UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
CLAVDIA NICOLAEVNA KOCHERGIN

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE ENTRE ADULTOS REMANESCENTES DE QUILOMBOS E COMPARAÇÃO COM POPULAÇÃO RURAL DA BAHIA: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS NO NORDESTE DO BRASIL

Belo Horizonte
2014

Clavdia Nicolaevna Kochergin

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE ENTRE ADULTOS REMANESCENTES DE QUILOMBOS E COMPARAÇÃO COM POPULAÇÃO RURAL DA BAHIA: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS NO NORDESTE DO BRASIL

Trabalho apresentado em banca examinadora, no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Doutor em Saúde Pública (área de concentração em Epidemiologia)

Orientadora: Profª. Dra. Cibele Comini César

Co-orientador: Prof. Dr. Fernando Augusto Proietti

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2014

Kochergin, Clavdia Nicolaevna.
K76p Prevalência e fatores associados à autoavaliação do estado de saúde entre adultos remanescentes de quilombos e comparação com população rural [manuscrito]: estudo de base populacional em comunidades quilombolas no nordeste do Brasil / Clavdia Nicolaevna Kochergin. - - Belo Horizonte: 2014.
112f.: il.
Orientador: Cibele Comini César.
Coorientador: Fernando Augusto Proietti.
Área de concentração: Saúde Pública.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.
1. Autoavaliação. 2. Nível de Saúde. 3. Inquéritos Epidemiológicos. 4. Estudos Transversais. 5. Grupo com Ancestrais do Continente Africano. 6. Dissertações Acadêmicas. I. César, Cibele Comini. II. Proietti, Fernando Augusto. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título. WA 900

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca J. Baeta Vianna – Campus Saúde UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

ATA DA DEFESA DE TESE DA ALUNA
CLAVDIA NICOLAEVNA KOCHERGIN

Realizou-se, no dia 06 de junho de 2014, às 14:00 horas, A direcionar, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada **"PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE ENTRE ADULTOS REMANESCENTES DE QUILOMBOS E COMPARAÇÃO COM POPULAÇÃO RURAL DA BAHIA: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS NO NORDESTE DO BRASIL"**, apresentada por **CLAVDIA NICOLAEVNA KOCHERGIN**, número de registro 2010718792, graduada no curso de ENFERMAGEM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública, à seguinte Comissão Examinadora os professores, **Cibele Comini César - Orientadora (UFMG), Luana Giatti Gonçalves (UFMG), Fabiane Ribeiro Ferreira (UFMG), Adriano Maia dos Santos (UFBA) e Raquel Souzas (UFBA).**

A Comissão considerou a tese:

(X) Aprovada

( ) Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 06 de junho de 2014.

Profa. Cibele Comini César (Doutora) Cibele Comini César

Profa. Luana Giatti Gonçalves (Doutora) Luana Giatti Gonçalves

Profª Fabiane Ribeiro Ferreira (Doutora) Fabiane Ribeiro Ferreira

Prof. Adriano Maia dos Santos (Doutor)

Profa. Raquel Souzas (Doutora) Raquel Souzas

CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE ENTRE ADULTOS REMANESCENTES DE QUILOMBOS E COMPARAÇÃO COM POPULAÇÃO RURAL DA BAHIA: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS NO NORDESTE DO BRASIL.

CLAVDIA NICOLAEVNA KOCHERGIN

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração EPIDEMIOLOGIA.

Aprovada em 06 de junho de 2014, pela banca constituída pelos membros:

Profa. Cibele Comini César - Orientadora
UFMG

Prof. Adriano Maia dos Santos
UFBA

Profª Fabiane Ribeiro Ferreira
UFMG

Profa. Luana Giatti Gonçalves
UFMG

Profa. Raquel Souzas
UFBA

Belo Horizonte, 6 de junho de 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Prof. Jaime Arturo Ramirez

Vice-Reitora: Profª. Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitor de Pesquisa: Profª Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social: Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora: Profª. Sandhi Maria Barreto

Sub-coordenadora: Profª. Ada Ávila Assunçã**o**

Colegiado

Profª. Ada Ávila Assunção- Titular

Profª. Cibele Comini César-Suplente

Profª. Sandhi Maria Barreto-Titular

Profª. Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa-Suplente

Profª. Eli Iola Gurgel Andrade-Titular

Prof. Francisco de Assis Acúrcio-Suplente

Profª Mariângela Leal Cherchiglia

Profª Eliane Costa Dias Macedo Gontijo - Suplente

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Profª Valéria Maria de Azeredo Passos - Suplente

Representação Discente

Flávia Soares Peres

Laura Monteiro de Castro Moreira

Dedico este trabalho ao meu querido filho Pedro Lívio.
Que o amor, o trabalho, a busca pela justiça social, pelo conhecimento
E dedicação possam inspirá-lo no caminho para a construção de um mundo melhor

Aos meus pais, Nicolai e Jacy, pela constante presença e apoio incondicional

Aos meus irmãos: Cal, Nádia, Sacha e Bibi, pelo compartilhar
De sonhos e realizações

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Cibele Comini César, pela competência, atenção e generosidade em compartilhar seus conhecimentos.

Ao meu co-orientador Fernando Augusto Proietti, pela competência, atenção e generosidade e inspiração.

Ao professor Rubens de Camargo Ferreira Adorno, pelas acaloradas e inesquecíveis discussões e por sempre oferecer um "cantinho" acolhedor.

Ao professor Mark Drew Crosland Guimarães, pelo inestimável envolvimento com o DINTER- Doutorado Interinstitucional e pelo empenho dedicado à nossa formação.

Ao professor Orlando Silvio Caires Neves, por ter assumido o compromisso em operacionalizar o DINTER no âmbito do IMS-CAT-UFBA.

À professora Raquel Souzas, pela competente condução do Projeto COMQUISTA e pelo zelo em nos atualizar acerca de informações pertinentes às populações quilombolas;

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública que investiram esforços no DINTER e compartilharam conosco os seus conhecimentos;

À professora Shirley Miranda pelas críticas, indicações de leitura e demonstrações de coragem, amizade e acolhimento.

Aos colegas de disciplina “da professora Shirley” por termos formado um grupo “pluriprofissional”, “pluriétnico”, “plurissexual”, “plurigeracional” e outros tantos “pluris” e unânime na gentileza e elegância para o convívio.

À CAPES e FAPESB por terem viabilizado o financiamento do DINTER e do Projeto COMQUISTA.

À Secretária Municipal de Saúde de Vitória da Conquista por acreditar na importância do Projeto COMQUISTA

Aos membros do Conselho Quilombola de Vitória da Conquista, pela disponibilidade em nos fornecer informações referentes às Comunidades Quilombolas do município.

Aos moradores das Comunidades Quilombolas estudadas, que cederam gentilmente seu tempo, sua atenção para participarem das entrevistas e nos guiarem nos caminhos das comunidades.

Aos queridos colegas do Curso de Enfermagem do IMS/CAT –UFBA, pelo incentivo constante e apoio durante a jornada

Aos queridos colegas de DINTER, que durante todo trajeto, serviram de apoio e incentivo uns aos outros.

Aos alunos do IMS/CAT – UFBA, pela compreensão nos momentos de ausências e confiança em mim depositada.

Aos amigos cujas relações foram fortalecidas nestes últimos anos: Daniela Arruda, Karine Gomes, Luíz Gustavo, Poliana Martins e Vanessa Bezerra.

À amiga Márcia Elena Zanuto pela constante generosidade em compartilhar alegrias, aflições, os desafios e principalmente as superações destes.

À amiga e colega Sandra, por compartilhar de receios e dúvidas semelhantes e pelo grande e valioso apoio nesta trajetória;

À amiga, comadre, Cássia Regina, primeira pessoa a me sensibilizar sobre a questão quilombola.

À Giliana pelo constante apoio, pelas críticas e Amizade.

À querida Rita de Cássia pela presença constante e acolhimento incondicional.

À minha "Família Mineira": Cleusa, Kênia, Thales, Érika, Henrique, Plínio e Ana Flávia, pelo caloroso acolhimento tornando a experiência "Mineira" inesquecível.

À minha família pela vivência do amor que nos harmoniza apesar e talvez por causa das diferenças.

Ao Pedro Lívio, filho e "luz dos olhos", que com seu amor nos impulsiona à busca de um mundo melhor.

"O saber a gente aprende com os mestres e os livros.

A sabedoria se aprende é com a vida e os humildes"

(Cora Coralina).

RESUMO

Este estudo objetivou verificar a condição de saúde da população quilombola do município de Vitória da Conquista-Bahia e comparar esta realidade com as condições de saúde da população rural da Bahia. Foi realizado um estudo transversal de base populacional com 797 indivíduos adultos, residentes em comunidades remanescentes de quilombos no município de Vitória da Conquista na Bahia, em 2011. As análises multivariadas foram realizadas por regressão logística ordinal, ajustada por sexo e idade. A prevalência de autoavaliação negativa (ruim/muito ruim) foi de 12,5% e uma pior autoavaliação de saúde se associou às dimensões socioeconômica, demográfica, hábitos de vida, suporte social e situação de saúde. Para a comparação entre a população quilombola do município de Vitória da Conquista e a população rural da Bahia, foram analisados os seguintes desfechos: autoavaliação do estado de saúde, presença de doença crônica, presença de limitação nas atividades habituais por problemas de saúde nos últimos 15 dias e limitação para desempenho das atividades para autocuidado: ir ao banheiro, alimentar-se e tomar banho. Dados sobre a população rural da Bahia foram extraídos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio realizada em 2008 (PNAD-2008). As diferenças entre as proporções da distribuição das características analisadas foram testadas por meio da distribuição qui-quadrado e calculadas as variações percentuais das diferenças nas prevalências dos quatro desfechos supracitados. A população quilombola em relação à população rural da Bahia autoavaliou negativamente (regular, ruim e muito ruim) sua saúde 49,2% a mais;

indicou 110,8% mais de presença de doença; 137,0% a mais de restrição nas atividades habituais por problemas de saúde e 112,1% a mais de dificuldade para o autocuidado. Os resultados indicam que a população quilombola encontra-se em situação mais desvantajosa que a população rural da Bahia. O programa *Stata*, versão 12.0 foi utilizado para análise dos dados.

DESCRITORES: Autoavaliação do estado de saúde, Estudos Transversais, Inquéritos Epidemiológicos, Grupo com Ancestrais do Continente Africano.

ABSTRACT

This study aimed to characterize the maroon population of Vitória da Conquista / BA according to the global health indicator, self-assessment of health status, identifying the prevalence of poor self-assessed health, and associated factors in Maroon population compared with the rural population of Bahia. A cross-sectional population-based study with 797 adult residents was conducted in individuals remaining Quilombos communities in Vitória da Conquista/ Bahia in 2011. Multivariate analyzes were performed by ordinal logistic regression, adjusted for sex and age. The prevalence of negative self-assessment (poor / very poor) was 12.5% and self-assessed health was associated with socioeconomic dimensions, demographic, lifestyle, social support and health status. Self-assessment of health status, presence of chronic disease, presence of limitation in usual activities because of health problems in the last 15 days: To compare the maroon population of Vitória da Conquista and the rural population of Bahia, the following outcomes were analyzed and limitations for performance of activities for self-care: toileting, feeding and bathing. Data on the rural population of Bahia were extracted from the National Sample Survey of Households conducted in 2008 (PNAD 2008). The differences between the proportions of the distribution of characteristics were tested with the chi-square distribution and calculated the percentage changes of differences in the prevalence of the four above-mentioned outcomes. In maroon population self-assessment of health status negative (fair, poor and very poor) your health 49.2% more; indicated 110.8% more than the presence of disease; 137.0% more

limitation in daily activities due to health problems and 112.1% more difficult for self-care. Thus demonstrating that the maroon population is even more disadvantageous position in the rural population of Bahia. *The Stata*, version 12.0 was used for data analysis.

KEYWORDS: Self-evaluation of health status, Cross-Sectional Studies, Surveys, African Continental Ancestry Group.

LISTA DE FIGURA E TABELAS

ARTIGO 1

Figura 1: Autoavaliação da Saúde Segundo Sexo e Amostra Total. Comunidades Quilombolas, Vitória da Conquista – BA, 2011 64

Tabela 1: Autoavaliação da Saúde para amostra total e estratificada por sexo, segundo categoria de resposta. População quilombola, Vitória da Conquista/BA, Brasil, 2011..... 64

Tabela 2: Distribuição de variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde. Amostra total, homens e mulheres – Pop. Quilombola, Vitória da Conquista/ BA, Brasil, 2011 65

Tabela 3: Associações de variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde com autoavaliação da Saúde de adultos. Amostra total e estratificada por sexo. População quilombola, Vitória da Conquista-BA, Brasil, 2011..... 67

Tabela 4: Modelos de *odds* proporcionais parciais (múltiplos) explicativos da Autoavaliação da Saúde de adultos. Amostra total e estratificada por sexo. População quilombola, Vitória da Conquista-BA, Brasil, 2011..... 69

ARTIGO 2

Tabela 1: Distribuição das características populacionais segundo subgrupos populacionais. População quilombola de Vitória da Conquista-BA, 2011 e População Rural da Bahia, 2008.....88

Tabela 2: Distribuição da autoavaliação negativa de saúde, restrição das atividades habituais, presença de doença crônica e dificuldade para autocuidado segundo subgrupos populacionais e variação percentual das diferenças. População quilombola de Vitória da Conquista/BA, 2011 e População Rural da Bahia, 2008.....89

Figura 1: Mapa de distribuição da população residente em domicílios particulares permanentes, com rendimento nominal mensal per capita de até 70 reais. Áreas Urbanas e Rurais, Vitória da Conquista-BA – 2010.....90

Figura 2: Mapa de distribuição de pessoas responsáveis não alfabetizadas. Áreas Urbanas e Rurais, Vitória da Conquista-BA – 2010.....91

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAE- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

DC- Doença Crônica

DM- Diabetes Mellitus

GPS- Sistema de Posicionamento Global

HA- Hipertensão Arterial

IC95%- Intervalo de Confiança a 95%

IDH – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

IMC- Índice de Massa Corporal

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNAD- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNS- Pesquisa Nacional de Saúde

SEPPIR- Secretária de Política de Promoção da Igualdade Racial

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VIGITEL-Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO..... 22

2. CONSIDERAÇÕES INICIAIS..... 26

2.1. COMUNIDADES QUILOMBOLAS E SAÚDE..... 26

2.2. AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE..... 34

3. OBJETIVOS..... 38

4. ARTIGO 1 40

4.1. INTRODUÇÃO 44

4.2. METÓDOS 47

4.3. RESULTADOS..... 51

4.4. DISCUSSÃO 54

4.5. REFERÊNCIAS..... 60

5. ARTIGO 2 71

5.1. INTRODUÇÃO 75

5.2. METÓDOS 77

5.3. RESULTADOS..... 79

5.4. DISCUSSÃO 81

5.5. REFERÊNCIAS..... 85

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 94

7. REFERÊNCIAS……..... 97

ANEXOS 104

ANEXO A. Artigo: Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souzas R, Giatti L, Guimarâes MDC, *et al.* Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista/BA (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. Cienc Saude Colet [periódico na internet] 2013 ago.; [cerca de 15p] 104

ANEXO B. Aprovação no Comitè de Ética em Pesquisa da UFMG 105

ANEXO C. Aprovação no Comitè de Ética em Pesquisa - Universidade São Francisco de Barreiras 106

ANEXO D. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 107

ANEXO E. Termo de Aceite de Publicação do Artigo 1 110

Samba do Quilombo

Lenine

“Saiu do Congo num navio negreiro
Baixou no litoral
Batuque banzo no chão do terreiro
Pra suportar o mal
Correu, fugiu, sofreu, sumiu e subiu o morro
E o horizonte era o fundo do quintal...
Os atabaques gritam na macumba
No tom dos ancestrais
Na voz do blue, no rebolado da rumba
Tem nego por detrás
Vem invadindo todas as fronteiras da história
Rumo ao futuro, em pleno temporal
Minha terra tem palmares onde Zumbi foi eleito
E os negros que lá quilombaram sambavam do mesmo jeito
Mas a negada é pau pra toda obra
E é de decidir
Quem sabe samba e quem não samba sobra
Ou paga pra assistir
Pela avenida foi-se o suor da nega
Mão nas cadeiras, fazendo um carnaval
Minha terra tem palmares onde Zumbi foi eleito
E os negros que lá quilombaram sambavam do mesmo jeito”

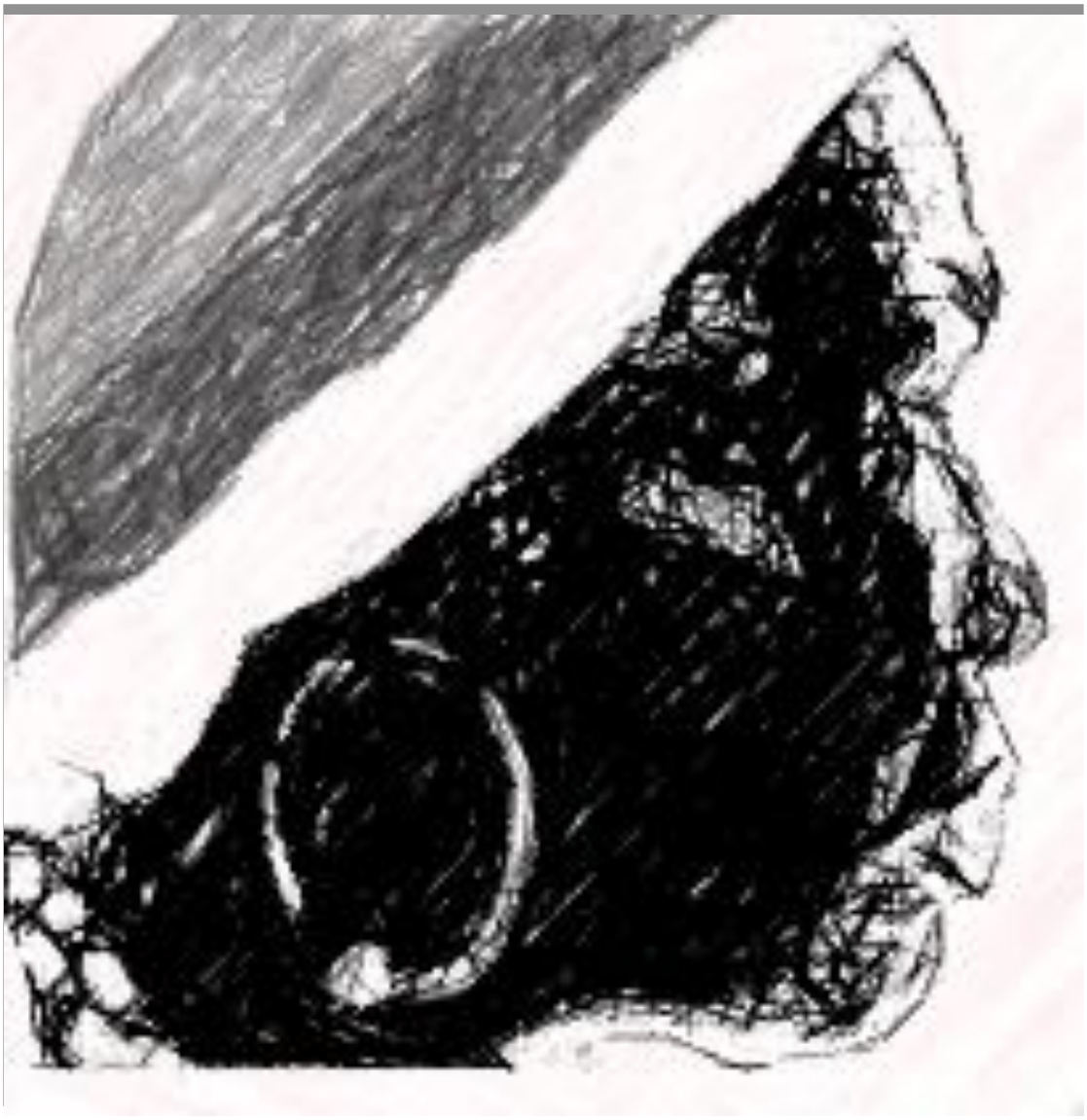
1. APRESENTAÇÃO

O presente trabalho é fruto de convênio firmado entre as Instituições de Ensino Superior: UFBA - Universidade Federal da Bahia (Campus Anísio Teixeira) e a UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais (Faculdade de Medicina), para a consecução do DINTER - Doutorado Interinstitucional, financiado pela CAPES mediante a aprovação do edital 05/2007. Tal iniciativa visava contribuir para a qualificação de docentes integrantes da Universidade Federal da Bahia e, por conseguinte da região Nordeste do país.

O estudo apresentado na tese é parte integrante de um projeto mais amplo intitulado "PROJETO COMQUISTA - Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista-BA: avaliação de saúde e seus determinantes". O Projeto COMQUISTA, levado a campo em 2011, teve por objetivo avaliar as condições de vida, a situação de saúde, acesso e uso de serviços de saúde de adultos ($\geq$18 anos), residentes em comunidades quilombolas, no município de Vitória da Conquista-BA. A fim de apresentar maior detalhamento metodológico do projeto e aproximação com os de resultados gerais, encontra-se anexo o artigo: Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista-BA (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. Ciência e Saúde Coletiva (BEZERRA et al. 2013). (ANEXO A).

Conforme normatização estabelecida pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, optou-se por apresentar o trabalho na modalidade de artigos originais. O primeiro artigo intitulado **"Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista - BA: autoavaliação da saúde**

e fatores associados” foi submetido e aprovado pela revista Cadernos de Saúde Pública (ANEXO D). O segundo artigo intitula-se **“Estudo comparativo: Condição de saúde entre a população quilombola do Município de Vitória da Conquista - BA e a população rural da Bahia”**. Aguarda submissão em periódico adequado.



CONSIDERAÇÕES INICIAIS

2. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

2.1. COMUNIDADES QUILOMBOLAS E SAÚDE

[Quilombo]

"...é toda habitação de negros fugidos, que passem de cinco, em parte despovoada, ainda que não tenha ranchos levantados e nem se achem pilões nele."

O ano é 1740 e o Conselho Ultramarino ao reportar-se ao rei de Portugal, utiliza a descrição transcrita acima para definição de quilombo. Tal definição manteve-se até meados dos anos de 1970, período que encontra nos movimentos sociais negros um olhar direcionado às reivindicações da população rural negra que, alvo de constantes expropriações, apresentou-se como portadora de demandas específicas no cenário dos movimentos sociais[x].

A inexistência de políticas estatais para inclusão da população negra após a abolição do sistema escravista, vigente por mais de trezentos anos, envolvendo um contingente estimado de aproximadamente quatro milhões de africanos traficados e distribuídos por todo território nacional na condição de escravos (GÓES, 2013), refletiu-se em perversa situação de invisibilidade social, cujas consequências desdobram-se em piores condições de vida da população negra na sociedade brasileira, constatadas na atualidade.

A escravidão e posterior invisibilidade desta população compõem o contexto histórico e social que resultou no acúmulo de desvantagens socioeconômicas e de saúde vivenciadas pela população afrodescendente, comprometendo o seu desenvolvimento

nas dimensões anteriormente mencionadas. Identifica-se, assim, séculos de violência e trabalhos forçados, sequenciado por um século de invisibilidade relacionado à existência e condições de vida dos negros em geral e dos que permanecem vivendo nas terras de quilombos em particular (GÓES, 2013).

No final dos anos de 1970, no bojo das lutas e reivindicações de uma rede de entidades negras organizadas e representativas, inicia-se no Brasil um processo de visibilidade social e política, tanto da população negra, quanto dos remanescentes de quilombos (ANJOS, 2006).

As denominações quilombos, mocambos, comunidades remanescentes de quilombos e comunidades negras rurais, relacionam-se aos espaços conformados a partir de movimentos de resistência dos povos africanos e seus descendentes ao sistema escravista que buscaram fundar territórios independentes pautados na liberdade e no trabalho comum (ANJOS, 2006). Anjos (2006) ressalta a composição pluriétnica dos quilombos informando que não só africanos e seus descendentes compuseram a população quilombola, encontravam-se também brancos europeus excluídos e povos indígenas.

Após a abolição da escravatura no Brasil, em 1888, muitas dessas comunidades foram mantidas perpetuando-se na atualidade e passando a serem referidas como comunidades remanescentes de quilombos ou comunidades quilombolas (ANJOS, 2006). Segundo a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR, 2013), existem 1,17 milhões de quilombolas em 1948 comunidades

oficialmente reconhecidas no Brasil, distribuídas por, pelo menos, 24 estados do país. A região Nordeste abriga cerca de 1160 comunidades (60%) e destas, 40,5%, encontram-se no Estado da Bahia. Em Vitória da Conquista existem 25 comunidades certificadas (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2013).

O município encontra-se situado na região Sudoeste da Bahia Segundo dados de 2012, a população residente foi estimada em 315.884 habitantes (IBGE, 2013), sendo 87% de população urbana. É considerado o terceiro município em extensão territorial e desenvolvimento da Bahia, com Índice de Desenvolvimento Humano de 0,69, menor que o encontrado para o Brasil em 2012 que foi de 0,73, que ocupa a desfavorável colocação de 85ª no ranking mundial, segundo o relatório de Desenvolvimento Humano do Instituto de Pesquisas Aplicadas (IPEA, 2013).

Maranhão, Minas Gerais, Pará e Bahia, são os estados do país que concentram os maiores contingentes de comunidades quilombolas, e a distribuição espacial dessas comunidades guarda relação direta com a distribuição dos escravos, segundo os diferentes ciclos econômicos coloniais (ANJOS, 2006).

Anjos (2006) aponta a precariedade da condição dos descendentes de quilombos no Brasil como questão estrutural da sociedade brasileira, a falta de visibilidade territorial e social é agravada pelo esquecimento identificado na história oficial.

Estas condições conduziram à situação de maior vulnerabilidade frente aos agravos à saúde, somando-se às localizações geográficas, pois as comunidades negras rurais encontram-se, majoritariamente, situadas em áreas geográficas que por vezes lhes

imprime certo grau de isolamento, que resulta no incremento das iniquidades em saúde e reforça a dificuldade no acesso às políticas públicas que visem à garantia de adequadas condições de vida (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2013).

A Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ, 2010) informa que em diferentes comunidades quilombolas, nas várias regiões do País, presencia-se uma grave situação de vulnerabilidade e insegurança, a qual estaria vinculada não só às questões relacionadas à posse das terras ocupadas pelos quilombolas, como também à precariedade do acesso à infra-estrutura básica, para que se alcancem condições dignas de vida, lançando-os às graves consequências da situação de exclusão socioeconômica (GUERRERO, OLIVEIRA, SILVA, TOLEDO e GUERRERO, 2007).

No Brasil, país possuidor da maior concentração de população negra fora da África (CHOR e LIMA, 2005), este grupo populacional encontra-se invariavelmente sub-representado entre os indicadores socioeconômicos mais positivos, incluindo-se os indicadores de saúde (OLIVEIRA, 2003; LOPES, 2005; BARATA, 2009). Estudos evidenciam que os negros apresentam maior incidência de doenças e mortalidade mais precoce, em todos os grupos etários (HENRIQUES, 2001; BATISTA, VOLOCHKO, FERREIRA e MARTINS, 2005; LOPES, 2005; GUERRERO, OLIVEIRA, SILVA, TOLEDO e GUERRERO, 2007).

As desigualdades sociais entre os diferentes grupos populacionais têm sido uma realidade presente, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil, para

os quais a redução nos indicadores sociais não veio acompanhando do desenvolvimento econômico (PELEGRINI FILHO, 2011; LIMA-COSTA, MATOS e CAMARANO, 2006; BARATA, 2009).

Pior nível educacional, de saúde, de renda, de habitação, pior acesso aos serviços de saúde (IPEA, 2002) são exemplos de desvantagens acumuladas ao longo do tempo e pelas gerações, constituindo explicação central, mas não única, para as desigualdades étnico-raciais no Brasil e em diversos países (CHOR e LIMA, 2005).

Entende-se que os determinantes sociais, produtos da ação humana e da sua transformação, (levando-se em consideração também sua organização e desenvolvimento nas sociedades) influenciam de maneira contundente a situação de saúde das populações (PELEGRINI FILHO, 2011; CARVALHO, BUSS, 2008; CHOR e LIMA, 2005).

Desvantagens sociais experimentadas pela população negra como viver em locais com piores níveis de desenvolvimento humano, de saneamento básico precário ou inexistente, possuir menor escolaridade, ocupar piores postos de trabalho e receber menores salários (IPEA, 2002; LOPES, 2005), agravam-se para as populações quilombolas. Situações de exclusão social, marginalidade e discriminação são marcantes para os remanescentes de quilombos sobrepondo-se às desvantagens sociais vivenciadas pela população negra (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2013).

No Brasil, há escassez de dados acerca dos agravos que afetam de maneira mais específica a população de origem africana, assim como o mapeamento dos

condicionantes e determinantes sociais e de saúde relacionados a esses agravos. Para Chor e Lima (2005), tal escassez pode estar fundamentada no mito da democracia racial, nas dificuldades de classificação étnico-racial e na concepção erronea de que análises que privilegiam a categoria classe social englobaria o universo significativo da dimensão étnico-racial.

Ressalta-se que a explicitação das desigualdades sociais da saúde relacionadas a este grupo étnico apresenta-se como estratégia para evidenciar a persistência da ideologia do embranquecimento populacional, da exclusão dos negros e de sinalizar contrastes e desigualdades, constituindo assim tema prioritário nas agendas de pesquisa e nas políticas públicas.

O compromisso do Estado com as minorias étnico-culturais é evidenciado, na Constituição Federal de 1988 (CF/88), nos artigos 215 e 216, que tratam da dimensão cultural das comunidades quilombolas e do direito à preservação de seu referencial cultural, no sentido de valorizar, preservar e assegurar aos povos formadores da nação brasileira o pleno exercício de suas manifestações culturais. O Artigo 68 do Ato de Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), que representa um marco na luta pela terra e cidadania dos remanescentes de quilombos, estabelece "aos remanescentes das comunidades quilombolas que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir os títulos respectivos". A CF/88 rompe com um século de invisibilidade dessa população, reconhecendo e reafirmando sua existência e persistência, inaugurando substanciais avanços para o reconhecimento dos

direitos da população quilombola no país (LEITE, 2010; LEITE, 2008).

Observe-se que a partir do texto do artigo 68, o termo quilombo adquire novo significado, não estando mais atrelado ao conceito histórico de grupos formados por escravos fugidos. Quilombo passou a designar a situação dos grupos negros em distintas regiões e contextos no Brasil, cuja presença na terra é resultante de diferentes mecanismos: compra por negros libertos; posse pacífica por antigosescravos de terras abandonadas pelos proprietários em épocas de crises econômicas; ocupação das terras doadas aos santos padroeiros ou de terras entregues ou adquiridas por ex-escravos organizados em quilombos (LIMA, 2005; AMORIM e GERMANI, 2005).

O Decreto Presidencial 4887/2003, criado com o intuito de regulamentar o artigo 68, configura-se como um referencial no sentido da garantir o direito às terras das comunidades quilombolas, uma vez que trata da regularização e titulação de territórios quilombolas, definindo comunidades quilombolas: "Consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos os grupos étnicos-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida" (BRASIL, 2003).

Seguindo esta proposta, as comunidades remanescentes de quilombos, de Vitória da Conquista que originaram-se da permanência de escravos na região após o abandono das terras pela falência de empreendimentos agrícolas, a partir de 2003, começam a se organizar, fortalecer e discutir políticas públicas no contexto do município. Buscaram

reconhecimento de seus direitos por meio de lutas políticas e de instrumentos jurídicos. Como outras tantas comunidades quilombolas espalhadas pelo Brasil, esbarram nos interesses das elites econômicas, nas arbitrariedades que acompanham as regularizações fundiárias e no desrespeito às leis constitucionais (ROCHA e ALVES, 2013). Muitas comunidades quilombolas enfrentaram e ainda enfrentam desafios sociais oriundos do abandono do poder público que podem ser verificados pela insuficiência de infraestrutura como: saneamento básico, escola, transporte, segurança, serviços de saúde, dentre outros (ROCHA e ALVES, 2013).

Não obstante a adoção de políticas de promoção para a igualdade social pelas agências governamentais, estas ainda não conseguiram sanar o problema de desigualdade no acesso igualitário às oportunidades sociais, educacionais e econômicas.

Diante da realidade local, em que o conhecimento do perfil epidemiológico das comunidades quilombolas ainda é frágil, o desenvolvimento de pesquisas com este enfoque poderá, potencialmente, contribuir para instrumentalizar a adoção de políticas públicas mais inclusivas.

2.2. AUTOAVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

Há pouco mais de três décadas a autoavaliação do estado de saúde passou a ser incorporada às pesquisas sobre condições de saúde populacionais. Este procedimento encontra respaldo em estudos que demonstraram sua robusta associação com a mortalidade (MOSSEY 1982, KAPLAN e CAMACHO 1983; FRANKS, GOLD, FISCELLA, 2003) e também, como preditora de futuros problemas de saúde (ILDLER, RUSSEL, DAVIS, 2000; HEISTARO, 2001; LEE, 2006; HUISMAN, VAN LENTHE, MACKENBACH, 2007) e consequente uso dos serviços de saúde.

A autoavaliação do estado de saúde tem sido compreendida como um indicador de condição de saúde, confiável e válido, que possui como atributo a capacidade de uma avaliação global do indivíduo, uma vez que traz consigo a apreensão de aspectos objetivos, bem como, subjetivos, de saúde. (IDLER e BENYAMINI 1997; THEME-FILHA, SZWARCWALD e SOUZA 2005; BARROS, ZANCHETA, MOURA, MALTA, 2009).

Como indicador é capaz de apreender uma autoclassificação multidimensional do estado de saúde para a qual a pessoa considera, além de possíveis doenças de que é portadora, o impacto das patologias ou a ausência delas no seu bem estar físico, mental e social (IDLER e BENYAMINI, 1997; CHIAVEGATTO FILHO e LAURENTI, 2013)

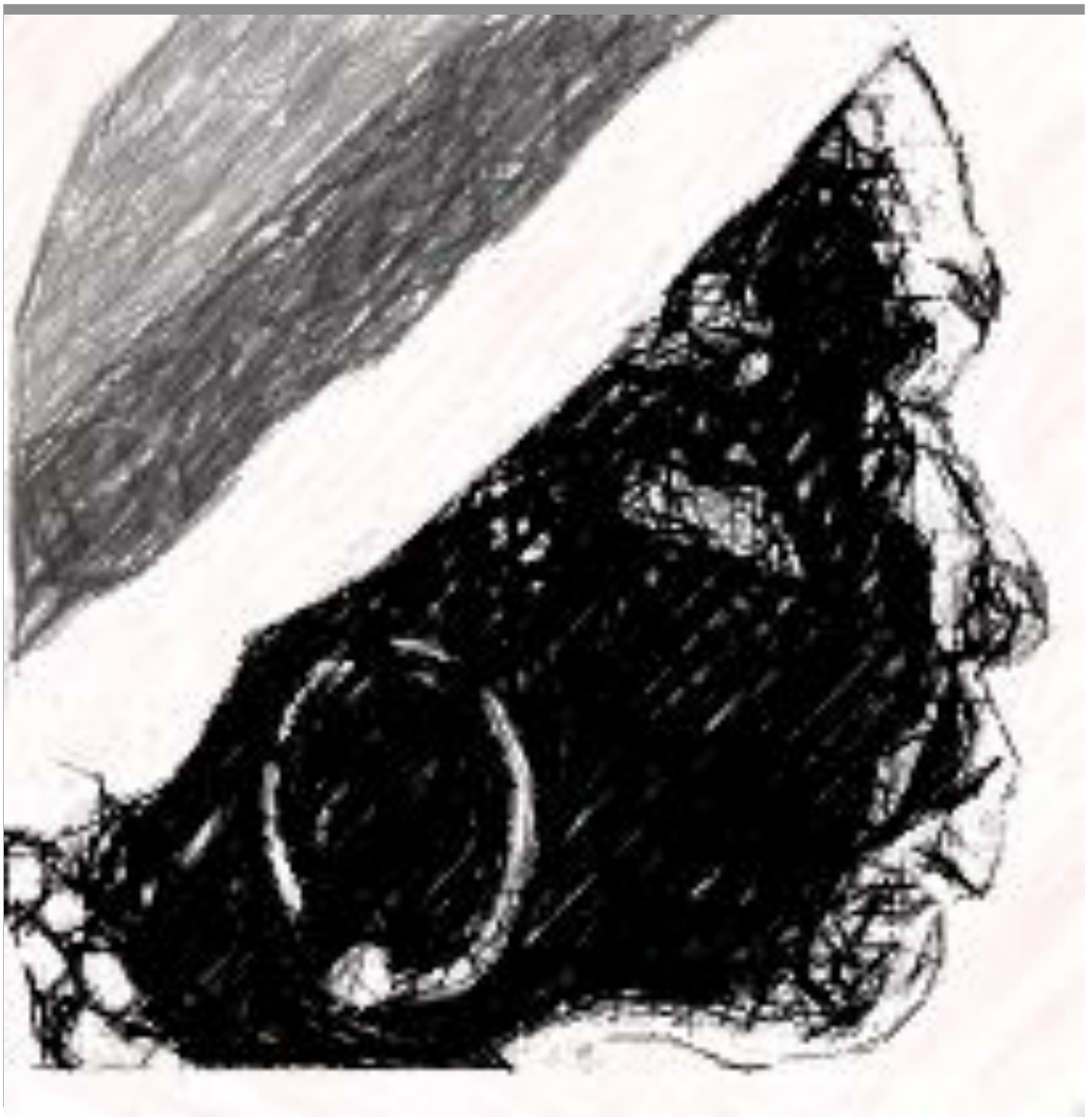
Diferentes estudos demonstraram robusta associação entre a autoavaliação do estado de saúde com a mortalidade, morbidade, limitação funcional, qualidade de vida

e uso de serviços de saúde (IDLER, BENYAMINI, 1997; BURSTRÖM, FREDLUND, 2001; THEME-FILHA, SZWARCWALD, SOUZA, 2005; DACHS, SANTOS, 2006; JYLHÄ, 2009; VIACAVA, 2010).

Cabe lembrar que autorrelatos configuram-se como um meio, econômico e ilustrativo para avaliação de saúde da população (MORAES, MOREIRA, LUIZ, 2011; PAVÃO, WERNECK, CAMPOS, 2013). Outro aspecto a ser ressaltado diz respeito à facilidade de obtenção do indicador, uma vez que ele é construído a partir de uma única e simples pergunta: "Como o Sr(a) avalia o seu estado de saúde?", obtendo como possíveis respostas, "Muito bom", "Bom", "Regular", "Ruim" e "Muito ruim".

No Brasil, segundo resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – 2008, 77,3% dos entrevistados autoavaliaram seu estado de saúde como "muito bom ou bom", 18,9% como "regular" e 3,8% "como ruim ou muito ruim" com variação dessas porcentagens entre as cinco grandes regiões do país, com destaque para a região Nordeste que apresentou 73,3% "muito bom ou bom", 22,1% como "regular" e 4,6% "como ruim ou muito ruim". Comportamento este, também observado nos anos de 1998 e 2003 (VIACAVA, 2010). Segundo o Ministério da Saúde (2010), uma pior autoavaliação (regular, ruim e muito ruim) de pessoas residentes em área rural, vem ao longo dos últimos anos, acusando um incremento; 1998 23,2%, 2003 24,9% e 2008 27,5%. Na Bahia, em 2008, a prevalência foi superior ao país registrando 28,2%. Outras fontes de informação sobre a autoavaliação do estado de saúde, são provenientes de estudos conduzidos em diferentes municípios brasileiros buscando identificar e analisar

os possíveis fatores associados com a autoavaliação do estado de saúde em diferentes grupos populacionais, como por exemplo: idosos (LIMA-COSTA, FIRMO, UCHOA, 2004; THEME-FILHA, SZWARCWALD, SOUZA, 2005; DACHS, SANTOS, 2006; FONSECA, FIRMO LOYOLA E UCHOA, 2010; PAGOTTO, NAKATANI, SILVEIRA, 2012; PAGOTTO, BACHION, SILVEIRA, 2013); trabalhadores (HÖFELMANN e BLANK, 2007), adultos e adolescentes (SOUZA ET AL, 2007; PERES, MASIERO, LONGO, ROCHA, MATOS, 2010; SOUSA, 2010). Na literatura consultada não foram encontrados estudos brasileiros que investigaram os fatores associados à autoavaliação do estado de saúde entre a população de remanescentes de quilombos. Face ao exposto, a presente tese pretende contribuir para conhecer a situação de saúde das Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista-BA.



OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Verificar a condição de saúde da população quilombola do Município de Vitória da Conquista-Bahia e comparar esta realidade com as condições de saúde da população rural da Bahia.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

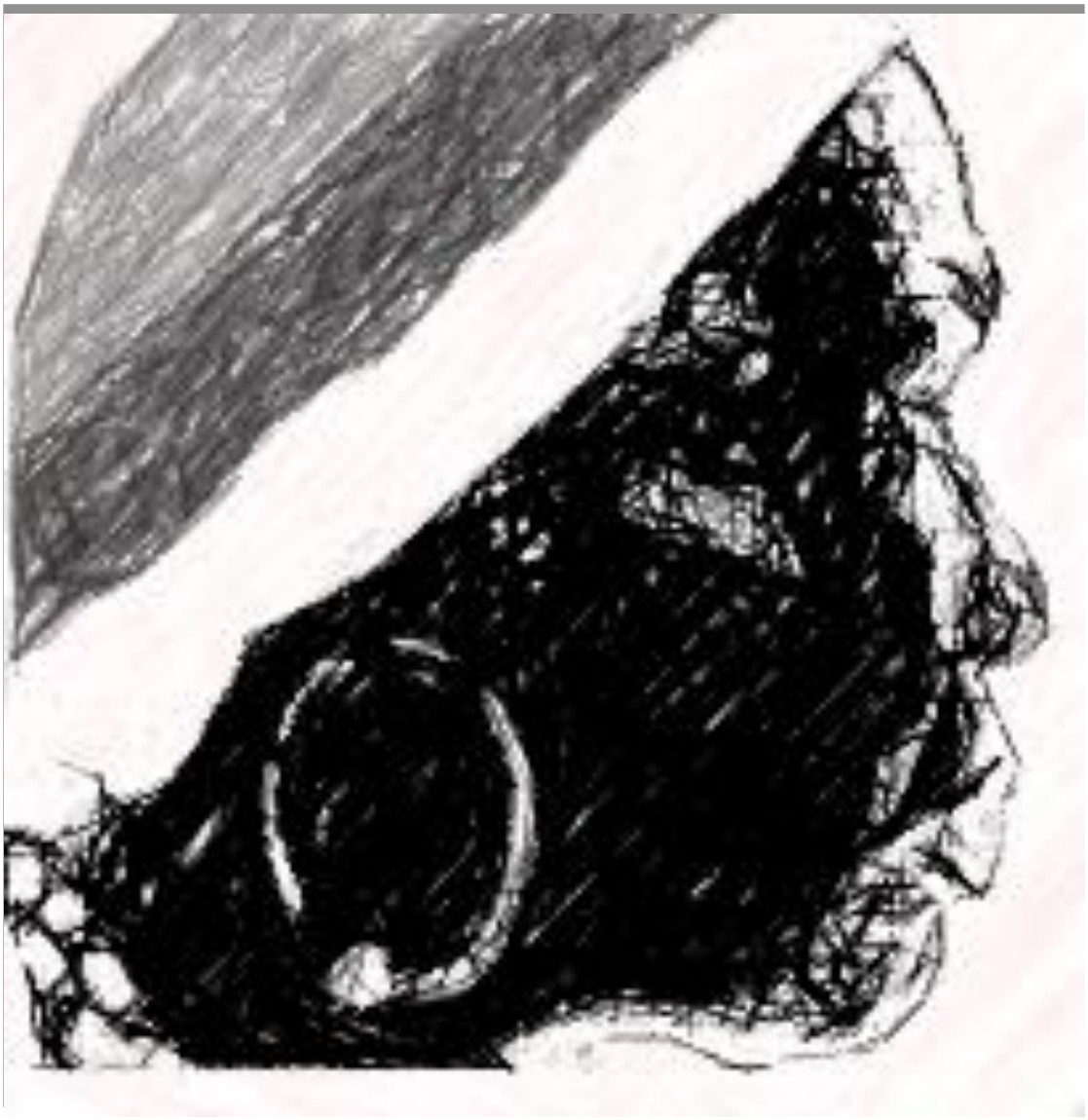
3.2.1. Estimar a prevalência de autoavaliação negativa de saúde das comunidades quilombolas **(Artigo 1)**.

3.2.2. Identificar os fatores associados à pior autoavaliação na população total e entre homens e mulheres, das comunidades quilombolas **(Artigo 1)**.

3.2.3. Analisar a associação entre os fatores identificados e pior autoavaliação na população total e entre homens e mulheres, das comunidades quilombolas **(Artigo 1).**

3.2.4. Identificar diferenças na condição de saúde entre a população quilombola e

a população rural do Estado da Bahia **(Artigo 2)**



ARTIGO 1

ARTIGO 1

“Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista -BA: autoavaliação de saúde e fatores associados.”

Aceito para publicação pelo periódico, Cadernos de Saúde Pública, em 08 de janeiro de 2014 (Anexo D). Aguarda publicação.

Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista -BA: autoavaliação de saúde e fatores associados.

Quilombolas communities of Vitória da Conquista, Bahia: self-assessment of health and associated factors

Título resumido: Comunidades quilombolas e fatores associados à autoavaliação de saúde.

Clavdia Nicolaevna Kochergin[1]
Cibele Comini Cesar[2]
Fernando Augusto Proietti[3]

[1]Instituto Multidisciplar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Brasil.
[2]Departamento de Estatística, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.
[3]Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil

Correspondência
Clavdia Nicolaevna Kochergin
Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira, Universidade Federal da Bahia. IMS/CAT/UFBA
Rua Rio de Contas 58, Quadra 17, Lote 58, Candeias,
Vitória da Conquista/BA, 45055-090, Brasil
clavdian@yahoo.com.br

RESUMO

Este estudo objetiva analisar a prevalência da autoavaliação de saúde negativa e fatores associados, na população quilombola de Vitória da Conquista/BA. Realizou-se inquérito domiciliar com 797 adultos, em 2011. Os dados sobre autoavaliação de saúde, condições socioeconômicas e demográficas, estilo de vida, suporte social, situação de saúde e acesso a serviço de saúde, foram obtidos através da aplicação formulários. A análise multivariável foi realizada por regressão logística ordinal, ajustada por sexo e idade. A prevalência de autoavaliação negativa de saúde foi de 12,5%. Após modelagem estatística as seguintes variáveis permaneceram associadas à autoavaliação de saúde: cor, escolaridade, consumo satisfatório de frutas e verduras, presença de doença crônica, limitações físicas, apoio social e ao menos uma consulta médica nos últimos doze meses. A autoavaliação de saúde associou-se às dimensões: socioeconômica/demográfica, hábitos de vida, suporte social e situação de saúde.

Palavras-chave: Adulto. Autoavaliação. Condições de Saúde. Estudos Epidemiológicos. Minorias Étnicas

ABSTRACT

This study aims to analyze the prevalence of negative health self-assessment and associated factors in the quilombola population of Vitória da Conquista / BA. A household survey was conducted with 797 adults in 2011. Data on self-assessment of health, socioeconomic and demographic characteristics, lifestyle, social support, health status and access to health services were obtained through application forms. Multivariate analysis was performed using ordinary regression, adjusted for sex and age. The prevalence of negative health self-assessment was 12,5%. After statistical modeling, the following variables remained associated self-evaluation: skin color, education, adequate consumption of fruits and vegetables, presence of chronic illness, physical limitations and at least one medical visit in the past twelve months . The self-

assessment of health was associated with dimensions socioeconomic / demographic, lifestyle, social support and health status.

Key Words: Adult. Self-Assessment. Health Status. Epidemiologic Studies.

RESUMEN

Este estudio objetiva analizar la prevalecía de la autoavaliación de salud negativa y factores asociados, en la población quilombola de Vitória de la Conquista/BA. Se realizo un inquérito domiciliar con 797 adultos, en 2011. Los dados sobre la autoavaliación de salud, condiciones socioeconómicas y demográficas, estilo de vida, soporte social, situación de salud y acceso al servicio de la salud, fueron obtenidos través de la aplicación de formularios. El analice multivariables fue realizada por regresión logística ordinal, ajustada por sexo y edad. La prevalecía de la autoavaliación negativa de salud fue de 12,5%. Después de la modelo estadístico las siguientes variables permanecerán asociadas a la valuación de salud: color, escolaridad, consumo satisfactorio de frutas y verduras, presencia de enfermedades crónica, limitaciones físicas, apoyo social y al menos una consulta médica en los últimos doce meses. La autoavaliación de salud se asocio a las dimensiones: socioeconómica/demográfica, hábitos de vida, soporte social y situación de salud.

Palabras clave: Adulto. Autoevaluación. Estado de salud. Estudios Epidemiológicos.

Introdução

A autoavaliação da saúde é um indicador complexo do estado de saúde do indivíduo que possui como atributo a capacidade de uma avaliação global, uma vez que traz consigo a apreensão tanto de aspectos objetivos quanto subjetivos da saúde.[1,2] Passou a ser incorporado às pesquisas sobre condições de saúde populacionais há pouco mais de três décadas, respaldado por estudos que demonstraram sua robusta associação com a mortalidade, morbidade, limitação funcional, qualidade de vida e uso dos serviços de saúde[2-6]. É um conceito subjetivo que embora esteja fortemente relacionado a medidas biológicas objetivas é mediado por experiências psicossociais e pelos contextos sociais e culturais. Pode ser entendido como resultante de processo cognitivo, frequentemente intuitivo, que envolve processamento das informações, interpretação de significados e seleção.

Jylhä[3] propôs um modelo teórico para o processo de autoavaliação que envolve três estágios. No primeiro estágio a pessoa reconhece o significado de saúde e identifica quais os componentes relevantes para avaliar o seu estado de saúde; no segundo avalia a importância de cada um destes componentes; por fim decide qual dos níveis da escala predefinida melhor resume sua situação.

No Brasil, os Suplementos de Saúde, incluídos nos anos 1998, 2003 e 2008, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) são importantes fontes de informação sobre a autoavaliação do estado de saúde[5]. Resultados da PNAD/2008 informam prevalência global de 3,8% para autoavaliação de estado de saúde "ruim ou muito ruim", variando de 4,6% na região Nordeste a 3,3% na Sudeste[5]. Verifica-se variabilidade por situação de residência com maior percentual de avaliação negativa na zona rural tanto no país como um todo, quanto no estado da Bahia[7].

Estudos de base populacional conduzidos nos últimos anos no país verificaram associação entre a autoavaliação da saúde e fatores sócio-demográficos, medidas objetivas de saúde, fatores comportamentais e psicossociais. Foi observado que a saúde tende a ser pior avaliada entre mulheres, idosos, pessoas com piores condições de saúde,

com menor acesso ao serviço de saúde, de menor escolaridade, menor renda, com hábitos de vida não saudáveis e com pouco suporte social[8-11]. Internacionalmente fatores como pertencimento a minorias étnicas e raciais, falta de apoio social, ser imigrante, entre outros, têm sido relacionados à pior autoavaliação de saúde[12-15]. Além disto, constatou-se diferença entre os sexos com relação à importância atribuída aos fatores, sendo os psicossociais mais importantes para as mulheres e os comportamentais para os homens[16].

No Brasil, país com maior contingente de população negra fora da África[18], é recente o esforço no sentido de compreender os determinantes sociais de saúde priorizando a população negra. Diferentes estudos expuseram a situação de marginalização socioeconômica e a precariedade das condições de vida e de saúde deste contingente populacional; sobre-representação nos índices de pobreza, menor expectativa de vida ao nascer, menor acesso aos serviços de saúde, maior mortalidade infantil e materna, pior percepção do estado de saúde em comparação com a população branca.[18-22]. Diferentemente de outros países, por exemplo, os Estados Unidos, são ainda raras publicações nacionais que busquem a interconexão étnico-racial e iniqüidades em saúde[23,24]. Entre as dificuldades para incorporação do recorte étnico-racial na área da saúde, inscrevem-se questões de ordem teórico-metodológicas envolvendo definições e operacionalização dos conceitos etnia, raça e de suas classificações[17,23-25]. No tocante às desigualdades étnico-raciais a situação dos quilombolas merece destaque, por se tratar de um grupo em situação de vulnerabilidade social, decorrente de um processo histórico de resistência à escravidão e invisibilidade política e social, do pós-abolicionismo ao reconhecimento na Constituição de 1988, cujo reflexo se expressa em piores indicadores sociais e de saúde[21, 26].

Entende-se por remanescentes de quilombos o expresso no Decreto Federal 4887/2003[27] "Consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica

própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida".

Pensar a situação de saúde da população quilombola é, também, considerar a localização das comunidades que, situadas geralmente em áreas rurais, apresentam um relativo isolamento geográfico, aumentando o grau de exposição desta população às iniquidades em saúde e dificultando o acesso aos serviços de saúde[19,21,28].

Apesar de fazer-se referência à "população quilombola" é importante ressaltar a necessidade de investigações conduzidas no sentido de buscar as especificidades dos diferentes quilombos existentes no país, pois estes guardam entre si diferenças não só geográficas como também relacionadas às trajetórias históricas próprias[24].

Políticas públicas tem sido propostas no país com o intuito de articular ações intersetoriais visando reduzir a vulnerabilidade social em comunidades remanescentes de quilombos[28]. No entanto, a efetividade destas ações carece de estudos demográficos e epidemiológicos que as subsidiem[20].

Estudos envolvendo populações quilombolas foram conduzidos em diferentes estados do país e identificaram precárias condições socioeconômicas e presença de diversos agravos à saúde[19-21,28]. Não foram encontrados estudos que caracterizem a situação de saúde da população de remanescentes de quilombos do Município de Vitória da Conquista/Bahia. Considerando que através da autoavaliação do estado de saúde é possível identificar necessidades de saúde de uma população[5,11,12], acredita-se que este estudo possa contribuir para a construção de um corpo de conhecimento sobre as condições de saúde desta população em particular.

Este estudo teve como objetivo estimar a prevalência de autoavaliação ruim/muito ruim nesta população e verificar os fatores demográficos, sociais, comportamentais e psicossociais associados à autoavaliação de saúde, estratificada por sexo.

Metodologia

Desenho do estudo e coleta de dados

Estudo de corte transversal realizado em comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares[28], localizadas no município de Vitória da Conquista - BA, no período de setembro a outubro de 2011. Parte integrante do projeto de pesquisa "COMQUISTA: Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista – BA: Avaliação de saúde e seus condicionantes", realizado pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

O município de Vitória da Conquista localiza-se na região econômica do sudoeste da Bahia, possui a terceira maior economia do estado, com participação de 2,29% no Produto Interno Bruto (PIB) estadual. A população total é de 315.884 habitantes, sendo 10% rural. Quanto a cor, 9,8% dos habitantes são classificados como pretos e 55,2% como pardos [29]. Possui 25 comunidades remanescentes de quilombos certificadas pela Fundação Cultural Palmares, localizadas na área rural do município e concentradas em cinco dos onze distritos da região, distantes, em média, 31,2 km da sede do município. Suas origens remontam à permanência de escravos negros na região após falência de empreendimentos agrícolas[26]. Participaram da pesquisa 10 comunidades que atenderam aos critérios de inclusão: certificação pela Fundação Cultural Palmares e contar com pelo menos 50 famílias cadastradas.

A população de referência da pesquisa consistiu de indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos residentes nas comunidades quilombolas incluídas no estudo, sendo estimada em 2935 indivíduos. A amostragem foi feita em dois estágios: foi selecionada uma comunidade em cada distrito e nas comunidades selecionadas, foram selecionados domicílios. Todos os indivíduos com 18 anos ou mais residentes nos domicílios selecionados foram convidados a participar da pesquisa.

O cálculo do tamanho amostral baseou-se nos seguintes parâmetros: prevalência de 50%, precisão de 5%, intervalo de confiança de 95% e efeito de desenho igual a 2,

perfazendo um total de 680 indivíduos. A esse valor acrescentou-se 30% para compensar as perdas, totalizando uma amostra de 884 indivíduos.

Neste estudo, foram excluídas mulheres em período gestacional, por ser este período dotado de especificidades que podem alterar a autoavaliação do estado de saúde e sua associação com as variáveis explicativas e os indivíduos para os quais as informações foram relatadas por informantes secundários, considerando que as informações autorrelatadas refletem melhor a condição de saúde do indivíduo do que as relatadas por informante secundário[30].

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, realizadas por entrevistadores treinados pela equipe coordenadora do projeto. O instrumento de entrevistas utilizado foi uma versão adaptada para este estudo, do questionário semi-estruturado da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Detalhes sobre o desenho do estudo e coleta dos dados podem ser obtidos em Bezerra et al (2013)[31]

Variáveis estudadas

A autoavaliação da saúde, variável de desfecho, foi obtida por meio da pergunta: "Em geral, como o(a) sr(a) avalia a sua saúde?", com as respostas em escala de cinco categorias (muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim). Para a análise, as respostas foram categorizadas em três níveis: muito boa/boa, regular e ruim/muito ruim.

As variáveis explicativas incluídas neste estudo foram: (1) sociodemográficas - condição de quilombola autorreferida (sim, não); cor autorreferida (preta, parda e outra, incluindo brancos, amarelos e indígenas); sexo (masculino, feminino); idade em grupo etário (18 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 40 a 59, 60 e mais); escolaridade em anos completos de estudos agrupados (0, 1-3, 4-7, 8 mais); situação conjugal (com companheiro(a), sem companheiro(a)); possuir fonte de renda (sim, não); (2) Hábitos relacionados à saúde: prática de atividade física (sim, não); tabagismo (nunca fumou, ex-fumante, fumante); consumo de álcool (nenhum, moderado, excessivo); consumo de frutas e verduras (satisfatório, insatisfatório). (3) Situação de saúde: estado nutricional medido pelo índice de massa corporal - IMC obtido a partir do peso e altura aferidos e classificado

em baixo peso (IMC<18,5kg/m^2), peso adequado (18,5≤IMC<25kg/m^2), sobrepeso (25≤ IMC<30kg/m^2), obeso (IMC≥30kg/m^2); limitação nas atividades da vida diária (nenhuma, uma, duas, três ou mais); "Sentir-se deprimido nos últimos 15 dias" (alguma vez, nunca), número de doenças crônicas (nenhuma, uma, duas, três ou mais), ter sofrido acidentes ou ferimentos nos últimos 12 meses (sim, não). (4) Acesso a serviço de saúde avaliado pela realização de consulta médica nos últimos 12 meses (sim, não). (5) Apoio social (menor apoio, maior apoio). (6) Contexto domiciliar (piores condições, melhores condições).

Os indígenas foram incorporados na categoria "outra", juntamente com os brancos e amarelos, devido a sua pequena participação na amostra (n=20, 2,68%) e por apresentarem perfil de autoavaliação em saúde semelhante aos demais componentes do agrupamento, intermediário entre brancos e amarelos. O padrão de consumo de álcool foi construído utilizando as informações de número de doses diárias e números de dias da semana em que havia consumo, gerando o consumo semanal. Este foi classificado em consumo excessivo se maior que 10 doses para mulher e 15 doses para homens ou o consumo de cinco ou mais doses em uma única ocasião por homens ou quatro ou mais por mulheres, pelo menos uma vez nas últimas duas semanas. Para o consumo de sucos, frutas, legumes e verduras considerou-se o número de dias na semana em que consumiu pelo menos uma porção destes alimentos. Considerou-se satisfatório se ≥ 5 dias. O número de doenças crônicas foi construído a partir das informações autorreferidas do diagnóstico médico de doze doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, asma ou bronquite, depressão, outra doença mental, doença pulmonar, artrite, problema na coluna e osteoporose. Não se considerou presença de hipertensão arterial ou diabetes exclusivamente durante gravidez). A variável acidentes e ferimentos foi construída a partir de respostas positivas para as questões: acidentes de trânsito, acidentes exceto de trânsito e violência física ou agressões que tenham resultado em lesões corporais nos últimos 12 meses. O apoio social foi avaliado através de informações sobre familiares

ou parentes com quem se sente a vontade e pode falar sobre quase tudo (um ou mais, nenhum); amigo(s) com quem se sente a vontade e pode falar sobre quase tudo (um ou mais, nenhum); frequência a grupos para atividades esportivas e/ou artísticas (muito frequente/frequente, raramente/nunca); frequência a reuniões de associação de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos, centros acadêmicos ou similares (muito frequente/frequente, raramente/nunca); frequência a cultos religiosos (muito frequente/frequente, raramente/nunca); realização de trabalhos voluntários (sim, não). Para cada uma das variáveis criou-se um indicador de participação/apoio. A partir destes foi criado um escore de apoio social utilizando a técnica de análise fatorial, considerando como entrada a matriz de correlação tetracórica dos indicadores. O escore foi posteriormente categorizado pelo valor da mediana, em alto e baixo. O contexto domiciliar foi avaliado por meio do tipo de abastecimento de água (rede geral/poço/cisterna, tanque/açude/aguada/outro); disponibilidade de rede elétrica (sim, não); destino do lixo (queimado/enterrado, jogado no rio/terreno/outro); material utilizado na construção da moradia (alvenaria/madeira aparada, taipa/barro/adobe/outros) e foi elaborado de maneira similar ao apoio social.

Análise estatística

Inicialmente foi feita análise descritiva dos dados e estimada a prevalência em cada uma das categorias da autoavaliação do estado de saúde para a amostra total e estratificada por sexo, com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Procedeu-se a análise de associação da variável resposta com cada variável explicativa, ajustando por sexo e idade, utilizando o modelo logístico ordinal – Modelo de Chances Proporcionais (MCP)[32]. Variáveis significativas ao nível de 20% foram selecionadas para inclusão no modelo final. No modelo final, ajustado por idade e sexo, permaneceram aquelas que apresentaram significância ao nível de 5%. O modelo foi testado com relação à suposição de proporcionalidade das chances. Para as variáveis nas quais a suposição não foi verificada, a suposição foi relaxada com adoção do

Modelo de Chances Proporcionais Parciais (MCPP)[32]. A comparação entre modelos foi feita pelo teste da razão de verossimilhança e o ajuste do modelo final foi avaliado pelo Teste de Hosmer e Lemeshow.

Todas as análises foram realizadas com o auxílio do programa Stata versão 12.0(*Stata Corp.College Station*, Estados Unidos).

Questões éticas

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade São Francisco de Barreira (CAAE 0118.0.066.000-10) e da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 0118.0.066.203-10).

Resultados

Foram visitados 422 domicílios e identificados 943 indivíduos elegíveis para o estudo; 797 participaram da pesquisa. A perda de 146 indivíduos (13,3%) deveu-se ao não encontro após três visitas ao domicílio ou recusa. Estas se referem majoritariamente a indivíduos do sexo masculino (n = 113, 77,4%) e na faixa etária de 18 a 34 anos (n = 95, 65,2%). Para avaliar o efeito das perdas sobre as estimativas foi efetuada análise ponderada utilizando peso pós-estratificação e os resultados não diferiram da análise não ponderada. Optou-se por apresentar os resultados não ponderados.

Dos 797 indivíduos que concordaram em participar da pesquisa, foram excluídos desta análise 36 informantes secundários (4,5%), 11 gestantes (1,4%) e 3 (0,4%) participantes que não responderam a questão relativa a autoavaliação de saúde, resultando em uma amostra de 747 indivíduos.

A distribuição da autoavaliação da saúde é apresentada na Figura 1, para a amostra total e segundo os sexos, com os respectivos intervalos de confiança de 95%. Homens e mulheres não diferiram significativamente com relação à distribuição. Na amostra total, a prevalência de autoavaliação da saúde Ruim/Muito ruim foi 12,5% (IC95% - [10,1%;14,8%]). Homens apresentaram prevalência (Ruim/Muito ruim) de

14,0% (IC95% [10,4%; 17,7%]) e mulheres de 11,1% (IC95% [8,0%; 14,1%]). A Tabela 1 apresenta a distribuição da autoavaliação da saúde segundo sexo sem agregação das categorias de resposta.

A Tabela 2 apresenta a distribuição das variáveis explicativas para a amostra total e para homens e mulheres. Os participantes autorreportaram-se majoritariamente como quilombolas (83,5%), do sexo feminino (53,3%), cor preta (39,0%) ou parda (44,0%), idade entre 18 e 29 anos (24,4%), viviam com companheiro (63,9%), tinham de 1 a 3 anos de estudo (28,0%) ou não tinham frequentado a escola (32,4%) e possuíam alguma fonte de renda (71,7%). A inatividade física foi relatada por 74,2% dos entrevistados, 19,8% informaram tabagismo e 58,6% negaram o consumo de bebida alcoólica. Quanto ao consumo diário de frutas e verduras, 69,3% informaram consumo satisfatório. Com relação às condições de saúde, identificou-se sobrepeso em 30,4% dos indivíduos e obesidade em 10,7%. Ausência de diagnóstico de doença crônica foi observado em 39,8% dos entrevistados, 38,4% não apresentavam limitação nas atividades da vida diária e 13,5% relataram depressão nos 15 dias anteriores à pesquisa. Quanto à consulta médica nos últimos 12 meses 50,1% dos respondentes informaram ter realizado ao menos uma. Um maior apoio social foi identificado para 67,7% dos indivíduos e melhor contexto domiciliar para 49,8%.

A distribuição das variáveis explicativas não foi igual para homens e mulheres. Os homens eram mais velhos, apresentaram maior prevalência de pessoas sem renda, de ativos no lazer, de fumantes e ex-fumantes, de consumidores de álcool, de adequação de peso, de ausência de limitação funcional, de vítimas de acidente e ferimentos nos últimos 12 meses, de uso do serviço de saúde e menor apoio social.

A Tabela 3 apresenta os resultados da análise de associação das variáveis explicativas com a autoavaliação em saúde, ajustada por idade e sexo. Para a amostra total melhor autoavaliação da saúde foi associada à autoclassificação como branco/indígena/amarelo, ter consumo satisfatório de frutas e verduras e não ter feito consulta médica nos últimos 12 meses. Pior autoavaliação mostrou-se associada aos

indivíduos mais velhos, mais escolarizados, obesos, com maior número de doenças crônicas, com limitação nas atividades de vida diária, que informaram sentir depressão nos últimos 15 dias e entre aqueles com maior apoio social. Na análise estratificada por sexo as variáveis consumo de frutas e apoio social perderam a significância. As demais apresentaram padrão semelhante à amostra total com pequenas especificidades. Entre os homens a escolaridade perdeu a significância e entre as mulheres o consumo moderado de álcool apresentou associação negativa com melhor autoavaliação da saúde.

A Tabela 4 apresenta o resultado dos ajustes dos modelos finais. Na interpretação dos modelos é necessário considerar dois grupos de variáveis explicativas: aquelas em que o pressuposto de chances proporcionais foi verificado e aquelas para as quais o pressuposto não foi verificado. Para o primeiro grupo o efeito da variável é constante em todas as transições e há somente um parâmetro a ser estimado. Para as demais, estima-se um coeficiente para cada transição.

Para a amostra total, atendendo o pressuposto de chances proporcionais, verificou-se uma melhor autovaliação da saúde entre as mulheres e entre os indivíduos que informaram consumo de frutas e verduras satisfatório. A associação da autoavaliação em saúde foi negativa com o número de doenças crônicas e a limitação das atividades da vida diária, a partir de duas limitações.

As variáveis cor, escolaridade, ter feito consulta médica e apoio social estiveram associadas apenas à chance de avaliar a saúde como muito boa/boa. Pessoas com 4 a 7 anos de estudos, aquelas que recebem maior apoio social apresentaram menor chance de reportar saúde muito boa/boa enquanto que as que se declararam brancas/indígenas/amarelas e as que não consultaram o médico nos últimos 12 meses apresentaram maior chance de se avaliar nesta categoria.

A amostra de mulheres apresentou o mesmo comportamento da amostra total, exceto para a variável apoio social, que não se mostrou significativa em nenhum dos subgrupos analisados. Entre os homens, melhor autoavaliação em saúde se mostrou

associada negativamente com número de doenças crônicas e limitação das atividades diárias.

Discussão

Foi encontrada prevalência elevada de autoavaliação de saúde ruim/muito ruim (12,5%) quando comparada a valores obtidos em outros estudos nacionais. Estudo utilizando os dados da Pesquisa Mundial de Saúde de 2003 reportou estimativa de 9% de autoavaliação ruim/muito ruim para a população adulta brasileira[8], enquanto resultados da PNAD de 2008[10] informaram prevalência de 5,6%, com variação entre os sexos - 5,9% entre as mulheres e 5,3% entre os homens, com pior autoavaliação de estado de saúde entre os que residiam na área rural (7,3%). Para a zona rural da Bahia, encontrou-se 4,8% de autoavaliação ruim/muito ruim[7]. Estes resultados são inferiores aos encontrados nesse trabalho, cuja distribuição por sexo foi de 14,0% entre os homens e 11,1% entre as mulheres.

Comparando com a população brasileira em 2008[11], a população das comunidades quilombolas de Vitória da Conquista era mais jovem, apresentou perfil semelhante com relação ao tabagismo e a inatividade física, maior porcentagem de eutróficos, de consumo adequado de frutas e verduras e menos doenças crônicas. O nível de escolaridade era mais baixo, apresentou maior prevalência de consumo excessivo de álcool e a presença de negros e pardos era superior. Embora em muitos aspectos a população das comunidades quilombolas de Vitória da Conquista tenha apresentado perfil mais compatível com um estado de saúde mais favorável, a prevalência de autoavaliação negativa da saúde nesta população foi mais que o dobro da observada na amostra da população brasileira[10].

A autoavaliação de saúde é recomendada para uso em estudos populacionais por apresentar-se como um indicador viável, inclusivo e informativo da situação de saúde, das necessidades e uso de serviços de saúde[5,6,9-11]. A proporção de pessoas que define seu estado de saúde como regular ou ruim é poderoso no sentido de predizer o uso de

serviços de saúde e tendo sido associado à mortalidade em estudos longitudinais[1,3]. Desta maneira, a elevada prevalência de autoavaliação negativa de saúde informa a situação de precariedade social vivenciada por esta população quilombola.

Entre as variáveis sociodemográficas, cor da pele esteve associada ao desfecho de interesse, na população total e entre as mulheres, com as pessoas classificadas como pretas ou pardas apresentando pior autoavaliação de saúde. Estes resultados corroboram achados que mostram uma pior autoavaliação de saúde entre minorias étnicas/raciais[20,22,27]. Os negros apresentam piores resultados de saúde mesmo quando comparados a indivíduos brancos de mesmos níveis socioeconômicos [22].

Encontrou-se melhor autoavaliação da saúde entre as mulheres, resultado distinto do encontrado em estudos nacionais[4,11]. Pavão, Werneck e Campos[11] observam que a associação entre sexo e autoavaliação da saúde tem apresentado resultados conflitantes em estudos internacionais e nacionais[4,10,33]. Macintyre et al [33] alertam para o risco do excesso de generalização dos resultados encontrados para a associação entre sexo e saúde, ressaltando que complexidades nos padrões da relação estão sendo negligenciados.

Um resultado que se contrapõe a outros estudos foi a associação negativa identificada entre maior escolaridade e pior autoavaliação da saúde, observada para a amostra total e entre as mulheres. Consistentemente, estudos tem encontrado maior nível educacional associado a uma melhor saúde autorreferida[9-11]. A associação entre escolaridade e saúde é explicada por meio de três vias interrelacionadas: conhecimento sobre a saúde e adoção de comportamentos saudáveis; melhoria de emprego e renda e maior controle de fatores sociais e psicológicos, levando a redução de estresse. Uma possível explicação para o resultado divergente encontrado no nosso estudo seria o baixo nível de escolaridade desta população quilombola, em que se observou 32,3% dos indivíduos sem instrução formal e escolaridade mediana de 3 anos de estudo. Neste ambiente, pode-se conjecturar que um pequeno aumento na escolaridade seja suficiente para modificar o contexto de avaliação, aumentando a expectativa com relação ao

próprio estado de saúde, mas incapaz de se traduzir em mudanças nas condições de vida e nas escolhas pessoais necessárias para atingir um melhor nível efetivo de saúde. Esta dissonância entre a expectativa e a ação poderia levar a relação negativa observada[3].

Corroborando com resultados de outros estudos, nacionais e internacionais, as variáveis relacionadas à situação de saúde - presença de doenças crônicas e atividades da vida diária comprometidas - estiveram negativamente associadas com melhor autoavaliação de saúde[9-11].

Quanto à consulta médica, observou-se uma relação positiva entre não consultar o médico e uma melhor autoavaliação de saúde, na população total e para as mulheres, indicando que para esta população a procura por consulta médica parece estar relacionada com a situação de doença. Em parte este resultado se justifica pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde que se observa nas comunidades rurais em geral e nesta, em particular [34]. Resultado semelhante foi encontrado por Kassouf[35] , para o Brasil urbano e rural, em análise dos dados da PNAD/1998.

Entre os resultados obtidos neste estudo, alguns são especialmente reveladores. O primeiro deles diz respeito à composição dos modelos finais. Houve predomínio dos indicadores objetivos de saúde, sendo a dimensão física a única a permanecer no modelo masculino. Tomando o modelo de Jylhä[3] como referencial teórico pode-se apreender que, de maneira geral, o conceito de saúde utilizado por essa população está fortemente relacionado à ausência de doenças e limitações nas atividades de vida diária. Uma possível explicação para esse comportamento seria a tendência observada em populações com menor escolaridade em considerar os aspectos físicos e funcionais para a autoavaliação de saúde enquanto grupos mais escolarizados tenderiam a apreciar aspectos multidimensionais na sua avaliação: sensação de bem-estar físico, psicológico, estar ativo fisicamente, entre outros[36]. Há diferença também por grupo etário, com pessoas mais jovens valorizando principalmente comportamentos relacionados a saúde e medidas objetivas de saúde enquanto pessoas idosas tendem a considerar um contexto mais complexo[3]. A permanência das variáveis, cor da pele, escolaridade e não realizar

consultas médicas nos últimos 12 meses no modelo final feminino sugere que as mulheres, apesar de não diferirem dos homens com relação a escolaridade e apresentarem uma distribuição etária mais jovem, avaliam sua saúde utilizando um modelo mais abrangente. Esta diferença pode ser explicada pela articulação entre a percepção de saúde e gênero, compreendido como a construção social, que considera além das diferenças biológicas, diferenças socioculturais e suas implicações, como acesso diferenciado à informação, saúde, educação e ao poder de negociação nas relações sociais[16,37,38].

Um segundo resultado singular é a permanência da variável cor da pele no modelo final do grupo das mulheres. As mulheres que se autoclassificaram como branca/indígena/amarela avaliaram melhor sua saúde que as mulheres que se classificaram como pretas ou pardas. Resultado semelhante foi obtido por Barata et al (2007) em estudo envolvendo a população brasileira de 15 a 64 anos de idade, com dados da PNAD/1998, em que foi reportado que mulheres negras possuem maior chance de referir saúde ruim, quando comparadas às mulheres brancas, mesmo após ajuste por idade, escolaridade e renda[22] .Estes resultados informam a influência, entre outros fatores, das desigualdades raciais na autoavaliação do estado de saúde. Um terceiro resultado é a relação inversa apresentada entre apoio social e autoavaliação, resultado que contraria outros estudos que apontam consistentemente para a associação entre melhor autoavaliação de saúde e maior apoio social[15]. O resultado encontrado nos leva a inferir que um maior apoio social seja dispensado aos indivíduos mais frágeis, aqueles que estejam doentes ou possuam alguma limitação funcional. Para melhor entender esta associação é preciso considerar que as variáveis de maior peso na composição do indicador apoio social foram os indicadores de presença de amigos e de familiares em que se confia. Para as variáveis relativas à participação em agremiações ou reuniões, grande parte da amostra respondeu nunca ou quase nunca participar e estas tiveram menor peso na formação do índice.

Finalmente, um ponto a se destacar refere-se a caracterização dos indivíduos com relação a autodeclaração de pertencimento ao grupo quilombola e sua associação com a autoavaliação em saúde. Considerando que 16,5 % se autodeclararam não quilombolas e que estes não diferiram dos quilombolas com relação à autodeclaração do estado de saúde, há que se perguntar se os baixos de níveis de saúde encontrados nesta população estão associados à situação da comunidade ser quilombola ou a outras características da comunidade: rural, pobre, do Nordeste brasileiro.

Dentre as limitações presentes neste estudo pode-se citar a não inclusão de escalas de discriminação no instrumento de coleta de dados, o que impossibilitou o aprofundamento na discussão da associação da cor com os aspectos da saúde. Não foi possível confrontar nossos resultados com achados relativos a outras populações remanescentes de quilombos, pela inexistência de publicações sobre o tema. Mesmo a comparação com resultados de outros grupos populacionais brasileiros fica de certa forma comprometida uma vez que não há uniformidade nas alternativas de classificação da saúde apresentadas ao entrevistado tampouco na agregação das categorias na etapa de análise. Outra limitação do estudo relaciona-se com as interpretações da pergunta e da escala de respostas pré-definidas[24]. Considerando que a população quilombola inscreve-se em um contexto sociocultural específico, seria relevante investigar a adequação do instrumento de coleta de dados para este grupo populacional. Como em todo estudo transversal há a limitação relacionada ao delineamento, que torna inviável o estabelecimento de relações de temporalidade e assimetria.

Destaca-se o emprego do modelo para análise das associações. Considerando-se a característica ordinal da variável dependente, não apenas a interpretação dos resultados se torna mais simples como o poder de discriminação do modelo fica aumentado. São raros os estudos que utilizam a regressão logística ordinal para analisar a autoavaliação do estado de saúde[10].

Os resultados deste estudo permitem vislumbrar a situação de saúde precária destas comunidades revelada por uma elevada autopercepção de saúde muito

ruim/ruim. Evidenciam, também, uma estrutura da autoavaliação de saúde na qual a dimensão física mostrou-se preponderante. Permitiram demonstrar a importância da inclusão da variável cor da pele nas pesquisas em saúde[17]. Considerando que a autoavaliação da saúde é dependente não apenas das características do indivíduo, mas também do contexto social no qual ele está inserido, sugere-se a realização de estudos qualitativos que aprofundem o entendimento dos fatores associados à autoavaliação do estado de saúde e que permitam identificar a conotação atribuída às diferentes categorias de resposta pré-definidas, adequando-as ao contexto específico [3,10,24,36].

O estudo mostrou também a necessidade de se comparar as comunidades quilombolas com outras comunidades rurais brasileiras, no intuito de procurar entender a real dimensão da situação dos remanescentes de quilombos.

Ressalta-se, também, a relevância de mais estudos envolvendo comunidades remanescentes de quilombos no País, com delineamentos que possibilitem o reconhecimento de suas especificidades e colaborando na construção e implementação de políticas públicas que contribuam no enfrentamento das desigualdades raciais e redução da vulnerabilidade social destas comunidades.

Referências

1. Idler EL, Benyamini Y. Self-Rated Health and Mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav 1997; 38:21-37.

2. Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB. Socio-demographc characteristics, treatments coverage and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. Cad Saúde Pública 2005: 21 Suppl 1:S43-53.

3. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Social Sciense & Medicine 2009; 69(3):307-316.

4. Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. Radis: Comunicação em Saúde 2010; 96:12-19.

5. Dachs JNW, Santos APRS. Autoavaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. Ciênc Saúde Coletiva 2006; 11:887-94.

6. Lima-Costa MF, César CC, Chor D, Proietti FA. Self-rated Health Compared With Objectively Measured Health Status as a Tool for Mortality Risk Screening in Older Adults: 10-Year Follow-up of the Bambui Cohort Study of Aging. American Journal of Epidemiology 2012; 175:228-35.

7. Ministério da Saúde. PRO Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. 2011; http//www.proadess.icict.fiocruz.br (acessado em 25/jul/2012).

8. Szwarcwald CL, Souza-Junior PR, Esteves MA, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brasil. Cad Saúde Pública 2005; 21Suppl 1:S54-64

9. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC e Malta DC. Auto-avaliação de saúde e fatores associados, Brasil 2006. Rev Saúde Pública 2009; 43 Suppl 2:S27-37.

10. Moraes JR, Moreira JPL, Luiz RR. Associação entre o estado de saúde autorreferido de adultos e a área de localização do domicílio: uma análise de regressão logística ordinal usando a PNAD 2008. Ciência & Saúde Coletiva 2011; 16(9):3769-3780.

11. Pavão AL, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. Cad. de Saúde Pública 2013; 29(4):723-734.

12. Franks, P, Gold, MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. Soc Sci Med. 2003; 56(12):2505-14.

13. Kómar, M, Nagymajtényi L, Nyári T, Paulik E. The determinants of Self-rated Health among Ethnic Minorities in Hungary. Ethnic and Health 2006; 11(2): 121-132.

14. LIM WY, Stefan MA, Derrick H, Vineta B, Suok K. Gender, ethnicity, health behaviour & self-rated health in Singapore. BMC Public Health 2007, 7:184-90.

15. Lindén-Boström M, Persson C, Eriksson C. Neighbourhood characteristics, social capital and self-rated health – A population-based survey in Sweden. BMC Public Health 2010; 10:628-42.

16. Denton M, Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, Soc Sci Med. 2004; 58(12):2585-600

17. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública 2005; 21 (5): 1586-1594.

18. Henriques R Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90. Brasília, DF: IPEA, 2001. (Texto para discussão, n. 807)

19. Oliveira F. Saúde da população negra: Brasil ano 2001/ Fátima Oliveira – Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003: 344p.

20. Guerrero AFH, Oliveira e Silva D, Toledo LM, Guerrero H, Teixeira P. Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do Município de Santarém – Pará, Brasil. Rev Saúde Soc 2007; 16(2):103-110.

21. Volochko A; Batista, LE. Saúde nos quilombos - Temas em Saúde coletiva 9; Instituto de Saúde – SESSP, São Paulo, 2009; 304 p.

22. Barata RB, Almeida MF, Montero CV, Silva ZP. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. Cad Saúde Pública 2007; 23(2): 305-13.

23. Travassos C, Williams DR. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. Cad Saúde Pública 2004; 20:660-78.

24. Chiavegatto Filho ADP, Laurenti R. Disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada:análise multinível de 2.697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. Cad. Saúde Pública 2013: 29(8):1572-1582.

25. Coimbra Jr. CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2000; 5:125-32.

26. Amorim IG, Germani GI. Quilombos da Bahia: Presença incontestável. Anais do X Encontro de geógrafos da América Latina. Universidade de São Paulo, 2005; 796-812.

27. Casa Civil, Presidência da República. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades quilombolas de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/de4887.htm (acessado em 29/maio/2012).

28. SEPPIR. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Relatório de avaliação do plano plurianual 2008-2011. Ano base 2008. Brasília, 2009. http://200.130.7.5/spmu/docs/Caderno%20setorial%20%20avalia%C3%A7%C3%A3o%202008.pdf (acessado em 22/ago/2010).

29. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista – Bahia. Descrição da população de Vitória da Conquista. http://www.pmvcba.gov.br/v2/dados-estatisticos (acessado em 05/abril/2013).

30. Jardim R, Barreto SM, Giatti L. Auto-relato de informante secundário na avaliação da saúde de idosos. Rev Saúde Pública 2010; 44(6): 1120-9.

31. Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souzas R, Giatti L, Guimarães MDC, et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista/BA (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. Cienc Saúde Colet 2013; http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=12327 (acessado em 06/ago/2012).

32. Abreu MNS, Siqueira AL, Caiaffa WT. Regressão logística ordinal em estudos epidemiológicos. Rev Saúde Pública 2009; 43(1):183-94.

33. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? Soc. Sci. Med. 1996; 42(4):617-624.

34. Gomes KO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública 2013; 29(9):1829-92.

35-Kassouf AL. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. Revista Economia e Sociologia Rural 2005; 43(1):29-44.

36. Huisman M, van Lenthe F, Mackenbach I. The predictive ability of self-rated health for mortality in different educational groups. Int J Epidemiology 2007; 36(6):1207-13.

37. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2002; 7:687-707.

38. Vintém JM. Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de gênero e da escolaridade. Rev Port Saúde Pública 2008. 26(2):5-16.

Figura 1:

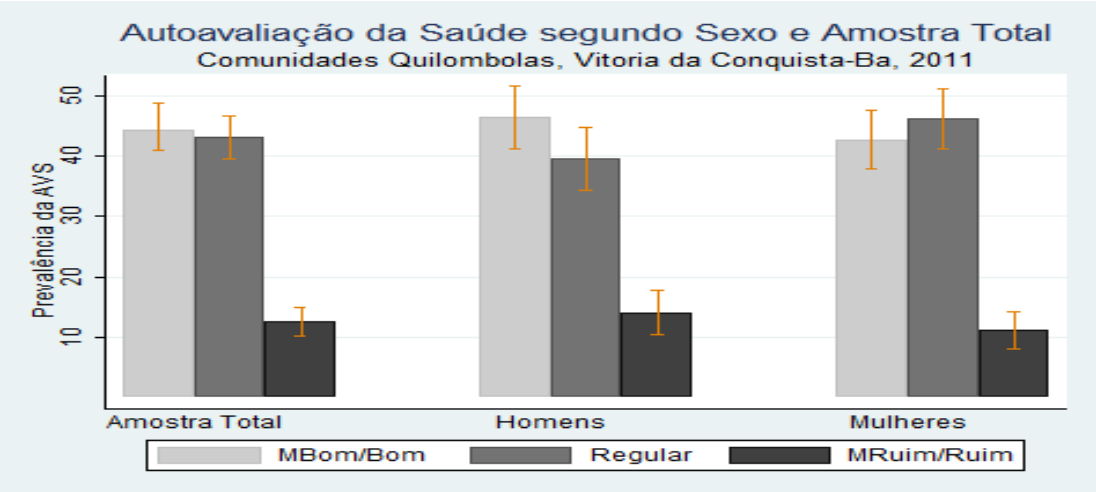


Tabela 1. Autoavaliação de Saúde para amostra total e estratificada por sexo, segundo categoria de resposta. População quilombola, Vitória da Conquista/BA, Brasil, 2011.

Autoavaliação de Saúde	***Total***		***Homem***		***Mulher***	
	%	***IC95%***	***%***	***IC95%***	***%***	***IC95%***
Muito boa	***5,1***	***[3,5 - 6,7]***	***6,0***	***[3,5 - 8,5]***	***4,3***	***[2,3 - 6,3]***
Boa	***39,4***	***[3,5 - 6,7]***	***40,4***	***[35,2 - 45,6***	***38,4***	***[33,6 - 43,2]***
Regular	***43,1***	***[39,5 - 46,7]***	***39,5***	***[34,4 - 44,7]***	***46,2***	***[41,3 - 51,2]***
Ruim	***10,0***	***[7,9 - 12,2]***	***11,7***	***[8,4 - 15,1]***	***8,5***	***[5,8 - 11,3]***
Muito ruim	***2,4***	***[1,3 - 3,5]***	***2,3***	***[0,7 - 3,9]***	***2,5***	***[0,9 - 4,1]***

Tabela 2: Distribuição de variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde. Amostra total, homens e mulheres - População quilombola, Vitória da Conquista/Ba, Brasil, 2011

Variáveis	Amostra Total (n=747)	Homem (n=349)	Mulher (n=398)	p-valor
Quilombola				
Sim	623 (83,5)	283 (81,3)	340 (85,4)	0,132
Não	123 (16,5)	65 (18,7)	58 (14,6)	
Idade (anos)				
18 – 29	182 (24,4)	74 (21,2)	108 (27,5)	0,047
30 – 39	156 (20,8)	64 (18,3)	92 (23,1)	
40 – 49	147 (19,7)	72 (20,6)	75 (18,9)	
50 – 59	101 (13,5)	56 (16,1)	45 (11,3)	
60 ou mais	161 (21,6)	83 (23,8)	78 (19,6)	
Sexo				
Masculino	349 (46,7)			
Feminino	398 (53,3)			
Cor				
Preta	291 (39,0)	130 (37,2)	161 (40,4)	0,164
Parda	329 (44,0)	150 (44,0)	179 (45,0)	
Outras	127 (17,0)	69 (19,8)	58 (14,6)	
Escolaridade (em anos*)*				
0	241 (32,4)	116 (33,3)	125 (31,6)	0,900
1-3.	208 (28,0)	96 (27,6)	112 (28,4)	
4-7	206 (27,7)	93 (26,7)	113 (28,6)	
8 e mais.	88 (11,8)	43 (12,4)	45 (11,4)	
Situação Conjugal				
Com companheiro(a)	477 (63,9)	224 (64,2)	253 (63,6)	0,861
Sem companheiro (a)	270 (36,1)	125 (35,8)	145 (36,4)	
Possuir fonte de renda				
Sim	526 (71,7)	233 (68,1)	293 (74,7)	
Não	208 (28,3)	109 (31,9)	99 (25,3)	0,047
Prática de atividade física				
Sim	193 (25,8)	121 (34,7)	72 (18,1)	<0,001
Não	554 (74,2)	228 (65,3)	326 (81,9)	
Consumo de frutas/verduras				
Satisfatório	*518 (69,3)*	*245 (70,2)*	*273 (68,6)*	*0,634*
Insatisfatório	*229 (30,7)*	*105 (29,8)*	*125 (31,4)*	
Estado nutricional				
Peso adequado	413 (55,3)	235 (67,3)	178 (44,7)	<0,001
Baixo peso	27 (3,6)	13 (3,7)	14 (3,5)	
Sobrepeso	227 (30,4)	89 (25,5)	138 (34,7)	
Obeso	80 (10,7)	12 (3,5)	68 (17,1)	

Cont. Tabela 2: Distribuição de variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde. Amostra total, homens e mulheres - População quilombola, Vitória da Conquista/BA, Brasil, 2011

Consumo de álcool				
Nenhum	437 (58,6)	150 (43,1)	287 (72,1)	<0,001
Moderado	229 (30,7)	136 (39,1)	93 (23,4)	
Excessivo	80 (10,7)	62 (17,8)	18 (4,5)	
Tabagismo				
Nunca fumou	395 (52,9)	111 (31,8)	284 (71,4)	<0,001
Ex-fumante	204 (27,3)	86 (36,4)	77 (19,3)	
Fumante	148 (19,8)	63 (31,8)	37 (9,3)	
Número de doenças crônicas (com diagnóstico médico)				
Nenhuma	297 (39,8)	149 (42,7)	148 (37,2)	0,274
Uma	253 (33,9)	112 (32,1)	141 (35,4)	
Duas	125 (16,7)	60 (17,2)	65 (16,3)	
Três ou mais	72 (9,6)	28 (8,0)	44 (11,1)	
Limitação nas atividades da vida diária				
Nenhuma	287 (38,4)	154 (44,1)	133 (33,4)	0,014
Uma	137 (18,3)	64 (18,3)	73 (18,4)	
Duas	108 (14,5)	45 (12,9)	63 (15,8)	
Três ou mais	215 (28,8)	86 (24,7)	129 (32,4)	
Sentir-se deprimido – (últimos 15 dias)				
Alguma vez	101 (13,5)	43 (12,3)	58 (14,6)	0,369
Nunca	646 (86,5)	306 (87,7)	340 (85,4)	
Acidentes/Ferimentos (últimos 12 meses)				
Sim	80 (10,7)	44 (12,6)	36 (9,1)	0,116
Não	667 (89,3)	305 (87,4)	362 (90,9)	
Consulta médica (últimos 12 meses)				
Sim	373 (49,9)	201 (57,6)	172 (43,2)	<0,001
Não	374 (50,1)	148 (42,4)	226 (56,8)	
Apoio social				
Menor apoio	241(67,7)	137 (39,3)	104 (26,1)	<0,001
Maior apoio	506 (32,3)	212 (60,7)	294 (77,9)	
Contexto domiciliar				
Piores condições	375 (50,2)	165 (47,3)	210 (52,8)	0,135
Melhores condições	372(49,8)	184 (52,7)	188 (47,2)	

Tabela 3 – Associações de variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde com a Autoavaliação de Saúde de adultos. Amostra total e estratificada por sexo. População quilombola, Vitória da Conquista/BA, Brasil, 2011.

Variáveis	Total[1]		Homens[2]		Mulheres[2]	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Quilombola						
Sim	1		1		1	
Não	1,02	[0,69; 1,49]	0,96	[0,57; 1,63]	1,14	[0,65; 1,98]
Idade (em anos)						
18 - 29	1		1		1	
30 - 39	0,81	[0,53; 1,22]	1,03	[0,53; 2,02]	0,68[b]	[0,40; 1,17]
40 - 49	0,55**	[0,36; 0,84]	0,56[a]	[0,29; 1,05]	0,55*	[0,31; 0,97]
50 – 59	0,43***	[0,27; 0,69]	0,47*	[0,24; 0,92]	0,39**	[0,20; 0,76]
60 ou mais	0,32***	[0,21; 0,49]	0,26***	[0,14; 0,48]	0,42**	[0,24; 0,75]
Sexo						
Masculino	1					
Feminino	0,86	[0,65; 1,14]				
Cor						
Preta	1		1		1	
Parda	0,96	[0,71; 1,30]	0,98	[0,62; 1,53]	0,95	[0,63; 1,43]
Outra	2,00**	[1,31; 3,07]	1,52[b]	[0,84; 2,74]	2,80**	[1,49; 5,26]
Escolaridade (em anos)						
0	1		1		1	
1-3.	0,77[b]	[0,52; 1,14]	1,03	[0,60; 1,75]	0,60	[0,33; 1,08]
4-7	0,74[b]	[0,49; 1,13]	1,13	[0,62; 2,05]	0,49*	[0,27; 0,90]
8 e mais.	0,70	[0,39; 1,24]	1,01	[0,45; 2,24]	0,47**	[0,20; 1,08]
Situação conjugal						
Sem companheiro	1		1		1	
Com companheiro	1,21	[0,90; 1,64]	1,21	[0,77; 1,90]	1,13	[0,75; 1,72]
Possuir fonte de renda						
Não	1		1		1	
Sim	1,05	[0,76; 1,45]	1,14	[0,72; 1,79]	0,97	[0,61; 1,53]
Prática de atividade física						
Não	1		1		1	
Sim	1,05	[0,75; 1,47]	1,08	[0,66; 1,77]	1,13	[0,70; 1,85]
Consumo frutas/verduras						
Insatisfatório	1		1		1	
Satisfatório	1,22[b]	[0,90; 1,65]	1,33	[0,85; 2,08]	1,18	[0,78; 1,78]
Estado nutricional						
Peso adequado	1		1		1	
Baixo peso	1,46	[0,66; 3,22]	2,72[b]	[0,81; 9,10]	0,77	[0,25; 2,32]
Sobrepeso	0,96	[0,70; 1,33]	0,90	[0,56; 1,46]	1,01	[0,65; 1,57]
Obeso	0,65[a]	[0,40; 1,04]	0,24*	[0,08; 0,72]	0,78	[0,45; 1,35]

Cont. Tabela 3 – Associações de variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde com a Autoavaliação de Saúde de adultos. Amostra total e estratificada por sexo. População quilombola, Vitória da Conquista/BA, Brasil, 2011.

Variáveis	Total[(1)]		Homens[(2)]		Mulheres[(2)]	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Consumo de álcool						
Nenhum	1		1		1	
Moderado	0,83	[0,60; 1,15]	0,96	[0,61; 1,52]	0,74[b]	[0,47; 1,16]
Excessivo	1,24	[0,76; 2,03]	1,36	[0,76; 2,45]	1,02	[0,39; 2,65]
Tabagismo						
Nunca fumou	1		1		1	
Ex-fumante	0,96	[0,67; 1,39]	1,04	[0,59; 1,83]	1,08	[0,64; 1,80]
Fumante	0,87	[0,58; 1,31]	1,03	[0,59; 1,78]	0,72	[0,36; 1,43]
Número doenças crônicas (com diagnóstico médico*)*						
Nenhuma	1		1		1	
Uma	0,34***	[0,24; 0,48]	0,36***	[0,22; 0,60]	0,31***	[0,19; 0,50]
Duas	0,17***	[0,11; 0,27]	0,14***	[0,07; 0,27]	0,19***	[0,10; 0,36]
Três ou mais	0,10***	[0,06; 0,17]	0,10***	[0,04; 0,25]	0,09***	[0,04; 0,19]
Limitação nas atividades da vida diária						
Nenhuma	1		1		1	
Uma	0,58**	[0,38; 0,88]	0,56**	[0,31; 1,02]	0,64[a]	[0,35; 1,15]
Duas	0,20***	[0,13; 0,32]	0,18***	[0,09; 0,35]	0,23***	[0,13; 0,44]
Três ou mais	0,13***	[0,06; 0,19]	0,17***	[0,09; 0,30]	0,11***	[0,06; 0,19]
Sentir-se deprimido (últimos 15 dias)						
Nunca	1		1		1	
Alguma vez	0,45***	[0,30; 0,67]	0,36***	[0,19; 0,67]	0,52**	[0,30; 0,90]
Acidentes/ferimentos (últimos 12 meses)						
Não	1		1		1	
Sim	0,72	[0,46; 1,13]	0,73	[0,40; 1,35]	0,70	[0,36; 1,34]
Consulta médica (últimos 12 meses)						
Sim	1		1		1	
Não	2,02***	[1,50; 2,71]	2,27***	[1,44; 3,58]	1,78**	[1,20; 2,64]
Apoio social						
Menor apoio	1		1		1	
Maior apoio	0,78[a]	[0,58; 1,06]	0,80	[0,52; 1,21]	0,82	[0,52; 1,28]
Contexto domiciliar						
Piores condições	1		1		1	
Melhores condições	1,10	[0,83;1,45]	0,98	[0,65;1,47]	1,20	[0,82; 1,76]

[(1)]Análise ajustada por sexo e idade [(2)] Análise ajustada por idade [b]: P<0,20, [a]:P<0,10, *:P<0,05, **:P<0,01, ***:P<0,001

Tabela 4 – Modelos de odds proporcionais parciais (múltiplos) explicativos da Autoavaliação da Saúde de adultos. Amostra total e estratificada por sexo. População quilombola, Vitória da Conquista/BA, Brasil, 2011.

Variáveis	TOTAL		HOMENS		MULHERES	
	Muito boa/boa e Regular X Ruim/Muito ruim	Muito boa/boa X Regular e Ruim/Muito ruim	Muito boa/boa e Regular X Ruim/Muito ruim	Muito boa/boa X Regular e Ruim/Muito ruim	Muito boa/boa e Regular X Ruim/Muito ruim	Muito boa/boa X Regular e Ruim/Muito ruim
	OR[1] [IC95%][2]	OR[1] [IC95%][2]	OR[1] [IC95%][2]	OR[1] [IC95%][2]	OR[1] [IC95%][2]	OR[1] [IC95%][2]
Sexo						
Masculino	1					
Feminino	1,44** [1,05; 1,97]					
Idade (em anos)						
18 - 29	1		1		1	
30 - 39	1,02 [0,62; 1,97]		1,33 [0,64; 2,74]		0,95 [0,48; 1,87]	
40 - 49	0,75 [0,44; 1,28]		0,81 [0,41; 1,63]		0,81 [0,39; 1,68]	
50 - 59	0,95 [0,51; 1,75]		1,14 [0,54; 2,41]		0,75 [0,31; 1,83]	
60 ou mais	0,90 [0,48; 1,67]		0,81 [0,40; 1,64]		1,10 [0,43; 2,78]	
Cor						
Preta	1	1			1	1
Parda	0,98 [0,71; 1,36]	0,98 [0,71; 1,36]			0,88 [0,56; 1,38]	0,88 [0,56; 1,38]
Outra	1,07 [0,55; 2,10]	2,26* [1,38; 3,69]			0,97 [0,34; 2,78]	3,36* [1,62; 6,98]
Escolaridade (em anos)						
0	1	1			1	1
1-3.	0,79 [0,52; 1,21]	0,79 [0,52; 1,21]			0,66 [0,34; 1,26]	0,66 [0,34; 1,26]
4-7	1,69 [0,83; 3,44]	0,59**[0,35; 0,96]			1,37 [0,51; 3,67]	0,47*[0,22; 0,97]
8 e mais.	0,58 [0,30; 1,09]	0,58 [0,30; 1,09]			0,53 [0,21; 1,36]	0,53 [0,21; 1,36]
Consumo frutas/verduras						
Insatisfatório	1					
Satisfatório	1,56**[1,11; 2,20]					
Número de doença crônica (com diagnóstico médico)						
Nenhuma	1		1		1	
Uma	0,38***[0,26; 0,56]		0,40***[0,24; 0,67]		0,36***[0,21; 0,62]	
Duas	0,26***[0,16; 0,42]		0,19***[0,09; 0,37]		0,31***[0,15; 0,61]	
Três ou +	0,18***[0,10; 0,33]		0,17***[0,07; 0,41]		0,15***[0,06; 0,34]	
Limitação nas atividades de vida diária						
Nenhuma	1		1		1	
Uma	0,65 [0,42; 1,02]		0,56 [0,30; 1,05]		0,86** [0,46; 1,63]	
Duas	0,24*** [0,15; 0,39]		0,20***[0,10; 0,40]		0,31***[0,16; 0,60]	
Três ou +	0,18*** [0,12; 0,27]		0,25***[0,13; 0,45]		0,15***[0,08; 0,27]	
Consulta médica (últimos 12 meses)						
Sim	1	1			1	1
Não	0,95 [0,58; 1,57]	1,78**[1,25; 2,55]			0,64 [0,32; 1,27]	1,67*[1,04; 2,70]
Apoio social						
Menor apoio	1	1				
Maior apoio	1,48 [0,90; 2,43]	0,75**[0,52; 1,09]				

ARTIGO 2

ARTIGO 2 –

Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista e população rural da Bahia, existem diferenças nas condições de saúde.

Aguarda submissão**.**

Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista e população rural da Bahia, existem diferenças nas condições de saúde.

Clavdia Nicolaevna Kochergin[1]
Fernando Augusto Proietti[2]
Cibele Comini Cesar[3]

[1]Instituto Multidisciplar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Brasil.

[2]Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil. Bolsista produtividade CNPq

[3]Departamento de Estatística, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil. Bolsista produtividade CNPq

Correspondência
Clavdia Nicolaevna Kochergin
Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira, Universidade Federal da Bahia. IMS/CAT/UFBA
Rua Rio de Contas 58, Quadra 17, Lote 58, Candeias,
Vitória da Conquista/BA, 45055-090, Brasil
clavdian@yahoo.com.br

Resumo

O objetivo deste estudo foi identificar a existência de diferenças em relação às condições de saúde entre comunidades quilombolas do município de Vitória da Conquista– BA e a população rural do estado da Bahia por meio de comparação de indicadores de condição de saúde. Foram utilizados dados de um inquérito domiciliar aplicado em 797 indivíduos pertencentes às comunidades quilombolas, em 2011 e dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) do ano de 2008. Quatro indicadores foram analisados para aferir diferenças nas condições de saúde: autoavaliação do estado de saúde, presença de doença crônica, restrição das atividades habituais por problema de saúde e restrição em atividades de vida diária para o autocuidado. A variação entre as porcentagens para autoavaliação de saúde ruim (regular, ruim e muito ruim) foi de 31,4%; para presença de doença crônica 53,1%; para restrição nas atividades habituais 56,4% e dificuldade para autocuidado 51,9%. Conclui-se que a população quilombola, apesar de ser também população rural, encontra-se em situação de maior vulnerabilidade social que a população rural da Bahia.

Palavras-chave: Adulto. Autoavaliação. Condições de Saúde. Estudos Epidemiológicos. Minorias Étnicas

Abstract

The objective of this study was to identify the existence of differences in relation to health conditions between quilombola communities in the city of Vitória da Conquista-BA and the rural population of the state of Bahia by means of a comparison of health condition indicators. Data from a household survey of 797 individuals belonging to the quilombola communities in 2011 and data from the National Household Sample Survey (PNAD) for the year 2008 were used. Four indicators were analyzed to assess differences in health conditions: state self-assessment of health, presence of chronic disease, restriction of habitual activities due to health problem and restriction in activities of daily life for self care. The variation between the percentages for bad health self-assessment (regular, bad and very bad) was 31.4%; for presence of chronic disease 53.1%; for restriction in usual activities 56.4% and difficulty for self-care 51.9%. It can be concluded that the quilombola population, although also a rural population, is in a situation of greater vulnerability than the rural population of Bahia.
Keywords: Adult . Self-assessment . Conditions Health Epidemiologic Studies . Ethnic Minorities

Introdução

No Brasil, o direito quilombola inscreve-se no cenário político de redemocratização do país, momento em que ocorre o reconhecimento da persistência de sua existência na Constituição Federal de 1988, contribuindo para os avanços no sentido da legitimação dos direitos da população quilombola no país[1,2].

A definição de comunidades quilombolas é expressa no Decreto Presidencial 4.887/2003, que trata da regularização e titulação de territórios quilombolas, definindo-as: "Consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida"[3] .

Segundo a Fundação Cultural Palmares, existem comunidades quilombolas certificadas em todas as cinco regiões do país. O estado da Bahia concentra 40,5% (470) das comunidades quilombolas do Nordeste do país. Vitória da Conquista reúne 25 comunidades[6], localizadas na zona rural.

As comunidades quilombolas encontram-se majoritariamente localizadas em áreas geográficas de difícil acesso, o que produz certo grau de isolamento. Estudos mostram que populações localizadas em áreas de difícil acesso são menos favorecidas pelas políticas públicas, comprometendo a garantia de condições básicas de vida desta população[4,5].

Estudos recentes, mostram situações de precariedade na situação de saúde dos quilombolas de Vitória da Conquista, a exemplo dos baixos níveis socioeconômicos, baixa escolaridade(72,3% com até 4 anos completos de estudo); ausência de infraestrutura para suprimento de água, esgotamento sanitário e gestão de resíduos sólidos adequados[7, 8], elevada prevalência de hipertensão arterial (45,4%)[9], de Diabetes Mellitus autorreferida (8,2%)[10], de autoavaliação de saúde ruim/muito ruim (12,5%)[11], de sobrepeso e obesidade abdominal, acentuadamente entre as mulheres[12], subutilização de serviços de saúde relacionada com uma maior dificuldade de acesso[13]. Estes resultados revelam, , uma situação de precariedade nos níveis de saúde desta população quilombola, permitindo refletir se tal cenário estaria associado ao pertencimento às comunidades

quilombolas ou a outras características da comunidade, como por exemplo, localizar-se em área rural da região Nordeste do Brasil.

Considerando que as comunidades quilombolas de Vitória da Conquista estejam localizadas em área rural, estabelecer comparação quanto às condições de saúde entre estas e a população rural da Bahia, teria a vantagem de permitir uma aproximação e identificação de aspectos particulares dos remanescentes de quilombos.

O Brasil apresentou redução nos índices de pobreza entre os anos de 1990 e 2009, passando de 42% para 21%. Entretanto, nesse período, a pobreza persistiu para 40 milhões de brasileiros. Um total de 13 milhões de pessoas encontravam-se em situação de extrema pobreza[14]. A situação da pobreza na zona rural do estado da Bahia mostrou-se mais grave do que no Brasil. No ano de 2009, o percentual de pessoas que viviam em situação de extrema pobreza (renda per capita inferior a R$70,00), foi de 17,6% comparado aos 12,7% da população rural do país[15].

Diante da realidade de vulnerabilidade social da população rural da Bahia, justifica-se a importância de se comparar indicadores, entre estas duas realidades, avaliando indicadores de morbidade[16] como: 1) Pior autoavaliação do estado de saúde; 2) restrição de atividades habituais por motivo de saúde nos últimos 15 dias, 3) presença de doença crônica autorreferida e 4) dificuldade na realização de atividades de vida diária relacionadas ao autocuidado.

A autoavaliação do estado de saúde é considerada um importante indicador do estado de saúde do indivíduo, possibilitando mensuração abrangente sobre a situação de saúde. Diferentes estudos demonstraram a robusta associação entre a autoavaliação do estado de saúde com a mortalidade, morbidade, limitação funcional, qualidade de vida e uso de serviços de saúde[17-23]. A restrição das atividades habituais por problemas de saúde nos últimos quinze dias, permite dimensionar em que medida os problemas de saúde estão comprometendo a qualidade de vida dos indivíduos em momentos próximos à entrevista, identificando presença de agravos agudos à saúde ou a agudização de problemas crônicos[24]. O autorrelato da presença de doença crônica (pertencente a uma lista pré-estabelecida), com diagnóstico médico, por seu turno, permite captar o comprometimento nosológico da população por agravos de longa duração e dificuldade relacionada ao autocuidado que pode, potencialmente, informar sobre o grau de dependência do indivíduo[24].

Diante do exposto questiona-se se as condições de saúde da comunidade quilombola relacionam-se ao pertencimento à comunidade quilombola ou às características que afetam a população rural em geral.

Nesse sentido, o presente estudo objetivou identificar diferenças na prevalência de indicadores de condição de saúde entre a população quilombola do município de Vitória da Conquista e população rural do estado da Bahia.

Métodos

Fonte de dados

Para este trabalho foram utilizadas duas fontes de dados distintas. No caso da população quilombola foram utilizados os dados da pesquisa: "COMQUISTA: Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista – BA: Avaliação de saúde e seus condicionantes". A fonte de dados para a análise da população rural da Bahia foi a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD, realizada em 2008 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com financiamento do Ministério da Saúde[25.]

A pesquisa "COMQUISTA: Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista – BA: Avaliação de saúde e seus condicionantes", contemplou uma população-alvo de indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, residentes em comunidades quilombolas do município de Vitória da Conquista.

A população-alvo foi estimada em 2.935 indivíduos. O cálculo do tamanho amostral baseou-se nos seguintes parâmetros: prevalência de 50%, precisão de 5%, intervalo de confiança de 95% e efeito de desenho=2, que levaram a uma estimativa de tamanho de amostra inicial de 680 indivíduos. Considerou-se a possibilidade de ocorrência de 30% de perdas, resultando em um tamanho final de amostra de 884 indivíduos.

A amostragem foi em dois estágios, sendo a Unidade Primária de Amostragem (UPA) a comunidade e a unidade final o domicílio. Todos os indivíduos com 18 anos ou mais residentes nos domicílios selecionados foram convidados a participar da pesquisa. Participaram aqueles que expressaram sua concordância através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Detalhes do plano amostral podem ser obtidos em Bezerra et al.[7] Estudo aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Faculdade São Francisco de Barreiras

(CAAE 0118.0.066.000-10/2010) e da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 0118.0.066.203-10/2011)

.

A PNAD possui como finalidade a produção de informações econômicas, demográficas, de trabalho, rendimentos e habitação. Em 2008 incluiu um suplemento que coletou informações sobre as condições de saúde, fatores de risco e utilização de serviços de saúde. O período de referência para a coleta de dados da PNAD/2008 foi de 29 de agosto a 20 de setembro de 2008[25]. A PNAD utilizou uma amostra probabilística complexa cuja descrição detalhada pode ser obtida em Silva et al[26] e IBGE[25]. Neste estudo foram incluídos os respondentes com 18 anos ou mais residentes em área rural da Bahia. Foram considerados pertencentes à área rural indivíduos cuja situação censitária foi informada como rural em suas duas categorias: aglomerado rural, isolado, povoado e zona rural exclusive aglomerado rural. . Em suma, contou-se para esse trabalho com dados de entrevistas de 797 quilombolas e 5545 indivíduos representando a população rural do estado da Bahia.

Variáveis estudadas

Para possibilitar a comparação entre condições de saúde foram considerados quatro indicadores, a saber: 1) autoavaliação do estado de saúde, 2) restrição das atividades habituais por motivo de saúde nos últimos 15 dias, 3) presença de doença crônica autorreferida e 4) presença de dificuldade relacionada ao autocuidado. Neste estudo considerou-se, para a escolha destes desfechos, recomendações da OMS (Organização Mundial da Saúde) ao relacioná-los como indicadores a serem utilizados para avaliação da saúde das populações[16].

A fim de possibilitar as comparações, as diferenças entre os indicadores foram calculadas a partir de um único arquivo de dados combinado e neste as variáveis de ambos os bancos de dados foram renomeadas e, em seguida, codificadas com valores iguais para a mesma categoria de resposta e uma nova variável foi criada para identificar o banco de origem da informação[27].

1) A autoavaliação do estado de saúde foi considerada por meio da seguinte categorização de respostas as respostas “muito boa” e “boa” (autoavaliação de saúde boa)

e “regular”, “ruim” e “muito ruim”(autoavaliação de saúde ruim). 2) Restrição das atividades habituais por motivo de saúde nos últimos 15 dias (não, sim). 3) Presença de doença crônica autorreferida foi obtida considerando-se a ausência ou presença (não, sim) de diagnóstico médico de alguma das seguintes doenças: hipertensão arterial, diabetes, doença cardíaca, asma ou bronquite, depressão, artrite, problema na coluna e tuberculose. 4) Presença de dificuldades para autocuidado, obtida por meio de informação sobre dificuldade para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro, (Nenhuma, Alguma).

A fim de caracterizar a população foram selecionadas, considerando sua importância epidemiológica uma vez que possibilitam descrever as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, variáveis (1) sociodemográficas: cor autodeclarada (preta, parda, branca e outras, incluindo amarelos e indígenas); sexo (masculino, feminino); idade em grupo etário (18 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 e mais), e idade contínua (anos) ; escolaridade em anos completos de estudo agrupados (0, 1-3 anos, 4-7 anos e 8 e mais) e escolaridade contínua (anos completos de estudo); situação de trabalho (trabalhando, não trabalhando); renda *per capita* (nenhuma, até 1 salário mínimo, de 1 a 3 salários mínimos e mais de 3 salários mínimos). (2) Fatores de risco e proteção à saúde: tabagismo (não fumante, ex-fumante e fumante), violência (não, sim) e prática de atividade física (sim, não).

Análise estatística

Inicialmente foi feita uma comparação das populações de interesse, segundo as características sociodemográficas e dos fatores de risco e proteção à saúde. A significância estatística da diferença entre as frequências foi avaliada pelo teste qui-quadrado (χ^2) de Pearson. Para as variáveis quantitativas a diferença foi avaliada pela comparação das medianas através do teste de Mann-Whitney. Considerando-se como estatisticamente significativo o p-valor inferior a 0,05. Em seguida foram estimadas as prevalências dos desfechos: pior autoavaliação de saúde, restrição das atividades habituais por motivo de saúde nos últimos 15 dias, presença de doença crônica autorreferida e presença de dificuldade para autocuidado para cada um dos dois segmentos populacionais, ajustadas por sexo e idade. Variações percentuais entre as prevalências observadas nos dois grupos foram calculadas utilizando-se a seguinte fórmula: $[(P_1 - P_2) / P_1] \times 100$[28], em que P_1 é a prevalência de indivíduos do grupo

quilombola e P_2 é a prevalência de indivíduos do grupo formado pela população rural da Bahia. As análises consideraram o efeito do desenho amostral e foram realizadas com o auxílio do programa *Stata version* 12.0 (Stata Corporation, CollegeStation, Estados Unidos).

Resultados:

Inicialmente, 6.342 indivíduos foram incluídos neste estudo sendo 797 quilombolas e 5.545 pertencentes à população rural do estado da Bahia. Foram excluídos das análises os dados referentes aos indivíduos para os quais as informações foram coletadas por informantes secundários, permanecendo 761 quilombolas e 4082 participantes da população rural da Bahia.

A comparação pela mediana de idade forneceu resultado, 41 anos para população quilombola e 39 anos para a população rural, diferença estatisticamente significativa (p-valor=0.01).

Na Tabela 1 encontram-se as distribuições das características dos participantes segundo os subgrupos populacionais. Observa-se que, não houve diferenças estatisticamente significantes entre população quilombola e rural quanto; hábito de fumar 20% versus 19% e relato de episódios de violência, 1,7% *versus* 1,3%. Diferenças estatisticamente significativas foram identificadas para as demais características.

A população quilombola possui maior porcentagem de indivíduos que se autodeclararam de cor preta 38% *versus* 13%; que informaram não estarem trabalhando 46% *versus* 27%; com renda maior ou igual a três salários mínimos, 6% *versus* 2%. A realização de consultas médicas nos últimos 12 meses, 49% *versus* 64%; o uso de respondente secundário para a entrevista, 4% *versus* 26% e a inatividade física, 71% *versus* 84%, foram características que se mostraram significativamente maiores entre a população rural da Bahia (Tabela 1).

Quanto à escolaridade, categorizada, observa-se que as diferenças são estatisticamente significantes com a população quilombola apresentando 30% de indivíduos com nenhum ano completo de estudo e a população rural com 39% (Tabela 1). Quando analisada continuamente, encontra-se mediana de 2 anos de estudo para os quilombolas e de 3 para a população rural, porém esta diferença não se mostrou significativamente diferente (p-valor= 0,12) pelo teste de Mann-Whitney.

Na Tabela 2, apresentam-se as distribuições dos indicadores: autoavaliação de saúde ruim, presença de doença crônica, restrição nas atividades habituais por problemas de saúde e presença de dificuldade para autocuidado, segundo os subgrupos populacionais, com respectivos intervalos de confiança a 95% e a variação percentual encontrada entre aquelas. Em relação aos sindicadores analisados, foram excluídas 3 (0,4%) observações de indivíduos do subgrupo quilombola que não responderam à pergunta sobre autoavaliação do estado de saúde. Para os demais indicadores não houve exclusões.

A população quilombola apresentou maior prevalência para os 4 indicadores, controlados por sexo e idade. Foram encontradas variações percentuais de aproximadamente 31% para autoavaliação de saúde ruim, 53% para presença de doença crônica, 56% para restrição nas atividades e 52% relacionado à dificuldade para o autocuidado (Tabela 2).

Discussão

Os resultados do presente estudo mostraram que a população quilombola de Vitória da Conquista em comparação à população rural do estado da Bahia, apresentou pior desempenho em relação aos indicadores de saúde propostos. Foram identificadas prevalências superiores dos indicadores analisados: pior autoavaliação de saúde, presença de doença crônica, restrição nas atividades habituais e dificuldade para autocuidado, independente de sexo e idade.

Considerando-se que a análise da autoavaliação do estado de saúde se configura como um indicador global de saúde[23, 29], apreende-se que mais da metade da população quilombola identifica-se com uma condição de saúde global mais prejudicada quando comparada à população rural do estado da Bahia, revelada por uma variação percentual positiva em relação à população rural da Bahia.

Importante ressaltar que no estado da Bahia, em 2008, a prevalência de autoavaliação regular, ruim e muito ruim foi superior ao país contando com 28,2%[30]. A a subjetividade inerente ao indicador da autoavaliação do estado de saúde, permite que se possa esperar que indivíduos distintos ponderem diferentemente as diversas dimensões que compõem o indicador ao formularem o seu julgamento, tornando-se a medida dependente das características do indivíduo e do grupo/contexto no qual ele está inserido[31, 32]. Desta forma a população quilombola pode estar expressando um contexto

mais inóspito que o da população rural, sinalizando com este indicador, além das precárias condições de habitabilidade [7], outros componentes contextuais e subjetivos, por exemplo, vizinhança, acesso à bens e serviços e relações sociais intra e extra comunidades quilombolas que, apesar de não terem sido objeto deste estudo merecem futuras investigações.

Considerando o acima exposto, a pior autoavaliação observada entre a população quilombola reforça a concepção de interdependência existente entre os resultados em saúde dos indivíduos e o contexto onde se vive.[29]

A presença de alguma doença crônica foi cerca de 50% maior entre os quilombolas. Bezerra et al[9] encontraram para esta população quilombola prevalência de hipertensão arterial na ordem de 45,4%, bastante elevada quando comparada aos 23,3% estimado para a população residente em capitais brasileiras pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)[33] e a outros estudos enfocando semelhantes faixas etárias e igual definição para hipertensão arterial[9]. Souza et al[10], obtiveram prevalência de 8,4% para Diabetes Mellittus (DM) autorreferida, superando a média das capitais brasileirasde 6,3%[10,33].

Constata-se prevalência elevada de doenças crônicas entre os segmentos populacionais com piores níveis socioeconômicos e a magnitude das prevalências relacionam-se aos diferentes subgrupos populacionais[34]. Há que se considerar que o aumento da prevalência de uma patologia pode ser compreendido como indicador positivo de acesso a serviços, traduzindo maior acesso a diagnósticos ou redução da letalidade[34]. Tal consideração apresenta-se inconsistente para a população quilombola, uma vez que estudos conduzidos apontaram dificuldade no acesso aos serviços de saúde[13], bem como prevalência de não realização de exame Papanicolau entre as mulheres quilombolas, num índice de 27,3%, superando resultados de outras localidades do país[35]. Evidencia-se uma realidade de iniquidades sociais enfrentadas pelos quilombolas refletindo piores condições sociais e econômicas.

Considerando-se que a restrição nas atividades habituais por problemas de saúde nos últimos 15 dias, pode ser interpretada como uma medida geral de morbidade indicativa de restrição temporária na execução de atividades rotineiras por motivo de saúde[16] e o comprometimento na qualidade de vida próximo ao momento da entrevista[22], apreende-se que os quilombolas informaram maior comprometimento atual na sua qualidade de vida. Observa-se que entre os quilombolas a dificuldade em relação às atividades de autocuidado, que em última instância estariam relacionadas com atividades

básicas de vida, acabam por impactar negativamente a qualidade de vida daqueles que informam possuir dificuldades.

A conjugação dos três últimos indicadores, presença de doença crônica, restrição nas atividades habituais e dificuldade em relação às atividades básicas de vida podem estar contribuindo para a pior autoavaliação de saúde entre a população quilombola.

Não foram observadas diferenças quanto escolaridade, pois a baixa escolaridade é traço comum às duas subpopulações. Em relação à renda pode-se observar que entre as subpopulações ela se apresenta majoritariamente menor que 3 salários mínimos (Tabela 1), contudo, a população quilombola apresenta desvantagem em relação à população rural, uma vez que 28,2% de indivíduos declararam ausência de renda, porcentagem maior que a população rural da Bahia 22,6%, (dados não apresentados).

Consultando-se os mapas construídos com o aplicativo Mapas Temáticos de Vulnerabilidade Social (MAVS) do Ministério da Saúde[36], observa-se que as comunidades quilombolas, integrantes deste estudo, localizam-se em áreas municipais nas quais se identifica maiores prevalências de renda inferior a R$ 70,00[36] (Figura 1) e analfabetismo[36] (Figura 2).

Tais resultados reiteram o acúmulo, ao longo das gerações, de desvantagens que podem explicar o pior nível de saúde autoavaliado pela população quilombola. Reforçando, ainda, a identificação de desigualdades étnico-raciais.

Segundo Barata[37], determinados grupos étnicos apresentarão inexoravelmente certos problemas de saúde. Assim, se a população rural da Bahia sofre grandes desvantagens sociais, a população quilombola de Vitória da Conquista vivencia uma situação de maior iniquidade.

Entre as contribuições deste trabalho pode-se indicar o enfoque à população quilombola de Vitória da Conquista, destacando-a da condição de população rural da Bahia. Neste sentido, identifica-se que as desvantagens vivenciadas pelas populações rurais em geral foram mais incisivas sobre esta população em especial, demonstrando uma sobreposição de desvantagens que contribuem para piores condições de vida.

Cabe lembrar que a Bahia localiza-se na região climática do semiárido brasileiro e por ocasião da coleta de dados do inquérito "COMQUISTA", setembro a outubro de 2011, encontrava-se em um dos mais graves períodos de seca na região, sofrendo suas deletérias consequências[38]. Pode-se conjecturar que os piores resultados encontrados para a população quilombola, reflitam em certa medida, este momento.

Entre as limitações do estudo há de se considerar que a comparação, entre a população rural da Bahia utilizando os dados da PNAD de 2008 e a população quilombola dados de 2011, pode ter sido influenciada por eventos ocorridos neste intervalo. A comparação entre a população quilombola do município com a população rural do município em questão, embora desejável, não foi possível pois os dados da PNAD não podem ser desagregados em nível municipal.

Outra limitação do estudo relaciona-se com as interpretações das perguntas por parte dos diferentes indivíduos, em especial à pergunta referente à autoavaliação do estado de saúde e da respectiva escala de respostas pré-definidas. Considerando as especificidades do contexto sociocultural da população quilombola, a adequação do instrumento de coleta de dados para este grupo populacional é importante questão a ser investigada.

Não obstante as limitações apresentadas, acredita-se que a comparação conduzida possa contribuir no sentido de singularizar a população de remanescentes de quilombos do contexto abrangente de população rural da Bahia e desta maneira oferecer elementos que subsidiem o planejamento, a implementação e avaliação de políticas públicas inclusivas direcionadas à população quilombola do município.

Referências:

1. Leite IB. O Projeto Político Quilombola. Desafios, Conquistas e impasses atuais. Rev. Estudos Feministas. Florianópolis, 2008; 16(3): 965-77.

2. Leite IB. Humanidades Insurgentes: Conflitos e Criminalização dos Quilombos. In: Cadernos de Debates Nova Cartografia Social: Territórios Quilombolas e Conflitos. Almeida AWB (Orgs).[et al] - Manaus: Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia/UEA Edições, 2010. 349p.

3. Casa Civil, Presidência da República. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/de4887.htm [Acesso em 29/maio/2012].

4. CONAQ. Manifesto pelos Direitos Quilombolas. In: Cadernos de Debates Nova Cartografia Social: Territórios Quilombolas e Conflitos. Almeida AWB (Orgs)...[et al] - Manaus: Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia/UEA Edições, 2010. 349p.

5. SEPPIR. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Relatório de ações realizadas. Ano base 2012. Brasília, 2013. 72p. [Acesso em: 15/ julho/2013]. Disponível em: http://www.seppir.gov.br/destaques/diagnostico-pbq-agosto2.pdf.

6. Fundação Cultural Palmares - Comunidades Quilombolas. 2013 – [Acesso em 05 /setembro/2013]. Disponível em: http://www.palmares.gov.br/quilombola/

7. Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souzas R, Giatti L, Guimarães MDC, et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista \BA (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. Ciência e Saúde Coletiva [periódico na internet] 2013 ago. [citado em 06 de agosto de 2013]; [cerca de 15p]

8. Amorim MM, Tomazi L, Silva RAA, Gestinari RS, Fiqueiredo TB. Avaliação das Condições habitacionais e de saúde da Comunidade Quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. Biosci. J., Uberlândia, v. 29, n.4, p. 1049-57, July/Aug, 2013.

9. Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, Caiaffa WT. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(9): p. 1889-1902, 2013

10. Souza CL, Barroso SM, Guimaraes MDC. Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia. Ciência e Saúde Coletiva [acesso em 12/ setembro/2013] http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=13562. [no prelo], 2013.

11. Kochergin CN, Proietti FA, César CC. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista -BA: autoavaliação de saúde e fatores associados. Cad Saúde Pública [no prelo], 2014.

12. Soares DA, Barreto SM. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos Quilombolas, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública [no prelo], 2013.

13. Gomes KO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. Cad Saude Publ, [No prelo], 2013.

14. Rocha SMR. Pobreza no Nordeste – A década de 1990 vista de perto. Revista Econômica do Nordeste, Fortaleza; 34(1): 7-41. jan-mar, 2003

15. Guanais FC. Health equity in Brazil. BMJ. 2010; 341:c6542. [Acesso em 14/março/2014] Disponível http://www.bmj.com/content/341/bmj.c6542.pdf%2Bhtml

16. Ministério da Saúde – PROADESS – Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde – Matriz de Indicadores. www.proadess.icict.fiocruz.b/index.php?pag=fic&cod=O017tab=2 [acesso em 21 de fev de 2014].

17. Idler EL, Benyamini Y. Self-Rated Health and Mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav 1997; 38:21-37.

18. Burström B, Fredlund P. Self-rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higther social classes? J Epidemiol Community Health 2001: 55:836-40.

19. Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB. Socio-demographc characteristics, treatments coverage and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. Cad Saúde Pública 2005: 21 (Suppl 1):S43-53.

20. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model.Social. Sciense & Medicine. 2009; 69 (3): 307-316.

21. Dachs JNW, Santos APRS. Autoavaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11: 887-94.

22. Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. RADIS: Comunicação em Saúde 2010; 96: 12-19.

23. Chiavegatto Filho ADP, Laurenti R. Disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada:análise multinível de 2.697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. Cad. Saúde Pública 2013: 29(8):1572-1582.

24. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. Ciência e Saúde Coletiva, 7(4). 607-621, 2002

25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008 – Notas Metodológicas: pesquisa básica, pesquisa especial de tabagismo e pesquisas suplementares de saúde e acesso à internet e posse de telefone móvel celular para uso pessoal. Rio de Janeiro; IBGE; 2010. [acesso em setembro 2013]. Disponível em: http//www.ibge.gov.br

26. Silva PLDN, Pessoa DGC, Lila MF. Análise Estatística de Dados da PNAD: Incorporando a Estrutura do Plano Amostral. Ciência e Saúde Coletiva 2002; 7(4): 659-670.

27. Francisco PMSB, Barros MBA, Segri NJ, Alves MCGP, Malta DC. Comparação de estimativas para o auto-relato de condições crônicas entre inquérito domiciliar e telefônico – Campinas (SP), Brasil. Rev Bras Epidemiol 2011; 15(1) Supl.: 5-15.

28. Luz TCB, Malta DC, Sá NNB, Lima-Costa MF. Violências e acidentes entre adultos mais velhos em comparação aos mais jovens: evidência do Sistema de Vigiância de Violências e Acidentes (VIVA), Brasil. Cad Saúde Pública 2011; 27(11): 2135-42.

29. Moraes JR, Moreira JPL, Luiz RR. Associação entre o estado de saúde autorreferido de adultos e a área de localização do domicílio: uma análise de regressão logística ordinal usando a PNAD 2008. Ciência & Saúde Coletiva 2011; 16(9):3769-3780.

30. Viacava F, Porto SM, Laguardia J, Ugá AD, Moreira RS. Proadess: Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento. [página na Internet]. Relatório final, 2011. [acesso 14/set/2013]. Disponível em: http://www.proadess.icict.fiocruz.br

32. Dowd JB, Todd M. Does self-reported health dias the measurement of health inequalities in U.S. adults? Evidence using anchoring vignettes from the health and retirement study. The Journals of Gerontology Series B. Psychological Sciences and Social Sciences 2011.

32. Huisman M, Deeg DJH. A commentary on Marja Jylhä's "What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model" (69:3, 2009, 307-316). Social Science & Medicine. 2010; 70: 652-54.

33. Brasil.Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2011: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico disponível em: http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2010.pdf. [acesso 25/março/2014]

34. Barros F, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003 – 2008. Ciênc Saúde Coletiva 2011; 16:3755-68.

35. Oliveira MV, Guimarães MDC, França EB. Fatores associados à não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na internet],2013; disponível em: www.cienciaesaudecoletiva.com.b/artigos/artigo_in.php?idartigo=13562

36. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. MAVS - Mapas Temáticos de Vulnerabilidade Social, disponível em: [acesso 6/maio/ 2014]http://www.aplicacoes.mds.gov.br/sagirmps/mapas_pobreza_mapa/cifam.php;.

37. Barata RB. Como e porque as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ; 2009.

38. Araújo PHC, Cunha DA, Lima JE, Féres JG. Efeitos da seca sobre a produtividade agrícola nos municípios da região Nordeste. Anais do IX Encontro de Economia Baiana p.151-67– set. 2013; disponível em: [acesso em 31.março.2014] http://www.eeb.ufba.br/main.php?page=pesquisar.anais&ano=2013

Tabela 1: Distribuição de frequência de características selecionadas segundo subgrupos populacionais. População quilombola de Vitória da Conquista - BA, 2011 e População Rural da Bahia, 2008.

Variáveis	Quilombola		Pop. Rural		p-valor
	%	IC - 95%	%	IC - 95%	
Sexo					
Masculino	51,9	48,1; 55,7	45,9	44,3; 47,4	<0,01*
Feminino	48,1	44,3; 51,9	54,1	52,3; 55,7	
Grupo etário					
18 – 29 anos	27,4	23,9; 30,9	25,5	24,1; 26,8	0,15
30 – 39 anos	20,9	17,8; 24,0	21,4	20,1; 22,6	
40 – 49 anos	19,9	16,7; 22,9	17,2	16,1; 18,4	
50 – 59 anos	13,7	11,0; 16,4	14,2	13,1; 15,2	
60 ou mais anos	18,1	15,3; 20,8	21,7	20,5; 23,0	
Escolaridade					
Nenhuma	29,8	26,4; 33,2	39,6	38,1; 41,1	<0,01*
1-3	26,7	23,4; 30,1	19,4	18,2; 20,6	
4-7	29,6	26,0; 33,1	23,2	21,9; 24,5	
8 e +	13,5	10,7; 16,3	17,7	16,5; 18,8	
Sem declaração	0,4	0,0; 0,7	0,1	0,0; 0,3	
Cor					
Preta	37,7	33,4; 41,4	13,0	12,0; 14,1	<0,01*
Parda	45,1	41,2; 48,8	64,5	63,0; 65,9	
Branca	12,7	10,1; 15,4	22,2	20,9; 23,5	
Outra	3,5	2,1; 5,0	0,3	0,1; 0,5	
Sem declaração	1,0	0,3; 1,6	0,0	0,0; 0,0	
Situação de trabalho					
Trabalhando	54,3	50,5; 58,1	72,7	71,3; 74,0	<0,01*
Não trabalhando	45,7	41,9; 49,5	27,3	26,0; 28,7	
Renda					
Até 1 SM	45,6	41,8; 49,5	58,5	57,9; 60,0	<0,01*
De 1 a 3 SM	47,4	43,5; 51,8	37,9	36,4; 39,4	
De 3 e mais	5,5	3,8; 7,1	2,1	1,6; 2,5	
Sem declaração	1,6	0,6; 2,5	1,5	1,2; 1,9	
Tabagismo					
Nunca fumou	58,5	54,7; 62,3	61,7	60,2; 63,2	0,78
Ex-fumante	21,3	18,1; 24,5	19,4	18,1; 20,6	
Fumante	20,2	17,1; 23,3	18,7	17,5; 19,9	
Sem declaração			0,2	0,1; 0,4	
Prática de atividade física					
Sim	29,0	25,4; 32,6	12,7	11,7; 13,7	<0,01*
Não	71,0	67,4; 74,6	84,4	83,3; 85,5	
Sem declaração	0,0	0,0; 0,0	2,9	2,4; 3,4	
Violência					
Não	98,3	97,2; 99,3	98,7	98,4; 99,1	0,33
Sim	1,7	0,7; 2,8	1,3	1,0; 1,6	
Consulta Médica					
Sim	48,5	44,7; 52,4	63,7	62,2; 65,2	<0,01*
Não	51,5	47,6; 55,3	36,3	34,8; 37,8	
Inforrmante					
O próprio	95,8	94,4; 97,2	73,8	72,6; 74,9	<0,01*
Outros	4,2	2,8; 5,7	26,2	25,1; 27,4	

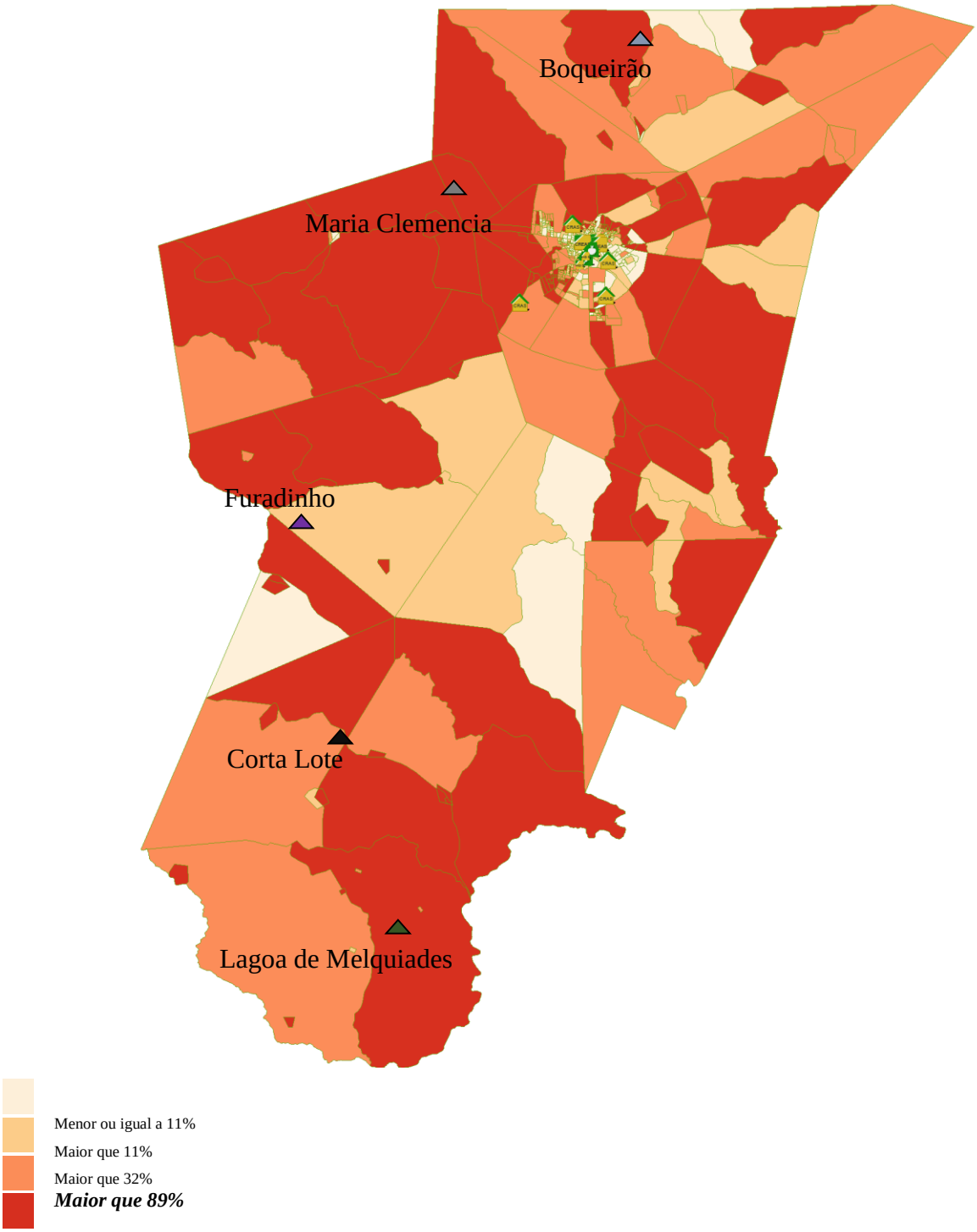
* Qui-quadrado Pearson valor p<0,05

Tabela 2: Distribuição de frequência de pior autoavaliação de saúde, restrição das atividades habituais, presença de doença crônica e dificuldade para autocuidado segundo subgrupos populacionais e variação percentual das diferenças. População quilombola de Vitória da Conquista - BA, 2011 e População Rural da Bahia, 2008.

Variáveis	Quilombola	População Rural Bahia	Variação percentual*
	% [IC 95%]	% [IC 95%]	%
Autoavaliação de saúde ruim	55,0 [51,1; 58,7]	37,7 [36,5; 38,9]	31,4
Presença de doença	75,7 [71,4; 80,0]	35,5 [34,4; 36,7]	53,1
Restrição nas atividades habituais	28,2 [24,5; 32,0]	12,3 [9,7; 14,8]	56,4
Dificuldade para autocuidado	12,9 [10,5; 15,4]	6,2 [5,5; 6,8]	51,9

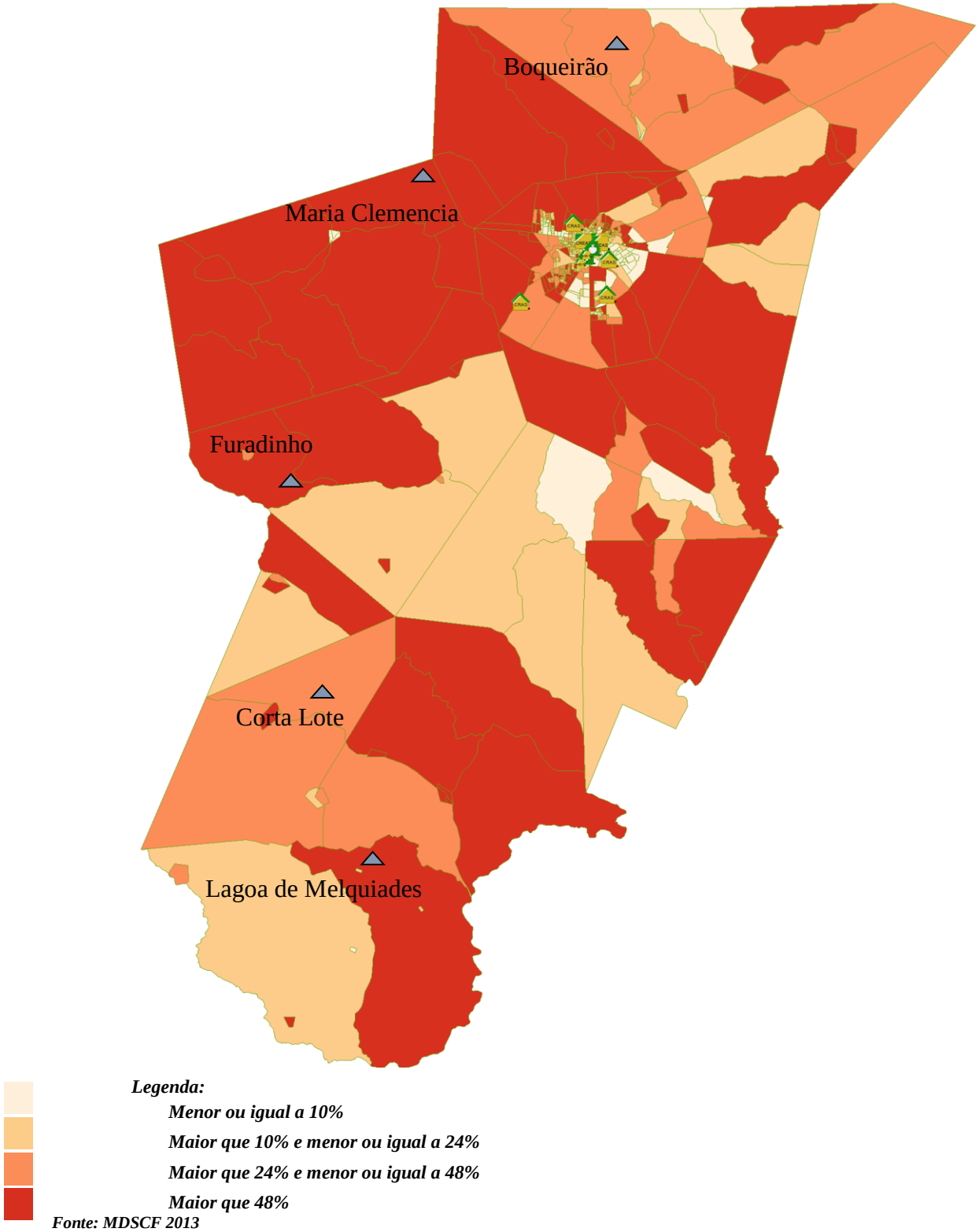
*$[(P_1-P_2)/P_1 \times 100$

Figura 1.- Mapa de distribuição da população residente em domicílios particulares permanentes, com rendimento nominal mensal per capita de até 70 reais. Áreas Urbanas e Rurais, Vitória da Conquista - BA - 2010



Fonte: MDSCF 2013

Figura 2 Mapa de distribuição de pessoas responsáveis não alfabetizadas em áreas Urbanas e Rurais, Vitória da Conquista - BA - 2010



Fonte: MDSCF 2013

Colaboradores:

C. N Kochergin participou da elaboração do projeto, planejamento e supervisão da coleta dos dados, revisão da literatura, análise dos dados e redação do artigo. F. A. Proietti participou da elaboração e revisão final do artigo. C. C. César participou da elaboração e orientação do projeto, planejamento da coleta dos dados, revisão de literatura, análise dos dados e revisão final do artigo.

Agradecimentos

A todos os pesquisadores do Projeto COMQUISTA pela participação na elaboração do projeto, planejamento e supervisão da coleta de dados. À CAPES pelo financiamento do Doutorado interinstitucional (DINTER), por meio do Edital 05/2009, Ações Novas Fronteiras. Ao CNPq pelo apoio financeiro aos autores. À população quilombola do município de Vitória da Conquista-Ba.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente trabalho apresentam a análise de dados, obtidos por meio do primeiro inquérito de saúde de base populacional realizado com população remanescente de quilombos no estado da Bahia.

Inicialmente, este trabalho buscou caracterizar a população quilombola de Vitória da Conquista - BA segundo o indicador autoavaliação do estado de saúde e verificar sua associação com características sociodemográficas, estilo de vida, suporte social, situação de saúde e acesso a serviço de saúde, segundo sexo. Na sequência, investigou-se a existência de especificidades nas condições em saúde da população de remanescentes de quilombos comparando-as com a população rural da Bahia, na qual ela se insere.

A investigação da autoavaliação do estado de saúde com enfoque nas populações remanescentes de quilombos assume caráter relevante, tanto pela escassez de informações acerca das de saúde da população negra em geral quanto pela incipiência de informações sobre populações quilombolas.

Os resultados evidenciaram elevada prevalência de pior autoavaliação do estado de saúde pela população adulta quilombola quando comparada com resultados encontrados não só para o Brasil, como também para a Bahia. Denotando situação de maior precariedade nas condições de vida entre os quilombolas.

A autoavaliação do estado de saúde apresentou-se associada à presença de doença crônica e presença de limitações físicas tanto entre os homens, quanto entre as mulheres. Estas, por sua vez, consideraram maior número de fatores ao expressar a autoavaliação pois, cor da pele, escolaridade e realização de consultas médicas nos últimos 12 meses apresentaram-se associados à autoavaliação de saúde.

Observou-se que para esta população quilombola ser mulher, autoclassificar-se como não negra (preta e parda) e não ter realizado consulta médica nos últimos 12 meses, ocorre aumento das chances de uma melhor autoavaliação do estado de saúde.

Na comparação com a população rural a população quilombola apresentou-se diferente em vários aspectos. Os resultados obtidos após comparação dos indicadores: pior autoavaliação de saúde, presença de doenças crônicas, restrição nas atividades habituais nos últimos 15 dias e limitação para o autocuidado com a população rural da Bahia, permitem identificar diferenças nas condições de saúde.

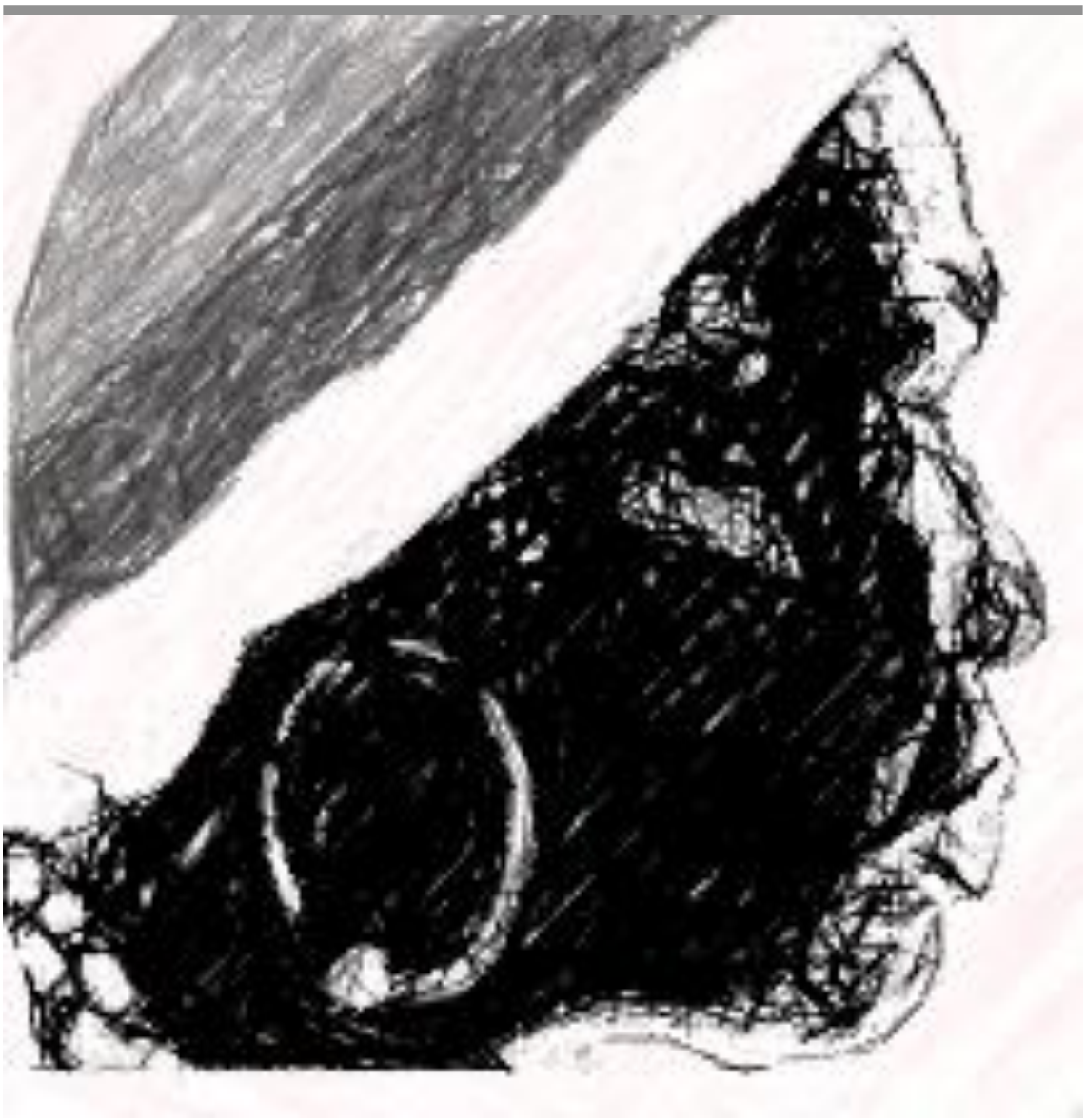
Neste sentido, percebe-se a existência de singularidades na população quilombola que, diferenciando-se da população rural da Bahia, necessitam de um olhar direcionado para suas especificidades e sugerem a relevância de implementação de políticas públicas equânimes.

Por fim, propõe-se a necessidade de novos estudos que investiguem a interpretação dada pela população quilombola à questão de autoavaliação do estado de saúde e sobretudo às opções de resposta oferecidas.

Com este trabalho, foram abordados aspectos sociodemográficos e epidemiológicos de adultos pertencentes às comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, em caráter pioneiro no Estado da Bahia. Fatos, a exemplo das relações de poder baseados na ancestralidade dos indivíduos, da tradição oral de transmissão de conhecimentos, entre outros, foram observados durante todo o período da pesquisa e, apesar de não descritos, possibilitaram aos pesquisadores uma vivência marcante e valiosa não apenas como pesquisadores mas também, como cidadãos.

Os nossos resultados convocam ao desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, abrangentes e inclusivas, que considerem a situação de saúde da população quilombola de Vitória da Conquista.

Espera-se que o estudo possa contribuir para um maior conhecimento sobre os remanescentes de quilombos e despertar o interesse da comunidade acadêmica em relação a esta parcela da população do país ainda tão desconhecida.



REFERÊNCIAS:

7. REFERÊNCIAS:

AMORIM, I.G.; GERMANI, G.I. Quilombos da Bahia: Presença incontestável. Anais do X Encontro de geógrafos da América Latina. Universidade de São Paulo, 2005; 796-812.

ANJOS, R.S.A. Cartografia e Quilombos: territórios étnicos Africanos no Brasil. Africana Studia, 2006; 9: 337-55. Disponível em: ***http://www.africanos.eu/ceaup/uploads/AS09_337.pdf*** ***[acesso: 02.abril.2013]***

BARATA, R.B.; ALMEIDA, M.F.; MONTERO, C.V.; SILVA, Z.P. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. Cad Saúde Pública 2007; 23(2): 305-13.

BARATA, R.B. Como e porque as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2009.

BARROS, M.B.A.; ZANCHETTA. L.M.; MOURA, E.C.; MALTA, D.C. Auto-avaliação de saúde e fatores associados, Brasil 2006. Rev Saúde Pública 2009; 43 Suppl 2:S27-37.

BATISTA L.E; VOLOCHKO A; FERREIRA C.E.C; MARTINS V. Mortalidade da população negra adulta no Brasil. In: LOPES F (org.). Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 2005. p. 49-190.

BEZERRA, V.M.; MEDEIROS, D.S.; GOMES, K.O.; SOUZAS, R; GIATTI, L.; GUIMARÃES, M.D.C.; et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista/BA (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. Cienc Saúde Colet 2013; http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=12327 (acessado em 06/ago/2012).

BURSTRÖM, B.; FREDLUND, P. Self-rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social class? J Epidemiol

Community Health 2001; 55: 836-840.

BRASIL. CASA CIVIL, Presidência da República. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/de4887.htm [Acesso em 29/maio/2012].

CARVALHO, A.I; BUSS, P.M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: Giovanella L, et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p.141-166.

CHIAVEGATTO FILHO, A.D.P.; LAURENTI, R. Disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada:análise multinível de 2.697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. Cad. Saúde Pública 2013: 29(8):1572-1582.

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

CONAQ. Manifesto pelos Direitos Quilombolas. In: CADERNOS DE DEBATES NOVA CARTOGRAFIA SOCIAL: TERRITÓRIOS QUILOMBOLAS E CONFLITOS. Almeida AWB (Orgs)...[et al] - Manaus: Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia/UEA Edições, 2010. 349p. (Vol.01, nº.02)

DACHS, J.N.W.; SANTOS, A.P.R.S. Autoavaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. Ciênc Saúde Coletiva 2006; 11:887-94.

FONSECA, M.G.U.P; FIRMO, J.O.A; LOYOLA FILHO, A.I; UCHOA, E. Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso. Rev Saúde Pública. 2010; 44(1): 159-65.

FRANKS, P.; GOLD, M.R.; FISCELLA, K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. Soc Sci Med. 2003; 56(12):2505-14.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES - Comunidades Quilombolas. 2013 – Disponível em: http://www.palmares.gov.br/quilombola [Acesso em 05 de setembro 2013].

GOÉS, JRP. Escravidão. Rede de Memória Virtual Brasileira. 2012, Disponível em: http://redememoria.bn.br/2012/01/escravidao/ [acesso: 07.nov.2013]

GUERRERO, A.F.H.; OLIVEIRA, E.; SILVA, D.; TOLEDO, L.M.; GUERRERO, H.; TEIXEIRA, P. Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do Município de Santarém – Pará, Brasil. Rev Saúde Soc 2007; 16(2):103-110.

HEISTARO, S.; JOUSILAHTI, P.; LAHELMA, E.; VARTIAINEN, E.; PUSKA,P. Self-rated health and mortality: a long-term prospective study in eastern Finland. Journal of Epidemiology & Community Health 2001; 55: 227-32.

HENRIQUES, R Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90. Brasília, DF: IPEA, 2001. (Texto para discussão, n. 807)

HÖFELMANN, D.A.; BLANK, N. Auto-avaliaçãode saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. Rev Saúde Pública 2007; 41(5): 777-87.

HUISMAN, M.; VAN LENTHE, F.; MACKENBACH, I. The predictive ability of self-rated health for mortality in different educational groups. J Epidemiology 2007; 36(6):1207-13.

IDLER, E.L.; BENYAMINI, Y. Self-Rated Health and Mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav 1997; 38:21-37.

IDLER, L.; RUSSEL, L.B.; DAVIS, D. Survival functional limitations and self-rayed health in the NHANES I epidemiologic follow-up study, 1992. American Journal of Epidemiology 2000; (152): 874-883.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2008. (Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, 23).

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS - IPEA. Desigualdades raciais no Brasil: um balanço de intervenção governamental. Brasília: IPEA, 2002.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS - IPEA. Relatório de Desenvolvimento Humano, 2012. Brasília: IPEA, 2013.

JYLHÄ, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Social Sciense & Medicine 2009; 69(3):307-316.

KAPLAN, G.; CAMACHO, T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. American Journal of Epidemiology 1983; 3 (117): 292 – 304

LEE, Y.; PARK, K. Health practices that predict recovery from functional limitations in olders adults. American Journal of Preventive Medicine 2006; 31: 25-31.

LEITE, I.B. O Projeto Político Quilombola. Desafios, Conquistas e impasses atuais. Estudos Feministas. Florianópolis, 16(3): 424, setembro-dezembro de 2008.

LEITE, I.B. Humanidades Insurgentes: Conflitos e Criminalização dos Quilombos. In: Cadernos de Debates Nova Cartografia Social: Territórios Quilombolas e Conflitos. Almeida AWB (Orgs)...[et al] - Manaus: Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia/UEA Edições, 2010. 349p. (Vol.01, nº.02).

LIMA, S. Presença de Quilombolas em Vitória da Conquista – Quilombos Velame e José Gonçalves. 2005. Observatório Quilombola. Disponível em: www.koinonia.org,br. [Acesso em 16/set/2012]

LIMA-COSTA, M.F; FIRMO J.O.A; UCHÔA E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. Rev Saúde Pública 2004; 38(6): 827-34.

LIMA-COSTA, M.F.; MATOS, D.L.; CAMARANO, AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). Rev Ciência e Saúde Coletiva

2006; 11(4): 941-950.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Cad. Saúde Pública 2005; 21 (5): p.1595-601.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PRO Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. 2011; http//www.proadess.icict.fiocruz.br [Acesso em 25/jul/2012].

MORAES, J.R.; MOREIRA, J.P.L.; LUIZ, R.R. Associação entre o estado de saúde autorreferido de adultos e a área de localização do domicílio: uma análise de regressão logística ordinal usando a PNAD 2008. Ciência & Saúde Coletiva 2011; 16(9):3769-3780.

MOSSEY, J.M. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. American Journal of Public Health 1982; 72(8):800-808.

OLIVEIRA, F. Saúde da população negra: Brasil ano 2001/ Fátima Oliveira – Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003: 344p.

PAGOTTO, V.; NAKATANI, A.Y.K.; SILVEIRA, E.A. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2011; 27 (8):1593-1602.

PAGOTTO, V; BACHION M.M; SILVEIRA E.A. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. Rev Panam Salud Publica. 2013; 33(4): 302-10.

PAVÃO, A.L.; WERNECK, G.L.; CAMPOS, M.R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. Cad. de Saúde Pública 2013; 29(4):723-734.

PELLEGRINI FILHO, A. Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence. Cad Saude Publica 2011; 27(Sup2):135-140.

PERES, M.A; MASIERO, A.V; LONGO, G.Z; ROCHA, G.C; MATOS I.B; et al. Autoavaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. Rev Saúde Pública 2010; 44(5): 901-11.

ROCHA, TMR; ALVES AES. Quilombolas em busca da inserção no mundo do trabalho e da educação: uma reflexão em Vitória da Conquista – Bahia. VI COLÓQUIO DO MUSEU PEDAGÓGICO. 2013. Disponível em: www.periódicos.uesb.br/index.php/cmp/article/viewFile/2204/1874 (acesso em 20/nov/2013).

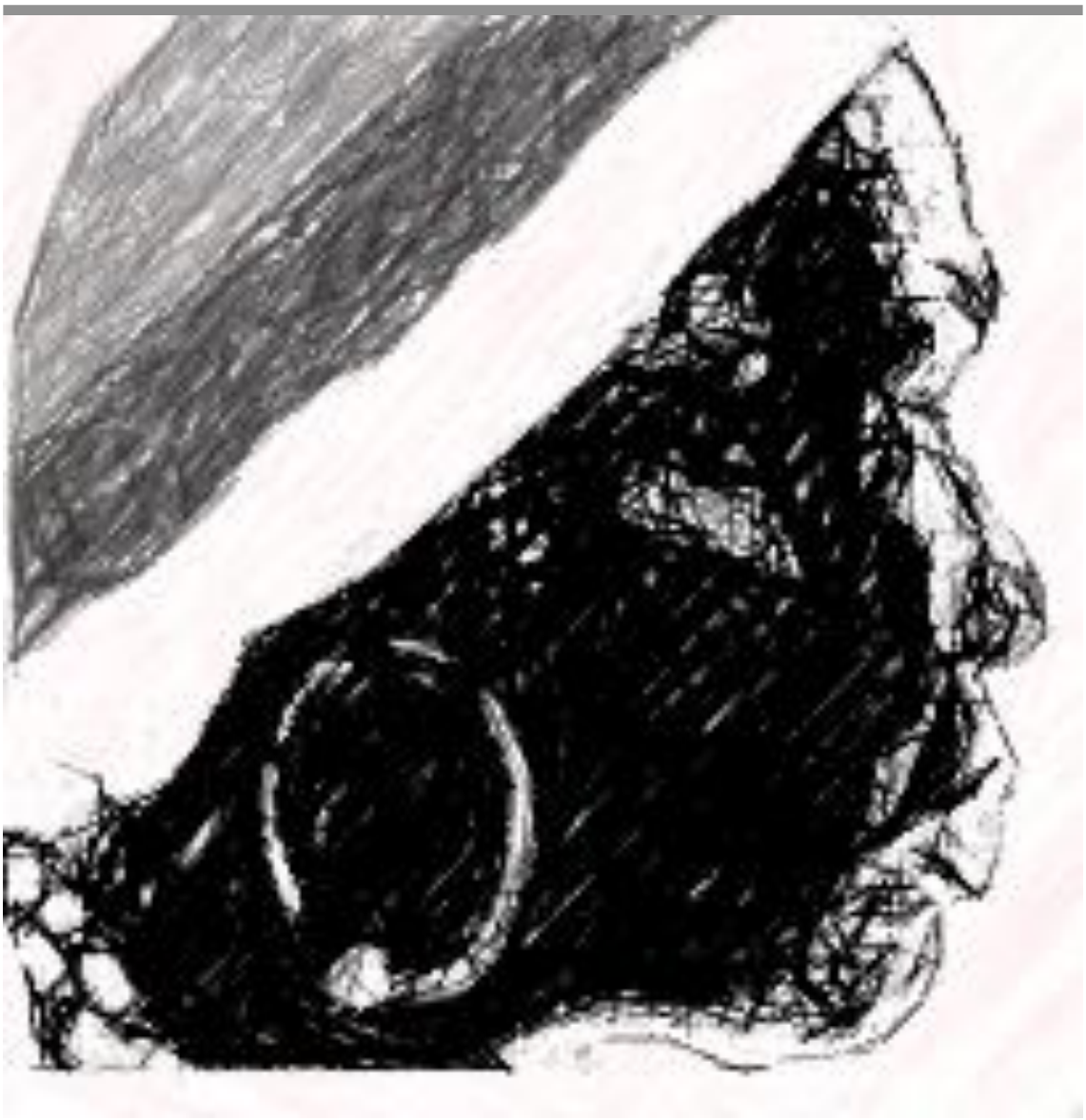
SEPPIR. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Relatório de ações realizadas. Ano base 2012. Brasília, 2013. 72p. Acesso em: 15 de julho de 2013. Disponível em: http://www.seppir.gov.br/destaques/diagnostico-pbq-agosto2.pdf.

SOUSA, T.F; SILVA, K.S; GARCIA, L.M.T; DEL LUCA, G.F; GIOVÂNI F; OLIVEIRA E.S.A; NAHAS M.V. Autoavaliação de saúde e fatores associados em adolescentes do Estado de Santa Catarina. Rev paul. pediatria, 2010; 28(4): 333-39.

SOUZA, M.C.; OTERO, U.B.; ALMEIDA, L.M.; TURCI, S.R.B.; FIGUEIREDO, V.C.; LOZANA, J.A. Auto-avaliação de saúde e limitações físicas decorrentes de problemas de saúde. Rev Saúde Pública 2008; 42(4):741-9.

THEME FILHA, M.M.; SZWARCWALD, C.L.; SOUZA JUNIOR, P.R.B. Socio-demographc characteristics, treatments coverage and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. Cad Saúde Pública 2005: 21 Suppl 1:S43-53.

VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. Radis: Comunicação em Saúde 2010; 96:12-19.



ANEXOS

Anexo A

Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souzas R, Giatti L, Guimarães MDC, et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista/BA (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. Cienc Saude Colet [periódico na internet] 2013 ago; [cerca de 15 p.]

Anexo B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE - 0118.0.066.203-10

Interessado(a): Prof. Mark Drew Crosland Guimarães
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 13 de julho de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"PROJETO CONQUISTAR – Comunidade quilombolas de Vitória da Conquista: avaliação de condicionantes de saúde"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Av. Pres. Antonio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – Sala 2005 – Cep:31270-901 – BH-MG
Telefax: (031) 3409-4592 - e-mail: coep@prpq.ufmg.br

Anexo C

MANTENEDORA

FACULDADE SÃO FRANCISCO DE BARREIRAS – FASB

INSTITUTO AVANÇADO DE ENSINO SUPERIOR DE BARREIRAS –IAESB

CNPJ N.º 42.752.675/0001-37 – Inscrição Estadual Isento

Barreiras, 05 de outubro de 2010.

CAAE:0118.0.066.000-10

Do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP FASB

Para: Raquel Souzas (pesquisadora responsável)

Ana Paula Steffens, Claudio Lima Souza, Clavdia Nicolaevna Koochering, Daniela Arruda Soares, Daniellle Souto de Medeiros, Karine de Oliveira Gomes, Luis Rogério Cosme Silva Santos, Luiz Gustavo Vieira Cardoso, Poliana Cardoso Martins e Vanessa Moraes Bezerra

Assunto: Encaminhamento do Parecer CEP TCD 110/10 V2

Prezados Pesquisadores,

Informamos que o CAAE 0118.0.066.000-10 TCD 110/10 V2 referente ao projeto:**" Projeto Comquistar – Com unidades Quilombolas de Vitoria da Conquisata: Avaliação de Condicionantes da Saúde".** atendeu a todas as solicitações apontadas; está **Aprovado** por este Comitê de Ética em Pesquisa e está em condições de ser iniciado.

Ressaltamos a necessidade de atenção aos Incisos IX.1 e IX.2 da Resolução 196/96 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto.

Após o seu encerramento, solicitamos o envio do relatório, conforme anexo, até 22 de novembro de 2010.

Cordialmente,

Comitê de Ética em Pesquisa-FASB
Flávia C. Pena Dias
Coordenadora

Flávia Carvalho Pena Dias

Coordenadora

Comitê de Ética em Pesquisa – FASB

Anexo D

Universidade Federal da Bahia - UFBA

Instituto Multidisciplinar em Saúde/Campus Anísio Teixeira – IMS/CAT

Avaliação das condições de saúde da população quilombola Vitória da Conquista – BA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INTRODUÇÃO:
Estamos convidando você para participar de um estudo que será realizado entre os moradores de comunidades remanescentes de quilombos em Vitória da Conquista – Bahia. Este estudo esta sendo desenvolvido pelo Instituto Multidisciplinar de Saúde da Universidade Federal da Bahia – Campus Anísio Teixeira, Vitória da Conquista, em colaboração com a Universidade Federal de Minas Gerais e as Secretarias Municipais de Saúde e Desenvolvimento Social de Vitória da Conquista. Este estudo é importante para que se possa conhecer a situação de saúde da comunidade e os serviços de saúde que ela utiliza.
SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA:
Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo. Os entrevistadores conversarão com você sobre o estudo e esclarecerão qualquer dúvida que tenha. Após você ter entendido o estudo, e caso resolva participar do mesmo, solicitaremos que você assine o termo de consentimento. Você receberá também uma cópia para guardar. Você pode desistir de participar do estudo a qualquer momento, basta avisar que não quer mais participar. A sua desistência não acarreta nenhum prejuízo nem para você e nem para sua família.
OBJETIVOS DO ESTUDO:
Avaliar a situação de saúde e utilização de serviços de saúde pela população quilombola do município de Vitória da Conquista – Bahia, para conhecimento da situação de saúde destas pessoas e utilização dos serviços de saúde frequentados. Os resultados serão importantes para caracterizar a assistência prestada pelos serviços de saúde do município, conhecer a situação de saúde da população quilombola e poderá contribuir para formulação de políticas que visem à integralidade da atenção à saúde das pessoas.

PROCEDIMENTOS:
1. Realizaremos uma entrevista, durante a qual perguntaremos coisas sobre a sua vida e das pessoas que moram na mesma casa. Esta entrevista não deve demorar mais do que uma hora. Tudo que você responder será mantido em segredo, em nenhum momento do estudo seu nome será divulgado e tudo que você disser será utilizado somente para este estudo. Caso você não possa responder ao questionário neste momento, poderemos combinar outra hora que seja mais conveniente para você.
2. Após a entrevista faremos as medidas de peso e estatura para crianças, adolescentes, gestantes e idosos. Para adultos faremos as medidas de peso, Estatura, circunferência da cintura e a verificação da pressão arterial ***será*** aferida em adultos e idosos.
POSSÍVEIS RISCOS:

Você pode ficar sem graça com algumas perguntas como, por exemplo: atividades sexuais, uso de drogas e situações de violência.

POSSÍVEIS BENEFÍCIOS:

Os benefícios incluem uma melhor compreensão de como está a saúde das pessoas que vivem em comunidades quilombolas, saber a opinião sobre os serviços de saúde que são oferecidos e com isso, colaborar para modificação dos mesmos. O conhecimento das medidas de peso, estatura e circunferência da cintura serão usados para saber se as pessoas estão com o peso normal e no caso das crianças e adolescentes, se estão crescendo como deveria. A verificação da pressão arterial ajuda a saber como estão os níveis de sua pressão arterial.

CUSTOS:

Não há nenhum custo para você em participar do estudo.

OUTRAS INFORMAÇÕES:

1. Você poderá participar de todas as etapas ou apenas de partes da pesquisa.

- Participarei da entrevista ( )
- Participarei das medidas de peso, estatura e circunferência da cintura ( )
- Participarei da verificação da pressão arterial ( )

2. Você pode procurar a Professora Doutora Raquel Souzas, do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia – Vitória da Conquista, Coordenadora do Estudo, pelo telefone 77- 88081022 para esclarecer dúvidas, comunicar qualquer problema com relação ao estudo ou retirar seu consentimento, podendo telefonar a cobrar.

Universidade Federal da Bahia - UFBA

Instituto Multidisciplinar em Saúde/Campus Anísio Teixeira – IMS/CAT

Avaliação das condições de saúde da população quilombola Vitória da Conquista – BA

CONSENTIMENTO

Eu conheço o conteúdo deste consentimento e me foram dadas oportunidades para esclarecer minhas dúvidas. Minha participação é inteiramente voluntária. No caso de não querer mais participar, posso desistir em qualquer momento, sem que isso traga qualquer prejuízo para mim.

Vitória da Conquista, _____ de_____ de _____

_____ _____

Nome do responsável ***Assinatura do responsável***

Polegar Direito

Anexo E

CSP

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

SECRETARIA DE CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Rua Leopoldo Bulhões 1480
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Telefone: (+55-21) 2598-2511
Telefax: (+55-21) 2598-2737
cadernos@ensp.fiocruz.br
http://www.ensp.fiocruz.br/csp

EDITORAS
EDITORS
Marilia Sá Carvalho
Claudia Travassos
Cláudia Medina Coeli

EDITORES ASSOCIADOS
ASSOCIATE EDITORS
Francisco I. Bastos
Paulo Marchiori Buss
Maria Cristina Marino Calvo
Suely F. Deslandes
Gilberto Kac
Ligia Regina Sansigolo Kerr
Claudia de Souza Lopes
Ronir Raggio Luiz
Mônica Silva Martins
Enirtes Caetano Prates Melo
Jorge Mota
Hillegonda Maria Dutilh Novaes
Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro
Michael Reichenheim
Iná S. Santos
Ricardo Ventura Santos
Mário Scheffer
Antônio Augusto Moura da Silva
Carlos Eduardo Siqueira
Reinaldo Souza-Santos
Lígia Maria Vieira da Silva
Wayner Vieira de Souza
Guilherme Loureiro Werneck

EDITOR DE ARTIGOS DE REVISÃO
REVIEW EDITOR
Edison Iglesias de Oliveira Vidal

EDITOR DE QUESTÕES METODOLÓGICAS
METHODOLOGICAL ISSUES EDITOR
Antonio Guilherme Pacheco

EDITORA DE RESENHAS
BOOK REVIEW EDITOR
Martha Cristina Nunes Moreira

EDITORES ASSISTENTES
ASSISTANT EDITORS
Leandro Carvalho
Marcia Pietrukowicz
Carolina Ribeiro

EDITORA ADMINISTRATIVA
ADMINISTRATIVE EDITOR
CARLA ALVES

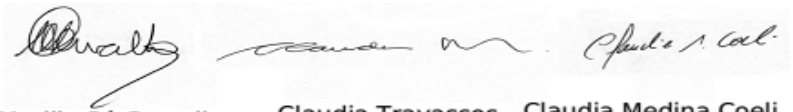
Rio de Janeiro, 08 de janeiro de 2014.

Ilma Sra.
Dra. Clavdia Kochergin

Em nome do Conselho Editorial de **Cadernos de Saúde Pública**, comunicamos que o artigo de sua autoria, em colaboração com Cibele Comini César & Fernando Augusto Proietti, intitulado "*Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: Autoavaliação de Saúde e Fatores Associados*" foi aprovado quanto ao seu mérito científico.

A conclusão do processo editorial de seu artigo dependerá da avaliação técnico-editorial com vistas a detectar dúvidas de formatação, referências bibliográficas, figuras e/ou tabelas. Comunicação nesse sentido lhe será enviada oportunamente.

Atenciosamente,



Marilia Sá Carvalho
Editora

Claudia Travassos
Editora

Claudia Medina Coeli
Editora