavam os países subdesenvolvidos como alvos preferenciais dos modelos de saúde pública, gestados nos moldes culturais dos chamados países desenvolvidos buscando a compreensão de hábitos e costumes de outros povos e grupos, com o objetivo de transmitir uma certa "ciência da conduta", através da educação sanitária e da orientação para erradicação de doenças transmitidas por vetores. (Nunes (1985:31-79).

Um marco muito importante da Antologia da saúde no Brasil foi com o início das pesquisas e a fundação de programas de mestrado em antropologia na Universidade de Brasília (UnB) e no Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, contribuindo assim para que professores e pesquisadores das universidades iniciassem suas agendas em pesquisas contemporâneas sobre saúde no Brasil com poucas referências americanas. As atividades de pesquisa sobre este tema desenvolvidas no Museu Nacional tiveram maior continuidade. Ao longo da década de 1970, cresce o interesse pelos aspectos simbólicos do corpo, inspirado pelas obras de Marcel Mauss, Mary Douglas e Victor Turner, bem como de estudiosos norte-americanos como Clifford Geertz (Rodrigues, 1975).

Um importante trabalho foi desenvolvido na década de 1980 no PPGAS do Museu Nacional (UFRJ), dirigida por Gilberto Velho, com foco no tema de indivíduo e sociedade, tendo sido publicados diversos trabalhos voltados para o diálogo entre antropologia e psicanálise (Velho & Figueira, 1981; Figueira, 1981, 1985) durante um período identificado como de expansão da psicanálise e de uma “cultura psi” na classe média intelectualizada do Rio de Janeiro (Figueira, 1985; Duarte, 1999-2000).

Em 1985 quando Everardo Duarte Nunes e Juan César Garcia coordenaram e publicaram uma obra de grande relevância acadêmica, denominada *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina*. Nunes (1985) enfatiza que a partir da década de 70, organismos internacionais, como a OMS e a OPAS, investiram no fortalecimento das relações entre a antropologia e a medicina, sobretudo incentivando a etnomedicina.

Na década citada acima, independente das tradições específicas americanas ou inglesas, a chamada Antropologia Médica se desenvolveu sob a égide de uma categoria cujo nome dispensa maiores comentários: *ciências da conduta*, junto com a sociologia e a psicologia social, no campo da saúde pública. Ou seja, as ciências da conduta eram elaboradas dentro da corrente funcionalista da sociologia, voltadas para a adequação de normas, saberes e linguagem médica aos diferentes contextos leigos, em particular ao dos povos colonizados e subdesenvolvido.

Apesar da insistente busca da interdisciplinaridade, entre as próprias ciências sociais e destas com a Saúde Coletiva, a antropologia médica ou antropologia da saúde buscam identidades segundo as preferências e vocações de alguns proponentes, sejam dos mais preocupados em estabelecer fronteiras e limites mais nítidos e precisos para estes empreendimentos disciplinares, ou que reorganizam uma rede de estudiosos no assunto, sejam dos que preservam os espaços disciplinares mais pragmáticos, mediante forte interlocução

interdisciplinar com a epidemiologia, o planejamento de serviços de saúde e psiquiatria (Uchoa et al., 1994; Minayo, 1998; Alves, 1998; Sevalho et al., 1998).

A estratégia mais “antropológica” e “holista” associou-se à contínua convocação, na década de 1990, de grupos de trabalho sobre pessoa, corpo e doença, pela Associação Brasileira de Antropologia (ABA) e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Ciências Sociais (ANPOCS). Ela quer estudar a construção das pessoas, do corpo ou das emoções, associados aos fenômenos da “doença” ou perturbações (Duarte, 1998), sem ser compartilhada igualmente por todos os pesquisadores, tal como se evidenciará na bibliografia disponível.

Desta forma as pesquisa antropológicas em saúde foi crescendo no Brasil a partir de estudos sobre vários tópicos, como medicina popular, “nervos”, cultura da psicanálise, mudança nas práticas tradicionais, ideologias e representações, bem como saúde indígena. As primeiras revisões bibliográficas sobre esse campo de conhecimento (Queiroz & Canesqui, 1986a, 1986b). Como vemos a Antropologia da saúde surge através da necessidade de entender vários fatores que influenciam na vida e na qualidade de vida no dia a dia das pessoas. Na área da saúde, ele se caracteriza por uma multiplicidade de perspectivas que circulam em torno de questões antropológicas ligadas a processos de saúde e doença, estando também associadas aos aspectos sociais e políticos do Brasil.

6.2 COMUNIDADE QUILOMBOLA CANTINHO DE SÃO JOÃO BATISTA

A comunidade está localizada no município de Serra Branca - PB, tendo seu acesso através da BR-412, onde após cerca de 12 km podemos avistar uma conquista obtida pela comunidade, que se trata de uma placa de identificação doada pelo Departamento de estradas e rodagens do Estado da Paraíba (DER), dando visibilidade a localidade da comunidade e facilitando o acesso de visitantes que não conhecem a região. (Alves, 2023).

Segundo Beatriz Alves (2023) antes da comunidade receber a titulação, era considerada um sítio, assim como vários outros quilombos são considerados, nesse período a comunidade ganhou, digamos que um apelido, sendo chamada de Cotó, em uma entrevista realizada em 2010, pelo historiador Zezito, com Dona Maria José Anastácio de Brito, já falecida, é abordado o porquê do nome Cotó e ela explica: “Cotó já vem de cima, lá do sítio né... tinha uma vaca cotó, aí batizaram, ficou Cotó, mas ninguém é Cotó” (Maria José, 2010).
23 Nessa mesma entrevista Dona Maria José retrata sobre o porquê de o nome da comunidade ser Cantinho de São João Batista, que quando o quilombo passa a ser chamado de

comunidade e não mais de sítio, o padre que na época costumava ir até a comunidade, acrescentou o padroeiro ao nome cantinho:

Padre Tarcísio, que naquela época era ele, ai ele disse que, aqui chamava a cotó, toda vida foi o nome a cotó, mas que ele, agora que era, comunidade né, ai tinha que ser comunidade de São João Batista, por que o padroeiro é São João Batista. Ai ele mudou, é pra tirar esse nome da cotó e bota Cantinho de São João Batista (Maria José, 2010).

Dessa forma, a comunidade leva em seu nome a origem da comunidade e o nome do padroeiro do quilombo, além de ainda ser conhecida por muitos pelo apelido de Cotó e desde o dia 02 de janeiro de 2020, a comunidade recebeu a titulação de remanescente quilombola (Anexo 1), sendo hoje chamada de Quilombo Cantinho São João Batista. (Alves,2023).

No Cantinho, há 37 famílias, totalizando 93 pessoas, tendo uma média de 3 pessoas por unidade familiar. Deste total, 48 são homens e 45 são mulheres. Dos 93 moradores só foi informado a idade de 87, não foram informados ou não sabiam as idades de 6 moradores, sendo destes, 11 membros entre 0 a 10 anos; 8 membros entre 11 a 18 anos; 7 membros entre 19 a 24 anos; 11 membros entre 25 a 34 anos; 13 membros entre 35 a 44 anos; 13 membros entre 45 a 54 anos; 12 membros entre 55 a 64 anos; 7 membros entre 65 a 74 anos; 3 membros entre 75 a 84 anos; 1 membro entre 85 a 94 anos e 1 membro entre 95 a 100 anos. (NEPEC).

6.3 QUALIDADE DE VIDA E BEM VIVER

Tema bastante falado na atualidade muito importante e amplo cada vez mais, valoriza-se a qualidade de vida, em determinado aumento do tempo de vida, em condição reduzida ou incapacitada. O termo qualidade de vida foi mencionado pela primeira vez em 1920 por Pigou, em um livro sobre economia e bem-estar. Ele discutiu o suporte governamental para pessoas de classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas e sobre o orçamento do Estado.

O termo não foi valorizado e foi esquecido. Contudo, para outro autor, o termo qualidade de vida foi utilizado pela primeira vez por Lyndon Johnson, em 1964, então presidente dos Estados Unidos, que declarou: “...os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.

Logo adiante a Organização Mundial da Saúde definiu saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença. No entanto, as diferentes áreas da medicina sempre priorizaram o estudo da doença e das formas de avaliar

sua frequência e intensidade (Orley et al.8, 1998). Utiliza-se o conceito de QV enquanto "a percepção dos indivíduos de sua posição na vida, no contexto dos sistemas culturais e valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (OMS, 1995).

A expressão qualidade de vida foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que "os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas". O interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe como uma consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de "qualidade de vida" refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. (Fleck,1999).

Moura et al (2014) atestam que estudos sobre QV são identificados no Brasil desde a década de 90, no mundo desde a década de 30. Mas a perspectiva ampliou-se para além da QV em Relação à Saúde (QVRS), estando presente na atualidade no campo do trabalho, QV em Relação ao Trabalho (QVRT). Maneiras de quantificar essa QV, que têm forte cunho de percepção subjetiva são refletidas nos inúmeros instrumentos que visam quantificar a subjetividade, favorecendo a inferência estatística, alcançando campos diferenciados em uma mesma análise. A avaliação da QV torna-se fundamental para subsidiar o aperfeiçoamento dos serviços e estratégias de engajamento ao tratamento incorporando-o ao novo estilo de vida (Anand, 2013).

O assunto da influência da saúde sobre as condições e a qualidade de vida, tem ocupado políticos e pensadores ao longo da história. Já no século XVIII, quando ocupava as funções de diretor geral de saúde pública da Lombardia austríaca e professor da Faculdade de Medicina, Johann Peter Frank escreveu, no seu célebre A miséria do povo, mãe das enfermidades, que a pobreza e as más condições de vida, trabalho, nutrição etc., eram as principais causas das doenças, preconizando, mais do que reformas sanitárias, amplas reformas sociais e econômicas (Sigerist, 1956).

Qualidade de vida (QV) é uma noção eminentemente humana e abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores dos indivíduos e coletividade. Tais significados refletem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos (Minayo, 2000).

Conceituar QV torna-se tarefa difícil, pois as pessoas acreditam que sabem o que o termo quer dizer, ou sentem o que ele exprime. Tal situação deve-se ao fato de um conceito que remonta à Antiguidade e de ter sofrido, ao longo da história, inúmeras alterações em seu sentido (Moreira, 2000).

A constatação de que não havia nenhum instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva transcultural motivou a Organização Mundial da Saúde a desenvolver um instrumento com estas características (Whoqol – Group11, 1995).

Nestas definições entendeu-se que o conceito de qualidade de vida está ligado com questões que envolvem múltiplos aspectos como; histórico, econômico e cultural e social, atingindo elementos de avaliação tanto positivos como negativos de acordo com cada realidade influenciando a vida de cada indivíduo de acordo com o contexto que está inserido.

Em relação a esse conceito, há uma equivalência com

A relatividade da noção, que em última instância remete ao plano individual, tem pelo menos três fóruns de referência. O primeiro é histórico. Ou seja, em determinado tempo de seu desenvolvimento econômico, social e tecnológico, uma sociedade específica tem um parâmetro de qualidade de vida diferente da mesma sociedade em outra etapa histórica. O segundo é cultural. Certamente, valores e necessidades são construídos e hierarquizados diferentemente pelos povos, revelando suas tradições. O terceiro aspecto se refere às estratificações ou classes sociais. Os estudiosos que analisam as sociedades em que as desigualdades e heterogeneidades são muito fortes mostram que os padrões e as concepções de bem estar são também estratificados: a ideia de qualidade de vida está relacionada ao bem-estar das camadas superiores e à passagem de um limiar a outro. (Minayo; Hartz; Buss, 2000).

Para Souza e Guimarães (1999), o termo QV é usado em vários setores da sociedade e campos de estudo, apresentando conceitos diversos. Pode-se entender por QV um conjunto harmonioso e equilibrado de realizações em todos os níveis, sejam eles, saúde, trabalho, lazer, sexo, família e até mesmo o desenvolvimento da espiritualidade do indivíduo. O termo é utilizado por vários médicos na atualidade utiliza -se dentro do referencial da clínica para tratar de lesões físicas ou biológicas, se oferecem indicações técnicas de melhorias nas condições de vida dos enfermos, mas segundo a autora.

A expressão usada é qualidade de vida em saúde. No entanto, a noção de saúde é totalmente funcional e corresponde ao seu contrário: a doença em causa, evidenciando uma visão medicalizada do tema. Os indicadores criados para medir esta qualidade de vida são notadamente bioestatísticos, psicométricos e econômicos, fundamentados em uma lógica de custo-benefício. (Minayo; Hartz; Buss, 2000).

Quanto mais aprimorada a democracia, mais ampla é a noção de qualidade de vida, o grau de bem-estar da sociedade e de igual acesso a bens materiais e culturais (Olga Matos, 1999).

O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural. (Minayo; Hartz; Buss, 2000).

Vários autores definem QV em vários aspectos que influenciam a vida de do ser humano, para Flack (2008), a definição proposta pela OMS é a que melhor traduz a abrangência do construto QV. O Grupo WHOQOL definiu QV como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações".

(Pereira et al., 2012). Utiliza-se o conceito de QV enquanto "a percepção dos indivíduos de sua posição na vida, no contexto dos sistemas culturais e valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (OMS, 1995).

Importante salientar que O Instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL*-100) está atualmente disponível em 20 idiomas diferentes (Whoqol Group12, 1998). O desenvolvimento da versão em português seguiu a metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde e foi descrita em outra publicação. (Fleck et al.3, 1999).

Recentemente tem-se buscado desenvolver instrumentos que avaliem bem-estar e qualidade de vida (Gill e Feinstein 5, 1993; Guyatt et al. 6 , 1993). Na sua grande maioria esses instrumentos são desenvolvidos nos Estados Unidos ou na Inglaterra e traduzidos para utilização em diferentes países (Whoqol Group11, 1995; Bullinger 2, 1994).

A utilização desses instrumentos em culturas diferentes tem sido objeto de críticas (Fox-Rushby e Parker 4, 1995) e considerações (Bullinger et al.1, 1993; Patrick et al.9, 1994).

Dizer que a qualidade e as condições de vida afetam diretamente na saúde

A partir do crescimento do movimento ambientalista na década de 1970, o questionamento dos modelos de bem-estar predatórios, agregaram, à noção de conforto, bem-estar e qualidade de vida, a perspectiva da ecologia humana – que trata do ambiente biogeoquímico, no qual vivem o indivíduo e a população; e o conjunto das relações que os seres humanos estabelecem entre si e com a própria natureza. Esse conceito não aplica a dimensão evolucionista de uma escalada cada vez maior de conforto, consumo e bem-estar. Pelo contrário, ele se apoia na ideia de excelência das condições de vida (Witier,1997) e de desenvolvimento sustentável.

Para Witter a qualidade de vida está associada a uma condição financeira e de bem estar econômico ao qual apenas uma parcela das pessoas podem ter, o que influencia diretamente em como essas pessoas vivem, como se alimentam, se tem lazer, praticam esporte

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) realizou, não faz muito tempo, um seminário sobre condições de vida e situação de saúde em que vários autores latino-americanos discutem, de diversos ângulos, o tema da saúde e qualidade de vida. Os

congressos brasileiros de saúde coletiva, epidemiologia, e ciências sociais e saúde promovidos pela mesma entidade nos últimos anos têm sido pródigos em trabalhos que, em diferentes conjunturas, discutem o mesmo tema. Duas revisões, publicadas simultaneamente (Minayo, 1995; Monteiro, 1995), exploram diversas dimensões do tema saúde e qualidade de vida no Brasil. Particularmente em países como o Brasil e outros da América Latina, a péssima distribuição de renda, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambiente têm um papel muito importante nas condições de vida e saúde.

Em um amplo estudo sobre as tendências da situação de saúde na Região das Américas recentemente publicado, a OPAS (1998) mostra, de forma inequívoca, que os diferenciais econômicos entre os países são determinantes para as variações nas tendências dos indicadores básicos de saúde e desenvolvimento humanos.

A qualidade de vida está diretamente interligada com o meio social que o indivíduo está inserido é notável que o tema qualidade de vida é tratado em diferentes olhares, e em várias tipos de conhecimento seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum através do conhecimento do povo, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou construídas coletivamente, observou-se que qualidade de vida não é apenas ausência de doenças, quando visto no sentido ampliado, o termo qualidade de vida se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante.

O tema qualidade de vida tem sido mais estudado nos últimos anos, inclusive no Brasil, e, apesar de ser complexo, trata-se de tema atual e muito relevante, principalmente quando relacionado à promoção da saúde e bem estar e cumprimento de direitos básicos através de políticas públicas para estas populações.

6.4 SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA

Saúde de quilombolas é uma preocupação importante envolvendo acesso a serviços de saúde, prevenção de doenças e promoção do bem estar, a população quilombolas brasileira enfrenta diversos desafios na área da saúde, como acesso limitado a serviços, condições socioeconômicas precárias, racismo e discriminação, doenças endêmicas e falta de infraestrutura, como saneamento, água potável o que pode aumentar a vulnerabilidade, além de todos esses fatores ainda sofrem com desafios culturais.

De acordo com dados do Censo 2022, a população quilombola do país é de 1,32 milhão de pessoas, ou 0,65% do total de habitantes do país. Os dados mostram que foram identificados 473.970 domicílios onde residia pelo menos uma pessoa quilombola, espalhados por 1.696 municípios brasileiros. O Nordeste concentra 68,19% (ou 905.415 pessoas) do total de quilombolas.

O Censo apontou que os territórios quilombolas oficialmente delimitados abrigam 203.518 pessoas, sendo 167.202 quilombolas, ou 12,6% do total de quilombolas do país. Apenas 4,3% da população quilombola residem em territórios já titulados no processo de regularização fundiária.

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. (Freitas 2011).

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Os quilombolas tem direito a saúde assegurada no Brasil, onde estabelece a igualdade como princípio, sem discriminação de qualquer natureza, a lei 12.288/2010, reconhece e garante aos remanescentes das comunidades quilombolas a promoção e a defesa de seus direitos fundamentais, incluindo acesso a saúde.

É preciso ampliar a discussão sobre direitos de saúde no Brasil, a população quilombola ainda vive uma luta por direito e igualdades, quando falamos de saúde essas dificuldades aumentam, mesmo estando assegurados esses direitos na constituição Federal. A equidade é definida como princípio da igualdade social observando a garantia da justiça como critério de julgamento ou tratamento (Ferreira, 2010).

Criada em 2009 e reformulada em 2014, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), orienta profissionais e gestores de saúde sobre as doenças genéticas ou hereditárias mais comuns entre a população negra. É o caso da anemia falciforme, diabetes mellitus (Tipo II), hipertensão arterial e deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase, que resulta na destruição dos glóbulos vermelhos e leva à anemia hemolítica. A diretriz também reafirma as responsabilidades de cada esfera da gestão do SUS – federal estadual e municipal para efetivação das ações, garantindo ao acesso aos serviços de saúde pela população negra de forma oportuna e humanizada.

Essa política visa reduzir as desigualdades étnico raciais na saúde, abordando especialmente necessidades da população negra, incluído as comunidades quilombolas, está embasada nos princípios constitucionais da cidadania e da dignidade da pessoa humana, do repúdio ao racismo e da igualdade, bem como no princípio de promover o bem de todos sem preconceito de origem, raça, sexo, cor e identidade”, destaca Marcus Vinícius Barbosa Peixinho, coordenador de Garantia da Equidade do Ministério da Saúde

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS (2007), os 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. (Freitas, 2011).

É imprescindível, para a compreensão dos temas atuais de saúde que após o reconhecimento constitucional (1988) da saúde como direito, a implantação inicial do Sistema Único de Saúde se deu em um contexto desfavorável à expansão de políticas sociais universalistas. A condução nacional da política de saúde foi unificada no Ministério da Saúde, cujo modelo de intervenção expressou uma fragilidade do planejamento integrado e a preponderância de estratégias de curto prazo. (Freitas, 2011).

As comunidades, em sua maioria, caracterizam-se pelo forte vínculo com o meio ambiente. As famílias destas comunidades vivem da agricultura de subsistência, sendo a atividade econômica baseada na mão de obra familiar, para assegurar os produtos básicos para o consumo. As crianças aprendem a lida na roça desde muito tenra idade. As condições sanitárias destas populações são insuficientes; a maior parte não possui água tratada e nem esgoto sanitário. Outra característica importante dessas comunidades é a ausência de serviços de saúde locais, fazendo com que, ao surgirem doenças, seus habitantes sejam obrigados a percorrer grandes distâncias em busca de ajuda. Todas estas questões acabam por aumentar o baixo índice de indicadores de saúde entre as crianças quilombolas. (Freitas, 2011).

Seu conceito tem sido empregado pela saúde pública brasileira visando atender indivíduos diferentes, conforme suas necessidades. A equidade é um princípio de atendimento justo idealizado para o Sistema Único de Saúde. Sua implantação é difícil e complexa, e envolve o comprometimento dos profissionais de saúde e das organizações sociais dentro do próprio sistema de saúde. A equidade é definida como princípio da igualdade social observando a garantia da justiça como critério de julgamento ou tratamento (Ferreira, 2010).

A criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), pela Lei nº 10.678, de 23 de março de 2003, como órgão de assessoramento direto da Presidência da República, com status de ministério, representa uma conquista emblemática do Movimento Social Negro. A Seppir tem como atribuição institucional promover a igualdade e a proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais e étnicos, por meio do acompanhamento e da coordenação das políticas de diferentes ministérios, dentre os quais o da Saúde, e outros órgãos do governo brasileiro (Brasil, 2003).

A partir da publicação dessa Política, o Ministério da Saúde reconhece e assume a necessidade da instituição de mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS, com vistas à superação das barreiras estruturais e cotidianas que incide negativamente nos indicadores de saúde dessa população: precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência.

Partindo dos princípios do SUS, a Política tem no seu cerne o direito universal à saúde e incorpora o conceito da integralidade, que entende a saúde em uma perspectiva ampla e complexa envolvendo ciclos de vida, riscos e vulnerabilidades, níveis de complexidade de assistência, além de equidade e humanização dos serviços. Torna-se importante ressaltar que, por meio dessa Política, o SUS admite a existência da discriminação e do racismo que podem estar presentes no processo de cuidado. Desta forma, fica claro que a questão étnica, de raça, de cor está associada à discriminação, ao racismo e à exclusão social, que são aspectos que operam de forma cumulativa naquilo que chamamos determinação social da saúde. (Costa, 2011.)

Com objetivos, metas, cronograma e metodologias de avaliação, o Plano Nacional de Enfrentamento da Covid-19 para a População Quilombola está desenhado conforme decisão proferida em Medida Cautelar, nos autos da ADPF nº 742, de 2 de março de 2021, e por decisão monocrática proferida em 19 de março de 2021, pelo Ministro Edson Fachin. O Plano foi construído pela União, sob a responsabilidade de 11 órgãos federais que atendem à população quilombola no período determinada pelo STF, de 30 dias. Em outubro de 2022 o Governo Federal vai repassar cerca de R\$ 27 milhões para ampliar iniciativas de equidade na Atenção Primária à Saúde (APS) da população quilombola em todo o país. A ação anunciada nesta segunda-feira (17), em União dos Palmares (AL), vai beneficiar 2,4 mil municípios.

De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), cerca de 54% da população do país se autodeclara negra. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as

responsabilidades de gestão voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra.

O Ministério da Saúde considera que mais de 46% do total da população de pessoas negras do Brasil vivem em condições desfavoráveis de saúde.

Em 2018, a ONU (Organização das Nações Unidas) informou que além de estarem mais expostos ao risco de morte violenta intencional, os negros e negras também integram o grupo de brasileiros que têm, em geral, piores indicadores de saúde.

A OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde), após a Conferência Sanitária das Américas em setembro de 2017, recomendou aos Estados-membros - inclusive o Brasil - a promoção de políticas públicas capazes de abordar “a etnicidade como determinante social da saúde”.

Ainda de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 60,9% das pessoas que utilizaram os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) nos seis meses anteriores à entrevista eram pretas ou pardas.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), afirmou em 2008, que a população negra representava 67% do público total atendido pelo SUS, e a branca 47,2%. A maior parte dos atendimentos concentra-se em usuários(as) com faixa de renda entre um quarto e meio salário mínimo, distribuições que evidenciam que a população de mais baixa renda e a população negra são, de fato, SUS-dependentes.

Como resultado, tem-se uma constante de maiores exposições a todas as carências estudadas pela população de raça/cor preta ou parda e pelas pessoas com menores rendimentos. Destaca-se que 37,8% da população adulta preta ou parda avaliaram sua saúde como regular, ruim ou muito ruim, contra 29,7% da população branca. Pretos ou pardos estavam 73,5% mais expostos a viver em um domicílio com condições precárias do que brancos (38,7% dos pretos ou pardos contra 22,3% dos brancos) 7.

A pobreza é acima de tudo a maior ameaça à saúde. As iniquidades trazidas pela renda indicam que a tomada de decisão deve se comprometer com a responsabilidade social, viabilizando práticas políticas justas e equânimes que incluam a avaliação do impacto sobre a saúde. A participação social na construção de saúde deve atuar como um meio importante na

concretização da saúde e empoderamento da sociedade, para efetivação do princípio da equidade do sistema de saúde brasileiro (Granja, 2008).

Grupos raciais ou étnicos apresentam particularidades em algumas doenças, são doenças prevalentes, multifatoriais, que apresentam um curso especial na população negra. Aliado a isso há a presença de muitos agravos decorrentes da interação sexo, gênero, raça, etnia e condição social. Segundo dados apontam embora ‘sejam poucas’ (e de fato são) as doenças que podem ser catalogadas como raciais ou étnicas, porém na população negra tais doenças atingem precocemente um número expressivo de pessoas e suas decorrências na morbimortalidade em si já justificariam uma atenção especial. Além disso, todas elas são doenças que têm uma interferência muito íntima na saúde reprodutiva da mulher negra e na diminuição da vida produtiva de negros em geral.

Algumas das enfermidades mais frequentes na população negra são: a anemia falciformes, o diabetes mellitus tipo II, a hipertensão arterial e a deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase, segundo a 3ª Edição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, outras doenças, como o glaucoma e o câncer de próstata, também são mais frequentes entre negros e pardos. (PNSIPN).

Em 2018, a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) fez uma análise específica sobre a população negra no Brasil, com o objetivo de garantir as necessidades de saúde e expandir o acesso ao atendimento.

Os dados mostraram que 24,9% dos adultos negros relataram hipertensão arterial e 82,5% alegaram fazer tratamento médico. O diagnóstico de diabetes estava presente em 7,6% dos adultos negros, dos quais 88,4% faziam tratamento para a doença. O percentual de adultos negros com excesso de peso foi de 56,5% (57,3% em homens e 55,8% em mulheres) e de 20% para obesidade (21,8% em mulheres e 18,1% em homens).

A pesquisa também mostrou que há uma tendência de mudança de hábitos e de estilo de vida entre a população negra brasileira, o que contribui para a prevenção de doenças como a diabetes. O número de fumantes caiu de 13,4% em 2011 para 9,2% em 2018, e houve um aumento na constância de prática de atividades físicas por pelo menos 150 minutos durante a semana: em 2011, o percentual era de 30,3% e em 2018, 38,5%.

De acordo com o Ministério da Saúde 2001, 67% do público atendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é composto por pessoas negras.

Recentemente foi criado O Ministério de Igualdade Racial foi criado 2023 pelo governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, no Brasil, com o objetivo de promover políticas públicas para combater a discriminação racial e promover a igualdade de oportunidades para as pessoas negras. O órgão é lançado 20 anos após a criação da SEPPIR (Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial), instituída com status de ministério no primeiro governo Lula e que contou com a direção de Martins Chagas, Eloi Ferreira Araújo e Luiza Helena de Bairros. A SEPPIR foi criada em 2003 e teve uma atuação destacada na defesa dos direitos das minorias étnicas no país. Algumas de suas ações incluíram a elaboração de leis e programas para a promoção da igualdade racial, a criação de políticas de inclusão de negros em universidades e empregos, e a realização de campanhas de conscientização sobre o tema da discriminação racial.

Apesar dessas iniciativas, desafios persistem, como as dificuldades de acesso geográfico e as barreiras culturais, a promoção de ações integradas sensíveis a diversidade cultural e territorial é essencial para garantir que as comunidades quilombolas possam usufruir de serviços públicos de saúde como o SUS, para esses problemas é essencial o reconhecimento da cultura e das especificidades dessas comunidades.

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados do estudo foram organizados de acordo com os objetivos específicos do trabalho, e será apresentada a caracterização da amostra da comunidade quanto às variáveis sócio- demográfica, econômica e de saúde Cantinho de São João Batista.

A comunidade está localizada no município de Serra Branca – PB, tendo seu acesso através da BR-412, onde após cerca de 12 km podemos avistar uma conquista obtida pela comunidade, que se trata de uma placa de identificação doada pelo Departamento de estradas e rodagens do Estado da Paraíba (DER), o Cantinho, é constituído por 37 unidades familiares totalizando 93 pessoas, com média de 3 pessoas por cada unidade familiar. Do total de pessoas 48 são homens e 45 são mulheres. Dos 93 moradores só foi informado a idade de 87, sendo destes, 11 membros entre 0 a 10 anos; 8 membros entre 11 a 18 anos; 7 membros entre 19 a 24 anos; 11 membros entre 25 a 34 anos; 13 membros entre 35 a 44 anos; 13 membros entre 45 a 54 anos; 12 membros entre 55 a 64 anos; 7 membros entre 65 a 74 anos; 3 membros entre 75 a 84 anos; 1 membro entre 85 a 94 anos e 1 membro entre 95 a 100 anos. Em relação a caracterização étnico-racial foi informado a de 91 moradores, 8 se identificam como brancos, 64 como negros e 19 como pardos. Destes, 23 são casados, 326 são solteiros, 3 são divorciados, 24 estão em uma união estável, 2 são viúvos e 1 mora sozinho. (NEPEC).

7.1 PERTENCIMENTO ÉTNICO

No que diz respeito às características étnico racial 94,6% se declaram negros e se reconhecem como quilombola, a importância de reconhecimento de sua identidade cultural que é mais que um território e sim a realidade ao qual estão inseridos em contexto histórico e cultural trazendo características de um modo de vida ao qual vivem dentro e fora da comunidade.

As discussões sobre o processo de construção indenitária das comunidades negras e o sentimento de pertença à comunidade não diz respeito apenas a uma realidade física, mas também histórica, proveniente de relações estabelecidas no interior das comunidades, autodenominadas quilombolas. Nesse sentido, somente a caracterização indenitária das comunidades quilombolas contemporâneas na esfera social e política não assegura uma inserção harmoniosa dessas comunidades na sociedade; sua afirmação se dá por meio de enfrentamentos políticos que prezam por mudanças de caráter comunitário, econômico e jurídico (Silva, 2019.apud Hall, 2006; p. 11).

7.2 RELIGIÃO/CRENÇA

A maioria dos participantes, em ambas as comunidades afirmaram seguir a religião católica e relataram que mesmo não frequentando e nem participando ativamente da religião, eles se autodeclararam católicos. Na Baixa da Linha, a segunda posição ficou para a religião protestante, com 27,8% de adeptos. Alguns entrevistados sinalizaram que seguem o catolicismo e o candomblé simultaneamente. (NEPEC).

A religião é um conceito proveniente do latim “religio” definida como a crença na existência de forças sobrenaturais, criadoras do universo. Essa crença estabelece dogmas que devem ser assumidos e obedecidos, através da adoção de doutrinas e rituais próprios, envolvendo preceitos morais e éticos. A religião faz sentido e existe onde há uma comunidade, oferecendo aos indivíduos significado da vida para além da realidade terrena e proporcionando explicações para fatos misteriosos da vida como a morte. Ela contribui para a organização social, ao propor orientação moral e proporcionar segurança e pode fomentar e enriquecer a espiritualidade (Oliveira, 2016 apud Souza, 2010).

7.3 EDUCAÇÃO

A educação é fator muito importante para o desenvolvimento humano, favorecendo em melhorias relevantes na sociedade, promovendo o desenvolvimento através das culturas, dos saberes e dos conhecimentos sejam científicos, filosóficos ou empíricos, as instituições desempenham um papel muito importante na educação seja pública ou privada, que vai muito além de conquistar empregos ou salários é fundamental para o progresso.

Quanto ao grau de instrução dos participantes, é possível verificar de acordo com os dados coletados, de um universo de 93 moradores, 04 são analfabetos, 48 tem o ensino fundamental incompleto, 15 tem o ensino médio incompleto, 15 tem o ensino médio completo, 05 tem o ensino superior incompleto, 02 concluíram o ensino superior e nenhum chegou a pós-graduação. Nesse sentido, podemos afirmar que a maioria da população do Cantinho, cerca de 67 moradores, não chegaram a concluir o ensino médio e um número muito pequeno chegou a ingressar ou concluir o ensino superior.

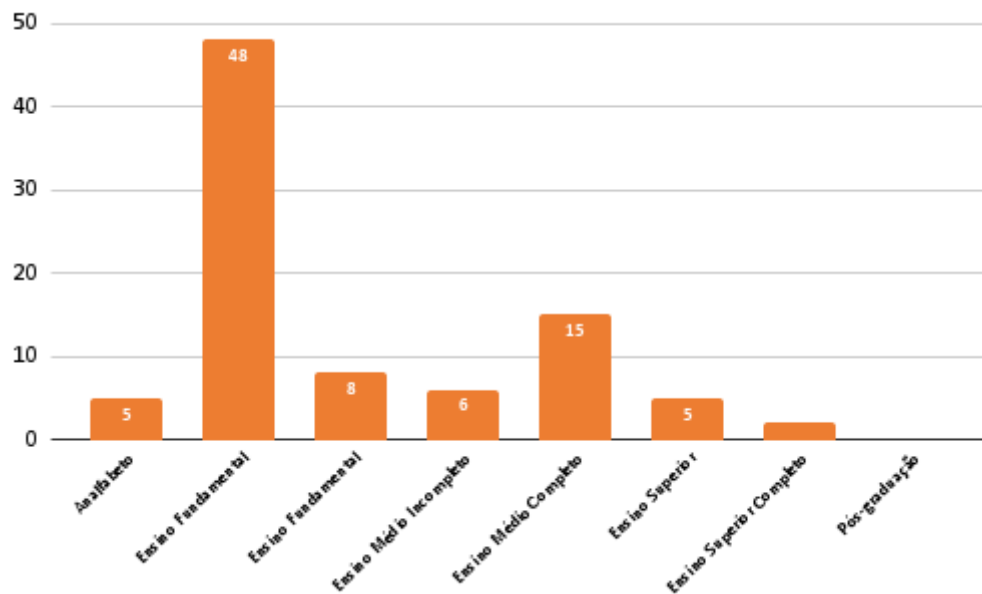
A maior problemática com relação a educação citada pelos moradores da comunidade foi justamente o fechamento da Escola existente no quilombo, as crianças e jovens do Cantinho não têm acesso à educação formal em seu próprio território, tendo que se locomover até a cidade para poder ter acesso a Educação e ao Ensino Básico. (NEPEC.)

Por tanto percebe-se que dentro da perspectiva das diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Escolar Quilombola (2012). Que a educação da comunidade é negligenciada, tendo em vista que,

Art. 58 Nos termos do regime de colaboração, definido no art. 211 da Constituição Federal e no artigo 8º da LDB:
 III - Compete aos Municípios: a) garantir a oferta da Educação Infantil e do Ensino Fundamental no nível municipal, levando em consideração a realidade das comunidades quilombolas, priorizando a sua oferta nessas comunidades e no seu entorno;

Ao analisar os dados coletados na Comunidade Quilombola Cantinho de São João Batista observa-se que educação escolar em precárias condições, metade da população não concluiu o ensino fundamental, além da luta diária das crianças e adolescentes desta comunidade ao realizar deslocamento, uma vez que a escolas que eles frequentam estão localizadas na cidade sendo distante e de difícil acesso devido a qualidade das estradas deste município além da carência dos transportes escolares de qualidade e falta de investimentos do poder público local tanto na infraestrutura como na área da educação voltada para esse público.

Gráfico 1 - Quantitativo do grau de escolaridade no quilombo Cantinho de São João Batista, Serra Branca – PB, 2023.



Fonte: NEPEC, 2023.

Através da análise do gráfico Segundo ANJOS & CYPRIANO (2006), as dificuldades educacionais nas comunidades quilombolas, de maneira geral, se devem não somente ao número de escolas, mas também ao conteúdo ministrado, que não considera as especificidades culturais da população, desta forma é nítido que é necessário um olhar mais aprofundado pelos sistemas de educação seja a nível municipal, estadual e federal, visando investimentos

na oferta de capacitação de profissionais, como de investimentos nas áreas de transporte e maior ofertas de escolas nos territórios quilombolas, vêm sendo tomadas desde 2007, medidas além da destinação de verbas para a educação básica que contemple a realidade quilombola. No entanto, apesar dos esforços de alguns governos em melhorar a educação oferecida às comunidades quilombolas, há ainda muito o que se fazer para que as condições dessa educação fiquem ao menos mais próximas do ideal.

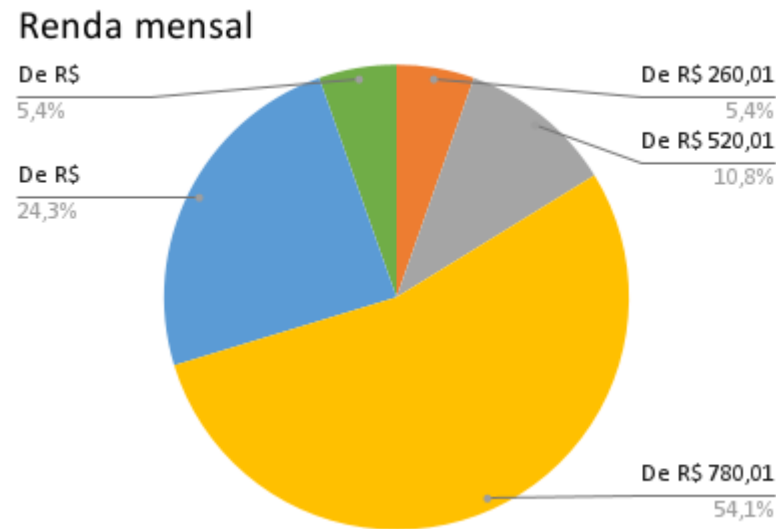
Com os dados foi possível diagnosticar um baixo grau de escolaridade da população do Cantinho e baixa perspectiva para os jovens egressos do ensino médio, que migram para cidade na tentativa de empregos informais, ou a mantem permanência no campo, mesmo diante das problemáticas que se colocam para uma vida digna e plena para as populações rurais quilombolas.

7.4 RENDA

O trabalho e renda são fatores importantes para o desenvolvimento social e econômico, nas comunidades quilombolas a atividade econômica sobrevive, em essência nos tempos atuais, tendo o domínio da agricultura desde a formação dos quilombos no Brasil.

No diagnostico socioeconômico consta-se que 54,1% das famílias que vivem na comunidade têm uma renda mensal entre 780,00 até 1.300 reais, sendo a aposentadoria rural 21%, seguido da junção de agricultura familiar e aposentadoria 14%, logo em seguida Bolsa Família 14%, são os principais componentes que formam essa renda. Na comunidade amostradas há um número expressivo de indivíduos com renda mensal inferior ou igual a um salário mínimo. Algumas pessoas relatam que possuem apenas a renda do bolsa família (valor de R\$ 600,00), para suprir as necessidades familiares. Nessa comunidade há um grande número de beneficiados pelo bolsa família. É importante salientar que 57% das famílias que vivem no quilombo do Cantinho receberam Auxílio Emergencial durante a Pandemia da COVID-19.

Gráfico 2 - Número em porcentagem da renda mensal no quilombo Cantinho de São João Batista, Serra Branca – PB, 2023.



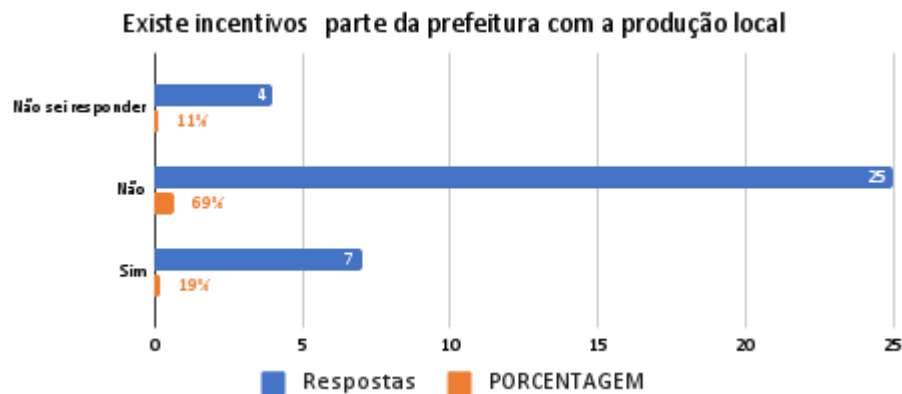
Fonte: NEPEC, 2023.

Segundo a o guia de políticas sociais quilombolas inclusão das famílias quilombolas no Cadastro Único vai possibilitar a elaboração tanto de um diagnóstico das principais necessidades dessas comunidades, quanto de políticas públicas e programas sociais voltados a esse público.

A atividade econômica e geração de renda dentro do próprio quilombo que mais se destaca é a agricultura familiar sendo 27%, e a criação de animais somada com a agricultura familiar 21%, gerando relações de comércio dentro e fora da comunidade, nessa perspectiva de trabalho, apenas 19% trabalham de carteira assinada na comunidade, já que a fonte de renda principal é a agricultura familiar.

A melhoria na qualidade de vida dos grupos rurais negros é um desafio para os pesquisadores da área do agronegócio. As condições de vida nessas comunidades exigem que sejam empreendidas ações que possibilitem a inserção econômica de seus membros, a partir de projetos de desenvolvimento local sustentável, com a articulação do conhecimento empírico da comunidade e o conhecimento científico e tecnológico das instituições de apoio à agricultura familiar (Valente, 2004).

Gráfico 3 - Número em porcentagem de relação de incentivos por parte da prefeitura no quilombo Cantinho de São João Batista, Serra Branca – PB, 2023.



Fonte: NEPEC, 2023.

Apesar de ser reconhecida como comunidade quilombola, 69% dos entrevistados relataram que a comunidade é muito desvalorizada por parte dos poderes públicos, que não investimentos na comunidade, as pessoas entrevistadas relataram que a comunidade sofre com falta de infraestrutura, saneamento básico, acesso a saúde e educação de qualidade.

7.5 TERRITÓRIO E MEIO AMBIENTE

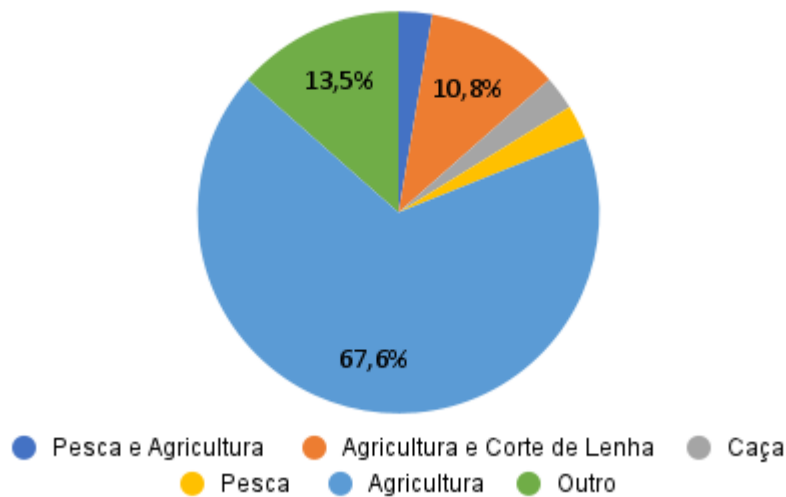
Mesmo diante de tamanhos desafios, as comunidades quilombolas contribuem historicamente para a conservação ambiental em seus territórios. Levantamentos preliminares, realizados em 2017, pelo Ministério do Meio Ambiente, revelam que os 279 territórios quilombolas oficialmente delimitados, à época, mantinham 87% de suas áreas cobertas por vegetação nativa. Os estudos mostraram também que 162 territórios quilombolas localizam-se em 110 áreas consideradas prioritárias para a conservação da natureza, sendo que 50 dessas são classificadas como de importância extremamente alta para a conservação, uso sustentável e repartição de benefícios da biodiversidade brasileira.

Em 16 países latino-americanos, incluindo o Brasil, 205 milhões de hectares têm a presença de povos afrodescendentes. Nessas áreas, 77% do território é coberto por vegetação nativa, sendo considerados hotspots de biodiversidade (lugares com grande diversidade natural e que devem ser preservados). Estes dados foram levantados em pesquisa realizada pela Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ), junto ao Processo de Comunidades Negras da Colômbia, ao Observatório dos Territórios Étnicos e Camponeses da Universidad Javeriana (Colômbia) e à Iniciativa Rights and Resources.

Região de clima semiárido de poucas chuvas e plantações anuais como milho, feijão, melancia, jerimum e fava. A relação que foi levantada que esses moradores têm com o meio ambiente foi a seguinte: 67% Agricultura, 11% Agricultura e Corte de Lenha, 13% outros, ou seja o foco na agricultura é maior sendo uma das principais atividades realizadas nesta comunidade. (NEPEC).

Gráfico 4 - Número em porcentagem de relação dos moradores com o meio ambiente no quilombo Cantinho de São João Batista, Serra Branca – PB, 2023.

Qual a sua principal relação com o meio ambiente?



Fonte: NEPEC, 2023.

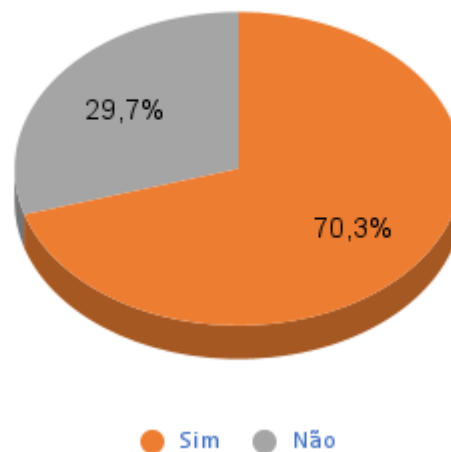
O saneamento básico está entre os mais importantes fatores sociais determinantes da saúde. As condições de saneamento no País, de acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2009), mostram que ainda são graves as desigualdades no acesso aos serviços de abastecimento de água entre os habitantes das áreas urbanas e rurais. Os serviços de saneamento oferecidos à população do meio rural apresentam déficit de cobertura, pois apenas 32,8% dos domicílios rurais estão ligados à rede de distribuição de água, enquanto a maior parte dessa população (67,2%) capta água de chafarizes e poços (protegidos ou não) diretamente de cursos de água sem nenhum tratamento ou de outras fontes alternativas, geralmente insalubres. (Brasil, 2013).

Através dos dados pode-se averiguar a tradição dos quilombolas com o uso da terra, na comunidade Cantinho, observa-se que o manuseio do solo é feita de forma sustentável já que o lucro e produção do local vem através de chuvas na região, ainda falando nessa questão de

meio ambiente quando se pensa em resíduos gerados no quilombo pode-se destacar que o descarte de lixo na comunidade é queimado, 81% dos entrevistados afirmaram, a falta de qualquer sistema de coleta de lixo é perceptível prejudicando e poluindo o ar e a terra também, a maioria deles acham normal esse hábito que é de costumes em comunidades rurais devido à falta de acompanhamento ou coleta, o que causa grandes prejuízos e tipos de poluição, 70,3% afirmaram que não tem saneamento básico em suas residências, cabe frisar que os moradores são conscientes de suas práticas e que eles provocam danos à natureza e a própria saúde pode observar no gráfico abaixo:

Gráfico 5 - Número em porcentagem de saneamento básico no quilombo Cantinho de São João Batista, Serra Branca – PB.

Existe saneamento básico na sua casa?



Fonte: NEPEC, 2023.

De acordo com o Trata Brasil, saneamento básico é o conjunto de medidas que visa a preservação ou modificação das condições do meio ambiente, com o intuito de prevenir doenças e promover a saúde, melhorando a qualidade de vida da população e a produtividade, facilitando a atividade econômica. São medidas que tornam possível garantir uma qualidade de vida melhor para as pessoas, mais oportunidades do ponto de vista econômico e, principalmente, a promoção da saúde, uma vez que aumenta a salubridade das habitações e evita a proliferação de doenças. Como efeito paralelo do saneamento básico, garante-se a preservação do meio ambiente.

No Brasil, o saneamento básico é um direito definido pela Lei nº. 11.445/2007 e assegurado pela Constituição, apesar de ser direito por lei, o Brasil ainda é um país que sofre muito com a falta de saneamento básico o que afeta diretamente a saúde e o desenvolvimento.

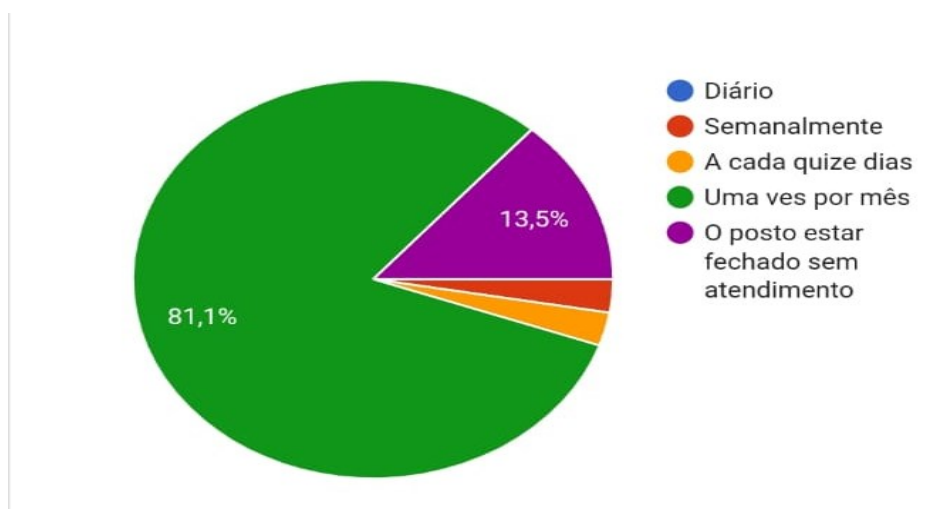
Segundo Barreto (2006), esta situação é comum em praticamente todas as comunidades quilombolas no Brasil, que normalmente são populações de pequenos agricultores, que além da carência de serviços como transporte, esgoto, educação e saúde, enfrentam problemas relativos à questão fundiária como invasões e dificuldade de financiamento agrícola.

7.7 CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS À SAÚDE

Garantir à população o acesso a serviços de saúde é de grande importância para o bem-estar e conseqüentemente para melhoria da qualidade de vida das pessoas. Segundo a Constituição Federal (Brasil, 1988), a saúde é um direito de todos e um dever prioritário do Estado, mas muitas vezes esse direito é negado como no caso da população do quilombo Cantinho.

Diante do exposto, são apresentados resultados referentes ao perfil de saúde da comunidade avaliada:

Gráfico 6 - Número em porcentagem de atendimento na UBS no quilombo Cantinho de São João Batista, Serra Branca – PB.



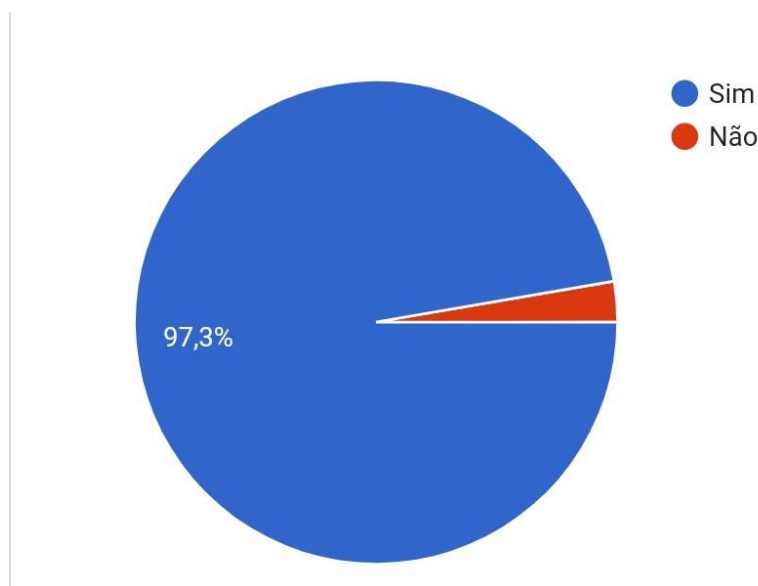
Fonte: NEPEC, 2023.

Os entrevistados destacam principalmente os problemas relacionados ao acesso dos atendimentos hospitalares na comunidade, isso porque eles informam que há apenas um atendimento médico-hospitalar mensal, mostrando-se insuficiente para atender a todas as demandas de saúde dos moradores, citando principalmente os atendimentos odontológicos. Essas fragilidades sociais sentidas pelos moradores da comunidade do Cantinho somadas à falta de apoio social do poder público do município de Serra Branca fazem os moradores se sentirem desprotegidos e desamparados pelo poder público municipal. (NEPEC).

Pode-se observar os direitos negados de População mesmo estando na Lei:

De acordo com Projeto de Lei N.º 1296, DE 2019 (Dep. Rackel Silva Resende), Art. 1º Fica instituído, em âmbito nacional, que nas comunidades quilombolas brasileiras deverão conter ao menos uma unidade de saúde. Parágrafo único. Para fim desta lei, considera-se: I. unidade de saúde, o estabelecimento compreendido como unidade básica de saúde, centro de saúde ou posto do Programa de Saúde da Família; II. Comunidade quilombola, os grupos que se auto definem enquanto habitantes de comunidades negras rurais formadas por descendentes de africanos escravizados, que vivem, na sua maioria, da agricultura de subsistência em terras doadas, compradas ou ocupadas há bastante tempo Art. 2º Define-se como dever da Unidade de Saúde: I. Promover e proteger a saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. II. Promover campanhas de prevenção a doenças que sejam presentes em tais comunidades, de acordo com as necessidades locais. Art. 3º Ao definir-se as atribuições das Unidades de Saúde, incluem-se também atendimentos laboratoriais, odontológicos e médicos especializados. Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

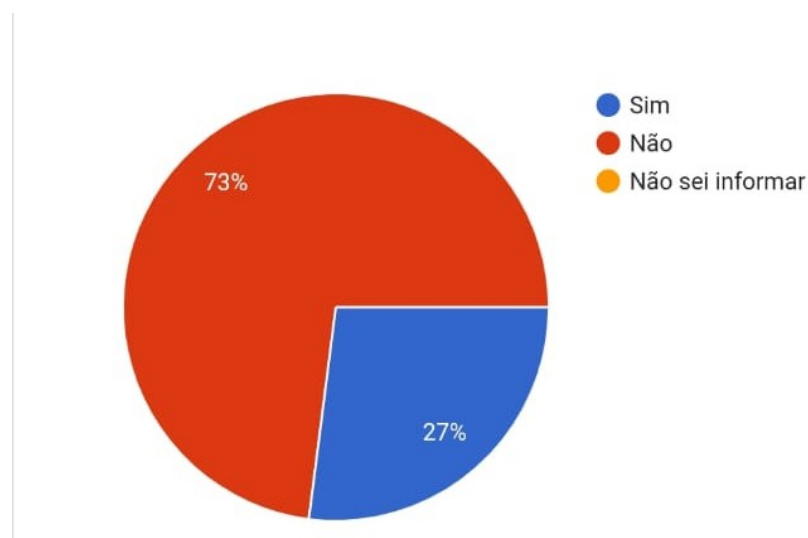
Gráfico 7 - Número em porcentagem da relação de acesso a serviços de saúde pública no quilombo Cantinho de São João Batista, Serra Branca – PB.



Fonte: NEPEC, 2023.

Dentro do eixo Saúde, 97% dos moradores relataram que a comunidade tem acesso aos serviços de saúde público, mas os moradores reclamaram da periodicidade que os atendimentos acontecem, de acordo com os dados da pesquisa, esse atendimento acontece apenas uma vez por mês. De acordo com os dados 91% dos moradores estão com as vacinações oferecidas pelo Sistema Único de Saúde em dia. Em relação à pandemia e ao processo de imunização, 97,5% dos moradores receberam a vacina contra a COVID-19, porém apenas 75,7% receberam as três doses da vacina. Percebemos assim que a comunidade foi contemplada com o sistema de vacinação, pois a cobertura vacinal foi bem acima da média nacional, porém houve um problema com a continuidade do ciclo vacinal da COVID-19, aspecto preocupante, sobretudo, numa comunidade com um percentual de idosos considerável. (NEPEC).

Gráfico 8 - Número em porcentagem da visita do agente de saúde no quilombo Cantinho de São João Batista, Serra Branca – PB.



Fonte: NEPEC, 2023.

A visita do agente comunitário de saúde 73% dos moradores disseram que recebem a visita do agente, e que o mesmo é da própria comunidade, além disto 27% informaram quem não recebem a visita do agente de endemias.

Com relação ao a comunidade ter recebido orientação atendimento sobre anemia falciforme 89% disse que não, com relação, ao atendimento em hospitais 54% afirmou que era boa, apenas 18% da população tem diabetes, 45% são hipertensos, com relação ao atendimento odontológico 35% dos entrevistados falaram que a mais de um ano que não iriam

ao dentista, exame preventivo de câncer 45,9% nunca realizou, 40% diz que a um ano realizou.

A visão de vulnerabilidade social está, usualmente, relacionada nas CRQ ao binômio saúde-doença, visto que morbimortalidade, tanto de origem infectocontagiosa quanto crônico-degenerativa, “compõe o repertório de reflexão desta rede de causalidade da insegurança” (Freitas et al., 2011, p. 940).

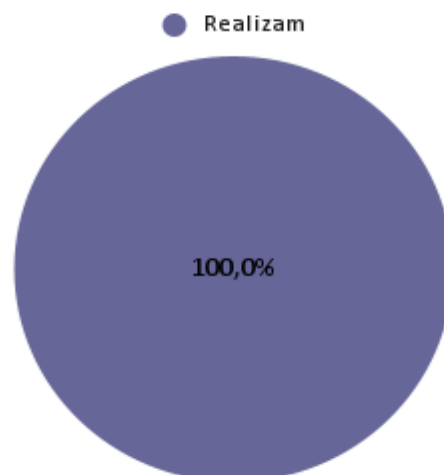
7.8 ALIMENTAÇÃO

A soberania alimentar e nutricional é um direito humano fundamental assegurado na constituição brasileira pela Lei Nº 11.346, de 15 de Setembro de 2006, que Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências, no Brasil, a busca pela soberania alimentar está ligada a políticas públicas que promovem práticas agrícolas sustentáveis, distribuição justa de alimentos e apoio à agricultura familiar.

De acordo com censo da comunidade quilombola realizado pelo NEPEC 100% das famílias terem acesso aos alimentos que fornecem carboidratos, proteínas, fibras óleos que há um acesso mais que escasso a alimentos que fornecem vitaminas e minerais que são as frutas, pois apenas 5% das famílias responderam que tem em seu cardápio alimentar.

Gráfico 9 - Número em porcentagem famílias que realizam as três refeições diárias no quilombo Cantinho de São João Batista, Serra Branca – PB.

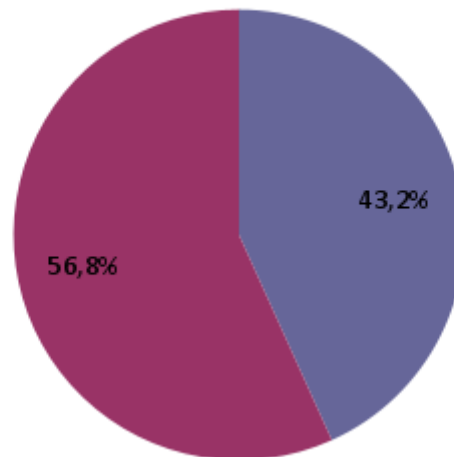
Famílias que realizam as três refeições diárias



Fonte: NEPEC, 2023.

Gráfico 10 - Número em porcentagem famílias que tiveram dificuldades para compra de alimentos nos últimos dois anos no quilombo Cantinho de São João Batista, Serra Branca-PB.

**Famílias que tiveram alguma dificuldade para
Comprar alimentos nos últimos 2 anos**



Fonte: NEPEC, 2023.

Consta-se também na pesquisa que 100% das famílias afirmaram que realizam as três refeições diárias, 43% das famílias tiveram dificuldades na aquisição da cesta básica, número esse que pode ter sido aumentado devido a pandemia da Doença do Corona Vírus.

Pode-se perceber que apesar de realizarem todas as refeições, os mesmos tiveram dificuldades na aquisição de alimentos, é perceptível a falta de investimento com relação a agricultura familiar e recursos hídricos para a criação de plantações, relataram que a maioria só plantam na época de chuvas, quem infelizmente limita essa população com relação a produção de alimentos dentro do próprio quilombo.

Comunidades tradicionais de norte a sul do país são responsáveis pela produção de alimentos que conservam a sócio biodiversidade dos biomas brasileiros. Com a chegada da pandemia, esse tipo de atividade sofre ameaças cada vez mais amplas. A falta de opções para escoamento da produção e de acesso às políticas públicas voltadas à agricultura familiar, como Programa de Aquisição de Alimento (PAA) e Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), muitos quilombolas têm sofrido com a escassez de alimentos gerada pela falta de renda e perspectivas de comercialização de suas produções no campo.

O secretário-geral das Nações Unidas, António Guterres, destacou que os sistemas que trazem alimentos para nossas mesas têm um impacto profundo em nossas economias, na

nossa saúde e no meio ambiente. Guterres ressaltou que os sistemas alimentares são uma das principais razões pelas quais “não temos conseguido permanecer dentro dos limites ecológicos do nosso planeta”. Afirmando que estes sistemas são essenciais para enfrentar a crise climática, enfrentar a perda crescente de biodiversidade e construir sociedades mais saudáveis, Guterres em 2020 nos lembrou da fragilidade de nossos sistemas alimentares, por meio da emergência da pandemia de COVID-19. Enquanto milhões de pessoas passam fome e milhões de empregos foram perdidos, a emergência climática continua a ritmo acelerado, alertou. (ONU)

Segundo as Nações Unidas no Brasil o objetivo de desenvolvimento sustentável o objetivo 2. Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura familiar onde se pode destacar que até 2030 o foco é dobrar a produtividade agrícola e a renda dos pequenos produtores de alimentos, particularmente das mulheres, povos indígenas, agricultores familiares, pastores e pescadores, inclusive por meio de acesso seguro e igual à terra, outros recursos produtivos e insumos, conhecimento, serviços financeiros, mercados e oportunidades de agregação de valor e de emprego não agrícola. (ONU).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo afirmam que os moradores da comunidade em estudo passam por uma carência de acesso aos serviços e bens coletivos, sobretudo por condições sociais, essa realidade está relacionada ao rol de iniquidades enfrentadas, mutualmente.

Posto isto, é fatal a efetivação das políticas sociais existentes, principalmente relacionadas à saúde e educação ajustando a dinâmica de trabalho dos programas para a realidade quilombola que ainda é muito negligenciada, levando em consideração a cultura tradicional desta população, aponta-se alternativas que podem minimizar situações de desvalorização desta comunidade amenizando os problemas enfrentados diariamente por todo este povo. Seguindo esta convicção aponto algumas alternativas que contribuiria para amenizar o impacto social desta comunidade:

No tema educação, a reconstrução da Escola no local, garantindo assim o direito da criança e jovem quilombola ter escola e acesso à educação em seu território, programas de incentivo para os jovens e adultos que não conseguiram concluir etapas de estudo de sua vida, promovidos pela secretaria de educação e demais secretarias desta cidade.

No que diz respeito a saúde, pode-se ser consolidado o atendimento presencial de profissionais da saúde na comunidade, já que tem um posto de saúde que não funciona atendimento, tanto de médico, odontólogo e demais profissionais da saúde, evitando assim o deslocamento destas pessoas até a cidade para buscar atendimento hospitalar em bairros que poderiam ser realizados no próprio quilombo.

Quando pensamos em trabalho e renda incentivos a associação existente na comunidade e criação de cooperativa para a comercialização de produtos produzidos na comunidade, gerando fontes de renda para as famílias, o que evitaria a migração destas pessoas para outros locais em busca de trabalho.

A luta quilombola é complexa, exigindo esforço em níveis local, nacional e interacional para garantir o respeito aos seus direitos visando a busca por reconhecimento étnico-cultural e histórico, preservação da espiritualidade, religião, crenças e das questões ambientais de conservação e proteção integral das comunidades que são as principais responsáveis pela proteção e cuidado com a cultura, e com as práticas tradicionais, que precisam ser reconhecidas e valorizadas para o desenvolvimento das comunidades

Quando trazemos a temática qualidade de vida nas comunidades quilombolas percebe-se que é um estudo novo e ainda há muito por debater e avançar, as pesquisas demonstram que ainda existe uma grande disparidade na atenção à Saúde, educação,

preservação cultural, inclusão social e outros temas, é necessário um empenho social para alteração desta realidade, existe a necessidade de trabalhos que transformem e tornem conhecidas as condições de saúde em comunidades quilombolas, tendo em vista a importância desse povo, promovendo a formação daqueles que serão os atores sociais responsáveis pelo cuidado à saúde e a vida, e implementação das políticas públicas para os povos tradicionais.

Os resultados apresentados podem contribuir com novos estudos em outras comunidades quilombolas na Paraíba e em outras localidades do Nordeste brasileiro com o intuito de buscar melhorias para estas populações é importante salientar que cada quilombo é único com suas próprias características e desafios.

REFERÊNCIAS

ALVES, Beatriz da Silva. **Quilombo Cantinho de São João Batista: história, território e parentesco**. 2023. 69f. (Trabalho de Conclusão de Curso - Monografia), Curso de Licenciatura em Ciências Sociais, Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido, Universidade Federal de Campina Grande - Campus Sumé - Paraíba, 2023. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/30345>. Acesso em: 20/07/2023.

ANJOS, R. S. A.; CYPRIANO A. **Quilombolas: tradições e cultura da resistência**. São Paulo: Aori Comunicação, 2006. 240p.

BARRETO, R. C. S.; KHAN, A. S.; LIMA, P. V. P. S. **Sustentabilidade dos assentamentos no município de Caucaia-CE**. Revista de Economia e Sociologia Rural, Brasília, v. 43, n.2, p. 225-247, 2005.

BATISTELLA, C. E. C. "Análise da Situação de Saúde: principais problemas de saúde da população brasileira." EPSJV, 2007.

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

_____. **Ato das Disposições Constitucionais Transitórias**, artigo 68: Ministério da Justiça, 2002.

_____. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social**. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa**. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Secretaria-Executiva. "**A saúde da população negra e o SUS: ações afirmativas para avançar na equidade**/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. -" (2005).

_____. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed.; 1. reimp. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as Condições Para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e Dá Outras Providências.** Brasília (DF), Brasil, 1990.

BRASIL, Lei. Nº 12.288, de 20 de Julho de 2010. **Institui o Estatuto da Igualdade Racial,** 1989. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm >. Acesso em: 20/07/2023.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios,** 2013. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/2044-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html?edicao=17979>. Acesso em 22/07/2023.

CARVALHO, S. C., et al. "**Em busca da equidade no sistema de saúde brasileiro: o caso da doença falciforme.**" *Saúde e Sociedade*, Pg. 711-718.23, 2014.

CASA ONU BRASIL - **Complexo Sérgio Vieira de Mello.** Setor de Embaixadas Norte Quadra 802, Conjunto C, Lote 17. Disponível em:< <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/2>>. Acesso em 03/10/2023.

Copyright © 2023 Saúde da População Negra. Todos os direitos reservados. Tema: ColorMag por Theme Grill. Powered by WordPress

COSTA, A. M. Promoção da equidade em saúde para a população negra. BIS. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 13, n. 2, p. 100-106, 2011.

COSTA, E. S.; SCARCELLI, I. R. **Psicologia, política pública para a população quilombola e racismo.** *Psicologia USP*, v. 27, n. 2, p.357-366, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/2016nahead/1678-5177-pusp-00001.pdf>> Acesso em: 14/06/2023.

DE OLIVEIRA VALENTE, T. C., et al. **Espiritualidade, religiosidade e saúde: velhos debates, novas perspectivas.** *Interações*, 2016, 11.20: 85-97. Disponível em: < <https://doi.org/10.5752/P.1983-2478.2016v11n20p85>. > Acesso em 22/07/2023.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. **Resolução CNE/CEB 8/2012.** Brasília, Seção 1,pg 19, 21 de novembro de 2012.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio:** dicionário eletrônico. 5. ed., versão 7.0. Curitiba: Positivo, 2010.

FREITAS, D. A. et al. **Saúde e comunidades quilombolas:** uma revisão da literatura. *Revista Cefac*, v. 13, p. 937-943, 2011.

FLECK, M. P. A., et al. "**Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100).**" *Revista de Saúde Pública* 33.2, 198-205, 1999.

_____, et al. "**Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100).**" *Brazilian Journal of Psychiatry* 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GRANJA, G. F. **Equidade no SUS:** uma abordagem da teoria fundamentada. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

IBGE. **Documentação do Censo 2000.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2002.

_____. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016.

LANGDON, E. J., Maj-Lis F., and MALUF, S. W. "**Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais.**" *Anuário Antropológico* 37.1: 51-89, 2012.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico Ocidental.** 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MELLO, M. M. **Mocambo**: antropologia e história no processo de formação quilombola. 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 1996.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. **Qualidade de vida e saúde**: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MOREIRA, M. M. S. **Trabalho, Qualidade de Vida e Envelhecimento**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://portaldesic.ict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2000/moreiramsm/capa.pdf>>. Acesso em 15/09/2023.

OMS. **The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)**: position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*, 41(1): 403-409; 1995.

OLIVEIRA, F. **Saúde da população negra**: Brasil ano 2001– Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. **Qualidade de vida**: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte*, São Paulo, v. 26, n. 2, p.241- 250, 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rbefe/article/viewFile/45895/49498>>. Acesso em: 15/06/2023.

RESENDE, R. S. **PROJETO DE LEI N.º 1296, DE 2019** (Dep. Rackel Silva Resende). Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/programas-institucionais/experiencias-presenciais/parlamentojovem/edicoes-anteriores/projetos-edicoes-anteriores-2011-2019/PL-1296-rackel_silva_resende-GO.pdf> Acesso em: 15/09/2023.

SIGERIST, H. **The University at the Crossroad**. Henry Schumann Publisher, Nova York. 1946.

SILVA JUNIOR, H. et al. **Políticas públicas de promoção da igualdade racial**. São Paulo, CEERT,2010.

SILVA, Luiz Inácio Lula da, et al. "**Decreto N° 4.887, de 20 de novembro de 2003.**" 2003.

SILVA, C. B. R.; FERREIRA, C. G. S.; RODRIGUES, F. L. **Saúde quilombola no Maranhão**. *Revista Ambivalências*, Maranhão, v. 4, n. 7, p.106-133, 24 ago. 2016. *Revista*

Ambivalências. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.21665/2318-888.v4n7p106-133>>. Acesso em: 13/06/2023.

SOUZA, D. **Comunidades quilombolas**: conceito, auto definição e direitos. Fundação Cultural Palmares. 2012. Disponível em: < <http://www.palmares.gov.br/archives/19099>>. Acesso em: 10/07/2023.

SOUZA, W. G. F. et al. **Censo Quilombola**: A Experiência de Campo na Comunidade Quilombola do Cantinho-Serra Branca/PB. Trabalho apresentado na 75ª Reunião Anual da SBPC, Antropologia / Antropologia das Populações Afro-brasileiras. 2023.

TRATA BRASIL. Saneamento é saúde. **O que é Saneamento**. Blog. Disponível em: < https://tratabrasil.org.br/o-que-e-saneamento/?utm_source=Google&utm_medium=Rede+de+Pesquisa&utm_campaign=O+que+e+%C3%A9+Saneamento&gclid=Cj0KCQjw-pyqBhDmARIsAKd9XIMi6a2DQwpwvnljftAyghL1ZVmBSDBU484Iezo257x4GyDY086FJ8aAltMEALw_wcB> Acesso em: 18/10/2023.

VALENTE, A. L. E. F **Agricultura familiar e recorte racial**: desafio teórico e sociopolítico no meio rural. In: Congresso Brasileiro de Economia e Sociologia Rural, Anais...Cuiabá: SOBER, 2004. p. 1- 10. 2004.

SILVA, A. M., and SOUZAS R. "**Pertencimento ético e a formação da identidade do homem quilombola**: Diante da paternidade na comunidade de Barra do Brumado Rio de Contas Bahia." *Caderno Sisterhood* 3.3 (2019). Disponível em: < <https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/negras/article/view/2011/1093>> Acesso em: 18/10/2023.

APÊNDICE

Questionário usado pela equipe do censo na comunidade que foi trabalhado na minha pesquisa.

Roteiro de entrevista

1. Você já ouviu falar de Comunidades Quilombolas?
2. Sua família se autodenomina Quilombola?

Seção parentesco familiar

1. Quantas pessoas moram nessa unidade familiar?
2. Do quantitativo de pessoas que moram no núcleo familiar quantos são homens, mulheres?
3. Do quantitativo de pessoas que moram no núcleo familiar qual o quantitativo as respectivas faixas etárias?
4. Qual a cor/raça dos membros da sua família?
5. Quem é você no núcleo familiar?
6. Qual estado civil de cada membro do núcleo familiar?
7. Qual tipo de moradia você mora?
8. Composição da Moradia:
9. Quais desses objetos você possui em sua casa?
10. Quais os meios de transportes da família?
11. Quais são os hábitos mais frequentes da família durante a semana?
12. Quais são os hábitos mais frequentes do final de semana?
13. Qual a religião dos membros da família?

Seção segurança alimentar.

1. De que é formada a composição da cesta básica da família?
2. Você e sua família nos últimos 2 anos tiveram alguma dificuldade para comprar alimentos?
3. Você e sua família fazem as três refeições (café da manhã; almoço e jantar) todos os dias?
4. Você e sua família recebem alguma ajuda governamental?
5. A associação da comunidade realiza algum tipo de distribuição de alimentos em algum período do ano?

Sessão saúde

1. Na comunidade tem posto de saúde?
2. Qual a periodicidade do atendimento no posto de saúde da comunidade?
3. Caso o posto não funcione, onde a comunidade recebe atendimento?
4. Vocês recebem assistência/visita do agente de saúde do município?
5. Esse agente de saúde é da comunidade?
6. Vocês recebem assistência/visita do agente de endemia do município?
7. Esse agente de endemia é da comunidade?
8. Qual a periodicidade com que os agentes de saúde e endemia realizam assistência/visita na sua residência?
9. A comunidade já recebeu alguma orientação/atendimento sobre anemia falciforme?

10. Como você avalia a assistência hospitalar na sua comunidade?
11. Se a resposta for negativa, questionar o porquê?
12. Alguém da família precisa ou precisou de acompanhamento médico hospitalar?
13. Quais os tipos de atendimentos hospitalares que geralmente são solicitados à rede de saúde básica da família?
14. Alguém da família possui alguma deficiência que requer um acompanhamento médico hospitalar diário?
15. Quais os tipos de deficiências que estão presentes dentro da sua família?
16. Alguém da família tem hipertensão?
17. Alguém da família tem diabetes?
18. Alguém da família fez ou faz uso de álcool ou outras drogas (Lícitas e Ilícitas)?
19. Vocês conseguem ter acesso a remédios e medicamentos gratuitos da rede de farmácia popular?
20. Sua família se encontra com as vacinações oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em dia?
21. Quais são as vacinas que sua família teve acesso?
22. Na sua família tem alguma menina na faixa etária de 9 a 14 anos, ela foi vacinada contra HPV (vírus do papiloma humano)?
23. Todos os membros da família tomaram as três doses da vacina contra a Covid-19?
24. Qual foi a última vez que você recebeu atendimento odontológico?
25. Faz quanto tempo que você realizou exame preventivo do colo uterino?
26. Alguma mulher da família já fez Histerectomia (remoção cirúrgica do útero)?
27. Faz quanto tempo que você realizou exame preventivo de câncer de próstata/câncer de mama?
28. Na sua família tem algum homem na faixa etária acima dos 40 anos que fez o PSA (Antígeno Prostático Específico)?
29. Os homens da unidade familiar costumam ir ao urologista?
30. Alguém de sua rede familiar já teve ou tem algum tipo de câncer?
31. O membro de sua família que teve ou tem câncer realizou ou realiza o tratamento em que local?
32. Algum membro da família faz hemodiálise?
33. Nos casos de deslocamentos de longa distância para tratamento de saúde o poder público disponibiliza algum tipo de transporte?

Seção território e meio ambiente

1. Existe saneamento básico na sua casa?
2. De que forma é feito o descarte do lixo na comunidade?
3. Como é feito o armazenamento de água potável?
4. Como ocorre o abastecimento de água na comunidade?
5. Qual a sua principal relação com o meio ambiente?
6. Vocês tem a escritura da terra?
7. Sobre a propriedade da terra, vocês possuem algum documento? Se sim, qual?
8. A comunidade possui o título de posse da terra?
9. Vocês recebem o Seguro Safra?
10. A comunidade passou ou passa por algum conflito em relação ao território?
11. A terra que hoje a comunidade se localiza sempre foi desse tamanho territorial?

Seção educação

1. Qual o grau de instrução dos membros da família?

2. Sobre a existência da escola:
3. Se não há escola na comunidade, onde as crianças estudam?
4. Como as crianças vão a escola?
5. Quanto tempo leva da comunidade para a escola?
6. As crianças manifestam interesse em ir à escola?
7. Qual motivo levou a matricular as crianças nas unidades de ensino?
8. Você está satisfeito com a educação recebida por seus filhos na escola?
9. Como você avalia a educação oferecida a seu filho na escola?
10. Seu filho tem tempo reservado para estudo/leitura em casa?
11. As pessoas que concluem o ensino médio na comunidade geralmente fazem o que depois?
12. Na escola dos seus filhos existe o debate sobre educação escolar quilombola?
13. Vocês acham importante debater sobre a história do povo negro e quilombola?
14. Os membros da sua família estudaram ou estudam em que tipo de escola?
15. Quantas pessoas da sua família possuem diploma de ensino fundamental?
16. Quantas pessoas da sua família possuem diploma de ensino médio?
17. Algum membro da sua família conseguiu entrar no ensino superior?
18. Quantas pessoas da sua família possuem diploma de ensino superior?

Seção trabalho e renda

1. Qual é a renda mensal do domicílio, ou seja, a soma da renda mensal de todos os membros do domicílio?
2. Da onde vem a principal fonte de renda da família?
3. Algum dos membros da família foi beneficiário do Auxílio emergencial durante a pandemia?
4. Existem relações de comércio dentro da comunidade do que é produzido? E/ou fora dela? Se sim, especificar.
5. Existe algum incentivo ou apoio da prefeitura municipal com a produção local da comunidade para revenda na cidade?
6. Os membros da família menores de idade desempenham algum tipo de trabalho remunerado?
7. Os membros da família menores de idade contribuem nas tarefas cotidianas da casa?
8. Algum membro da família trabalha com carteira assinada?
9. Na sua comunidade existe alguma associação?
10. As pessoas da comunidade já foram ou são convidadas a participar das reuniões da associação?
11. Você considera as reuniões da associação importantes?
12. Existe algum tipo de articulação da comunidade com outras comunidades para troca de experiência e saberes?
13. Quais as pautas que são discutidas durante as reuniões da associação?
14. Como é a relação entre a comunidade e o poder público do município?
15. A comunidade tem acesso a políticas públicas assistencialistas?
16. Quais são as políticas públicas que a comunidade tem acesso?
17. Em sua opinião, como você avalia o Gestor Municipal quanto à realização da prestação de serviços consideradas urgentes ou essenciais para a melhoria de vida da comunidade?
18. Em sua opinião, qual ou quais são as prioridades que precisam de mais atenção na sua comunidade?