



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
TESE DE DOUTORADO

ANDRÉA SUZANA VIEIRA COSTA

**IDOSOS QUILOMBOLAS: CONDIÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS DE CUIDADOS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MUNICÍPIO DA BAIXADA MARANHENSE**

São Luís, MA

2021

ANDRÉA SUZANA VIEIRA COSTA

**IDOSOS QUILOMBOLAS: CONDIÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS DE CUIDADOS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MUNICÍPIO DA BAIXADA MARANHENSE**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção do Diploma de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho

Coorientador: Prof. Dr. Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira

São Luís, MA

2021

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Costa, Andréa Suzana Vieira.

IDOSOS QUILOMBOLAS: : condições sociais e práticas de cuidado na atenção primária, em município da baixada maranhense / Andréa Suzana Vieira Costa. - 2021.

169 p.

Coorientador(a): Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira.

Orientador(a): Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho.

Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Grupo com Ancestrais do Continente Africano. 3. Idoso. 4. Processo de trabalho. 5. Saúde da População Negra. I. Carvalho, Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de. II. Oliveira, Bruno

**IDOSOS QUILOMBOLAS: CONDIÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS DE CUIDADOS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MUNICÍPIO DA BAIXADA MARANHENSE**

ANDRÉA SUZANA VIEIRA COSTA

Tese aprovada em _____ de _____ de _____ pela banca examinadora
constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho

Orientadora

UFMA

Prof. Dr. Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira

Coorientador

UFMA

Prof. Dr. Hilton Pereira da Silva

Examinador Externo

UFPA

Prof. Dr. Luís Eduardo Batista

Examinador Externo

ISAÚDE

Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy

Examinador Interno

UFMA

Prof. Dr. Istvan Van Deursen Varga

Examinador Interno

UFMA

A Deus, porque até aqui me ajudou.

AGRADECIMENTOS

Tudo o que aparece no caminho é especial. Não importa o quão grande ou o quão pequeno você ache que aquilo é, sempre haverá um peso por trás de cada detalhe. Reconhecer e agradecer por tudo o que você tem ao seu redor é valorizar cada coisa igualmente e entender o real sentido da vida.

Em primeiro lugar a Deus, por estar presente em todos os momentos de minha vida.

À minha família agradeço o afeto, carinho, orações e cada palavra de incentivo. Minha eterna gratidão, em especial, à minha avó Júlia Alves (*in memoriam*), mulher negra, guerreira, corajosa e destemida da vida. Ao meu pai, Antônio Costa e à minha mãe, Esmeralda, por me ensinarem sobre honestidade, simplicidade, gratidão e amor. Aos meus irmãos, Rosana, Washington, Marta, Sarah, Lia e Raquel, por estarem do meu lado com apoio em todos os momentos. E às minhas filhas, Luana e Milena, que são muito especiais.

À minha primeira orientadora, Profa. Dra. Liberata Campos Coimbra, por ter aceitado o desafio do tema que eu havia proposto.

À minha orientadora, Profa. Dra. Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho, por sua energia boa, paciência, delicadeza, sabedoria e ricas leituras e ensinamentos. Aprendi muito ao seu lado!

Ao coorientador e amigo, o Prof. Dr. Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira, por me convidar para participar de um projeto ousado e importante de pesquisa com idosos quilombolas no município de Bequimão. Além disso, agradeço pelas boas discussões sobre a temática.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA), por nos conceder o transporte em alguns momentos da pesquisa, e ao Coordenador do Curso de Medicina, Prof. Dr. Raimundo Nonato pelo apoio nos momentos difíceis. Também, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PGSC) por toda logística.

Aos professores do PGSC, por cada momento de aprendizagem, em especial, às professoras Dra. Alcione, Dra. Vanda Simões, Dra. Cecília e Dra. Rosângela.

Aos professores Dra. Marisa Barbieri e Dr. Marcos Antônio Barbieri que, no momento difícil já quase desistindo do tema, disponibilizaram tempo para me ouvir, incentivar e apontar o caminho a trilhar. Obrigada por acreditarem!

Às minhas amigas, Silvia Nava, Micheline, Ariane, Anne, Amanda, e Bruna, companheiras de trabalho e por todo apoio em todos os momentos.

À secretária do PGSC, Sônia por toda paciência e respostas às demandas solicitadas.

Aos meus colegas do PGSC, em especial Francelena, Bianca, Hortencia, Leudimar e Luciana.

Aos amigos do RPS, à “Diretoria”: Luciana, Suzana, Livia, Liliane, Edivaldo, Isa por escutarem minhas angústias e compartilharem os momentos de alegrias.

Aos companheiros e colaboradores da pesquisa de pesquisa Claudia Pinto, Rafaella Macedo, Maria Augusta, Thalita, Rosiany, Getúlio Rosa, Andresa, Prof. Dr. Ivan e Profa. Me. Teresa, Prof. Aeriberto.

À Prefeitura de Bequimão, MA, por todo apoio e logística. Em especial à Dona Neide e família por oferecer o seu lar para nos abrigar. Ao líder “Pinininho”, por nos acompanhar e apoiar nas comunidades. Aos motoristas da UFMA, Neto e Venilson.

À Secretaria Municipal de Saúde e a Coordenação da Atenção Básica que permitiu a pesquisa nas UBS e nos locais de trabalho dos profissionais da atenção primária.

A cada profissional das Equipes de Saúde da Família, que aceitou e colaborou com a realização da pesquisa no campo de trabalho. Todo respeito e gratidão.

Aos idosos praticantes e não praticantes das práticas tradicionais de saúde, pelo aprendizado, por suas ricas experiências e por nos receber em seus lares, igreja, centro comunitário e nos permitir a coleta de dados. Minha eterna gratidão!

Aos professores da banca examinadora da tese, Prof. Dr. Luís Eduardo, Prof. Dr. Hilton, Profa. Dra. Zeni, Prof. Dr. Istvan, Profa. Dra. Vanda Simões e ao prof. Dr. Marcos Pacheco. Professores que tenho grande admiração. Obrigada!

À Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por viabilizarem a pesquisa com o financeiro.

“Sempre parece impossível, até que seja feito”

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Localização geográfica das comunidades quilombolas certificados em Bequimão, Maranhão, Brasil, 2020	71
Figura 2. Processo de coleta de dados realizado na Comunidade de Pericumã, localizada em Bequimão, Maranhão, Brasil, 2020	71
Figura 3. Estrutura física predial, das comunidades quilombolas, localizada em Bequimão, Maranhão, Brasil, 2020	73
Figura 4. Dificuldades de acesso às comunidades quilombolas, localizadas em Bequimão, Maranhão, Brasil, 2020	77
Figura 5. Acompanhamento das atividades nas comunidades quilombolas, localizadas em Bequimão, Maranhão, Brasil, 2020	78
Figura 6. Participando do almoço feito no fogão a lenha na comunidade quilombola, localizadas em Bequimão, Maranhão, Brasil, 2020	79
Figura 7. Unidade Básica de Saúde da comunidade quilombola Conceição, localizadas em Bequimão, Maranhão, Brasil, 2020	80

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Atos Normativos Direcionados à População Quilombola	42
QUADRO 2. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil no Período de 1929-1970.....	56
QUADRO 3. Equipes de saúde, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e suas áreas/comunidades quilombolas adscritas em Bequimão, Maranhão, Brasil, 2020	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA	Associação Brasileira de Antropologia
ACONERUQ	Associação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CQR's	Comunidades Remanescentes de Quilombos
CTSPN	Comitê Técnico de Saúde da População Negra
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFQ	Estratégias de Saúde da Família Quilombola
FCP	Fundação Cultural Palmares
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
MOQUIBOM	Movimento Quilombola do Maranhão
MSN	Movimento Social Negro
MS	Ministério da Saúde
MNU	Movimento Negro Unificado
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PMM	Programa Mais Médico
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

COSTA, Andréa Suzana Vieira, **Idosos quilombolas**: condições sociais e práticas de cuidado na atenção primária, em município da baixada maranhense, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA.

RESUMO

Introdução: O Brasil apresenta rápido processo de envelhecimento da sua população. Porém, este ocorre em condições de desigualdades socioeconômicas, regionais e com elevadas necessidades de saúde. Um dos grandes desafios desse cenário é garantir a atenção à saúde aos idosos residentes de áreas remotas, como comunidades quilombolas. Essas comunidades estão em quase todos os estados do Brasil, sendo o Maranhão o segundo com o maior número delas.

Objetivos: Analisar as condições sociais e as práticas de cuidados da Atenção Primária, voltadas para a saúde dos idosos. O foco do estudo foi as comunidades quilombolas de um município da Baixada Maranhense. **Métodos:** A pesquisa iniciou no final do primeiro semestre de 2018, com reuniões com os gestores do município, profissionais das equipes da Saúde da Família e lideranças das comunidades quilombolas. O nosso objetivo era apresentar o projeto e alinhar a dinâmica da pesquisa, cronograma da coleta e a devolutiva para os idosos e comunidades. O estudo foi desenvolvido em 11 comunidades remanescentes de quilombolas do município de Bequimão - MA. Essas comunidades são oficialmente reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares e pelo Ministério da Cultura no § 4º do art. 3º do Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Assim, foram incluídas na pesquisa as comunidades de Ariquipá, Suassuí, Sibéria, Pericumã, Juraraitá, Mafra, Santa Rita, Conceição, Ramal do Quidiua, Rio Grande e Marajá. Foram contabilizados 212 idosos nesta pesquisa. As comunidades com maior número de idosos foram: Ariquipá (43), Ramal do Quindiuá (34), Rio Grande (29), Pericumã (21), Santa Rita (21), Juraraitá (20) e Marajá (20). E as com menor quantidade de idosos são as comunidades quilombolas de Conceição (8), Mafra (8), Sibéria (4) e Sassuí (4). Neste estudo, realizou-se uma abordagem quantitativa e qualitativa em comunidades quilombolas, certificadas, do município de Bequimão, MA. Na abordagem quantitativa, o número de idosos na faixa etária de 60 anos ou mais, conforme a lista fornecida pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada comunidade quilombola, totalizou 212 indivíduos. Este estudo avaliou somente 208 idosos, devido a recusas e dificuldades de encontrar tais sujeitos em duas tentativas realizadas em datas distintas. Para coleta dos dados utilizou-se o questionário geral do projeto, que foi baseado no questionário da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS). Após a coleta

das informações, estas foram plotadas e seguiu-se a análise dos dados no programa *Stata*[®] versão 14 (StataCorp LP, *College Station* Texas, Estados Unidos). Foram estimadas as frequências absolutas e relativas das variáveis do estudo. Apresentaram-se as prevalências das morbidades referidas e de multimorbidades (≥ 2 e ≥ 3 doenças crônicas), controladas por sexo e idade. O Teste Exact de Fisher ou teste de Qui-quadrado, foi realizado, e as diferenças consideradas estatisticamente significantes quando $p \leq 0,05$. O problema norteador da pesquisa qualitativa envolveu as seguintes questões: Como as práticas de cuidados na Atenção Básica têm atuado junto aos usuários, especificamente na saúde dos idosos? Que tipo de práticas tradicionais de saúde existem nas comunidades quilombolas? Profissionais da Estratégia de Saúde da Família estabelecem algum diálogo com as práticas de tradicionais de saúde? Portanto, para compreender essas questões utilizamos o método etnográfico. Para além do levantamento bibliográfico, o trabalho de campo foi realizado a partir da técnica de observação participante cujo registro foi realizado em diário de campo. Iniciamos mapeando as comunidades de abrangências de tais equipes e as UBS de referência para o atendimento da população em geral e dos idosos. Particularmente, cada comunidade estudada, assim como as demais práticas populares de saúde existentes presentes nas localidades, foram avaliadas. Logo em seguida, as visitas para acompanhar as equipes de Saúde da Família foram agendadas dentro de um cronograma mensal elaborado pela equipe. As visitas às UBS de Areal, Quindiuva e Santana foram feitas no mês de julho de 2019. Na UBS de Conceição fomos no final do mês de agosto. O trabalho de campo compreendeu as idas às comunidades para acompanhamento das equipes da SF, visando vivenciar o dia a dia da comunidade. Isso nos proporcionou não apenas observar, como principalmente conviver, conversar e, sobretudo, ouvir profissionais de saúde e integrantes da comunidade acerca de suas lembranças, perspectivas e pontos de vistas.

Resultados: No primeiro artigo os resultados demonstraram que a maioria dos idosos quilombolas vivem em precária situação socioeconômica, sanitária e de saúde, entre eles a prevalência de multimorbidades foi elevada. No segundo artigo observa-se que as condições e o processo de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores das Estratégias de Saúde da Família (ESF), revelaram as dificuldades na produção e na continuidade da oferta do serviço de saúde. Percebemos que a assistência aos idosos estava centrada nas questões nosológicas. Eram quase inexistentes as ações no sentido de estabelecer o diálogo entre os profissionais de saúde e os idosos praticantes dos saberes populares.

Conclusão: Os resultados indicaram a necessidade de ações efetivas que consigam diminuir essas desigualdades e fragilidades que comprometem o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos. A falta de atenção à saúde dos idosos quilombolas, as condições e o processo de trabalho a que estão submetidos os

trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) têm dificultado a produção e continuidade da oferta do serviço de saúde. Além disso, há tímidas ações no sentido de estabelecer um diálogo entre as práticas e profissionais de saúde com os especialistas de cuidados fundados no saber popular.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Idoso. Saúde da População Negra. Grupo com Ancestrais do Continente Africano. Processo de trabalho. Condições Sociais.

COSTA, Andréa Suzana Vieira, **Quilombola elderly**: social conditions and care practices in primary care, in the municipality of Maranhão Baixada, Thesis (Doctorate in Collective Health) - Graduate Program in Collective Health, Federal University of Maranhão, São Luís, MA, Brazil.

ABSTRACT

Introduction: Brazil has a rapid aging process of its population. However, this occurs in conditions of socioeconomic and regional inequalities and with high health needs. One of the great challenges of this scenario is to ensure health care for elderly people living in remote areas, such as quilombola communities. These communities are in almost every state in Brazil, with Maranhão being the second with the largest number of them. **Objectives:** To analyze the social conditions and care practices of Primary Care, focused on the health of the elderly. The focus of the study was the quilombola communities of a municipality in Baixada Maranhense. **Methods:** The survey began at the end of the first half of 2018, with meetings with municipal managers, professionals from the Family Health teams and leaders of quilombola communities. Our objective is to present the project and align the research dynamics, collection schedule and feedback to the elderly and communities. The study was carried out in 11 remaining quilombola communities in the municipality of Bequimão - MA. These communities are officially recognized by the Palmares Cultural Foundation and by the Ministry of Culture in § 4 of art. 3 of Decree No. 4.887, of November 20, 2003. Thus, the communities of Aripipá, Suassuí, Siberia, Pericumã, Juraraitá, Mafra, Santa Rita, Conceição, Ramal do Quidiua, Rio Grande and Marajá were included in the research. 212 elderly people were counted in this research. The communities with the highest number of elderly people were: Aripipá (43), Ramal do Quindiuá (34), Rio Grande (29), Pericumã (21), Santa Rita (21), Juraraitá (20) and Marajá (20). And those with the smallest number of elderly people are the quilombola communities of Conceição (8), Mafra (8), Siberia (4) and Sassui (4). In this study, a quantitative and qualitative approach was carried out in certified quilombola communities in the municipality of Bequimão, MA. In the quantitative approach, the number of elderly people aged 60 years or more, according to the list provided by the Community Health Agents (CHA) of each quilombola community, totaled 212 individuals. This study evaluated only 208 elderly people, due to refusals and difficulties in meeting such subjects in two attempts carried out on different dates. For data collection, the project's general questionnaire was used, which was based on the 2013 National Health Survey (PNS) questionnaire. After collecting the information, they were

plotted and the data was analyzed using the *Stata*[®] version 14 program (StataCorp LP, College Station Texas, United States). The absolute and relative frequencies of the study variables were estimated. The prevalence of reported morbidities and multimorbidities (≥ 2 and ≥ 3 chronic diseases), controlled by sex and age, were presented. Fisher's Exact Test or Chi-square test was performed, and the differences considered statistically significant when $p \leq 0.05$. The guiding problem of the qualitative research involved the following questions: How have care practices in Primary Care acted with users, specifically in the health of the elderly? What kind of traditional health practices exist in quilombola communities? Do Family Health Strategy professionals establish any dialogue with traditional health practices? Therefore, to understand these issues we use the ethnographic method. In addition to the bibliographic survey, the field work was carried out using the technique of participant observation, which was recorded in a field diary. We started by mapping the communities covered by these teams and the BHU of reference for serving the general population and the elderly. Each community studied, as well as other popular health practices existing in the localities, were evaluated. Soon after, visits to monitor the Family Health teams were scheduled within a monthly schedule prepared by the team. The visits to BHU in Areal, Quindiu and Santana were made in July 2019. We went to BHU de Conceição at the end of August. The field work included visits to the communities to monitor the SF teams, aiming to experience the daily life of the community. This allowed us not only to observe, but mainly to socialize, talk and, above all, listen to health professionals and community members about their memories, perspectives, and points of view. **Results:** In the first article, the results showed that most of the elderly quilombolas live in a precarious socioeconomic, sanitary and health situation, among them the prevalence of multimorbidities was high. In the second article, it is observed that the conditions and the work process to which the workers of the Family Health Strategies (FHS) are submitted revealed the difficulties in the production and continuity of the health service offer. We realized that care for the elderly was centered on nosological issues. Actions to establish dialogue between health professionals and elderly practitioners of popular knowledge were almost non-existent. **Conclusion:** The results indicate the need for effective actions that manage to reduce these inequalities and weaknesses that compromise the well-being and quality of life of the elderly. The lack of health care for the elderly quilombolas, the conditions and the work process to which the workers of the Family Health Strategy (FHE) are subjected have hindered the production and continuity of the health service offer. In addition, there are timid actions to establish a dialogue between practices and health professionals with care specialists based on popular knowledge.

Keywords: Primary Health Care. Elderly. Health of the Black Population. Group with Ancestors from the African Continent. Work process. Social Conditions.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	17
1 INTRODUÇÃO.....	20
2 JUSTIFICATIVA.....	25
3 OBJETIVOS.....	27
3.1 Geral.....	27
3.2 Específicos.....	27
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
4.1 Território e Territorialidade.....	28
4.1.1 <i>Território e Territorialidade: aspectos conceituais</i>	28
4.1.2 <i>Território e Saúde</i>	32
4.1.3 <i>Territórios e Comunidades Quilombolas</i>	35
4.2 Quilombos Brasileiros: conceitos e normativas.....	40
4.2.1 <i>Quilombos Maranhenses</i>	45
4.2.2 <i>Militâncias e Lutas Quilombolas no Maranhão</i>	47
4.3 Processo de Envelhecimento.....	49
4.3.1 <i>Processo de Envelhecimento nas Comunidades Quilombolas</i>	52
4.4 Atenção Primária de Saúde: sistema de atenção à saúde quilombola e o processo de trabalho 55	
4.4.1 <i>Modelo de Atenção à Saúde do Brasil</i>	55
4.4.2 <i>Sistema de Atenção à Saúde Quilombola</i>	60
4.4.3 <i>Processo de Trabalho na Atenção Primária de Saúde</i>	65
5 MATERIAL E MÉTODOS.....	69
5.1 Situando as comunidades de Bequimão - MA: conhecendo a localização.....	70
5.2 Tecendo o caminho para o campo de estudo.....	72
5.3 Fase 1 - Abordagem Quantitativa.....	72
5.4 Fase 2 - Abordagem Qualitativa.....	75
5.4.1 <i>Elementos Norteadores para a Pesquisa: problema, objetivos e metodologia</i>	75
5.5 Aspectos éticos.....	80
6 RESULTADOS.....	82
6.1 Artigo 1.....	82
6.2 Artigo 2.....	92
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119

REFERÊNCIAS	119
APÊNDICE A.....	140
APÊNDICE B.....	141
APÊNDICE C.....	143
APÊNDICE D.....	144
ANEXO A	149
ANEXO B.....	163
ANEXO C.....	164

APRESENTAÇÃO

A presente Tese materializa um pouco das minhas inquietações que iniciaram ainda na minha infância, quando minha avó, uma mulher negra, falava dos seus antepassados, que um dia foram escravos e das dificuldades que os negros ainda enfrentam após a abolição, principalmente no que concerne à garantia dos seus direitos sociais. A minha avó falava do sonho dela: *ser uma juíza*. Mas, suas condições de vida não lhe possibilitaram essa oportunidade.

O tempo passou e ingressei no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, onde tive a oportunidade de participar de projetos de extensão, voltados para populações vulneráveis. Posteriormente, defendi meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), intitulado “*Condições de Vida Apresentada pelos Palafitados da Alemanha, Periferia de São Luís - MA*”, que trouxe um perfil da população e a realidade dura sobre as condições de vidas, principalmente da população negra, que era maioria naquele local.

Após conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, iniciei a carreira como Enfermeira, trabalhando em municípios do interior do Estado do Maranhão, participando da gestão e da assistência em equipe do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e depois PSF (Programa da Saúde da Família), visitando e trabalhando nas comunidades da zona rural conhecendo a realidade de cada população.

Trabalhando no município de Turiaçu - MA, no Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), tive a oportunidade de conhecer e trabalhar por um curto espaço de tempo na Comunidade Quilombola Jamary dos Pretos, lugar de difícil acesso. Para chegar nessa comunidade era necessário fazer uso de motocicleta ou carro tracionado, principalmente no período chuvoso. Isso dificultava a população ter acesso aos serviços de saúde que eram oferecidos na sede do município, nos municípios vizinhos e na capital maranhense. E o acesso da equipe do PACS que era composta por um enfermeiro, um técnico de enfermagem e o ACS, as visitas tinham um intervalo muito prolongado, ocorrendo de 3 a 4 vezes no ano. Essa situação me fez pensar e questionar: como aquela comunidade resolvia os problemas de saúde, diante do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), que não dava conta dessa demanda e com as dificuldades de acesso?

Em 2002, fiz o seletivo da Estratégia de Saúde da Família para São Luís, aproveitei a oportunidade para retomar os estudos, iniciei a especialização da Saúde da Família. Em 2007, passei no concurso da Prefeitura Municipal de Saúde. No mestrado tinha a intenção de estudar sobre raça/cor, mas no Mestrado que tinha ingressado não tinha essa linha de pesquisa. Como

já fazia parte de uma pesquisa em Saúde do Maranhão, fui orientada a trabalhar com adolescentes. Mesmo trabalhando outra temática no mestrado, não tinha desistido da pesquisa com raça/ cor.

Assim, os questionamentos e as situações vivenciadas no passado me impulsionaram na escolha da temática para estudar no Doutorado. No início, pensei em elaborar um projeto sobre práticas tradicionais de saúde, mas, finalizando o primeiro ano do Doutorado, recebi o convite para participar do Projeto “*Condições de Vida e Saúde dos Idosos Quilombolas de uma Cidade da Baixada Maranhense*”. Como tal proposta não incluía objetivo relacionado à compreensão das práticas tradicionais do cuidado em saúde e, como não havia uma metodologia com a abordagem qualitativa, sugeri ao coordenador do projeto colocar uma emenda junto ao Comitê de Ética em Pesquisa para inserir novos objetivos e a proposta de metodologia qualitativa. Essas alterações foram aprovadas em 29 de janeiro de 2018.

Portanto, a proposta para ingressar no projeto que buscava trabalhar com a temática (condições de vida, saúde, desigualdades e raça) foi muito importante, porque era um assunto que já tinha interesse de pesquisar e compreender melhor. A academia possibilitou embasamento teórico, apropriação de conceitos e demais referenciais abstratos que funcionam como instrumentos, que permitiu uma análise da aproximação da realidade. Paralelamente, como profissional de saúde trabalhando na atenção primária e nas equipes da Saúde na Família na zona rural, experimentei o desafio de viabilizar no cotidiano as formulações presentes em programas e políticas de saúde.

Nesse alinhamento, a presente Tese foi dividida em quatro sessões. Iniciamos com abordagem geral sobre o envelhecimento.

Na primeira parte, buscamos ponderar sobre território e territorialidade- aspectos conceituais, territórios e saúde, territórios negros. Pensando o Território que se vincula à categoria poder, porém não apenas ao poder no sentido concreto de dominação (poder político), mas também ao poder simbólico, ligado à apropriação de determinados grupos acerca de seu espaço de vivência, de trocas materiais, espirituais e de saberes, incluindo sua identidade, como forma de resistência.

No segundo momento, discutimos sobre os Quilombos Brasileiros: conceitos e normativas (Quilombos Maranhenses, Militâncias e Lutas Quilombolas no Maranhão), suas lutas e resistências vivenciadas no passado. Na atualidade, como são abordadas as lutas pelo reconhecimento e direito a posse de terra, garantido na Constituição Federal de 1988, bem como uma reflexão sobre como os quilombos Maranhense estão organizados, suas lutas por posse de terra, os conflitos e atuação dos movimentos sociais ao longo dos anos.

Nessa terceira sessão, debatemos sobre o processo do envelhecimento, como vem se caracterizando como um fenômeno que ganha cada vez mais expressão no cenário mundial, e que não é diferente no panorama nacional. Além disso, foi importante ampliar essa discussão para o envelhecimento nas comunidades quilombolas. Sabendo que o crescimento da população idosa tem gerado novas demandas para os sistemas de saúde públicos e privados em todo o mundo, e no Brasil essa realidade não é diferente.

Na última sessão abordamos o modelo de atenção à saúde no Brasil, que tem como porta de entrada a Atenção Primária de Saúde, e neste contexto buscamos desvelar o sistema de atenção à saúde quilombola e o processo de trabalho na ESF.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global e representa um grande desafio político nos países em que a longevidade é alta em comparação à população jovem. A população que está em processo de envelhecimento aumentará mais rápido, que qualquer outro segmento da população global até 2050 (FALLER, 2013).

No Brasil, o crescimento da população idosa, definida como aquela a partir dos 60 anos de idade, tem gerado grandes mudanças no perfil de saúde, socioeconômico e epidemiológico do país (KÜCHEMANN, 2012; SOUSA, 2018). Tais mudanças requerem que o poder público encontre os meios para: incorporar os idosos em nossa sociedade (VERAS, 2018), avançar no campo da saúde e da tecnologia e investir em ações de prevenção ao longo de todo curso de vida. Dessa forma, contribuindo para uma melhor qualidade de vida nessa fase e o envelhecimento saudável (MIRANDA, 2016).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) de 2018 (IBGE, 2019), aponta que a população de 60 a 64 anos correspondeu a 4,9% da parcela de pessoas; com 65 anos ou mais de idade representou 10,5% da população. Assim, o grupo das pessoas de 60 anos ou mais de idade, que representava 12,8% da população residente total em 2012, passou para 15,4% em 2018 (IBGE, 2018), com estimativa de atingir o percentual de 29,8% em 2050 (64 milhões) (IBGE, 2010). A população de ≥ 60 anos de idade tinha as maiores concentrações no Sudeste (17,1%) e no Sul (17,4%), já na região Nordeste a população idosa corresponde a 14,8% (IBGE, 2019).

No estado do Maranhão, em 1940, os idosos eram 4,1%, saltando para 7,2% em 2000 e para 7,4% em 2010 (IBGE, 2010). No estudo realizado com dados dos censos demográficos nacionais de 1950 – 2010, no conjunto das 9.191 famílias que habitavam as 169 comunidades quilombolas apontam que o Índice de Envelhecimento quadruplicou no período de 10,3% (1950) para 44,8% (2010) (BRANDÃO, 2018).

Ressalta-se que cada região do país tem suas especificidades e realidades diferentes, como exemplo as regiões Norte e Nordeste, que vivenciam um cenário de acentuada desigualdade social, pobreza, fragilidade das instituições e insuficiência de recursos, na qual o envelhecimento se torna mais desafiador.

Portanto, chegar a velhice é importante, desde que se consiga adicionar qualidade vida ao alongamento da idade. (VERAS, 2018). No entanto, apesar do Estado prover alguns serviços básicos de saúde para a população da terceira idade, a cobertura dos serviços ainda é insuficiente, sobretudo, em se tratando de serviços e alojamentos para cuidados de longa

duração, serviços de atenção integral, como, por exemplo, residências ou centros de recreação, são poucos e restritos a setores de nível socioeconômico mais altos, capazes de custear tais serviços. Neste âmbito, a participação do Estado brasileiro é apenas pontual e com reduzidas responsabilidades, quando comparadas às responsabilidades das famílias (KÜCHEMANN, 2012).

Miranda et al. (2016), demonstra em seu estudo que a presença crescente de pessoas idosas na sociedade, impõe o desafio de inserir o tema do envelhecimento populacional na formulação das políticas públicas e de implementar ações de prevenção e cuidado direcionados às suas necessidades, subsidiando a organização de uma rede com capacidade para ofertar serviços e ações no âmbito da proteção social (MIRANDA et al., 2016).

Tal provocação impetrada pela sociedade dá-se pelo aumento da demanda dos serviços de saúde. Além disso, estudos mostram que as internações hospitalares em idosos têm sido mais frequentes e com um tempo de ocupação do leito maior, quando comparado a faixas etárias mais jovens, dado o padrão das doenças crônicas e múltiplas, que exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos (CRUZ, 2010; GOTTLIEB, 2011; MIRANDA et al., 2016; VERA, 2019).

Assim, a especificidade e a heterogeneidade nos processos de envelhecer devem ser consideradas, a partir dos determinantes sociais da saúde, nos seus mais diferentes aspectos, considerando ainda as diferenças de gênero e raça, buscando a equidade e resolutividade do cuidado a ser ofertado. Para isso, as especificidades e singularidades da população idosa com suas novas demandas de cuidado devem ser priorizadas na organização e oferta de serviços (BRASIL, 2014a).

Isso tem sido um desafio à Saúde Pública quando se considera a dificuldade de adequação dos dispositivos de saúde frente a esta nova demanda, seja em seus aspectos estruturais e tecnológicos, seja com relação à formação de profissionais qualificados para trabalhar com idosos. Esta questão se torna ainda mais premente quando se pensa na situação dos idosos quilombolas.

Conforme Marques et al. (2013), no âmbito das políticas públicas, determinados grupos sociais têm sido priorizados em detrimento de outros, de modo que a população idosa e negra, principalmente a que reside com comunidades quilombolas, vem sendo excluída do seu direito à saúde (MARQUES, 2013).

Atualmente, os quilombos não se referem necessariamente à ocupação realizada em determinado período histórico ou à comprovação biológica da descendência, mas, envolve a participação de grupos étnico-raciais, segundo o critério de auto atribuição, com relações

territoriais específicas e com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica (SANTOS, 2010; SANTOS, 2014). Esse novo conceito de quilombo representa um avanço na discussão sobre essas comunidades, porque admite a diversidade de formação desses agrupamentos, tanto durante o período de escravidão como após a abolição (SANTOS, 2014).

Essas comunidades, geralmente, se localizam em áreas rurais e remotas apresentando um relativo grau de isolamento geográfico, desigualdades sociais e de saúde (SILVA, 2010). Desprovidos de assistência à saúde e diante de um sistema de saúde pública com vários problemas estruturais, as comunidades remanescentes de quilombolas ainda enfrentam dificuldades ao acesso aos serviços de saúde (ALMEIDA, 2019; SARDINHA, 2019; PEREIRA, 2020). Tal demanda atinge também os idosos, no que diz respeito, ao atendimento de suas especificidades, o cuidado domiciliar, demora na marcação das consultas e exames, falta dos medicamentos e as ações de prevenção e promoção da saúde (BEZERRA, 2016; LOPES, 2019).

Além disso, a falta de melhorias no saneamento, condições de moradia, acesso a meios de comunicação mais ágeis; menores filas de espera para atendimento; reforma e/ou construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ampliação das Equipes de Saúde da Família (eSF) (GOMES, 2013; OLIVEIRA, 2015; BEZERRA, 2016). Tal situação, pode afetar a saúde dos remanescentes de quilombos, aumentando a demanda nos serviços hospitalares e os agravos das doenças.

Destaca-se que o Estado do Maranhão apresenta a quarta maior proporção de população negra do país (soma das populações pretas e pardas). São 71,8%, da população total, sendo superada apenas pelos Estados do Pará (71,9%), Piauí (72,3%) e Bahia (73,2%) (IBGE, 2010).

As comunidades remanescentes de quilombos no Brasil localizam-se em 24 estados da federação, sendo a maior parte nos estados do Maranhão, Bahia, Pará e Minas Gerais e Pernambuco. Os únicos estados que não registram ocorrências destas comunidades são o Acre e Roraima, além do Distrito Federal (BRASIL, 2020).

O Maranhão é um dos estados que possui o maior número de quilombos no país, com cerca de 1.457 comunidades remanescentes de quilombos, distribuídas nas 18 regiões maranhenses (94,7%), em 88 municípios (40,5%). Essas comunidades estão concentradas especialmente na Baixada Maranhense e nos Vales do Itapecuru e do Mearim (BRASIL, 2020; MARANHÃO, 2020).

O Programa Brasil Quilombola (PBQ) foi criado em março de 2004, como uma política de Estado para garantir direitos às comunidades quilombolas, objetivando melhorar as condições de vida desse grupo. O PBQ coletou informações de 64 mil famílias quilombolas do Cadastro Único de Programas Sociais, em janeiro de 2013, constando que: 79,8% das famílias quilombolas são beneficiárias do Programa Bolsa Família; 74,7,6% das famílias quilombolas estão em situação de pobreza; 92,0%, autodeclaram-se pretos ou pardos e; 24,8% não sabem ler. Quanto à situação dos domicílios quilombolas, estes possuem em média de 4,3 cômodos; 48,7% possuem piso de terra batida; 55,21% não têm água canalizada; 33,06% não possuem banheiro ou sanitário; 54,07% não possuem saneamento adequado (15,07% possuem esgoto a céu aberto e 39%, fossa rudimentar); 57,98% queimam ou enterram o lixo no território; apenas 21,19% possuem coleta adequada e; 79,29% possuem energia elétrica (BRASIL, 2013).

As populações quilombolas caracterizam-se por: residirem em áreas rurais, possuírem baixo nível de escolaridade, cor de pele negra e viverem em condições precárias. Nota-se que no Brasil os negros (pretos e pardos) têm ocupado espaços sociais diferentes em relação aos brancos, isso tem refletido nos indicadores sociais e de saúde: negros possuem os piores indicadores de escolaridade, estão inseridos nos piores postos de trabalho, têm menos acesso a bens, a serviços sociais e de saúde. Estas desigualdades pressupõe a apropriação ou usurpação privada de bens, isolamento espacial e social e restrições à participação política (BATISTA et al., 2013; SILVA, 2018).

Mesmo com a implantação de políticas públicas específicas para população negra, formulação de programas e ações em diversas áreas como: educação, saúde, mercado de trabalho e remanescentes de quilombos, como estratégia de combate às desigualdades raciais sofrida por ao longo dos anos (LIMA, 2010). Ainda não se percebe os efeitos significativos destas políticas a este grupo populacional. Estudos demonstram que na ausência das políticas públicas nas comunidades quilombolas, alguns idosos recorrem a família, à natureza, à fé e à religiosidade como a única garantia de sobrevivência (TAKAHASHI, 2015; LOPES, 2019).

As comunidades remanescentes de quilombos preservam e praticam culturas e conhecimentos que foram trazidos e passados pelos seus ancestrais. Os mais velhos que são os detentores do conhecimento, repassam os saberes tradicionais para os mais jovens, de como cuidar da lavoura, do manejo com os animais, preparar os alimentos típicos, as rezas, as benzeduras, a manipulação das ervas medicinais (SALES et al., 2009; LANGDON, 2010; LOPES, 2019). Esses conhecimentos incorporam uma diversidade cultural com diferentes sentidos e significados. Entretanto, as práticas tradicionais realizadas para obtenção da saúde, ainda é marcada pela intolerância e preconceito uma grande parte da sociedade e dos

profissionais da saúde na medida em que estas práticas são postas diante do saber científico (FREITAS, 2011; LIMA, 2016; LOPES, 2019).

Neste contexto, é importante que os profissionais de saúde conheçam as especificidades das comunidades remanescentes de quilombos e as formas como vêm construindo suas representações de mundo, as quais interferem, diretamente, nas práticas relacionadas à saúde. Desta forma, é possível contribuir com os gestores na implementação de políticas públicas sociais e de saúde, considerando a pluralidade de crenças no vasto território brasileiro (FREITAS, 2011; LIMA, 2016; SILVA, 2016).

2 JUSTIFICATIVA

As conjunturas que envolvem as desigualdades étnicas raciais em saúde precisam ser mais discutidas no Brasil. Entre elas, as condições de vulnerabilidade vivenciadas pela população idosa e negra residente em comunidades remanescentes de quilombos, principalmente, quando se refere aos problemas socioeconômicos, ambientais e a dificuldade de acesso aos serviços e ações de saúde pública. São poucos os estudos abordando a temática do envelhecimento quilombola, e boa parte desses estudos apontam a falta de políticas públicas, ações e intervenções relacionados a saúde dos idosos quilombolas (LOPES, 2019). A relevância do estudo incide em (re)conhecer, com mais consistência, o universo das condições socioambientais, sanitárias e de saúde dos idosos das comunidades remanescentes de quilombos da região da Baixada Maranhense. Além disso, pretende-se compreender o processo de trabalho dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), no que diz respeito à saúde dos idosos e a existência (ou não) de diálogo com as práticas tradicionais de saúde.

Neste contexto, o presente estudo se justifica pela possibilidade de levantar dados, ainda escassos na literatura científica, sobre os aspectos socioeconômicos, ambientais, culturais e a organização dos serviços de saúde, nas comunidades remanescentes de quilombos, localizadas na região da Baixada Maranhense. Busca-se compreender o processo de saúde doença na perspectiva cultural local e suas inter-relações com o modelo biomédico, que configura em conformidade com os princípios doutrinários e administrativos do Sistema Único de Saúde (SUS).

A população de comunidades remanescentes de quilombos utiliza práticas de cuidados tradicionais de saúde, como recurso terapêutico em diversas enfermidades. Analisar esse grupo populacional a partir de sua relação com a saúde e a doença, compreendendo a interação do saber cultural com o saber biomédico, representa uma possibilidade de compreender um diálogo entre sistemas simbólicos distintos.

O pertencimento a grupos sociais excluídos, como os quilombolas, gera sofrimentos e sentimentos de inferioridade e discriminação, contribuindo negativamente para a saúde e a qualidade de vida, em geral (VIEIRA, 2013; DURAND, 2019). Por isso, cabe ao Estado a garantia do direito à saúde de toda população, por meio de políticas públicas que visam atender as especificidades de cada segmento populacional em todo o seu ciclo de vida e as reivindicações dos movimentos sociais.

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) tem como propósito garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito

humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos, além do desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo.

Em um enfoque regional, destacamos que o nordeste brasileiro, em especial, o Estado do Maranhão, está longe de atingir as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, apresentando os piores indicadores de saúde quando direcionados para a população remanescente de quilombo.

Nessa perspectiva, a questão central e secundária da pesquisa são: Como se caracterizam as condições socioambientais e de saúde dos idosos das comunidades remanescentes de quilombos do Estado do Maranhão, sobretudo na região denominada Baixada Maranhense? Como o universo das práticas de cuidados na Atenção Primária lida com a saúde dos idosos e como os profissionais de saúde dialogam com as práticas de cuidados tradicionais existentes nas comunidades quilombolas em análise?

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar as condições sociais e as práticas de cuidados da Atenção Primária em Saúde, voltadas para a saúde dos idosos em comunidades remanescentes de quilombos de um município da Baixada Maranhense.

3.2 Específicos

Caracterizar as condições socioambientais, sanitárias e de saúde dos idosos;

Compreender o processo de trabalho dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), no que diz respeito à saúde dos idosos, e a existência (ou não) de diálogo com as práticas de tradicionais de saúde.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção serão abordadas as diferentes concepções de sentidos produzidos sobre as categorias “*território*” e “*territorialidade*” ao longo de um processo histórico, social, cultural e político no Brasil. Pretende-se ampliar o debate sobre a formação dos quilombos no Brasil e no Maranhão, também denominado de “*terras de preto*”, num cenário marcado por tensões, resistência e de lutas em busca da liberdade, protagonizados pelo povo africanos e seus descendentes.

Destaca-se também, a reflexão sobre o processo de envelhecimento e as condições de saúde da população residente nas comunidades remanescentes de quilombos, com ênfase no conceito holístico de saúde.

Nessa perspectiva, será realizado um exercício de problematização sobre a Atenção Primária de Saúde (APS), denominada de Atenção Básica no Brasil e que tem a ESF como a principal porta de entrada dos usuários no SUS e seguiremos destacando as principais políticas públicas de atenção à saúde quilombola.

Ao final desta pesquisa não pretendemos esgotar o debate, mas provocar questionamentos que poderão ensejar novos estudos e novas reflexões acerca da temática abordada.

4.1 Território e Territorialidade

4.1.1 Território e Territorialidade: aspectos conceituais

A partir da análise de diferentes teóricos que discutem os conceitos de territórios e de territorialização, constatou-se que os debates, vão além da análise geográfica, embora o território seja um conceito central da Geografia, por referir-se as especificidades humanas, é também investigado nas outras ciências (HAESBAERT, 2004; ARRUTI; 2005; FIABANI, 2005).

Partindo deste entendimento, o território na Ciência Política é entendido a partir das relações de poder, relacionadas ao Estado. Na Economia, como uma fonte de recursos. Na Antropologia, destaca-se sua dimensão simbólica, no estudo, sobretudo, das sociedades tradicionais. Na Sociologia, o seu papel de interventor nas relações sociais. E, na Psicologia o seu caráter subjetivo e pessoal, em uma escala individual, refletindo a identidade do sujeito (HAESBAERT, 2004).

Para Braga (2010) território pode ser definido como uma dimensão espacial que se revela em processos de dominação mais concretos, tanto pela produção material quanto em termos jurídico-políticos. Entende-se também, como um “*espaço das relações de poder*”, onde as relações sociais são projetadas no espaço (BRAGA, 2010).

O conceito de território vincula-se à categoria poder, porém não apenas ao poder no sentido concreto de dominação (poder político), mas também ao poder simbólico, ligado à apropriação de determinados grupos para com seu espaço de vivência (HAESBAERT, 2007).

Desta forma, Haesbaert (2007), apresenta três aspectos para o conceito de território: a) Materialista (território é recurso natural, distância física ou no limite um abrigo); b) Idealista (associando território e cultura, campo do simbólico e dos poderes invisíveis) e; c) um enfoque Integrador entre as diferentes dimensões sociais naturalista/biológica, as relações de poder (estado-nação moderno) e a dimensão econômica.

Milton Santos (2007) ao definir o território traz reflexões sobre a intersecção entre a natureza e cultura:

O território não é apenas um conjunto de sistemas naturais e de sistema de coisas superpostas. O território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida. (SANTOS, 2007. p 14).

Ressalta-se que o território surge na tradicional Geografia Política, como o espaço concreto em si (com seus atributos naturais e socialmente construídos), que é apropriado, ocupado por um grupo social (FUINI, 2017). Outro autor, enfatiza que, o caráter político do território está vinculado diretamente a relações de poder, sobretudo estatais (OLIVEIRA, 2017).

Souza (2013) adverte que o território não deve ser analisado, somente na dimensão política, mas também em outras facetas da vida social. Como na leitura econômica de território, em que ele é entendido como um recurso econômico, e ainda, a perspectiva cultural, na qual o território é visto como produto da apropriação simbólica, que um determinado grupo faz de um espaço (HAESBAERT, 2004; SOUZA, 2013). Nesta perspectiva o conceito de território possui várias escalas de entendimento, seja no território dos movimentos sociais, quilombola, indígena, do tráfico de drogas ou da prostituição, seja na formação do território do Estado-Nação (SOUZA, 1995).

Portanto, pode-se afirmar que a análise do contexto histórico dos grupos quilombolas, para entendimento de sua dinâmica territorial passada e atual, é imprescindível, uma vez os elementos, que influenciam nas relações estabelecidas com esses grupos com o território, a construção social do território, é marcada também pela historicidade (OLIVEIRA, 2017). Nessa mesma perspectiva, também se afirma que o território é uma construção social, coletiva e multidimensional.

Segundo Souza (1995), o território pode ser entendido como um campo de forças, uma teia ou rede de relações sociais, com sua complexidade, limite e alteridade: a diferença entre os grupos, os membros da coletividade. Essa concepção fortalece os grupos que integram esses espaços, em busca de reconhecimento, políticas e direitos sociais.

Para Little (2004), um território surge diretamente das condutas de territorialidade de um grupo social, isso implica que qualquer território é um produto histórico de processos sociais e políticos. E que para analisar o território de qualquer grupo, precisa-se de uma abordagem histórica que trate do contexto específico em que surgiu e dos contextos em que foi defendido e/ou reafirmado.

Fernandes (2009), considera a multidimensionalidade como um princípio do conceito de território que ajuda a entender a ideia de totalidade, uma vez que esta se expressa pelas múltiplas dimensões do território e é composta por relações sociais, econômicas, políticas, ambientais e culturais. Ele sintetiza o caráter multidimensional de sua perspectiva admitindo a existência de territórios materiais. Todavia, em uma perspectiva mais ampla, a dimensão imaterial envolve os sistemas de valores e de representações (inclusive aquelas construídas pelo conhecimento científico).

O INCRA (Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária) discorre sobre a visão institucional a respeito dos territórios quilombolas:

[...] É o território que se constitui no elemento mais importante na análise do grupo étnico camponês, do seu modo de vida e de sua identidade. Nessa perspectiva, o território e o grupo são considerados o todo, enquanto as pessoas, as regras, as práticas, os valores e as ideias vinculadas a tal grupo são considerados suas partes constituintes. (INCRA, 2017, p. 7-8).

Entretanto, a definição de territorialidades apresenta diversas facetas e o termo exhibe característica polissêmica como a definição de território. Isso posto, a territorialidade pode ser definida como o esforço coletivo de um grupo social para ocupar, usar, controlar e se identificar com uma parcela específica de seu ambiente biofísico, convertendo-a assim em seu “*território*” (LITTLE, 2004).

Nesse alinhamento, podemos também considerar a territorialidade como a maneira que um determinado grupo social se apropria, vivencia e experimenta o espaço-território. Raffestin (1993), ressalta que a territorialidade deve ser vista como multidimensional e inerente à vida em sociedade. Senão vejamos:

[...] A territorialidade assume um valor bem particular, pois reflete o multidimensionamento do vivido territorial pelos membros de uma coletividade, pela sociedade em geral. Os homens vivem ao mesmo tempo, o processo territorial por intermédio de um sistema de relações existenciais e/ou produtivistas (RAFFESTIN, 1993, p. 158).

Assim, o próprio território ganha uma identidade, não em si mesma, mas na coletividade que nele vive e o produz, sempre em processo dinâmico, flexível e contraditório, por isso dialético, recheado de possibilidades que só se realizam quando impressas e espacializadas no território (LACERDA, 2017).

Ainda no que concerne ao caráter relacional da territorialidade, Saquet destaca que:

A territorialidade é um fenômeno social que envolve indivíduos que fazem parte do mesmo grupo e de grupos distintos. Há continuidade e descontinuidade no tempo e no espaço; as territorialidades estão intimamente ligadas a cada lugar: elas dão-lhes identidade e são influenciadas pelas condições históricas e geográficas de cada lugar (SAQUET, 2009, p. 88).

Dessa forma, quando se fala em territorialidade, considera-se “os processos espaços temporais e territoriais inerentes a nossa vida na sociedade e na natureza” (SAQUET, 2009, p. 85). Logo, a territorialidade significa o conjunto daquilo que se vive no cotidiano, como as relações de trabalho, família, a dimensão política, as relações econômicas e culturais, a forma como os grupos utilizam a terra, como se organizam no espaço e dão significado ao lugar (SAQUE, 2009; LACERDA 2017).

O fato de que um território surge diretamente das condutas de territorialidade de um grupo social implica que qualquer território é um produto histórico de processos sociais e políticos (LITTLE, 2004). A discussão sobre território e territorialidade para o grupo social em estudo é importante e bastante pertinente. Pois território, ou seja, a terra é o ponto de convergência da história da comunidade remanescentes de quilombos. Lembrando, que este grupo social que é caracterizado pelo sistema de uso comum da terra, base essencial para um modo de vida “norteado por valores”, processo de preservação de uma identidade étnica, a manutenção de práticas sociais e culturais singulares em um espaço próprio onde prevalece o uso coletivo de bens materiais e imateriais, preservado pela memória também coletiva.

Portanto, quando pensamos território e saúde, procuramos inserir esse espaço no âmbito da APS, buscando melhor entendimento do cuidado e das políticas desenvolvidas neste campo.

4.1.2 Território e Saúde

Segundo Milton Santos (1994), o território consiste em lugar com limites definidos onde as pessoas vivem, trabalham, circulam e se divertem. Dele fazem parte ambientes construídos e ambientes naturais. Tal categoria diz respeito ao uso do espaço, às relações de poder e trocas de informações, de experiências, dentre outras (SANTOS, 1994).

Nota-se a influência de Milton Santos no enfoque do território dado à análise dos problemas de saúde no Brasil, sobretudo nas ações de planejamento dos serviços de saúde do SUS, na implantação das redes de atenção e na definição dos limites territoriais de atuação das unidades da APS (FARIA, 2016).

Nas últimas décadas, o território de saúde como categoria de espaço vem sendo empregada no campo da saúde, dando suporte ao conceito de risco, em razão das inúmeras possibilidades de localizar e visualizar populações, objetos e fluxos, e de se espacializar a situação de saúde através da distribuição de indicadores socioeconômicos, sanitários e ambientais que revelam as condições de vida das pessoas (FARIA, 2019; GONDIM, 2008). Portanto, os espaços são conjuntos de territórios e lugares onde eventos acontecem concomitantemente, repercutindo de maneiras diferentes (GONDIM, 2008). O reconhecimento desse território é um importante aspecto para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde da comunidade (FARIA, 2019).

Para efeito do processo de produção de saúde na comunidade, o território deve ser analisado como um espaço vivo capaz de produzir saúde. Cada território tem suas particularidades, em conformidade com variados aspectos: história, demografia, cultura, política e epidemiologia. Estes se encontram em constante transformação, conseqüentemente, estando sujeitos a constante variabilidade de riscos e vulnerabilidades, características que reflete na gestão, política, tecnologia e sociedade (SUCUPIRA, 2003; JUSTO, 2017).

Nesse contexto, o SUS utiliza uma variedade de nomenclaturas e divisões territoriais para operacionalizar suas ações, quais sejam: o município, o distrito sanitário, a microárea, a área de abrangência de Unidades Básicas de Saúde (UBS), dentre outros. Tais classificações representam áreas de atuação de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político (GONDIM et al., 2008).

Diante disso, o território pode ser compreendido como um espaço geográfico único, organizado de forma descentralizada no âmbito do SUS e nele são executadas ações estratégicas de vigilância, prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2017). Os territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo socioeconômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, subsidiando elementos para melhor atuação da APS, quanto às necessidades da população adscrita e ou as populações específicas (SANTOS, 2010; FARIA, 2016; BRASIL, 2017).

Assim, o SUS tem se organizado sobre uma base territorial, o que significa que a distribuição dos serviços de saúde segue a uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, que devem ser coerentes com os níveis de complexidade das ações de atenção, atendendo as diretrizes estratégicas do SUS (Lei 8.080/90) que têm uma forte relação com a definição do território (SANTOS, 2010).

No campo da saúde pública brasileira, as práticas de saúde mais próximas ao cotidiano da vida das comunidades são aquelas vinculadas às atividades da APS, concretamente estabelecidas pela ESF (FARIA, 2016; SANTOS, 2010). A ESF foi proposta para reorientação do modelo assistencial, baseada no trabalho de equipes multiprofissionais em UBS e responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada (PEREIRA; BARCELLOS, 2006; SANTOS, 2010).

Desta forma, a ESF possui diferenças marcantes em relação ao modelo hegemônico médico-hospitalocêntrico, tais como: incorporação do conceito de saúde como qualidade de vida e defesa da prestação de serviços de saúde como um direito de cidadania; concentração das ações na coletividade, sem deixar de lado o indivíduo, centrando-se na atenção integral à saúde por meio de ações de promoção, proteção, cura e recuperação (PEREIRA; BARCELLOS, 2006; SANTOS, 2010).

Nesse alinhamento, cada Equipe de Saúde da Família (ESF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2017). Essa realidade tem sido vivenciada por comunidades quilombolas, o que tem dificultado ainda mais a presença das equipes de Saúde da Família e prestação dos serviços de qualidade nas comunidades.

Portanto, a territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF. Essa tarefa adquire, pelo menos, três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites

das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas e; de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (SANTOS, 2010).

Com a política governo federal quanto a redução dos gastos com a saúde e demais setores, a presença da ESF junto a grupos com vulnerabilidade social, pode sofrer mais prejuízos na sua operacionalização, dentre estes grupos ressaltamos, as comunidades remanescentes de quilombolos. No entanto, a maioria destas comunidades tem dificuldade em acessar as UBS, que estão implantadas em locais distantes, seja pela ausência de transportes, seja pela precariedade das estradas, seja por barreiras naturais como rios, encostas e matas (FRANCHI, 2018).

No Brasil há uma grande carência de recursos humanos na área da Saúde, principalmente no que se refere às áreas rurais e às populações social e economicamente mais vulnerabilizadas (CARVALHO, 2016; SILVA 2016; GARNELO, 2018). As populações rurais se distribuem de forma esparsa no território e que enfrentam limitações de acesso aos serviços de saúde (CARVALHO, 2016). Oliveira (2020) constatou a dificuldade das ESF em atenuar a rigidez de suas programações de modo a atender à demanda espontânea e a propiciar atendimento ou agendamento no mesmo dia de comparecimento à unidade para aqueles que vêm de longe (OLIVEIRA, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 50% da população mundial vivem em áreas rurais e remotas é atendida por 38% da força de trabalho de enfermagem e por menos de 25% da força de trabalho médico (WHO, 2010). A má distribuição espacial da força de trabalho em saúde representa um obstáculo à realização de cobertura universal de saúde sendo motivo de preocupações com a equidade, uma vez que afeta o acesso aos cuidados àqueles que apresentam eficiência alocativa, visto que os recursos não estão devidamente investidos nas áreas onde teriam maior impacto (DAL; POZ, 2013; CARVALHO, 2016; OLIVEIRA, 2020).

Além da dimensão geográfica, outros desafios dificultam o desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil, dentre eles são as desigualdades sociais e econômicas, culturais, educacionais e estruturais (CARVALHO, 2016; ALMEIDA, 2019). Em áreas rurais as desigualdades de acesso a cuidados primários de saúde ainda são maiores, por falta de medicamentos e exames, pelas limitações no retorno dos usuários para outros serviços e pela ausência de profissionais de saúde em algumas áreas remotas (ALMEIDA 2019; OLIVEIRA, 2020).

A questão cultural na área rural tem grande relevância, e isso pode ocasionar dificuldades para o desenvolvimento das ações de saúde que permeiam o cotidiano de trabalho das equipes que atuam neste cenário, pois alguns costumes concorrem com as prescrições contidas nos projetos terapêuticos singulares. Dessa forma, os trabalhadores de saúde que atuam na APS necessitam implementar estratégias que levem em consideração a compreensão sobre a maneira de pensar e agir dos indivíduos frente aos seus problemas e cuidados de saúde em favor da qualidade de vida (ALMEIDA 2019; OLIVEIRA, 2020).

A Atenção Primária considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (OLIVEIRA, 2020). Cabe destacar que os idosos da zona rural apresentam algumas peculiaridades culturais, sociais e étnicas.

Outras dificuldades apresentadas por alguns estudos, foi à falta de infraestrutura das unidades básicas de saúde, insuficiência de profissionais de saúde, qualificação profissional (MARQUI, 2010; ALMEIDA, 2019). Destacado também, a ausência de transporte para as visitas domiciliares, o que inviabiliza a adequada realização das atividades diárias, principalmente na zona rural. (MARQUI, 2010; GARNELO, 2018). Tais fatores limitam a oferta regular da Atenção Primária à Saúde (APS) nas comunidades quilombolas.

Apesar cobertura da APS no Brasil, com mais da metade da população assistida por equipes da ESF, ainda há diferenças no tocante ao acesso e à oferta de cuidados de saúde para populações rurais em que a ESF tem como desafio o enfrentamento de garantia da atenção integral (GARNELO, 2018; OLIVEIRA, 2020).

No entanto, é preciso compreender que essas lacunas ocasionadas pela falta de acesso aos serviços de saúde, podem agravar o processo de adoecimento. Para melhorar essa situação, é importante ações mais efetivas do poder público, entre elas a qualificação dos profissionais que atuarão nesses territórios, atendendo melhor as demandas dessas comunidades, levando em considerações as diversidades desses grupos populacionais e seus processos de produção e reprodução social, respeitando as características culturais, religiosas das comunidades.

4.1.3 Territórios e Comunidades Quilombolas

A história da territorialidade no Brasil encontra-se intimamente relacionada à expansão de fronteiras, que ocorre desde a época do Brasil colonial, quando a expropriação

territorial de grupos estrangeiros entrou em choque com a dos grupos nativos que aqui já habitavam. A forma de ocupação das terras em todo o Brasil se deu por meio da lógica da expulsão dos indígenas e da exploração da mão-de-obra compulsória dos indígenas e dos povos africanos e seus descendentes, escravizados, sendo sempre foi pautada por grandes conflitos e tensões (LEITE, 2008).

Quilombo consiste numa palavra originária dos povos de línguas *bantu* (*kilombo*, aportuguesado: quilombo). Sua presença e seu significado no Brasil têm a ver com alguns ramos desses povos *bantu*, cujos membros foram trazidos e escravizados nesta terra. Trata-se dos grupos *lunda*, *ovimbundu*, *mbundu*, *kongo*, *imbangala* etc., provenientes de territórios da África Central, mais especificamente, da área formada pela atual República Democrática do Congo (antigo Zaire) e Angola (MUGANGA, 1996).

A escravidão no Brasil iniciou-se por volta da década de 1530, quando os portugueses implantaram as bases para a colonização da América portuguesa. Tal processo deu-se, primeiramente, com a escravização dos indígenas, e, ao longo dos séculos XVI e XVII, essa foi sendo substituída pela escravização dos povos africanos, trazidos por meio do tráfico negreiro. Ao longo de mais de 300 anos de escravidão, a história ficou marcada por diferentes formas de resistência que incluíam, as fugas individuais e coletivas, as revoltas, a formação de quilombos (MARQUENSE, 2006).

Portanto, os quilombos representaram formas de resistência e luta contra a opressão vivenciada pelos afrodescendentes ao longo da história brasileira, tendo emergido diante de uma situação de confronto e conflito (CARVALHO, 2013; FURTADO, 2014; SILVA, 2014).

Segundo Silva (2015), os quilombos eram muitos e não se caracterizavam como unidades homogêneas, ou seja, variavam de lugar, tamanho, população, forma de organização, membros e exerceram um importante papel no complexo tecido social, o sistema brasileiro da escravidão. Geralmente os quilombos agregavam africanos de diferentes regiões e os nascidos no Brasil, constituindo-se de uma diversidade étnica e cultural grandiosa. Ressalta-se, que a experiência quilombola no Brasil, comportou além dos africanos e os seus descendentes nascidos aqui e em alguns casos a presença de índios e brancos.

Uma das características marcantes no processo de formação e sobrevivência dos territórios quilombolas, foi que os africanos e seus descendentes escravizados no Brasil fugiam para lugares isolados e/ou impenetráveis, formando resistências em áreas diminutas, entre outras ações, para possuírem o domínio do território. Essa distribuição espacial foi fundamental para a apropriação do território (LACERDA, 2017).

Portanto, a sobrevivência desses territórios durante séculos deve-se, em parte, à estratégia da invisibilidade, empregada pelo Estado, que só depois de muito tempo vai reconhecer sua existência. Portanto, a invisibilidade cria a marginalidade econômica e social dos distintos grupos sociais, que até hoje são pouco conhecidos e reconhecidos em sua importância. (LITTLE, 2004).

Assim, a invisibilidade representa outra dimensão essencial para a compreensão do contexto das comunidades quilombolas no período pós-abolição, haja vista que, no imaginário nacional, o conceito de quilombo teria desaparecido com a abolição da escravidão (ALMEIDA, 2011). Essa justificativa se daria pelo fato que os quilombos surgiram devido à resistência do sistema escravista, durante a sua vigência, não se justificando quando a lógica produtiva passou a ser outra (FURTADO, 2014).

O Estado brasileiro, ainda tem dificuldade em compreender e reconhecer o território como um bem coletivo, com a delimitação, demarcação e titulação das terras quilombolas. Mesmo com a instituição do Art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição brasileira, que estabelece o reconhecimento da propriedade definitiva da terra dos remanescentes de comunidades de quilombos, devendo o Estado emitir-lhe os títulos respectivos (SILVA, 2015). Esse fato não pressupõe sua rápida concretização e tem sido um desafio para comunidades quilombolas que buscam este reconhecimento ao longo dos anos.

Nesse sentido, o território das comunidades quilombolas é muito mais que um simples espaço de reprodução econômica e sobrevivência. É o “*chão*” das relações sociais, das representações do imaginário mitológico e religioso que guiam o saber e o fazer dessas populações sobre o meio físico em que habitam, incluindo as práticas de saúde. Em outras palavras, o território pode ser considerado como parte integrante dessas populações (MARETTI, 2001). O desafio dos quilombolas tem sido o reconhecimento de sua territorialidade, fator indispensável à segurança próprio território, enquanto suporte para a autodeterminação dos grupos.

Para Salomão (2014), as comunidades remanescentes de quilombos possuem o sentimento de etnicidade, afirmação identitária e de pertencimento do território. A identidade legítima um grupo no território de onde ele poderá retirar seus recursos, seja material ou simbólico. Assim, o território traz consigo signos, símbolos, objetos, coisas, paisagens, lugares, heranças e resistências. Nesse sentido, território vai além das questões geográficas, incluindo o conjunto de relações sociais, comportamentais e psicológicas que o indivíduo estabelece.

Os territórios de comunidades remanescentes de quilombos são muito mais que um espaço físico. Eles revelam uma forma de resistência e sobrevivência ao longo da história, são, portanto, espaços de ancestralidades, permeado de tradição, religiosidade, enfim, as múltiplas facetas culturais (SILVA, 2020). Nestes espaços de vida têm sido busca da igualdade, a visibilidade, a alteridade e o reconhecimento da cidadania, através das lutas e diálogos para a efetivação de políticas públicas que resultem em melhores condições de vida.

Leite (2008) ressalta que a territorialidade negra no Brasil foi, desde o início, engendrada pelas e nas situações de tensão e conflito. Essa constatação reintroduz, na atualidade, um debate sobre questões persistentes e que nos incitam a exercitar um olhar retrospectivo e comparativo, capaz de revelar, nitidamente, os aspectos constitutivos das situações com as quais nos defrontamos no presente. E é sob essa perspectiva que a territorialidade negra pode ser referida não a uma realidade equívoca e distante, mas se reportando a uma dimensão simbólica da identidade na qual os negros se organizaram como coletividade e articulações de grande complexidade.

Sendo assim, a territorialidade se apresenta no esforço coletivo de manter e ter definido o seu território e a terra a base de sua coletividade. À vista disso, os quilombolas, assim como outros grupos sociais, possuem identidades próprias e as manifestam de acordo com suas especificidades, necessidades e interesses, relacionados ao contexto vivenciado. Little (2004) descreve esses grupos sociais, da seguinte forma:

As múltiplas sociedades indígenas, cada uma delas com formas próprias de inter-relacionamento com seus respectivos ambientes geográficos, formam um dos núcleos mais importantes dessa diversidade, enquanto as centenas de remanescentes das comunidades dos quilombos, espalhadas por todo o território nacional, formam outro. (LITTLE, 2004, p. 351).

Para Almeida (2011), nessa diversidade de grupos sociais, inclui também as chamadas “*terras de preto*”, “*terras de santo*” e as “*terras de índio*”.

Carvalho (2013), destaca a necessidade de trabalhar o conceito de “*quilombo*” baseado no que ele é hoje, bem como, nas práticas de significação das comunidades quilombolas, que buscam a garantia do acesso à terra, o que nos remete à urgência de realizar o seu redimensionamento, ultrapassando o binômio fuga-resistência.

Arruti (2005), reforça a ideia de que os quilombos não se referem a resíduos, não são isolados, não têm uma origem em movimentos de rebeldia, que não se definem pelo número de membros e que não fazem uma apropriação individual da terra. Para os quilombolas, pensar

em território é considerar um pedaço de terra para usufruto coletivo, assegurando suas memórias, sua cultura e seus saberes.

Após um século e cinco meses da abolição formal da escravatura, a figura do quilombo vem sendo reintroduzida no repertório das disposições legais. A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988, consoante o Art. 68 do Ato das Disposições Transitórias, assevera o seguinte: “aos remanescentes das comunidades de quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos” (BRASIL, 1988, Art. 68, p.55).

De acordo com Almeida (2011), a engenharia jurídica de institucionalizar a expressão “*remanescentes das comunidades de quilombos*” evidencia a tentativa de reconhecimento formal de uma transformação social considerada como incompleta. O termo “*remanescente*” de quilombo, estabelecido pela Constituição de 1988, remete a uma noção de resíduo, de algo que já foi e do qual sobraram apenas reminiscências, o que remete a grupos que não existem mais em sua totalidade.

Diante disso, o Programa Brasil Quilombola (Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2005) objetivou reverter tal lugar de invisibilidade ao instituir o conceito de comunidades remanescentes de quilombo. Segundo a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), no Programa Brasil Quilombola (2005), esse conceito refere-se:

[...]aos indivíduos, agrupados em maior ou menor número, que pertençam ou pertenciam a comunidades, que, portanto, viveram, vivem ou pretendam ter vivido na condição de integrantes delas como repositório das suas tradições, cultura, língua e valores, historicamente relacionados ou culturalmente ligados ao fenômeno sociocultural quilombola. (p. 11).

Nesse sentido, a Associação Brasileira de Antropologia (ABA) define os quilombos de forma a incorporá-lo na sua contemporaneidade:

[...] o termo quilombo não se refere atualmente, a resíduos ou resquícios arqueológicos de ocupação temporal ou comprovação biológica. Também não se trata de grupos isolados ou de uma população estritamente homogênea. Da mesma forma nem sempre foram constituídos a partir de movimentos insurrecionais ou rebelados, mas, sobretudo, consistem em grupos que desenvolveram práticas de resistência na manutenção e reprodução de seus modos de vida característicos num determinado lugar. (ABA, 1994, p. 2).

A questão do direito de grupos quilombolas à sua territorialidade permaneceu não tematizado no espaço público geral desde a abolição da escravidão (1888) até a Constituição Federal de

1988 (ALMEIDA, 2006; GOMES, 2013). A partir de então é que a demanda quilombola pelo território ganha visibilidade na arena pública nacional. Na atualidade, a diversidade da luta pela terra e pela cidadania no Brasil instiga a refletir sobre as categorias presentes no quadro de uma exclusão social histórica com implicações etno-raciais.

A proposta da seção a seguir, é discutir a representação quilombola, na perspectiva geográfica das dinâmicas historicamente em movimento de segregação espacial e racial e resistência territorial, o direito a posse da terra presentes desde o período colonial até os dias atuais. Tratar do tema quilombos e quilombolas, pressupõe não só incidir sobre uma luta política, mas também sobre uma reflexão científica em processo de construção (LEITE, 2003.).

4.2 Quilombos Brasileiros: conceitos e normativas

O termo quilombo com base na definição do Conselho Ultramarino Português de 1740, em tempos de escravidão, relacionava-se à fuga para um determinado local onde tivesse um mínimo de negros agrupados, relativos isolamentos geográficos, tipos de moradia e objetos de consumo (SILVA, 2014).

No Brasil, o quilombo representou mais do que um local de abrigo para os afros descendentes que fugiam dos seus senhores, passou a representar um lócus de resistência de um povo submetido à escravidão (O'DWYER, 2002).

No período colonial como no imperial, havia legislação que reprimia a tentativa de fuga e rebelião e penalizava os que assim se comportassem. Portanto, o difícil acesso a esses territórios representa uma característica fundamental, pois, ao adentrar-se nas matas e nas serras, dificultavam a entrada das incursões de caçadores de escravos, milícias ou quaisquer outros que viessem tentar privá-los da custosa liberdade. Acidentes geográficos naturais de determinadas localidades, formações rochosas íngremes, rios intransponíveis ou abismos foram usados como barreiras e/ou obstáculos que dificultavam a aproximação e visualização do perseguidor, além de propiciar tempo para possíveis fugas (FURTADO, 2014).

Diante dessas dificuldades em se manter na invisibilidade, muitas comunidades quilombolas buscavam estabelecer relações econômicas com outras comunidades vizinhas. Procuravam se organizar em regiões próximas a locais onde pudessem realizar trocas mercantis, mesmo que clandestinas. Assim, contavam com a proteção de pequenos lavradores, religiosos, donos de bodega e alguns negros que ainda se encontravam na condição de escravos. O cultivo de pequenas roças e o acesso a um comércio informal foram a base da construção da economia

quilombola, tipicamente camponesa e compartilhada por comerciantes, lavradores, escravizados e libertos (GOMES, 2013).

É importante ressaltar que outros quilombos se formaram após a abolição formal da escravatura, em 1888, pois, continuaram a ser, para muitos, a única possibilidade de viver em liberdade (ALMEIDA, 2011). Andrade (2009), destaca que os quilombos pós abolição constituíram-se como pontos de resistência e reafirmação de seus direitos, resistindo às pressões de fazendeiros, de especuladores imobiliários e até mesmo do poder público. Portanto, a noção de quilombo não se restringe aos casos de fuga em massa e refúgio de escravos, mas, refere-se à formação de grupos familiares que, buscando uma produção autônoma e livre, baseada na cooperação, faziam frente ao sistema escravocrata (LITTLE, 2004).

A partir da década de 1970, os movimentos negros da região Norte e Nordeste juntamente com os movimentos do Sudeste, fizeram com que a questão quilombola ganhasse progressivamente maior visibilidade no espaço público nacional. As articulações dos movimentos sociais negros foram fundamentais para a visibilização dessa luta e para a denúncia de que a temática quilombola está ligada a dois grandes desafios: a superação do racismo e o modo como as terras foram distribuídas no País, gerando grandes desigualdades no modo de acesso a elas (GOMES, 2013).

Almeida (2011), discutindo as formas de conceitos de “quilombo” e seus processos de constituição no Brasil, cita casos de formação quilombola que estão relacionados com desapropriação de terras dos jesuítas, de doações das terras aos escravos pelos senhores no período de declínio dos sistemas açucareiro e algodoeiro, dentre outras definições, do recebimento de terras como pagamento de serviços prestados ao Estado (como servir na Guerra do Paraguai, por exemplo), da persistência nas fazendas decadentes a eles deixadas por seus antigos proprietários. Desde a simples permanência nas terras que ocupavam e cultivavam no interior das grandes propriedades, até aquelas relativas à compra de terras por famílias de escravos alforriados.

Autores afirmam, que a mobilização social, que adentrou no âmbito da constituinte, favoreceu para que as demandas territoriais das comunidades quilombolas fossem reconhecidas como legítimas pelo Estado brasileiro. Mediante a promulgação da CF de 1988, mais precisamente, no Art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, que estabeleceu aos remanescentes das comunidades de quilombo que estejam ocupando suas terras deve ser reconhecida à propriedade definitiva, devendo o Estado emitir os títulos respectivos (GONÇALVES, 2017).

A CF de 1988 foi fundamental para formulação de decretos, normativas e leis que amparasse essa população, tão desprovida de direitos. Conforme apresentado no quadro abaixo:

QUADRO 1. Atos Normativos Direcionados à População Quilombola

BASE LEGAL

Constituição Federal de 1988 Artigos 215 e 216 da Constituição Federal – Direito à preservação de sua própria cultura; Artigo 68 do ADCT – Direito à propriedade das terras de comunidades remanescentes de quilombos;

Decreto nº 4.887, de 20 novembro de 2003 – Trata da regularização fundiária de terras de quilombos e define as responsabilidades dos órgãos governamentais;

Convenção 169 da OIT (Dec. 5051/2004) – Direito à autodeterminação de Povos e Comunidades Tradicionais;

Decreto nº 6040, de 7 de fevereiro de 2007 - Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais;

Decreto nº 6261, de 20 de novembro de 2007 – Dispõe sobre a gestão integrada para o desenvolvimento da Agenda Social Quilombola no âmbito do Programa Brasil Quilombola;

Portaria Fundação Cultural Palmares nº 98 de 26 de novembro de 2007 - Institui o Cadastro Geral de Remanescentes das Comunidades dos Quilombos da Fundação Cultural Palmares, também autodenominadas Terras de Preto, Comunidades Negras, Mocambos, Quilombos, dentre outras denominações congêneres;

Portaria nº 90, de 17 de janeiro de 2008 - Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de Equipes Saúde da Família, modalidade I, e de Equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família;

Em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Portanto, essa política foi instituída pela Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009.

Instrução Normativa INCRA nº 57, de 20 de outubro de 2009 - Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação, desintrusão, titulação e registro das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos;

Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010 – Estatuto da Igualdade Racial;

Decreto nº 30.981, de 29 de julho de 2015 - Dispõe sobre a criação do Programa "Maranhão Quilombola";

Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017 - Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde;

Decreto nº 33.661, de 27 de novembro de 2017 - Institui a Política Estadual de Saúde Integral da População Negra e das Comunidades Tradicionais de Matriz Africana e Quilombola do Maranhão.

Fonte: Elaboração própria

A proposta foi trazida aos debates da Assembleia Constituinte por entidades do movimento negro, quanto a demanda histórica de reconhecer os direitos quilombolas entrou na Constituição Federal de 1988 como um Artigo do Ato das Disposições Constitucionais

Transitórias. Após cem anos decorridos entre a Abolição, em 1888, até o reconhecimento do direito das comunidades quilombolas a seus territórios, em 1988, na Constituição Federal (ARRUTI, 2006; GOMES, 2013).

Apesar de tornar os quilombolas sujeitos de direitos, ao constar no artigo 68 do ADCT o dever do Estado de regularizar todos os territórios quilombolas, apenas uma pequena parte das mais de três mil comunidades receberam o título de posse da terra. Vários aspectos devem ser considerados para compreender a morosidade na implementação do artigo 68. Um deles é o interesse de particulares e representantes do próprio Estado pelas áreas quilombolas (HELD, 2020)

Durante governos de José Sarney (1985-1990), Fernando Collor (1990-1992), Itamar Franco (1993-1994) e Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), os quilombolas tiveram seus direitos restringidos pela edição de portarias e decretos que limitavam a efetivação do artigo 68 da Constituição Federal de 1988 (NASCIMENTO, 2016).

Na gestão do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, foi assinado o Decreto n. 4887/2003, que regulamentou o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades de quilombos, ou seja, quase após duas décadas sem que o artigo 68 se tornasse concretamente eficaz, trazendo doravante avanços expressivos (BRASIL, 2003; GOMES, 2013; NASCIMENTO, 2016).

Esse decreto é considerado um marco normativo central para a garantia do direito quilombola pois, além de vários outros fatores, reconhece no art. 2o comunidades de quilombos como: “os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”. (BRASIL, 2003; SALOMÃO, 2018).

O período de 2016 a 2018 significou um marco de retrocessos para as comunidades quilombolas. Os cortes orçamentários - que já eram significativos no governo Dilma, continuaram a cair drasticamente, ao ponto de inviabilizar as atividades essenciais nos processos de regularização fundiária (HELD, 2020).

O governo atual ao assumir a presidência da República, Jair Bolsonaro tomou medidas de desestruturação do INCRA, o vinculando ao Ministério da Agricultura sob o comando de Teresa Cristina, que faz parte da bancada ruralista. Além disso, a FCP, que antes era vinculada ao extinto Ministério da Cultural, passa a fazer parte da pasta do Ministério da Família, Mulher e Direitos Humanos, sob o comando de Dameres Alves, que não tem nenhum

vínculo com a questão quilombola. Para presidir a FCP, Bolsonaro nomeou Sérgio Camargo, figura polêmica por declarações racistas e contra os quilombolas (HELD, 2020).

A demarcação e titulação terras/territórios quilombolas caminha lentamente, e a falta de continuidade de ações e projetos ainda é um problema para estas comunidades. O andamento dos processos permanece vagarosamente e não há indicativo que o cenário de baixa efetividade na garantia dos direitos territoriais das comunidades quilombolas possam ser revertidos a médio prazo (GOMES, 2013; NASCIMENTO, 2016; HELD, 2020). Enquanto as titulações não acontecem, os quilombolas ficam mais vulneráveis a uma série de ameaças à sua existência, ao seu modo de vida e seus territórios (SALOMÃO, 2018; HELD, 2020). No governo atual há certa invisibilização sobre essa questão, e que de certa forma tem agido no sentido de restringir o direito quilombola ao território.

Essa morosidade em titular as terras quilombolas não teve como consequência somente a burocracia das instruções normativas do INCRA. Ela se deu, sobretudo, pelo enxugamento dos recursos destinados às indenizações nos processos de desapropriação de propriedades inseridas nos quilombos, e em razão de conflitos de interesses políticos, da bancada ruralista (HELD, 2020).

Outra conquista importante para os povos afrodescendentes, na Constituição Federal, além do direito à terra foi a garantia dos direitos relacionados à manutenção de suas culturas e tradições através dos Arts. 215 e 216 da CF de 1988. Conforme a seguir:

O Estado garantirá a todos o pleno exercício dos direitos culturais e acesso às fontes da cultura Nacional e apoiará e incentivará a valorização dessas manifestações culturais. §1º O Estado protegerá as manifestações das culturas populares indígenas e afro-brasileiras, e das de outros grupos participantes do processo civilizatório Nacional. Constitui patrimônio cultural brasileiro os bens de natureza material e imaterial tomados individualmente ou em conjunto, portadores de referência à identidade, à ação e à memória dos diferentes grupos formadores da sociedade brasileira, nos quais se incluem:

- I. As formas de expressão;
- II. Os modos de criar, fazer e viver;
- III. As criações científicas, artísticas e tecnológicas;
- IV. As obras, objetos, documentos, edificações e demais espaços destinados as manifestações artístico-culturais;
- V. Os conjuntos e sítios de valor histórico, paisagístico, artístico, arqueológico (EC, n. 42/2003).

Em tempos difíceis de resistência, as comunidades remanescentes de quilombos ainda mantêm costumes e tradições que lhes foram ensinados e passados pelos seus ancestrais, com intuito de preservar e manter viva a cultura quilombola, como também transmitir esses conhecimentos as futuras gerações (LOPES, 2019).

No Maranhão, essa situação não é diferente, a pensar, que o governo federal atual negocia com os Estados Unidos as terras quilombolas de Alcântara para ampliar Centro de Lançamento de Alcântara. Essa demanda pode ocasionar, além dos conflitos, inúmeros desafios e transtornos para os quilombolas que serão remanejados para outras localidades, sem garantia de manterem as atividades pesqueiras, bem como, da criação de animais de pequeno e médio porte e da agricultura de subsistência (SANTOS, 2019; SARDINHA, 2019).

Lembrando que, em 1980, o governo do estado do Maranhão, por meio do Decreto nº 7.820, de 12 de setembro de 1980, ratificado pelo Decreto Presidencial de 8 de agosto de 1991, doou uma área de 62 mil hectares (620 Km²) – declarada como “utilidade pública” – para a implantação de um Centro de Lançamento de Alcântara (CLA). Assim, 312 famílias quilombolas, de aproximadamente 23 povoados da região costeira do município, foram reassentadas. Por determinação das autoridades estaduais e federais da época, sete agrovilas foram construídas pelos militares, entre 1986 e 1988, para realocar essas comunidades (SANTOS, 2019). Estes, passarão a viver em condições ambientais e de sobrevivência diferentes do que já estavam acostumados, ficando obrigados a ter que se adaptar a uma nova realidade.

4.2.1 Quilombos Maranhenses

O Maranhão no início do século XIX contava com maior percentual de escravos na sua população total, isto é, mais da metade. Muitos desses escravos foram trazidos para a região da Baixada Ocidental Maranhense, sobretudo para as capitânicas de Cumã e Tapuitapera, (atualmente os municípios de Guimarães e Alcântara, respectivamente), as maiores produtoras de algodão e cana-de-açúcar da região, que também produziam mandioca e arroz (ALMEIDA, 2013).

Com a desagregação da economia rural maranhense de base escravista nas últimas décadas do século XIX, houve o abandono de muitas fazendas por seus proprietários, o que oportunizou ao ex-escravo a possibilidade de permanecer nessas terras abandonadas, preservando formas simples de viver, mantendo suas tradições de trabalho, família, religiosidade etc., importantes elementos que ajudariam na manutenção de uma identidade

negra. Os ex-escravos que permaneceram na região constituíram as localidades chamadas “terras de preto” (PROJETO VIDA DE NEGRO, 2002; FARIAS FILHO, 2012; ALMEIDA, 2013), muitas delas hoje reconhecidas como comunidades remanescentes de quilombos.

Os antigos quilombos referem-se às atuais comunidades negras rurais vigentes que, depois de reconhecidas, dentro do que estabelece o art. 68 do ADCT2, passam a denominar-se comunidades remanescentes de quilombos. Essas comunidades são também denominadas “Terras de Preto, Quilombos, Mocambo” ou ainda outras designações correlatas (ALMEIDA, 2013).

As comunidades remanescentes de quilombos maranhenses estão localizadas em várias regiões do Maranhão, distribuídas pelos Vales do Itapecuru, pelo Baixo e Médio Mearim, pelo Pindaré, pelo Munim, estendendo-se até o Baixo Parnaíba e por toda a Baixadas Oriental e Ocidental, inclusive toda região do Rio Turi (PROJETO VIDA DE NEGRO, 2005). Conforme o quadro geral das comunidades remanescentes de quilombos emitido em 2020, pela Fundação Palmares, no Maranhão existe 839 comunidades quilombolas identificadas sem certificação, 583 com certidões, dessas somente 68 comunidades foram tituladas pelo Instituto de Terra do Maranhão (BRASIL, 2020; MARANHÃO 2020).

No Maranhão, as comunidades tradicionais de matriz africana, denominados como os povos de terreiro ou de santo, são representados por seus babalorixás e yalorixás, e constituem espaços próprios de resistência e sobrevivência, que possibilitaram a preservação e recriação de valores civilizatórios, de conhecimentos e da cosmovisão trazidos pelos africanos, quando transplantados para o Brasil (SILVA, 2007; MARANHÃO, 2020). Portanto, os terreiros encontram-se em todas as regiões maranhenses (100%), no qual seus seguidores cultuam, preservam e professam as religiões afro-brasileiras (Umbanda, Tambor de Mina, Tambor de Caboclo, Terecô, Encantaria, Pajelança, Candomblé) (MARANHÃO, 2020).

Estes tem sofrido ao longo dos anos preconceitos decorrentes dos estereótipos construídos socialmente, enfatizando representações negativas, desvalorizando e desprestigiando uma tradição religiosa ancestral. Esse imaginário social decorrente do desconhecimento por preconceito, temor e aversão reflete uma negação de direitos a essas pessoas (SILVA, 2007; MARANHÃO, 2020).

Portanto, as práticas rituais e as relações interpessoais que são estabelecidas nestes espaços possibilitam as trocas afetivas, a produção de conhecimento, o acolhimento, a promoção à saúde e a prevenção de doenças e agravos, bem como a renovação de tradições milenares, sobretudo por meio do uso das plantas medicinais (SILVA, 2007).

No campo da saúde, observa-se no cotidiano desrespeito por parte dos profissionais da ESF, as (os) seguidoras (es) das religiões de matriz africana, quanto ao acolhimento, acesso, oferta e prestação dos serviços de saúde. Isso ocorre por desconhecimento de suas especificidades, algo que não está incluído na formação profissional, bem como, a não socialização de seus saberes ancestrais, que são transmitidos através da oralidade para as filhas (os) de santo (SILVA, 2007; MARANHÃO, 2020).

A preservação desta cultura tem sido pautada em lutas constantes, sendo necessário a organização de entidades que buscam a proteção desse patrimônio e de condições vida básica como: educação, saneamento, saúde, posse da terra.

4.2.2 Militâncias e Lutas Quilombolas no Maranhão

O Movimento Quilombola no Maranhão deu seus primeiros passos no final da década de 1970. É um movimento que envolve as comunidades negras rurais formadas a partir do período pós-abolição, cujo objetivo maior é defender a posse dos territórios por eles ocupados. Esta luta pela legalização dos territórios das comunidades negras rurais no Maranhão antecede a Constituição de 1988, através da ação do Centro de Cultura Negra do Maranhão, entidade que foi criada em 19 de setembro de 1979 (ALMEIDA, 2013; SILVA, 2016).

Esse movimento, além da luta pela posse da terra, visa a implantação e implementação de projetos e ações de conscientização política, cultural e religiosa, para os afrodescendentes se qualificarem como sujeitos históricos, sociais e capazes de modificar a realidade de opressão em que vivem, resquício da forma de racismo ainda existente no Brasil (ALMEIDA, 2013; SILVA, 2016).

Na década de 1970 surge no cenário maranhense Mundinha Araújo, mulher negra, historiadora, pesquisadora, militante do movimento negro, que fundou o Movimento Negro maranhense, que se transformou posteriormente no Centro de Cultura Negra do Maranhão. Graças as suas inquietações e empenho, começou os primeiros estudos sobre as comunidades negras maranhenses (FABIANI, 2009; SOUSA, 2017; SOUSA, 2019).

Entre 1976 e 1978, Mundinha Araújo visitou comunidades negras rurais, a partir de contatos com representantes e lideranças locais, a fim de conhecer a origem do povoado, as memórias da pós-abolição, o modo de viver e fazer existentes nestas comunidades, os calendários de festas e festejos, as práticas socioculturais. É importante ressaltar o trabalho desenvolvido pela pesquisadora sobre territorialidade quilombola no Maranhão. Entre 1985 a 1987 coordenou o Mapeamento Cultural dos quilombolas de Alcântara e foi diretora do

Arquivo Público do Maranhão entre os anos de 1991 a 2002, onde desenvolveu um trabalho relevante na organização dos acervos da memória e história do Maranhão, dentre outros trabalhos realizados (FABIANI, 2009; SOUSA, 2017; SOUSA, 2019).

A primeira entidade organizada em prol das lutas dos remanescentes de quilombolas no Maranhão, surgiu no ano de 1997 no “V Encontro de Comunidades Negras Rurais: Quilombo de Terras de Negro do Maranhão”, que foi intitulada ACONERUQ. A ACONERUQ tem por objetivo geral servir como fórum de representação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas do Maranhão. Esta associação, pelo próprio período histórico e vínculos, foi assessorada diretamente por setores do movimento negro local, como o Centro de Cultura Negra (CCN), seja em sua constituição, seja nos primeiros trabalhos desenvolvidos pela entidade (PROJETO VIDA DE NEGRO, 2005; FABIANI, 2009; SOUSA, 2017; SOUSA, 2019).

Em 2011 nasce o Movimento Quilombola do Maranhão (MOQUIBOM), que ganha destaque a partir de ocupações a órgãos públicos, passeatas, com denúncias públicas sobre assassinatos de lideranças quilombolas no campo e a morosidade estatal nos processos de titulação de territórios. Este surgimento está relacionado aos trabalhos da Comissão Pastoral da Terra (CPT) junto a comunidades quilombolas no interior do Maranhão, mais especificamente, na região da Baixada Maranhense, região em que o movimento surgiu (SOUSA, 2017; SOUSA, 2019).

O que tem se observado é a quase inexistência de ações por parte do Estado brasileiro para resolver o problema da titulação territorial. Por outro lado, e talvez por isso mesmo, tem-se fomentado formas de agenciamento dos direitos conquistados na Constituição de 1988, contando-se com estratégias, leituras políticas, ações e lutas expressas pela ACONERUQ. Já MOQUIBOM, que tem investido em formas de ações que tem na mobilização direta sua linha de atuação, com a exposição e a divulgação dos conflitos no interior do Maranhão e a pressão através de ocupações enquanto estratégia de interlocução para com os órgãos responsáveis (SOUSA, 2017).

Além das lutas fundiárias, as comunidades quilombolas são marcadas pela discriminação e precariedade socioeconômica. Neste cenário de lutas e vulnerabilidade social estão inseridos os idosos, que necessitam de ações e da aplicabilidade das políticas públicas direcionada para este grupo com mais efetividade.

Portanto, a sessão sobre o processo do envelhecimento traz uma discussão às tendências demográficas e epidemiológicas do envelhecimento populacional do Brasil, também tecendo algumas considerações relevantes quanto às políticas públicas e a importância do

estatuto do idoso na sua aplicabilidade. Traz-se uma reflexão sobre o enfrentamento das vulnerabilidades e à exclusão social e se saúde sofridas pelos idosos quilombolas. Lembrando que, as questões do envelhecimento, raça e etnia apresentam uma dimensão social bastante complexa que constitui um grande paradoxo na sociedade brasileira.

4.3 Processo de Envelhecimento

O envelhecimento da população vem se caracterizando como um fenômeno que ganha cada vez mais expressão no cenário mundial. Os idosos representam 12% da população mundial, com previsão de duplicar esse quantitativo até 2050 (TAVARES et al., 2017). No Brasil, a população idosa vem crescendo a “*passos largos*”. O contingente passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, e 14 milhões em 2002, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017 (VERAS et al., 2018). No ano de 2000, a população brasileira de idosos cresceu oito vezes mais que a de jovens (FERRETTI, 2011).

No panorama nacional este aumento do grupo da terceira idade pode ser revelado por alguns avanços: a) O controle de muitas doenças infectocontagiosas; b) A redução das taxas de fecundidade; c) A queda da mortalidade infantil; d) A melhoria do saneamento básico; e) O aumento da cobertura vacinal e da atenção à saúde e; f) A universalização da previdência social, somado as transformações nos processos produtivos, de organização do trabalho e da vida (MINAYO, 2002).

Envelhecer, que antes era privilégio de poucos, hoje passa a ser a norma mesmo nos países mais pobres. Esta conquista maior do século XX se transformou, no entanto, no grande desafio para o século atual. Envelhece-se mal e precocemente no Brasil (KALACHE et al., 2020). Deste modo, viver é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida (VERAS et al., 2018). Assim, percebe-se a necessidade da aplicabilidade das políticas e investimentos na qualidade de vida da população idosa.

Entretanto, o crescimento da população idosa ocasiona uma série de alterações de magnitude profunda na sociedade, que abrangem o setor econômico, o mercado de trabalho, os sistemas e serviços de saúde e as relações familiares (CRUZ et al., 2010; TAVARES et al., 2011).

A participação do idoso na renda familiar se revela cada vez mais expressiva. No início da década de 1980, a contribuição dos idosos era de 37%; já, na década de 1990, passou a ser 47,2% e, em 2007, em 53% dos domicílios com idosos do país, mais da metade da renda

era fornecida por pessoas com 60 anos ou mais. Na zona rural, a contribuição do idoso no orçamento familiar chegou a 67,3% dos domicílios em 2007 (IBGE, 2010).

Conforme dados da PNS, em 2019, cerca de 28,5% da população residente do País, possuíam algum plano de saúde, médico ou odontológico. As regiões Norte e Nordeste, apresentaram os menores percentuais de cobertura (14,7% e 16,6%, respectivamente) e o Maranhão (5%), este foi o estado com menor indicador de cobertura de plano de saúde médico. Considerando a cor ou raça, essa cobertura foi de 20,1%, 21,4% e 38,8% das pessoas pardas, pretas e brancas, respectivamente, possuíam algum plano de saúde, médico ou odontológico. Estes dados ilustra uma forte dependência da população brasileira, em relação aos serviços de saúde pública (PNS, 2019).

Estudo evidenciou a relação entre acesso a planos de saúde e inserção no mercado de trabalho brasileiro. Apontando que, o acesso ou não a planos de saúde estabelece forte associação a dois determinantes: renda e idade. Portanto, os idosos têm uma taxa de participação menor e quando se aposentam, muitas vezes, perdem o direito de manter o benefício ao qual tinham acesso quando ativos (MACHADO, 2012). Segundo autores, mais de 80% dos idosos dependem exclusivamente, para seus cuidados de saúde, do SUS. E que esta dependência dos serviços públicos de saúde é ainda maior entre negros e pobres, uma vez que o racismo e a discriminação são considerados determinantes associados ao adoecimento e à morte precoce de mulheres e homens negros e de baixa renda (WERNECK, 2016; KALACHE, 2020).

O envelhecimento populacional traz consigo problemas de saúde que desafiam os sistemas de saúde e de previdência social. Isso implica no maior consumo dos serviços de saúde tanto ambulatorial como hospitalar (MIRANDA, 2016; VERAS, 2018). Destaca-se que o idoso não é sinônimo de adoecimento, portanto são essenciais investimentos em ações de prevenção, ao longo de todo o curso de vida, para garantia de uma velhice saudável e com mais qualidade de vida.

Portanto, é preciso garantir direitos aos idosos, não só em saúde, mas em outras questões como: trabalho, assistência social, educação, cultura, esporte, habitação e meios de transportes, para que tenham qualidade de vida. No Brasil, a legislação visa assegurar esses direitos por meio da CF de 1988, Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde do Idoso (CRUZ, 2008; VERAS, 2018).

Na CF de 1988, os direitos dos idosos estão expressos em diversos artigos, tratando sobre irredutibilidade dos salários de aposentadoria e pensões, garantia do amparo pelos filhos, gratuidade nos transportes coletivos e benefício de um salário-mínimo para aqueles sem

condições de sustento (VERAS, 2018). A Política Nacional do Idoso, Lei nº 8842, sancionada em 1994, visa assegurar os direitos sociais do idoso (indivíduos com 60 anos ou mais) e criar condições para promover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (CRUZ et al., 2008; VERAS et al., 2018). Essa lei foi resultado de discussões e consultas por todo o país, com ampla participação de idosos, gerontólogos e a sociedade civil em geral. Além disso, essa política sofreu influências das discussões nacionais e internacionais sobre a questão do envelhecimento, entendendo o idoso como um sujeito de direitos, mas também preconizando um atendimento de maneira diferenciada em suas necessidades físicas, sociais, econômicas e políticas (VERAS et al., 2018).

Já o Estatuto do Idoso foi instituído em 2003, pela lei n. 10.741. O objetivo do mesmo é regulamentar os direitos assegurados à pessoa idosa, determinando as obrigações das entidades assistenciais e atribuindo penalidades nas situações de desrespeito ao idoso (BRASIL, 2003). O Estatuto do Idoso foi elaborado com profunda discussão e participação de entidades de defesa dos direitos dos idosos, configurando um avanço no campo da atenção ao idoso, uma vez que amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades desse contingente de indivíduos (CRUZ, 2008).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), criada através da Portaria nº 1395/1999, do Ministério da Saúde (MS), visou à promoção do envelhecimento saudável, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde, à preservação/ melhoria/reabilitação da capacidade funcional dos idosos com a finalidade de assegurar-lhes sua permanência no meio e sociedade em que vivem, desempenhando suas atividades de maneira independente (BRASIL, 1999).

Apesar da regulamentação da legislação para os idosos, alguns estudos apontam a ausência das políticas públicas, ações e intervenções relacionados à saúde da população negra e principalmente dos idosos quilombolas (TAKAHASHI, 2015; WERNECK, 2016; LOPES et al., 2019), o que demonstra mais ainda, as desigualdades nas condições de vida e saúde desta população, principalmente as pessoas idosas. Tais evidências são apresentadas em estudo (FERREIRA, 2019), cujos dados não se encontram de acordo com a tese de que a Constituição de 1988 e suas políticas adjacentes teriam contribuído para que houvesse um corte nas desigualdades.

Estudos evidenciaram desigualdades sociais significativas na forma de envelhecer dos idosos brasileiros segundo sexo, raça/cor da pele, nível de escolaridade, renda familiar per capita e posse de plano privado de saúde (OLIVEIRA, 2014; SOUSA, 2019). E este cenário, é mais desfavorável para os idosos de cor parda ou preta no tocante aos indicadores

sociodemográficos, de condições de saúde e de uso e acesso a serviços de saúde (OLIVEIRA, 2014).

Dados epidemiológicos têm mostrado que doenças e limitações não são consequências inevitáveis do envelhecimento, e que o uso de serviços preventivos, eliminação de fatores de risco e adoção de hábitos de vida saudáveis são importantes determinantes do envelhecimento saudável (MIRANDA, 2016; VERAS, 2018; JARDIM, 2020). Além disso, as morbidades mais prevalentes entre os idosos, têm sido as doenças osteomioarticulares, do aparelho cardiorrespiratório, do aparelho circulatório, metabólicas, cerebrovasculares e neoplasias, e causas externas (CORTEZ 2019; MIRANDA 2016; SILVA 2013). Portanto, nos idosos pretos e pardos revelam altas de prevalências em hipertensão arterial, diabetes e derrame/acidente vascular cerebral. (SILVA, 2018).

Algumas pesquisas realizadas com idosos demonstram que as multimorbidades estão fortemente associadas ao baixo status socioeconômicas e menor nível de escolaridade (COSTA, 2018; OLIVEIRA, 2018). Além disso, as variáveis sexo, idade, cor da pele, índice de bens, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, também tiveram associação significativa com as multimorbidades (NUNES, 2018).

Dentre as doenças, segundo a literatura científica, a maioria dos óbitos em idosos são decorrentes das doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, respectivamente (MIRANDA 2016; TAVARES, 2017; VANZELLA,2017). Sendo que as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 31% dos óbitos no Brasil, destacando-se os óbitos por doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração (VANZELLA, 2017).

Nota-se a persistência das desigualdades em saúde no Brasil, mostrando a importância de estratégias que permitem que os serviços de saúde cheguem à parcela mais vulnerável da população idosa, que muitas vezes tem maiores dificuldades no acesso e utilização dos serviços de saúde, bem como na gestão dos condições saudáveis.

4.3.1 Processo de Envelhecimento nas Comunidades Quilombolas

Os idosos negros de modo geral têm vivido em condições de desigualdades de sociais e de saúde ao longo dos anos. Alguns estudos reforçam, que situações de vulnerabilidade social e de saúde têm sido relacionadas à questão étnico-racial, evidenciando desigualdades nos perfis de adoecimento e morte em populações que autodeclaram sua cor da pele como pretos e pardos estão fortemente associados com o estrato socioeconômico baixo (BATISTA et al.,

2004; LOPES, 2005; BEZERRA et al., 2016). No cenário de grupos economicamente desfavorecidos do Brasil destacam-se as comunidades quilombolas (BEZERRA et al., 2016).

Em 2000, predominavam idosos brancos (60,6%) em relação aos idosos pardos (30,0%) e pretos (7,0%). Em 2010, esse padrão racial permaneceu, mas os idosos brancos passaram a representar 55,9%, os pardos 34,6% e os pretos 7,8% dessa população (IBGE, 2011b). Os censos demográficos brasileiros revelam consistente aumento relativo e absoluto da população idosa preta e parda (IBGE, 2011b).

Algumas pesquisas têm sido realizadas em comunidades quilombolas com idosos, evidenciando elevada prevalência da hipertensão arterial (SANTOS, 2016) com associação positiva à faixa etária com mais de 60 anos e estratos sociais mais baixos (BEZERRA et al., 2013; BEZERRA, 2016) e diabetes *mellitus* (SANTOS et al., 2016), contudo ainda apresentam altas taxas de desvios nutricionais, principalmente em idosos com 80 anos ou mais (SILVA et al., 2020).

Quanto a autopercepção de saúde em quilombolas, verificou que há prevalência observada para autoavaliação do estado de saúde negativa, principalmente entre os idosos (OLIVEIRA, 2015; SANTOS, 2016). Para Bezerra (2013), nas comunidades quilombolas de Vitória da Conquista/ BA, foram observadas que baixo nível de escolaridade e baixa renda são indicadores de vulnerabilidade social, que têm efeitos cumulativos prejudiciais ao longo da vida. Assim sendo, estudos comprovam que a hipertensão arterial está mais relacionada ao estilo de vida do que às diferenças existentes entre as raças, podendo ser atenuada após ajuste por status socioeconômico (AGYEMANG et al., 2009).

Do mesmo modo, na pesquisa realizada sobre as condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas, os resultados também demonstraram que, entre os fatores associados com alguns domínios da Qualidade de Vida e com o Índice Geral de Qualidade de Vida, tiveram a renda *per capita*, a autoavaliação do estado de saúde e a classificação dos casos de depressão, condições de saúde que mais impactaram na qualidade de vida dos idosos quilombolas pesquisados. Foi identificado que as variáveis referentes às condições de saúde tiveram menor contribuição na qualidade de vida dos idosos, em comparação com as socioeconômicas, principalmente, a variável caso de depressão. (SANTOS, 2016).

Nas comunidades quilombolas da Amazônia, os achados revelam precariedades nas condições socioeconômicas, infraestrutura sanitária domiciliar e comunitária insuficiente, marcada pela falta de acesso a serviços de saúde. E que as doenças crônicas acometem intensamente a população quilombola estudada e estas estão intimamente ligadas às condições

socioecológicas, sendo agravos com componentes fortemente associados à sua vulnerabilidade social (OSHAI, 2013; MELO 2015).

No Maranhão, estudo com idosos nas comunidades remanescentes de quilombos de Alcântara, evidenciou que estes vivem em condições sanitárias insuficientes e que a ausência de serviços de saúde locais contribuiu para o baixo índice de indicadores de saúde (JUNIOR, 2014). Outro estudo, também realizado com idosos quilombolas do mesmo município, considerou que a situação da população quilombola pesquisada é bastante vulnerável e os fatores psicológicos influenciam a qualidade de vida, sendo necessárias ações direcionadas à saúde mental de seus participantes, sobretudo, uma investigação e abordagem acerca dos transtornos referentes à depressão (SARDINHA, 2019). Em estudo realizado pela Universidade Federal do Maranhão, em 27 comunidades quilombolas de 15 municípios que apresentavam menor IDH, constatou as precárias condições socioeconômicas e sanitária, dificuldades em acessar os serviços de saúde e a predominância das doenças étnicas, como hipertensão arterial, anemia falciforme, diabetes mellitus, entre outras, nos quilombos pesquisados (SILVA, 2016).

Nesse contexto, envelhecer em condições sociais precárias de vida influencia no panorama geral de saúde, principalmente quando as diversidades raciais/étnicas e econômicas são agregadas a estas condições. É preciso ressaltar que essas situações de saúde têm dimensões individuais e coletivas e, além disso, os idosos sofrem com as iniquidades produzidas pelas condições sociais em que vivem (SANTOS, 2016).

Destaca-se que alguns estudos no Brasil têm sido realizados para compreender o processo do envelhecimento produzidos nas narrativas dos idosos. Essas reflexões possibilitaram a descrição sobre o significado do envelhecimento, para os idosos quilombolas. No estudo realizado por Lopes (2019), o envelhecimento recebe diferentes significações, relacionado à idade cronológica, à solidão, memórias, as mudanças do corpo, ao adoecimento e aos acontecimentos da vida – aos cansaços e golpes da vida (CRUZ, 2018; LOPES, 2019). Outro estudo que faz uma reflexão da relação do corpo como instrumento de trabalho de mulheres negras idosas, evidenciou que o processo de envelhecimento não foi um fator preponderante para limitar a participação das mulheres negras nas atividades laborativas. Mesmo com as limitações vivenciadas ao longo do processo de envelhecer, mantinham-se de forma ativa no trabalho agrícola e nas atividades domésticas (ROCHA, 2015).

Alguns autores nos seus estudos, através da oralidade, a importância da função social que os mais velhos exercem nas comunidades quilombolas (LOPES 2019; SANTOS, 2020), através das experiências e vivências ao longo da vida, dos saberes tradicionais, da preservação da memória cultural, da história de vida e resistências que são repassados de

geração a geração pelo discurso dos mais velhos (CRUZ, 2018; LOPES, 2019; SANTOS, 2020). Percebeu-se que os idosos também eram conhecidos como os “conhecedores”, considerados a “Memória Viva” e “os Guardiões da Memória” (CRUZ, 2018; SANTOS, 2020).

Apesar das iniquidades sofridas, o idoso tem um lugar de destaque dentro das comunidades tradicionais quilombolas, pois são os mais velhos, os responsáveis por ensinarem aos mais novos os saberes tradicionais, o manejo da terra para a agricultura de subsistência cuidar dos animais; o preparo dos pratos típicos da cultura quilombola; práticas de saúde tradicionais (como das orações, rezas e rituais de benzeduras e como manipular as ervas medicinais) (CRUZ, 2018; LOPES, 2019).

Diante do panorama apresentado, que evidencia um enorme contingente de idosos em comunidades quilombolas, com multimorbidades e que a maioria depende exclusivamente, para seus cuidados de saúde, do SUS. Na sessão a seguir faremos uma reflexão sobre a políticas da Atenção Primária à Saúde (modelo de atenção à saúde no Brasil, sistema de atenção à saúde quilombola, processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde), que surge como modelo de assistência capaz de responder as necessidades da população de forma equânime e universal.

4.4 Atenção Primária à Saúde: sistema de atenção à saúde quilombola e o processo de trabalho

4.4.1 Modelo de Atenção à Saúde do Brasil

No final dos anos 70 surgiu o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que se constituiu no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização, expressando a indignação da sociedade frente às desigualdades, a mercantilização da saúde e a um modelo de saúde centralizado e fragmentado (AROUCHA, 2003; PAIVA; TEXEIRA, 2014).

Para melhor compreensão dos modelos de saúde presentes na sociedade brasileira, organizamos um quadro síntese.

QUADRO 2. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil no Período de 1929-1970

Período Compreendido	Modelos de Atenção à Saúde	Características do Modelo de Atenção à Saúde	Características da Assistência
Início do século XX até 1929 (Primeira República).	Modelo sanitarista campanhista.	Voltado ao controle das endemias.	Ponto de vista da saúde pública- ênfase na prevenção de doenças endêmicas; Assistência à saúde individual; Assistência exclusivamente privada e; Assistência por meio da serviços filantrópicos de caridade.
1930 a 1945	Modelo médico assistencial previdenciário com as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS) e os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP).	Voltado ao combate das doenças endêmicas.	Ponto de vista da saúde pública- ênfase na prevenção de doenças endêmicas; Assistência à saúde individual; Sistema previdenciário e; Assistência por meio da serviços filantrópicos de caridade.
De 1945 até meados da década de 1970 golpe militar de 1964 e a intervenção do Estado nos institutos (IAP).	Intervenção do Estado nos institutos (IAP), criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) modelo médico privatista.	Centrado na assistência médica Voltada ao complexo médico-hospitalar.	Ponto de vista da saúde pública substituiu a ênfase na prevenção das doenças endêmicas pelas doenças de massa agravadas pelas condições de vida e de trabalho e, na saúde individual; Assistência curativa, fragmentada e especializadas e; Cuidado individualizado.

Fonte: Elaboração própria

A discussão em torno da necessidade de mudanças dos modelos de assistência à saúde praticados no Brasil, que, além de excludentes, primavam pela dicotomia entre as ações preventivas e curativas, produziu um debate. Este ganhou expressão por meio de um movimento nacional suprapartidário composto por intelectuais, lideranças políticas, profissionais e dirigentes de saúde e por representantes da sociedade civil organizada que se articularam em torno desta temática, configurando o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (PAIVA; TEXEIRA, 2014).

Cabe ressaltar que as experiências inovadoras desenvolvidas pelas prefeituras oposicionistas eleitas em 1974, que implantaram os serviços de saúde organizados na perspectiva da descentralização da saúde (SCOREL, 1998; FLEURY, 2009), trouxeram uma grande contribuição para a RSB. Os resultados advindos destas novas formas de organização da oferta de serviços, com impactos positivos nos indicadores de saúde e na cobertura à população desprovida de acesso aos serviços de saúde falta concluir a ideia (SCOREL, 1998).

Naquele período, no âmbito mundial, acontecia a Conferência Internacional de Alma-Ata (1978) que traz para o centro de discussão a APS como proposta de reordenamento dos sistemas de saúde.

No transcorrer da década de 1980, vários acontecimentos contribuíram favoravelmente para o crescimento de experiências estaduais e municipais de saúde. Com a severa crise econômica da Previdência Social, o modelo assistencial predominante revelou sua ineficiência e ineficácia por meio dos altos gastos com a prestação de serviços e da baixa qualidade deles. Diante disso, surgiu a oportunidades de reorganização do sistema por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), ambas as propostas voltadas à descentralização, fortalecendo a perspectiva de municipalização dos serviços e de mudança do modelo assistencial (PAIM, 2007; ESCOREL, 2008; PAIVA; TEXEIRA, 2014).

Neste contexto, a grande mobilização da sociedade pela reforma do sistema de saúde teve como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986. Entre os principais temas da Conferência estavam o dever do Estado e direito do cidadão no tocante à saúde; a reformulação do sistema nacional de saúde; e o financiamento do setor. Portanto, nos grupos e nas assembleias foram discutidas e aprovadas as principais demandas do movimento sanitário: fortalecer o setor público de saúde; expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único (PAIM, 2007; PAIVA; TEXEIRA, 2014)

Nesse alinhamento foi criado o SUS na Constituição de 1988, instituído pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8080/90 e nº 8142/90, ficando assegurados os princípios organizacionais do sistema de saúde brasileiro, a saber: descentralização, equidade, integralidade, participação da população e universalização (PAIM, 2007; PAIVA; TEXEIRA, 2014).

A APS vem sendo considerada a principal porta de entrada dos usuários no sistema de serviço de saúde, para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção para o indivíduo e coletividade, buscando estratégias para maximizar a saúde da população (STARFIELD, 2002). Portanto, corresponde ao primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde, sendo usualmente representada pelos serviços ambulatoriais direcionados a responder às necessidades de saúde mais comuns de uma população (PORTELA, 2017).

A Conferência Internacional sobre Cuidados primários de Saúde realizada, em 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão pela OMS, representou um marco de influência nos debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo, reafirmando a saúde como direito humano fundamental (BRASIL, 2002).

A OMS, diante das crescentes iniquidades sociais e de saúde em quase todos os países, adotou um conjunto de princípios para construir a base da APS. Conhecida como a Carta de Lubliana, ela propõe que os sistemas de atenção de saúde deveriam ser:

Dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
Direcionados para a proteção e promoção da saúde;
Centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;
Focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;
Baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; e
Direcionados para a atenção primária. (STARFIELD, 2002, p.19).

A APS consiste numa importante estratégia para orientar a organização do sistema de saúde e responder às necessidades da população, além de estabelecer a compreensão da saúde como um direito social. Além disso, sua boa organização contribui para a melhora dos cuidados e têm impactos positivos na saúde da população e na eficiência do sistema de atenção (GIOVANELLA, 2009).

No Brasil, a atenção à saúde sofreu profundas transformações especialmente a partir da década de 1990, no que diz respeito a concepção da APS, também conhecida como Atenção Primária, que também foi renovada com a implantação do SUS, baseado na universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social (GIOVANELLA, 2009; PAIM, 2006).

Portanto, a APS é caracterizada como o centro de comunicação da estrutura organizacional das RAS, responsável por organizar os fluxos e contrafluxos no SUS (BRASIL, 2010). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a APS como a porta de entrada preferencial dos usuários aos serviços de saúde, desenvolvendo um conjunto de ações voltadas para o indivíduo, sua família e para a comunidade, visando a promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2017).

Nessa perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada a partir de 1994, visando à reorganização da Atenção Primária no país, de acordo com os preceitos do SUS, priorizando as ações coletivas de prevenção e promoção da saúde e propondo atenção integral, equânime e contínua. É também considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (PAIM, 2006; GIOVANELLA et al., 2009; BRASIL, 2017).

A Atenção Primária segue algumas diretrizes fundamentais para a organização da assistência em saúde do SUS. Em 2006, a Portaria nº 648/2006 formulou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Buscando preservar a centralidade da ESF e consolidar uma APS forte, em 2011 a Portaria nº 2488/2011 publicou a primeira revisão da PNAB, reunindo suas diretrizes, as atribuições profissionais, o papel de cada esfera e o financiamento. Além do detalhamento da função da Atenção Básica na organização do SUS, sendo ordenadora e coordenadora do cuidado. Em 2015 começa uma nova revisão da PNAB, e em setembro de 2017, a Portaria nº 2.4361 instituiu a nova PNAB, que sinaliza mudanças e ameaças a ao modelo assistencial da ESF e aos princípios da universalidade, integralidade e equidade no SUS (ALMEIDA, 2018; FELTRIN, 2019; GIOVANELLA, 2020).

A PNAB 2017, que propõe mudanças significativas nas modalidades e na composição das equipes, pois permitiu estabelecer equipes de Saúde da Família (eSF) com apenas um ACS e equipes AB (eAB) sem ACS. Essa ausência do ACS nas equipes, pode afetar um dos pilares do modelo assistencial que caracteriza a ESF, em seu componente comunitário e de promoção da saúde. Além disso, a concessão da flexibilização da carga horária mínima de dez horas semanais para os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), tende a enfraquecer atuação profissional, sobretudo do médico, na atenção da saúde integral e no cuidado continuado, além disso controle de riscos à saúde da população. O componente multiprofissional interdisciplinar é debilitado com a extinção do credenciamento e financiamento federal aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (FELTRIN, 2019; GIOVANELLA, 2020; SILVA et al, 2021)

Outro ponto discutido, é sobre o novo modelo de financiamento da APS, ao substituir o Piso de Atenção Básica fixo e variável por um incentivo às equipes ESF, através do pagamento por capitação ponderada, ou seja, calculado pelo número de pessoas cadastradas na equipe. Estimativas do COSEMS, SP e do COSEMS, RJ de cálculo das transferências com base na capitação ponderada, sinalizam enormes perdas aos municípios, que estão já sobrecarregados com gastos na saúde. Esta perda de recursos pode ter efeitos drásticos no modelo assistencial da ESF, prejudicando a assistência da população (FELTRIN, 2019; GIOVANELLA, 2020).

É importante ressaltar, que as despesas de saúde com recursos próprios dos municípios crescem gradativamente a cada ano, chegando a mais de 20%, enquanto o repasse do governo federal para os municípios não representa 15%. Aliado a isso, tudo ainda tem a Emenda nº 95 que congela os gastos em saúde do Governo Federal pelos próximos 20 anos (FELTRIN, 2019; SILVA, 2021).

Com essa nova proposta, a ESF é composta, no mínimo, por médico, enfermeiro; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal, destacamos que esses os dois últimos profissionais da saúde bucal não fazem parte da ESF. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local (BRASIL, 2017).

Para cada Equipe de Atenção Básica (EAB) ou de Saúde da Família (ESF) fica estabelecido o cadastro de 2.000 a 3.500 pessoas por equipe, localizada dentro do seu território, o ACS deverá ter na sua microárea no máximo de 750 pessoas (BRASIL, 2017).

Quanto a carga horária de trabalho, para ESF, há a obrigatoriedade 40 (quarenta) horas semanais para os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) ESF no SCNES vigente (BRASIL, 2017).

No que diz respeito às atribuições dos profissionais da ESF, estes deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal. Cabe ressaltar que essas atribuições são divididas em: atribuições comuns a todos os membros da ESF e atribuições específicas (BRASIL, 2017).

Diante do que foi apresentado nesta sessão, pode-se apontar que as mudanças na PNAB 2017 fragilizam a prestação de cuidados, principalmente para as populações mais vulneráveis, considerando principalmente o subfinanciamento na saúde, que dificultam os municípios em manter os gastos na atenção primária.

4.4.2 Sistema de Atenção à Saúde Quilombola

Todo sistema de serviço de saúde tem duas metas principais: uma é otimizar a saúde da população por meio do avanço de conhecimentos sobre as causas das enfermidades, o manejo das doenças e a maximização da saúde. A outra meta, não menos importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, para que nenhum grupo possa estar em desvantagem sistemática em relação ao acesso aos serviços de saúde, visando alcançar um ótimo nível de saúde (STARFIELD, 2002).

Para Paim (2006), a atenção à saúde pode ser examinada basicamente mediante dois enfoques: a) Como resposta social aos problemas e necessidades de saúde e; b) Como um serviço compreendido no interior de processos de produção, distribuição e consumo.

Para melhor compreensão do conceito de saúde formulado por cada indivíduo e das formas como os sujeitos enfrentam o processo saúde-doença, é necessário analisar as suas práticas, à luz do contexto em que são desenvolvidas e reproduzidas, considerando as suas características e especificidades históricas. Isto irá depender da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, culturais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas de cada indivíduo (HELMAN, 2009; FREITAS, 2011; FERRETTI, 2011; SANTOS, 2014;).

Diante disso, a prestação dos cuidados em saúde de qualquer sociedade complexa, é identificado a partir de três tipologias de setores ou de conhecimentos sobrepostos e interconectados: a) O setor profissional, também denominado de oficial; b) O setor informal ou tradicional e; c) O setor popular (HELMAN, 2009).

Nesse alinhamento, observa-se a concepção ampliada de saúde que inspirou a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e que foi incluída na CF de 1988, em dois artigos que dizem respeito a saúde, quais sejam: o Art.196 e o Art. 200.

No que concerne ao Art.196 da CF de 1988, este reconhece a saúde como 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).

No Brasil, apesar do reconhecimento do direito universal à saúde na CF de 1988, ainda são observados grandes traços de iniquidade relacionados à cor da pele, com evidente prejuízo para a população negra, inclusive em relação aos cuidados de saúde. Nesta, destacamos a população que reside nas comunidades quilombolas, formada, em sua maioria, por indivíduos de ancestralidade africana que se apresentam, particularmente, mais vulneráveis, devido às desigualdades sociais e posição geográfica predominantemente rural onde estão situadas tais comunidades (SANTOS, 2014; OLIVEIRA, 2015).

Neste sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) se tornou um modelo estratégico de ampliação da cobertura da APS no país. Essa estratégia representa o eixo central da política de APS e tem o potencial de interferir favoravelmente sobre indicadores de saúde da população, inclusive reduzindo internações por condições sensíveis ao cuidado primário (MARQUES, 2013; BEZERRA, 2016).

Nesse seguimento, o Governo Federal instituiu a Portaria n.º 1.434, de 14 de julho de 2004, aumentando em 50% o valor do repasse relativo às equipes de Saúde da Família e

Saúde Bucal, para os municípios que tivessem comunidades remanescente de quilombos cadastradas em seu território, desde que as equipes de saúde atuassem nas comunidades quilombolas (BRASIL, 2005).

Alguns estudos evidenciam os problemas enfrentados para o funcionamento da ESF nessas comunidades, como a ausência ou a alta rotatividade dos profissionais de nível superior em regiões rurais, a precária infraestrutura para a realização dos atendimentos, falta de medicamentos, o preconceito e atendimento desumanizado por parte dos profissionais de saúde. Essas dificuldades podem constituir barreiras ao acesso e uso dos serviços de saúde e influenciar negativamente a assistência à saúde a esse grupo populacional (SILVA, 2007; GOMES 2013; SANTOS, 2016; GARMELO, 2018).

No âmbito da assistência proposta pelo SUS, o atendimento prioritário às necessidades da população residente em comunidades quilombolas consolida o princípio da equidade (MARQUES, 2013). Portanto, a aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em 2006, veio consolidar as ações e planos voltados para a atenção à saúde da população negra, que ainda persiste sob um quadro de desigualdades ao longo da história (BRASIL, 2007).

A PNSIPN aprovada em 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), publicada em Portaria nº 992/GM (13/05/2009) e convertida em lei pelo Estatuto da Igualdade Racial – Lei 12.288/10, tem com objetivo de promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e discriminação nas instituições e serviços do SUS (BRASIL, 2017).

Portanto, em linhas gerais, a PNSIPN surge como uma medida compensatória na tentativa de minimizar os efeitos da discriminação e da exploração sofridas pelos negros ao longo da história brasileira, já que esse histórico se reflete em vários aspectos, não sendo diferente em relação à saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017)

Cabe ressaltar, que a PNSIPN apresenta como princípio organizativo a transversalidade. Assim, contempla um conjunto de estratégias que resgatam a visão integral do sujeito, impactando todas as áreas do processo do cuidado à saúde, na qual estão incluídas as várias fases do ciclo de vida, as demandas de gênero, as questões relativas à orientação sexual e as doenças genéticas e hereditárias mais comuns da população negra (COSTA, 2011; BRASIL, 2017).

Deste modo, a PNSIPN, ao reconhecer o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde da população, elencou as seguintes diretrizes:

- I. Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde;
- II. Ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde;
- III. Incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;
- IV. Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;
- V. Implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo; e
- VI. Desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades. (BRASIL, 2017, p 31).

Para Gomes (2013), a alta vulnerabilidade das condições de saúde dessas comunidades, aponta para a urgente necessidade de se adotar medidas de prevenção e melhoria da situação de saúde, através do desenvolvimento de ações que envolvam condições sanitárias e ambientais mais adequadas às famílias quilombolas, o que, por conseguinte, irá refletir na melhoria das condições de saúde delas.

Nesse contexto, a aproximação do trabalhador em saúde, com os aspectos culturais de uma determinada população, possibilita que o cuidado prestado por esse profissional ganhe valor e sentido, na medida em que se torna possível compreender a forma de como essas pessoas sentem e vivem a sua saúde (SILVEIRA, 2015).

Gewehr (2017), afirma que existe uma tendência de o saber médico enfatizar somente o diagnóstico e tratamento de doenças, em detrimento de uma visão mais ampla e sistêmica da forma terapêutica (GEWEHR, 2017). A medicina científica sempre se apresentou como detentora do monopólio do saber médico como o único capaz de explicar a etiologia e cura para as enfermidades, tentando desautorizar práticas populares de cuidar e os praticantes do cuidado como benzedeadas, parteiras, curandeiros, feiticeiras, dentre outros (SANTOS, 2012). Portanto esta tendência da monocultura do saber, está desalinhada como os princípios do SUS e as diretrizes da PNSIPN quanto ao processo formação permanente dos profissionais de saúde e o reconhecimento dos saberes e das práticas populares, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas (BRASIL, 2007).

Para Minayo (1991) o fenômeno saúde doença não pode ser entendido à luz unicamente de instrumentos anátomo-fisiológicos da medicina, mas deve considerar a visão de mundo dos diferentes segmentos da sociedade, bem como suas crenças e cultura (MINAYI, 1991).

Lages (2012) observou, em sua vivência profissional, que a perspectiva médica oficial confisca do doente a sua autonomia quanto à sua recuperação, uma vez que essa responsabilidade é colocada nas mãos do médico e da próspera indústria farmacêutica (LAGES, 2012).

De acordo com dados publicizados pela OMS (2002), 60,0% da população mundial e cerca de 80 % da população dos países em desenvolvimento buscam além do serviço biomédico, utilizam práticas tradicionais, que vão desde ao uso de plantas medicinais, rituais de cura, benzimentos, entre outros, nos seus cuidados básicos de saúde (OMS, 2002; SANTOS, 2012).

Segundo Lima (2016), as práticas de autocuidados domésticos da tradição de grupos étnicos se constituem elementos indissociáveis das formas de vida, das cosmovisões e dos sistemas de valores e de significações das culturas locais.

Sousa (2008) destaca que a prestação de cuidados se configura nas mais variadas formas, refletindo os aspectos culturais de cada família. Por isso, o cuidado não pode ser classificado como algo imutável ou específico de um ou outro setor, mas, como fator resultante da interação de questões socioculturais.

Para Santos (2012), é essencial compreender o contexto social e cultural em que o indivíduo está inserido, considerando que estes usuários transitam entre os diferentes setores de atenção à saúde.

Desta forma, o confronto e o diálogo entre os saberes exigem a substituição da monocultura do saber por uma ecologia dos saberes, mas num sentido que supera a ideia de que os saberes não científicos são alternativos ao saber científico. É importante que esse diálogo seja realizado entre os gestores, profissionais de saúde e população, para incentivar a ampliação dos espaços de atenção à saúde e saberes existentes nas comunidades quilombolas, reduzindo as desigualdades em saúde (LAGES, 2012).

Percebe-se que há dois sistemas voltados à saúde que não dialogam entre si (LIMA, 2009). Essas posições reproduzidas denotam que receberam formação respaldada pela classe dominante, legitimada pelo saber científico oficial, face ao desconhecimento da cultura do outro (GEWEHR, 2017).

Portanto, a concepção integral do cuidado requer uma ação interdisciplinar, onde a valorização e o diálogo com outros saberes contribui para uma abordagem ampla e resolutiva do cuidado. Assim, para o desenvolvimento de ações de saúde na perspectiva da integralidade por profissionais da ESF, é importante uma aproximação integral entre os sujeitos que prestam o cuidado e os que recebem o cuidado, estabelecendo uma prática comunicativa como estratégia

para o enfrentamento dos conflitos, rompendo com as velhas estruturas hierarquizadas, tão presentes no modelo de saúde hegemônico.

4.4.3 Processo de Trabalho na Atenção Primária de Saúde

Toda atividade humana é um ato produtivo, que modifica alguma coisa e produz algo novo. Os homens e mulheres, durante toda a sua história, estiveram ligados, de um modo ou outro, aos atos produtivos, alterando a natureza. Há, portanto, uma transformação da natureza pelo trabalho humano (MERHY, 2009).

Para Marx (1985a), o trabalho caracteriza uma interação do homem com o mundo natural, de tal modo que os elementos deste último são conscientemente modificados para alcançar um determinado propósito, com o objetivo de transformar a natureza nos bens necessários à sobrevivência do homem.

O trabalho, nos seus elementos simples, é aquele produtor de valores de uso, pois:

[...] a existência de cada elemento da riqueza material não existente na natureza, sempre teve de ser mediada por uma atividade especial produtiva, adequada a seu fim, que assimila elementos específicos da natureza a necessidades humanas específicas. Como criador de valores de uso, como trabalho útil, é o trabalho, por isso, uma condição de existência do homem, independente de todas as formas de sociedade, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, da vida humana. (MARX, 1985a, p.50, *apud* Cólman e Pola, 2009, p.2).

Marx nos permite fazer, ao mesmo tempo, três distinções em relação ao trabalho humano: por ele, diferenciamo-nos do reino animal; é uma condição necessária ao ser humano em qualquer tempo histórico e; o trabalho assume formas históricas específicas nos diferentes modos de produção da existência humana (FRIGOTTO, 2009).

O trabalho não pode ser analisado somente segundo aspectos técnicos e as diferentes formas, mas devem ser avaliados diante das relações sociais nas quais ocorrem (CÓLMAN; POLA, 2009).

No processo de trabalho, a atividade humana é materializada ou objetivada em valores de uso. “O processo de trabalho, como o apresentamos em seus elementos simples e abstratos, é atividade orientada a um fim para produzir “valores de uso” e “valor de troca” apropriação do natural para satisfazer a necessidades humanas [...]” (MARX, 1985a, p.153 *apud* CÓLMAN; POLA, 2009, p. 1).

Nas sociedades capitalistas, o produto do trabalho do trabalhador é do patrão ou da empresa que o emprega, portanto, o empregado recebe o salário pelo que produziu (MERHY, 2009).

Marx decompôs o processo de trabalho em três elementos comuns a todo trabalho, que são: a) A atividade pessoal do homem propriamente dito; b) O objeto com que se exerce o trabalho e; c) O meio pelo qual ele se concretiza (BRITO, 2016).

De acordo com Brito (2016) e Ribeiro (2004), Taylor foi o percussor da sistematização dos princípios de racionalização do processo produtivo, como uma estratégia elaborada para controlar o capital, visando aumentar a produtividade do trabalho. Em tese, os autores afirmam que a premissa prática da organização do processo de trabalho baseia-se no controle do tempo e nos movimentos prescritos realizados pelos trabalhadores, ou seja, a padronização do trabalho vivo.

No início do Século XX, os resultados da aplicação dos princípios da gerência científica, baseados nas formulações de Taylor, começam a ser conhecidos e ampliados de forma crescente, influenciando não só o trabalho industrial, mas também o trabalho no setor de serviços (RIBEIRO, 2004).

Nos Séculos XVII e XVIII, também houve diversos avanços no campo da saúde, em especial, da saúde pública, balizados pela criação do microscópio. Além disso, as doutrinas econômicas e políticas do capitalismo em ascensão, colocaram o trabalho como um tema estruturante das preocupações importantes dos governos, orientando, inclusive, as ações de saúde pública, por meio dos registros estatais (BRITO, 2016)

Foucault (2011), destaca que foi na consolidação dos Estados Modernos e do capitalismo, que a saúde se tornou um objeto de valor para o modo de produção da sociedade, cabível de comercialização e geradora de poder e de riqueza para os países. Desta forma, as práticas em saúde passaram a ser utilizadas como formas de controlar o corpo, normatizando espaços, processos e indivíduos, sem objetivar a saúde, mas sustentar o capitalismo emergente.

Até a segunda metade do Século XIX, o conhecimento acerca do processo saúde-doença era alicerçado em conceituações de diferentes concepções teóricas e ideológicas que relacionavam os aspectos sociais e ambientais. Com advento da descoberta da bactéria por Pasteur e de Koch, a Medicina passa por profundas mudanças, quando as práticas de saúde, que deixaram de ser orientadas para as pessoas e centraram-se nas doenças, abandonando as questões sociais do processo, desta forma, abrindo espaço para o surgimento de práticas individuais de saúde (BRITO, 2016).

Nesse alinhamento, Merhy (2009), considera o trabalho em saúde como sendo uma ação intencional, centrada no trabalho vivo e os seus produtos na saúde, dotado de uma particularidade que traz uma certa materialidade simbólica. O trabalho vivo representa um ato, ou seja, o trabalho humano, no exato momento em que é executado, determina a produção do cuidado. Portanto, o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas e máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias.

É importante ressaltar que, os trabalhadores da saúde utilizam-se de três tecnologias na produção do cuidado, quais sejam: a) Instrumentos-tecnologias duras; b) O saber técnico estruturado tecnologias leveduras e; c) As relações entre sujeitos tecnologias-leves, arranjando de modo diferente uma com a outra, conforme o seu modo de produzir o cuidado. Assim, o trabalho em saúde é sempre executado por um trabalhador coletivo, para atender as necessidades de saúde, que e configura como objeto real do trabalho em saúde (MERHY, 2000; MERHY, 2003; MERHY, 2009).

Os instrumentos tecnologias-duras se caracterizam como ferramentas que permitem manusear o estetoscópio, o endoscópio e outros equipamentos que possibilitam perscrutar, acessar dados físicos, exames laboratoriais e imagens, necessários para alimentar o raciocínio clínico e todos os outros equipamentos e medicamentos utilizados nas intervenções terapêuticas (MERHY, 2000; MERHY, 2003).

O saber técnico estruturado em tecnologias leveduras, permite processar o olhar do médico sobre o usuário, como objeto de sua intervenção, num processo de apreensão de seu mundo e de suas necessidades a partir de um certo ponto de vista (MERHY, 2000; MERHY, 2003).

As relações entre sujeitos tecnologias-leves estão inseridas num espaço subordinado, reduzido a situações objetais entre trabalhador e usuário sob a forma de procedimentos. Esta, permite a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuários mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança. É a que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico do médico (MERHY, 2000; MERHY, 2009).

Ainda de acordo com Merhy (2009), o debate em torno do processo de trabalho tem-se mostrado extremamente importante para a compreensão da organização da assistência à saúde e, fundamentalmente, de sua potência transformadora, particularmente quando nos debruçamos sobre a micropolítica de organização do trabalho.

Para Deslandes (2002), o processo de trabalho produzidos nos serviços de saúde público, diferencia-se das outras formas de produção material e industrial na medida em que produz serviços, que tem peculiaridade de ser consumido quando é produzido. Ressalta ainda que o trabalho em saúde é, apesar do desenvolvimento tecnológico, articulado por um relativo nível de domínio do processo de trabalho desigualmente distribuído entre os agentes de saúde.

Vale ressaltar que o processo de implantação do SUS vem sendo acompanhado por discussões fomentadas no campo da saúde coletiva, gerando nós críticos de análise. Dentre eles, o processo do trabalho em saúde na compreensão de (SANTOS, 2018). Nesse contexto, será abordado a seguir o processo de trabalho em saúde na ESF.

A ESF se configura como um instrumento importante e mobilizador de mudanças, ao propor atenção contínua a uma população de território definido, cuidado integral à saúde das famílias, por meio do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional, considerando seu contexto familiar e seus valores socioculturais (SILVEIRA, 2015; SANTOS, 2018).

A ESF, ao transitar pelo território subjetivo do trabalho vivo em ato na saúde, potencializa as redes vivas de cuidado, que se desenham no território de tecnologias-leves, sem deixar de considerar, contudo, a importância das demais tecnologias. Tais tecnologias-leves se apresentam como as práticas de acolhimento, de escuta e de diálogo (MERHY, 2009; SANTOS, 2018).

Neste contexto, é responsabilidade da ESF gerir as demandas de saúde de maior frequência do seu território, considerando os critérios de risco, a dinamicidade e as características próprias de uma determinada população ou grupo. Assim, a aproximação do trabalhador de saúde com a cultura de uma população possibilita uma melhor prestação de cuidados em saúde, quando estes profissionais têm uma melhor compreensão de como as pessoas sentem e vivenciam a sua saúde (SILVERIA 2015).

5 MATERIAL E MÉTODOS

O método é a fundamentação que orienta o processo de escolha dos procedimentos de levantamento e análise dos dados. Pode-se atribuir ao método o caminho a percorrer e o potencial de apresentar ou apontar soluções do problema do estudo (LAKATOS; MARCONI, 2011).

A presente investigação surgiu com o interesse de analisar as condições sociais e as práticas de cuidados da Atenção Primária, voltadas para a saúde dos idosos em comunidades quilombolas de um município da Baixada Maranhense.

Desta forma, optamos em realizar um estudo exploratório, de abordagem quantitativa e qualitativa, para melhor compreensão dessas realidades. Entretanto, os dados quantitativos foram coletados e analisados no primeiro momento da pesquisa, em seguida da mesma maneira foi realizado com os dados qualitativos. É importante ressaltar que, este estudo faz parte do projeto “*Condições de Vida e Saúde dos Idosos Quilombolas de uma Cidade da Baixada Maranhense*”.

Segundo Yin (2015), o estudo exploratório contribui para esclarecer uma situação na qual as informações são escassas. O objetivo é prover o pesquisador de maior conhecimento sobre o tema ou problema da pesquisa.

A combinação de dados quantitativos e qualitativos possibilita o entendimento melhor do problema da pesquisa ao confluir tanto as tendências numéricas quantitativas, quanto as particularidades da pesquisa qualitativa (CRESWELL, 2007). Quanto ao aspecto metodológico, não há contradição nem continuidade entre as duas formas de investigação. Do ponto de vista epistemológico, nenhuma das abordagens é mais científica do que a outra, mas são de naturezas diferentes. Portanto, nas abordagens quantitativa e a qualitativa a relação não pode ser pensada como de oposição ou contrariedade (MINAYO; SANCHES; 1993; BRUGGEMANN; PARPINELLI, 2008).

De acordo com Sousa et al. (2007), a pesquisa quantitativa adota estratégia sistemática e objetiva para gerar e refinar o conhecimento, o que possibilita uma aproximação inicial com o objeto da pesquisa. Nessa pesquisa, realizou-se um estudo transversal, na qual as variáveis são identificadas em certo ponto no tempo e as relações entre as mesmas são determinadas.

Segundo Minayo (1992), a pesquisa qualitativa permite explorar uma realidade através do aprofundamento de significados, atitudes, crenças, valores e relações humanas.

5.1 Situando as comunidades de Bequimão - MA: conhecendo a localização

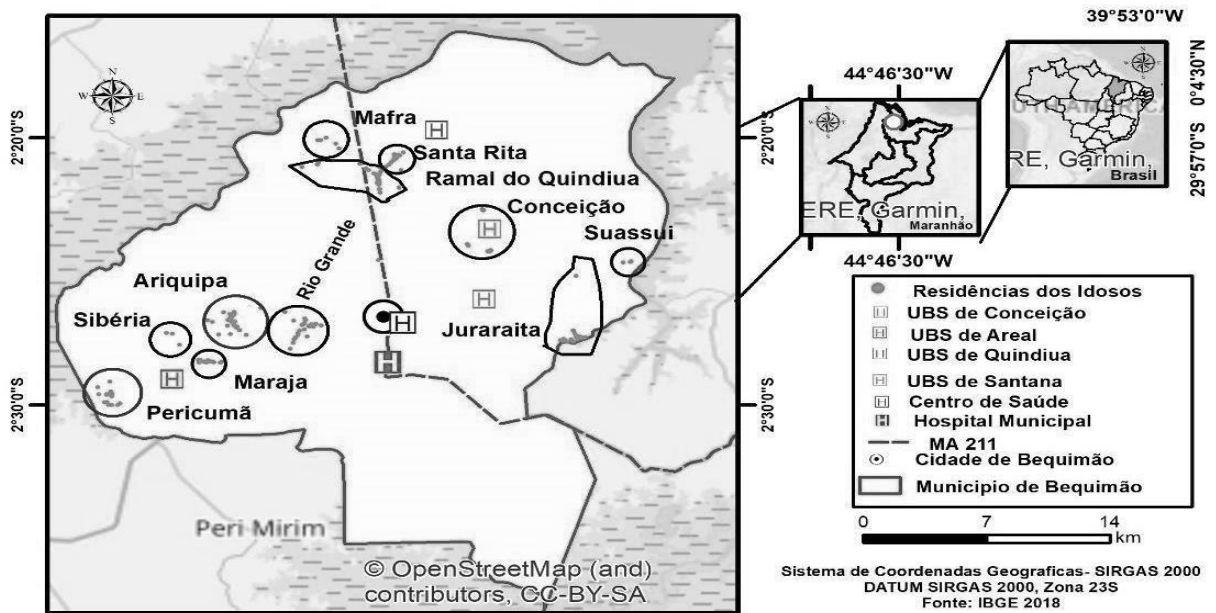
O Município de Bequimão está inserido na mesorregião do Norte e microrregião da Baixada Ocidental Maranhense. A área total do município é de 761,49 km² e dista da capital São Luís 75 km. Segundo o censo do IBGE, a população estimada para 2010 foi de 20.344, desses 67,5% vivem na zona rural, 32,5% na zona urbana e 12,3% são idosos. A estimativa é de 21.260 habitantes para o ano de 2018 (IBGE,2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM), foi estimado em 0,601, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano médio (IDHM entre 0,600 e 0,699) e R\$ 5.341,00 (MARANHÃO, 2018).

A pesquisa foi desenvolvida em 11 comunidades quilombolas do município de Bequimão - MA. Essas comunidades são oficialmente reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares e pelo Ministério da Cultura no § 4º do art. 3º do Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Assim, foram incluídas na pesquisa as comunidades de Ariquipá, Suassuí, Sibéria, Pericumã, Juraraitá, Mafra, Santa Rita, Conceição, Ramal do Quidiua, Rio Grande e Marajá. O mapa, apresentado na Figura 1, mostra a localização geográfica dessas comunidades quilombolas em Bequimão, Maranhão, Brasil, 2020.

A Figura 1, permite identificar e visualizar a delimitação das áreas pertencentes a cada comunidade quilombola do estudo. Também é possível observar que as comunidades quilombolas se localizam por quase todo o território do município de Bequimão (na zona rural), com exceção da área sul do município, que não tem o registro da presença de comunidades quilombolas certificados. De acordo com o mapa, ainda é possível visualizar as comunidades com maior concentração de residências de idosos. Foram contabilizados 212 idosos nesta pesquisa. As comunidades com maior número de idosos foram: Ariquipá (43), Ramal do Quindiuá (34), Rio Grande (29), Pericumã (21), Santa Rita (21), Juraraitá (20) e Marajá (20). E as com menor quantidade de idosos são as comunidades quilombolas de Conceição (8), Mafra (8), Sibéria (4) e Sassuí (4). Para melhor entendimento dos percursos metodológicos utilizados nesta pesquisa, as etapas das duas abordagens são descritas em separado.

Figura 1. Localização geográfica das comunidades quilombolas certificadas em Bequimão, Maranhão, Brasil, 2020



Fonte: Extraído do IBGE (2020)

A Figura 2 (registro realizada antes da pandemia), demonstra o momento do processo de coleta de dado (informação sobre a pesquisa, termo de consentimento, aplicação dos questionários, medidas antropométricas, aferição da pressão arterial e glicemia capilar).

Figura 2. Processo de coleta de dados realizado na Comunidade de Pericumã, localizada em Bequimão, Maranhão, Brasil, 2020



Fonte: Dados originais da pesquisa.

5.2 Tecendo o caminho para o campo de estudo

A pesquisa iniciou no final do primeiro semestre de 2018. No primeiro momento, foram realizadas algumas reuniões com a presença dos Gestores Municipais, Prefeito, Secretária de Igualdade Racial, Secretaria de Saúde e Assistência Social, lideranças comunitárias e profissionais das equipes de Saúde da Família. Nesses encontros apresentamos o projeto com as respectivas estratégias de execução.

Aproveitamos a oportunidade, explicitamos a dinâmica, cronograma das coletas de dados que iniciaria no primeiro semestre de 2018 e as devolutivas para os idosos e comunidades pertencentes ao estudo, a partir do primeiro e semestre de 2019, de acordo com o cronograma das atividades do município e/ou das atividades da comunidade. Além disso, dentro dessa logística, solicitamos transporte para realização das coletas e alimentação do grupo de pesquisa composto por docentes e discentes dos cursos de enfermagem e medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Campus Pinheiro, nos dias da coleta.

Foi solicitado aos ACS um levantamento prévio do número de idosos por sexo e data de nascimento em cada comunidade, resultando uma lista que contabilizou o total de 212 idosos. No dia 06 de junho de 2018 iniciamos as coletas dos dados quantitativos nas comunidades. Esta etapa foi finalizada em dezembro de 2018.

Esta fase da pesquisa proporcionou maior integração com as comunidades, as lideranças comunitárias e com os profissionais das equipes de Saúde da Família (ESF), facilitando a entrada no campo e a observação dos possíveis informantes da pesquisa qualitativa, que em alguns momentos foi realizada concomitantemente com a pesquisa quantitativa, bem como mapeamento das equipes e dos praticantes dos saberes de saúde tradicionais.

5.3 Fase 1 - Abordagem Quantitativa

A investigação quantitativa constitui na formulação da seguinte hipótese: os idosos das comunidades quilombolas da baixada maranhense vivem em condições sociais e de saúde piores do que as de outros idosos de populações não quilombolas, refletindo, desta forma, as desigualdades sociais.

O quantitativo de idosos na faixa etária de 60 anos ou mais, conforme a lista fornecida pelos ACS de cada comunidade quilombola, totalizou 212 indivíduos. Destes, a população avaliada foi de 208 idosos, devido a recusas e dificuldades de encontrar tais sujeitos

em duas tentativas realizadas em datas distintas. Os idosos foram convidados a participar da pesquisa, após aceitação era lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) que esclarecia os objetivos do estudo, garantia o anonimato dos sujeitos e a liberdade de desistência em qualquer momento da entrevista.

Para averiguar a hipótese do estudo foi utilizado o questionário geral do projeto, que foi baseado no questionário da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS). A Pesquisa Nacional de Saúde - PNS foi elaborada para coletar informações sobre o desempenho do sistema nacional de saúde no que se refere ao acesso e uso dos serviços disponíveis e à continuidade dos cuidados, bem como sobre as condições de saúde da população, a vigilância de doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco a elas associados (IBGE, 2010).

Para caracterizar as condições socioeconômicas e demográficas dos idosos, nesta presente pesquisa foram utilizadas as variáveis: sexo, idade, raça/cor da pele, estado civil, número de moradores por domicílio, habilidades em leitura e escrita (alfabetização), renda familiar em reais, estrato socioeconômico conforme Classe Social pelo Novo Critério Brasil (ABEP) do ano de 2015, recebimento de benefício de aposentadoria, benefício de bolsa família.

Para descrever as condições de moradia e sanitárias foram estudadas as variáveis: material apropriado usado na construção da parede (alvenaria com ou sem revestimento), cobertura (telha, laje), piso (cerâmica, cimento), número de cômodos, abastecimento de água, tratamento da água para consumo, esgotamento sanitário. Nesta pesquisa foram utilizadas variáveis do questionário geral presentes nos módulos A, B, C, D, F, I, K, L (Apêndice B).

A Figura 3 caracteriza a estrutura física predial das comunidades, com casas de alvenaria e taipa revestida e não revestida, a rede elétrica e a condições da estrada que dão acesso as localidades.

Figura 3. Estrutura física predial, das comunidades quilombolas, localizada em Bequimão, Maranhão, Brasil, 2020



Fonte: Dados originais da pesquisa

As variáveis das condições de saúde e comportamento de saúde da população foram: autoavaliação do estado de saúde, possuir plano privado de saúde, ter diagnóstico médico de alguma doença/condição crônica, realizar tratamento com plantas medicinais e fitoterapia, praticar atividade física, fumar atualmente ou já ter fumado no passado. A autoavaliação em saúde quando referida como muito boa e/ou boa, foi agregada como positiva, em contraste, quando autorreferida como regular, ruim e/ou muito ruim, foi considerada negativa.

Para o cálculo do número de doenças ou condições crônicas foram somadas todas as descritas no instrumento de coleta, como: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), problema de coluna, dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco, artrite ou reumatismo, colesterol elevado, Diabetes Mellitus (DM), asma ou bronquite, doenças do coração, doenças no pulmão, AVC (*Acidente Vascular Cerebral*) e derrame, Infarto, problema de DORT (Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho), problema de depressão, angina, insuficiência renal crônica, câncer, insuficiência cardíaca. O glaucoma/catarata foi incluído apenas como morbidade referida, pois catarata não representa uma condição crônica. Todas as demais morbidades foram agregadas com o intuito de verificar a prevalência de comorbidades (≥ 2 doenças crônicas), segundo sexo e idade.

Antes do início da coleta foram selecionados alunos do curso de medicina e enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, Campus Pinheiro - MA, para atuarem como entrevistadores. Os alunos selecionados passaram por treinamento com a carga horária de 8 h, para preenchimento do instrumento da pesquisa, aferição das medidas antropométricas, aferição de pressão arterial e glicemia capilar. Foi feito um piloto no para ajustes do instrumento início do mês de junho como idosos da comunidade de Paricatiua, próximo a UBS de Conceição. Após essa fase, iniciou-se a coleta dos dados no mês de junho, finalizada em dezembro de 2018. Para aplicação dos questionários, aferição das medidas antropométricas, PA, glicemia capilar) contamos com o apoio técnico e a logística da Secretaria Municipal de Assistência Social de Bequimão, das equipes da Estratégia de Saúde da Família e das lideranças comunitárias locais.

As coletas de dados foram realizadas nas comunidades quilombolas em diversos espaços como: centros comunitários, escolas, associações, igrejas e em UBS de Conceição. A escolha dos espaços ficou a critério das Secretaria de Ação Social, da Secretaria de Saúde e da comunidade e em dias de semana (de segunda à sexta feira) e em horário comercial.

Os dados coletados foram digitados em programa estatístico *Epinfo versão 7*. Mediante técnica de dupla digitação dos valores, com vistas à verificação e correção de

possíveis erros de digitação. Em seguida, estes dados foram analisados no programa *Stata*[®] versão 14, com técnicas de estatística descritiva, Teste Exact de Fisher ou teste de Qui-quadrado ($\alpha = 5\%$) para verificar se as prevalências das morbidades referidas e sexo e as comorbidades e grupos de idade e sexo diferem estatisticamente.

5.4 Fase 2 - Abordagem Qualitativa

5.4.1 Elementos Norteadores para a Pesquisa: problema, objetivos e metodologia

Partindo do pressuposto que as populações de idosos remanescentes de quilombolas de Bequimão mantêm características sociais e de saúde culturalmente específicas, acrescido o limitado alcance das políticas públicas oficiais de saúde na localidade, considera-se que as práticas tradicionais de saúde no enfrentamento do adoecimento representam alternativa terapêutica para as enfermidades na comunidade, contribuindo para a manutenção da saúde local.

Depois de situar as comunidades quilombolas certificadas de Bequimão, bem como os equipamentos de saúde oficiais existentes, que servem de referência para cada comunidade, o problema norteador da pesquisa qualitativa envolve duas questões: Como as práticas de cuidados na Atenção Básica têm atuado especificamente na saúde dos idosos? Que tipo de práticas tradicionais de saúde existem nas comunidades quilombolas? Existe complementariedade na atuação destas distintas racionalidades?

Não se trata de considerar a permanência das práticas tradicionais de saúde nas comunidades como efeito de uma “insuficiente” atuação dos serviços de saúde para atender à demanda de saúde dos idosos nas comunidades. Pretende-se compreender o contexto das interações destes agentes sociais, bem como as práticas de saúde realizadas tanto pelos especialistas da biomedicina quanto os da cultura popular.

Para tanto, buscou-se compreender a dinâmica de trabalho na atenção primária, as condições e o processo de trabalho, incluindo as relações de profissionais de saúde com os usuários. Paralelamente, buscamos descrever as relações de proximidade e/ou de distanciamento de profissionais de saúde com as demais práticas de saúde relativas aos saberes populares nos territórios quilombolas.

Para entender melhor a dinâmica e as condições de trabalho das equipes da ESF, mapeamos as comunidades de abrangências de tais equipes e as UBS de referência para o

atendimento da população em geral e dos idosos, em particular, de cada comunidade estudada (Quadro 3).

O critério de escolha das ESF foi o daquelas que acompanhavam as 11 comunidades quilombolas integrantes deste estudo. Portanto, ficaram organizadas da seguinte forma:

QUADRO 3. Equipes de saúde, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e suas áreas/ comunidades quilombolas adscritas em Bequimão, Maranhão, Brasil, 2020

Equipe UBS	Área/Comunidades de Adscrição
Equipe 1 UBS de Areal	Monte Alegre, Chega e Vira, Centrinho, Águas Belas, São João, Rio Grande, Pericumã, Ariquipá, Marajá e Sibéria (<u>Rio Grande</u> , <u>Pericumã</u> , <u>Ariquipá</u> , <u>Marajá</u> e <u>Sibéria</u> são comunidades quilombolas certificadas)
Equipe 2 UBS de Quindiuá	Mafra, Ramal do Quindiuá, Santa Rita, Quindiuá, Jacaretiua, Santana do Quindiuá, Quindiuá de Baixo (<u>Mafra</u> , <u>Ramal do Quindiuá</u> e <u>Santa Rita</u> são comunidades quilombolas certificadas)
Equipe 3 UBS de Santana	Centrinho do Santana, Santana, Santa Vitória, Floresta, Calhau, Itaputiua, Iribui, Ponta do Soares, Sassuí e Jaruraraítá (<u>Sassuí</u> e <u>Jaruraraítá</u> são comunidades quilombolas certificadas)
Equipe 4 UBS de Conceição	Paricatiua, Boa Vista 1, Boa Vista 2, Iriritiua, Itapera, Bacabal, Estiva, Ferro de Engomar, Bacurizeiro, Bemfica, Beira do Campo, Conceição (<u>Conceição</u> é a comunidade quilombola certificada)

Fonte: Elaboração própria

Para acompanhar e entender melhor a dinâmica de cada equipe, formulamos um quadro que identificava cada equipe de Saúde da Família com o nome e a quantidade de ACS, número de família, número de idosos, se tinham acompanhamento do NASF e a presença da equipe de Saúde Bucal (eSB).

As equipes de Saúde da Família foram acompanhadas nos dias já agendados no cronograma mensal, elaborado pela equipe, devido às dificuldades de acesso às comunidades quilombolas. No entanto, entramos em contato com as diretoras das UBS para combinar as datas deste acompanhamento. As visitas às UBS de Areal, Quindiuá e Santana foram feitas no mês de julho de 2019, na UBS de Conceição fomos no final do mês de agosto.

Na Figura 4, registramos as dificuldades do acesso a população quilombolas, enfrentadas pelos profissionais de saúde para prestar assistências as comunidades quilombolas e rurais. Desafios que os idosos têm vivenciado, principalmente, no período chuvoso.

Figura 4. Dificuldades de acesso às comunidades quilombolas, localizadas em Bequimão, Maranhão, Brasil, 2020



Fonte: Dados originais da pesquisa

A abordagem qualitativa utilizou o método etnográfico. Para além do levantamento bibliográfico, o trabalho de campo foi realizado a partir da técnica de observação participante, cujo registro foi realizado em diário de campo. Esse instrumento foi utilizado para registro da observação, descrevendo as reflexões pessoais, assim como as vivências, as percepções, as expectativas, as relações estabelecidas com os sujeitos e o campo. Posteriormente, a organização e análise dos dados obtidos durante o trabalho de campo foram descritos na forma etnográfica.

Malinowski (1984), ressalta a necessidade de anotar as observações em um diário de campo, de se prestar atenção às situações esperadas e inesperadas do dia a dia e de aprender a língua e os costumes dos sujeitos observados, os chamados "nativos". O pesquisador para adentrar no campo não é uma tarefa fácil, mas que requer habilidades para observar, mesmo sendo notado naquele território. O observador participante tem mais condições de compreender os hábitos, atitudes, interesses, relações pessoais e características da vida cotidiana da comunidade (RODRIGUES, 2012). É importante ressaltar, que não é uma observação comum,

mas que tem a finalidade de descrever uma problemática previamente definida, que requer um treinamento específico (VÍCTORA et al, 2000).

É importante lembrar de uma das recomendações de Malinowski para o trabalho de campo, quando sugere que o “etnógrafo, de vez em quando deixe de lado a máquina fotográfica, lápis e caderno, e participe pessoalmente do que está acontecendo.” (MALINOWSKI, 1978, p. 31) ao seu redor. Assim, o/a pesquisador/a pode participar das atividades, conversas, junto à comunidade estudada sem ficar preso/a o tempo todo aos seus instrumentos de pesquisa. Estes momentos são importantes para que a comunidade perceba que o/a pesquisador/a também pode fazer outras atividades interacionais sem se colocar o tempo todo como pesquisador/a.

A Figura 5, representada pelo processo de fabricação da farinha, local de trabalho, observado a presença de adultos e idosos, além disso local de conversas, cantorias e muita descontração. Geralmente a farinha produzida pode ser de um só dono, que paga os trabalhadores com uma parte da farinha produzida.

Figura 5. Acompanhamento das atividades nas comunidades quilombolas, localizadas em Bequimão, Maranhão, Brasil, 2020



Fonte: Dados originais da pesquisa

A Figura 6, caracteriza o modo do preparo da alimentação da maioria dos quilombolas, o cozimento na lenha no fogão de barro.

Figura 6. Participando do almoço feito no fogão a lenha na comunidade quilombola, localizadas em Bequimão, Maranhão, Brasil, 2020



Fonte: Dados originais da pesquisa

O acompanhamento das equipes foi fundamental para obter informações para a compreensão da realidade em análise, especialmente sobre: o processo de trabalho, as condições de trabalho, as relações de cooperação e de conflito existentes entre os profissionais de saúde e a comunidade, as relações dos profissionais com os idosos, usuários do SUS, nas questões voltadas às ações de saúde, e, por último, mas não menos importante, as relações dos profissionais de saúde da atenção básica com os praticantes dos saberes tradicionais, frequentemente idosos, no que tange aos cuidados de saúde.

O trabalho de campo, que compreendeu as idas às comunidades para acompanhamento das equipes da SF, visando vivenciar o dia a dia da comunidade, assim como participar de festividades locais, como a semana do bebê quilombola, oficinas de tambor de crioula, oficinas de benefícios de ervas cultivadas na comunidade, organizadas pela Secretaria

de Igualdade Racial, Secretaria de Assistência Social e a participação do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Dessa forma, foi possível não apenas observar, como principalmente conviver, conversar e, sobretudo ouvir profissionais de saúde e integrantes da comunidade acerca de suas lembranças, perspectivas e pontos de vistas. Assim, criando oportunidade de o pesquisador ter experiências e compreensões sobre os atores e eventos vividos, no intuito de demonstrar a(s) perspectiva(s) dos interlocutores dentro do grupo pesquisado (MALINOWSKI, 1978; ANGROSINO, 2009; LOPES, 2019).

A Unidade Básica de Saúde apresentada na Figura 7 é a única que está localizada em uma comunidade quilombola, conhecida como comunidade Conceição.

Figura 7. Unidade Básica de Saúde da comunidade quilombola Conceição, localizadas em Bequimão, Maranhão, Brasil, 2020



Fonte: Dados originais da pesquisa

5.5 Aspectos éticos

Todos os procedimentos desta pesquisa respeitaram aos princípios éticos dispostos na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Todos os

participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, e foi a eles garantido a privacidade e o sigilo das informações. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão com o parecer número 2.476.488 em 28 de janeiro de 2018.

6 RESULTADOS

Os resultados observados na presente Tese foram organizados em dois artigos. Nesse alinhamento, o Artigo 1, de natureza quantitativa, dispõe sobre as condições socioambientais, sanitárias e de saúde dos idosos residentes em comunidades quilombolas, localizadas na região da Baixada Maranhense, sobretudo, no Município de Pinheiro. O Artigo 2, compreende o processo de trabalho dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) no que diz respeito à saúde dos idosos e a existência (ou não) de diálogo com as práticas de tradicionais de saúde, conforme a seguir:

6.1 Artigo 1

Survey of the living conditions and health status of older persons living in Quilombola communities in Bequimão, Brazil: the IQIBEQ Project.

Publicado no *Journal of Public Health: From Theory to Practice*.

Fator de impacto 0,82; Qualis A2

Costa ASV; Rodrigues LS; Cabral JDJr; Coimbra LC; Oliveira BLCA

Abstract

Aim To analyze the socioeconomic conditions and health status of older persons living in 11 Quilombola communities (settlements originally created by escaped slaves) in the Baixada Maranhense region, Brazil.

Subjects and methods A cross-sectional household survey of the socioeconomic status, sanitary conditions, health behavior, and self-reported morbidities was conducted with 208 older persons. Fisher's exact test and the chi-squared test were performed ($\alpha = 5\%$) to determine statistically significant gender and age differences in the prevalence of morbidities and multimorbidities (≥ 2 and ≥ 3 diseases). The respondents were categorized into three age ranges: 60 to 69 years, 70 to 79 years, and ≥ 80 years.

Results The median age was 70. The majority of respondents had poor socioeconomic status and sanitary conditions and showed poor results across all dimensions of health (self-reported health status, limitations in performing activities of daily living, and leisure time physical activity). The most prevalent morbidities were high blood pressure, back problems, and glaucoma/cataracts. Statistically significant gender differences were only found for high cholesterol, asthma/bronchitis, and cancer ($p < 0.05$). The prevalence of multimorbidity was found to be high (52.9% for ≥ 2 diseases and 26.4% for ≥ 3 diseases; $p < 0.001$). The prevalence of both groups of multimorbidity was greater among women ($p < 0.05$) and in the 70 to 79-year age group. Statistically significant differences in prevalence rates across age groups were found among men for both multimorbidity groups (≥ 2 chronic diseases, $p = 0.003$, and ≥ 3 chronic diseases, $p < 0.001$).

Conclusion The findings show that older Quilombolas experience poor health and social conditions characterized by the lack of public investment to bring their health status in line with that of the general population.

Keywords Older persons · Social conditions · Groups of African descent · Health status · Health surveys

Introduction

Population aging is a global phenomenon and is strongly linked to socioeconomic and health status, lifestyle, and social and health behaviors. In Brazil, inequalities in the living conditions and health status of older persons vary according to

sex, race, and place of residence and are particularly pronounced among vulnerable groups living in remote areas (Faller and Marcon 2013; Oliveira et al. 2014a; World Health Organization 2015).

Various nationwide surveys involving the general older population have been conducted in Brazil. However, few

population-based surveys have been undertaken with groups

of socially vulnerable older persons with specific characteristics and needs, such as remote Quilombola, indigenous, and rural communities that have historically experienced social exclusion (Oliveira et al. 2014b; Melo et al. 2017; Silva et al. 2018).

Quilombola communities are territories largely made up of descendants of escaped slaves. They are spaces of resistance and struggle for rights and the conservation of cultural and religious beliefs, values, and traditional practices rooted in

* Andréa Suzana Vieira Costa
asvcosta@yahoo.com.br

¹ Medical School Coordination, Federal University of Maranhão, Pinheiro-Pacas, km10, Neighborhood Enseada, Pinheiro, Maranhão 65200-000, Brazil

² Postgraduate in Public Health at the Federal University of Maranhão, Rua Barão de Itapary, no 227, center, São Luiz, MA. 65020-560, Brazil

their African ancestry. Quilombos emerged as an alternative for the collective survival of slaves who refused to accept the rules imposed by the Brazilian colonial system. Today, they constitute an expression of the history of resistance to exclusion by black people who have been deprived of property and continue to experience precarious living conditions and social exclusion (Silva 2015; Silva et al. 2016).

Officially recognized Quilombola communities are found across all regions of Brazil. Their geographical distribution is related to the racial formation process and settlement policy implemented during the period of Portuguese colonization (from the discovery of the country in 1500 to independence in 1822) and the imperial governments (from independence in 1822 until the abolition of slavery in 1888 and subsequent emergence of the Republic in 1889). The majority of Quilombola communities are concentrated in the country's Northeast Region, particularly in the states of Maranhão (27.7%) and Bahia (30%). The Baixada Maranhense region concentrates the largest number of *Quilombola* communities in Maranhão, with more than a third of the state's Quilombos ($n=200$; 36.2%). The few studies of Quilombola communities in Brazil show that the majority of families live in poverty, depend on the government benefits program *Programa Bolsa Família*, declare themselves black or brown, and live in places with poor household and community sanitation facilities (Brasil 2012; Bezerra et al. 2014; Kochergin et al. 2014). With regard to health, a study of 27 Quilombola communities in 15 municipalities in the State of Maranhão reported a lack of adequate health care and disease prevention strategies, a shortfall of doctors and primary healthcare facilities, and the presence of neglected diseases (Silva et al. 2016).

The available data on the general Quilombola population provide overall estimates of socioeconomic and health status, thus concealing substantial differences among particular groups, such as older persons, whose situation is often worse than that of the general older population, as disadvantages overlap throughout the life cycle and are reproduced across generations. In view of the above, research on the socioeconomic and health status of older Quilombolas can provide valuable inputs for managers and healthcare professionals to inform the implementation of social and health actions that seek to promote well-being, health, and quality of life in this group.

This study therefore analyzes socioeconomic conditions and health status among older persons living in Quilombola communities in the Baixada Maranhense region in northeast Brazil.

Materials and methods

Study area and population

This study is part of the "Population Survey of the Living Conditions and Health Status of Older Persons Living in

Quilombola Communities in the Baixada Maranhense Region" (*IQUIBEQP project*), a cross-sectional household survey conducted in 11 communities in Bequimão, Maranhão. All communities are officially recognized as Quilombola communities by the Palmares Cultural Foundation and Ministry of Culture, which oversee the community certification process (Map 1).

Bequimão is located in the North Mesoregion and Baixada Ocidental Maranhense Microregion on the side of Highway MA-211, 83 km from the state capital, São Luís, and 31 km from the Campus Expansion of the Federal University of Maranhão (UFMA, acronym in Portuguese) in Pinheiro. In 2010, Bequimão had a total area of 761.49 km²; a population of 20,344 inhabitants (67.5% living in rural areas; $n=13,732$ persons), 12.3% of whom were older persons (≥ 60 years; $n=2500$); Human Development Index (HDI) of 0.601; Gini index of 0.558; and Gross Domestic Product per capita of R\$ 2754.37. In 2018, the population was estimated at 21,260 inhabitants.

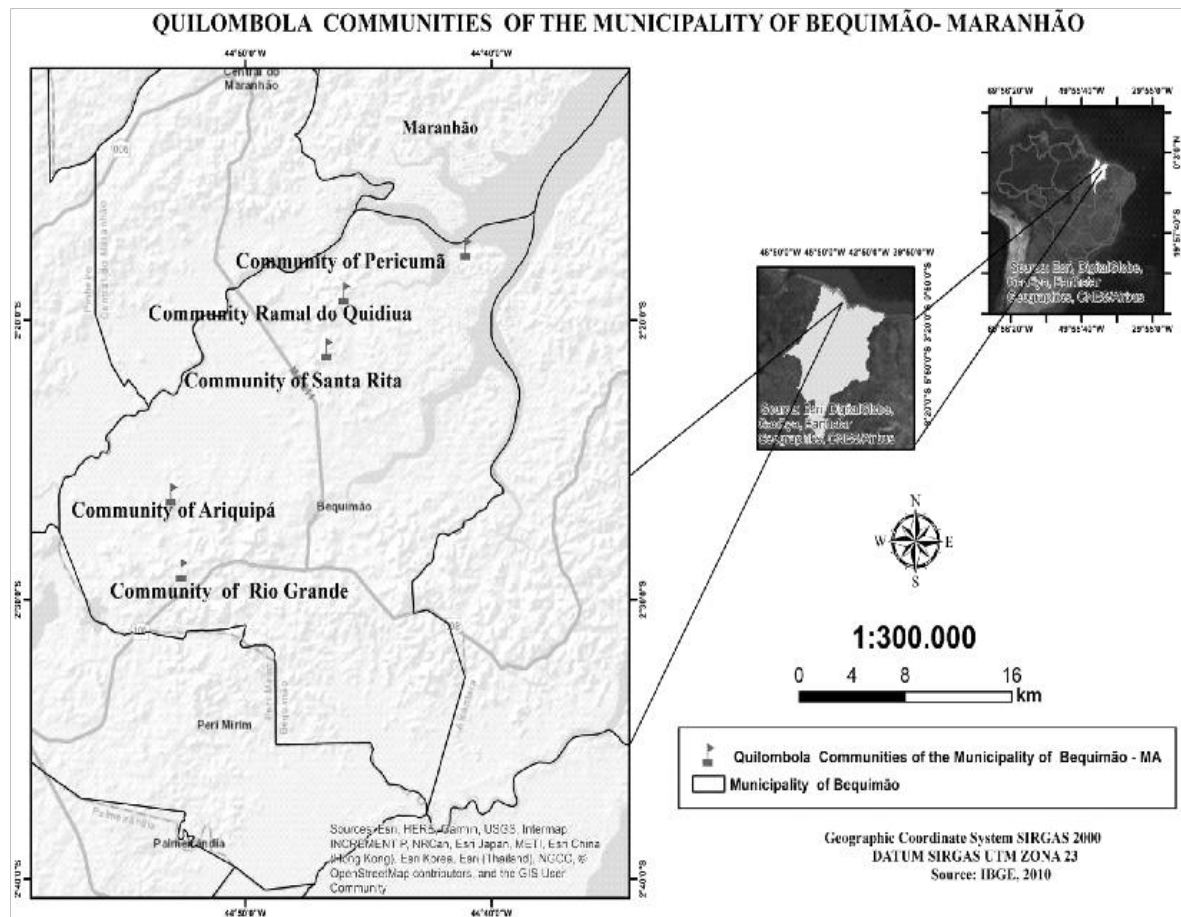
The study population comprised persons aged ≥ 60 years living in communities selected in coordination with the local social services department and with the help of community health agents (CHAs) from the respective communities. The CHAs conducted a census to find out the number of elderly people in the communities, producing a list of 220 older persons with information on sex and date of birth. All the people on the list were invited to participate in the study. Refusals and difficulties in finding individuals on two visits to the communities on different dates resulted in a final study sample of 208 older persons.

Data were collected on weekdays during office hours between July and October 2018. A pilot study was conducted prior to the main study to adjust the instruments and for the purposes of interviewer training. The interviewers used a manual to clarify any doubts.

Variables and questionnaires

Two questionnaires were administered. The first investigated socioeconomic characteristics, health status, access to and use of healthcare services, and surveillance of noncommunicable diseases and associated risk factors. The second was the Mini Mental State Examination (MMSE).

The following variables were used for the purposes of this study: sex; age; race/skin color; marital status; number of household members; education level; family income in Brazilian reals; socioeconomic status according to the *Novo Critério Brasil* (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa 2018), criterion developed by the Brazilian Market Research Association (ABEP, acronym in Portuguese); receipt of a pension, *bolsa família*, or other benefits; use of appropriate building materials for the walls (rendered or unrendered masonry), roof (tiles, concrete slab), floor (tiled, concrete),



Map 1 Geographic localization of Quilombola communities in Bequimão (IQUIBEQ Project), Maranhão, Brazil, 2018

number of rooms; water supply; drinking water treatment; sewage disposal; self-assessment of general health status grouped into positive (very good and good) and negative (moderate, bad, and very bad); number of limitations in performing basic and instrumental activities of daily living (ADL and IADL, respectively) (Nunes et al. 2018b); possession of private health insurance; medical diagnosis of a chronic disease/condition; use of medicinal plants and phytotherapy for treatment; practice of leisure time physical activity; smoker/previous history of smoking; alcohol consumption.

The respondents were also asked whether they had been diagnosed with the chronic diseases/conditions on a previously prepared list. Multimorbidity was categorized into two groups (≥ 2 or ≥ 3 chronic diseases) and analyzed according to sex and age.

Data analysis

Data analysis was performed using the statistical software program Stata® version 14 statistical software program (StataCorp LP, College Station, TX, USA). The absolute and relative frequencies of the study variables were calculated, and the prevalence of self-reported morbidities and

multimorbidities were controlled for age and sex. Fisher's exact test or the chi-squared test was performed adopting a significance level of $p < 0.05$.

Ethical considerations

The study was approved by the Research Ethics Committee of the University Hospital at the Federal University of Maranhão (approval number 2.476.488, 28/01/2018), and all participants signed an informed consent form before data collection.

Results

The median age of the study sample (208 older persons aged ≥ 60 years born between 1914 and 1958) was 70.0 years (64–78 years). Almost half of the sample (48.6%) was aged up to 69 years, and 19.2% were long-lived (≥ 80 years). The majority were women (54.3%), black (59.1%), illiterate (54.3%), lived with at least three people (57.7%), had a family income of between one and two minimum salaries (63.9%), from socioeconomic status group E (81.3%), and received a pension

(91.8%), although only 6.7% received the *bolsa família*. Just over a third (35.6%) were married/in a stable relationship.

With respect to housing conditions, the majority of respondents lived in houses with four to seven rooms (68.3%), the walls and roof made out of inappropriate building materials (clay, straw, reused wood, leftover building material) (64.4% and 89.9%, respectively), and floors made out of inappropriate materials (69.7%). The most common form of water supply was a well or spring located on the property (59.6%), and 68.7% of the respondents practiced appropriate drinking water treatment. Over half of the households (56.7%) had a septic tank, and 89.4% burned household waste (Table 1).

Self-reported health status was negative among the majority of respondents (58.2%), and the prevalence of cognitive impairment was 15.8%. The majority of respondents also showed at least one limitation in performing ADLs (57.7%), with 20.7% reporting ≥ 4 limitations. The data also show that 97.6% of respondents did not have private health insurance, and 60.6% reported having been diagnosed with a chronic disease/condition. The use of medicinal plants and phytotherapy for treatment was reported by 67.3% of respondents, and 80.8% did not practice leisure time physical activity. The majority of respondents (91.4%) were non-smokers; however, 40.9% had a previous history of smoking. The majority (75.8%) also abstained from drinking; however, 12.1% of respondents reported alcohol abuse (Table 2).

The most frequently self-reported morbidity was high blood pressure (57.2%), followed by back problems (34.1%), glaucoma/cataracts (30.3%), and high cholesterol (24%). Diabetes mellitus was reported by 13.9% of the respondents. The majority of the diseases were more frequent in women than men; however, statistically significant differences were only found for high cholesterol ($p = 0.01$), asthma or bronchitis ($p = 0.01$), and cancer ($p = 0.04$), with the latter being more common in men (Table 3).

With regard to multimorbidity, 52.9% of respondents had ≥ 2 chronic diseases and 26.4% had ≥ 3 . There was a statistically significant difference in prevalence of multimorbidity between men and women: 40% compared with 63.7%, respectively, for ≥ 2 chronic diseases ($p < 0.001$) and 19% compared to 32.7%, respectively, for ≥ 3 chronic diseases ($p < 0.025$). Prevalence of multimorbidity was greatest among the 70 to 79-year age group for both multimorbidity groups: 64.2% ($p < 0.060$) for ≥ 2 chronic diseases and 34.3% ($p < 0.206$) for ≥ 3 chronic diseases. These differences were not statistically significant. The analysis of prevalence of multimorbidity by sex showed statistically significant differences in prevalence rates across age groups among men in both multimorbidity groups (≥ 2 chronic diseases, $p = 0.003$; and ≥ 3 chronic diseases, $p < 0.001$). However, statistically significant differences were not found for women, where prevalence rates were high ($\geq 63.2\%$) in all age groups for ≥ 2 chronic diseases and

Table 1 Socioeconomic, demographic, and sanitary characteristics of older persons living in Quilombola communities (≥ 60 years) in Bequimão (IQUIBEQ Project), Maranhão, Brazil, 2018

Variables	(N=208)	%
Sex		
Male	95	45.7
Female	113	54.3
Age group (years)		
60 to 69	101	48.6
70 to 79	67	32.2
≥ 80	40	19.2
Skin/race color		
Black	123	59.1
Brown	60	28.9
Other	25	12.0
Marital status		
Married/stable relationship	74	35.6
Separated/divorced	28	13.5
Widow	52	25.0
Single	54	25.9
Literate		
Yes	95	45.7
No	113	54.3
Number of household members		
Living alone	32	15.4
Two	56	26.9
Three or more	120	57.7
Family income (minimum salary of R\$954)		
< 1 minimum salary	75	36.1
1 to 2 minimum salaries	133	63.9
Socioeconomic status*		
C	4	1.9
D	35	16.8
E	169	81.3
Benefits received		
Pension/other benefits	191	91.8
<i>Bolsa família</i>	14	6.7
Number of rooms in household		
≤ 3	4	1.9
4 to 7	142	68.3
≥ 8	62	29.8
Use of adequate building materials for:		
Walls	134	64.4
Roof	187	89.9
Floor	64	30.7
Water supply		
Connected to the public water system	37	17.8
Well or spring on the property	124	59.6
Well or spring outside the property	45	21.6
Other	2	1.0
Treatment of drinking water		
Adequate	145	69.7
Inadequate	65	31.3
Sewage disposal		
Septic tank	118	56.7
Rudimentary septic tank	59	28.4
Open-air	31	14.9
Household waste collection		
Thrown into the open air	22	10.6
Burned/buried	186	89.4

*None of the respondents were from groups A and B

Table 2 Health indicators and behavior among older persons living in Quilombola communities (≥ 60 years) in Bequimão (IQUIBEQ Project), Maranhão, Brazil, 2018

Variables	(N=208)	%
Self-reported health status		
Positive	87	41.8
Negative	121	58.2
Cognitive impairment (MIND)		
Yes	32	15.8
No	170	81.2
Number of limitations in performing activities of daily living		
0	88	42.3
1 to 3	77	37.0
≥ 4	43	20.7
Possession of private health insurance		
Yes	5	2.4
No	203	97.6
Medical diagnosis of chronic disease/condition		
Yes	126	60.6
No	82	39.4
Use of medicinal plants and phytotherapy		
Yes	140	67.3
No	68	32.7
Leisure time physical activity		
Yes	40	19.2
No	168	80.8
Smoker		
Yes	18	8.6
No	190	91.4
History of smoking		
Yes	85	40.9
No	123	59.1
Alcohol consumption**		
Abstinent	177	75.8
Nonabusive consumption	25	12.1
Alcohol abuse	25	12.1

*Total reported 202 older persons; **Total reported 207 older persons

highest in the youngest age group for ≥ 3 chronic diseases (Table 4).

Discussion

The results of this study show that older Quilombolas experience significant overlapping inequalities and vulnerabilities, characterized by poor socioeconomic status and inadequate household and community sanitation facilities. The majority of respondents showed poorer results across all health dimensions compared with other studies with older persons in

Brazil. The prevalence of negative self-reported health status, cognitive impairment, functional impairment, lack of practice leisure time physical activity, alcohol abuse, and use of medicinal plants for treatment was high.

The most prevalent morbidities were cardiovascular diseases and musculoskeletal disorders, which may be related to the way of life in Quilombola communities and manual agricultural work, which has been the main source of livelihood since the slavery era (Ferreira et al. 2019). In general, the prevalence of chronic morbidities and multimorbidities was higher in women, however, the prevalence of morbidities associated with complications was higher among men. The association between sex and age and multimorbidity observed by this study suggests that aging in Quilombola communities goes hand in hand with greater social and health needs and that health behavior and the use of health services varies according to sex. The findings also suggest that older Quilombolas face significant structural disadvantages, characterized by poor living conditions, lack of public investment to tackle social needs, and vast disparities in health status compared with other studies with older persons.

Previous studies have shown that older brown and black people in Brazil are disadvantaged in terms of socioeconomic and demographic indicators, health status, and access to and use of health services (Oliveira et al. 2014a, b; Antunes and Moré 2009; Silva et al. 2018; Oliveira and Luiz 2019). This picture tends to be worse for older black persons living in rural areas (Ferreira et al. 2019; Oliveira and Luiz 2019) or Quilombola communities, with studies showing that the sanitary and material deprivation identified by the present study closely resembles that in Quilombola communities in other states in Brazil (Bezerra et al. 2014; Kochergin et al. 2014; Oliveira et al. 2014b; Santos et al. 2016; Silva et al. 2016).

These stark inequalities are deeply woven into the fabric of society. Ever since the period of slavery to the present day, the material conditions of life and health of black people have been worse than those of white people, characterized by poorer sanitation and health facilities, lack of access to education and health, and fewer employment opportunities in black areas (Oliveira et al. 2014a; Oliveira and Luiz 2019). Typically located in rural areas, Quilombola communities tend to be isolated, increasing their level of exposure to health inequalities and limiting access to social and health services (Kochergin et al. 2014). Historical processes of racial segregation and discrimination have meant that these communities have accumulated disadvantages across life cycles and generations, exposing brown and black people to exclusion and marginalization, resulting in multiple historical, logistical, and practical barriers to social and health services and adversely impacting the well-being and health of Quilombolas. These inequalities continue to be captured by the social and health indicators of older Quilombolas, especially in the State of Maranhão.

Table 3 Self-reported medically diagnosed morbidities among older persons living in Quilombola communities (≥ 60 years) in Bequimão (IQUIBEQ Project), Maranhão, Brazil, 2018

Self-reported morbidity	Sex						<i>p</i> value*
	Total		Male		Female		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
High blood pressure	119	57.2	48	50.5	71	62.8	0.07
Back pain, chronic back/neck pain, lower back pain, sciatica/pain in the vertebrae or disc	71	34.1	29	30.5	42	37.2	0.31
Glaucoma/cataracts	63	30.3	28	29.5	35	31.0	0.81
High cholesterol	50	24.0	15	15.8	35	31.0	0.01
Arthritis or rheumatism	32	15.4	10	10.5	22	19.5	0.07
Diabetes Mellitus	29	13.9	11	11.6	18	15.9	0.38
Asthma or bronchitis	15	7.2	2	2.1	13	11.5	0.01
Heart diseases	15	7.2	6	6.3	9	8.0	0.65
Stroke	15	7.2	8	8.4	7	6.2	0.54
Heart attack	8	3.8	2	2.1	6	5.3	0.23
WMSD	6	2.9	3	3.2	3	2.7	0.83
Depression	5	2.4	2	2.1	3	2.7	0.79
Angina	4	1.9	2	2.1	2	1.8	0.86
Lung disease	4	1.9	2	2.1	2	1.8	0.86
Chronic kidney failure	5	2.4	2	2.1	3	2.7	0.87
Cancer	3	1.4	3	3.2	0	0.0	0.04
Heart failure	4	1.9	2	2.1	2	1.8	0.86

* Pearson's chi-squared or Fisher's exact test; WMSD = work-related musculoskeletal disorders

The indicators of general health status and health behavior revealed by the present study are worse than those of the general older population and general older black and brown population reported by national studies (Oliveira et al. 2014b) and studies in the states of São Paulo (Antunes and Moré

2009; Nunes et al. 2018b; Silva et al. 2018) and Maranhão (Oliveira et al. 2014a), those of the Quilombola population aged ≥ 18 years in Vitória da Conquista in Bahia (Bezerra et al. 2014; Kochergin et al. 2014), and those of the national population of rural workers aged ≥ 18 years (Moreira et al.

Table 4 Prevalence of chronic multimorbidities and association with sex and age among older persons living in Quilombola

communities (≥ 60 years) in Bequimão (IQUIBEQ Project), Maranhão, Brazil, 2018

Variables	≥ 2 chronic diseases (<i>N</i> =110)		≥ 3 chronic diseases (<i>N</i> =55)	
	%	<i>p</i> value ¹	%	<i>p</i> value ¹
Total ²	52.9	-	26.4	-
Sex				
Male	40.0	0.001	19.0	0.025
Female	63.7		32.7	
Age group (years)				
60 to 69	45.5	0.060	22.8	0.206
70 to 79	64.2		34.3	
≥ 80	52.5		22.5	
Male age groups (years)				
60 to 69	28.9	0.003	9.6	0.001
70 to 79	65.5		41.4	
≥ 80	28.6		7.1	
Female age groups (years)				
60 to 69	63.3	0.980	36.7	0.723
70 to 79	63.2		29.0	
≥ 80	65.4		30.8	

¹ Pearson's chi-squared test; ² *p* value < 0.001 for differences between ≥ 2 and ≥ 3 chronic diseases

2015). In general, the prevalence of negative self-reported health status, cognitive impairment, functional impairment, dependence on public health services, smoking and previous history of smoking, chronic diseases, sedentary lifestyles, and alcohol abuse found by the present study was greater than that reported by previous studies with Quilombolas and populations with similar racial and socioeconomic characteristics living in comparable settings. Other studies with Quilombola and rural communities also reported a low prevalence of leisure time physical activity and high prevalence of manual labor among older persons (Bezerra et al. 2015; Sousa et al. 2018). The data presented by the present study show that respondents with poor health were also likely to show negative self-reported health status, functional impairment, and low levels of leisure time physical activity. These are key indicators of quality of life and well-being in old age and are therefore useful for identifying inequalities across different population groups and social settings (Oliveira et al. 2014a, b; Antunes and Moré 2009; Santos et al. 2016; Silva et al. 2018). In this respect, our findings show that the respondents have poorer health and are less active than older persons in other settings, which is directly associated with the characteristics age, gender, skin color/race, socioeconomic status, presence of chronic diseases, and functional disability described above.

The pattern of chronic morbidities and multimorbidities revealed by this study reflects underlying mechanisms that contribute to the transmission of inequalities across life cycles and generations, thus shaping lifestyles, work, and the lack of access and use of health services (Moreira et al. 2015; Nunes et al. 2018a; Silva et al. 2018; Oliveira and Luiz 2019). This study showed that the most frequent morbidities (back problems, arthritis and rheumatism, glaucoma/cataracts, high blood pressure, diabetes, high cholesterol, and asthma and bronchitis) are associated with the daily routine of agricultural work, life in remote areas, and the adoption of unhealthy lifestyle behaviors throughout life, which has taken place in a context of significant social and health needs. This morbidity pattern may be the result of the physical rigors of manual agricultural labor, as well as the lack of adequate medical care and prevention and control of the risk factors commonly associated with chronic degenerative diseases, which are becoming increasingly common among Brazilians (Moreira et al. 2015; Nunes et al. 2018a).

The analysis of multimorbidity is another useful way of assessing the health status of older persons living in Quilombola communities (Villacampa-Fernandez et al. 2017; Botes et al. 2018; Nunes et al. 2018a). Multimorbidities represent a growing public health concern, given the high prevalence of and disadvantages associated with co-occurring disorders (Barnett et al. 2012; Prados-Torres et al. 2014). These diseases occur with aging, worsening income, and socioeconomic and sanitary deprivation

(Barnett et al. 2012; Lefèvre et al. 2014; Prados-Torres et al. 2014; Botes et al. 2018; Islas-Granillo et al. 2018) and require specialized healthcare, resulting in enormous human and social costs. The negative consequences of multimorbidity include a greater risk of disability, frailty, and hospitalization as well as reduced quality of life and well-being, and increased mortality (Barnett et al. 2012; Lefèvre et al. 2014; Prados-Torres et al. 2014; Villacampa-Fernandez et al. 2017; Botes et al. 2018; Islas-Granillo et al. 2018; Nunes et al. 2018a). In this respect, the presence of ≥ 3 diseases can be a marker for a high rate of declining health (Islas-Granillo et al. 2018).

The data showed that the prevalence of multimorbidity was high. More than half the respondents reported ≥ 2 diseases, while over a quarter had ≥ 3 diseases, showing that multimorbidity was common in older persons living in Quilombola communities. Other studies have also shown that the prevalence of multimorbidity was higher among older persons, among women across all ages, and in areas with low socioeconomic status (Barnett et al. 2012; Lefèvre et al. 2014; Prados-Torres et al. 2014; Botes et al. 2018). Some studies reported higher prevalence rates than the present study (Villacampa-Fernandez et al. 2017; Costa et al. 2018), while others showed lower rates (Prados-Torres et al. 2014; Nunes et al. 2018a). However, comparability of findings is limited because of marked differences in methodology relating to the characteristics of the study populations, number and type of chronic diseases analyzed, type of assessment instruments, and measurement methods. This limitation has also been reported by other studies (Villacampa-Fernandez et al. 2017; Costa et al. 2018). The study of multimorbidity is a new area of research, and there is still a lack of standard methods and concepts. In this respect, the present study is the first of its kind to investigate this problem in older persons living in Quilombola communities. However, current research shows the need for a broad range of strategies to ensure that health services reach the most vulnerable population groups and those who have difficulties accessing and using services (Nunes et al. 2018a). Joint efforts to tackle these morbidities could produce a range of health benefits due to the cumulative advantages resulting from the prevention and control of common risk factors. This requires integrated and coordinated health services to meet growing demand.

This study has a number of limitations. First, cross-sectional studies measure risk and protective factors and outcomes simultaneously and are therefore limited in their ability to determine the direction of associations. Older people who are aware of their health status may adopt healthier behaviors and thus dilute normally expected associations. In addition, the results are subject to survival bias. In this respect, it is possible that the respondents were more resilient than other community members, therefore surviving the socioeconomic conditions experienced in the communities, but at the same time exhibiting greater physical and cognitive vulnerability

due to the accumulation of disadvantages and overlapping risks. The morbidities investigated by this study were assessed using a list of diseases and self-reported diagnoses. No medical confirmation of the diagnoses of these morbidities was requested. This, together with gender and age differences in access to and the use of healthcare services, may explain the marked differences in the prevalence of chronic morbidities and multimorbidities between sexes and age groups. In this respect, self-reported medical diagnosis has been shown to have low sensitivity and specificity. The prevalence of chronic morbidities and multimorbidities was greater among women. This may be explained by survivorship bias, since male life expectancy is lower than that of females and those who survive tend to have better health status (Nunes et al. 2018a). Furthermore, women are more likely to use health services and therefore be diagnosed with a disease.

Despite these limitations, the findings show stark inequalities between older persons living in Quilombola communities and the general population. This situation persists due to the government's weakness in implementing affirmative action to promote equity. The lack of attention to the rights of older Quilombolas leads to the reproduction and overlapping of social disadvantages resulting from the interplay among race/skin color, gender, work, place of residence, social class, and education and may be a marker of the overwhelming lack of actions to promote equity (Silva 2015; Antunes and Moré 2009; Silva et al. 2016; Melo et al. 2017).

Conclusions

The findings of this study show that population surveys are a useful tool for investigating and monitoring the social inequalities experienced by older persons living in Quilombola communities. The data presented suggest that the living conditions and health status of this population group are poor and worse than those experienced by the general older population in Brazil, revealing the need for effective actions to reduce the inequalities and weaknesses that jeopardize the well-being and quality of life of this group. Major efforts are urgently needed to promote the health, autonomy, and independence of older Quilombolas in order to meet the needs of this group and reduce the health inequalities identified by this study.

Acknowledgements We thank the older persons living in the Quilombola communities who participated in this study, community leaders, Bequimão Town Council and Social Services Department, and the family health teams. We are also grateful to the Federal University of Maranhão for the logistical support provided and to the state research foundation, Foundation of Research of Maranhão (FAPEMA) (acronym in Portuguese), and National Council for Scientific and Technological Development (CNPq—acronym in Portuguese) for their financial support.

Authors' contributions The authors participated in the design, analysis and interpretation of the data, writing and critical review of the article, as well as final approval of the version to be published.

Funding This project was partially funded by the State of Maranhão Research Foundation (FAPEMA, acronym in Portuguese) and National Council for Scientific and Technological Development (CNPq, acronym in Portuguese). The views expressed are those of the authors and do not reflect those of FAPEMA and CNPq.

Compliance with ethical standards

The study was approved by the Research Ethics Committee of the University Hospital of the Federal University of Maranhão (approval no. 2.476.488, 28/01/2018), and all participants signed an informed consent form before data collection.

Conflict of interest The authors declare that they have no conflict of interest.

References

- ABEP (2018) Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Cntério Brasil 2018. <http://www.abep.org/download>. [06/04/2019]
- Antunes MH, Moré CLOO (2009) Aposentadoria, saúde do idoso e saúde do trabalhador. Revisão integrativa da produção brasileira. *Rev Psicol Org Trab* 16:248–258. <https://doi.org/10.17652/rpot/2016.3.681>
- Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al (2012) Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 380:37–43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO et al (2014) Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciênc Saude Colet* 19:1835–1847. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.01992013>
- Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, Caiáffa WT (2015) Domínios de atividade física em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil: estudo de base populacional. *Cad Saude Publica* 31:1213–1224. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056414>
- Botes R, Vermeulen KM, Correia J et al (2018) Relative contribution of various chronic diseases and multi-morbidity to potential disability among Dutch elderly. *Health Serv* 18:24–32. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2820-0>
- Brasil (2012) Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas julho de 2012. Brasília: SEPPiR. <http://www.seppir.gov.br/destaques/diagnostico-pbq-agosto>. [08/04/2019]
- Costa CS, Flores TR, Wend A et al (2018) Inequalities in multimorbidity among elderly. *Cad Saude Publica* 34:e00040718. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040718>
- Faller JW, Marcon SS (2013) Práticas socioculturais e cuidado à saúde de idosos em diferentes etnias. *Esc Anna Nery* 17:512–519. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000300015>
- Ferreira JP, Leeson G, Melhado VR (2019). Cartografias do Envelhecimento em contexto rural: Notas sobre raça/etnia, gênero, classe e escolaridade. *Trab Educ Saude* 17:e0017612. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00176>
- Islas-Granillo H, Medina-Solis CE, Márquez-Corona ML et al (2018) Prevalence of multimorbidity in institutionalized subjects aged 60 and over in a developing country. *Clin Interv Aging* 13:1129–1113. <https://doi.org/10.2147/CIA.S154418>

- Kochergin CN, Proietti FA, César CC (2014) Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. *Cad Saude Publica* 30:1487–1501. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00141213>
- Lefèvre T, d'Ivemois JF, Andrade V et al (2014) What do we mean by multimorbidity? An analysis of the literature on multimorbidity measures, associated factors, and impact on health services organization. *Rev d'Épidémiol Santé Publique* 62:305–314. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2014.09.002>
- Melo NCV, Teixeira KMD, Silveira MB (2017) Consumption and social and demographic profile of the different household arrangements of the elderly in Brazil: analysis from the Study on Family Budgets. *Rev Bras Geriatria e Gerontol* 20:607–617. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170047>
- Moreira JPL, Oliveira BLCA, Muzi CD et al (2015) A saúde dos trabalhadores da atividade rural do Brasil. *Cad Saude Publica* 31: 1698–1708. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105114>
- Nunes BP, Batista SRR, Bof FA et al (2018a) Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil. *Rev Saude Publica* 52(Supl 2:10s). <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000637>
- Nunes DP, Brito TRP, Giacomini KC et al (2018b) Padrão do desempenho nas atividades de vida diária em idosos no município de São Paulo, nos anos 2000, 2006 e 2010. *Rev Bras Epidemiol* 21(suppl 2): e180019. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180019>
- Oliveira BLCA, Luiz RR (2019) Densidade racial e a situação socioeconômica, demográfica e de saúde nas cidades brasileiras em 2000 e 2010. *Rev Bras Epidemiol* 22:e190036. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190036>
- Oliveira BLCA, Silva AM, Silva RA, Thomaz EBAF (2014a) Racial inequalities in the socioeconomic, demographic and health conditions of elderly from Maranhão state, legal Amazon, Brazil: a population-based study. *Acta Amazon* 44:335–344. <https://doi.org/10.1590/1809-4392201304403>
- Oliveira BLCA, Thomaz EBAF, Silva RA (2014b) The association between skin color/race and health indicators in elderly Brazilians: a study based on the Brazilian National Household Sample Survey (2008). *Cad Saude Publica* 30:1–15. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00071413>
- Prados-Torres A, Calderón-Larañaga A, Hanco-Saavedra J et al (2014) Multimorbidity patterns: a systematic review. *J Clin Epidemiol* 67: 254–266. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.09.021>
- Santos VC, Boery EN, Pereira R et al (2016) Condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas. *Texto e Contexto Enfer* 25:1–9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001300015>
- Silva JAN (2015) Condições de moradia e de saúde em três comunidades quilombolas do estado do Pará. *Cad Imbondo* 4:59–70. <https://www.periodicos.ufpb.br/index.php/ci/article/viewFile/27682/14924>
- Silva C, Ferreira C, Rodrigues F (2016) Saúde quilombolano Maranhão. *Rev Ambivalências* 4:106–133. <https://doi.org/10.21665/2318-3888.v4n7p106-133>
- Silva A, Rosa TEC, Batista LE et al (2018) Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Rev Bras Epidemiol* 21(suppl 2): e180004. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180004>
- Sousa NF, Lima MG, Cesar CLG et al (2018) Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. *Cad Saude Publica* 34:e00173317. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00173317>
- Villacampa-Fernandez P, Navarro-Pardo E, Tarín JJ et al (2017) Frailty and multimorbidity: two related yet different concepts. *Maturitas* 95: 31–35. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.10.008>
- World Health Organization (2015) World report on ageing and health. 2015 Geneva, Switzerland: World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186653/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=0A0AB46BF803CCFD108EA1170AC37CD?sequence=1 [02/07/2019]

Publisher's note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

6.2 Artigo 2

A ser submetido na Amazônica - Revista de Antropologia (apresentado no modelo da revista)

Fator de Impacto = 4.889 (*Scientific Journal Impact Factor Value for 2013*)

Qualis B1

ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA DE SAÚDE PARA IDOSOS EM TERRITÓRIOS QUILOMBOLAS - MA: descrevendo condições de trabalho e relação de profissionais com usuários.

ANDREA SUZANA VIEIRA COSTA

RUTH HELENA DE SOUZA BRITO FERREIRA DE CARVALHO

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender o processo de trabalho de profissionais da atenção primária em saúde e a assistência voltada para comunidades quilombolas, situadas em município da baixada maranhense. Também, buscou-se identificar as práticas tradicionais existentes nas comunidades, bem como seus especialistas. Paralelamente, foram analisadas as inter-relações entre saberes e práticas biomédicas e tradicionais. A estratégia de pesquisa consistiu em descrever, em forma de etnografia, a organização, a dinâmica, as relações de poder e de trabalho entre profissionais de saúde, assim como a assistência prestada aos usuários, especialmente os idosos. As condições e processos de trabalho dos trabalhadores da Equipe de Saúde da Família (ESF), revelam dificuldades na produção e na continuidade da oferta do serviço de saúde. Também foi possível observar um distanciamento entre os saberes biomédicos e os tradicionais, praticados, geralmente, por idosos pertencentes às comunidades. Por fim, o estudo problematiza os efeitos na saúde da população quilombola após as mudanças na política direcionada à atenção primária.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Idoso, Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Práticas de Culturais. Processo de trabalho. Saúde da População Negra.

ABSTRACT

The aim of this study was to understand the work process of primary health care professionals and assistance aimed at quilombola communities, located in the municipality of Maranhão

Baixada. We also seek to identify the traditional practices existing in the communities, as well as their specialists. In parallel, we analyze the interrelationships between biomedical and traditional knowledge and practices. The research strategy consisted of describing, in the form of ethnography, the organization, the dynamics, the power and work relationships between health professionals, as well as the assistance provided to users, especially the elderly. The conditions and work processes of the workers of the Family Health Team (FHT), reveal difficulties in the production and continuity of the offer of the health service. We were also able to observe a gap between biomedical and traditional knowledge, generally practiced by elderly people belonging to communities. Finally, the study problematizes the health effects of the quilombola population after changes in the policy directed to primary care.

Keywords: Primary Health Care; Elderly, African Continental Ancestry Group; Cultural Practices. Work process. Health of the Black Population.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue conocer el proceso de trabajo de los profesionales de atención primaria y asistencial dirigido a las comunidades quilombolas, ubicadas en el municipio de Baixada, Maranhão. Asimismo, buscó identificar las prácticas tradicionales existentes en las comunidades, así como sus especialistas. Paralelamente, se analizaron las interrelaciones entre los conocimientos y prácticas biomédicos y tradicionales. La estrategia de investigación consistió en describir, en forma de etnografía, la organización, la dinámica, las relaciones de poder y de trabajo entre los profesionales de la salud, así como la asistencia brindada a los usuarios, especialmente a los ancianos. Las condiciones y procesos de trabajo de los trabajadores del Equipo de Salud de la Familia (ESF), revelan dificultades en la producción y continuidad de la oferta de servicios de salud. También fue posible observar una brecha entre el conocimiento biomédico y el tradicional, generalmente practicado por personas mayores pertenecientes a las comunidades. Finalmente, el estudio problematiza los efectos en la salud de la población quilombola luego de cambios en la política dirigida a la atención primaria.

Palabras clave: Primeros auxilios; Ancianos, Grupo de ascendencia continental africana; Prácticas culturales. Proceso de trabajo. Salud de la población negra.

1. INTRODUÇÃO

O Brasil é um país que envelhece aceleradamente. No intervalo de 25 anos (1980 a 2005), o crescimento da população idosa foi significativamente maior que o crescimento da população total. Houve um aumento de 126,3% da população idosa, ao passo que o crescimento da população total foi apenas de 55,3% (Kuchemann 2012, Veras & Oliveira 2018). Conforme o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, é considerada idosa aquela pessoa com idade igual ou acima de 60 anos (Brasil 2010).

Um dos resultados desse crescimento é o impacto causado no âmbito da saúde e que desafiam os sistemas de saúde e de previdência social. Quando comparado a outras faixas etárias, o idoso utiliza mais os serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior (Miranda et al. 2016, Veras & Oliveira 2018).

Contudo, a dinâmica e as condições sociais e de saúde o envelhecimento populacional não ocorre de modo semelhante entre os diferentes grupos de idosos. As barreiras econômicas e étnico-raciais destacam-se entre os elementos que indicam a produção de iniquidades e contribuem para a vulnerabilização de diferentes grupos sociais. A população negra brasileira apresenta um quadro de vulnerabilidade epidemiológica e social que inclui dificuldades de acesso aos serviços de saúde (Trad 2012)

Além disso, outros marcadores sociais da diferença, como cor/raça e crença/religiosidade, atuam como limitantes na assistência em saúde, causando variados danos de ordem psicossocial, estrutural e nas taxas de mortalidade de negras e negros de diferentes faixas etárias, níveis de renda e locais de residência (Werneck 2016). Lembrando que a maior parte da população negra ocupa os extratos socioeconômicos mais baixos da sociedade, isso impacta na distribuição de recursos, bens e serviços e no poder de decisão sobre eles, desempenhando papel central na reprodução das desigualdades sociais.

A população quilombola guarda uma especificidade com relação à população negra, na medida que vive em espaços comunitários étnicos organizados presente em diversos estados brasileiros (Freitas et al. 2011, Vieira & Monteiro, 2013). As condições de vida de grande parte da população quilombola são marcadas pela desigualdade em vários âmbitos da vida social e pode ser observada nas condições precárias de moradia, na ausência de saneamento básico, atividades laborais rurais e nas condições desiguais de acesso à saúde e educação em que se encontram (Almeida et al. 2019). A precariedade de tais condições contrasta com direitos, como a posse da terra, saúde e educação garantidos há mais de três décadas.

A Constituição Federal de 1988, no artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, refere-se ao reconhecimento e titulação de terras de comunidades

remanescentes de quilombos. Esses territórios acham-se sob pressão constante, pois o processo de reconhecimento de terras de comunidades remanescentes de quilombos enfrenta confrontos políticos e sociais. É importante ressaltar a lentidão em titular territórios quilombolas. Em outras palavras, sem titulação não há garantia jurídica efetiva para manter os territórios quilombolas, que são condenados a ficar assim à margem do mundo legal (Almeida 2011).

De acordo com dados da Fundação Cultural Palmares, nos últimos 16 anos foram certificadas mais de 2.500 comunidades remanescentes de quilombo no Brasil, a maioria se encontra na região nordeste e menos de 7% são tituladas. No Maranhão existem 839 comunidades quilombolas reconhecidas e com 583 certidões fornecidas e 68 com o título da terra (Maranhão 2016, Brasil 2020).

Os serviços de saúde pública no Brasil são disponibilizados através do SUS que tem o compromisso de combater as iniquidades na saúde que atingem a população brasileira. A efetivação do princípio da universalidade do SUS, que garante o pleno acesso aos serviços públicos de saúde e de qualidade, para toda a população brasileira, é ainda um desafio para a assistência à saúde, sobretudo para determinados grupos, dentre eles a população quilombola (Brasil 1990).

A Atenção Primária em Saúde surge no Brasil na década de 1990, com a implantação do SUS, baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social. Nessa perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada visando à reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) no país, de acordo com os preceitos do sistema de saúde e está fundamentada na atenção integral à saúde, com vínculo das equipes à população de um determinado território; possui ampla capilaridade. A ESF é responsável pela adstrição da clientela, realizando o cadastramento e acompanhamento da população, no intuito de atuar na efetivação dessas ações de saúde da Atenção Primária (Povani 2009, Brasil 2017). Portanto, é considerada a principal porta de entrada dos usuários na Rede de Atenção à Saúde (Starfield 2002, Paim 2006, Giovanella 2009, Sumar & Fausto 2014). Na atenção primária, destacam-se as ações de promoção à saúde que visam ao cuidado da saúde do usuário.

Para o Ministério da Saúde, a política de inclusão da população quilombola inicia-se, efetivamente, em 2004, com a Portaria nº 1.434, de 14/7/2004 (Brasil 2004). Trata-se da criação de um incentivo para a ampliação de equipes de estratégia da saúde que atendem às comunidades quilombolas. Nesse sentido, a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) veio consolidar ações e planos voltados para a atenção à saúde da

população negra, com o intuito de reduzir um quadro de desigualdades, que persistem ao longo da história do país (Brasil 2007).

O trabalho em saúde das Equipes de Atenção Primária deve contemplar um conjunto de ações coordenadas e orientadas, de caráter individual e coletivo, desde a promoção à reabilitação da doença, a fim de modificar a situação de saúde da população, seus determinantes e condicionantes (SUS) (Paim 2008, Brasil 2011b).

As desigualdades no acesso aos serviços de saúde, ocasionadas pela deficiência da distribuição geográfica e social de profissionais de saúde, especialmente médicos, têm sido apontadas como um problema grave, persistente ao longo do tempo e resistente às mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento na maioria dos países do mundo (Who 2010). Em geral, as áreas geográficas isoladas e remotas, os segmentos pobres e desprotegidos das populações são mais vulneráveis à insegurança assistencial acarretada pela falta ou escassez de profissionais de saúde (Mass et al. 2016).

No Brasil, essa realidade não é diferente: a escassez de médicos, especialmente nas regiões remotas, pobres e inseguras é um problema crônico e persistente. Nas últimas décadas, o governo brasileiro lançou mão de diversas políticas e estratégias para enfrentar o problema (Girardi, 2011, Maas et al. 2016, OPAS 2016).

As políticas de extensão da cobertura e de interiorização da medicina, a implantação de internatos rurais nas graduações (Maas et al. 2016), a ESF e o abatimento das dívidas contraídas para o financiamento do curso de graduação em medicina (Fundo de Financiamento Estudantil) constituem exemplos dessas políticas (Brasil 2013a). Mais recentemente, cita-se o Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica (PROVAB), criado em 2011, que oferece diversos incentivos - remuneração mensais em formato de bolsas e acréscimo de 10% à nota obtida nos exames para ingresso nos programas de residências e cursos de especialização em saúde da família, em troca de trabalho pelo período de um ano na atenção primária à saúde em áreas designadas como carente (Brasil 2011). Cita-se, ainda, o programa mais médico (PMM), lançado em 2013 (Brasil 2013b), que tem como ação prioritária o recrutamento de médicos brasileiros e estrangeiros, além da ampliação de vagas em cursos de medicina e alterações no processo da formação médica.

Dados da pesquisa demográfica médica no Brasil apontam que, o estado do Maranhão tem 1,08 médicos por mil habitantes, sendo o estado com o segundo menor número de médicos em relação a população. Quanto ao quantitativo de profissionais no estado do Maranhão é de 7.642. Na região Nordeste, os estados do Sergipe e do Maranhão agrupa os

municípios do interior com menor número de médicos por habitantes de todo o país, com razão de 0,26 e 0,38 respectivamente (Scheffer 2020).

O Maranhão tem uma cobertura populacional de ESF de cerca de 82%, em 213 dos 217 municípios (94,5%). Possui implantadas 1.962 ESF, das quais 693 (mais de um terço) são com médicos do PMM. A cobertura do programa de saúde bucal no estado está em torno de 60%, com 1.234 equipes (OPAS 2016). A Atenção Básica em Saúde conta com 206 equipes de Estratégia de Saúde da Família Quilombola/ESFQ em território estadual (Maranhão 2016).

Todavia, estudos têm demonstrado que, nas comunidades rurais e quilombolas, a assistência à saúde, realizada pelas equipes da ESF, apresenta precariedade na estrutura dos serviços destinados à prestação da assistência básica, quanto ao número reduzido de unidades, equipes e profissionais (especialmente médicos, dentistas e enfermeiros), sem contar a baixa disponibilidade de insumos e equipamentos. Valem considerar ainda como fator agravante neste quadro as grandes barreiras geográficas (Silva et al. 2010, Vieira & Monteiro 2013, Santos & Silva 2014, Garnelo et al. 2018).

As formas de divisão do trabalho estabelecidas entre as equipes da ESF, bem como as relações de poder, incluindo a (des)centralidade do trabalho médico neste tipo de assistência, por um lado, em contraposição à sua autoridade e prestígio, por outro lado, foram objeto de análise. As condições de trabalho compreendidas a partir da organização do espaço, da dinâmica do trabalho e da interação das equipes (coesão, cooperação e disputa) completam a busca de compreensão das relações de poder negociado entre médicos, enfermeiras, Agentes Comunitários de Saúde, pacientes e familiares no contexto analisado

As pesquisas apontam que uma das dificuldades prevalentes das populações quilombolas no acesso aos serviços públicos de saúde é a distância das unidades básicas e hospitais das comunidades, bem como, a inexistência ou precariedade do transporte público. Além disso, há a falta de inserção, aceitabilidade e diálogo com os saberes locais e as práticas de saúde presentes nos territórios (Oliveira et al. 2012, Oshai & Silva, 2013, Bezerra et al. 2014, Pereira et al. 2015, Melo & Silva 2015).

Vale ressaltar que as comunidades quilombolas possuem uma rica estrutura de saberes e práticas de curas e promoção da saúde e conservação ambiental experimentadas e legitimadas pela harmonia e conservação ambiental/cultural dos quilombos (Lacerda 2017). Na perspectiva das relações entre sujeitos e natureza, observa-se que essa relação é registrada pela memória, individual e coletiva, fruto e condição de saberes e conhecimentos transmitidos de modo intergeracional (Malcher 2006).

Portanto, compreender o processo de trabalho dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), no que diz respeito à saúde dos idosos, e a existência (ou não) de diálogo com as práticas de tradicionais de saúde. Mais especificamente com o programa estratégia de saúde da família (ESF), foi a motivação para ingressar no projeto de pesquisa.

2. METODOLOGIA

2.1. Conhecendo o campo de pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Bequimão, que está inserido na mesorregião do Norte e microrregião da Baixada Ocidental Maranhense. A área total do município é de 761,49 km². Segundo o censo do IBGE, a população estimada para 2010 foi de 20.344 e de 21.260 habitantes para o ano de 2018, desses 67,5% vivem na zona rural, 32,5% na zona urbana e 12,3% são idosos. Em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) foi de 0,601, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano médio (IDHM entre 0,600 e 0,699) (Brasil 2010), e o PIB (Produto Interno Bruto) per capita R\$ 5.341,00 (Maranhão 2016).

A pesquisa fez parte do projeto “*Condições de Vida e Saúde dos Idosos Quilombolas de uma Cidade da Baixada Maranhense*”, realizado em 11 comunidades, no período junho de 2017 a dezembro de 2020. A escolha das comunidades integrantes da pesquisa esteve vinculada ao seu reconhecimento pelos órgãos oficiais, representados pela Fundação Cultural Palmares e pelo Ministério da Cultura (§ 4º do art. 3º do Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003), como comunidades quilombolas. São elas: *Ariquipá, Suassuí, Sibéria, Pericumã, Juraraitá, Maфра, Santa Rita, Conceição, Ramal do Quindiuá, Rio Grande e Marajá.*

Neste projeto foram incluídas abordagens quantitativa e qualitativa. A primeira dedicou-se a analisar as condições socioeconômicas, sanitárias e de saúde dos idosos de comunidades quilombolas da região em análise (Costa et al. 2020). O presente artigo diz respeito à esta abordagem qualitativa.

2.2 Coleta de Dados

2.2.1 Aproximação do campo de pesquisa

Minhas vivências como Enfermeira da ESF, atuando durante anos em municípios maranhenses situados na zona rural, contribuíram muito para a entrada no campo. Esta familiaridade com a cultura local possibilitou recursos para iniciar um diálogo, assim como observar gestos e expressões sem a estranheza que muitas vezes o campo provoca nos

pesquisadores. A escuta que respeita as falas faz parte de longo aprendizado profissional, sendo, portanto, anterior ao trabalho realizado na zona rural.

A primeira etapa da pesquisa foi iniciada em junho de 2018 para a coleta de dados relativos à abordagem quantitativa, com objetivo de analisar as condições socioeconômicas, sanitárias e de saúde dos idosos de comunidades quilombolas da região da Baixada Maranhense, Brasil. Essa etapa da pesquisa contribuiu muito para o início da observação participante e para estabelecer contatos com as comunidades, sobretudo as lideranças locais e profissionais de saúde que atuavam naquele território.

Ao longo da pesquisa de campo, nas idas e vindas às comunidades e aos órgãos de Secretaria de saúde para coleta de informações sobre as comunidades (número de famílias adscritas nos territórios de abrangência das equipes de saúde de família, o número de profissionais pertencentes às equipes de ESF, saúde bucal e NASF), o encontro com colega de turma dos tempos da faculdade de enfermagem e com um médico com quem já tinha trabalhado em emergência contribuíram para a entrada no campo, visto que ambos trabalhavam em equipes ESF que atendem comunidades quilombolas na área de estudo.

O fato de “ser conhecida” de profissionais de saúde, em atuação na assistência ou na gestão em saúde locais criou condições para minha aceitação como pesquisadora dada a confiança transferida “por tabela” pelo conhecimento anterior com integrantes do campo. Esta situação possibilitou o estabelecimento de um diálogo mais informal com os demais profissionais. Outro elemento que favoreceu minha aceitação e, principalmente, minha credibilidade como pesquisadora, junto aos profissionais de saúde, está relacionado à condição de docente de universidade federal.

Desde o primeiro momento da pesquisa fui “adotada” pela família de uma funcionária do município e mãe de uma colega de trabalho que residia em Bequimão, bem próximo à secretaria municipal de saúde. Este espaço serviu como ponto de apoio para equipe da pesquisa, na fase da coleta de dados quantitativos, e como local de hospedagem, na fase da pesquisa qualitativa.

De acordo com VÍctora et al. (2000), Foot White (1980), dentre outros, em qualquer atividade de pesquisa é fundamental construir uma relação de respeito e confiança com os informantes. Este é um passo importante na aceitação do pesquisador por parte dos sujeitos investigados.

Os caminhos percorridos anteriormente e as relações construídas permitiram ser “aceita” nas comunidades, proporcionaram uma maior aproximação dos sujeitos investigados e dos possíveis informantes ao longo do processo de investigação que teve como objetivo

compreender o processo de trabalho na atenção primária, as condições de trabalho, as relações profissionais de saúde com os usuários e as relações com as práticas existentes nos territórios quilombolas.

2.2.2 *Abordagem da pesquisa*

Este artigo aborda de forma etnográfica formas de atuação da assistência em saúde, no âmbito da atenção primária, em comunidades quilombolas do município de Bequimão - MA. Foram incluídas no estudo condições e processos de trabalho em saúde, bem como a oferta de cuidados voltados à população, em geral, e aos idosos, em particular. Paralelamente, buscou-se identificar a presença e os significados de outros recursos terapêuticos, como as práticas de saúde tradicionais locais realizadas, geralmente, por idosos pertencentes à comunidade.

Acompanhamos quatro equipes da ESF, que tinham como áreas de abrangência, as 11 comunidades quilombolas que compõem esse estudo.

O apoio da gestão da atenção básica foi fundamental para o levantamento e o contato com as equipes de saúde, o mapeamento das áreas, o cumprimento do cronograma de atividades, incluindo as visitas de campo, logística da viagem (transporte, deslocamentos da sede para o local de atendimento).

Neste estudo as observações foram realizadas de junho de 2018 a novembro de 2019, em horários e dias comerciais, seguindo um cronograma previamente construído com as equipes da ESF, gestores e lideranças comunitárias.

Na parte estritamente qualitativa da pesquisa foi utilizada a técnica de observação participante, tendo como instrumento de registro de dados um “Diário de Campo”. O roteiro da investigação abordava os seguintes itens: processo e condições de trabalho, relação dos profissionais da ESF e destes com usuários, a assistência voltada para os idosos, a existência das práticas tradicionais nas comunidades e o diálogo estabelecidos entre os profissionais da saúde e os cuidadores tradicionais. Os dados foram coletados durante as visitas nas comunidades e a acompanhamento das ESF.

Minayo (2014) define observação participante como:

O processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. (Schwartz & Schwartz *apud* Minayo 2014:273).

Também segui as orientações de Malinowski (1984), anotando as observações em um diário de campo, prestando atenção às situações esperadas e inesperadas do dia a dia, além de apreender os costumes dos sujeitos observados, os chamados "nativos". O observador participante tem mais condições de compreender os hábitos, atitudes, interesses, relações pessoais e características da vida cotidiana da comunidade (Rodrigues 2012). A tarefa não é fácil, pois requer habilidades para observar e interagir com os sujeitos da pesquisa, num exercício de aproximação e de estranhamento. É importante ressaltar que não é uma observação comum, mas que tem a finalidade de descrever uma problemática previamente definida, que requer um treinamento específico (Víctora et al. 2000).

3. PROCESSOS E CONDIÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE NA BAIXADA MARANHENSE

As distâncias geográficas, o tempo de deslocamento e as condições de tráfego nas estradas são elementos que marcam a especificidade das condições de trabalho na região. Chegar até a localidade onde está situada a UBS e/ou deslocar-se no interior da área de abrangência da equipe da ESF para realizar atividades ligadas à assistência são empreendimentos que consomem tempo e necessitam de um suporte da prefeitura (basicamente em termos de transporte) para sua efetivação.

Os médicos e grande parte das enfermeiras que trabalham nas UBS analisadas residem no Município de São Luís. Para chegar ao município de Bequimão é preciso atravessar a baía de São Marcos de *ferryboat*, um trajeto que leva cerca de 1h30, mas pode levar mais tempo a depender do barco e da variação de maré.

Ao chegar na estação do porto do Cujupe é preciso pegar uma condução particular (van), pois não há transporte público na região, até a entrada do município, conhecido como "Ramal". Ali, o profissional, geralmente, pega um moto táxi para o deslocamento até a sede do município. Na secretaria de saúde municipal, um carro com motorista aguarda os profissionais para levá-los à comunidade. Ao final do expediente, os profissionais percorrem o mesmo trajeto de volta. Este é um dos motivos que torna a jornada de trabalho cansativa, sobretudo para os profissionais que retornam no final do dia para São Luís.

Demais trabalhadores, como técnicos de enfermagem e ACS residem em povoados próximos, mas, devido à precariedade de transporte público, utilizam seus próprios veículos, geralmente motocicletas.

Além das longas distâncias, a condição das estradas, sobretudo no período das chuvas, de janeiro a junho, dificulta ainda mais o deslocamento e o acesso de profissionais de

saúde às UBS. Durante a pesquisa, um fato, como os imponderáveis citados por Malinowski, reforçou os obstáculos enfrentados pela equipe até sua chegada na unidade de saúde. Já estávamos no carro da prefeitura a caminho da UBS, quando nos deparamos com protesto e bloqueio da estrada. Tratava-se de uma reivindicação por melhorias na estrada e pela contratação dos moradores das comunidades locais para a obra da construção da ponte que interliga Central a Bequimão. Saímos do carro para tentar negociar com os manifestantes. Os organizadores do protesto, no entanto não abriram exceção para a equipe de saúde e diziam: “pode tirar foto e divulgar para imprensa só liberamos [a estrada] com a presença de um representante do Prefeito e do Governo do Estado”. Neste dia, a equipe não chegou à UBS, pois tivemos que retornar daquele ponto.

Durante a pesquisa de campo, foram visitadas quatro UBS. Dessas, três foram construídas para esta finalidade, seguindo o padrão: sala de recepção, consultório médico, de enfermagem e odontológico, sala de curativo, farmácia básica, cozinha e uma sala de observação com dois leitos. A quarta UBS foi adaptada de uma escola que foi desativada na comunidade: as salas eram mal divididas, mas seguiam as mesmas especificações das outras.

Quanto ao estado de conservação, duas estavam com pinturas conservadas. As demais não apresentavam bom estado de conservação da pintura das paredes, sendo que numa delas a situação ainda era mais crítica, por conta das pequenas rachaduras nas paredes, infestadas de cupim e comprometimento da estrutura do teto.

Nas quatro UBS, os equipamentos observados nas salas da recepção foram: mesa e cadeiras para recepcionista e usuários, armários contendo pastas e prontuários das famílias, além de bebedouro. Na parede, um mural com cronograma de atividades da equipe e das visitas às áreas de abrangência. Nos consultórios, mesa, cadeiras e armários; nas salas de curativos, maca, carro de curativos e armários e na cozinha, um fogão e uma geladeira.

No entorno das UBS ficavam os domicílios. Ao lado de uma UBS havia um curral (local de criação de boi), que exalava um odor forte. Segundo a técnica da UBS, já tinha sido comunicado a situação para vigilância sanitária. Observei, também, a presença de praças, em três unidades de saúde. As localidades visitadas são pequenas e distantes uma da outra; não foram observados bares ou restaurantes, somente próximo de uma das UBS encontrei um pequeno comércio que vendia refrigerantes e biscoitos. Por esta razão, os profissionais precisam levar suas próprias refeições. O médico de uma das equipes contava com a boa vontade de técnica de enfermagem e/ou da comunidade para prover sua refeição.

Segundo a observação e o relato dos profissionais, o atendimento médico ocorre 1 vez por semana. Neste dia, o profissional atende tanto às consultas previamente agendadas quanto os usuários que vêm à UBS em busca de atendimento.

Os enfermeiros trabalham três dias, geralmente um dia na UBS e os outros dias os atendimentos são realizados na área adstrita, exceto coleta do exame Papanicolau. Os técnicos de enfermagem trabalham quatro dias da semana, sendo que três dias acompanhando a equipe e realizando atividades, conforme atribuições de sua competência, o outro é destinado a exercer atividades na unidade de saúde da sede ou no hospital municipal.

Os ACS trabalham cinco dias, realizam a maioria de suas atividades na sua microárea, na UBS participam de reuniões com a equipe e separam os prontuários das famílias que serão atendidas no local.

Atividades segundo as categorias profissionais: médicos realizam consultas em todas as fases do desenvolvimento, segundo programas da atenção primária: hipertensão, diabetes, pré-natal, puerpério, puericultura.

Além das consultas clínicas, também efetuam pequenos procedimentos de sua competência na UBS, atendem à demanda espontânea e programada, realizam encaminhamentos aos serviços de referência e indicam internações hospitalares, quando necessário. São também realizadas visitas domiciliares, por solicitação de ACS e da enfermeira da equipe.

No dia do atendimento do médico, a maior parte das consultas são direcionadas para este profissional. Nesse dia, a enfermeira realiza atendimento à gestante e/ou teste rápido de detecção de sífilis, HIV, Hepatite B e Hepatite C e, às vezes, realiza atividades educativas, principalmente as de alusão ao mês: exemplo: outubro rosa, novembro azul.

Quanto ao atendimento das enfermeiras, verificamos no cronograma e nos relatos: consultas do pré-natal, puerpério, hipertensão, diabetes, coleta do exame Papanicolau, avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos, coleta teste rápido detecção de sífilis, HIV, Hepatite B e Hepatite C, além disso atividades educativas, reuniões com os ACS e equipe, recebimento de produtividade, visitas domiciliares. Esses atendimentos eram realizados também nas comunidades; somente o preventivo era coletado na UBS. A enfermeira também é responsável por funções administrativas na UBS.

Em cada UBS tem um técnico de enfermagem que trabalha durante a semana, realizando as seguintes atividades: verificação de Pressão Arterial (PA), curativo, nebulização e dispensação de medicamentos. Quando o atendimento é realizado na UBS, ocorre a divisão de tarefas entre os técnicos de enfermagem.

O técnico da equipe fica responsável pela vacina, organizando as fichas de atendimento, a ordem de entrada dos pacientes na sala do médico, por ordem de chegada e prioridades, o preenchimento das fichas do E-SUS da equipe e a dispensação dos medicamentos. Já o técnico de enfermagem do posto auxiliar, organiza as fichas do usuário, faz aferição da Pressão Arterial (PA) e do peso.

Quando esse atendimento é realizado fora da UBS, as fichas já estão organizadas conforme o número de atendimentos agendados. Essa atividade fica a cargo do ACS. O técnico de enfermagem faz aferição da PA e do peso, organiza os atendimentos e o preenchimento da ficha do E-SUS.

As atividades do cirurgião dentista não foram observadas, pois a única UBS que tem o acompanhamento de uma equipe de saúde bucal não estava sendo assistida. Segundo relato da enfermeira, a cadeira odontológica estava com defeito e, por isso, o atendimento estava sendo realizado na UBS da sede. Em tom de crítica, no entanto, comentava que o profissional não aparecia na comunidade para aplicar flúor nas crianças, nem para fazer atividades educativas.

Os ACS desenvolvem a maioria de suas atividades fora da UBS, que são: acompanhamento das famílias cadastradas, realização de orientações; identificação de casos suspeitos de doenças e agravos; encaminhamento dos usuários para a unidade de saúde de referência; registro, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; realização de busca ativa de pacientes faltosos com agravos que necessitam de avaliação mensal; informe dos usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados. Na UBS, nos dias de atendimentos da equipe, os ACS ajudam na organização das fichas para consultas e outras demandas.

Faz parte da organização da assistência, o deslocamento da equipe para áreas de abrangência da UBS. O intervalo de tempo das visitas realizadas pelas equipes nas áreas adscrita, depende de fatores como o número de comunidades que compõem esse território em saúde, a trafegabilidade das estradas, principalmente no período do inverno, e disponibilidade do transporte. Numa das equipes acompanhadas, a visita da equipe ESF ocorre uma vez a cada bimestre. O atendimento à comunidade que não tem UBS, geralmente é realizado na escola ou na casa do ACS.

Acompanhando uma equipe em que o profissional médico estava presente, o atendimento ocorreu no turno da manhã, na UBS, e à tarde, na comunidade, na casa do ACS. Todavia, no trajeto da UBS para outra comunidade, ocorreu uma visita domiciliar para uma idosa com demência.

Acompanhei uma visita realizada na casa do ACS Os pacientes aguardavam a consulta na varanda, local quente onde o sol incidia à tarde. Neste mesmo local, era verificada a pressão arterial e realizada vacinação pelo técnico de enfermagem da equipe. A médica atendia na cozinha, local em que havia uma mesa e cadeiras para a médica e o paciente. Um ventilador amenizava o calor.

Ao longo da pesquisa de campo, foi constatado que os idosos não são objeto de um cuidado específico pelas equipes de ESF. Notaram-se ações pontuais e focadas apenas no tratamento e controle de doenças crônicas (hipertensão e diabetes). O idoso vai à UBS para receber medicamento, aferir a Pressão arterial (PA) e glicemia capilar, entregar exames para avaliação do médico. Não há atividades educativas voltadas para este grupo. As visitas domiciliares da equipe ocorrem geralmente, quando o idoso está acamado. As longas distâncias entre os povoados e as UBS dificultam ainda mais o acesso desse grupo específico à saúde. Conforme dados do georreferenciamento realizado na pesquisa, a distância das comunidades quilombolas para as unidades de saúde variava entre 9,5 a 20 km.

Percebe-se que a assistência na UBS está mais centrada, na atenção à saúde da mulher, especificamente no ciclo reprodutivo (gestantes, planejamento familiar, coleta de exames Papanicolau) e na saúde da criança (0 a 5 anos), quanto ao acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e imunização. Para outros grupos, a questão da saúde do adolescente, saúde do adulto, saúde do homem e saúde do idosos, as ações estão centradas apenas em abordagens nosológicas.

4. RELAÇÕES DE PODER, NEGOCIAÇÃO E CONFLITO ENTRE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS

A distribuição desigual da carga horária entre os profissionais de saúde é motivo de descontentamento por parte dos que ocupam posições mais baixas na hierarquia. A diferenciação entre os que têm nível superior e os de nível técnico é acompanhada nos salários, assim como nos status de poder e autoridade.

A insegurança trazida pelo tipo vínculo de trabalho, sujeito à alteração/ renovação a cada nova gestão municipal, e a busca por melhores condições salariais também foi percebido na fala de profissionais que declararam estar à procura de outros trabalhos mediante a aprovação de concursos públicos.

Segundo relatos, a maioria dos profissionais das equipes de saúde são contratados. A situação de estabilidade dos profissionais concursados lhes possibilitava maior margem de negociação de sua jornada de trabalho do que os profissionais contratados.

A ausência do médico, no dia de agendamento para sua consulta, era motivo de reclamação dos usuários com a enfermeira, a técnica de enfermagem e os ACS. Faz parte dos acordos informais estabelecidos, o médico avisar antecipadamente a falta, mas quando o aviso não é dado ou chega em cima da hora é motivo de reclamação também entre os profissionais.

Uma das enfermeiras comenta o quanto a situação é desagradável, mas também adverte aos demais profissionais que as reclamações devem ser ditas para o médico faltoso e não para ela. Completa dizendo que, quando o médico retorna, os pacientes não dizem nada e ainda o “paparicam”.

Uma usuária e comerciante local comentou sobre as faltas constantes do médico: “o povo já tá desacreditado e que nem vem mais marcar consulta na UBS para o médico” [...], “idosos, crianças e adultos já cansaram de caminhar longas distâncias pra nada”. Outra usuária comentou que fazia mais de quatro meses que não havia médico naquela UBS. A falta de atendimento também é vista com preocupação por parte de demais profissionais da equipe porque os usuários vão consultar na UBS da sede municipal. Isto implica não apenas a sobrecarga da unidade, mas também o fato de que tais usuários precisarão sair de madrugada para garantir o atendimento médico.

A reclamação dos usuários é compartilhada por profissionais que se compadecem com o fato de que estes muitas vezes saem cedo de casa porque vêm de longe.

Diante de recorrentes faltas do médico, uma estratégia desenvolvida pelos usuários consiste em esperar o carro que transporta os profissionais de saúde passar na estrada e aguardar a chegada da equipe na UBS. Daí, de moto ou de bicicleta, usuários param na porta e perguntam se o médico está presente. Em caso afirmativo, informam aos demais usuários para que estes se dirijam à unidade. Em todos os acompanhamentos que observei, além deste modo, também havia usuários aguardando o atendimento antes da chegada da equipe.

Outra questão observada foi o incômodo de alguns pacientes, quanto ao local de atendimento na comunidade que não tem UBS. Geralmente os atendimentos são realizados na escola ou na casa do ACS. Em acompanhamento de uma equipe, passamos na porta da escola, já havia pacientes esperando, quando foram comunicados que o atendimento seria na casa da ACS. Este fato gerou um mal-estar entre a ACS e usuários. Estes preferiam o atendimento na escola, em razão da privacidade. A trabalhadora (ACS) contestou, alegando que a escola estava abandonada e, por isso, suja e que limpar a escola não fazia parte de suas atribuições.

5. COMPREENDENDO AS PRÁTICAS TRADICIONAIS DE SAÚDE NAS COMUNIDADE

O primeiro passo foi mapear os praticantes tradicionais nas comunidades analisadas. Para tanto, contamos com o auxílio de ACS ou do líder da comunidade. De posse dessas informações, geralmente acompanhada por tais membros da comunidade ou alguém indicado por eles, começamos as visitas para conhecer as práticas e os praticantes tradicionais locais. Em geral, todos foram bastante receptivos. Introduzia o assunto perguntando sobre as práticas desenvolvidas na comunidade e sobre a trajetória do especialista e assim a conversa fluía.

De modo geral, os especialistas eram idosos, com predominância de mulheres, que falavam com orgulho de suas práticas e seus saberes. No decorrer do mapeamento encontrei somente um jovem que estava iniciando as práticas como curandeiro, porém nenhuma parteira jovem ou adulta. Dialogamos com parteiras, benzedeira e curandeiras que falaram dos cuidados prestados à comunidade e dos desafios na manutenção dessas práticas futuramente.

Observamos que a prática tradicional que apresentou maior dificuldade em se manter presente nas comunidades foi a de partejar. Os motivos relatados pelas parteiras foram: “Não fizeram mais treinamento para as parteiras” e, o último realizado pela SEMUS que fiz tem mais de 20 anos. Na época recebemos uma tesoura, uma pinça e uma bolsa. Faz tempo que não recebemos mais nada”. A falta de apoio dos profissionais de saúde tem dificultado a continuidade do trabalho da parteira.

Segundo as parteiras, as gestantes, durante as consultas de pré-natal realizadas pela ESF, são orientadas a parir no hospital. Essas indicações dos profissionais de saúde desencorajavam a busca por parteiras na comunidade, pois associavam o parto realizado por elas como uma prática não segura. Na fala da parteira fica claro esse receio, quando ela diz: “Eu hoje já falo para as gestantes que me procuram: Vão parir no hospital, lá tem médico. Antes eu fazia porque não tinha [médico] e era difícil e caro levar a mulher para parir”.

Segundo Barroso (2009), até o início do século XX as parteiras tradicionais eram muitas por todo o Brasil, eram valorizadas e respeitadas. Portanto a retirada das parteiras do cenário público brasileiro aconteceu de forma progressiva, em nome da prática médica que vem com o discurso higienista. Assim, as práticas das parteiras vão sendo substituídas, o parto se institucionaliza e o saber médico é legitimado em detrimento do saber da parteira, que é visto nos centros urbanos práticas como algo ultrapassado.

Todavia, percebemos também que há gestantes que procuram as parteiras locais. Segundo um relato: “algumas gestantes ainda me procuram para mexer na barriga e colocar o bebe na posição correta para parir”. Este ato foi verificado durante uma visita. A parteira mais antiga de uma comunidade relata com orgulho os partos já realizados sem nenhuma ocorrência

de óbito. São relatos de uma vida partejando, que não se resume somente no parto, mas no cuidado dessas mulheres durante a gestação, no parto e no puerpério.

O que se nota é que há pouca relação de complementariedade entre os cuidados realizados pela equipe de saúde e as parteiras. Os partos realizados na comunidade são aqueles de mulheres que não fizeram o pré-natal. Segundo uma das parteiras, “As gestantes que estão parindo na comunidade são aquelas que não fazem as consultas do pré-natal, ficam com medo de ir para o hospital, para não receber carinho dos profissionais do hospital”

Os cuidados relatados pelas parteiras são realizados por meio de recursos utilizados com a mulher para desinflamar a “mãe do corpo” (o útero), e com a criança recém-nascida que serve para limpar a “ferrugem” (mecônio). São estes: as rezas, o uso das ervas na forma de chás e as garrafadas.

Notamos que as parteiras são respeitadas localmente e muito importantes no atendimento à saúde da mulher e da criança. Segundo elas, adquiram seus conhecimentos sobre o corpo da mulher com a experiência e com seus antepassados, um saber histórico-cultural que vem sofrendo dificuldades no processo de transmissão intergeracional.

Os rituais de cura realizados pelos benzedores e curandeiros, através das garrafadas, rezas, banhos, entre outros meios, sofrem menos ameaças que as práticas realizadas pelas parteiras.

Uma curandeira denominou-se “*Médica do Mato*”. Segundo ela, a doença que tratava médico nenhum “formado na faculdade” resolvia. Sua especialidade eram as doenças espirituais e algumas doenças físico-biológicas. Ela também estabeleceu uma diferenciação entre benzedor e curandeiro. Para ela, nem todo benzedor é curandeiro.

A explicação para essa diferença é que geralmente o benzedor recebe o dom de rezar e benzer com uma planta específica, mas não tem terreiro para realizar os rituais de cura, não recebe um guia, ou encantado para realizar tais práticas. Já o curandeiro, na sua maioria tem o terreiro e, no seu interior, um quarto para a realização das consultas e escutas dos problemas daqueles que o procuram. Tais rituais podem ocorrer nas festividades de santo, quando são realizados vários trabalhos ou obrigações para o santo, ou individualmente. Ele também prepara banhos e garrafadas.

Os curandeiros, de modo geral, creem na dupla natureza da doença, ou seja, consideram aspectos materiais e espirituais. Portanto, cientes de que medir a eficácia de uma prática de cura não é uma tarefa simples, pois a saúde é algo complexo envolvendo aspectos diversos do ser humano, como sua integridade biológica, psicológica, sociocultural e espiritual (Gewehr 2017)

De acordo com Lins (2013), existem problemas que estariam fora do alcance da medicina científica, e que somente os benzedores e curandeiros poderiam resolver, como se pôde identificar na fala de uma das entrevistadas da pesquisa realizada pelo autor: “*a benzeadeira e o curandeiro resolvem coisas que o médico não resolve, médico não cura cobreiro*”.

Uma benzeadeira, bastante conhecida na localidade pela eficácia de suas práticas, tinha como especialidade benzer e orar para “carne aberta” (distensão muscular). Outra benzia somente para mal olhado ou quebranto em crianças e nos adultos “arca caída” (anomalia do apêndice xifoide) e retirada de “sol na cabeça” (pessoas que sentem fortes dores de cabeça).

A dinâmica do cuidado percebida na fala dos especialistas segue a seguinte lógica: consulta com uma escuta qualificada, diagnóstico, prescrição (garrafadas, banhos) e um plano terapêutico.

A medicina popular praticada pelas benzeadeiras vem ao encontro dos anseios das pessoas que as procuram, seja para cura de enfermidades naturais ou não. Estas benzeadeiras podem ser tidas como profissionais dentro das comunidades, atuam como prestadoras de serviços, efetuando muitas vezes um papel da medicina que, por vários motivos, se faz ausente (Almeida 2013).

As benzeadeiras são agentes de curam, que tratam e benzer com rezas, manipulações e plantas. Detentoras de um conhecimento ancestral transmitido oralmente por parentes (geralmente os avós), amigos ou vizinhos. Assim os valores e herança cultural que estão inseridos na prática de benzer, permanecem vivos através das mulheres e dos homens (Almeida, 2013).

6. DIÁLOGO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE COM AS PRÁTICAS TRADICIONAIS

As práticas tradicionais estão presentes nas comunidades quilombolas. É importante que os profissionais de saúde sejam sensíveis à realidade da comunidade onde estão desenvolvendo seu trabalho. Dessa forma, é fundamental que conheçam e respeitem as práticas tradicionais para que se familiarizem com a cultura, os valores, hábitos e costumes desses grupos (Oliveira & Oliveira 2012)

Uma proposta do SUS é formar profissionais da saúde que saibam respeitar e reconhecer o saber popular e as dinâmicas populares de cura, pois entende-se que esta postura contribui para um atendimento mais humanizado e de maior efetividade na relação terapêutica entre profissionais da saúde e a população (Brasil 2013).

A Política Nacional Educação Popular em Saúde (PNEPS), como política compreende essas práticas como importantes elementos na mediação entre os saberes técnico-científicos e populares. Reconhece atores historicamente invisibilizados nos territórios pelos serviços de saúde sem a pretensão de torná-los oficiais, nem tampouco profissionalizá-los, buscando visibilizá-los junto à sociedade e aos serviços de saúde no SUS (Brasil 2013).

Assim, a Educação Popular em Saúde tem construído sua singularidade, a partir da contraposição aos saberes e práticas autoritárias, distantes da realidade social e orientadas por uma cultura medicalizante imposta à população. Contudo, não se contrapõem nem ambicionam sobrepor ao saber científico e sim agir compartilhada e dialogicamente com as práticas profissionais de saúde instituídas no SUS (Brasil 2013).

Entre os muitos exemplos das práticas populares de cuidado e de seus atores podem ser citados raizeiros, benzedeiros, erveiros, curandeiros, parteiras, práticas dos terreiros de matriz africana, indígenas dentre outros (Brasil 2013)

Na pesquisa de campo observamos a presença das práticas tradicionais nas comunidades quilombolas, analisadas. Entretanto, acompanhando durante cerca de 3 meses as atividades realizadas pelos profissionais da ESF, percebi que para aqueles de nível superior, não há uma visibilidade da presença ou até mesmo eficácia das práticas de cuidado tradicionais.

Quando perguntava sobre a existência de tais práticas na área de atuação das equipes, o assunto era desconversado ou a resposta negava sua existência ou a destituía de importância, situando-a no âmbito do exotismo cultural. Cheguei a ouvir e registrar no diário de campo formulações como: “aqui não tem benzedeira, nem curandeira”. Ou ainda: “nas comunidades quilombolas tem muitos macumbeiros, eles acreditam nisso, a pajelança é cultural”. No entanto, a formulação que me pareceu mais etnocêntrica e mais perversa foi a que não só desautoriza a prática cultural como também atribui a seu praticante a qualidade de impostor: “na comunidade tem um pajé famoso que passa diclofenaco, antibióticos e garrafadas”.

Quanto à existência das parteiras, foi observada a anulação dessa prática na comunidade por parte da maioria dos profissionais. As enfermeiras valorizam seu trabalho, alegando que as gestantes são bem orientadas durante o pré-natal e por isso vão parir no hospital. Outras, indicam que a prática de parir na comunidade com o auxílio de parteiras é uma prática de “antigamente”.

Apenas uma enfermeira comentou sobre o aumento do número de partos domiciliares na sua área adstrita e alguns casos de recém-nascidos com infecção do coto umbilical. Ela também se orgulhava de ter conseguido na Secretaria de Saúde materiais como

caixa de luvas, clamp umbilical, álcool a 70% e gases, pois as “parteiras realizavam partos desprotegidos e o coto umbilical era amarrado com fios de algodão e colocado um óleo”. Segundo ela, pretendia fazer uma parceria com as parteiras locais para diminuir as infecções.

Em conversas com usuárias, a ideia era que as parteiras antigas estavam morrendo e com elas um saber que não havia sido transmitido porque as mulheres mais novas: “não querem aprender pegar o bebê”, reforçando a ideia de que esta tarefa agora era realizada por médico.

Dentre as parteiras, a mais idosa, é uma mulher respeitada e bem quista na localidade, pois todos quando a olhavam na rua, cumprimentavam-na e chamavam de mãe. Essa senhora falava que já tinha realizado mais de cem partos com sucesso, pois não perdera uma única vez a mãe e o bebê. Hoje não atua mais devido à idade e a presença de médicos no hospital.

Quando as gestantes a procuram para “mexer a barriga” e colocar o bebê na posição, ela as orientava para no mês de parir irem para a sede do município, onde está localizado o hospital. Comentou também que antes não tinha médico, mas agora, sim. Percebe-se uma desvalorização dos profissionais de saúde no que tange a práticas realizadas pela parteira. Tal desvalorização corresponde ao descrédito da cultura popular.

Percebe-se também uma ameaça velada por parte de profissionais de saúde que apontam o risco do parto em casa e atribuem responsabilidade criminal à parteira, reforçando frases como: “caso aconteça alguma coisa com a mulher e o bebê, a parteira será responsabilizada [pelas suas mortes].

Na pesquisa de campo, observou-se que do ponto de vista dos profissionais de saúde há uma invisibilidade das práticas e dos praticantes de cuidado tradicionais. Ao conhecer mais de perto este universo, foi possível perceber uma variedade de práticas que indicam uma diversidade de especialistas. A ausência de diálogos entre os profissionais da biomedicina e os praticantes da cultura popular marca um distanciamento de visões de mundo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As condições e o processo de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores da ESF revelam as dificuldades na produção e na continuidade da oferta do serviço de saúde voltados aos idosos das comunidades quilombolas.

Os pontos de conflitos observados foram gerados pela falta de comunicação, pelas recorrentes faltas do médico de algumas equipes, diferenciação de carga horária de trabalho

entre os membros da equipe. Na comunidade que não tem UBS, usuários reclamam de local com privacidade para a realização do atendimento.

O cuidado desenvolvido pelos profissionais da ESF tem sido feito de forma fragmentada. Há ações voltadas para a fase reprodutiva da mulher e para a saúde da criança, além disso as atividades estão voltadas para doenças crônicas. Não há uma atenção voltada para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar do idosos.

Muito tímidas as ações no sentido de estabelecer um diálogo entre as práticas e profissionais de saúde com os especialistas de cuidados fundados no saber popular.

As limitações do estudo ou pesquisador foi a falta de aproximação com a metodologia qualitativa e com abordagem etnográfica, e a dificuldade em estabelecer distância entre o material bruto da informação coletado e a apresentação final dos resultados. O afastamento negado pela Universidade Federal do Maranhão foi um fator dificultador, nas coletas dos dados, pois precisei conciliar com as atividades acadêmicas. Conseguir informações sobre os cuidadores tradicionais, principalmente com os profissionais de saúde.

Quanto aos vínculos de trabalho dos profissionais da ESF, percebi que são baseados em contratos administrativos, resultando em instabilidade e insegurança dos profissionais.

As condições de trabalho da ESF com áreas adstritas em comunidades quilombolas do município de Bequimão têm sido marcadas pelas longas distâncias percorridas para se chegar até a UBS, além do mais, o estado de mal conservação das mesmas, a falta de acesso por parte dos profissionais as refeições e água de qualidade nas comunidades. Essas condições afetam tanto o serviço ofertado à população, quanto a própria continuidade da atenção à saúde. É importante rever as necessidades cotidianas de prevenção de doenças, promoção de saúde e bem-estar dessa população; bem como as reivindicações dos idosos dos quilombos referentes ao acesso às políticas públicas básicas enquanto cidadãos de direitos.

8. REFERÊNCIAS

Almeida, A. V. D. 2013. *Espinhela caída: referências históricas e práticas de cura populares*. Recife: EDUFRPE.

Almeida, A.W.B. 2011. *Quilombolas e novas etnias*. Manaus: UEA Edições.

Almeida, C. B., dos Santos, A. S., Vilela, A. B. A., e Casotti, C. A. 2019. Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira. *Avances en Enfermería*, 37(1):92-103.

Alves, P. H. M., Leite-Salgueiro, C. D. B., Alexandre, A. C. S., e Oliveira, G. F. D. 2020. Reflexões sobre o cuidado integral no contexto étnico-racial: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25:2227-2236.

Antunes, D. A., Caballero, A. D., Marques, A. S., Hernández, C. I. V., & Antunes, S. L. N. O. (2011). Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Revista Cefac*, 13(5):937-943.

Brasil, Fundação Cultural Palmares. 2020. *Certificação quilombola: certidões expedidas às comunidades remanescentes de quilombos (CRQs) atualizada até a Portaria nº Portaria nº 118/2020*. Brasília: Diário Oficial da União.

Brasil, IBGE. 2010. *Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010*. Brasília: Diário Oficial da União.

Brasil, Ministério da Saúde. 1994. *Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994*. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: MPAS.

Brasil, Ministério da Saúde. 2004. *Portaria GM nº 1.434, de 14 de julho de 2004*. Define Mudanças no Financiamento da Atenção Básica em Saúde no Âmbito da Estratégia Saúde da Família, e dá outras Providências. Diário Oficial da União (DOU). Seção 1:36. Brasília.

Brasil, Ministério da Saúde. 2006. *Portaria 2528/GM, de 19 de outubro de 2006*. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. 2007. *Política nacional de saúde integral da população negra*. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR. Brasília: Diário Oficial da União.

Brasil, Ministério da Saúde. 2010. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Diário Oficial da União.

Brasil, Ministério da Saúde. 2011. *Portaria interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011*. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília: Diário Oficial da União.

Brasil, Ministério da Saúde. 2013a. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS*. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Brasil, Ministério da Saúde. 2013b. *Portaria nº 203/2013(a), de 08 de fevereiro de 2013*. Altera a Portaria nº 1.377/GM/MS, de 13 de junho de 2011, que estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º-B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União.

Brasil, Ministério da Saúde. 2016. *Edital nº 02, de 8 de janeiro de 2016*. Adesão de médicos aos programas de provisão de médicos do Ministério da Saúde. Brasília: Diário Oficial da União.

Brasil, Ministério da Saúde. 2017. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, Estabelecendo a Revisão de Diretrizes para a Organização da Atenção Básica, no Âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Diário Oficial da União.

Brasil, Palácio do Planalto. 2013c. *Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013*. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Diário Oficial da União 2013c.

Brasil. 2003. *Estatuto do Idoso*. Lei nº 10741, de 1 de outubro 2003. 1 ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde.

Costa, A. S. V., dos Santos Rodrigues, L., de Deus Cabral, J., Coimbra, L. C., e de Oliveira, B. L. C. A. 2020. Survey of the living conditions and health status of older persons living in Quilombola communities in Bequimão, Brazil: the IQIBEQ Project. *Journal of Public Health*, 1-9.

Deslandes, S.F. 2002. *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

ESTATUTO DE REFORMULAÇÃO DA ACONERUQ (Associação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas), 2007.

Fiabani, A. (2008). *Os novos quilombos: luta pela terra e afirmação étnica no Brasil [1988-2008]*. São Leopoldo: UNISINOS.

Fuini, L. L. 2017. O território em Rogério Haesbaert: concepções e conotações. *Geografia Ensino & Pesquisa*, 21(1):19-29.

Garnelo, L., Lima, J. G., Rocha, E. S. C., e Herkrath, F. J. 2018. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em Debate*, 42:81-99.

Geib, L. T. C. 2012. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17:123-133.

Giovanella, L., Mendonça, M. H. M. D., Almeida, P. F. D., Escorel, S., Senna, M. D. C. M., Fausto, M. C. R., ... e Teixeira, C. P. 2009. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14:783-794.

Girardi, S. N., Carvalho, C. L., Araújo, J. F., Farah, J. M., Wan der Maas, L., e Campos, L. A. D. 2011. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T, organizadores. *O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, *ObservaRH*, 171-186.

Küchemann, B. A. 2012. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Sociedade e estado*, 27(1):165-180.

Lacerda, R. D. S. 2017. Territorialidade, saúde e meio ambiente: conexões, saberes e práticas em comunidades quilombolas de Sergipe. Aracajú: UFS.

Leite, I. B. 2008. O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais. *Revista Estudos Feministas*, 16(3):965-977.

LINS, D. A. S.. A benção em Santa Maria: a permanência de tradições de cura no contexto da contemporaneidade. *Revista Latino-Americana de História*, 2(6), 569-581. 2013.

MAAS, S. N., Carvalho, C. L., Maas, L. W. D., Araujo, J. F., Massote, A. W., Stralen, A. C. D. S. V., e Souza, O. A. D. 2017. Preferências para o trabalho na atenção primária por estudantes de medicina em Minas Gerais, Brasil: evidências de um experimento de preferência declarada. *Cadernos de Saúde Pública*, 33:e00075316.

Malinowski, B. 1984. *Os argonautas do pacífico ocidental*. São Paulo: Abril Cultural.

Maranhão. 2016. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES-MA). *Plano Estadual de Saúde 2016-2019*. São Luís: SES-MA.

Maranhão. 2019. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES-MA). *Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde. 2019-2020*. São Luís: SES-MA.

Merhy, E. E., e Franco, T. B. 2003. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES CDD 362.1*, 27(65):316-323.

MINAYO, M.C.S. 2014. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

Miranda, G. M. D., Mendes, A. D. C. G., e Da Silva, A. L. A. (2016). O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(3):507-519.

Nogueira, P. T. A., Bezerra, A. F. B., Leite, A. F. B., Carvalho, I. M. D. S., Gonçalves, R. F., e Brito-Silva, K. S. D. 2016. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21:2889-2898.

Oliveira, S. F., e de Oliveira, M. W. 2012. Diálogo entre profissionais de saúde e práticas populares de saúde. *Revista de APS*, 15:4-19.

OPAS. 2016. Organização Pan-Americana da Saúde. *Atenção à saúde em municípios de pequeno porte do Maranhão. Efeitos do Programa Mais Médicos*. Brasília: OPAS.

- Paim, J.S. 2006. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA.
- Paim, J.S. 2008. Modelos de atenção à saúde no Brasil. Giovanella, L. et al (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Pavoni, D. S., e Medeiros, C. R. G. 2009. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2):265-271.
- PNUD. 2014. *Informe sobre Desarrollo Humano 2014 – 2019*. Sostener el Progreso Humano: reducir vulnerabilidades y construir resiliencia.
- Rodrigues, C. C., e Ribeiro, K. S. Q. S. 2012. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*, 10(2):235-255.
- Santos, R. C. D., e Silva, M. S. (2014). Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *Saúde e Sociedade*, 23:1049-1063.
- Scheffer, M. et al. 2020. *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo: FMUSP, CFM.
- Starfield, B. 2002. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.
- Sumar, N., e Fausto, M. C. R. 2014. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care*, 5(2):202-212.
- Trad, L. A. B. 2012. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17:627-633.
- Veras, R. P., e Oliveira, M. 2018. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & saúde coletiva*, 23:1929-1936.
- Vieira, A. B. D., e Monteiro, P. S. 2013. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. *Saúde em Debate*, 37(99):610-618.
- Werneck, J. 2016. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, 25:535-549.

WHO, World Health Organization. 2010. *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global recommendations*. Geneva: World Health Organization.

Whyte, W.F. 1980. Treinando a observação participante. *Desvendando máscaras sociais*. 2. ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente Tese se propôs a caracterizar as condições socioambientais, sanitárias e de saúde dos idosos, além disso, compreender o processo de trabalho dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) no que diz respeito à saúde dos idosos e a existência (ou não) de diálogo com as práticas de tradicionais de saúde, dos quilombos da Baixada Maranhense.

As precárias condições sociais e de saúde da população idosa quilombola apresentadas na pesquisa, demonstram que as desigualdades sociais estão presentes nas comunidades, e que as políticas afirmativas, tanto no âmbito nacional como estadual, criadas para diminuir as iniquidades raciais, necessitam ser implementadas para alcançar, não só os idosos, mas as comunidades de modo geral.

Observamos que os cuidados oferecidos nas UBS estão direcionados para doenças crônicas não transmissíveis, especificamente, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Além disso, não foi observado no cronograma das equipes da ESF nenhuma atividade de promoção em saúde, para melhoria da qualidade de vida desse grupo. Também ficou demonstrado que os idosos não representam objeto de um cuidado prioritário para as equipes de ESF.

O processo de trabalho e as condições de trabalho em saúde na região são marcados pelo desgaste das distâncias geográficas, o tempo de deslocamento e as condições de acessibilidade e tráfego nas estradas. Aliado a essa situação, das UBS em estado de conservação precários, dificuldades para comprar suas refeições e água potável. Estas condições afetam a qualidade tanto do serviço ofertado à população, quanto à própria permanência dos profissionais a médio prazo, prejudicando a continuidade da atenção à saúde.

Dentre as questões observadas, as que mais ocasionaram conflitos nas equipes ESF foram: a falta de comunicação entre os profissionais; as faltas recorrentes dos médicos em algumas equipes e; diferenciação de carga horária de trabalho entre os membros da equipe.

O vínculo de trabalho dos profissionais das ESF é outro ponto observado que traz inseguranças, instabilidades entre os que trabalham no local. Alguns desses profissionais expressaram o desejo de realizar concursos públicos para ter garantias de estabilidade no emprego.

No que concerne às comunidades quilombolas, os maiores empecilhos à continuidade da assistência prestada foram: comunidades que não dispõem de UBS nos seus entornos e; usuários que reclamam de falta de local com privacidade para a realização do atendimento.

A presente Tese demonstrou que as práticas tradicionais estão presentes nas comunidades quilombolas em estudo. De modo geral, estas práticas são realizadas por idosos, principalmente do sexo feminino, que expressam orgulho de suas práticas e saberes.

Há diferenças estabelecidas nos cuidados prestados, haja vista que nem todos desenvolvem as mesmas práticas. Benzedor e o curandeiro são especialidades distintas. As especialidades no cuidado, foram observadas nos saberes dos benzedores que realizavam ritual de cura somente para casos de saúde que estivessem na sua respectiva especialidade. Nas comunidades quilombolas do estudo, em geral, o respeito e a proteção ao idoso é uma característica ainda presente, principalmente, nos praticantes das práticas tradicionais, porque são os mais velhos que repassam suas experiências e seus conhecimentos; é através deles que os costumes e tradições continuam sendo passados adiante.

Existe uma riqueza dos saberes populares nas comunidades. Todavia, observa-se que, do ponto de vista dos profissionais de saúde, há uma invisibilidade das práticas e dos praticantes de cuidado tradicionais, sendo suas práticas encarados com desconfiança.

Além disso, ficou demonstrada a desvalorização dos profissionais de saúde no que tange a práticas realizadas pelas parteiras. Estes profissionais de saúde consideram o parto domiciliar uma ameaça velada. Nesse seguimento, os profissionais alertam para os riscos do parto em casa e atribuem uma responsabilidade às parteiras. Estes conflitos entre profissionais de saúde e parteiras, têm sido um dos motivos para as mulheres jovens não se interessarem em aprender o ofício de partejar. Também ficou evidenciado a ausência de diálogo entre os profissionais da biomedicina e os praticantes da cultura popular, o que conseqüentemente tem demarcado um distanciamento de visões de mundo.

É importante ressaltar o papel da universidade na formação dos profissionais da saúde, tanto na discussão das políticas afirmativas para redução das iniquidades raciais, quanto na formação, enfatizando sobre as diversidades culturais existentes em nosso meio social.

Nas comunidades quilombolas do estudo, observou-se que a PNSIPN não vem sendo implementada adequadamente, evidenciando-se as suas deficiências e os desafios a serem enfrentados. Pode-se refletir que, mesmo com os direitos à saúde garantidos por lei e por possuírem necessidades específicas de atendimento, as populações quilombolas não têm vozes ouvidas e sim suprimidos pelas condições de vida precárias em que se encontram. Dessa maneira, percebe-se que o sistema de saúde brasileiro não consegue ser equânime em garantir o acesso à toda a população. E que as políticas voltadas aos idosos e população negra, apesar do aparato legal, pouco são discutidas e efetivadas nos espaços de saúde.

Contudo, a tendência do cuidado é se tornar mais fragilizado e fragmentado com as mudanças da nova PNAD. Que modifica a organização dos processos de trabalhos, financiamento, flexibilização para novas estruturas de serviços e equipes da AB, redução de recursos, precarização do trabalho, a alternativa de carga horária com mais de um médico em uma única equipe. Essas alterações enfraquecem a construção de atributos essenciais à APS, a redução da perspectiva de criação de vínculo, a integralidade da atenção, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado.

Nesse sentido, as comunidades quilombolas, que já sofrem com as restrições de direitos e com a conjuntura atual do congelamento de gastos públicos em políticas de saúde e políticas sociais, devem sentir maior impacto com essas modificações, o que poderá produzir aumento das desigualdades sociais, diminuição da oferta de serviços de saúde e acesso aos serviços de saúde.

No que concerne as limitações do estudo, destaca-se a falta de aproximação com a metodologia qualitativa e com abordagem etnográfica e a dificuldade em estabelecer uma distância entre o material bruto de informações coletadas e a apresentação final dos resultados. Além disso, o afastamento negado pela Universidade Federal do Maranhão, foi um fator que gerou dificuldades, nas coletas dos dados, pois precisei conciliar com as atividades acadêmicas para lograr êxito em obter informações sobre os cuidadores tradicionais, principalmente com os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

ABA, Associação Brasileira de Antropologia. Documentos do grupo de trabalho sobre as comunidades negras rurais. In: **Boletim Informativo NUER**, n. 1, 1994.

ABEP, Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério Brasil 2018**. Disponível em: <http://www.abep.org/download>. Acesso em: 10 jul. 2019.

ACONERUQ, Associação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas. **Estatuto de reformulação da ACONERUQ**, 2007.

AGYEMANG, C. *et al.* Cardiovascular disease, diabetes, and established risk factors among populations of sub-Saharan African descent in Europe: a literature review. **Globalization and health**, v. 5, n. 1, p. 1-17, 2009.

ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de 6 a 12 de setembro 1978. **Declaração de Alma-Ata**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.

ALMEIDA, A. W. B. **Terras de quilombo, terras indígenas, "babaçuais livres", "castanhais do povo", faxinais e fundos de pasto: terras tradicionalmente ocupadas**. Manaus, PPGSCA-UFAM, 2006.

ALMEIDA, A. W. B. **Quilombolas e novas etnias**. Manaus: UEA Edições, 2011. 196p.

ALMEIDA, C.B.; SANTOS, A.S.; VILELA, A.B.A.; CASOTTI, C.A. Reflexión sobre el control del acceso de quilombolas a la salud pública brasileña. **Avances en Enfermería**, v. 37, n. 1, p. 92-103, 10 jul. 2019.

ALMEIDA, E. R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e180, 2018.

ALMEIDA, M. C. P. O movimento quilombola na baixada ocidental maranhense: história, memória e identidade de comunidades remanescentes de quilombos em Pinheiro. **Anais... Simpósio Nacional de História**, Natal, RN, Brasil, 2013.

ANDRADE, J. A. N. **O tempo da greve: o caso da Comunidade Quilombola Pitoró dos Pretos em São Luís**. 2009. 152 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais - Universidade Federal do Maranhão). São Luís, 2019.

ANGROSINO, M. V. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ANTUNES, M.H.; MOREÍ, C.L.O.O. Aposentadoria, saúde do idoso e saúde do trabalhador: Revisão integrativa da produção brasileira. **Rev Psicol Organ e Trab.**, v.16, n.3, p. 248-58, 2016.

AROUCHA, A S. **O dilema preventivista**. São Paulo: Unesp: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003

ARRUTI, J. M. **Mocambo**: antropologia e história do processo de formação quilombola. Bauru-SP: EDUSC, 2005.

BARCELLOS, C.; PEREIRA, M.P.B. **O território no programa saúde da família**. 2019. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/651>. Acesso em: 18 jul. 2019.

BARNETT, K. *et al.* **Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education**: a cross-sectional study. London: Lancet, 2012.

BARROS, M.B.A.; GOLDBAUM, M. Desafios do envelhecimento em contexto de desigualdade social. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, Suplemento, 2018.

BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R.B.; MEDEIROS, R.A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Rev. Saúde Debate**, v. 37, n. 99, p. 681-690, 2013.

BATISTA, L.E.; ESCUDER, M.M.L.; PEREIRA, J.C.R. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.5, p.630-636, 2004.

BERTOLUCCI, P.H.F. *et al.* O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 52, n.1, p. 1-7, 1994.

BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. **Journal of Human Growth and Development**, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2016.

BEZERRA, V. M. *et al.* Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1889-1902, 2013.

BEZERRA, V. M. *et al.* Desconhecimento da hipertensão arterial e seus determinantes em quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p.797-807, 2015.

BEZERRA, V. M. *et al.* Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Rev. Cien Saude Colet.**, v.19, n.6, p.1835-47, 2014.

BEZERRA, V.M. *et al.* Domínios de atividade física em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil: estudo de base populacional. **Rev. Cad. Saúde Pública**, v.31, n.6, p.1213-1224, 2015.

BEZERRA, V.M. *et al.* Inquérito de saúde em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia. In: Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1835-1847, 2014.

BOTES, R. *et al.* Relative contribution of various chronic diseases and multi-morbidity to potential disability among Dutch elderly. **BMC Health Serv Res.**, v.18, n.1, p.24-32, 2018.

BRAGA, R. M. Território, rede e multiterritorialidade: Uma abordagem conceitual a partir das corporações. **Revista Geografias**, p. 26-36, dez., 2010.

BRANDÃO, A. A.; DOS SANTOS, N. C.; JORGE, A. L. Comunidades Quilombolas sob a perspectiva da transição demográfica. **Revista de Ciências Sociais - Política & Trabalho**, v. 1, n. 48, p. 145-161, 12 jul. 2018.

BRASIL, **Atlas Racial Brasileiro**. Brasília: PNUD, 2004a.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Capítulo II – Da Seguridade Social. Seção I, das Disposições Gerais. Artigo 194. Brasília: DF, 1988.

BRASIL, **Decreto Nº 4887, de 20 de novembro de 2003**. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68. do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial da União; 21 nov. 2003.

BRASIL, Fundação Cultural Palmares. **Certificação Quilombola: certidões expedidas às comunidades remanescentes de quilombos (CRQs) atualizada até a portaria nº Portaria nº 118/2020**. Diário Oficial da União, Brasília, 2020.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em 15 set. 2018.

BRASIL, Ministério da Cultura. **Portaria nº 268 de 02 de outubro de 2017**. Certidões Expedidas às Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQS). Brasília: DF, 2017d.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS**. Brasília, DF: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2013a.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Políticas de promoção da equidade em saúde**. Brasília: MS; 2013b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Decreto nº 6.040 de 07 de fevereiro de 2007**. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, Brasília: DF, 2007c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral da população negra**. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. Brasília: DF, 2007a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 992 de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de saúde Integral da População Negra. Brasília (DF): MS; 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.434, de 14 de julho de 2004**. Define Mudanças no Financiamento da Atenção Básica em Saúde no Âmbito da Estratégia Saúde da Família, e dá outras Providências. Diário Oficial da União (DOU). Seção 1:36. Brasília, D.F. 2004b

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: DF, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, Estabelecendo a Revisão de Diretrizes para a Organização da Atenção Básica, no Âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: DF, 2017c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: DF, 2007b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política nacional de saúde integral da população negra: uma política para o SUS**. 3 ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017b. 44 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Subsecretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais. **Programa Brasil Quilombola**. Comunidade Quilombolas Brasileiras. Regularização Fundiária e Políticas Públicas. Brasília: DF, 2012b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde: as cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL, Secretaria de Políticas da Igualdade Racial. Secretaria de Políticas para a Comunidade Quilombolas. **Certificação Quilombola**. 2013c, 61p.

BRASIL, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Guia de políticas públicas para comunidades quilombolas**. Brasília: DF, 2013.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial da União, de 3 dezembro 2003. 2003. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/páginas/42/2003/10741.htm>>. Acesso em 1 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 41 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas**: julho de 2012. Brasília: SEPPIR, 2012a. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/destaques/diagnostico-pbq-agosto>>. Acesso em: 10 set. 2018.

BRASIL. Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria n. 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 dezembro 1999. n. 237-E, seção 1, p. 20-24.

BRASIL. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. 2006a. Disponível em: . Acesso em 1 jun. 2018.

BRITO, G.E.G. **O processo de trabalho na estratégia saúde da família**: um estudo de caso. 2016. 200 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

BRUGGEMANN, O.M.; PARPINELLI, M.A. Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 3, p. 563-568, 2008.

CAMACHO, A.C.L.F.; COELHO, M.J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev. Bras Enferm.** v.63, n.2, p.279-84, 2010.

CARVALHO, A.I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In Fundação Oswaldo Cruz (org.). **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário**. Rio de Janeiro: RJ, Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, p. 19-38., 2013.

CARVALHO, R.M.A.; LIMA, G.F.C. Comunidades quilombolas, territorialidade e legislação no Brasil: uma análise histórica. **Revista de Ciências Sociais - Política e Trabalho**, v. 2, n. 39, 13 dez. 2013a.

CARVALHO, VKS; MARQUES, CP; SILVA, EN. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 09, p. 2773-2784, 2016.

CÓLMAN, E.; POLA, K.D. Trabalho em Marx e serviço social. **Serv. Soc. Rev.**, v. 12, n.1, p.179-201, 2009.

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

COSTA, C. S. *et al.* Inequalities in multimorbidity among elderly. **Rev. Cad. Saúde Pública.**, v.34, n.11, p. E00040718, 2018.

COSTA, I. P.; PIMENTA, C. J. L.; BRITO, M. J. M. Adversidades vivenciadas por profissionais na atenção primária à saúde: implicações para os sentidos do trabalho. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 3, 2019.

CRESWELL, J. W. *et al.* **Qualitative research designs selection and implementation**. The Counseling Psychologist, [S . l.], v. 35, n. 2, p. 236-264, 2007.

CRUZ, D. T.; CAETANO, V. C.; LEITE, I. C. G. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. **Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro**, v. 18, n. 4, p. 500-8, 2010.

DAL POZ, M. R. A crise da força de trabalho em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1924-1926, 2013.

DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses**: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 196 p.

DURAND, M. K.; HEIDEMAN, I. T. S. B. Determinantes Sociais de uma comunidade quilombola e a interface com a Promoção da Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 53, e03451, 2019.

SCOREL S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ESTATUTO DE REFORMULAÇÃO DA ACONERUQ (Associação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas), 2007.

ESTATUTO DO IDOSO. **Lei nº 10.741, de 1 de outubro 2003**. 1 ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

FABANI, Adelmir. **Mato, Palhoça e Pilão**: o quilombo, da escravidão às comunidades remanescentes (1532-2004). 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2005. 424 p.

FABIANI, A. Os quilombos contemporâneos maranhenses e a luta pela terra. **Estudios Historicos**, n. 2, p.1-19, ago. 2009.

FALLER, J. W.; MARCON, S. S. Práticas socioculturais e de cuidado a saúde de idosos em diferentes etnias. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 3, p. 512-519, 2013.

FARIA, R. M. Território e saúde na geografia de Milton Santos: teoria e método para o planejamento territorial do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Raega-O Espaço Geográfico em Análise**, v. 38, p. 291-320, 2016.

FARIAS FILHO, Marcelino Silva.(org.). **O Espaço Geográfico da Baixada Maranhense**. São Luís: JK Gráfica Editora, 2012.

FELTRIN, A. F. S.; CONEGLIAN, T. V. A nova política nacional de atenção básica e o contexto atual de saúde: uma reflexão crítica. **CuidArte, Enferm**, p. 56-61, 2019.

FERNANDES, B. **Sobre a tipologia de territórios**. In: SAQUET, M. e SPOSITO, E. (Org.). **Territórios e territorialidades**: teorias, processos e conflitos. São Paulo: Expressão Popular, 2009. p.197-215.

FERREIRA, H.S.; TORRES, Z.M.C. Comunidade quilombola na Região Nordeste do Brasil: saúde de mulheres e crianças antes e após sua certificação. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.15, n.2, p. 219-229, 2015.

FERREIRA, J.P.; LEESON, G.; MELHADO, V.R. Cartografias do envelhecimento em contexto rural: notas sobre raça/etnia, gênero, classe e escolaridade. **Rev. Trab. Educ. Saúde**, v.17, n.1, E0017612, 2019.

FERRETTI, F.; NIEROTKA, R.P.; SILVA, M.R. Health conception according to reports of elderly people living in an urban environment. **Rev. Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v.15, n.37, p.565-72, 2011.

- FILHO, A.M.S. O recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde do Brasil: potencialidades para a tomada de decisão. In: Batista L.E., Werneck J., Lopes F. (eds.) **Saúde da População Negra**. Coleção negras e negros: pesquisas e debates. São Paulo, Ática, 2012.
- FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, pág. 743-752, 2009.
- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2011.
- FRANCHI, E. P. L. P. *et al.* A formação de profissionais de saúde no cuidado às comunidades quilombolas: um relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-11, 2018.
- FREITAS, D.A.; CABALLERO, A.D.; MARQUES, A.S.; HERNANDEZ, C.I.V.; ANTUNES, S.L.N. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista CEFAC**, v.1, n.1, p. 937-943. 2011.
- FREYRE, G. **Casa grande e senzala**. São Paulo: Global, 2003.
- FRIGOTTO, G. Trabalho. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2009.
- FUINI, L.L. O território em Rogério Haesbaert: concepções e conotações. **Rev. Geografia, Ensino e Pesquisa**, v. 21, n. 1, p.19-29, 2017.
- FURTADO, M. B.; PEDROZA, R. L. S.; ALVES, C. B. Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural. **Rev. Psicol. Soc.**, v. 26, n. 1, p. 106-115, 2014.
- GARNELO, L. *et al.* Acesso e cobertura da atenção primária à saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Rev. Saúde Debate**, v. 42, número especial 1, p. 81-99, 2018.
- GEWEHR, R.B. *et al.* Sobre as práticas tradicionais de cura: subjetividade e objetivação nas propostas terapêuticas contemporâneas. **Revista de Psicologia da USP**, v. 28, n.1, p. 33-43. 2017.
- GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.
- GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020.
- GIRARDI, S.N. *et al.* Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da atenção primária. In: PIERANTONI, C.R.; DAL POZ, M.R.; FRANÇA, T. (orgs). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, p. 171-86, 2011.

GOMES, F.S. **Mocambos e quilombos**: uma história do campesinato negro no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 2015, 238 p.

GOMES, K.O. *et al.* Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. Revista. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.9, p.1829-1842, 2013.

GOMES, L.C.B. O direito quilombola e a democracia no Brasil. **Revista de Informação Legislativa**, v. 50, n. 199, p. 303-320, jul./set. 2013.

GONÇALVES, A.C. **Políticas públicas para quilombolas**: a construção da cidadania na comunidade de remanescente do Baú. 2017. 151 f. Dissertação (Mestrado em História - Universidade Federal de Juiz de Fora), Juiz de Fora, MG, 2017.

GONDIM, G.M.M. *et al.* O território da Saúde, a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA A.C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J.; MONKEN, M. (orgs). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 237-255, 2008.

GOTTLIEB, M. G. V. *et al.* Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 14, n. 2, p. 365-380, 2011.

GU, J.; CHAO, J.; CHEN, W.; XU, H.; ZHANG, R.; HE, T.; DENG, L. Multimorbidity and health-related quality of life among the community-dwelling elderly: a longitudinal study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, p.74:133-140, 2018.

GUEDES, M.B.O.G. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Revista de Saúde Coletiva**, v.27, n. 4, p. 1185-1204, 2017.

HAESBAERT, R. Concepções de território para entender a desterritorialização. In: Território Territórios. **Rev. Geografia, Ensino e Pesquisa**, v. 21, n.1, p. 19-29, 2017.

HAESBAERT, R. **Dilemas de conceitos: espaço-território e contenção territorial**. In: SAQUET, M. A.; SPOSITO, E. S. (Org.) **Território e territorialidades**: teorias, processos e conflitos. 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2009. p. 95-120.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização**: Do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HAESBAERT, R.; LIMONAD, E. O território em tempos de globalização. etc..., espaço, tempo e crítica. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas e Outras Coisas**, v. 1, n. 2, p. 39-52, 2007.

HELD, T.M.; BOTELHO, T.R. Direito socioambiental e a luta contra-hegemônica pela terra e território na América Latina. In: HELD. T. M.; BOTELHO, T. R. (Orgs.). São Paulo, SP: Liber Ars, p. 555, 2020.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HYGEIA. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2 n. 2, p. 47-55, 2006. Disponível em: <http://www.ygeia.ig.ufu.br>. Acesso em: 15 set. 2019.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010**. 2010. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=31. Acesso em: 31 jan. 2019.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais - 2008**. 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1233&id_pagina=1. Acesso em: 27 fev. 2019.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais - 2016**. 2016. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1233&id_pagina=1. Acesso em: 27 fev. 2019.

INCRA. **Regularização de território quilombola: perguntas e respostas**. 2017. Disponível em: <http://www.incra.gov.br/sites/default/files/incra-perguntasrespostas-a4.pdf>. Acesso: 12 jun. 2020.

ISLAS-GRANILLO, H.; MEDINA-SOLÍS, C.E.; MÁRQUEZ-CORONA, M. et al. **Prevalence of multimorbidity in institutionalized subjects aged 60 and over in a developing country**. *Clin Interv Aging*. P. 13:1129-113, 2018.

JACCOUD, L.B. **Desigualdades raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental**. Brasília: Ipea, 2002. 152 p.

JARDIM, Viviane Cristina Fonseca da Silva *et al.* Contribuições da arteterapia para promoção da saúde e qualidade de vida da pessoa idosa. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, e200173, 2020.

JÚNIOR, J. R. M .L. *et al.* Características socioambientais e demográficos de idosos remanescentes de quilombo. **Gestão e Saúde**, v. 5, n. 5, p. pag. 3015-3032, 2014.

JUSTO, L.G. *et al.* A territorialização na atenção básica: um relato de experiência na formação médica. **Interface**, v. 21, supl. 1, p. 1.345-1.354, 2017.

KALACHE, A. *et al.* Envelhecimento e desigualdades: políticas de proteção social aos idosos em função da pandemia Covid-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 6, 2020.

KOCHERGIN, C. N.; PROIETTI, F. A.; CÉSAR, C. C. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 1487-1501, 2014.

KÜCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e estado**, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012.

LACERDA, R.S. **Territorialidade, saúde e meio ambiente: conexões, saberes e práticas em comunidades de Sergipe**. 2017. 220 f. Tese (Doutorado - Universidade Federal de Sergipe), Sergipe, 2017.

LAGES, S.R.C. Saúde da população negra: a religiosidade afro-brasileira e a saúde pública. **Rev. Psicol. Argum.**, v. 30, n. 69, p. 401-410, 2012.

- LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 459-466, 2010.
- LEAL CORTEZ, A. C. *et al.* Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 5, 2019.
- LEFÈVRE, T. *et al.* What do we mean by multimorbidity? An analysis of the literature on multimorbidity measures, associated factors, and impact on health services organization. **Rev Epidemiol Sante Publique**, v.62, n.5, p.305-314, 2014.
- LEITE, I. B. O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais. **Rev. Estud. Fem.**, v. 16, n. 3, p. 965-977, 2008.
- LEITE, I. K. **Quilombos: questões conceituais e normativas**. São Paulo: Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural do Estado de São Paulo, 2003.
- LIMA, M.D. *et al.* Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.69, n.5, p.840-846, 2016.
- LIMA, Márcia. Desigualdades raciais e políticas públicas: ações afirmativas no governo Lula. **Novos estudos CEBRAP**, n. 87, p. 77-95, 2010.
- LITTLE, P.E. **Territórios sociais e povos tradicionais no Brasil: por uma antropologia da territorialidade**. Brasília, DF: Editora UnB, 2004.
- LLANO, P. M. P. de *et al.* Fragilidade em idosos da zona rural: proposta de algoritmo de cuidados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 5, p. 520-530, 2017.
- LOPES F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Rev. Cad Saúde Pública**, v.21, n.1, p.1595-601, 2005.
- LOPES, E. D. S.; PAIXÃO, C. F.; SANTOS, D. B. “Os Cansaços e Golpes da Vida”: Os Sentidos do Envelhecimento e Demandas em Saúde entre Idosos do Quilombo Rincão do Couro, Rio Grande do Sul. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, n. SPE, 2019.
- LOPES, R.C.D. **Identidade e territorialidade na comunidade remanescente de quilombo Ilha de São Vicente na região do Bico do Papagaio – Tocantins**. 2019. 301 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2019.
- LULIA, M.M.E.T. *et al.* **Síntese de Indicadores Sociais**. São Paulo: ArtMed, 2016.
- MAAS, L.W.D. *et al.* Preferências para o trabalho na atenção primária por estudantes de medicina em Minas Gerais, Brasil: evidências de um experimento de preferência declarada. **Rev. Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 8, e00075316, 2016.
- MACHADO, Ana Flavia; ANDRADE, Mônica Viegas; MAIA, Ana Carolina. A relação entre estrutura ocupacional e acesso a plano de saúde no Brasil: uma análise para 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 758-768, 2012.
- MALINOWSKI, B. **Os argonautas do pacífico ocidental**. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

MARANHÃO, Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES-MA). **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. SES-MA, São Luís, 2016, 290p.

MARANHÃO, Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES-MA). **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. SES-MA, São Luís, 2020, 275p.

MARANHÃO. **PIB Municipal 2016**. 2018. Disponível em:

<https://seplan.ma.gov.br/files/2019/03/PIB-dos-Munic%C3%ADpios-do-Maranh%C3%A3o-2016.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2020.

MARANHÃO, Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES-MA). **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde**. 2019-2020. SES-MA, São Luís, 2019, 68p.

MARETTI, C.C.; MORAES, A.C.R. **Comunidade, natureza e espaço**: gestão territorial comunitário no Arquipélago dos Bijagós, África Ocidental. São Paulo: EDUSP, 2002.

MARQUES, A. S. *et al.* População quilombola no Norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, v. 12, n. 2, p. 154-161, 2010.

MARQUESE, R. B. A dinâmica da escravidão no Brasil: resistência, tráfico negreiro e alforrias, séculos XVII a XIX. **Novos estudos CEBRAP**, n. 74, p. 107-123, 2006.

MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó de *et al.* Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 956-961, 2010.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Tradução por Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Abril Cultural, 1985a.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. Tradução por Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Abril Cultural, 1985c.

MEIRA, CS. Plantas do axé e sua fundamentação religiosa: um estudo de caso no terreiro de umbanda “caboclo boiadeiro”. 2013. 144 f. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Bahia, 2013.

MELO, M.F.T; SILVA, H.P. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. **Revista da ABPN**, v. 7, n.16, p. 168-189, 2015.

MELO, N.C.V.; TEIXEIRA, K.M.D.; SILVEIRA, M.B. Consumption and social and demographic profile of the different household arrangements of the elderly in Brazil: analysis from the Study on Family Budgets. **Rev Bras Geriatr e Gerontol.**, v.20, n.5, p. 607-17, 2017.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Rev. Interface**, v.4, n.6, p.109-116, 2000.

- MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Ed. UFS, 2009. p. 29-74.
- MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2009.
- MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Rev. Saúde em Debate**, v.27, n. 65, p. 316-326, 2003.
- MINAYO, M. C. de S. & SANCHES, O. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** *Cad. Saúde Pública*, 9: 239-62, 1993.
- MINAYO, M. C. de S. **Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais**. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 25 (3), 233-8. 1991.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MINAYO, M.C.S.; JUNIOR C.E.A.C. **Antropologia, Saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- MIRANDA, G.M.D; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. **O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras**. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, v.19, n.3, p.507-519, 2016.
- MONKEN, M; BARCELLOS, C. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio-jun. 2005.
- MONTEIRO, C.R.; SOUSA, P.O.; BATISTA, L.E. **Religiões afro-brasileiras, políticas de saúde e a proposta a epidemia de AIDS**. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS-SP, 2014.
- MOREIRA, J.P.L.; OLIVEIRA, B.L.C.A.; MUZI, C.D.; CUNHA, C.L.F.; BRITO, A.S.; LUIZ, R.R. **A saúde dos trabalhadores da atividade rural do Brasil**. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. v. 31, n.8, p.1698-1708, 2015.
- MUNANGA, K. **Origem e histórico do quilombo na África**. *Revista USP*, n. 28, p. 56-63, 1 mar. 1996.
- NASCIMENTO, G. A. R.; BATISTA, M. R. M.; NASCIMENTO, M. A. R. Panorama atual de proteção do direito à terra das comunidades quilombolas e desafios futuros. **Interações (Campo Grande)**, v. 17, n. 3, p. 432-447, 2016.
- NUNES, B.P. *et al.* Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, supl. 2, 2018.

NUNES, B.P. *et al.* Padrão do desempenho nas atividades de vida diária em idosos no município de São Paulo, nos anos 2000, 2006 e 2010. **Rev Bras Epidemiol.**, v.21, supl. 2, 2018.

O'DWYER, E. C. Os quilombos e a prática profissional dos antropólogos. In: **Quilombos: identidade étnica e territorialidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

OLIVEIRA, A. R. de *et al.* A Atenção Primária à Saúde no contexto rural: visão de enfermeiros. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.41, e20190328, 2020.

OLIVEIRA, A. R. S.; SILVA, C. H. Território, Territorialidade e Identidade Territorial: categorias para análise da dinâmica territorial quilombola no cenário geográfico. **Caderno de Geografia**, v. 27, n. 49, p. 411-426, 2017.

OLIVEIRA, B.L.C.A. *et al.* Densidade racial e a situação socioeconômica, demográfica e de saúde nas cidades brasileiras em 2000 e 2010. **Rev Bras Epidemiol.**, v.22, n.1, E190036, 2019.

OLIVEIRA, B.L.C.A. *et al.* Racial inequalities in the socioeconomic, demographic and health conditions of elderly from Maranhão State, Legal Amazon, Brazil: a population-based study. **Acta Amazon.**, v.44, n.3, p. 335 – 344, 2014.

OLIVEIRA, B.L.C.A. *et al.* O uso da modelagem com equações estruturais na análise da influência da cor/raça e status socioeconômico na saúde de idosos brasileiros. **Rev Bras Ciênc Saúde**, v.20, n.2, p.149-56, 2016.

OLIVEIRA, B.L.C.A.; THOMAZ, E.B.A.F.; SILVA, R.A. Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008). **Cad. Saúde Pública**, v.30, n.7, p. 1-15, jul. 2014.

OLIVEIRA, S.F.; OLIVEIRA, M.W. Diálogo entre profissionais de saúde e práticas populares de saúde. **Revista de Atenção Primária Saúde**, v.15, n.4, p. 421-434, 2012.

OLIVEIRA, S.K.M. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.20, n.9, p.2879-2890, 2015.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde**. Rio de Janeiro, Brasil, 21 de outubro de 2011. Disponível em: https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf?ua=1. Acesso em: 07 mai. 2020.

OMS, Organización Mundial de La Salud. **Pautas generales para lãs metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional**. OMS: Ginebra, 2002. 75 p.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Atenção à saúde em municípios de pequeno porte do Maranhão**. Efeitos do Programa Mais Médicos. Brasília, DF: OPAS, 78p.: il. (Série Estudos de Caso Sobre o Programa Mais Médicos, 2016.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde **Atenção à saúde em municípios de pequeno porte do Maranhão. Efeitos do Programa Mais Médicos**. Brasília, DF: OPAS, 2016. 78p.

OSHA, C. M. A.; SILVA, H. P. A PNAB e o acesso à saúde em populações quilombolas. **ANAIS DO CBMFC**, n. 12, p. 1426, 2013.

PAIM, J.S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. 158p.

PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-574.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão crítica**. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15-36, 2014.

PAVONI, D.S.; MEDEIROS, C.R.G. Procesos de trabajo en el equipo estrategia salud de la familia. **Rev. bras. enferm.**, v. 62, n. 2, p. 265-271, 2009.

PEREIRA, M.P.B; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.

PEREIRA, R. N.; MUSSI, R. F. M. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. **Odeere**, v. 5, n. 10, p. 280-303, 2020.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE (PNS), 2019. **Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**, IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 85p.

PNUD. **Informe sobre Desarrollo Humano 2014 – 2019**. Sostenerel, Progreso Humano: reducir vulnerabilidades y construir resiliencia. 2014. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014es.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2020.

PORTELA, G.Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Rev. Physis**, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017.

PRADOS-TORRES, A. *et al.* Multimorbidity patterns: a systematic review. **Journal Clin Epidemiol.**, v.67, n.1, p.254-266, 2014.

PROJETO VIDA DE NEGRO. **Jamary dos Pretos: terra de mocambeiros**. Coleção Negro Cosme, v. 2. São Luís: Coleção Cosme 1998.

PROJETO VIDA DE NEGRO. **Terras de Preto no Maranhão: quebrando o mito do isolamento**. São Luís: SMDDH/CCN-MA/PVN, 2002. (Coleção Negro Cosme - Vol. III).

PROJETO VIDA DE NEGRO. **Vida de negro no Maranhão: uma experiência de luta, organização e resistência nos territórios quilombolas**. São Luís: Coleção Cosme Negro, 2005.

RABELO, D. F. *et al.* Racismo e envelhecimento da população negra. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 21, n. 3, p. 193-215, 2018.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no programa saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

ROCHA, T.M.R. **Memória, Trabalho e Envelhecimento de Mulheres Negras Idosas em uma Comunidade Remanescente de Quilombo São Joaquim de Paulo em Vitória da Conquista - Bahia**; orientadora Dr^a. Luciana Araújo dos Reis, co-orientadora Dr^a. Ana Elizabeth Santos Alves - Vitória da Conquista, 2015. 116f. (DISSERTAÇÃO).

RODRIGUES, C.C.; RIBEIRO, K.S.Q.S. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Rev. Trab. educ. Saúde**, v.10, n. 2, p. 235-255, 2012

RODRIGUES, C.C.; RIBEIRO, K.S.Q.S. **Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família**. **Trab. Educ. Saúde**, v. 10, n.2, p.235-255, 2012.

SALES, G. P. S.; ALBUQUERQUE, H. N.; CAVALCANTI, M. L. F. Estudo do uso de plantas medicinais pela comunidade quilombola Senhor do Bonfim-Areia-PB. **Revista De Biologia e Ciências da Terra**, n. 1, p. 31-36, 2009.

SALOMÃO, F.V.; DE CASTRO, C.V. A identidade quilombola: territorialidade étnica e proteção jurídica. **Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito - PPGDir./UFRGS**, v. 13, n. 1, set. 2018.

SANTOS, A.B. *et al.* Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas de saúde. **Revista NUFER**, v.4, n.2, 2012.

SANTOS, A.L.; RIGOTTO, R.M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde**, v.8, n.3, p.387-406, 2010.

SANTOS, D.S.; MISHIMA, S.M.; MERHY, E.E. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018.

SANTOS, Fernanda Barros dos. A base de Alcântara e os direitos humanos às comunidades quilombolas no Maranhão. **Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos**, v. 7, n. 2, p. 61-75, 2019.

SANTOS, M. **Território e territórios**: ensaio sobre o ordenamento territorial. 3. ed. São Paulo: Lamparina. 2007.

SANTOS, M. **Território globalização e fragmentação**. São Paulo: Hucitec, 1994.

SANTOS, R.C.; SILVA, M.S. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. **Rev. Saude Soc.**, v. 23, n. 3, p. 1049-1063, 2014.

SANTOS, V.C. *et al.* Condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas. **Texto e Context Enferm**, v.25, n.2, p.1-9, 2016.

- SANTOS, V.C. *et al.* Condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas. **Rev. Texto Contexto em Enfermagem**, v.25, n.2, p.1-9, 2016.
- SAQUET, M.A; SPOSITO, E.S. (Org.) **Território e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2009. 368p.
- SARDINHA, A.H.L. *et al.* Qualidade de vida em idosos quilombolas no nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 22, n. 3, p. 1-10, 2019.
- SILVA, A. **Determinantes da incapacidade funcional de idosos da cidade de São Paulo na perspectiva étnico-racial**. 2017. 180 f. Tese (Doutorado - Uiniversidade de São Paulo). São Paulo, 2017.
- SILVA, A. **Determinantes da incapacidade funcional de idosos da cidade de São Paulo na perspectiva étnico-racial**. 2017. 198 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.
- SILVA, A. *et al.* Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do estudo, saúde, bem-estar e envelhecimento (SABE). **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.21, p.1-14, 2018.
- SILVA, A. *et al.* Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Rev Bras Epidemiol**, v. 21, E180004, 2018.
- SILVA, C.; FERREIRA, C.; RODRIGUES, F. Saúde quilombola no Maranhão. **Revista Ambivalências**, v.4, n.7, p.106-133, 2016.
- SILVA, C.B.R; FERREIRA, C.G.S.; RODRIGUE, F.L. Saúde quilombola no Maranhão. **Revista Ambivalências**, v.4, n.7, p. 106-133, 2016.
- SILVA, J.A.N. Condições de moradia e de saúde em três comunidades quilombolas do estado da paraíba. **Rev. Cad Imbond.**, v.4, n.1, p. 59-70, 2015.
- SILVA, J.A.N. Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade quilombola do Estado da Paraíba. **Saúde Soc.**, v.16, n.2, p.111-124, 2007.
- SILVA, J.R.D. Territorialidades das comunidades quilombolas de Filús, Mariana e Jussarunha, localizado em Santana de Mundaú/AL. Alagoas: 2020. 157p.
- SILVA, José Marmo da. Religiões e saúde: a experiência da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. **Saude Soc.**, v. 16, n. 2, p. 171-177, 2007.
- SILVA, S. J. **Quilombolas no Espírito Santo**. Revista Dimensões. v.18, p. 251-418, 2006.
- SILVA, T.C. *et al.* Risco nutricional e cardiovascular em idosos Quilombolas. **Cien Saude Colet**. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/risco-nutricional-e-cardiovascular-em-idosos-quilombolas/17819>. Acesso em: 17 jun. 2020.
- SILVEIRA, D.B. Implicações da cultura no cuidado da equipe de saúde da família em uma comunidade quilombola. **Rev. Enferm.**, v.23, n.5, p.622-6.26, 2015.

SOLAR, O.; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. **Journal Social Determinants of Health Discussion Paper 2**. Genebra: OMS, 2010.

SOUSA, F.G. (Org). **Cuidados em enfermagem e saúde: diversidade e complexidades**. Florianópolis: Papa-Livro, 2015.

SOUSA, F.G.; KOERICH, M.S. (Org.). **Cuidar-cuidando: reflexões contemporâneas**. Florianópolis: Papa-Livro, 2008.

SOUSA, I.T. **Comunidades Quilombolas no Maranhão: a ACONERUQ e o MOQUIBOM na cena política**. VIII Jornada Internacional de Saúde Pública. São Luís, 2017.

SOUSA, Igor Tiago Silva. Estratégias Quilombolas: segmentaridade e dissenso na política étnica maranhense. **Extensão Rural**, 25(4), 89-106. 2019.

SOUSA, N. F. S. *et al.* Desigualdades sociais na prevalência de indicadores de envelhecimento ativo na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, n. 02, E190013, 2013.

SOUSA, N.F. *et al.* Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Rev. Cad. Saúde Pública**, v.34, n.11, E00173317, 2018.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 502-507, 2007.

SOUZA, M. L. de. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, Iná, E. de; GOMES, Paulo Cesar da C.; CORRÊA, Roberto L. (org.). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, p. 77-116, 1995.

SOUZA, M. L. Território e (des) territorialização. In: SOUZA, M. L. Os conceitos fundamentais da pesquisa sócio-espacia. 1. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, cap. 4, p. 77-110, 2013.

SOUZA, M.L. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In CASTRO, I.E. et al. **Geografia: conceitos e temas**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, p. 77-116, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

SUCUPIRA, A.C. Marco conceitual da promoção da saúde no PSF. **Sanare**, v. 4, n. 1, p. 11-14, jan./mar. 2003.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção primária à saúde: a construção de um conceito ampliado. **J. Manag. Prim. Health Care**, v. 5, n. 2, p. 202- 212, 2014.

TAKAHASHI, F.G.M.; ALVES, V. P. Imagens representacionais das políticas públicas à educação e à saúde, no imaginário de um grupo de idosos da Comunidade Quilombola-Kalunga, de Monte Alegre de Goiás. **Rev. Ensaio Aval. Pol. Públ. Educ.**, v.23, n. 88, p. 567-592, 2015.

TAVARES, R.E. *et al.* Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v.20, n.6, p.878-889, 2017.

TAVARES, V. O. *et al.* Interfaces entre a renda dos idosos aposentados rurais e o contexto familiar. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 10, n. 1, p. 94-108, 2011.

TRAD, L.A.B. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n. 3, pp. 627-633, 2012.

UNFPA, Fundo de População das Nações Unidas. **Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio**. Envelhecer no Século XXI Celebr e Desafio 2012. (Resumo Executivo).

VANZELLA, E.; NASCIMENTO, J. A.; SANTOS, S. R. O envelhecimento, a transição epidemiológica da população brasileira e o impacto nas hospitalizações. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 7, n. 1, p. 65-73, 2017.

VERAS, R.P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.

VICTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, A.B.D.; MONTEIRO, P.S. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da bioética de intervenção. **Rev. Saúde Debate**, v.37, n.99, p.610-618, dez. 2013.

VILLACAMPA-FERNANDEZ, P. *et al.* Frailty and multimorbidity: two related yet different concepts. **Maturitas**, v. 95, n. 1, p. 31-5, 2017.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Rev. Saude Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p.535-549, 2016.

WHO, World Health Organization. **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global recommendations**. Geneva: World Health Organization; 2010.

WHYTE, W. F. Treinando a observação Participante. In: **Desvendando máscaras sociais**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1980.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman 2015.

APÊNDICE A

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE

Eu, _____ declaro que li as informações contidas neste documento, fui devidamente informado (a) pelos pesquisadores dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa.

Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que li e entendi todas as informações deste documento e tive tempo para pensar sobre elas. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas elas foram respondidas de forma adequada. Concordo, de maneira voluntária, em participar do estudo e fornecer as informações necessárias que o pesquisador solicitar. Eu não renuncio a nenhum dos meus direitos legais ao assinar este documento.

Fui informado que devo assinar as duas vias deste termo e rubricar em todas as páginas juntamente com o pesquisador e, ainda, receberei uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido com a minha assinatura e a assinatura do pesquisador responsável e ou/ sua equipe de pesquisa. Outra via será arquivada pelo investigador.

LOCAL E DATA: _____, ____/____/____

Assinatura do voluntário da pesquisa

Assinatura do pesquisador

Assinatura da testemunha

PARA QUALQUER INFORMAÇÃO, E EM QUALQUER MOMENTO QUE NECESSITAR, POR FAVOR, ENTRE EM CONTATO COM O PESQUISADOR PRINCIPAL:

BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA. Estrada Pinheiro-PACAS, KM10, s/n Bairro Enseada- CEP 65200-000, Pinheiro-MA, Telefones: (98) 3272-9783\ (98) 981230696, email: brunodeoliveirama@gmail.com

Rubrica:

Participante

Pesquisador Principal

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA E AO DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO DO MARANHÃO



PESQUISA SAÚDE E VIDA DO IDOSO QUILÔMBOLA – BEQUIMÃO (IQUEBEQ)

QUESTIONÁRIO GERAL	Entrevistador:	Data:	Questionário Nº:
---------------------------	----------------	-------	------------------

MÓDULO A - CARACTERÍSTICAS GERAIS

*Comunidade:			
*Endereço:			
*Nome da localidade:		*Cidade:	*Estado:
*Há quanto tempo (anos) vive(a) nesta parte da comunidade?		*Quais pessoas moram neste domicílio:	
*Qual a raça ou etnia (Responda abreviada):		*Cor ou pele (autorresposta): <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Indígena	
*Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a)/unido(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) /divorciado(a) judicialmente <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casou <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
*O informante desta parte foi: <input type="checkbox"/> A própria pessoa <input type="checkbox"/> Outro morador <input type="checkbox"/> Não responde			

MÓDULO B - INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO

*Material que predomina nas paredes externas?	<input type="checkbox"/> Alvenaria com revestimento	<input type="checkbox"/> Alvenaria sem revestimento	<input type="checkbox"/> Madeira apropriada para construção	<input type="checkbox"/> Outros materiais						
	<input type="checkbox"/> Tijolo revestido	<input type="checkbox"/> Madeira apropriada	<input type="checkbox"/> Folha <input type="checkbox"/> Outros: Qual?							
*Material que predomina no interior (paredes)?	<input type="checkbox"/> Tijolo	<input type="checkbox"/> Laje de concreto	<input type="checkbox"/> Madeira apropriada para construção	<input type="checkbox"/> Outros: qual?						
	<input type="checkbox"/> Folha	<input type="checkbox"/> Madeira apropriada	<input type="checkbox"/> Outros: Qual?							
*Material que predomina no piso?	<input type="checkbox"/> Cimento	<input type="checkbox"/> Ladrilhos, laje ou pedra	<input type="checkbox"/> Laje ou tijolo cozido	<input type="checkbox"/> Outros						
	<input type="checkbox"/> Tijolo	<input type="checkbox"/> Madeira apropriada	<input type="checkbox"/> Outros: Qual?							
*Principal forma de abastecimento de água?	<input type="checkbox"/> Rede geral de distribuição	<input type="checkbox"/> Poço ou nascente na propriedade	<input type="checkbox"/> Poço ou nascentes da propriedade	<input type="checkbox"/> Outro: qual?						
	<input type="checkbox"/> Água da chuva armazenada em cisterna	<input type="checkbox"/> Água do chuveiro armazenada de outro modo	<input type="checkbox"/> Rio, lago e igarapé	<input type="checkbox"/> Outros: Qual?						
*A água utilizada para beber neste domicílio é:	<input type="checkbox"/> Filtrada	<input type="checkbox"/> Fervida	<input type="checkbox"/> Mineral industrializada	<input type="checkbox"/> Sem tratamento						
	<input type="checkbox"/> Tratada de outra forma no domicílio. Especifique:									
*Há estôdoes, incluindo banheiro(s) e cozinha:	*De que forma é feito o esgoto nos banheiros/habitáculos?		<input type="checkbox"/> Rede de esgoto ou pluvial	<input type="checkbox"/> Fossa séptica						
			<input type="checkbox"/> Direto para o rio, lago ou mar	<input type="checkbox"/> Outros: Especifique						
*Destino dado ao lixo?	<input type="checkbox"/> Coletado diretamente por serviço de limpeza	<input type="checkbox"/> Coletado em sacos pelo serviço de limpeza	<input type="checkbox"/> Jogado em terreno baldio ou logradouro	<input type="checkbox"/> Jogado em rio, lago ou mar						
	<input type="checkbox"/> Queimado ou local	<input type="checkbox"/> Enterrado local	<input type="checkbox"/> Outros: Qual?							
*Origem da energia elétrica utilizada neste domicílio?	<input type="checkbox"/> Rede geral		<input type="checkbox"/> Outros: origem (gerador, placa solar etc.) <input type="checkbox"/> Não tem energia elétrica							
*Há em domicílio:	0	1	2	3	4 ou +	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro						Computador				
Emprego						Móveis novos				
Automóvel						Calçados				
Micro-ondas						Refriger				

MÓDULO C - CARACTERÍSTICAS DE EDUCAÇÃO

*Qual foi o curso mais elevado que o(a) frequentou:	<input type="checkbox"/> Alfabetização	<input type="checkbox"/> Educação de jovens e adultos	<input type="checkbox"/> Anotação primária	<input type="checkbox"/> Anotação primária	<input type="checkbox"/> Regular do ensino fundamental ou 1º grau	<input type="checkbox"/> Educação de jovens adultos, ou superior do ensino fundamental, médio ou técnico (2º ciclo)	<input type="checkbox"/> Anotação Científica
	<input type="checkbox"/> Regular do ensino médio ou do 1º grau	<input type="checkbox"/> Educação de jovens e adultos ou superior do ensino médio	<input type="checkbox"/> Superior - Graduação	<input type="checkbox"/> Mestrado	<input type="checkbox"/> Doutorado	*Lê e escreve? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

MÓDULO D - TRABALHO E RENDA

*Há, em trabalho, durante pelo menos uma hora, em alguma atividade remunerada em dinheiro?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
*Qual era a ocupação (cargo ou função) que tinha neste trabalho?	
*Há, em trabalho, durante pelo menos uma hora, em alguma atividade remunerada em produtos, mercadorias, moedas ou alimentação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
*Qual a renda familiar mensal, somando todos os rendimentos da família. Valor em reais (R\$):	
*Atualmente o senhor recebe benefício de aposentadoria?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	*Bolsa Família: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

MÓDULO E - DEFICIÊNCIAS

*Deficiência intelectual?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	*Deficiência física?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	*Deficiência auditiva?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	*Deficiência visual?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
*Em geral, em que grau a deficiência limita suas atividades habituais?	<input type="checkbox"/> Não limita	<input type="checkbox"/> Limitação	<input type="checkbox"/> Moderadamente	<input type="checkbox"/> Intensamente	<input type="checkbox"/> Muito intensamente	<input type="checkbox"/> Não se aplica	
*O informante desta parte foi:	<input type="checkbox"/> A própria pessoa	<input type="checkbox"/> Outro morador	<input type="checkbox"/> Não responde				

MÓDULO F - UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

¹⁴ Tem algum plano de saúde (médico ou odontológico), particular, de empresa ou órgão público?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
¹⁵ Nas duas últimas semanas, deixou de realizar qualquer atividade habitual (trabalhar, afazeres domésticos etc.) por motivo de saúde?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
¹⁶ Nas duas últimas semanas esteve acamado(a)?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
¹⁷ Algum médico já diagnosticou alguma doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração)?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
¹⁸ Esta doença limita de alguma forma suas atividades habituais (trabalhar, afazeres domésticos, etc.)?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N				
¹⁹ Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde costuma procurar (PODE SER MAIS DE UMA RESPOSTA)	<input type="checkbox"/> Farmácia	<input type="checkbox"/> UBS	<input type="checkbox"/> Centro de Especialidades	<input type="checkbox"/> UPA	<input type="checkbox"/> Outro tipo de Pronto Atendimento (24h)	<input type="checkbox"/> Pronto-socorro ou emergência de hosp. público
	<input type="checkbox"/> Hospital público/ambulatório	<input type="checkbox"/> Consultório particular ou clínica privada		<input type="checkbox"/> Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato		<input type="checkbox"/> Pronto-atendimento ou emergência de hosp. privado
	<input type="checkbox"/> No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família	<input type="checkbox"/> No domicílio, c/ médico particular	<input type="checkbox"/> Pajé, Curandeiro	<input type="checkbox"/> Outro serviço. Qual?		
²⁰ Quando consultou um médico pela última vez?	<input type="checkbox"/> Há menos de 2 semanas	<input type="checkbox"/> Entre 15 dias e 1 mês	<input type="checkbox"/> Entre 1-3 meses	<input type="checkbox"/> Entre 3 m. e 1 ano	<input type="checkbox"/> > 1 ano	
	<input type="checkbox"/> Nos 12 últimos meses	<input type="checkbox"/> De 1 ano a < de 2 anos	<input type="checkbox"/> De 2 anos a < de 3 anos	<input type="checkbox"/> 3 anos ou mais	<input type="checkbox"/> Nunca	
²¹ Quantas vezes consultou o médico nos últimos 12 meses? _____ vezes						
²² Quando consultou um dentista pela última vez?						
<input type="checkbox"/> Nos 12 últimos meses		<input type="checkbox"/> De 1 ano a < de 2 anos	<input type="checkbox"/> De 2 anos a < de 3 anos	<input type="checkbox"/> 3 anos ou mais	<input type="checkbox"/> Nunca	
²³ Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?						
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N						
²⁴ Nos últimos 12 meses, ficou internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
²⁵ Nos últimos 12 meses, utilizou algum tratamento com plantas medicinais e fitoterapia?			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
²⁶ O informante desta parte foi:						
<input type="checkbox"/> A própria pessoa		<input type="checkbox"/> Outro morador	<input type="checkbox"/> Não morador			

APÊNDICE C

DISTÂNCIA LÍNEAR DAS COMUNIDADES PARA OS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

Quadro apresentando a distância linear das comunidades quilombolas para os equipamentos de saúde.

Comunidades	Distância Linear para o Hospital	Distância Linear para o Centro de Saúde	Distância Linear para as Unidades Básicas de Saúde de referência da equipe/comunidade
Ariquipa	15 km	19,5 km	6,5 km
Conceição	10,9 km	8,13 km	0 km
Juraraita	15,3 km	16,4 km	7,32 km
Mafra	19,8 km	8,4 km	8,58 km
Maraja	11,2 km	14 km	2,15 km
Pericumã	20,8 km	24,2 km	4,48 km
Ramal do Quindiuá	13,4 km	10 km	4,90 km
Rio Grande	9,5 km	12 km	10,4 km
Santa Rita	19,9 km	17,5 km	3,40 km
Sibéria	16 km	19,7 km	3,1 km
Suassui	12,7	10,2 km	11,5 km

Fonte: Elaboração própria

APÊNDICE D

Quadro dos serviços de saúde oferecidos nas comunidades quilombolas/ Bequimão-MA.

COMUNIDADES QUILOMBOLAS	Tem UBS na comunidade (sim ou não)	Se não tem UBS? Qual distância da comunidade para UBS (Km)	Qual distância da comunidade para hospital em Bequimão (Km)	ACS que atua comunidade	Se tem ESF (sim ou não)	Se tem NASF (sim ou não)	Dias de atendimento com a equipe da ESF completa em cada comunidade por semana?	Dias de atendimento com do NASF em cada comunidade por semana?	Número de idosos/moradores em cada comunidade?
Ariquipá	NÃO	9KM	16KM	Maria Laura	SIM	SIM	Médico atende uma vez por semana na equipe... Os demais trabalham de segunda a quinta. Cada dia em uma comunidade...se tiver carro.	Conforme o cronograma. Segundo o ACS uma vez ao mês, no período de inverno há um espaçamento maior de tempo.	43 idosos/
Conceição,	SIM	-	7KM		SIM	SIM	Médico atende uma vez por semana na equipe... Os demais trabalham de segunda a quinta. Cada dia em uma comunidade...se tiver carro.	Conforme o cronograma.	08 idosos/80 pessoas/22 famílias
Juraraitá	NÃO	12KM	19KM	José Ribamar	SIM	SIM	Médico atende uma vez por semana na	Conforme o cronograma.	20 idosos/48 famílias

							equipe... Os demais trabalham de segunda a quinta. Cada dia em uma comunidade...se tiver carro.		
Maфра	NÃO	10KM	18KM	MARINILDE	SIM	SIM	Médico atende uma vez por semana na equipe... Os demais trabalham de segunda a quinta. Cada dia em uma comunidade...se tiver carro.	Conforme o cronograma.	06 idosos/20
Marajá	NÃO	3KM	19KM	NONATO	SIM	SIM	Médico atende uma vez por semana na equipe... Os demais trabalham de segunda a quinta. Cada dia em uma comunidade...se tiver carro.	Conforme o cronograma.	14 idosos/
Pericumã,	NÃO	6KM	20KM	JOSELI	SIM	SIM	Médico atende uma vez por semana na equipe... Os demais trabalham de segunda a quinta. Cada dia em	Conforme o cronograma. Segundo o ACS uma vez ao mês, no período de inverno há um	26 idosos/395 pessoas

							uma comunidade...se tiver carro.	espaçamento maior de tempo.	
Ramal do Quindiuá	NÃO	5KM	10 KM	REGINALDO	SIM	SIM	Médico atende uma vez por semana na equipe... Os demais trabalham de segunda a quinta. Cada dia em uma comunidade...se tiver carro.	Conforme o cronograma.	36/110 pessoas
Santa Rita	NÃO	4KM	18 KM	MARINILDE	SIM	SIM	Médico atende uma vez por semana na equipe... Os demais trabalham de segunda a quinta. Cada dia em uma comunidade...se tiver carro.	Conforme o cronograma.	18 idosos/100
Sibéria	NÃO	4KM	20 KM	JOSIEL	SIM	SIM	Médico atende uma vez por semana na equipe... Os demais trabalham de segunda a quinta. Cada dia em uma comunidade...se tiver carro.	Conforme o cronograma. Segundo o ACS uma vez ao mês, no período de inverno há um espaçamento maior de tempo.	03 idosos/ 15 pessoas

Suassuí	NÃO	12KM	26 KM	MARIA JOSÉ	SIM	SIM	Médico atende uma vez por semana na equipe... Os demais trabalham de segunda a quinta. Cada dia em uma comunidade...se tiver carro.	Conforme o cronograma.	04 idosos/20
Rio Grande	NÃO	4KM	5 KM		SIM	SIM	Médico atende uma vez por semana na equipe... Os demais trabalham de segunda a quinta. Cada dia em uma comunidade...se tiver carro.	Conforme o cronograma.	25 idosos
Quantas equipes da ESF atuam nas 11 comunidades	03 equipes de ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS)								
Quantas equipes de Saúde Bucal atuam nas 11 comunidades.	01 equipe, portanto no posto visitados a dentista não atende por falta de um equipamento que está danificado.								
Quantas equipes do NASF atuam nas 11 comunidades	01 equipe (nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e serviço social)								

Quais comunidades tem ambulâncias?	Não tem ambulância nas comunidades, caso seja necessário entram em contato com a sede solicitando ou deslocam em carro de passeio.
------------------------------------	--

LEGENDA:

UBS- Unidade Básica de Saúde

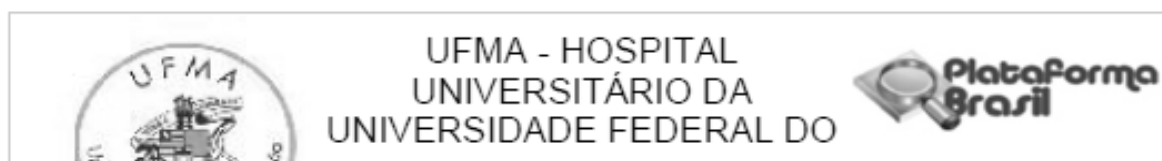
ESF- Estratégia Saúde da Família

NASF- Núcleo de apoio da Estratégia Saúde da Família.

Observação:

Equipe	Equipe	Equipe	Equipe
UBS - Areal	UBS - Quindiuá	UBS - Santana	UBS - Conceição
Áreas de Atuação	Áreas de Atuação	Áreas de Atuação	Área de Atuação
1- <u>Ariquipá</u>	1- <u>Santa Rita</u>	1-Santa Vitória	1-Paricatiua
2- <u>Pericumã</u>	2- <u>Ramal do Quindiuá</u>	2-Floresta	2-Boa Vista 1
3- <u>Marajá</u>	3- <u>Mafra</u>	3-Centrinho do Santana	3-Boa Vista 2
4- <u>Siberia</u>	4-Quindiuá	4-Calhau	4-Iriritiua
5- Monte Alegre	5-Jacaretiua	5-Itaputiua	5-Itapera
6- Chega e vira	6-Santana do Quindiuá	6-Iribuí	6-Bacabal
7- Centrinho	7-Quindiuá de baixo	7-Ponta do Soares	7-Estiva
8- São João		8- <u>Sassuí</u>	8-Ferro de Engomar
9- Águas Bellas		9- <u>Juraraíta</u>	9-Bacurizeiro
		10-Santana	10-Bemfica
			12-Beira do Campo
			<u>13- Conceição</u>

ANEXO A
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Condições de vida e saúde de idosos quilombolas de uma cidade da baixada maranhense

Pesquisador: BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 73307317.8.0000.5086

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.121.981

Apresentação do Projeto:

1 INTRODUÇÃO

1.1 Definição do objeto a ser investigado

A composição racial da crescente população idosa brasileira vem se modificando ao longo dos últimos anos (IBGE, 2011a). Semelhante a outros países, (FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS, 2008; CLARKE; SMITH, 2011) o Brasil vem tornando-se racialmente mais diverso, em virtude do aumento da expectativa de vida dos vários grupos raciais de idosos e de mudanças no padrão de classificação racial (IBGE, 2011b). Na primeira década do século XXI, a população brasileira com 60 anos ou mais cresceu 25%, passando de 14,5 milhões (8,6%) em 2000 para 20,6 milhões (10,8%) em 2010 (IBGE, 2011b) e por volta de 2025, essa população poderá exceder a 30 milhões de pessoas, cerca de 15% da população total do país (RIPSA, 2009). Em 2000, predominavam idosos brancos (60,6%) em relação aos idosos pardos (30,0%) e pretos (7,0%). Em 2010, esse padrão racial permaneceu, mas os idosos brancos passaram a representar 55,9%, os pardos 34,6% e os pretos 7,8% dessa população (IBGE, 2011b). Os censos demográficos brasileiros revelam consistente aumento relativo e absoluto da população idosa preta e parda (IBGE, 2011b) e redução relativa da população idosa branca, apontando a necessidade de pesquisas de saúde com esses grupos de idosos em emergência. No entanto, as mudanças recentes nos modelos econômicos, políticos e de saúde ainda não eliminaram as inaceitáveis desigualdades nas condições de vida e saúde dos grupos raciais de idosos brasileiros (ARAÚJO et

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

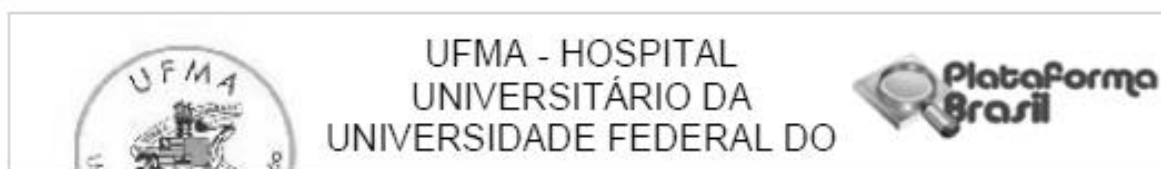
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.121.981

al., 2010; VICTORA et al., 2011) nos diferentes contextos sociais em que estão inseridos. Essas transformações não impactaram uniformemente a todos que envelhecem no país permanecendo idosos pardos e pretos sobrerrepresentados nos estratos de pior nível de renda, escolaridade e nas regiões de pior infraestrutura sanitária, acesso e uso de serviços sociais e de saúde (IBGE, 2011b). Sendo os idosos não brancos caracterizados por viverem em ausência de equidade, em sobreposição de riscos, com elevada necessidade em saúde e com maiores prevalência de problemas de saúde (CAMPOS, 2009; OLIVEIRA et al., 2014a; OLIVEIRA et al., 2014b). A persistência de sistemáticas desigualdades raciais indicam que os negros têm maiores desvantagens sociais e em saúde que se caracterizam pela piores condições de vida, maior ocorrência de doenças, pior qualidade de vida e mortes mais precoces, em todas as idades, em relação aos brancos, em ambos os sexos, o que torna os idosos negros, pardos e pretos, menos frequentes entre os que envelhecem no Brasil (BEZERRA et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2014a; OLIVEIRA et al., 2014b). A presença de desigualdades raciais entre esses idosos reflete a distribuição desigual de fatores de risco e de agravos à saúde, que são acumulados ao longo das várias gerações e dos vários ciclos de vida até a terceira idade (CLARKE; SMITH, 2011; ZORZIN; WAJNMAN; TURRA, 2011). Indicam o valor sociopolítico da variável cor/raça e sua habilidade de revelar vulnerabilidades e de interagir com marcadores de posição social (CLARKE; SMITH, 2011; OLIVEIRA et al., 2014a). Dessa forma, ao se contextualizar a saúde da população negra é necessário considerar as condições especiais de vulnerabilidade vivenciadas por este grupo. No tocante às desigualdades étnicorraciais, a situação dos grupos quilombolas merece destaque por se tratar de um grupo em situação de vulnerabilidade social, também decorrente de um processo histórico de expropriação de cultura e de direitos, cujos impactos tiveram reflexo nos indicadores de saúde desta população (BEZERRA et al., 2013). Na literatura disponível não existem estudos epidemiológicos que caracterizem a situação de vida e saúde das populações idosas quilombolas, particularmente na baixada maranhense, que permitam o delineamento para implementação e acompanhamento do impacto de ações e políticas voltadas para a melhoria das condições de vida e saúde dessa população.

A relevância de um recorte étnicorracial relativo às condições de vida e saúde da população quilombola permite que sejam identificados contingentes populacionais mais suscetíveis a agravos à saúde e, a prevalência e distribuição de fatores de risco e agravos a saúde. Essas ações podem permitir melhor gestão de políticas públicas de saúde e a prestação de serviços sociais e de saúde mais próximos as necessidades dos idosos quilombolas.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.121.981

1.2 Justificativa e relevância do projeto

A Constituição Federal de 1988 apresentou ao Brasil uma perspectiva de democracia incorporada à gestão das políticas públicas. A saúde surgiu como princípio da seguridade social, direito de proteção social à saúde nos princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, promulgados na constituição através do Sistema Único de Saúde. O SUS atua na concepção ampliada do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes e a mobilização de recursos para seu enfrentamento e resolução (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007; MATTA, 2007;

COHN, 2009). Torna-se a saúde um dinâmico complexo de determinação social e de construção cotidiana (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007). Para o sucesso da saúde coletiva é preciso enfrentar os determinantes da saúde, culturais e simbólicos, ambientais e estruturais, de ordem social, econômica, política e ética, produtores de iniquidades que colocam populações em situação de risco; requer políticas públicas e articulação

intersectorial. O combate às iniquidades macrossociais passa pela promoção da equidade, a universalização do acesso e, a elevação do nível de saúde de populações em persistentes vulnerabilidades, ampliando suas capacidades para a realização multidimensional dos seus níveis sociais e de saúde (MATTA, 2007; CAMPOS, 2009; CARTIER et al., 2009; RODRIQUES; MAIA, 2010; SHARKEY, 2013). No campo da saúde, a definição de um espaço dedicado a atenção à saúde da população negra é uma conquista recente, surge a partir da década de 1980, fruto da militância de movimentos sociais de negros e de profissionais da saúde, e coincide com o movimento da Reforma Sanitária (ARRUTI, 1997; PAIM, 2008). Tais estratégias operavam na possibilidade de revelar as necessidades sociais em saúde dessa população, numericamente importante e socialmente invisível, às ações e serviços de saúde que reproduziam práticas de negação dos direitos de cidadania dessa população (ARRUTI, 1997; TELLES, 2004; SILVA; FIGUEIREDO, 2005; BEZERRA et al., 2013). Nas décadas seguintes, as desigualdades étorraciais passaram a adquirir relevância na produção de diferentes perfis de condições sociais de vida e de saúde (TELLES, 2004; CHOR; LIMA, 2005). Por outro lado, houve a percepção de que a implementação de políticas públicas universais não seriam suficientes para enfrentar (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007; COHN, 2009) as desigualdades e a discriminação racial que determinam o processo saúde-doença e o padrão de relações sociais entre indivíduos (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA-FILHO, 2009; OLIVEIRA et al., 2014a). Buscando efetivar ações que reduzissem as vulnerabilidades social, pessoal e programática da raça negra de nossa sociedade, o Ministério da

Saúde implantou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra de 10/11/2006, que

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

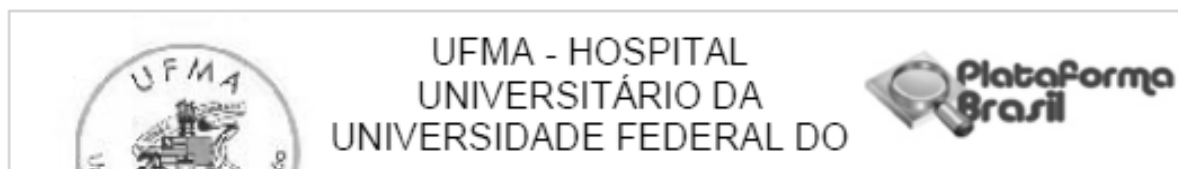
UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.121.981

define os princípios, diretrizes e estratégias voltadas à melhoria das condições de saúde dessa população. Trata-se de uma política transversal, compartilhada pelas três esferas de governo e articulada a outras políticas de saúde, que objetiva identificar as necessidades de saúde da população negra (em especial a quilombola) e utilizá-las como critério de planejamento e programação; monitorar, avaliar e melhorar os indicadores e metas pactuados para a promoção da saúde e equidade étnicorracial, reduzindo iniquidades regionais e locais (BRASIL, 2007; FIABANI, 2009). O local privilegiado de efetivação dessa Política são os quilombos, importante opção de resistência e organização social da população negra, que no Brasil emergiram no contexto das conjunturas de intensas mobilizações, de grupos, etnias e populações negras (FIABANI, 2009). A definição de comunidades quilombolas está baseada na autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotadas de relações territoriais específicas e com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (FIABANI, 2009; BEZERRA et al., 2013). No Maranhão, camponeses com forte afro-ascendência ocupam as chamadas "terras de preto", domínios que foram entregues, doados ou adquiridos, com ou sem formalização, por ocasião da decadência das fazendas monocultoras. Esses locais serviram de base para a formação de comunidades negras rurais que, em vários casos, ainda residem na terra (FIABANI, 2009). Às vésperas da Independência, o Maranhão possuía 55% dos cativos do Império. Em decorrência do elevado número de trabalhadores escravizados, hoje o Maranhão é o estado com maior número de comunidades negras rurais do Brasil, o de maior população afro-brasileira (80%) e o 4º com o maior percentual de habitantes residindo na zona rural (40,5%) (BRASIL, 2008; FIABANI, 2009). Assim, o quilombo Maranhense é fruto da imensa maioria da população pobre, marginalizada e refugiada no interior do estado, a partir das insurreições escravas e dos antigos balaíos, sofrem sequelas históricas de descaso, invisibilidade e de dissolução de seus direitos sociais e de saúde (PROJETO VIDA DE NEGRO, 2005; FIABANI, 2009). Os quilombos vêm sendo importante campo de estudo das ciências sociais (FIABANI, 2009), na saúde esse cenário tem sido espaço de estudos voltados à atenção da saúde das crianças e mulheres, com pouca caracterização de outros grupos populacionais como o dos idosos (SILVA; FIGUEIREDO, 2005). Além disso, o próprio escopo da política nacional de saúde integral da população negra, não tem conseguido definir de modo apropriado a questão da saúde da população idosa quilombola (BRASIL, 2007). Por outro lado, as informações disponíveis sobre os idosos brasileiros se referem aos idosos de modo geral (VERAS, 2007), e mostram que o envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma intensa sobretudo

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

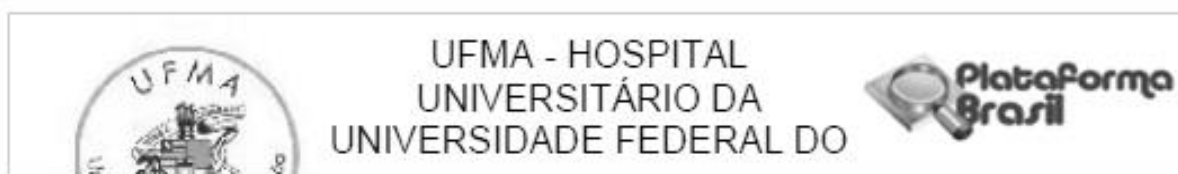
UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.121.981

a partir da década de 1970 (SILVA et al., 2008; CAMPOS, 2009). Revelando o Brasil como o espaço social onde a população mais envelhece, pois enquanto a população cresce abaixo de 2,5%, a de idosos aproxima-se de 5% (PINTO; BASTOS, 2007; OLIVEIRA et al., 2014b). Estimando-se que até 2025, a população na 3ª idade poderá exceder a 30 milhões, 15% da população total (CAMPOS, 2009).

Dessa forma, as políticas públicas sobre o idoso no Brasil, Política Nacional do Idoso – Lei nº 8.8842, de 04/01/1994 (BRASIL, 1994), Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, de 01/10/2003 (BRASIL, 2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - Portaria nº 2.528, de 19/10/2006 (BRASIL, 2006), estão voltadas para a população idosa em geral, pois são estruturadas a partir dessas informações existentes, e por isso não especificam em seu escopo o idoso quilombola, nem o envelhecimento nesses locais, nem tão pouco as distinções raciais na 3ª idade. Logo, ações sistemáticas desdobradas a partir dessas políticas, não tem sido implementadas com foco nas condições sociais e de saúde dos idosos quilombolas. No quilombo há um importante membro que precisa ser protagonizado nas pesquisas como desencadeador de informações representativas do tempo sócio-histórico, que conta com pouca atenção inclusive no escopo da política de atenção integral da população negra (SILVA; FIGUEIREDO,

2005). Esse sinônimo de quilombo é o preto velho, o idoso, que apesar das contradições socioeconômicas e políticas, que interferem no seu crescimento demográfico, atualmente está tendo uma vida mais longa (OLIVEIRA et al., 2014b).

Este fenômeno vem ocorrendo de forma intensa, principalmente em países em desenvolvimento, num ambiente de pobreza e grande desigualdade social (ROUQUAYROL; ALMEIDA-FILHO, 2003; CAMPOS, 2009). O Brasil é o espaço social onde a população mais envelhece; enquanto a população cresce abaixo de 2,5%, a de idosos aproxima-se de 5%. Desde 1940 até hoje a expectativa de vida do brasileiro aumentou em 60%. Estima-se que a população da 3ª idade poderá exceder a 30 milhões nos próximos 20 anos, cerca de 13% da população total (PINTO; BASTOS, 2007; ZORZIN; WAJNMAN; TURRA, 2011).

Estudos também já demonstraram que as condições dos que envelhecem no Maranhão e nordeste são mais agravadas em relação à melhor situação do sudeste (REBOUÇAS et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2014b), pesando sobre essas disparidades numéricas, as iniquidades regionais e a ineficiência das políticas públicas locais (OLIVEIRA et al., 2014a). Tais pesquisas permitem associar que as possibilidades de envelhecimento estão estreitamente relacionadas ao acesso a condições dignas de vida e saúde (RODRIGUES; MAIA, 2010). Como também, apontam que a diversidade étnica do

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

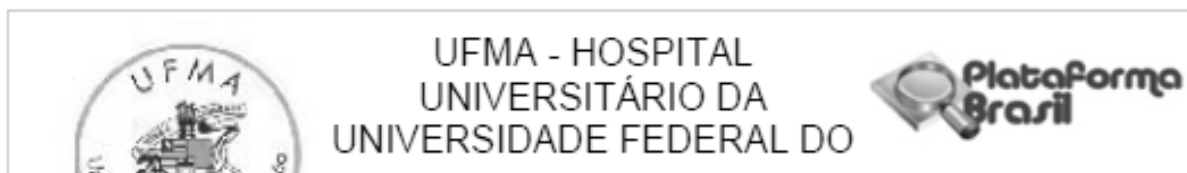
UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.121.981

povo brasileiro, ao lado da geográfica do país, (REBOUÇAS et al., 2011) repercutem no setor saúde e de proteção social no Brasil (VIANA et al., 2007; CARTIER, 2009; OLIVEIRA et al., 2014b). Além disso, apesar de as desigualdades raciais e sociais terem influência nos estados de saúde, pesquisas com recorte étnicorracial, que

investiguem condições de vida e saúde da população negra idosa, tem recebido pouca atenção no campo da epidemiologia social e da gerontologia (CHOR; LIMA, 2005). Como também, os poucos estudos sobre as situações de saúde de quilombolas estão mais voltados às morbidades e agravos relacionados às crianças e mulheres (SILVA, 2007).

Informações essenciais ao planejamento da atenção à saúde do idoso dependem de estudos epidemiológicos de base populacional, os quais no Brasil, esses estudos com idosos, ainda são escassos. Havendo a necessidade de que sejam elevados esforços no intuito de caracterizar a situação sanitária, saúde e de acesso aos serviços de saúde (CAMPOS, 2009; GOMES et al., 2013; BEZERRA et al., 2013). Sobretudo, no atual cenário de envelhecimento populacional brasileiro, identificando a dinâmica e o padrão do estado de saúde dos idosos quilombolas, e por extensão, subsidiar políticas públicas, inclusivas e saudáveis, que promovam o envelhecimento saudável e a qualidade de vida na 3ª idade (PINTO; BASTOS, 2007; GOMES et al., 2013; BEZERRA et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2014a). Deve-se considerar que a avaliação em saúde vem ocupando lugar de destaque nas ações de planejamento e gestão. Atualmente, há tendência de

se considerar as especificidades de cada contexto e as relações que se processam e produzem impactos nas práticas de saúde. Contudo, alguns municípios estão com dificuldades para realizar análise situacional em saúde e poucos percebem sua importância na estruturação das ações e serviços, na vigilância das condições de saúde e na gestão dos programas, sistemas e políticas de saúde (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005; BOSI; UCHIMURA, 2007; REBOUÇAS et al., 2008; RODRIQUES; MAIA, 2010).

Desse modo, urge articular conteúdos teórico-conceituais a experiências concretas de avaliação em saúde, buscando compreender a complexa situação político-sanitária dos idosos quilombolas. Contemplando nessa análise o estudo de indicadores básicos que revelem da situação de vida e saúde que dimensionem o espaço social e quantifiquem as disparidades sociais e raciais no quilombo (REBOUÇAS et al., 2008; CARTIER et al.,

2009). Assim, a disposição da presente pesquisa reside na construção de conhecimento em saúde e na visibilidade social que os resultados possam revelar, já que pesquisas de base populacional são valiosas fontes de dados que devem ser utilizadas para conhecer e acompanhar a situação de vida e saúde do idoso e do envelhecimento nos quilombos e, na tomada de decisões adequadas à

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

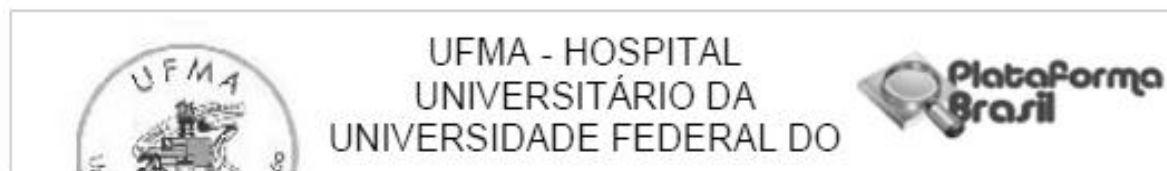
UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cesp@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.121.981

transformação social, política e de saúde dos senis brasileiros, e por extensão, do Maranhão (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005; PINTO; BASTOS, 2007; REBOUÇAS et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2014b).

Hipótese:

Que são mais precárias as condições de vida e saúde dos idosos quilombolas do que as observadas na população idosa brasileira e que as desigualdades associadas a raça em saúde manifestam-se em piores indicadores de saúde.

Metodologia Proposta:

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa que compreende um componente epidemiológico do tipo transversal e um componente qualitativo. O estudo será realizado em comunidades quilombolas da cidade de Bequimão localizada na Baixada Maranhense - MA. Estima-se que em Bequimão vivam 1.286 famílias em 11 comunidades quilombolas, oficialmente reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares e pelo Ministério da Cultura conforme Decreto Presidencial de 20 de novembro de 2009. A população em estudo será a população idosa (60 anos de idade) quilombola e residente em uma das 11 comunidades quilombolas existentes no município.

Quantitativa: Para coleta de dados será utilizado um Questionário Validado e disponível em Cesar (2005) que permitirá coletar variáveis relacionadas aos objetivos da presente pesquisa. A coleta de dados e de amostras de material biológico será realizada entre os idosos que estiverem residindo nas comunidades quilombolas no momento da coleta dos dados e serão coletadas por entrevistadores, contratados e treinados pelos autores deste estudo, aos participantes da pesquisa nos domicílios, Centro de Saúde e demais espaços sociais (escolas, igrejas etc.). Após a coleta dos dados, as questões abertas e fechadas serão codificadas e inseridas no programa Excel for Windows®, segundo as variáveis pesquisadas de interesse do estudo. A análise estatística incluirá cálculo de prevalências e elaboração de tabelas e gráficos de distribuição e demais análises conforme o interesse dos pesquisadores envolvidos, utilizando-se o Stata® versão 14 e seguirá discussão de acordo com a literatura pertinente.

Qualitativa: Será realizada uma pesquisa exploratória visando à compreensão do significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais. Para Minayo (2010), a pesquisa qualitativa busca a obtenção de dados descritivos, através do contato direto e interativo do pesquisador com o entrevistado, abrange um conjunto de técnicas interpretativas que têm como objetivo descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados, a partir da perspectiva dos participantes da situação estudada. Os sujeitos da pesquisa serão idosos

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

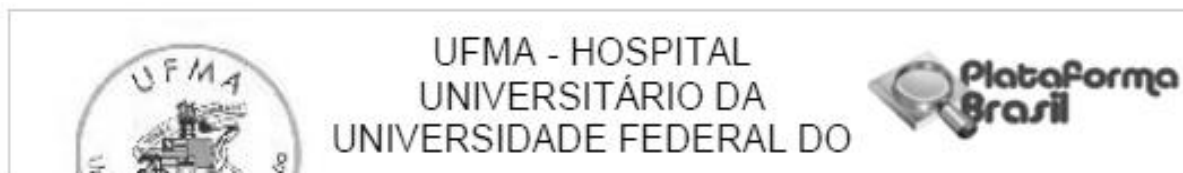
UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: oep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.121.981

(60anos de idade) residentes no local da pesquisa. A amostra se caracteriza como do tipo Caso Múltiplos, obtida de acordo com os critérios usados em investigações qualitativas, buscando abranger, a partir de uma escolha intencional, as diferentes experiências e condições. A coleta de dados será realizada entre os meses de março e julho de 2019. Inicialmente, serão sorteadas 03 comunidades quilombolas para possibilitar a formação de 01 Grupo Focal (GF) em cada comunidade selecionada, totalizando três GF, com 10 membros em cada grupo. A técnica para coleta de dados a ser utilizada nos três GF será a Entrevista do Tipo Semi-Estruturada no contexto da História Oral, que seguirá um Roteiro de Entrevista contendo tópicos que subsidiarão a formulação de perguntas de interesse deste estudo

Metodologia de Análise de Dados:

Análise dos dados quantitativa

Após a coleta dos dados, as questões abertas e fechadas serão codificadas e inseridas no programa Excel for Windows®, segundo as variáveis pesquisadas de interesse do estudo. A análise estatística incluirá cálculo de prevalências e elaboração de tabelas e gráficos de distribuição e demais análises conforme o interesse dos pesquisadores envolvidos, utilizando-se o Stata® versão 14 e seguirá discussão de acordo com a literatura pertinente.

Análise de dados da Qualitativa

Com relação ao processo de análise deste estudo, este será realizado por meio da Técnica de Análise de Conteúdo. Segundo Bardin (2011), a Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Desfecho Primário:

- a) Conhecer as condições sanitárias e de saúde, a influência dos determinantes sociais, econômicos e culturais nos padrões de saúde da população negra;
- b) Permitir traçar um cenário do estado de saúde da população em estudo, relacionado a aspectos sociais e de saúde da população senil que vive no quilombo;
- c) Contribuir na produção de conhecimento no campo da saúde coletiva sobre o envelhecimento da população dos quilombos;
- d) Contribuir para o debate nacional e local/regional da avaliação em saúde e do envelhecimento da população negra;

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.121.981

e) Contribuir na construção e validação de instrumentos e metodologias de avaliação da situação de saúde no contexto do quilombo maranhense,

atendendo à necessidade de pesquisas nesta área de estudo em nosso meio;

Desfecho Secundário:

f) Contribuir na formatação de projetos de avaliação em saúde através da delimitação de um grupo de indicadores próprios de saúde do idoso, como

meio de visibilidade e de relevância social da população pesquisada e de relevância científica do tema;

g) Orientar o planejamento e implementação de políticas públicas ou ações intervencionais voltadas para o controle de agravos e atenção saúde da população avaliada;

h) Fortalecer e aprimorar a atenção básica em saúde através da qualificação da ESF no âmbito das comunidades quilombolas;

i) Contribuir com a formação médica dos estudantes da UFMA de forma contextualizada e a estimular a interação precoce com o campo da pesquisa em saúde;

j) Publicar e apresentar os resultados da pesquisa em revistas de tiragem nacional e em congressos brasileiros de proximidade temática.

Tamanho da Amostra no Brasil: 400

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as condições de vida e saúde de idosos no âmbito das comunidades quilombolas em uma cidade da Baixada Maranhense.

Objetivo Secundário:

a) Descrever o contexto social e cultural das comunidades quilombolas estudadas;

b) Caracterizar os aspectos socioeconômicos, sanitários e demográficos dos idosos em estudo;

c) Identificar a prevalência de morbidades referidas, hábitos de vida, atividades de vida diária e capacidade cognitiva;

d) Identificar os níveis de pressão arterial sistêmica e glicemia plasmática;

e) Realizar avaliação antropométrica e nutricional dos idosos em estudo;

f) Verificar a prevalência de acesso e uso de serviços de saúde;

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.121.981

- g) Identificar percentuais de suporte familiar e de assistência domiciliar referida;
- h) Descrever a autopercepção da condição de saúde entre os idosos da pesquisa.
- i) Desvelar as principais práticas tradicionais de saúde desenvolvidas pelos idosos nas comunidades remanescentes quilombolas;
- j) Verificar as questões culturais relacionadas ao Exame da Próstata, como mitos, preconceitos e seus impactos na saúde dos idosos;
- k) Analisar a trajetória e história de vida social dos idosos no âmbito das comunidades quilombolas e;
- l) Identificar as formas de violência que atingem as pessoas idosas residentes em comunidades remanescentes de quilombolas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo o pesquisador existe um desconforto e risco mínimo para o participante da pesquisa que se dispuser a responder o questionário, tais como o tempo que irá ceder para respondê-lo, bem como o risco de alguma exposição pelas informações prestadas ou, ainda, pela à coleta do material para dosagem sanguínea.

No momento da coleta sanguínea por punção poderá ocorrer leve sensação dolorosa, justificada para que se possa realizar o procedimento tal. A coleta de sangue não oferece riscos previsíveis. A vantagem e o benefício do resultado laboratorial pode direcionar para o tratamento preventivo o mais breve possível. Informa-se que para os dados obtidos serão garantido o sigilo ético.

Destaca ainda que é importante saber que caso participante perceba em sua pele, após a coleta de sangue, "áreas arroxeadas, inchadas, dor, etc" pode inicialmente usar compressas frias para alívio do sintomas e em seguida, caso persistam as alterações o participante deve procurar pelo serviço municipal de atenção básica de saúde ou hospitalar (que funcionar 24 horas) para recuperação de saúde. Esses serviços garantirão assistência imediata - emergencial e sem ônus de qualquer espécie - ao participante da pesquisa, em quaisquer situação em que este dela necessite. Além disso, para minimizar tais riscos você participante poderá ter acesso a todas as informações que desejar e poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem prejuízo ou penalidade alguma. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Além disso, seu nome não aparecerá em qualquer momento no estudo.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

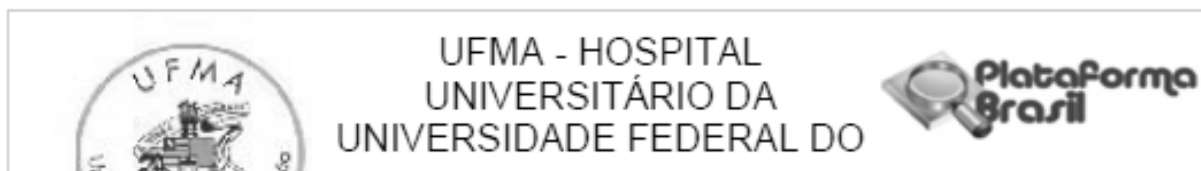
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.121.981

Benefícios:

Apesar dos pequenos possíveis desconfortos, essa pesquisa se justifica pelos benefícios que essas análises de saúde trazem, permitindo verificar a situação de vida e saúde, seus principais determinantes da saúde física e emocional e análise dos níveis de açúcares no sangue. Essas dosagens são fundamentais para os diagnósticos de doenças que permitem o surgimento de outras doenças, reduzem a qualidade de vida e levam a morte precoce.

Caso apresente algum problema em seus exames clínicos, preventivos, e de rotina, o participante será acompanhando(a) e encaminhado para tratamento adequado ao tipo doença da seguinte maneira, segundo o pesquisador:

- A) Equipes de Saúde da Família e de Núcleos de Apoio ao Saúde da Família;
- B) Hospital Municipal de Bequimão; C) Hospital Macrorregional de Pinheiro.

Bem como orientar o planejamento e implementação de políticas públicas ou ações intervencionais voltadas para o controle de agravos e atenção saúde da população avaliada que vive nos quilombos. Os resultados dos exames clínicos, preventivos, e de rotina serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo, pois ele será identificado apenas por um número. Uma via deste consentimento informado será arquivada e outra será fornecida a você.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo possui relevância científica e social por propor conhecer as condições sanitárias e de saúde, a influência dos determinantes sociais, econômicos e culturais nos padrões de saúde da população negra; permitir traçar um cenário do estado de saúde da população em estudo, relacionado a aspectos sociais e de saúde da população senil que vive no quilombo; contribuir na construção e validação de instrumentos e metodologias de avaliação da situação de saúde no contexto do quilombo maranhense, além de enriquecer a literatura sobre a temática.

O pesquisador solicitou EMENDA do projeto "Condições de Vida e Saúde dos Idosos Quilombolas de uma Cidade da Baixada Maranhense".

CAAE: 73307317.8.0000.5086

Número do Parecer: 2.476.488

Justificativa da Emenda:

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA Município: SAO LUIS	
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.121.981

Alterações nos itens Objetivo, Metodologia e Cronograma, conforme descrição abaixo:

Em "Objetivos Específicos" pagina 10, houve alteração, acrescentou-se:

Desvelar as principais práticas tradicionais de saúde desenvolvidas pelos idosos nas comunidades remanescentes quilombolas;

Verificar as questões culturais relacionadas ao Exame da Próstata, como mitos, preconceitos e seus impactos na saúde dos idosos;

Analisar a trajetória e história de vida social dos idosos no âmbito das comunidades quilombolas e;

Identificar as formas de violência que atingem as pessoas idosas residentes em comunidades remanescentes de quilombolas.

Em "Metodologia (Exposição e Fundamentação de Materiais e Métodos a Serem Utilizados)" a partir da pagina 10, houve alteração de: na "metodologia quantitativa" para "qualiquantitativa" e acrescentou-se a questões relacionadas a "Metodologia Qualitativa". Será realizada uma pesquisa exploratória visando à compreensão do

significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais.

Documentos apresentados:

- Novo Projeto CEP. docx;
- Cronograma atualizado;
- Justificativa da Emenda;
- TCLE.

O protocolo apresenta documentos referente a Emenda e documentos: Projeto Word atualizado, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, - Novo Projeto CEP.docx,- TCLE.docx,- Folha de rosto.pdf - Emenda.pdf.

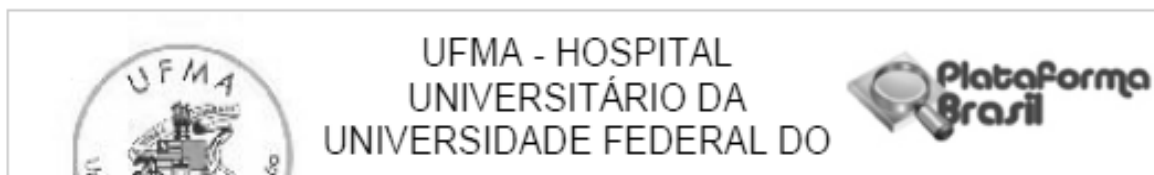
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente à EMENDA com justificativas. Atende à Norma Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3).

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.121.981

aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A solicitação de emenda atende à Resolução MS/CNS nº. 466 /2012.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO da emenda do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1283346 E1.pdf	17/01/2019 13:50:00		Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	17/01/2019 13:43:44	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	17/01/2019 13:22:19	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	justificativa.pdf	17/01/2019 12:39:32	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_atual_dez.pdf	15/12/2017 18:50:41	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_atual_dez.doc	15/12/2017 18:50:26	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Parecer Anterior	carta_resposta_3.pdf	15/12/2017 18:48:36	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

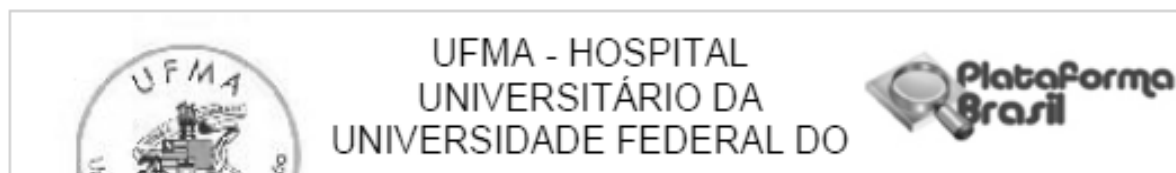
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.121.981

Parecer Anterior	carta_resposta_3.pdf	15/12/2017 18:48:36	DE OLIVEIRA	Aceito
Parecer Anterior	CARTA_RESPOSTA_3.doc	15/12/2017 18:45:47	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Parecer Anterior	CARTA_RESPOSTA_2.doc	30/11/2017 13:10:36	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Parecer Anterior	CARTA_RESPOSTA_2.pdf	30/11/2017 13:09:05	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Parecer Anterior	CARTA_RESPOSTA_ASSINADA.pdf	27/10/2017 13:05:24	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Parecer Anterior	CARTA_RESPOSTA.doc	26/10/2017 07:30:46	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_atual.doc	26/10/2017 07:28:47	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_atual.pdf	26/10/2017 07:28:13	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	orcamento_novo.doc	30/09/2017 05:49:22	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	orcamento_novo.pdf	30/09/2017 05:48:59	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_coleta_dados_parte_b.pdf	07/07/2017 21:25:14	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_coleta_dados_parte_a.pdf	07/07/2017 21:24:45	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	equipe_executora1.pdf	06/07/2017 05:18:20	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	06/07/2017 05:17:21	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	declaracao_anuencia_centro_pinheiro.pdf	24/06/2017 00:02:09	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração do Patrocinador	Declaracao_esponsabilidade_financeira.pdf	23/06/2017 23:34:54	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

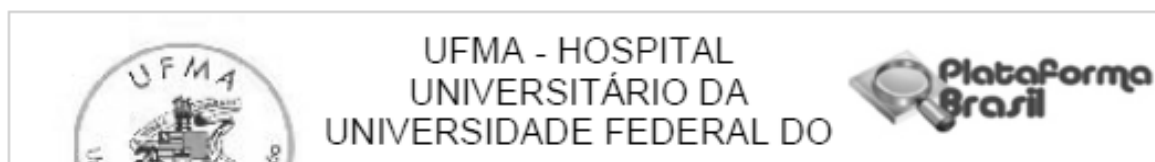
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.121.981

Declaração do Patrocinador	Declaracao_esponsabilidade_financeira.pdf	23/06/2017 23:34:54	DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	autorizacao_semus_bequimao.pdf	23/06/2017 12:26:34	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_ccmp_pinherio.pdf	23/06/2017 12:25:46	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento.pdf	06/03/2017 12:16:30	BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 25 de Janeiro de 2019

Assinado por:
Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br

ANEXO B

Quadro Geral de Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs)

QUADRO GERAL DE COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS (CRQs)																																									
Nº	UF	Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs)																																							
		2004 (Certidões)	2004 (Comunidade)	2005 (Certidões)	2005 (Comunidade)	2006 (Certidões)	2006 (Comunidade)	2007 (Certidões)	2007 (Comunidade)	2008 (Certidões)	2008 (Comunidade)	2009 (Certidões)	2009 (Comunidade)	2010 (Certidões)	2010 (Comunidade)	2011 (Certidões)	2011 (Comunidade)	2012 (Certidões)	2012 (Comunidade)	2013 (Certidões)	2013 (Comunidade)	2014 (Certidões)	2014 (Comunidade)	2015 (Certidões)	2015 (Comunidade)	2016 (Certidões)	2016 (Comunidade)	2017 (Certidões)	2017 (Comunidade)	2018 (Certidões)	2018 (Comunidade)	2019 (Certidões)	2019 (Comunidade)	2020 (Certidões)	2020 (Comunidade)	2021 (Certidões)	2021 (Comunidade)	2022 (Certidões)	2022 (Comunidade)	CRQs (Certidões)	CRQs (Comunidade)
1	AC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
2	AL	0	0	10	11	8	8	3	3	1	1	27	27	14	14	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	69	70	
3	AM	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	
4	AP	0	0	4	4	7	7	0	0	0	0	0	0	11	11	3	3	0	0	7	11	0	0	2	2	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	44	
6	BA	23	37	52	62	112	122	23	29	36	37	20	20	49	54	92	97	8	8	73	129	42	46	21	33	43	58	22	25	39	49	11	13	6	10	0	0	672	827		
8	CE	2	2	3	4	7	7	2	2	1	1	3	3	7	7	5	5	7	7	4	4	3	3	0	0	0	0	3	3	1	1	3	3	1	1	0	0	0	0	52	53
7	DF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
8	ES	1	5	6	7	18	19	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	36	42
9	GO	1	1	4	4	5	5	3	3	3	3	3	3	1	1	0	0	0	0	3	12	4	4	3	3	1	1	13	15	11	11	0	0	0	0	0	0	0	58	69	
10	MA	5	163	43	70	25	26	28	29	42	42	6	6	50	53	49	65	45	47	74	75	36	37	15	23	53	59	34	37	46	53	23	36	10	11	4	4	589	846		
11	MG	9	14	29	40	38	40	12	12	16	18	7	7	20	27	14	22	22	32	17	29	9	11	11	13	27	32	23	30	38	44	19	25	6	6	3	3	318	405		
12	MS	0	0	12	12	2	2	2	2	1	1	0	0	1	1	3	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	22	
13	MT	0	0	55	57	1	1	4	4	0	0	2	2	2	2	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	71	78	
14	PA	18	18	8	9	37	37	17	19	0	0	0	0	10	10	6	6	8	14	59	104	11	12	5	5	19	19	4	4	3	3	1	1	3	3	0	0	206	264		
16	PB	1	1	8	8	14	14	1	1	3	3	4	4	2	2	2	2	0	0	1	3	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	42	45		
18	PE	5	5	45	45	10	10	18	52	11	11	3	3	7	11	7	11	1	2	4	12	12	4	4	1	1	12	14	9	10	0	0	0	0	0	0	0	149	195		
17	PJ	2	2	7	7	22	22	2	2	0	0	5	5	4	8	1	1	21	22	1	10	10	1	1	4	4	2	2	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	84	89	
18	PR	1	1	6	6	23	23	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36	38	
18	RJ	3	3	6	6	4	4	1	1	2	2	2	2	5	5	1	1	2	2	2	3	3	0	0	2	2	4	4	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	41	44	
20	RN	2	2	2	2	3	3	1	1	0	0	2	2	3	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4	4	5	5	0	0	0	0	0	0	33	33
21	RO	1	1	2	2	3	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8
22	RR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	RS	10	10	8	8	12	12	9	9	8	8	7	7	33	33	2	2	8	8	6	6	8	13	13	0	0	14	14	8	8	6	6	2	2	0	0	1	1	137	137	
24	SC	3	3	0	0	1	1	2	2	0	0	3	3	2	2	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	18	
26	SE	2	2	4	4	8	8	1	1	0	0	0	0	0	0	7	8	3	3	2	2	2	2	0	0	2	5	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	32	37	
28	SP	1	1	16	16	13	14	10	10	3	3	6	6	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	52	56
27	TO	1	1	1	1	13	13	0	0	1	1	3	3	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38	45	
TOTAL POR ANO:		82	272	527	583	393	408	148	181	129	164	89	101	228	281	200	264	121	144	283	382	164	187	76	87	178	206	109	162	198	204	79	91	28	33	11	11	2811	3.471		

QUADRO GERAL POR REGIÃO			
Nº	UF	Nº CRQs (Certidões)	Nº CRQs (Comunidade)
1	NORTE	300	369
2	NORDESTE	1722	2195
3	CENTRO-OESTE	181	189
4	SUDESTE	447	544
5	SUL	191	193
TOTAL POR ANO:		2811	3.471



ANEXO C

NORMAS PARA A ELABORAÇÃO DE ARTIGO

ARTIGO 2: Amazônica - Revista de Antropologia

Diretrizes para Autores

NORMAS PARA CITAÇÕES BIBLIOGRÁFICAS

As citações bibliográficas no texto deverão vir da seguinte forma:

Para um único autor: (Autor ano:página). Exemplo: (Reichel-Dolmatoff 1971:344).

Para dois autores: (Autor & Autor ano:página). Exemplo: (Cruxent & Rouse 1963:45-47).

Para três autores ou mais: (Autor et al. ano). Exemplo: (Heckenberger et al. 1996).

As normas para **citação bibliográfica** adotadas em Amazônica são semelhantes às da *Current Anthropology*, mas aconselha-se a seguir os exemplos abaixo:

Artigo em periódico

Viveiros de Castro, E. 1996. Images of nature and society in Amazonian ethnology. *Annual Review of Anthropology* 25:179-200.

Artigo em periódico com múltiplos autores

Roosevelt, A., R. A. Housley, M. Imazio da Silveira, S. Maranca, e R. Johnson. 1991. Eighth millenium pottery from a prehistoric shell midden in the Brazilian Amazon. *Science* 254:1557-1696.

Livros

Fausto, C. 2000. *Os índios antes do Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar.

Capítulo em livro

Carneiro, R. L. 1960. Slash-and-burn agriculture: A closer look at its implications for settlement patterns, in *Men and cultures*. Editado por A. F. C. Wallace, pp. 229-34. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Tese

Heckenberger, M. J. 1996. War and peace in the shadow of empire: Sociopolitical change in the upper Xingu of southeastern Amazonia A.D. 1400-2000. Tese de Doutorado, Departamento de Antropologia, Universidade de Pittsburgh, EUA.

Livro Editado

McEwan, C., C. Barreto, e E. Neves. Editors. 2001. *The unknown Amazon. Nature in culture in ancient Brazil*. London: British Museum Press.

Relatório Inédito

Simões, M. F., e N. Figueiredo. 1964. *Projeto Marajó*. Museu Paraense Emílio Goeldi. Relatório de Campo. Inédito.

Os autores que usam softwares de citação bibliográfica, como o *Endnote*, devem converter as citações e bibliografias para textos antes de enviar a versão final do artigo ou contribuição. Para os usuários de *Endnote*, aconselha-se usarem o estilo *Current Anthropology*, observando, entretanto, que na bibliografia de teses devem mencionar o departamento e o país em que foi defendida a tese.

Normas Estilísticas

Títulos e Subtítulos

Para facilitar a diagramação e editoração final do trabalho, solicita-se aos autores que usem um mínimo de formatação em seus artigos, atendo-se às normas para submissão dos trabalhos.

Os títulos principais devem ser escritos em letras maiúsculas. Os títulos secundários devem ser escritos em letras maiúsculas e minúsculas, como no texto, e os títulos de terceira importância ou subtítulos devem ser escritos em letras maiúsculas e minúsculas e italicizados.

Figuras, Tabelas e Gráficos

Figuras no texto devem ser mencionadas como Figura 1, caso venham no corpo do texto ou (Figura 1) caso venham entre parênteses. No caso de tabelas e gráficos também deve ser digitada a palavra completa: Tabela 1 ou (Tabela 1), Gráfico 1 ou (Gráfico 1).

Nas legendas devem ser escritas desta forma:

Figura 1 - Vista aérea do Parque do Tumucumaque.

Fotografias

Aconselha-se que o nome do fotógrafo conste no nome do arquivo da foto, pois não serão publicadas fotos sem o devido crédito ao fotógrafo.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em “Comentários ao Editor”.

Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapassem 10MB)

URLs para as referências foram informadas quando necessário.

O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento, como anexos.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.

A identificação de autoria do trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em Assegurando a Avaliação Cega por Pares.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

Políticas de Seção

Editorial

Artigos Originais

Artigos originais são trabalhos inéditos que demonstram uma reflexão sobre problema de cunho teórico com relevância para o avanço do conhecimento sobre as sociedades amazônicas. Sempre que possível, evidências empíricas deverão ser apresentadas de modo que permitam ao leitor avaliação independente de interpretações propostas pelo autor. Os editores reservam-se o direito de publicar, em seguida ao artigo, comentários de outros autores caso o conteúdo do artigo seja polêmico e suscite o debate. Nesse caso, o autor será convidado a apresentar réplica. Os artigos deverão ter no máximo 25 páginas, incluída a bibliografia. Os trabalhos deverão ser formatados da seguinte maneira: fonte Times New Roman, corpo 11, espaço 1,5, alinhado à esquerda, sem recuo ou espaçamento entre linhas; folha A4, margens 2,5 cm. O artigo deverá ser precedido por um resumo com no mínimo 70 e no máximo 100 palavras, além de três palavras-chave para indexação. Além do resumo no mesmo idioma do artigo, deverá ser fornecido resumo em outras duas línguas, sendo uma delas obrigatoriamente o inglês.

O artigo deverá possuir uma introdução e uma conclusão (que poderá se chamar: reflexões finais, considerações finais, conclusão, ou outro título de preferência do autor). Para instruções sobre subtítulos ou títulos de seções dentro do artigo veja exemplo de formatação ao final. Citações no corpo do texto deverão vir entre aspas (não usar itálico). Usar notas de rodapé se estritamente necessário e não usar notas de rodapé para citações bibliográficas. Essas devem ser feitas entre parênteses (Politis 1999:23). Ilustrações devem ser fornecidas em arquivos JPEG ou TIF com resolução igual ou superior a 300dpi. Podem ser fornecidas fotos coloridas, que

serão publicadas dessa forma na versão digital (internet), e que poderão ser transformadas em preto e branco para a versão impressa. Uma listagem das legendas de figuras deverá vir em arquivo separado. Gráficos, tabelas e figuras deverão igualmente serem fornecidos como arquivos em separado. No texto deve ser feita apenas referência às figuras, tabelas e gráficos. Tabelas e gráficos devem ser usados com moderação. São aceitas até seis (06) figuras por artigo, não incluído nessa conta o mapa de localização da região da pesquisa, obrigatório para todos os artigos.

Relatórios

Os relatórios são trabalhos de divulgação de resultados de pesquisas realizadas na região Amazônica ou suas imediações.

Os relatórios deverão ter no máximo 25 páginas, incluída a bibliografia. Os trabalhos deverão ser formatados da seguinte maneira: fonte Times New Roman, corpo 11, espaço 1,5, alinhado à esquerda, sem recuo ou espaçamento entre linhas; folha A4, margens 2,5cm. O artigo deverá ser precedido por um resumo com no mínimo 70 e no máximo 100 palavras, além de 3 palavras-chave para indexação. Tanto o resumo quanto as palavras-chave deverão ser traduzidos em outras duas línguas, sendo uma delas obrigatoriamente o inglês.

O relatório deverá possuir uma introdução e uma conclusão (que poderá se chamar: reflexões finais, considerações finais, conclusão, ou outro título de preferência do autor). Para instruções sobre subtítulos ou títulos de seções dentro do artigo veja exemplo de formatação ao final. Citações no corpo do texto deverão vir entre aspas (não usar itálico). Usar notas de rodapé se estritamente necessário e não usar notas de rodapé para citações bibliográficas. Essas devem ser feitas entre parênteses (Politis 1999:23). Ilustrações devem ser fornecidas em arquivos JPEG ou TIF com resolução superior a 300dpi. Podem ser fornecidas fotos coloridas, que serão publicadas na versão digital (internet) e em preto e branco na versão impressa. A lista com as legendas deverá vir em arquivo separado. Gráficos, tabelas e figuras deverão ser fornecidos como arquivos em separado. No texto deve ser feita apenas referência às figuras, tabelas e gráficos. Tabelas e gráficos devem ser usados com moderação. São aceitas até oito (08) figuras por relatório, não incluído o mapa de localização da região da pesquisa, obrigatório para todos os relatórios.

Editores

Katiane Silva

Tiago Tomé

Notícias de Pesquisas em Andamento

As notícias de pesquisas em andamento deverão ter no máximo 2 páginas, incluída a bibliografia. Os trabalhos deverão ser formatados da seguinte maneira: fonte Times New Roman, corpo 11, espaço 1,5, alinhado à esquerda, sem recuo ou espaçamento entre linhas; folha A4, margens 2,5cm. São aceitas até duas ilustrações (fotos ou figuras) e um mapa de localização da área da pesquisa. Ilustrações devem ser fornecidas em arquivos JPEG ou TIF com resolução superior a 300dpi. Podem ser fornecidas fotos coloridas, que serão publicadas na versão digital (internet) e em preto e branco na versão impressa. A lista com as legendas deverá vir em arquivo separado.

Editores

Katiane Silva

Tiago Tomé

Resumos de Teses e Dissertações

Podem ser encaminhados resumos de teses ou dissertações pelo próprio autor. Os resumos não podem ter mais do que duas (02) páginas, incluída a bibliografia. Os trabalhos deverão ser formatados da seguinte maneira: fonte Times New Roman, corpo 11, espaço 1,5, alinhado à esquerda, sem recuo ou espaçamento entre linhas; folha A4, margens 2,5cm. Não são aceitas fotos ou figuras para acompanhar os resumos de tese.

Editores

Eliane Costa

Agenor Pacheco

Resenhas de Livros ou Teses

Podem ser feitas resenhas de livros ou teses até dois anos após sua publicação ou defesa. As resenhas devem ter no máximo cinco (05) páginas, incluída bibliografia. Os trabalhos deverão ser formatados da seguinte maneira: fonte Times New Roman, corpo 11, espaço 1,5, alinhado à esquerda, sem recuo ou espaçamento entre linhas; folha A4, margens 2,5cm. O autor deve fornecer ilustração da capa do livro, que pode ser escaneada e salva em arquivo JPEG ou TIF, com resolução igual ou superior a 300dpi. Não serão aceitas outras ilustrações, fotos ou mapas para esse tipo de contribuição.

Editores

Eliane Costa

Agenor Pacheco

Ensaio Fotográficos

Ensaaios fotográficos serão aceitos no número máximo de dois por edição, devendo versar sobre temática antropológica relacionada à Amazônia, outras regiões tropicais ou ainda regiões e temas que se relacionam de maneira inequívoca com temas de interesse da revista.

As propostas de ensaios fotográficos serão examinadas e selecionadas pelo Conselho Editorial, que se encarregará de selecionar os ensaios a serem publicados na revista, não cabendo recursos. Os ensaios fotográficos serão compostos de no mínimo 4 (quatro) e no máximo 8 (oito) fotografias. O autor deverá fornecer o título do ensaio, um pequeno texto introdutório com até 250 palavras, legendas e créditos para as fotos. O fotógrafo deverá ser necessariamente o autor ou um dos autores do ensaio. No caso de o ensaio ser aprovado o autor fornecerá autorização de cessão de direitos autorais para a publicação conforme modelo a ser fornecido. As fotos deverão ser enviadas em meio digital, com resolução igual ou superior a 300 dpi, podendo ser em cores ou P&B.

Editores

Edna Alencar

Flavio Barros

Fabiano Gontijo