



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

**Saúde da criança em Comunidades Quilombolas: uma revisão
sistemática**

Diane de Jesus Nunes

Salvador (Bahia)
Julho, 2013

UFBA/SIBI/Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira

Nunes, Diane de Jesus
N972 Saúde da criança em Comunidades Quilombolas: uma revisão sistemática / Diane de Jesus Nunes. Salvador: DJ, Nunes, 2013.

vii; 31 fls. : il.

Orientadora: Profª. Drª. Claudia Bacelar Batista.
Monografia (Conclusão de Curso) Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 2013.

1. Quilombolas – saúde infantil. 2. Comunidades de escravos fugitivos - Saúde. 3. Saúde da criança. I. Batista, Claudia Bacelar. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina. III. Título.

CDU - 616-053



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Saúde da Criança em Comunidades Quilombolas: uma revisão sistemática

Diane de Jesus Nunes

Professor orientador: **Claudia Bacelar Batista**
Coorientador: **Rita de Cássia Franco Rêgo**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2013.1, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Julho, 2013

Monografia: *Saúde da Criança em Comunidades Quilombolas: uma revisão sistemática*, de Diane de Jesus Nunes.

Professor orientador: **Claudia Bacelar**
Coorientador: **Rita de Cássia Franco Rêgo**

COMISSÃO REVISORA

- **Claudia Bacelar Batista** (presidente), Professora Adjunto I do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

Assinatura: Claudia Bacelar Batista

- **Livia F. da Silva Carvalho de Azevedo Santana**, Professora Assistente I do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

Assinatura: Livia F. da Silva Carvalho de Azevedo Santana

- **Luiza Amélia Cabus Moreira**, Professora Adjunto I do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

Assinatura: Luiza Amélia Cabus Moreira

- **Maria Brandão Tavares**, Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Patologia Humana e Patologia Experimental (PgPAT) Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.

Assinatura: Maria Brandão Tavares

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no V Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia V). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2013.

“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível e de repente você estará fazendo o impossível”. *Francisco de Assis*

Aos meus pais, irmãos, cunhados, sobrinhos e ao
meu companheiro Tiago.

Equipe:

- I. Diane de Jesus Nunes, Acadêmica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Endereço Eletrônico: dianenunes@gmail.com
- II. Claudia Bacelar Batista, Professora Adjunto I do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.
- III. Rita de Cássia Franco Rêgo, Professora Associado I do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- IV. Programa de Educação Tutorial – PET|Medicina.

Instituições Participantes:

- I. Universidade Federal da Bahia:
 - Faculdade de Medicina da Bahia.

Agradecimentos:

- Agradeço a Deus por ter me proporcionado a vida de uma maneira tão bela e graciosa.
- Agradeço aos meus familiares por me impulsionarem do início ao fim desse trabalho.
- Agradeço ao companheiro Tiago Lourenço pela atenção, carinho e cuidado.
- Agradeço aos meus amigos do PET por me ensinarem a trabalhar em grupo e me dar a base para essa monografia. Agradeço também aos tutores, Professora Rita Rêgo e Professor Pedro Guimarães pelo apoio e disponibilidade.
- Agradeço à professora Claudia Bacelar pelo acolhimento, paciência e orientação.
- Aos meus amigos de turma, agradeço por todos os consolos, dúvidas e experiências trocadas.
- Ao amigo Lucas Ramos agradeço por me auxiliar na busca dos dados.

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS, GRÁFICOS E TABELAS	2
I. RESUMO	3
II. OBJETIVOS	4
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
III.1 Definição	5
III.2 Histórico	5
III.3 Situação atual	7
III.4 Saúde em Comunidades Quilombolas	7
IV. METODOLOGIA	10
IV.1 Estratégia de Busca	10
IV.2 Critérios de Inclusão	10
IV.3 Critérios de Exclusão	10
IV.4 Aspectos Éticos	11
V. RESULTADOS	12
V.1. Artigos encontrados	12
V.2. Condições sanitárias e ambientais	14
V.3. Condições educacionais	16
V.4. Perfil Nutricional e antropométrico	17
V.5. Morbidade e Mortalidade infantil	19
VI. DISCUSSÃO	24
VI.1. Limitações do estudo	25
VI.2. Continuação do estudo	26
VII. CONCLUSÕES	27
VIII. SUMMARY	28
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

ÍNDICE DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS

QUADROS

Quadro 1: Características Principais dos estudos	13
Quadro 2: Estudos relativos às condições sanitárias e ambientais	14
Quadro 3: Estudos com enfoque educacional	16
Quadro 4: Presença de escolas em remanescentes de quilombos...	17
Quadro 5: Estudos relativos ao perfil nutricional...	17
Quadro 6: Estudos relacionados a morbidade infantil	19
Quadro 7: Estudos relativos a mortalidade infantil	22

TABELAS:

Tabela 1: Deficit estatural e sobrepeso segundo faixas etárias...	19
Tabela 2: Variáveis Socioeconômicas e Sanitárias de Crianças...	20
Tabela 3: Distribuição das crianças de 6 a 59 meses das...	21

GRÁFICOS:

Gráfico 1: Estimativa da mortalidade infantil mediante área...	23
---	-----------

I. RESUMO

Título: Saúde da criança em comunidades quilombolas: uma revisão sistemática. **Introdução:** As comunidades quilombolas são grupos étnicos constituídos por população eminentemente negra, autodefinidas pela relação cultural e territorial. Apesar da sua importância histórica, essas comunidades encontram-se em situação de vulnerabilidade em saúde. Tais dificuldades tornam-se ainda mais preocupantes no que se refere à saúde da criança, pois esse é um período importante para o desenvolvimento do ser. **Objetivo:** Revisar a literatura e reconhecer a situação de saúde da criança em comunidades quilombolas. **Metodologia:** Foi realizada uma pesquisa nas seguintes bases de dados: SCIELO, PUBMED e LILACS utilizando palavras-chave combinadas. Foram aceitos artigos em inglês, português e espanhol, no período de 2003 a 2013. **Resultados:** Foram selecionados 8 artigos. Três deles abordavam condições sanitárias e ambientais precárias nas comunidades quilombolas. Dois artigos abordaram a vulnerabilidade do ensino escolar. Quanto às condições nutricionais, foram encontrados dados de erro alimentar em algumas comunidades. No que se refere ao perfil antropométrico, o que mais chamou atenção foi o déficit estatural de maneira cumulativa. Um dos estudos encontrados também evidenciava a alta taxa de mortalidade infantil em determinada comunidade quilombola do país. **Discussão:** Quanto ao saneamento básico, observa-se que as condições sanitárias das comunidades quilombolas encontram-se insuficientes, provocando um estado de vulnerabilidade. Quanto às condições educacionais, nota-se dificuldade de acesso à escola e a interrupção do ciclo de ensino. Essa condição educacional corrobora com o que é encontrado nos dados do IBGE no que se refere à educação da população negra de uma maneira geral. Quando analisamos o perfil nutricional, percebe-se que o erro alimentar é frequente. Quanto ao perfil antropométrico, nota-se que o índice de déficit estatural foi alto, 3,4 vezes maior que a média nacional. Apesar do decréscimo da mortalidade infantil, de uma maneira geral, essa mostra-se alta nas comunidades quilombolas. No trabalho encontrado a média foi maior que as médias estaduais, regionais e nacionais. **Conclusões:** Os resultados dessa monografia sugerem que as crianças de comunidades quilombolas encontram-se em situação de vulnerabilidade revelada pelas más condições sanitárias e ambientais, pelo elevado índice de mortalidade infantil, pela dificuldade de acesso à escola e incidência de déficit nutricional.

Palavras-chave: 1. Quilombolas – saúde infantil. 2. Comunidades de escravos fugitivos - Saúde. 3. Saúde da criança. 4. Título

II. Objetivos

Objetivo principal

Revisar a literatura e reconhecer a situação de saúde da criança em comunidades quilombolas.

Objetivos Secundários

1. Conhecer os instrumentos utilizados na avaliação de saúde de crianças pertencentes às comunidades quilombolas.
2. Verificar a situação nutricional e o perfil antropométrico das crianças pertencentes a essas comunidades.
3. Verifica a ocorrência de morbimortalidade infantil nas crianças de comunidades quilombolas.
4. Constatar a interferência do alcance do SUS na saúde das crianças pertencentes a comunidades quilombolas.

III. Fundamentação Teórica

III.1. Definição

As comunidades quilombolas são consideradas grupos étnicos constituídos eminentemente por população negra. E se autodefinem como quilombolas pela relação que possuem com o território, as práticas culturais e a ancestralidade¹. Possuem história própria e relações individuais com o território que remetem a resistência e opressão sofrida pelos negros³.

III.2. Histórico

A palavra “quilombo” tem sua etimologia nos povos de línguas bantu (*kilombo*). E sua origem na África Central remonta aos séculos XVI e XVII. À época significava uma organização de caráter militar e sociopolítico que foi capaz de reunir indivíduos de diversas linhagens africanas (lunda, imbagala, mbundu, kongo entre outros). Era uma associação masculina aberta para homens de diversas regiões que passavam por rituais de iniciação, os quais tinham por objetivo integrá-los como guerreiros de uma organização “invulnerável”^{27,28}.

O “kilombo” possuía organização própria com características idiossincrásicas de práticas culturais, agricultura e pecuária resultantes da mescla das diversas populações. A agricultura era realizada de forma itinerante através de queimadas, em que as cinzas eram utilizadas como adubo. Os itens mais cultivados eram o milho, a mandioca, o amendoim e a batata doce. A caça era muito apreciada e ainda existiam alguns animais domésticos como as galinhas e cabras²⁷. Religiosamente, acreditava-se em um Deus único e longínquo que havia criado o mundo e deixado sob responsabilidade das divindades (ancestrais das linhagens africanas) que realizavam a intersecção entre Ele e os homens²⁷.

No Brasil Colonial, a palavra quilombo foi utilizada para definir comunidades formadas por negros escravos fugidos²⁸. O Conselho Ultramarino Português designava o quilombo como “toda habitação que passava de cinco negros fugidos”²⁹. No entanto, à semelhança dos “kilombos” africanos, eles também recebiam outros “povos” como índios e brancos pobres. Normalmente localizavam-se em regiões de acesso difícil, plantavam o que necessitavam pra subsistência e eram

locais de livre manifestação cultural e religiosa^{27,29}. Essas comunidades organizavam-se de formas e proporções diferentes, de maior ou menor resistência²⁹.

O Quilombo mais conhecido na sociedade escravocrata brasileira foi Quilombo dos Palmares. Formado no século XVI por cerca de 30 mil pessoas, ocupando um espaço equivalente a um terço do território português e situado no interior do Estado de Alagoas. Possuía um grau elevado de organização contendo olarias, casas, oficinas e um conselho político e de defesa^{28,29}.

Apesar dos quilombos terem surgido na época escravagista, muitos deles formaram-se após a assinatura da Lei Áurea. Pois, muito embora a lei extinguisse a escravidão, não considerou a questão da redistribuição de terras. E assim, essas organizações continuaram a ser a única forma de viver em liberdade⁷.

Os territórios que hoje compõem as chamadas comunidades remanescentes de quilombos foram adquiridos por diversas formas. A mais comum delas foi através da resistência dos quilombos existentes naquela região. Outros meios incluíram terras recebidas como pagamento a serviços prestados, extinção de lavouras e algumas como compra de terras pelos próprios negros⁷.

Permanecendo “invisíveis” durante toda a República, a expressão “comunidades remanescentes de quilombos” só emerge na Assembleia Constituinte de 1988” através do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias que em seu artigo 68 afirmou os direitos territoriais e de expressão das manifestações culturais^{2,30}.

Artigo 68: Aos remanescentes das comunidades de quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos².

Durante duas décadas de aprovação do artigo 68, ocorreram intensas discussões com foco na territorialização das comunidades quilombolas. Os movimentos sociais negros urbanos e fundiários lutaram pelo reconhecimento territorial¹.

Compactuando com esse processo, em 2001 foi elaborada a Declaração de Durban na II Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Xenofobia e Intolerância Correlata. Através dela, houve o reconhecimento do racismo e discriminação racial a que são submetidos os Afrodescendentes³¹.

Essa Declaração serviu de estímulo para ser criada no Brasil a “Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial. Através dessa política foi lançado o Programa Brasil Quilombola que tinha por objetivo apoiar as comunidades quilombolas no que tange a regularização da posse territorial, desenvolvimento econômico, infra-estrutura etc⁷.

Como um fruto das lutas realizadas, também foi lançado em 2003 um projeto de regulamentação do artigo 68. Assim, o Decreto 4887/2003 surgiu em resposta a essa demanda, conferindo ao INCRA (Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária) a competência em identificar, regulamentar e estabelecer os limites territoriais das comunidades quilombolas juntamente com seus habitantes^{1,31,32}. Esse decreto foi fundamentado na Convenção de 169 da Organização Internacional do Trabalho que concede o direito de autodefinição das comunidades indígenas e quilombolas na regulamentação territorial³¹.

De um modo geral, atualmente quem se reconhece como remanescente de quilombo é a própria comunidade. Para regularizar oficialmente essa autodeclaração e ter o reconhecimento da posse territorial, a comunidade envia uma declaração à Fundação Cultural Palmares, a qual é responsável por emitir uma Certidão de Autoreconhecimento³.

III.3. Situação Atual

A estimativa atual é de que existam mais de três mil comunidades quilombolas distribuídas nas cinco regiões do país. A Fundação Palmares mapeou 3.254 comunidades no Brasil^{7,33}. Por ordem, a região Nordeste é a que conta com a maior quantidade de comunidades quilombolas, seguida pela região Norte, Sudeste, Centro Oeste e Sul^{2,3}.

III.4 Saúde nas comunidades Quilombolas

Apesar de toda a conquista territorial, estudos atuais demonstram as diversas dificuldades a que estão sujeitos os habitantes de comunidades quilombolas. Problemas de infraestrutura como presença de casas de barro, palha; dificuldade do acesso a água; difícil acesso à escola; ausência ou precariedade do atendimento à saúde³¹.

Dessa forma, muito embora reconheça-se a importância cultural dos quilombolas, as condições de saúde, em grande parte das comunidades, ainda são precárias. Como demonstra o estudo de Silva⁴ em uma comunidade quilombola na Paraíba, cujas condições sanitárias, ambientais e educacionais são extremamente precárias, com acesso à saúde insatisfatória. Sem atenção curativa, muito menos preventiva.

Confirmando a situação de vulnerabilidade social, apesar das taxas de mortalidade terem sido reduzidas e de ocorrer um aumento na expectativa de vida, a população negra e especificamente a quilombola ainda apresenta altas taxas de morbimortalidade quando comparadas com as taxas da população em geral. Além disso, verifica-se que, apesar da melhora em alguns indicadores de saúde, as desigualdades étnicas e raciais permanecem ao longo dos anos⁵.

Percebendo as diferenças estatísticas entre os indicadores de saúde relatados, é necessário compreender os fatores que levam a desigualdades no atendimento à saúde da população negra quando comparada com a população em geral. Entre eles, encontram-se problemas de saúde relacionados diretamente aos afrodescendentes, desde predisposições genéticas (como a maior probabilidade genética de ocorrência de anemia falciforme) que não recebem as políticas públicas adequadas para acompanhamento, contexto de vulnerabilidade social (como o que ocorre com as comunidades quilombolas) e até mesmo chegando aos casos de preconceito institucional⁵.

Portanto, como uma forma de reconhecimento das necessidades das comunidades quilombolas, o Governo Brasileiro lançou em 2004, o programa Brasil Quilombola, o qual apresenta diversas ações para as comunidades remanescentes de quilombos. Esse programa objetiva ações que se referem a mais de 20 ministérios. Permitindo a garantia do acesso a educação e saúde, a territorialização, a preservação cultural, a construção de moradias. O Programa ainda promove a inserção de outros programas governamentais nestas comunidades, como o acesso ao “Programa Bolsa Família” e o “Luz para todos”^{5,6}. Além disso, com o pensamento voltado a atenção à saúde da população Negra, foi lançada a “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra” em 2009 através da portaria de número 992. Esta objetiva a atenção a peculiaridades nas dificuldades do

acesso à saúde da população negra e a condições de maior vulnerabilidade como a anemia falciforme^{6,7}.

Tais dificuldades ao acesso a saúde se tornam ainda mais importantes no que se refere à saúde infantil. A infância é um período relevante para o desenvolvimento das potencialidades e individualidades do ser como enfatiza o Ministério da Saúde. As enfermidades e patologias que ocorrem nessa época são responsáveis pelas consequências futuras dos indivíduos e das comunidades⁸.

Muito embora as condições de saúde infantil tenham melhorado no Brasil, fato demonstrado pelo declínio da mortalidade infantil⁹, a sua redução ainda depende da aplicação e manutenção das políticas públicas em saúde que permitam a universalização e garantia dos serviços de saúde e educação à população. Especialmente no que tange a comunidades de maior vulnerabilidade social.

Como demonstra o estudo de Guerrero¹⁰, apesar de a mortalidade infantil estar reduzindo de maneira global, em algumas comunidades quilombolas o número ainda é alarmante, sendo a sua média mais alta que as médias nacionais e regionais.

A escassez de publicações nessa área do conhecimento é significativa. Fato que justifica a necessidade de trabalhos que apontem as condições de saúde em comunidades quilombolas, especialmente no que tange a saúde infantil.

IV. Metodologia

IV.1. Estratégia de Busca

As bases científicas utilizadas para pesquisa foram o PUBMED (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>), o SCIELO (<http://search.scielo.org/index.php>) e o LILACS (<http://lilacs.bvsalud.org>).

Para pesquisa de literatura na base SCIELO foram utilizadas as palavras “quilombola” e “crianças” utilizando o operador booleano “and” além dos termos “quilombola” e “saúde” com o operador booleano “and”. Na base de dados PUBMED, foram utilizadas as palavras “quilombola”, “children” e “quilombola community”. Também utilizando o operador booleano “and”.

Por fim, foi realizada uma pesquisa na base de dados LILACS com a palavra “quilombola”.

IV.2 Critérios de Inclusão

Para serem incluídos nesta revisão, os artigos científicos deveriam ter sido publicados no período de 2003 a 2013, nos seguintes idiomas: português, inglês e espanhol. Foram aceitos trabalhos com desenho do estudo de corte transversal, coorte, relatos de caso e relatos de experiência, além de teses de mestrado e doutorado. O trabalho também só foi incluído no estudo se realizado com comunidades quilombolas brasileiras e deveria tratar de um tema relacionado a saúde, seja nas áreas de medicina, nutrição, saúde coletiva ou demais especialidades, com enfoque em saúde e educação infantil.

IV.3. Critérios de Exclusão

Foram excluídos estudos realizados em comunidades quilombolas voltados à área de saúde mas com foco específico em um determinado tema, como saúde da mulher, pesquisa de uma doença específica, como HIV, entre outros que não tivesse qualquer relação com saúde infantil e seus determinantes.

Também foi critério de exclusão pesquisas que incluíssem tribos indígenas ou outras comunidades em estado de vulnerabilidade.

Artigos em duplicidade só foram contabilizados uma única vez.

IV.4. Seleção dos artigos

Inicialmente foram utilizados os termos da pesquisa. A partir dos resultados, filtrados por idioma e período de tempo, foram escolhidos os artigos pelos títulos e resumos. Excluindo-se as publicações duplas (mesmo artigo em revistas diferentes) ou cujo título/resumo não corresponderam ao objetivo da revisão sistemática.

Depois da seleção pelos títulos e resumos, os artigos foram lidos para avaliação completa e verificação de elegibilidade.

IV.5. Aspectos éticos

Por se tratar de uma revisão sistemática, esse trabalho não necessitou de aprovação no comitê de ética em pesquisa.

V. Resultados

V.1. Artigos encontrados

Na base de dados do Scielo, com as palavras “quilombola” e “crianças”, foram encontrados quatro artigos, dos quais, apenas um foi utilizado após a leitura do resumo por ser compatível com os critérios de inclusão.

Utilizando a mesma base de dados, agora com as palavras “quilombola” e “saúde” com o operador booleano “and”, foram encontrados seis artigos, dos quais 3 artigos se enquadravam nos critérios de inclusão. No entanto um deles já havia sido selecionado na busca anterior.

Na base de dados PUBMED a pesquisa foi realizada com as palavras “quilombola”, “children” e “quilombola community”. Com as palavras “children” e “quilombola”, utilizando o operador booleano and, foram encontrados dois artigos já selecionados na pesquisa anterior no Scielo. Com as palavras “quilombola” e “community”, utilizando o operador booleano “and”, foram encontrados quatro artigos, dois deles também encontrados na pesquisa anterior.

Na base de dados do LILACS, com a palavra “quilombola”, foram encontrados vinte e seis artigos. Dos quais sete poderiam ser utilizados na revisão, sendo que dois deles já haviam sido selecionados nas pesquisas anteriores. Assim, dessa última base, foram encontrados 5 artigos.

Portanto, foram incluídos 8 artigos para esta revisão.

Segue o quadro 1 com as características principais dos estudos:

Quadro 1: Características principais dos estudos

Título do trabalho	Desenho de estudo	Autor Principal	Ano de publicação	Temática
Mortalidade infantil dos remanescentes de quilombos do município de Santarém	Corte Transversal	Guerrero AH	2007	Mortalidade infantil em comunidades quilombolas
Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade quilombola do Estado da Paraíba.	Corte Transversal	Silva JAN	2007	Condições Sanitárias de Saúde em comunidades quilombolas
Avaliação do Padrão alimentar de quilombolas da comunidade de Limoeiro Do Bacupari – Rio Grande do Sul.	Corte Transversal	Figueireido MC	2011	Avaliação do padrão alimentar de quilombolas
Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes de dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil.	Corte Transversal	Ferreira HS	2011	Nutrição nas comunidades remanescentes de quilombos
Enteroparasitos e condições socioeconômicas e sanitárias em uma comunidade quilombola do semiárido baiano	Corte Transversal	Miranda GC	2010	Prevalência de enteroparasitoses e condições sanitárias em comunidades quilombolas
Prevalência de parasitoses intestinais em comunidade quilombola	Corte Transversal	Andrade EC	2008	Prevalência de parasitoses

no município de Bias Fortes.				intestinais em comunidade quilombola
Educação escolar quilombola em Minas Gerais: entre ausências e emergências	Tese de Doutorado	Miranda SA	2012	Acesso à educação das comunidades quilombolas localizadas em Minas Gerais
Situação nutricional de populações remanescentes de quilombos do município de Santarém, Pará - Brasil	Tese de Doutorado	Guererro AH	2007	Situação nutricional em comunidades quilombolas

V.2. Condições Sanitárias e Ambientais das comunidades Quilombolas

Dos oito estudos coletados, três relatavam as condições sanitárias a que estavam submetidos os habitantes das comunidades quilombolas.

Quadro 2: Estudos relativos às condições sanitárias e ambientais

Título do trabalho	N da pesquisa
Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade quilombola do Estado da Paraíba.	562 indivíduos
Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes de dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil.	973 crianças
Enteroparasitos e condições socioeconômicas e sanitárias em uma comunidade quilombola do semiárido baiano.	348 crianças e adolescentes
TOTAL	1883

Em um dos trabalhos, realizado na Comunidade Quilombola de Caiana dos Crioulos, Paraíba⁴, foram avaliadas as condições sanitárias e ambientais daquela região e o possível impacto na saúde dos moradores. Para alcançar esse objetivo, foram utilizados dados do SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica); um questionário organizado pelos pesquisadores do estudo; e entrevistas realizadas com moradores da comunidade. De acordo com os dados encontrados, a comunidade é composta de 128 famílias, totalizando cerca de 562 pessoas. Tal população é formada, em sua maioria (44,45%), de crianças e adolescentes de zero a dezoito anos, a população jovem forma 10,25%, o adultos compõem o segundo maior grupo 32,95% e, por fim, os idosos compõem 12,36% da população.

Com relação à condição sanitária dos domicílios, foi relatado que a maioria das casas eram edificadas em taipa e, apenas algumas construídas em alvenaria. Foram analisados diversos outros itens relacionados às condições básicas de moradia. Um deles foi a eletrificação. 99,9% das casas possuíam o serviço de energia elétrica. Tal resultado, todavia, não foi positivo no que se refere ao abastecimento de água. Nenhum domicílio apresentava água encanada. Os habitantes buscavam outras formas de acesso à água como barragens (46,09%), poços (14,06%), cisternas (16,41%), cacimbas (8,59%) e poços nascentes (8,59%). Quanto ao destino dos dejetos humanos, 82,03% dos indivíduos responderam que utilizam fossa seca, enquanto 17,97% não especificaram. Outro grave problema identificado nessa comunidade foi a ausência de sanitário no interior das casas (100%) ou em sua proximidade. Em terrenos públicos, 86% dos moradores abandonam o lixo, 8% queimam ou enterram e 6,25% não responderam quanto ao destino dado ao lixo.

Situação semelhante foi encontrada em um estudo realizado em 39 comunidades remanescentes de quilombos no Estado de Alagoas¹² que tinha por objetivo descrever as condições de saúde de crianças na fase pré-escolar pertencentes a comunidades quilombolas. Os dados foram colhidos através de um formulário preenchido pelos moradores da região. Participaram do estudo 973 crianças. Com relação às condições sanitárias, foram encontrados os seguintes dados: de 348 moradias, 36% não possuíam água encanada. Dessas, 122 não realizavam qualquer tipo de

tratamento de água. Referindo-se ao tipo de esgotamento sanitário, 46,3% das famílias utilizavam um sistema de esgotamento inadequado (céu aberto, fossa sem tampa). No que se refere às edificações, 26% das casas ainda não se constituíam como alvenaria.

Outro estudo relacionado ao mesmo tema, realizado em uma comunidade quilombola localizada no interior do Estado da Bahia¹⁴ revelou as mesmas condições. 65,4% das famílias moradoras da região não possuíam água encanada; 53,7% não apresentavam sanitários no interior da residência; e, 94,3% não possuíam sistema de esgotamento sanitário. Desse estudo, participaram 348 crianças e adolescentes.

V.3. Condições educacionais

Entendendo a saúde não apenas como uma condição de “não doença”, mas sim um estado de bem estar físico, psíquico e social, é interessante abordar a situação educacional das crianças de comunidades quilombolas. Dois estudos abordaram a situação educacional das comunidades quilombolas. Mas, apenas um artigo teve caráter quantitativo, enquanto o outro teve caráter descritivo.

Quadro 3: Estudos com enfoque na questão educacional

Título do trabalho	Número de participantes
Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade quilombola do Estado da Paraíba.	562 indivíduos
Educação escolar quilombola em Minas Gerais: entre ausências e emergências.	*

Citando novamente o mesmo estudo realizado na Paraíba,⁴ verifica-se que apenas 34,48% do total de crianças matriculadas (232) frequentavam a escola. Desses, somente 4 de 65 crianças na idade pré-escolar permaneciam estudando. E para agravar o quadro, dos adolescentes de 15 a 18 anos, todos estavam fora da escola.

Em um estudo realizado em Minas Gerais utilizando dados do Ministério da Educação,¹⁵ descreveu-se as condições de ensino dos moradores de comunidades quilombolas desse estado. Qualitativamente, foi encontrado que, para deslocar-se até às escolas, as crianças necessitam caminhar a pé em trajetos que ultrapassam 20 km, contabilizando-se a ida e a volta. E nos poucos casos em que existe um transporte escolar, ele é realizado de forma extremamente imprudente e insegura.

Além disso, foi observado, nesse mesmo estudo, o padrão de distribuição educacional, chegando-se a conclusão de que a maior frequência se concentra na faixa do ensino fundamental, indicando uma interrupção no fluxo de ensino.

O quadro abaixo mostra a presença ou ausência de escolas na região das comunidades quilombolas do Estado de Minas Gerais.

Quadro 4: Presença de escolas em remanescentes de quilombos em Minas Gerais:

Situação	Número de municípios
Municípios com comunidades remanescentes de quilombos certificadas e que possuem escolas nessas áreas	45
Municípios com comunidades remanescentes de quilombos certificadas e que não possuem escolas nessas áreas	24
Municípios com comunidades remanescentes de quilombos não certificadas e que possuem escolas nessas áreas	33

Fonte: Miranda (2012).

V.4. Perfil Nutricional e Antropométrico

Dois artigos selecionados para pesquisa abordavam questões sobre informações nutricionais e antropométricas.

Quadro 4: Estudos relativos ao perfil nutricional e antropométrico

Título do trabalho	Número de participantes no estudo

Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes de dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil.	973 crianças
Avaliação do Padrão alimentar de quilombolas da comunidade de Limoeiro Do Bacupari – Rio Grande do Sul.	83 adultos

Em um inquérito alimentar realizado na comunidade de Limoeiro de Bacupari, Rio Grande do Sul¹⁶ buscou-se compreender o padrão alimentar da comunidade da região. A pesquisa foi realizada por meio de um questionário em que os participantes respondiam sobre seus hábitos alimentares. O estudo revelou que entre os alimentos mais consumidos estavam o arroz (29%) e o feijão e as carnes (28,75%) demonstrando que toda a alimentação é sustentada nessas duas bases. Quanto ao alimento utilizado entre as refeições principais, o mais utilizado deles foi a bolacha (31,4%), ficando em segundo lugar as frutas com 25%. No que tange a alimentação infantil, indagava-se ao adulto se ele cuidava de crianças. Responderam “sim” 27,71% do participantes. Desses, 34,78% responderam que ofereciam mamadeiras para as crianças. E 26% das mesmas revelaram que utilizavam leite com achocolatado no preparo do alimento.

Citando o mesmo estudo realizado no estado de Alagoas,¹² também foram colhidos os dados antropométricos das crianças inclusas na pesquisa. E com eles obteve-se os seguintes índices: peso para idade, estatura para idade e peso para estatura. Participaram do estudo 973 crianças.

Com relação aos desvios antropométricos, o que mais chamou a atenção foi o déficit estatural, acometendo 23,3% das crianças. Esse desvio foi relacionado a idade. Dessa forma, quanto maior a idade, maior chance de déficit estatural, demonstrando que o dano tende a ser cumulativo (OR: 1,49 IC: 95% p: 0,05). No entanto, em relação ao índice peso para estatura, revelou-se uma tendência ao sobrepeso.

Na tabela 1 podemos acompanhar dados mais completos do perfil antropométrico das crianças.

Tabela 1: Déficit estatural e sobrepeso segundo faixas etárias das comunidades remanescentes de quilombos do Estado de Alagoas:

Fonte: Ferreira (2011).

Idade (meses)	n	Déficit estatural ^a			Sobrepeso ^c		
		No.	%	OR (IC95%) ^b	No.	%	OR (IC95%) ^b
6 até < 12	112	12	10,7	1 (-) ^d	10	8,9	1 (-) ^e
12 até < 24	203	20	9,9	0,91 (0,4 a 2,1)	19	9,4	1,05 (0,4 a 2,5)
24 até < 36	214	19	8,9	0,81 (0,4 a 1,9)	19	8,9	0,99 (0,4 a 2,4)
36 até < 48	235	34	14,5	1,41 (0,7 a 3,0)	12	5,1	0,55 (0,2 a 1,4)
48 até < 60	209	27	12,9	1,24 (0,6 a 2,7)	9	4,3	0,46 (0,2 a 1,3)
Total	973	112	11,5	-	69	7,1	-

^a Estatura para idade < -2 Z.

^b OR = *odds ratio* (razão de chances). IC95% = intervalo de confiança de 95%.

^c Peso para estatura > 2 Z.

^d χ^2 para tendência linear: 1,90 ($P = 0,16$).

^e χ^2 para tendência linear: 5,68 ($P = 0,017$).

V. 5. Mortalidade e Morbidade Infantil

Com relação a Morbidade infantil, 02 artigos avaliaram prevalência de patologias nas crianças. Um deles avaliou a prevalência de parasitoses intestinais. E o outro avaliou a presença de sinais e sintomas em crianças nas últimas duas semanas.

Quadro 6: Estudos relacionados à Morbidade infantil

Título do estudo	Número de participantes
Enteroparasitos e condições socioeconômicas e sanitárias em uma comunidade quilombola do semiárido baiano.	348 crianças
Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes de dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil.	973 crianças

Em um estudo já citado¹³ realizado no semiárido baiano, foi investigada a prevalência de parasitoses em crianças e adolescentes de uma comunidade quilombola. Foram colhidas amostras de fezes de maneira domiciliar e essas amostras foram investigadas laboratorialmente. Das 348 amostras coletadas, 79,3% se mostraram positivas para, pelo menos, um parasita intestinal. Os parasitas mais

encontrados foram os comensais: *Entamoeba coli* em 56% dos casos e em segundo lugar a *Endolimax nana* com 31,5% dos casos. No que se refere aos enteroparasitos, o mais prevalente foi *Giardia duodenalis* (30,2%) e em segundo lugar os ancilostomídeos (11,5%). O estudo ainda mostrou que a idade era um fator de risco para infecção parasitária (OR: 2,84; IC 95%: 1.41 – 5,73). Por outro lado, possuir renda familiar superior a um salário mínimo e água encanada em casa mostraram-se fatores protetores para a infecção parasitária com OR: 0,50 em IC: 0,28- 0,91 e OR: 0,41 em IC: 0,23-0,75 respectivamente.

A tabela 2 mostra as variáveis socioeconômicas e sanitárias das crianças avaliadas na pesquisa.

Tabela 2: Variáveis Socioeconômicas e Sanitárias de Crianças e adolescentes do Distrito de Tjuaçú, Senhor do Bonfim, Bahia.

Variáveis (N=348)	Frequência	
	N	%
Sexo		
Feminino	176	50,6
Masculino	172	49,4
Renda familiar (1)		
< 1 salário	238	68,4
≥ salário	110	31,6
Água tratada no domicílio		
Não	227	65,2
Sim	121	34,8
Sanitários no domicílio		
Não	187	53,7
Sim	161	46,3
Esgoto		
Não	328	94,3
Sim	20	5,7

(1) Salário mínimo: R\$ 465,00.

Fonte: Miranda (2010).

Em um estudo realizado no Estado de Alagoas¹² foi interrogado sobre a condição de saúde das crianças e as patologias mais frequentes. Como resultado, foi obtido que 33,8% de 970 crianças haviam apresentado diarreia nas últimas duas semanas. Com 89% das mães apresentando conduta

adequada à afecção gastrointestinal. Na semana anterior ao estudo, 27,2% das crianças apresentaram algum tipo de acometimento respiratório. Nos últimos 6 meses, 31,8% das crianças não tinham acompanhamento do crescimento. E apenas 59% das crianças haviam recebido aleitamento materno exclusivo por um mês. A tabela 3 apresenta os resultados completos desse estudo.

Tabela 3. Distribuição das crianças de 6 a 59 meses das comunidades remanescentes de quilombos segundo variáveis referentes a Saúde no estado de Alagoas, Brasil:

Variáveis (amostra)	No.	%
Diarreia nas 2 últimas semanas (<i>n</i> = 970)		
Sim	328	33,8
Não	642	66,2
Afecção respiratória na última semana (<i>n</i> = 952)		
Sim	259	27,2
Não	693	72,8
Internação hospitalar no último ano (<i>n</i> = 957)		
Sim	101	10,6
Não	856	89,4
Conduta da mãe para diarreia (<i>n</i> = 954)		
Adequada ^a	859	89,1
Inadequada	105	10,9
Acompanhamento do crescimento nos últimos 6 meses (<i>n</i> = 770)		
Sim	477	61,9
Não	293	38,1
Suplementação vitamina A (<i>n</i> = 825)		
Sim	521	63,2
Não	304	36,8
Frequentou creche ou escola nos últimos 6 meses (<i>n</i> = 969)		
Sim	198	20,4
Não	771	79,6
Aleitamento materno exclusivo por no mínimo 1 mês (<i>n</i> = 937)		
Sim	557	59,4
Não	380	40,6
Tipo de parto (<i>n</i> = 968)		
Normal	770	79,5
Outros	198	20,5
Profissional que realizou o parto (<i>n</i> = 946)		
Médico/enfermeiro	739	78,1
Outros	207	21,9

^a Oferta de sais de reidratação oral e aumento da oferta hídrica.

Fonte: Ferreira (2011).

Além disso, nesse mesmo estudo, foi investigada a prevalência de anemia entre as crianças. Foi constatada uma prevalência de anemia de 52,7% em 937 crianças. E foi notada uma associação inversa com a idade. Quanto menor a criança, maior a chance de desenvolvimento de anemia ($P < 0,001$).

No que se refere à mortalidade infantil, apenas um artigo foi encontrado fazendo referência ao tema (Quadro 7).

Quadro 7: Estudos relativos a mortalidade infantil:

Título do estudo	Número de participantes
Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade quilombola do Estado da Paraíba.	562 participantes

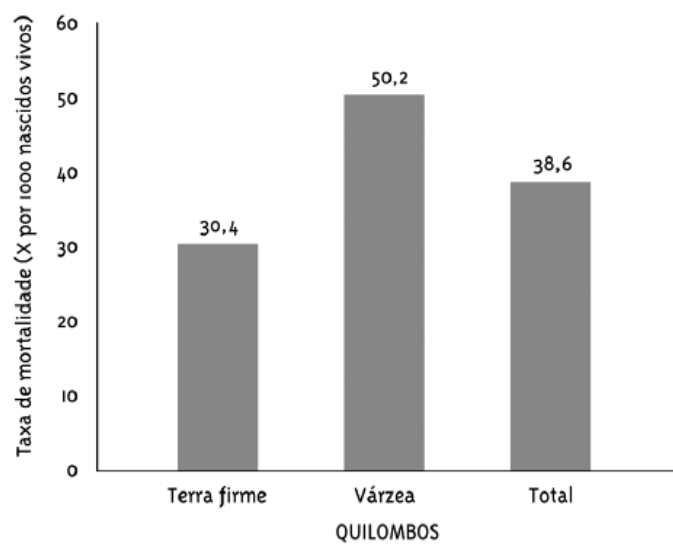
No trabalho realizado no Estado do Pará no município de Santarém¹⁰, foi investigado o índice de mortalidade infantil. Participaram do estudo seis comunidades quilombolas pertencentes a regiões diferentes do município. Algumas residiam em região de terra firme e outras em região de Várzea. Sendo a maior parte dos habitantes moradores da região de terra firme.

O cálculo da estimativa da mortalidade infantil foi realizado através de dados e informações coletados a partir de pesquisa censitária nos domicílios. E a classificação foi feita baseando-se nas recomendações do Ministério da Saúde. Portanto, foi considerada alta taxa de mortalidade quando os óbitos ultrapassavam ou se encontravam em 50 óbitos por 1000 habitantes nascidos vivos. A taxa média se encontrava entre 20-49 óbitos por mil nascidos vivos. E baixa quando alcançou 20 óbitos por mil nascidos vivos.

A estimativa geral do cálculo da mortalidade infantil em todas as seis comunidades pesquisadas no estudo foi de 38,6 por mil nascidos vivos. No entanto, a população residente na região de Várzea apresentou uma classificação alta de mortalidade infantil, alcançando o índice de 50,2 óbitos por mil nascidos vivos. Já para os habitantes das regiões de terra firme, encontrou-se o índice de 30,4 óbitos por mil nascidos vivos, classificação média de mortalidade infantil.

No gráfico 1, encontra-se as estimativas da mortalidade infantil por áreas geográficas.

Gráfico 1: Estimativa da mortalidade infantil mediante área de localização da comunidade quilombola do município de Santarém, Pará, Brasil.



Fonte: Silva (2007).

VI. DISCUSSÃO

Nota-se, inicialmente, o pequeno número de artigos relativos à área e a escassez de estudos relacionados às comunidades quilombolas e menor ainda quantidade de estudos sobre crianças de comunidades quilombolas.

Apesar do pequeno número de trabalhos elegíveis para essa revisão, constata-se precariedade nas diversas áreas relativas à saúde infantil nestas comunidades.

No que se refere ao saneamento básico, observa-se que as condições sanitárias das comunidades quilombolas encontram-se insuficientes para a promoção da saúde, provocando um estado de vulnerabilidade das crianças quilombolas. Já é compreendido há tempos que os problemas sanitários e ambientais estão relacionados com a saúde ¹⁷. E no que tange a infância, desde há muito sabe-se que as precárias condições sanitárias estão associadas ao aparecimento de diversas patologias como as enteroparasitoses e a diarreia ¹⁸.

Quanto às condições educacionais, apesar dos poucos artigos relativos ao tema, nota-se uma dificuldade de acesso à escola e a interrupção do ciclo de ensino. Essa condição educacional corrobora o que é encontrado nos dados do IBGE no que se refere às condições de educação da população negra de uma maneira geral. Segundo o último recenseamento ¹⁹ em 2010, encontra-se que a taxa de analfabetismo dos indivíduos que se consideraram de cor “preta” foi de 14,4% contrastando com a faixa de 5,9% dos autodeclarantes “brancos” e estando próximo ao número de 13% dos indivíduos que se declararam “pardos”.

Quando analisamos o perfil nutricional e as condições antropométricas das crianças, percebe-se que o erro alimentar é frequente no uso e preparo das mamadeiras oferecidas às crianças. Conforme recomenda a Sociedade Brasileira de Pediatria, as crianças não devem mais utilizar mamadeiras em qualquer idade, passando do seio materno diretamente ao copo ²⁰. Além disso, há forte recomendação para utilizar-se achocolatado na alimentação da crianças apenas a partir dos 24 meses de idade ²¹.

Quanto ao perfil antropométrico, nota-se que o índice de deficit estatural foi alto (23,3%), acometendo aproximadamente 226 crianças de um total de 973 que participavam do estudo. Tal alteração ocorreu com maior frequência nas crianças de maior idade o que indica que o risco nutricional é cumulativo. Comparando-se com um estudo nacional que tinha por objetivo estimar a prevalência de desnutrição infantil no Brasil, foi encontrado que a prevalência de deficit estaturalidade foi de 6,8% ²². Ou seja, a prevalência de deficit estatural das crianças quilombolas do Estado do Alagoas foi aproximadamente 3,4 vezes maior que a média nacional.

Além do deficit estatural, nota-se uma tendência ao sobrepeso nas crianças do estudo, fato que corrobora a ausência de orientação alimentar adequada.

Relativas às condições de morbidade, encontrou-se alta prevalência de enteroparasitoses nas crianças pertencentes às comunidades quilombolas.

Quanto às demais patologias da infância, relata-se que as crianças quilombolas tem maior predisposição à ocorrência de diarreia e problemas respiratórios. Além disso, percebe-se que há um indicativo de baixo acesso ao Sistema de Saúde, já que a frequência de amamentação no primeiro mês de vida é baixo e o acompanhamento do crescimento das crianças tem frequência insuficiente.

Apesar do decréscimo da mortalidade infantil de uma maneira geral, a taxa de mortalidade infantil mostra-se alta nas comunidades quilombolas. No trabalho realizado no município de Santarém, no Pará, no ano de 2007, a taxa de mortalidade infantil foi de 38,6 por mil nascidos vivos. Essa estimativa é superior à média do Estado do Pará nessa mesma época: 23,1 por mil nascidos vivos; é maior que a média da região norte: 22,1 por mil nascidos vivos; e, também superior que a média nacional no ano em que foi realizado esse estudo: 20,0 por mil nascidos vivos²³.

V.1. Limitações do estudo

As limitações do estudo referem-se principalmente a quantidade de artigos encontrados na literatura no que diz respeito ao tema abordado. Apenas oito artigos reproduziam diretamente o tema em foco. E todos os estudos encontrados relatavam condições focais de uma comunidade, localidade

ou de comunidades de um determinado estado. Não foi localizado nenhum artigo que se referisse a um inquérito Nacional sobre a saúde da criança em comunidades quilombolas.

V.2. Continuação do estudo

É importante ressaltar que esse trabalho servirá de base bibliográfica para um estudo em andamento que tem por objetivo analisar a saúde da criança de uma comunidade quilombola localizada no município de Salvador.

A comunidade de Bananeiras, em processo de estudo, está localizada em Ilha de Maré, uma das ilhas pertencentes à Baía de Todos os Santos no município de Salvador.

A pesquisa em processamento diz respeito a análise antropométrica e das condições de saúde das crianças frequentadoras da única creche presente na comunidade quilombola.

VII. CONCLUSÕES

1. Dos artigos encontrados, os resultados sugerem que as crianças de comunidades quilombolas encontram-se em situação de vulnerabilidade revelada pelas más condições sanitárias e ambientais, pelo índice acima da média de mortalidade infantil, pelas condições dificultadas de acesso à escola e incidência de deficit nutricional.
2. As situações relatadas nos permitem deduzir que o acesso à saúde dessas crianças e da população quilombola ocorre de maneira precária necessitando ainda mais de políticas públicas de saúde voltadas para essas comunidades.
3. Existe a necessidade de novos estudos voltados para essa parte da população e de um trabalho que conduza um inquérito nacional de acompanhamento das crianças de comunidades quilombolas.

VIII. SUMMARY

Title: children health condition in maroon communities: a systematic review

Introduction: Maroon communities are ethnic groups mainly formed by black communities, self-defined by their cultural and territorial relation. Despite their historic importance, these communities face vulnerable health situation. Such difficulty becomes even more concerning when analyzing children health, given the importance of this life phase for the development of the human being.

Goal: to review literature and recognize children health condition in maroon communities.

Methodology: a research was conducted at databases SCIELO, PUBMED and LILACS, using combined key-words. Articles in English and Portuguese from 2003 and 2013 were accepted.

Results: 8 articles were selected. Three of them approached poor sanitary and environmental conditions in maroon communities. Two articles approached the school teaching vulnerability. Analyzing their nutritional conditions, data relating feeding error in some communities were found. Regarding the anthropometric profile, cumulative stunting was the most relevant finding. One study brought evidence of high rates of child mortality in a certain maroon community of the Country.

Discussion: related to sanitation, it was observed that sanitary conditions of maroon communities were insufficient, causing a vulnerability situation. About education, the studies pointed school access difficulties and thus schooling interruption. This educational condition is according to what is found in IBGE records regarding black population education in general. When analyzing the nutritional profile, it becomes evident the high frequency of feeding error. Regarding the anthropometric profile, stunting index is noticeably high, 3 or 4 times higher than national average. Despite the general decrease of child mortality, it is still high in maroon communities. In this present review the average rate was higher than the state, region and national rates. **Conclusions:** the results of this paper suggest that children from maroon communities live in vulnerable conditions due to poor sanitary and environmental conditions, elevated rate of child mortality, difficulty in school access, and nutritional deficit incidence.

Key-words: 1. Quilombolas – saúde infantil. 2. Communities of runaway slaves - Health. 3. Children Health. 4. Title

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leite IB, Almeida AB, Muller BC, Mombelli R, Fernandes RC, Ratts A, et al. Territórios Quilombolas e conflitos. Caderno de debates nova cartografia social. UEA Edições. 2ª edição. Manaus. 2010.
2. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa Brasileira, DF: Senado Federal; 1988.
3. Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária [Homepage na internet]. Estrutura Fundiária: Quilombolas [acesso em 2013 Mar 12]. Disponível em : <http://www.incra.gov.br>.
4. Silva JAN. Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. Saúde Soc. São Paulo. 2007 Mai;16 (2):111-24.
5. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Racismo como Determinante Social de Saúde. Brasília, 2011.
6. Frias PG, Szwarcwald CL, Lira PIC. Estimação da mortalidade infantil no contexto de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS). Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife. 2011 Out;11(4):463-70.
7. Portal da Igualdade [Homepage naInternet]. Programa Brasil Quilombola [acesso em 12 Mar 2013]. Disponível em: <http://www.portaldaigualdade.gov.br/>.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da Criança: Acompanhamento do desenvolvimento e crescimento infantil. Série Cadernos da Atenção Básica, nº 11. Brasília, 2002.
9. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Brasil). Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil. Rio de Janeiro, 1999.

10. Guerrero AFH, Silva DO, Toledo LM, Guerrero JCH, Teixeira P. Mortalidade Infantil em Remanescentes de Quilombos do Município de Santarém - Pará, Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*. 2007 Mai;16(2):103-10.
11. Monteiro CA, Benicio MHD, Konno SC, Silva ACF, Lima ALL, Conde WL. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *Revista Saúde Pública*. 2009 Jan;43(1): 35-43.
12. Ferreira HS, Lamenha MLD, Xavier Júnior AFS, Cavalcante JC, Santos AM. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. *Revista Panam. Salud Publica*. 2011 Jul;30(1):51-8.
13. Miranda GC, Datolli VCC, Lima AD. Enteroparasitos e condições sanitárias e ambientais em uma comunidade quilombola do semiárido baiano. *Revista de Patologia Tropical*. 2010 Jan;39(1): 48-55.
15. Miranda SA. Educação escolar quilombola em Minas Gerais: entre ausências e emergências. *Revista Brasileira de Educação*. 2012 Mai;17(50).
16. Figueiredo MC, Boaz CMS, Bonacina CM, Fabricio FK, Silva KVC. Avaliação do Padrão Alimentar de quilombolas da comunidade de Limoeiro do Bacupari, Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo*. 2011 Mai;16(2):130-5.
17. Freitas CM. Problemas Ambientais, saúde coletiva e problemas sociais. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2003 Ago;8(1):137-50.
18. Gross R. The impact of improvement of water supply and sanitation facilities on diarrhea and intestinal parasites: a Brazilian experience with children in two low income urban communities. *Revista de Saúde Pública*. 1989 Mar;23(3):214-20.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Homepage na Internet]. Censo Demográfico 2010 [acesso em 2013 Jun 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
20. Sociedade Brasileira de Pediatria [Homepage na Internet]. Conversando com o pediatra [acesso em 2013 Jun 12]. Disponível em: <http://www.sbp.com.br>

21. Sociedade Brasileira de Pediatria. Obesidade na infância e adolescência: manual de nutrição. 2ª edição. Rio de Janeiro.
22. Monteiro CA, Benício MHD, Konno SC, Silva ACF, Lima ALL, Conde WL. Causas do declínio da desnutrição no Brasil, 1996-2007. *Revista de Saúde Pública*. 2009 Jan;43(1):35-43.
23. Base de dados do Sistema Único de Saúde [Homepage na Internet]. Indicadores de mortalidade: taxa de mortalidade infantil [acesso em 2013 Jun 23]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
24. Cardoso MO, Silva LM. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Revista de Saúde Pública*. 2012 Jul. 28(7):1273-84.
25. Facchini LA, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006 Jan;11(3):669-81.
26. Szwarcwald CL, et al. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Mundial de Saúde, 2003. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2005 Dez; 5(1):11-22.
27. Munanga K. Origem e histórico do Quilombo na África. *Revista USP*. 1996 Fev;28: 58-63.
28. A cor da cultura [Homepage na Internet]. Programas [acesso em 2013 Ago 02]. Disponível em: www.acordacultura.org.br.
29. Leite IB. Os quilombos no Brasil: Questões conceituais e normativas. *Revista Etnográfica*. 2000 Nov; 4(2): 333-354.
30. Chagas MF. A Política do Reconhecimento de Remanescentes de Quilombos. *Horizontes Antropológicos*. 2001 Jul; 7(15): 209-235.
31. Pesquisa Escolar Online [Homepage na Internet]. Quilombolas [acesso em 2013 Ago 02]. Disponível em: <http://basilio.fundaj.gov.br>.
32. Instituto Socioambiental [Homepage na Internet]. Boletim Socioambiental [acesso em 2013 Ago 02]. Disponível em: www.socioambiental.org.
33. Comissão Pró Índio de São Paulo [Homepage na Internet]. Comunidades Quilombolas no Brasil [acesso em 2013 Ago 02]. Disponível em: www.cpisp.org.br.

