

Ligia Amaral Filgueiras¹
Hilton P. Silva^{2,3,4}

SOCIOECOLOGIA E SAÚDE DE POPULAÇÕES QUILOMBOLAS DO PARÁ, AMAZÔNIA, BRASIL

SOCIOECOLOGY AND HEALTH OF QUILOMBOLA POPULATIONS OF PARÁ, AMAZONIA, BRAZIL

¹ Universidade do Estado do Pará - UEPA, Departamento de Ciências Naturais, Belém, Pará, Brasil.
Grupo de Pesquisa e Estudos em Bioantropologia do Pará – GEB-UEPA, ligiafilgueiras@gmail.com.

² Universidade Federal do Pará - UFPA, Programa de Pós-Graduação em Antropologia – PPGA, Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia – PPGSAS, hdsilva@ufpa.br.

³ Laboratório de Estudos Bioantropológicos em Saúde e Meio Ambiente - LEBIOS, Belém, Pará, Brasil.

⁴ Centro de Investigação em Antropologia e Saúde - CIAS, Universidade de Coimbra, Portugal.

RESUMO

Quilombolas são populações afrodescendentes que conseguiram sobreviver à escravidão e constituir sociedades contemporâneas com organização política, territorial e econômica própria. São grupos considerados vulnerabilizados devido a suas condições de vida, formas de subsistência e ao enfrentamento de violência e racismo cotidianos, fatores que interferem diretamente em seu bem-estar. A partir de uma perspectiva bioantropológica, analisamos 306 famílias de seis comunidades quilombolas do estado do Pará utilizando técnicas antropométricas, questionários, entrevistas semiestruturadas e exames físicos sobre a situação socioecológica, nutricional e de saúde. Em geral as condições socioecológicas afetam sobremaneira a vida dessas populações, pois todas carecem de saneamento ambiental, água tratada, vivem em habitações precárias, onde muitas vezes não há banheiro interno. Essas condições influenciam nos altos níveis de parasitismo, infecções respiratórias, doenças de pele e outras enfermidades infectocontagiosas e crônicas. A escolaridade é baixa e o acesso à serviços de saúde é difícil devido as distâncias entre as comunidades e as áreas urbanas. A investigação a partir de uma perspectiva bioantropológica permitiu concluir que os determinantes sociais de saúde vivenciados por essas comunidades exercem enormes pressões sobre suas vidas, resultando em problemas como excesso de peso e outras doenças crônicas, doenças infecciosas e parasitárias e estresse, que se refletem em elevada morbidade, principalmente entre as mulheres, e potencialmente reduzida expectativa de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da População Negra. Determinantes Sociais de Saúde. Doenças Crônicas. Racismo. Bioantropologia.

ABSTRACT

Quilombolas are communities of afrodescendants in Brazil that managed to survive slavery, and later built contemporary societies with autonomous political, territorial and economic organization. They are considered vulnerable groups due to their life conditions, modes of subsistence, daily violence, and racism, factors that directly affect their well-being. Using a bioanthropological approach, a group of 360 families from six quilombola communities of Pará State, in the Amazon region, were studied utilizing anthropometric techniques, physical exams questionnaires and semistructured interviews regarding their socioecological, nutritional, and health situation. In general, the socioecological conditions have a strong impact in their lives as all residents of these communities lack adequate sanitary infrastructure, treated water, and live in precarious housing conditions, with no indoor sanitation facilities, leading to high levels of parasites, respiratory infections, skin diseases, and other infectious and chronic diseases. They have a low level of education, and access to health services is difficult due to the long distances between their communities and developed urban areas. By embracing a bioanthropological perspective this investigation was able to conclude that the Social Determinants of Health exert strong pressure on the lives of these communities, resulting in problems such as excess weight and other chronic illnesses, infectious diseases and stress, which appear in the form of high morbidity, especially among the women, and potentially reduced life expectancy.

KEYWORDS: Health of the Black Population, Social Determinants of Health, Chronic Diseases, Racism, Bioanthropology.

1. INTRODUÇÃO

As comunidades remanescentes de quilombos são formadas por populações afrodescendentes, cujos ancestrais fugiram para locais isolados e ali constituíram sociedades com organização política, territorial e economia próprias, geralmente isoladas, a fim de evitar a recaptura (TRECCANI, 2006; FREITAS *et al.*, 2011, SILVA *et al.*, 2016). Ao longo das últimas décadas muitas disputas políticas e jurídicas ocorreram sobre o significado e as implicações do termo Quilombo (ARRUTI, 2008; BRASIL, 2004, 2018), mas a luta das comunidades pelos territórios ancestrais e manutenção do seu estilo de vida permanecem ativas. Embora nesses grupos as condições de saúde e os determinantes sociais que as propiciam não sejam muito diferentes do quadro geral da população negra brasileira (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE - CNDSS, 2008), para eles, as limitações territoriais e o não reconhecimento legal de suas terras acrescentam uma outra camada de vulnerabilidade. Na década anterior a 2019 foram certificadas pela Fundação Cultural Palmares 3.168 comunidades quilombolas¹, porém, não se sabe ao certo quantos remanescentes de quilombos existem no país uma vez que o censo demográfico de 2020, que pela primeira vez iria incluí-los, foi suspenso por causa da pandemia de Covid-19.

No estado do Pará os dados disponíveis sobre situação da saúde e ambiente das populações quilombolas pouco diferem do quadro nacional do ponto de vista de acesso a serviços públicos, saneamento ambiental, educação e infraestrutura (BRASIL, 2008a; OLIVEIRA *et al.*, 2011; GUIMARÃES e SILVA, 2015; MELO e SILVA, 2015; CAVALCANTE e SILVA, 2019). No entanto, muito ainda se desconhece sobre a saúde desses grupos devido ao gigantismo da Amazônia e ao baixo número de pesquisas dessa natureza na região Norte.

As contribuições deste estudo serão a ampliação das informações disponíveis sobre as populações negras rurais do Brasil e a demonstração de como uma abordagem bioantropológica pode contribuir para este propósito. Adicionalmente, a divulgação das informações relativas às condições socioecológicas e de saúde desse amplo conjunto de populações rurais afrodescendentes da Amazônia, representativo da diversidade socioambiental da região, poderá fornecer subsídios para o empoderamento das populações e a implementação de políticas públicas voltadas a esses grupos historicamente negligenciados.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Os dados obtidos para este trabalho são oriundos de projetos de pesquisa desenvolvidos entre 2008 e 2018, previamente aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (ICS/ UFPA) (CAAE: 21328913.3.0000.0018, Protocolo Nº 060/07 CEP - CCS/UFPA)

¹ <http://cultura.gov.br/144-comunidades-quilombolas-foram-certificadas-em-2018%EF%BB%BF/>. Acesso em: 30 mar. 2020.

e que seguiram as resoluções 196 e 466 do Conselho Nacional de Saúde. Trata-se de uma pesquisa no campo da bioantropologia, de cunho transversal, descritiva, exploratória, com elementos analíticos quantitativos e qualitativos, pois segundo Teixeira (2005, p.129):

Na pesquisa qualitativa, o social é visto com um mundo de significado passível de investigação e a linguagem dos atores sociais e suas práticas, as matérias primas dessa abordagem. É o nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que se expressa pela linguagem comum e na vida cotidiana, o objeto da abordagem qualitativa.

Tem também caráter quantitativo, já que o objetivo das análises é apresentar resultados de amostras que permitam produzir informações aprofundadas e ilustrativas sobre a realidade dos grupos investigados, independentemente do tamanho populacional (MERLIN e MERLIN, 2007).

Inicialmente, realizamos visitas e estabelecemos contato com as lideranças comunitárias, obtendo assim seu consentimento para o desenvolvimento das pesquisas e informações geográficas e espaciais dos territórios. Em seguida, os projetos foram submetidos ao sistema CEP/CONEP para aprovação.

Em face às dificuldades financeiras e logísticas de se conduzir estudos de longo prazo sobre populações rurais amazônicas, optou-se por uma amostragem casuística, aleatória e voluntária das famílias, porém garantindo que em todas as comunidades seriam incluídos acima de 10% dos seus integrantes.

O levantamento dos dados foi feito via visita domiciliar pela equipe de pesquisadores ou em barracões, igrejas ou escolas das localidades do estudo, de acordo com a disponibilidade dos voluntários. Foram incluídas na pesquisa as pessoas que concordaram em participar de todas as etapas propostas pelo estudo (medidas antropométricas, entrevista, aferição dos sinais vitais). Foram excluídos da pesquisa os participantes com patologias que interferissem na mensuração do peso e da altura. Todas as pessoas maiores de 18 anos que concordaram em participar de maneira voluntária, foram informadas sobre as diversas etapas da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Participaram da amostra 731 pessoas adultas, oriundas de 318 famílias quilombolas que aceitaram participar voluntariamente dos projetos.

Os dados antropométricos analisados para este trabalho foram: Altura (medida através de um estadiômetro portátil da marca GMS, fabricado na Suíça, com escala de 0 a 200 cm); Peso (medido através de uma balança eletrônica portátil calibrada pelo INMETRO, com capacidade para até 20kg), que originaram o Índice da Massa Corpórea (IMC) e circunferência da cintura. Todos esses procedimentos foram coletados seguindo os protocolos descritos por Frisancho (1990, 2008), Weiner e Lourie (1981), Organização Mundial de Saúde - OMS (1995), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN (BRASIL, 2008b).

A avaliação de saúde foi feita por meio de exame clínico realizado por profissionais médicos da equipe, que registravam também a anamnese, a incidência de doenças e sua situação vacinal.

Também foram aplicados questionários estruturados com as variáveis socioeconômicas: sexo, idade, raça/cor, escolaridade, renda familiar, recebimento de auxílios governamentais, número de cômodos no domicílio, material usado para construções das moradias, abastecimento e tratamento de água, destino do esgoto, manejo do lixo, atividades laborais, estratégias de subsistência e bens de consumo disponíveis no domicílio e alimentação, seguindo Silva (2001).

Todas as informações coletadas foram incorporadas em bancos de dados no programa SPSS, onde foram feitas análises descritivas para os dados socioeconômicos e demográficos. Para as variáveis quantitativas utilizou-se médias, desvio padrão e o Test t de Student. Todas as análises foram realizadas sem qualquer identificação pessoal.

3. RESULTADOS

3.1. As condições socioecológicas das comunidades quilombolas paraenses

Foram avaliadas 731 pessoas, de 18 a 98 anos de idade. A maioria foi de mulheres (62,56%). 52,2% afirmam que moram nas comunidades quilombolas há mais de 30 anos. 64,58% relatam de um a cinco pessoas compondo a família. 46,1% possuem o ensino fundamental incompleto. 50,16% recebem menos que um salário-mínimo e 69,1% recebem suporte governamental, principalmente do Programa Bolsa Família; 7,35% recebem outros auxílios como Bolsa Cidadã, Bolsa Trabalho, Programa Nacional de Integração da Educação Básica com a Educação Profissional na Modalidade de Educação de Jovens e Adultos (PROEJA), Pró-Jovem e Bolsa Escola.

Em relação à ocupação, as principais atividades econômicas encontradas nas famílias quilombolas se relacionam a agricultura (55,97%) e pesca (22,01%) para homens e serviço doméstico para mulheres (18,06%). Encontramos um homem e oito mulheres como professores municipais (0,31 e 2,52%, respectivamente). Entre as mulheres encontramos duas Agentes Comunitárias de Saúde e uma Auxiliar de Enfermagem. Outras fontes de renda são a venda de açaí, farinha, banana, cupuaçu, mel e alguns trabalhos informais na lavoura feitos pelos homens.

Foi relatado que sete crianças em idade escolar não estavam regularmente matriculadas em escolas (a Escola Família Rural havia fechado na Comunidade do Mola). E 19 jovens estavam fora da escola (5,97%). As razões alegadas foram: ausência do ensino médio na comunidade, ausência de transporte escolar, falta

de perspectivas em continuar os estudos, ter que trabalhar para sustento da família e gravidez. Apesar das dificuldades de acesso, a frequência escolar nas comunidades é mantida sobretudo por conta do acesso à merenda, que muitas vezes é a sua principal refeição do dia.

Quanto às condições de moradia, 68,14% das casas são feitas de madeira e apenas 20,59% de tijolo. O piso é de madeira (50,34%) e o teto é de telhas de barro (71,92%). 38,46% afirmam que suas casas possuem três cômodos, porém, as divisões internas das casas dependem dos recursos e hábitos dos moradores, pois não há, muitas das vezes, paredes separando os espaços. Durante a pesquisa foram identificadas algumas casas com tijolos, lajotas no piso e paredes. Entretanto, nota-se que em muitas residências as paredes continuam de madeira para facilitar a ventilação, já que, segundo a fala de um quilombola: “de alvenaria fica muito quente” (FIGURA 1).



Figura 1: Casa quilombola mostrando as instalações da cozinha. Notar as lajotas no chão e as paredes, que são de madeira para melhorar a ventilação. Fonte: Filgueiras e Silva, 2013.

A cozinha é interna em 83,44% das casas, porém, 81,15% dos banheiros ficam fora da casa. Alguns relatam que o sanitário fica atrás da cozinha, de 2 a 100 metros de distância, ou pode-se usar o próprio fundo do quintal, em um buraco cavado no chão, a fossa negra (16%). Muitos afirmam que a estrutura física de um sanitário em si não existe e que o próprio mato serve para suas necessidades fisiológicas. A rede de esgoto é inexistente na maioria das comunidades investigadas, bem como qualquer forma de saneamento ambiental. Os destinos do escoadouro do banheiro ou do sanitário são: céu aberto (56,6%), rios ou igarapés (15,72%).

É comum buracos encontrados no fundo do quintal para o despejo do lixo não orgânico, que é em grande parte queimado (85,37%).

A origem da água para beber vem dos igarapés ou rios (27,3%) ou poços abertos (20,4%). Para o tratamento da água, alguns dos métodos utilizados pelos moradores são: coar/filtrar (10,06%) e o uso de hipoclorito de sódio, distribuído pelos agentes comunitários de saúde, que representa 44,65% dos métodos.

Os bens de consumo duráveis identificados em cada domicílio foram classificados em Equipamentos de Trabalho (barco, moto, canoa, bicicleta, motor), Sala/Cozinha (geladeira, fogão a gás) e Equipamentos de Lazer (rádio, televisão, celular, aparelho de som) e estão representados na Figura 2:

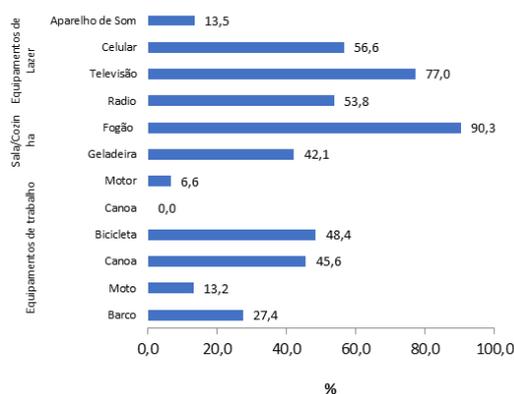


Figura 2: Bens de consumo duráveis encontrados nas comunidades quilombolas estudadas, Estado do Pará, Brasil.

Mais de 80% das comunidades quilombolas do estado já possuem eletricidade e por isso o uso de certos eletrodomésticos como máquina de lavar e outros já é mais frequente (FIGURA 3).



Figura 3: Máquina de lavar em funcionamento na comunidade África/Laranjituba, Abaetetuba, Pará, Brasil. Fonte: Filgueiras, 2009.

Os 15% que não tem eletricidade utilizam gerador próprio ou da comunidade, lampião ou candeieiro a querosene, pilhas para lanternas e velas para iluminação noturna.

3.2. Situação de saúde e status nutricional das comunidades quilombolas

Dos 731 adultos analisados, 607 tinham entre 18 a 59 anos (83,03%), enquanto os que tinham mais de 60 anos somaram 124 (16,96%). Houve pequena variação nas medidas antropométricas na população em geral. No entanto, quando se estratifica por sexo e idade, altura e peso indicaram diferença significativa entre homens de 18 a 59 e acima de 60 anos ($p > 0,001$ e $p > 0,001$ respectivamente) e entre as mulheres de 18 a 59 anos e acima de 60 anos ($p > 0,002$ e $p = 0,042$ respectivamente). Não houve diferença estatística entre homens e mulheres no critério IMC, porém podemos apontar casos de sobrepeso e obesidade em ambos os sexos e faixas etárias e 7,01% dos homens de 18 a 59 anos apresentaram baixo peso. A circunferência da cintura apontou diferença significativa entre as mulheres de 18 a 59 e as com mais de 60 anos ($p = 0,001$).

Na Tabela 1 apresentamos a situação da amostra investigada segundo o Índice de Massa Corpórea dos quilombolas.

Tabela 1. Classificação do Índice de Massa Corpórea de 731 quilombolas das comunidades estudadas e suas porcentagens, Pará, Brasil, de acordo com os parâmetros da Organização Mundial de Saúde (1995).

Classificação do IMC	MULHER		HOMEM	
	18-59 anos (n = 379) (%)	>60 anos (n = 63) (%)	18-59 anos (n = 228) (%)	>60 anos (n = 61) (%)
Adequado (18,5 a 24,9kg/m ²)	38,52	38,1	60,09	63,33
Sobrepeso (25 a 29,9kg/m ²)	34,04	28,57	32,02	31,67
Obesidade (acima de 30kg/m ²)	24,8	28,57	7,01	5,0
Baixo peso (Menor que 18,5kg/m ²)	2,64	4,76	0,88	0

Os quilombolas entrevistados indicam que não há serviços de saúde próximos de suas comunidades (33,33%) e que em caso de necessidade de consultas ou emergências têm que se deslocar para as áreas urbanas mais próximas. Mencionam também que há agentes comunitários de saúde (25,69%), mas não é um serviço muito frequente, pois às vezes “ele não para aqui na comunidade” ou “quando aparece é só uma vez ao mês, mas não resolve nada”. 7,64% das comunidades podem contar com apoio regular da Pastoral da Criança e a maioria utiliza

principalmente os remédios caseiros para suas doenças mais frequentes.

Através de exame clínico, as principais doenças observadas nos moradores em relação à pele são: Pano branco (*Ptíriase versicolor*) (19,96%), outras lesões na pele/fungos (11,06%), dermatites (8,46%), manchas de sol, cloasmas (3,9%) e acne (1,74%). Cerca de 39,91% da população estudada não apresentava alterações cutâneas ao exame físico.

Não foi encontrado anormalidades nos cabelos e/ou couro cabeludo (83,66%), porém houve casos de dermatite seborreica (13,07%), feridas e pediculose em algumas crianças e em dois adultos (3,27%). Não foram identificados casos de hanseníase na amostra.

Sobre a saúde ocular observamos alterações como a perda de acuidade visual, tanto do olho direito quanto esquerdo em diversos moradores (10,34%), miopia (10,13%), presbiopia (9,7%), catarata (6,47%), pterígio (2,16%) e perda total da visão (0,43%), todavia 60,77% apresentaram-se normais para esta condição. 18,87% apresentavam as mucosas oculares descoradas, sinal sugestivo de anemia ferropriva.

Em relação ao sistema respiratório foi comum encontrar pessoas com tosse, catarro e congestão nasal (15,67%) e dispneia (4,72%). 2,36% relataram sofrer de asma/alergia, porém 77,25% das pessoas foram consideradas sem alterações patológicas no momento do exame clínico.

Sobre o sistema digestório, 57,94% relataram que estavam se sentindo normais à época da consulta. 25,32% relataram algum tipo de dor abdominal, 3,86% mencionaram sofrer de diarreia frequente, 1,93% apresentavam cáries, 1,93% também mencionaram sofrer de constipação. 9,01% apresentavam abdômen dilatado, indicativo de prováveis casos de verminose.

4. DISCUSSÃO

A maioria das casas das comunidades investigadas são feitas de madeira e têm poucos cômodos, o que é corroborado por Oliveira *et al.* (2011) em um estudo com 133 comunidades quilombolas em 33 municípios paraenses, onde identificaram que 87,96% das casas eram de madeira. Na pesquisa de Melo e Silva (2015), também no Pará, 96% das casas quilombolas também eram feitas de madeira. Silva (2007) estudando a comunidade quilombola de Caiana dos Crioulos no estado da Paraíba observou que a maioria ali eram casas de taipa, mas existiam algumas em alvenaria, com média de cinco cômodos. Pinho *et al.* (2013) afirmam que 41,2% das moradias dos quilombos investigados na Ilha do Marajó, PA, são feitas de alvenaria e 39,56% de madeira.

No que concerne o uso de energia elétrica, em novembro de 2003 o governo federal lançou, através do Decreto nº 4.873 de 11/11/2003 o Programa Luz

Para Todos, cuja meta seria levar eletricidade a todas as regiões do país. Em muitos locais da Amazônia isso se realizou, porém, ainda há comunidades que não estão sendo beneficiadas. Melo e Silva (2015) apontam que 64% das comunidades estudadas têm eletricidade e Oliveira *et al.* (2011) relatam que apenas 11% das comunidades quilombolas paraenses não possuem energia elétrica. Porém, 18% ainda utilizam geradores, lamparinas ou velas regularmente devido à instabilidade da rede elétrica. As comunidades aqui investigadas ainda têm acesso limitado e irregular a eletricidade, o que cria diversas dificuldades para o ensino, para a saúde e para o cotidiano destas populações.

A Pesquisa de Avaliação da Situação de Segurança Alimentar e Nutricional em Comunidades Quilombolas Tituladas (BRASIL, 2013a) também informa que 87,6% das comunidades pesquisadas possuíam energia elétrica, entretanto 51% das lideranças consideravam o serviço insuficiente. Segundo Gomes *et al.* (2013) 94,6% das casas de sua amostra possuíam energia elétrica. Já Monteiro (2016) afirma que somente 44,4% da população possui luz elétrica em suas casas, um valor considerado abaixo do encontrado na Chamada Nutricional Quilombola (BRASIL, 2007) (81,8%). Mendes (2006) relata que, particularmente, na comunidade de Santo Antônio, em Concórdia, havia luz elétrica apenas na escola e na casa de uma das professoras naquele período. Como não há dados oficiais nacionais, uma vez que essa população seria, pela primeira vez, incluída no censo de 2020, que não se realizou por causa da pandemia de Covid-19. As amostras descritas demonstram, em geral, uma carência de acesso à eletricidade, ainda que com ampla variação nas diversas regiões do país.

A maioria dos quilombolas pode ser considerada adequada em relação ao IMC, porém, como visto na Tabela 1, há expressivo número de casos de sobrepeso e obesidade, tanto em homens quanto em mulheres, na faixa etária de 18 a 59 anos e acima de 60 anos, com maiores percentuais de obesidade para as mulheres. Esta situação representa o processo de transição nutricional que estas populações vivenciam. Apesar das dificuldades de locomoção, elas não estão isoladas e praticam comércio frequente com grupos do seu entorno, adquirindo também alimentos industrializados e ultra processados com os recursos do Bolsa Família e outros auxílios. Estes alimentos, por um lado, são mais práticos no preparo, transporte e durabilidade, por outro são extremamente calóricos e pobres em micronutrientes, o que tem contribuído para casos de obesidade, alterações na pressão arterial e diabetes (MELO e SILVA, 2015; SILVA, *et al.*, 2016; FREITAS, *et al.*, 2018; SILVA e FILGUEIRAS, 2019).

Os programas de transferência de renda implementados nas últimas décadas têm melhorado de maneira geral a situação social das populações amazônicas, que têm adquirido mais bens de consumo, como pode ser observado nas Figuras 2 e 3. Entretanto, percebemos através de muitos relatos, que diversas pessoas que antes possuíam roças, não mais praticam esta atividade com a mesma intensidade, ficando mais acessível adquirir alimentos com o dinheiro do

programa. A prática do plantio exige muitos cuidados e dedicação para que se possa ter os produtos e com os benefícios governamentais, essa prática passa a ser considerada menos relevante. Todavia, esse “rancho” adquirido tem um prazo de duração, ou seja, os quilombolas relatam que, em geral, ele termina antes que se possa receber o próximo benefício e comprar novos alimentos. Com isso, não há muito com o que se alimentar, uma vez que eram os produtos oriundos das roças quem os proviam. Portanto, nesses momentos, as pessoas passam fome, como elas mesmas afirmaram, caracterizando uma situação de insegurança alimentar contínua. Esses achados coincidem com os de outros estudos que analisam os impactos dos programas de transferência de renda nas condições de vida de populações ribeirinhas e indígenas na Amazônia e outras regiões (PIPERATA *et al.* 2011a, b; MDSA, 2016; SILVA e FILGUEIRAS, 2019).

O aumento de circulação de dinheiro devido aos programas de transferência de renda e a maior integração das comunidades aos sistemas de serviços públicos é ponto que deve ser analisado a longo prazo, a fim de que se possa avaliar os impactos nessas populações em longo prazo.

Outro fator a destacar é que, segundo os entrevistados, antigamente, os homens saíam mais para caçar e pescar e geralmente levavam os filhos a fim de lhes ensinar esta prática. Com a chegada dos benefícios governamentais, os entraves legislativos à prática da caça e os conflitos territoriais, esses hábitos estão sendo deixados de lado. Desta forma, quando o rancho acaba, as pessoas mais jovens desconhecem as técnicas de pesca e caça, e passam a se alimentar apenas de chás, farinha, tapioca, ou contam com a ajuda de parentes e vizinhos, exemplificando a insegurança alimentar comum entre os quilombolas (AFONSO *et al.*, 2020).

O acesso para entrar e sair das comunidades, outrora um trunfo para os ancestrais escravizados, hoje representa séria limitação para acesso a bens e serviços públicos. Para se deslocar, os moradores dos remanescentes de quilombos usam tanto as vias terrestres como fluviais, sendo que muitas enfrentam enormes dificuldades de locomoção no período das chuvas. Por exemplo, na comunidade do Mola, município de Cametá, o transporte se faz sobretudo via fluvial, dependendo dos horários de cheia e vazante da maré do rio Tocantins (SILVA e ARROYO, 2013).

Os moradores de África/Laranjituba, município de Abaetetuba, podem se deslocar por mototáxi ou ônibus, que visita a comunidade em alguns dias específicos, porém a estrada de terra fica intransitável em diversos períodos do ano. Para sair e entrar na comunidade de Santo Antônio há uma estrada de terra (ramal), que dá acesso a estrada principal que leva a área urbana do município de Concórdia do Pará, mas esta também fica intransitável no inverno. Às vezes os moradores que podem pagar contratam serviço de mototaxistas, porém, outros preferem pegar um barco na vizinha comunidade de Foz do Cravo, facilitando assim seu deslocamento até as áreas urbanas (COSTA, 2008).

A comunidade de Mangueiras, em Salvaterra, pode contar com um ônibus que, na época da pesquisa, fazia o trajeto às terças e quintas-feiras, mas este para do outro lado do rio Mangueiras, havendo necessidade de traslado em barco até o porto da Fazenda Dallas e de lá até a comunidade caminha-se por cerca de 45 minutos em uma rota de terra, sem iluminação pública, até chegar ao quilombo.

A comunidade do Abacatal, embora seja mais próxima à sede municipal de Ananindeua e à capital, Belém, conta apenas com uma precária estrada de terra como acesso. Além disso, desde a década de 1980, a comunidade enfrenta diversas situações de racismo ambiental como a instalação do “lixão do Aurá”, o crescimento de bairros irregulares que margeiam seu território, a construção de empreendimentos habitacionais do programa “Minha Casa, Minha Vida” e outros conjuntos habitacionais, impondo ameaças de invasões e degradação ao seu território. A contaminação proveniente dos esgotos desses empreendimentos desaguando no igarapé Aracanga, que cruza o território, além do despejo ilegal de todo o tipo de lixo ao longo da estrada de acesso ao quilombo, trazem sérias implicações para a saúde dos quilombolas (MARIN e SABINO, 2015).

O acesso à água potável, rede de esgoto, tratamento do lixo e saneamento ambiental ainda são realidades distantes da maioria das populações amazônicas (BRASIL, 2008a). No caso especial de quilombolas e ribeirinhos, os dejetos continuam a ser despejados em fossas negras. Não há água encanada ou tratada na maioria das comunidades. Banheiros ou sanitários ainda ficam fora da casa, algumas vezes dezenas ou centenas de metros distantes, o que implica em maior cuidado, por exemplo, com as crianças, quando se deslocam devido a perigos com a fauna (cobras, insetos), com as cheias e com a contínua exposição a agentes patológicos, sendo esta a dura realidade das comunidades ribeirinhas e quilombolas da região em pleno século XXI (CAVALCANTE, 2011; BORGES, 2011; FERREIRA *et al.*, 2011; FREITAS *et al.*, 2011; GUIMARÃES *et al.*, 2018; GUERRERO *et al.*, 2007; GUERRERO, 2010; INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL MAMIRAUÁ - IDSM, 2011; MELO e SILVA, 2015; NERY, 2004; OLIVEIRA, *et al.*, 2011; PINHO *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2016; SILVA e FILGUEIRAS, 2019).

Sobre a educação, Ferreira *et al.* (2011) afirmam que das comunidades quilombolas estudadas do estado do Alagoas 79,6% das crianças e adolescentes não frequentavam a escola nos 5 meses anteriores à pesquisa. Silva (2007) relata que o índice de escolaridade da comunidade Caiana dos Crioulos, na Paraíba, é 0,229 e que 65,52% das crianças e jovens estavam fora da escola, apontando também para uma grande evasão ou defasagem entre ano e idade. Gomes *et al.* (2013) estudando quilombolas do sudoeste da Bahia afirmam que 37,7% dos entrevistados estudaram apenas o total de quatro anos e 27,7% estudaram menos que cinco anos. Pinho *et al.* (2013) também mencionam que 66,31% dos quilombolas do Marajó possuem apenas o ensino fundamental incompleto. Esses dados são similares aos encontrados nesse trabalho.

Segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios – PNAD do ano de 2013 (BRASIL, 2013b) há maior incidência de analfabetismo entre as pessoas negras no Brasil (11,8%). De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN (BRASIL, 2009) há reconhecida correlação entre baixa escolaridade e maior risco de morte. Além disso, a baixa escolaridade impede atividades laborais com maiores remunerações ou que exijam melhores qualificações e por isso, as pessoas negras e com baixa escolaridade acabam tendo que se submeter a subempregos e à limitada ascensão social (RIBEIRO, 2006; FREITAS, *et al.*, 2018).

De acordo com a Pesquisa de Avaliação da Situação de Segurança Alimentar e Nutricional em Comunidades Quilombolas Tituladas (BRASIL, 2013a) com 169 comunidades quilombolas brasileiras, ainda faltam escolas em quase 20% das comunidades. Somente 9,2% das comunidades possuíam escolas secundárias, porém em 31,1% das poucas que tinham ensino médio não havia transporte escolar e em 12,4% das escolas não havia merenda escolar.

Corroborando com o trabalho de Tavares e Silva (2014), a educação está comprometida nas comunidades estudadas, pois, quando presentes, quase todas as escolas estão em situação precária. Na comunidade de Mangueiras, por exemplo, a época da pesquisa, não havia ensino médio. Se os jovens quisessem continuar seu aprendizado, teriam que morar na cidade de Salvaterra. Em muitas comunidades pudemos observar a ausência de transporte e/ou de merenda escolar. Em alguns casos, não há professor disponível, pois, as prefeituras têm dificuldades em contratar profissionais dispostos a morar nas comunidades durante o período letivo. Pelo que foi observado em campo, há ausência de bibliotecas, material didático de apoio e é comum ainda encontrarmos nas escolas o sistema chamado “multisseriado”, onde um professor/a atende várias crianças, de várias faixas etárias e anos escolares diferentes, simultaneamente em uma mesma (e única) sala de aula.

Em relação à economia, segundo a Pesquisa de Avaliação da Situação de Segurança Alimentar e Nutricional em Comunidades Quilombolas Tituladas (BRASIL, 2013a), 45% dos domicílios possuíam menos de R\$ 70,00 de renda domiciliar per capita já com os valores do Bolsa Família. 17,9% dos domicílios recebiam apenas de R\$ 70,00 a R\$ 140,00. A média da renda mensal dos quilombolas era de R\$ 160,73 e que “a região Norte possui a menor renda mensal domiciliar per capita entre as regiões: R\$ 140,72” (p. 9). Os dados apresentados aqui indicam que a renda familiar total da maioria das famílias é inferior a três salários-mínimos, sendo que mais de 50% vive com até um salário mínimo mensal apenas. Assim como em outras comunidades pelo país, considerando que essas são famílias numerosas e multigeracionais, a sua vulnerabilidade econômica acarreta inúmeras implicações para a situação de saúde e nutrição dos quilombolas.

Sobre o Bolsa Família, Oliveira *et al.* (2011) afirmam que este programa

beneficia quase todos os quilombos do estado do Pará. Melo e Silva (2015) afirmam que o Bolsa Família complementa a renda de 88,6% das famílias por eles investigadas. Ferreira *et al.* (2011) mencionam que 76% dos seus entrevistados recebiam Bolsa Família e estavam na classe econômica E. Monteiro (2016) estudando adolescentes quilombolas paraenses de Oriximiná, Cametá e Ananindeua destacou que 85,1% se beneficiam do Bolsa Família e 99,3% estão classificados economicamente nas classes D ou E, denotando alto grau de dependência do programa, situação semelhante à das comunidades aqui investigadas.

No que diz respeito à saúde, como visto anteriormente, são várias as doenças agudas e crônicas que acometem as comunidades quilombolas, corroborando com dados epidemiológicos de diversos outros estudos. Melo e Silva (2015), observaram elevadas taxas de sobrepeso e obesidade nos quilombos investigados no Pará. Oliveira *et al.* (2011) apresentam alta prevalência de verminoses, devido à má qualidade da água consumida, já que inexistente sistema de esgoto nas comunidades estudadas e ainda há pouco acesso/uso do hipoclorito de sódio para o tratamento da água. Anemia ferropriva é frequente em populações rurais devido à má alimentação e dieta desequilibrada (SILVA, 2001), o mesmo ocorrendo entre os quilombolas. As doenças respiratórias agudas, etilismo, drogas, estresse, Infecções Sexualmente Transmitidas e ataques de animais peçonhentos também são muito comuns. Ferreira *et al.* (2011) encontraram anemia ferropriva em 53,7% da população quilombola do estado do Alagoas, com nível médio de hemoglobina de 10,8 mg/dL. Pinho *et al.* (2013) também relatam situações semelhantes de saúde, com valores próximos aos aqui reportados. Cordovil e Almeida (2018) avaliando quilombolas marajoaras relatam que a população se encontra em risco de doenças cardiovasculares, com homens com maiores riscos de hipertensão arterial.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) prevê uma série de objetivos buscando garantir a equidade no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009). Programas como a Estratégia de Saúde da Família Quilombola, o Programa Nacional de Alimentação Escolar Quilombola, o Programa Brasil Quilombola e o Brasil Sorridente, entre outros, objetivam ampliar o atendimento e melhorar as condições de vida e saúde das populações afrodescendentes brasileiras. As políticas e programas estão disponíveis para todos os gestores municipais através da apresentação de propostas, por exemplo, ao Conselho Municipal de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) dos seus estados (BRASIL, 2013a). Porém, na maioria das comunidades estudadas nenhuma dessas políticas havia sido implantada, o que não encontra outra explicação que não o racismo institucional vigente no país. As comunidades são muitas vezes prejudicadas pelo desconhecimento efetivo, operacional e logístico de gestores municipais e estaduais sobre as políticas públicas; por considerarem que devem atender a todos de maneira igual, e pela constante mudança de gestores de saúde e de educação, fazendo com que mesmo nos casos em que as verbas específicas cheguem ao município, o seu destino não seja as comunidades quilombolas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As populações quilombolas do norte do país ainda sofrem com iniquidades sociais e ambientais, caracterizando um racismo estrutural profundamente arraigado no Brasil.

Em geral, todas as comunidades aqui descritas são organizadas em habitações de cinco a dezenas de casas próximas umas das outras, de maneira linear, adjacentes às margens dos rios ou em terra firme. Seus habitantes têm baixa escolaridade e baixa renda. Praticam agricultura de subsistência, pescam, caçam, extraem produtos naturais, possuem pequenas criações de animais, produzem farinha e fabricam artesanato para venda. Na última década, muitos passaram a ter como parte fundamental de sua estratégia de sobrevivência os programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, aposentadorias e pensões, que têm implicações importantes para sua saúde e qualidade de vida.

Os dados aqui apresentados mostram que, apesar dessas populações estarem tendo maior acesso a produtos industrializados e bens de consumo, provavelmente devido aos auxílios governamentais, a sua situação geral continua precária, com dificuldades logísticas importantes para seu deslocamento e limitações de serviços, como saúde e educação.

Apesar da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, aprovada em 2009, apresentar diversas diretrizes que são específicas para esses grupos, a implementação e os impactos da política ainda não são visíveis nas áreas quilombolas estudadas.

A investigação a partir de uma perspectiva bioantropológica permite concluir que os Determinantes Sociais de Saúde, como residir em precárias condições socioambientais, ter baixo potencial de empregabilidade, baixo nível educacional, pouco acesso a serviços de saúde, educação e conviver com o racismo institucional acabam exercendo enormes pressões sobre as vidas quilombolas, resultando em comprometimentos biológicos, como problemas de saúde agudos e crônicos, que se refletem em baixa qualidade e potencialmente reduzida expectativa de vida.

Este conjunto de pesquisas de longa duração deixa claro que, para a efetiva melhoria da qualidade de vida das populações quilombolas paraenses, é urgente a implementação de medidas de saúde, saneamento e principalmente políticas públicas, com o intuito de diminuir as inequidades sociais por elas vivenciadas.

A contínua redução de recursos para pesquisas no país tem dificultado sobremaneira a realização de amplos estudos longitudinais entre quilombolas. Embora os dados aqui apresentados sejam de uma amostra não randomizada de comunidades paraenses, eles ampliam as informações sobre esses grupos vulnerabilizados e corroboram diversas outras pesquisas na Amazônia e em outras

reuniões. Porém, novos estudos sobre os povos e comunidades tradicionais da Amazônia são necessários, para que possamos traçar continuamente um quadro real da situação de saúde e ambiente desses grupos, contribuir para o seu empoderamento e para a implementação das políticas públicas a eles destinadas.

AGRADECIMENTOS

Os autores desejam agradecer ao CNPQ, a CAPES, a FAPESPA, ao Ministério da Saúde, ao UNICEF, a UFRJ, a UFPA e ao Laboratório de Estudos Bioantropológicos em Saúde e Meio Ambiente (LEBIOS) pelo apoio financeiro, logístico e infraestrutural para a execução das diversas etapas das pesquisas, e a Roseane B. T. Oliveira, pela revisão do texto. Agradecemos em particular às famílias e comunidades quilombolas paraenses, que gentilmente nos acolheram e compartilharam sua realidade, e às equipes participantes das pesquisas nos trabalhos de campo e no processamento dos dados que deram origem a este trabalho. Dedicamos este artigo à resistência dos quilombolas e todos os que foram vítimas de Covid-19 no Pará.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Luís Felipe Castro; CORRÊA, Nádia Aline Fernandes; SILVA, Hilton P. Segurança Alimentar e Nutricional em Comunidades Quilombolas no Brasil: um balanço da literatura indexada. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, 27:1-13, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.20396/san.v27i0.8652861>. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8652861>

ARRUTI, Maurício. Quilombos. In: Pinho O. (Ed). **Raça: Novas Perspectivas Antropológicas**. ABA/Ed. Campinas: Unicamp/EDUFBA. p. 315–350, 2008.

BORGES, Willian Dias. **Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e seus determinantes bioantropológicos em populações quilombolas da Amazônia**. 2011. 82 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) – PPGSSE, UFPA/UFAM - Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane - Fundação Oswaldo Cruz, Belém, PA, 2011.

BRASIL. **Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária**. Instrução Normativa nº 16, de 24 de março de 2004. Diário Oficial da União. Edição nº 78 de 26/04/2004. 2004.

BRASIL. **Chamada Nutricional Quilombola 2006** – Sumário Executivo. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Departamento de Avaliação e Monitoramento, Brasília-DF. 2007.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde** - (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. p. 61 p.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)**. 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 22 maio 2014.

BRASIL. **Pesquisa de Avaliação da Situação de Segurança Alimentar e Nutricional em Comunidades Quilombolas Tituladas**. Ministério do Desenvolvimento Social. 2013a. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/406.pdf>. Acesso em: 25 maio. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de indicadores – 2013b**. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94414.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2015.

BRASIL. **Quilombos e Quilombolas: indicadores e propostas de monitoramento de políticas**. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Elaboração de Juliana Mota de Siqueira. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018.

CAVALCANTE, Inara Mariela da Silva. **Acesso e Acessibilidade aos Serviços de Saúde em Três Quilombos na Amazônia Paraense: Um Olhar Antropológico**. 2011. 140 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia). PPGSSE, UFPA/UFAM - Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane - Fundação Oswaldo Cruz, Belém, PA. 2011.

CAVALCANTE, Inara Mariela da Silva; SILVA, Hilton P. Políticas Públicas e Acesso aos Serviços de Saúde em Quilombos na Amazônia Paraense. In: Fontes, A. et al., (Orgs.). **Quilombolas: aspectos políticos, jurídicos e políticas públicas inclusivas consequentes à edição do Decreto nº 4887-2003 e do julgamento da ADI nº 3239**. Rio de Janeiro: TRF2, 2019, p: 473-498.

CORDOVIL, Yuri Freitas; DE ALMEIDA, Silvia dos Santos. Variáveis antropométricas e fatores de risco cardiovascular associados em Quilombolas Marajoaras. RBONE-Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento, v. 12, n. 71, p. 406-415, 2018.

COSTA, Rita de Cássia Pereira da. **“Como uma Comunidade”**: formas associativas em Santo Antônio/PA – imbricações entre parentesco, gênero e identidade. 2008. 253 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). PPGCS, UFPA. Belém, PA, 2008.

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

FERREIRA, Haroldo da Silva.; LAMENHA, Maria Laura Dias; XAVIER JÚNIOR, Antônio Fernando Silva; CAVALCANTE, Jairo Calado; SANTOS, Andréa Marques. 2011. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. 2011. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 30, n. 1, p. 51-58, Jul. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000700008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 Out. 2015.

FILGUEIRAS, Ligia Amaral. **Crianças Ribeirinhas e Quilombolas da Amazônia**: Crescimento, Determinantes Sociais de Saúde e Políticas Públicas. 2016. 180 f. Tese (Doutorado em Antropologia) – PPGA, UFPA, Belém, PA, 2016.

FREITAS, Daniel Antunes; CABALLERO, Antonio Diaz; MARQUES, Amaro Sérgio; HERNÁNDEZ, Clara Inés Vergara; ANTUNES, Stéffany Lara Nunes. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista CEFAC** Set-Out, 13 (5):937-943. 2011.

FREITAS, Igor Almeida; RODRIGUES, Ivaneide L. Ataíde; SILVA, Ingrid Fabiane S. da; NOGUEIRA, Laura Maria V. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. **Revista Cuidados**. 2018; 9(2): 2187-200. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.521>. Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/521/967>. Acesso em 28.04.2021.

FRISANCHO, Robert. A. **Anthropometric Standards for the Assessment of Growth and Nutritional Status**. Ann Arbor: Univ. Michigan Press. 1990.

FRISANCHO, Robert. A. **Anthropometric standards**: An interactive nutritional reference of body size and body composition for children and adults. Ann Arbor: University of Michigan Press. 2008.

GOMES, Karine de Oliveira; REIS, Edna Afonso; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland; CHERCHIGLIA, Mariângela Leal. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2013; 29:1829-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a22v29n9.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2014.

GUERRERO, Ana Felisa Hurtado, *et al.* Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do Município de Santarém - Pará, Brasil. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 103-110, Aug. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n2/10.pdf>. Acesso: 10 agosto. 2016.

GUERRERO, Ana Felisa Hurtado. **Situação nutricional de populações remanescentes de quilombos do município de Santarém, Pará – Brasil**. 2010. Tese.

(Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2010.

GUIMARÃES, Raíssa Cecília Rosalino; SILVA, Hilton P. Estado nutricional e crescimento de crianças quilombolas de diferentes comunidades do Estado do Pará. **Amazônica, Revista de Antropologia** (Online) 7:186–209. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/2156/2454>. Acesso em: 31 julho. 2018.

GUIMARÃES, Raíssa Cecília Rosalino, SILVA, Hilton P.; RAMOS, Edson Marcos Leal Soares. Condições Socioecológicas Familiares e os Primeiros Dois Anos de Crianças Quilombolas no Pará: Um Estudo de Base Populacional. **Ciência e Saúde**, 11(2):90-99. 2018. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/29521/17141>. Acesso em: 05 abril. 2020.

IDSM. (Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá). **Balço Social 2001-2011**. Tefé. 2011. Disponível em: <http://mamiraua.org.br/pt-br/downloads/balancos/balanco-social-2001-2011>. Acesso em: 19 julho. 2012.

MARIN, Rosa Acevedo; SABINO, Thiago Alan Guedes. **Quilombo de Abacatal, Ananindeua – Pará: Direitos territoriais e conflito socioambiental**. Manaus: PNCSA UEA, 2015 (Nota Técnica INFO PNCSA 17). Altos Estudos Amazônicos - UFPA. 2015. Disponível em: <http://novacartografiasocial.com/info-pnlsa/>. Acesso em 08/01/2016.

MELO, Maíra Fernanda Tavares de; SILVA, Hilton P. Doenças crônicas e os Determinantes Sociais da Saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. **Revista da ABPN**, Dossiê Saúde da População Negra 7:168–189. 2015. Disponível em: <http://www.abpn.org.br/Revista/index.php/edicoes/article/view/531>. Acesso em: 15 março. 2016.

MENDES, Patrícia Miranda. **Segurança alimentar em comunidades quilombolas**: Estudo comparativo de Santo Antônio (Concórdia do Pará) e Cacau (Colares), Pará. 2006. 173 f. Dissertação (Mestrado em Planejamento do Desenvolvimento), Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, PPGPD. Belém: Universidade Federal do Pará, 2006.

MERLIN, Iria Aparecida Stahl; MERLIN, Marina Stahl. Composição de um trabalho de conclusão de curso (TCC). In: **Metodologias de Pesquisa em Ciências: análises quantitativa e qualitativa**. Editado por BAPTISTA, Makilin Nunes; CAMPOS, Dinael Correa. Rio de Janeiro: LTC - Livros Técnicos e Científicos Editora S.A. 2007. p. 38-48.

MDSA (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E AGRÁRIO). **Estudos etnográficos sobre o Programa Bolsa Família entre povos indígenas**. Relatório Final. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação: Brasília-DF, 2016. 150p.

MONTEIRO, Camila Maísa Santos. **Perfil Nutricional de Adolescentes Quilombolas Paraenses**: Influência da Transição Nutricional. 2016. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia) - PPGSAS, UFPA, Belém, PA, 2016.

NERY, Tito César dos Santos. Saneamento: ação de inclusão social. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 18, n. 50, p. 313-321, Apr. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ea/v18n50/a28v1850.pdf>. Acesso em: 31 julho. 2016.

OLIVEIRA, Alex Sandro Jr.; RODRIGUES, Fabiana Elbi Nunes; CORRÊIA, Leila Socorro Sales; TAVARES, Marlúcia do Egyto; MONTEIRO, Tamar Lima. **Quilombolas do Pará**: condições de vulnerabilidade nas comunidades de remanescentes de quilombo. 1. ed. Assis: Gráfica Triunfal e Editora, 2011. v. 1. 114p.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Physical status: The use and interpretation of anthropometry**. Genebra: World Health Organization. 1995.

PINHO, Priscila Matos de; PAMPLONA, Vanessa Mayara Souza; RAMOS, Edson Marcos Leal Soares. (Orgs.). **Avaliação nutricional em quilombolas marajoaras**. Belém: UFPA/POEX, 158p. 2013.

PIPERATA, Barbara Ann.; IVANOVA, Sofia A., DA-GLORIA, Pedro; VEIGA, Gonçalo; POLSKY, Analise, SPENCE, Jennifer E., Murrieta, Rui Sérgio Sereni. Nutrition in transition: Dietary patterns of rural Amazonian women during a period of economic change. **American Journal of Human Biology**, 23(4), 2011a, 458-469.

PIPERATA, Barbara Ann.; SPENCE, Jennifer E.; DA-GLORIA, Pedro; HUBBE, Mark. The nutrition transition in Amazon: Rapid economic change and its impact on growth and development in ribeirinhos. **American Journal of Physical Anthropology**, 2011b, 146:1-13.

RIBEIRO, Carlos Antonio Costa. Classe, raça e mobilidade social no Brasil. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 833-873, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582006000400006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 24 Mar. 2016.

SILVA, Hilton P. **Growth, development, nutrition and health in Caboclo populations from the Brazilian Amazon**. Ph.D. dissertation. Department of Anthropology. The Ohio State University, Columbus. 2001.

SILVA, Hilton P.; ARROYO, João Cláudio. **Relatório Síntese – Diagnóstico. Projeto de Desenvolvimento Solidário e Sustentável do Mola, Cameté (PA)**. Belém: Gutemberg Gráfica e Editora. 24p. 2013.

SILVA, Hilton P.; FILGUEIRAS, Lígia Amaral. Biological anthropology of children's growth in Amazonia. In: Ubelaker, D. & Colantonio, S.E. (Eds.). **Biological Anthropology of Latin America: Historical development and recent advances**. Smithsonian Contributions to Anthropology, 51. Washington, DC: Smithsonian Institution Scholarly Press, 2019. p. 41-58. Disponível em: <https://doi.org/10.5479/si.11365715> Acesso em: 21 dez. 2019.

SILVA, Hilton P.; PADEZ, Cristina; MOURA, Edila Arnauld Ferreira; FILGUEIRAS, Lígia Amaral. Obesity, hypertension, social determinants of health and the epidemiologic transition among traditional Amazonian populations. **Annals of Human Biology**, 43:4, 371-381. 2016.

SILVA, José Antonio Novaes da. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 111-124, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200011&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 24 maio. 2016.

TAVARES, Roseane Bittencourt; SILVA, Hilton P. Educação em saúde e ambiente em comunidades quilombolas do Pará, Brasil. **Revista Margens – Dossiê Educação, Cultura e Desenvolvimento Regional**, 8(11):131-134. 2014.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa**. 2Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

TRECCANI, Girolamo Domenico. **Terras de Quilombo, caminhos e entraves do processo de titulação**. Belém: Girolamo Treccani. 2006.

WEINER, Joseph Sidney; LOURIE, John Adam (Eds.) **Practical Human Biology**. New York: Academic Press. 1981.