



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL
DO TRÓPICO ÚMIDO**

YONAH LEDA VIEIRA FIGUEIRA

**CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS
DE IDADE NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE
JACAREQUARA NO PARÁ- 2008**

Belém
2009

YONAH LEDA VIEIRA FIGUEIRA

**CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS
DE IDADE NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE
JACAREQUARA NO PARÁ- 2008**

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Desenvolvimento Sustentável, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará. Orientador: Prof.^a Dra. Rosa Elizabeth Acevedo Marin

Belém
2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca do NAEA/UFPa.)

Figueira, Yonah Leda Vieira

Condições de saúde das crianças de 0 a 5 anos de idade da comunidade quilombola de Jacarequara no Pará -2008 / Yonah Leda Vieira Figueira; Orientadora Rosa Elizabeth Acevedo Marin. – 2009.

110 f. : il. ; 29 cm

Inclui bibliografias

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Programa de Pós-Graduação em Planejamento do Desenvolvimento, Belém, 2009.

1. Crianças – Saúde. 2. Crianças – Nutrição - Jacarequara (PA) . 3. Crianças – Desenvolvimento – Jacarequara (PA). 4. Assistência alimentar – Jacarequara (PA). 6. Quilombos – Política governamental – Jacaraquara (PA). I. Acevedo Marin, Rosa Elizabeth, orientadora. II. Título.

CDD 21. ed. 613.0432098115

YONAH LEDA VIEIRA FIGUEIRA

**CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS
DE IDADE NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE
JACAREQUARA NO PARÁ- 2008**

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Desenvolvimento Sustentável, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará. Orientador: Prof.^a Dra. Rosa Elizabeth Acevedo Marin

Aprovado em: 11/ 05 / 2009

Banca Examinadora

Profª.Dra. Rosa Elizabeth Acevedo Marin
Orientador – NAEA/UFPA

Profª. Drª.Ligia Terezinha Simonian
Examinadora – NAEA/UFPA

Profª. Drª Karla Tereza S. Ribeiro.-
Examinadora Externa- ICB-UFPA

Resultado: Aprovado

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a DEUS por ter me dado sabedoria para a realização deste projeto profissional e pessoal; à amiga Rosa Maria Dias grande incentivadora para minha participação neste mestrado; ao CEDENPA, ao 5º Centro Regional de Saúde/SESPA; à Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia do Pará; à Divisão de Nutrição/SESPA, ao CECAN-NORTE/UFPA pelo apoio para a coleta de dados, à Rosa Acevedo pela serenidade e compromisso com que orientou esse processo e a minha família pela compreensão e incentivo ao término do mestrado.

RESUMO

Este trabalho objetivou conhecer e aferir as condições de saúde de crianças de 0 a 5 anos residentes na comunidade quilombola de Jacarequara, município de Santa Luzia, Pará, a partir da aplicação de um questionário individual contendo perguntas fechadas, diretas e um número reduzido de perguntas abertas à mãe ou ao responsável do menor. A referência de saúde aqui trabalhada está baseada no conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS-1947) que define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. A amostra teve um total de 18 famílias e 33 crianças. As informações investigadas sobre as condições sócio econômica da família centraram-se nas condições de saúde da criança (estado nutricional, doenças da infância, alimentação, assistência à saúde). O estado nutricional das crianças foi aferido a partir de medidas de consumo alimentar utilizando a técnica recordatório de 24 horas e frequência de consumo alimentar, aferição das medidas antropométricas P/I (Peso/Idade) e A/I (Altura/Idade) e os valores encontrados foram comparados com os da tabela da OMS da caderneta de saúde da criança utilizada no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, adotando-se os seguintes pontos de corte: baixo peso ($< 3P$), risco nutricional ($\geq 3P$ a $< 10P$), eutrofia ($\geq 10P$). As informações foram compiladas no programa Excel e Epi-Info versão 6.04b. Após análise constatou-se que as condições de saúde das crianças de 0 a 5 anos está comprometida e influenciada pela condição socioeconômica das famílias e a situação precária de atendimento médico-sanitário em Jacarequara, uma vez que saíram precocemente da amamentação, apresentaram baixa estatura para a idade, caracterizando desnutrição crônica. Enquanto o cuidado de saúde em adoecimento, é realizado em sua maioria com recursos alternativos, a alimentação é inadequada para o crescimento e desenvolvimento, com baixa ingestão de proteína, vitaminas e minerais, nutrientes importantes na infância. A maioria reside em moradia com condições sanitárias precárias, estando vulneráveis ao adoecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Condições de saúde-doença. Crianças. População Quilombola. Perfil nutricional. Assistência à Saúde. Perfil alimentar. Jacarequara. Pará. Brasil.

ABSTRACT

This study aimed to identify and assess the health status of children aged 0 to 5 years old in Jacarequara black community, municipality of Santa Luzia, São Paulo, from the application of an individual questionnaire containing closed questions, direct and a small number of questions open to the mother or legal guardian. A health reference here is worked out based on the concept of the World Health Organization (OMS-1947) defines health as not merely the absence of disease but as a state of perfect physical well-being, mental and social. The sample had a total of 18 families and 33 children. The data collected on socio economic family focused on the health of the child (status, childhood diseases, nutrition, health care). The nutritional status of children was measured from the daily intakes technique using 24-hour recall and food frequency, anthropometric measurement P / I (weight / age) and A / I (height / age) and values were compared with those of the WHO table of books of children's health used in the growth and development, adopting the following cutoffs: low birth weight ($<3P$), nutritional risk ($\geq 3P$ to $<10P$) weight ($\geq 10P$). The information was compiled using Exce and Epi-Info version 6.04b. After analysis it was found that the health conditions of children aged 0 to 5 years are affected and influenced by the socioeconomic status of households and the plight of medical and health care in Jacarequara since it came out early breastfeeding, had short stature for age, featuring chronic malnutrition. While health care in illness, is carried out mostly with alternative resources, the power is inadequate for growth and development, with low intake of protein, vitamins and minerals, important nutrients in childhood. Most live in housing with poor sanitary conditions and are vulnerable to illness

.KEYWORDS: Health conditions and disease. Children. Population Quilombola. Nutritional profile. Delivery of Health's food. Jacarequara. Pará. Brazil.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1	Evolução da desnutrição infantil no Brasil em menores de 5anos de 1975 a 2006	12
MAPA 1	Mapa das meso regiões do Estado do Pará	25
FOTOGRAFIA 1	Foto do título de terra da comunidade quilombola de Jacarequara emitido pelo ITERPA, 2008	28
FOTOGRAFIA 2	Estrada de piçarra de acesso a Jacarequara/Pará-2008	29
FOTOGRAFIA 3	Presença de lago no meio da estrada para Jacarequara/Pará-2008	29
FOTOGRAFIA 4	Presença de poeira na estrada de acesso a Jacarequara/Pará-2008	30
FOTOGRAFIA 5	Tipo de construção das casas de Jacarequara/Pará-2008	30
FOTOGRAFIA 6	Criação de pequenos animais em Jacarequara/Pará-2008	31
FOTOGRAFIA 7	Produção de artesanato de Jacarequara/Pará-2008	31
QUADRO 1	Serviços ofertados pelo poder público em Jacarequara/Pará-2008	32
QUADRO 2	Serviços ofertados pelo poder público na comunidade quilombola de Jacarequara/Pará-2008	33
GRÁFICO 2	Incidência de meninos e meninas com déficit de peso para a idade, 2006	40
GRÁFICO 3	Taxa de mortalidade infantil segundo a área de residência da população quilombola no município de Santarém, Pará –2006	44
GRÁFICO 4	Proporção de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade.	45
GRÁFICO 5	Proporção de crianças de até 6 anos que receberam todas as vacinas básicas	46
FOTOGRAFIA 8	Equipe de saúde e líderes comunitários de Jacarequara/Pará-2008	50
FOTOGRAFIA 9	Barracão das atividades de Jacarequara/Pará-2008	50
FOTOGRAFIA 10	Equipamentos balança SECA e Antropometro ALTURA EXATA	53
FOTOGRAFIA 11	Pesando e medindo a criança de Jacarequara	53
GRÁFICO 6	Crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara que foram amamentadas exclusivamente/Pará-2008	57
FOTOGRAFIA 12	Aplicação do instrumento recordatório 24 horas e frequência alimentar com a mãe das crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara/Pará-2008	66
GRAFICO 7	Frequência de consumo de leite pelas crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara/Pará-2008	68
GRAFICO 8	Frequência de consumo de cereais pelas crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara/Pará-2008	69
GRAFICO 9	Frequência de consumo de bebida pelas crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara/Pará-2008	70
GRAFICO 10	Frequência de consumo de hortaliças e legumes pelas crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara/Pará-2008	71
GRAFICO 11	Frequência de consumo de doces e salgados pelas crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara/Pará-2008	72
GRAFICO 12	Frequência de consumo de carnes e ovos pelas crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara/Pará-2008	73

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Escolaridade dos responsáveis das crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara/Pará-2008	34
TABELA 2	Renda familiar das crianças de 0 a 5 anos residentes em Jacarequara/Pará-2008	35
TABELA 3	Distribuição de famílias de Jacarequara que recebem auxílio do governo federal segundo a origem/Pará-2008	35
TABELA 4	Condição de moradia e rede sanitária em que vivem as crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara/Pará	36
TABELA 5	Renda familiar mensal-2005	47
TABELA 6	Avaliação antropométrica (E/I e P/I-NCHS) em lactentes na comunidade de cacau na faixa etária de 0-23 meses	48
TABELA 7	Avaliação antropométrica (E/I e P/I-NCHS) em pré-escolares na comunidade de cacau na faixa etária de 2 a 6 anos	48
TABELA 8	Número de consultas realizadas no pré-natal como fator preventivo e cuidado a gestante e ao bebê	51
TABELA 9	Mães de Jacarequara que realizaram o pré-natal /Pará-2008	52
TABELA 10	Avaliação do estado nutricional (P/I-OMS) em crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara/Pará-2008	53
TABELA 11	Avaliação do estado nutricional (A/I-OMS) em crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara/Pará-2008	54
TABELA 12	Situação do estado nutricional de crianças de 0 a 5 anos em relação ao nível de escolaridade da mãe da comunidade de Jacarequara /Pará-2008	55
TABELA 13	Situação do estado nutricional de crianças de 0 a 5 anos em relação ao nível de renda da família de Jacarequara /Pará- 2008	55
TABELA 14	Situação do estado nutricional de crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara cujo responsáveis recebem o benefício do PBF/Pará – 2008	56
TABELA 15	Situação de saúde das crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara - 2008	58
TABELA 16	Sinais de doenças que, para a família, indicam necessidade de procurar serviço médico	59
TABELA 17	Cuidado Materno a saúde das crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara -2008	60
TABELA 18	Situação de saúde materna na gestação das crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara/Pará-2008	62
TABELA 19	Situação de saúde materna das crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara/Pará-2008	63
TABELA 20	Alimentos consumidos pelas crianças de até 6 anos 24 horas anteriores à pesquisa-2006	65
TABELA 21	Situação alimentar das crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara/Pará-2008	67
TABELA 22	Famílias das crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara com auxílio financeiro/Pará-2008	81
TABELA 23	Mães da comunidade de Jacarequara com dificuldades na criação dos filhos/Pará- 2008	83

LISTA DE SIGLAS

A/I- Altura para Idade
AME- Aleitamento Materno Exclusivo
ASQ- Agenda Social Quilombola
BPC- Benefício de Prestação Continuada
CECAN- Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição
CEDENPA- Centro de Defesa e Estudo do Negro no Pará
CPSFGV- Centro de Políticas Sociais Fundação Getúlio Vargas
CONSEAN - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
DEP - Desnutrição Energético-Protéica
EBIA- Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
ENDEF - Estudo Nacional de Despesa Familiar
FNDE- Fundo Nacional de Desenvolvimento Escolar
FPSANS - Fórum Paraense de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável
IDH- Índice de Desenvolvimento Humano
INSPIR- Instituto Interamericano Sindical pela Igualdade Racial
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LME - Leite Materno Exclusivo
MEC- Ministério da Educação
MDS - Ministério Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MESA - Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar
MS - Ministério da Saúde
NCHS - National Center for Health Statistic
OIT - Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial de Saúde
PETI- Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PBF- Programa Bolsa família
PBQ- Programa Brasil Quilombola
PNAD- Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar
PNSN- Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição
PNDS- Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde
PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POF- Pesquisa de Orçamento Familiar
P/I- Peso para Idade
QFCA - Questionário de Frequência de Consumo Alimentar
SAN - Segurança Alimentar e Nutricional
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	COMUNIDADE QUILOMBOLA: HISTÓRICO E CONCEITO.....	20
2.1	COMUNIDADES QUILOMBOLAS NO PARÁ: QUILOMBOS IDENTIFICADOS POR MESORREGIÕES.....	24
2.2	UM OLHAR SOBRE O TERRITÓRIO: CARACTERIZAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DA COMUNIDADE DE ESTUDO.....	28
2.2.1	Demografia sócio econômica de Jacarequara	34
3	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CRIANÇAS QUILOMBOLAS MENORES DE 5 ANOS NO BRASIL.....	38
4	AMOSTRA DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DE CRIANÇAS QUILOMBOLAS NO PARÁ.....	43
5	SITUAÇÃO DE SAÚDE DE CRIANÇAS QUILOMBOLAS DE 0 5 ANOS DE JACAREQUARA	50
6	SITUAÇÃO DE SAÚDE DAS MÃES DAS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS DE JACAREQUARA.....	61
7	PERFIL ALIMENTAR E NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS DE JACARECUARA: RECONHECENDO HÁBITOS ALIMENTARES	64
8	POLITICAS PÚBLICAS PARA POPULAÇÃO QUILOMBOLA.....	74
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
	REFERÊNCIAS	89
	APÊNDICES.....	97
	ANEXOS.....	104

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem o propósito de conhecer e descrever as condições de saúde de crianças de 0 a 5 anos residentes na comunidade quilombola¹ de Jacarequara no município de Santa Luzia no Estado do Pará. Secularmente, as condições de vida deste grupo étnico não tem sido das mais favoráveis. É reconhecido que condições sociais e materiais influenciam de forma indireta no processo saúde/doença, e conseqüentemente, na sua expectativa de vida. Reconhece-se que ontem como na atualidade este segmento social não é minoria na sociedade brasileira, portanto, torna-se importante a busca da equidade por meio do acesso ao sistema de saúde e a utilização dos serviços que promovam melhoria na qualidade da atenção específica a eles orientada (OLIVEIRA, 2003).

A saúde é um direito social. Durante muitos anos o grupo étnico aqui abordado ficou invisível às políticas públicas principalmente no que diz respeito à saúde. Segundo Buss (2003), a saúde é um direito fundamental do homem, sendo reconhecida como o maior e o melhor recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, como também uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida. Neste contexto, a saúde não pode ser reduzida a uma relação biológica de causa e efeito, pois o homem é um ser histórico e como tal, sofre influência do meio social e cultural (ASSUMPÇÃO; MORAIS; FONTOURA, 2002).

A referência de saúde aqui trabalhada está baseada no conceito da Organização Mundial de Saúde – (OMS) que define *saúde* não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (SEGRE; FERRAZ, 1997). Mas também se considera o referencial de que a “Saúde” não é um conceito universal, ao contrário, varia sob distintas condições sociais. Ela é o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, coletivos e individuais, que se combinam, de forma particular, em cada sociedade resultando em comunidades mais ou menos saudáveis (BUSS, 2003).

A condição de saúde da população nas últimas duas ou três gerações transformou-se em muitos aspectos. O Brasil tornou-se rapidamente uma sociedade predominantemente urbana; os padrões de trabalho, lazer, alimentação, nutrição,

¹ Comunidade quilombola, comunidade remanescente de quilombo são categorias de identificação empregadas no Direito, políticas do Estado, organizações governamentais e não governamentais, movimento social, lideranças e refere-se ao conjunto social que é objeto de reconhecimento por elementos culturais, sociais, políticos e históricos, particularmente a partir da Constituição de 1988.

saúde e doenças aproximam-se aos dos países desenvolvidos. Essas mudanças desestruturaram as formas tradicionais de vida da população e impôs um aumento de demanda na estrutura e nos serviços das cidades (BRASIL, 2004a).

Nos dados abaixo demonstrados a partir de diversas pesquisas realizadas com a população infantil, menor de 5 anos, ficam evidentes as conseqüências dessas mudanças principalmente em relação ao estado nutricional. Na verdade, houve uma redução temporânea, mas ainda é alta a desnutrição como é o caso do Pará que atualmente é de 9% (BRASIL, 2009).

Desnutrição infantil por grandes regiões e situação do domicílio (déficit de peso por idade entre menores de 5 anos: Na região Norte 8,0% sendo 6,8% na zona urbana e 11% na zona rural segundo Pesquisa de Orçamentos Familiares (IBGE, 2003).

Déficit de altura-para-idade (A/I) entre crianças menores de 5 anos por grandes regiões segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde –PNDS, 2006: Norte: 14,8% (BRASIL, 2009).

Evolução da desnutrição infantil no Brasil em menores de 5 anos de 1975 a 2006, ilustrada no Gráfico 1 (BRASIL, 2009).

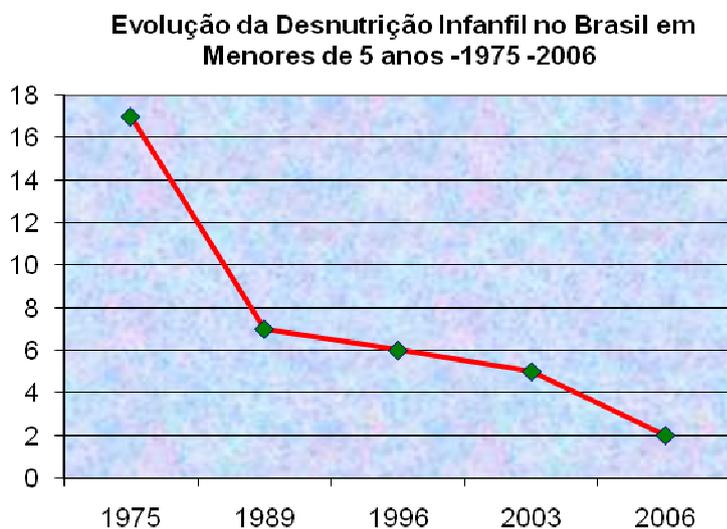


Gráfico 1- Evolução da Desnutrição Infantil no Brasil em Menores de 5 anos de 1975 a 2006.
Fonte: BRASIL, 2009.

Em se tratando da população negra, essa realidade é ainda mais delicada, pois achados em estudo promovido em 2004 pelo Programa das Nações Unidas

para o Desenvolvimento (PNUD), apontam uma maior probabilidade de morte precoce entre as populações negras, em grande parte associada às dificuldades determinadas pelas suas menores possibilidades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade (MORTALIDADE infantil em remanescentes...,2007).

O perfil de saúde-doença dos povos quilombolas no Brasil é pouco conhecido, o que decorre da exigüidade de investigações e da precariedade dos sistemas de registro de informações de morbimortalidade. Da mesma forma, são particularmente escassos os dados relativos à situação nutricional. Essa dimensão merece maior atenção, em virtude do estado de saúde e nutrição ser influenciado, em larga medida, por dinâmicas de transformações econômicas, sociais e culturais, assim como, em especial, por alterações em estratégias de subsistências (COIMBRA JR.; SANTOS, 2000).

O interesse em examinar as condições de saúde de grupos quilombolas é recente sendo pequeno o número de trabalhos realizados neste segmento específico da população brasileira que vise conhecer o seu perfil de saúde, de segurança alimentar e nutricional, ou que busquem caracterizar o impacto acarretado pelas mudanças sócio-econômicas, ambientais e culturais.

Durante 14 anos de vida profissional como nutricionista na área de Saúde Pública tenho acompanhado vários diagnósticos de saúde em crianças de zero (0) a cinco (5) anos pertencentes a famílias de baixa renda, de localidade urbana e rural, de baixa escolaridade e que apresentam dados semelhantes às pesquisas já realizadas no Brasil, mas nenhum direcionado a povos tradicionais (indígena, quilombola), o que despertou meu interesse em estudar o segundo grupo étnico. Trata-se de inquietude pessoal pela ausência de dados epidemiológicos relativos a este grupo nos sistemas de informação da Saúde Pública, pelo menos no Pará, embora se tenha dados resultantes de pesquisas como de Mendes (2006).

Neste sentido, o presente trabalho consistiu em um estudo do tipo transversal descritivo que tentou apreender condições de saúde e estágios de desenvolvimento e crescimento do grupo etário de 0 a 5 anos de Jacarequara e para isto a investigação articula uma série de procedimentos das ciências da saúde e das

ciências sociais de maneira a conhecer a situação socioeconômica que influencia nas condições de nutrição de crianças das comunidades quilombolas².

Max Weber contribui no debate teórico chamando comunidade “a uma relação social na medida em que a orientação da ação social, na média ou no tipo ideal baseia-se em um sentido de solidariedade: o resultado de ligações emocionais ou tradicionais dos participantes”. (WEBER, 1987. p.77). Mais recentemente Bauman interpreta comunidade no mundo moderno em que representa a “obrigação fraterna de partilhar as vantagens entre seus membros, independente de talento ou importância deles”. Aprofunda esta noção entendendo que se trata de um “tecido de compromissos de longo prazo, de direitos inalienáveis e obrigações inabaláveis. E os compromissos que tornariam ética a comunidade seriam do tipo de ‘compartilhamento fraterno’, reafirmando o direito de todos a um seguro comunitário contra os erros e desventuras que são os riscos inseparáveis da vida individual” (BAUMAN, 2003. p. 55-57).

Jacarequara, reconhecida como comunidade quilombola pelas suas lideranças, por entidades e órgãos públicos: Programa Raízes, ITERPA, Secretarias Estaduais e organizações não governamentais: Centro de Defesa e Estudo do Negro do Pará (CEDENPA) possui um universo de 55 unidades familiares. Nesta pesquisa optou-se por estudar somente aquelas que possuíam crianças com idade de 0 a 5 anos. Desta forma, este estudo toma como grupo a pesquisar 18 famílias onde havia 33 crianças nesta faixa etária.

O tratamento das informações registra-se em um conjunto de tabelas e gráficos que tendem a polarizar seus resultados, quer dizer, representa o total do universo pesquisado.

A coleta dos dados foi realizada a partir da aplicação de um questionário individual contendo perguntas fechadas e diretas além de incluir um número pequeno de perguntas abertas feitas à mãe ou responsável (GAUTHIER, 2003). Nestas foram incluídos quesitos sobre as condições sócio-econômicas da família (escolaridade, renda, condições de moradia, saneamento...), situação de saúde da criança como imunização (doses, data das vacinas obrigatórias), doenças da infância, assistência à saúde (local de acompanhamento, número de consultas,

² Nesta dissertação estará sendo utilizada a noção de comunidade, que pese a sua ambigüidade, as diferentes concepções teóricas tem buscado precisar seu conteúdo na literatura das ciências sociais.

freqüência e motivo do uso, dados sobre alimentação da criança (prática de aleitamento, duração, idade de desmame e introdução da alimentação complementar). Também foram coletados dados da situação atual da comunidade no que diz respeito à área aproximada, natureza jurídica da área (titulação), quantitativo populacional, atividade econômica (agrícola, extrativismo, pesca, artesanato, criação de pequenos animais e outros), cultura (religião, preservação de manifestações, festejos), saneamento (água encanada, coleta de lixo, rede de esgoto, pavimentação asfáltica), existência de escolas, postos de saúde, igreja, energia elétrica, telefone público, associações, cooperativa e acesso a transporte.

Os métodos de aferição do estado nutricional das crianças foram realizados a partir de medidas de consumo alimentar utilizando a técnica recordatório de 24 horas, questionário de freqüência de consumo alimentar (QFCA) e aferição das medidas antropométricas como o peso e a altura. Esses formulários já validados e utilizados em outros estudos (Apêndice B e C) tiveram uma adaptação aos objetivos desta pesquisa. A familiaridade por minhas pesquisas anteriores em campo e o diálogo com agentes de saúde, permitiram rever as questões que não eram compatíveis com este estudo.

De acordo com as recomendações da OMS (1980) pelo menos 3 medidas têm que ser adotadas para o setor saúde, que servem como indicador padrão e que de maneira sensível, apontam para a presença ou não dos efeitos da desnutrição nos grupos de maior risco (materno-infantil). São elas: peso/idade (P/I), peso/altura (P/A) e altura/idade (A/I).

Neste estudo especificamente foi utilizado os índices P/I e A/I e os valores encontrados comparados aos da tabela da OMS da caderneta de saúde da criança utilizada no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na rede de saúde pública, adotando-se os seguintes pontos de corte: baixo peso ($< 3P$), risco nutricional ($\geq 3P$ a $< 10P$), eutrofia ($\geq 10P$ a $< 97P^3$) e sobrepeso/obesidade ($\geq 97P$) (BRASIL, 2004b). Segundo Jelliffe (1968), a antropometria se constitui em um método de investigação científica em nutrição que “se ocupa da medição das variações nas dimensões físicas e na composição global do corpo humano em diferentes idades e em distintos graus de nutrição”.

³

P : significa o percentil nutricional na curva de crescimento do cartão da criança .

O peso foi coletado através de balança digital da marca SECA com capacidade de até 150 kg através do posicionamento do paciente, descalço, em pé e com roupas leves, no centro da base da balança, a fim de verificar se o peso está compatível com a idade e estatura. A estatura foi coletada através do antropômetro horizontal para crianças até 2 anos de idade e vertical para crianças maiores de 2 anos, da marca Altura Exata com mensuração de até dois metros e vinte centímetros, a fim de verificar se a estatura está compatível com a idade (KAMIMURA; BAXMAN; SAMPAIO; CUPPARI, 2002).

Os dados obtidos foram compilados no programa EXCEL e Epi-Info versão 6.04b para serem analisados, este último, é um programa estatístico usado para fins de estudos epidemiológicos aplicado à saúde pública. (EPI-INFO 2009).

Vale ressaltar que foi feita uma cuidadosa revisão dos questionários na etapa de codificação dos mesmos, seguida da verificação da plausibilidade dos valores de cada variável. As variáveis estudadas são: condições socioeconômicas (escolaridade, renda, condições de moradia, saneamento...), condições de saúde (prática de aleitamento, introdução da alimentação complementar, assistência à saúde da criança, situação de imunização, patologia, estado nutricional), Idade, sexo e consumo alimentar.

O projeto foi previamente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará recebendo sua aprovação. Para a adesão dos participantes, foi esclarecido o objetivo da pesquisa, os procedimentos para a coleta dos dados e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Sendo garantido aos participantes o anonimato de seus relatos, codificados em processo de análise do trabalho.

Nas comunidades quilombolas a saúde em geral das crianças compromete as condições adequadas de crescimento e desenvolvimento. Esta observação já foi verificada em outros estudos de Mendes (2006), Chamada Nutricional Quilombola realizado pelo Ministério da Saúde (2006). Nesta pesquisa, os resultados encontrados mostram que Jacarequara tem um quadro não propício a uma vida saudável, seus indicadores são altamente preocupantes, quando comparados com outros igualmente elaborados para estudar indicadores de saúde no Estado do Pará e no Brasil. Dentre esses indicadores o de mortalidade infantil e a desnutrição refletem a crítica situação em que vive crianças e adolescentes. Desta maneira,

evidencia-se a realidade local das crianças de Jacarequara cujas condições de vida não são propícias a saúde e as tornam vulneráveis ao adoecimento.

Esta hipótese sugere uma situação de invisibilidade da situação de vida nessas comunidades, afetando as crianças, o que leva a acreditar que no Estado do Pará, as políticas públicas não estejam efetivadas no cumprimento do princípio da universalidade da Lei 8080/SUS, no que diz respeito a possibilidade de acesso a serviços de saúde. Talvez este seja um fator contribuinte do comprometimento da saúde desse grupo, pois, a falta de acesso a serviços de saúde explica taxas de mortalidade infantil elevadas nesse grupo (MORTALIDADE infantil em remanescentes...,2007).

Segundo Valente (1997) em sociedades complexas, as condições de acesso à alimentação interferem nos hábitos alimentares os quais são moldadas pela renda e também pela disponibilidade do alimento. Pergunta-se qual é a especificidade do grupo social aqui estudado e como interferem suas crenças, hábitos, comportamentos, práticas, além do quadro de abandono pelo sistema de saúde.

A pesquisa teve início no mês de outubro de 2008 com a coleta dos dados sobre a caracterização atual do povoado através das informações repassadas pelo representante indicado pelo CEDENPA, por um líder comunitário, pelo 5º Centro Regional de Saúde que é responsável pelo assessoramento dos municípios de sua abrangência, entre eles, o município de Santa Luzia do Pará, onde fica localizada Jacarequara.

Já no final do mês de outubro foi realizado o trabalho de campo, onde se articulou com a SESPÁ o apoio quanto à disponibilização de um técnico nutricionista, transporte e apoio de um agente comunitário de saúde, responsável pela área. Também foi obtida colaboração do Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição da Região Norte (CECAN-NORTE/UFPA), na disponibilização do equipamento antropômetro, de um técnico nutricionista para auxiliar na coleta dos dados e na análise dos dados.

Solicitou-se ao Centro Regional de Saúde que fizesse a mobilização dos responsáveis das crianças de zero (0) a cinco (5) anos a um local de concentração indicado pela comunidade para facilitar a coleta de dados, ficando então no barracão conhecido como “Arte Quilombola Flor da Pedra” onde mulheres costumam reunir, produzir e expor os artesanatos e realizar outras atividades de saúde como campanha de vacinação.

Considerando que o número de famílias estudadas e o número de crianças não eram numerosos, buscou-se como estratégia a realização de palestra educativa aos responsáveis sobre o tema "Os 10 passos para uma alimentação saudável" e "Recomendações para alimentação da criança" (Anexo A e B), além da ida do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e líder comunitário na residência quando o responsável não comparecia ao barracão e busca desta criança evitando assim, o máximo de perda na amostra.

Para ampliar a base de informação a pesquisa envolveu além da entrevista, a captura de imagem por meio de fotografias, pois é muito útil para uma melhor apresentação e entendimento da realidade e para complementar a redação na exposição e explicação das análises, dando maior comprovação e validação às afirmações textuais. A pesquisa bibliográfica foi orientada por diversas fontes: livros, revistas, artigos, folhetos, textos, relatórios, Jornal, entrevistas e Internet de modo a contribuir na discussão teórica e na contextualização.

A coleta de dados é uma tarefa que exige muita atenção e cuidado por parte do pesquisador uma vez que vários fatores influenciam como a complexidade da dieta, qualidade da informação, memória do entrevistado, comportamento, cultura, crenças, status socioeconômico (MAJEM, 1995). Desta maneira a atenção e a análise do que é dito na entrevista são fundamentais para que não cometer erros de interpretação.

Para se chegar à Jacarequara o acesso é feito pelo Km 47 da BR 316 (direção Belém-Brasília). O início da atividade estava marcada para 11 horas, mas em decorrência das péssimas condições de tráfego da estrada a chegada foi por volta das 13 horas, quando às pessoas já estavam cansadas de aguardar, entretanto por respeito ao trabalho a ser desenvolvido, ao ACS e ao líder comunitário que mobilizaram os responsáveis, estes permaneceram no local iniciando-se a realização da palestra com distribuição de material educativo e após coleta dos dados com os responsáveis pelas crianças indagando sobre as condições socioeconômicas e gerais. Com o grupo etário definido no estudo procedeu-se a aferição do peso e altura, detalhada no capítulo 3.

A dissertação está dividida em nove capítulos. No primeiro da introdução é apresentado a contextualização do tema. No segundo foi abordado a questão histórica e conceitual sobre "comunidades quilombolas" dando uma panorâmica

geral, a existência e localização destas no Estado do Pará e a caracterização socioeconômica, demográfica de Jacarequara.

No terceiro foi abordado o perfil epidemiológico de crianças quilombolas menores de cinco (5) anos no Brasil, no quarto a demonstração de uma pequena amostra da situação de saúde de crianças quilombolas no Pará baseado em alguns estudos realizados pela UNICEF, Ministério da Saúde e pesquisadores locais do Pará. No quinto, destaca-se a situação de saúde de crianças quilombolas de zero (0) a cinco (5) anos de Jacarequara, focalizando a realidade local apreendida no trabalho de campo. Logo em seguida no sexto capítulo, a situação de saúde das mães das crianças. No sétimo, identifica-se o perfil alimentar e nutricional dessas crianças, avaliando o padrão alimentar quantitativo e qualitativamente.

No oitavo faz-se uma explanação sobre as políticas públicas, tal como o Programa Brasil Quilombola, entre outras, e se detém no exame da atuação dessas políticas no Estado do Pará. E por último, as considerações finais abordando as conclusões dos achados apreendidos no trabalho de campo.

Desde suas formações, os quilombos adotaram o modo de vida camponês, com organização e produção com base no uso coletivo dos territórios e na reciprocidade de trocas materiais (CARRIL, 2002). Ainda é muito recente a presença do Estado nessas comunidades, o que em muitos casos ocasionou choque por não serem compatíveis as normas do Estado com as normas do grupo estabelecidas durante séculos. Concluindo-se, com isto que a estrutura do Estado não foi adequada, atualizada para absorver grupos quilombolas como partes não só do ponto de vista numérico, mas da sua real existência. (BRASIL, 2007).

2 COMUNIDADE QUILOMBOLA: HISTÓRICO E CONCEITO

Segundo interpretações vigentes o quilombo histórico, tido como sinônimo de comunidades remanescentes de quilombos foi formado por escravos africanos que fugiam dos engenhos, fazendas para tentar escapar dos maus tratos e da violência que sofriam. Na formação dos quilombos não havia apenas os ex-escravos africanos, mas indígenas, brancos pobres, desertores também se juntaram ao quilombo e adquiriram a cultura e as crenças, de descendência africana (MANZATTI, 2007).

As denominações “*quilombos, mocambos, terra de preto, comunidades remanescentes de quilombos, comunidades negras rurais, comunidades de terreiro*” são expressões que designam grupos sociais afro-descendentes trazidos para o Brasil durante o período colonial, que resistiram ou, manifestamente, se rebelaram contra o sistema colonial e contra sua condição de cativo, formando territórios independentes onde a liberdade e o trabalho comum passou a constituir símbolos de diferenciação do regime de trabalho adotado pela metrópole e pelo regime escravista. Nessas comunidades, a liberdade e o trabalho comum passaram a ser símbolos de autonomia e diferenciação do regime escravista (BRASIL, 2007).

Durante o período de escravidão no Brasil (séculos XVII e XVIII), os negros que conseguiam fugir refugiavam-se com outros em igual situação em locais bem escondidos e fortificados no meio das matas originando assim os conhecidos quilombos. Nestes espaços sociais eles viviam de acordo com sua cultura plantando e produzindo em comunidade (HISTÓRIA dos Quilombos....., 2008). Nesta interpretação está presente o mito do isolamento que a historiografia recente tem invalidado, pois em muitos casos estes aglomerados mantinham contatos com pequenos povoados, cidades, estabelecendo relações econômicas e sociais. Os quilombolas do rio Trombetas desciam até a cidade de Santo Antonio de Oriximiná para vender tabaco, castanha (ACEVEDO MARIN ; CASTRO, 1998).

Na época colonial, o Brasil chegou a ter centenas destas comunidades espalhadas, principalmente, pelos atuais estados da Bahia, Maranhão, Pernambuco, Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Alagoas, Pará. Os quilombos representaram uma das formas de resistência e combate à escravidão. Rejeitando a cruel forma de vida, os negros buscavam a liberdade e uma vida com dignidade,

elaborando formas de organização sócio-cultural, o que contribui para a formação da denominada cultura afro-brasileira (HISTÓRIA dos Quilombos....., 2008).

No período de redemocratização do Brasil, o movimento negro e lideranças das comunidades remanescentes de quilombos intensificaram a busca por direitos de cidadania. Envolvidos no processo de elaboração da Constituição Federal de 1988, asseguraram o direito à preservação de sua cultura e identidade, bem como o direito à titulação das terras ocupadas por gerações e gerações de homens e mulheres, que se contrapuseram ao regime escravocrata e constituíram um novo modelo de sociedade e de relação social (QUILOMBOS no Brasil, 2008).

A partir do Decreto 6.040 de 7 de fevereiro de 2007 a população de comunidades quilombolas ficou definida entre os povos e comunidades tradicionais:

grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição (BRASIL, 2008, p.3).

Produto de críticas e reflexões no movimento social e nos meios acadêmicos, o termo quilombo assumiu um novo significado, não mais atrelado ao conceito histórico de grupos formados por escravos fugidos. Hoje, o termo é usado para designar a situação dos segmentos negros em diferentes regiões e contextos no Brasil, fazendo referência a terras que resultaram da compra por negros libertos; da posse pacífica por ex-escravos de terras abandonadas pelos proprietários em épocas de crise econômica; da ocupação e administração das terras doadas aos santos padroeiros ou de terras entregues ou adquiridas por antigos escravos organizados em quilombos. Nesse contexto, os quilombos foram apenas um dos eventos que contribuíram para a constituição das "terras de uso comum", categoria mais ampla e sociologicamente mais relevante para descrever as comunidades que fazem uso do artigo constitucional. (QUILOMBOS no Brasil, 2008).

As denominações tais como "terras de santo" e "terras de santíssimo", eram relativas às terras abandonadas pelas ordens religiosas. Quando a origem ocorre por doações a ex-escravos ou escravos libertos denomina-se "terras de preto", equivalente aos conceitos de quilombo ou "mocambo". As terras ocupadas por

grupos negros muitas vezes foram doadas por antigos senhores a escravos fiéis, ou então doadas a santos de devoção (ALMEIDA, 1989).

Até o momento não há um consenso acerca do número preciso de comunidades quilombolas no país, mas dados oficiais da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) e do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), autarquia responsável pelo processo administrativo de identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas pelos remanescentes de comunidades dos quilombos, apontam que até o ano de 2002 existiam 743 comunidades quilombolas oficialmente registradas pela Fundação Palmares, do Ministério da Cultura, e 252 processos de regularização fundiária em curso, envolvendo pelo menos 329 comunidades distribuídas em 21 estados brasileiros. Houve um crescimento expressivo de localidades auto-identificadas quilombolas (ARUTTI, 2008).

De 2003 a 2007, esse quantitativo aumenta sendo mapeadas 3.524 comunidades quilombolas, destas 1.170 são certificadas (Brasil - 2008), presentes em 25 estados brasileiros e nas cinco regiões. A maior concentração das comunidades, entretanto, ocorre no Maranhão, no Pará, na Bahia e em Minas Gerais (MELO 2007).

Como escrito no artigo 68 da Constituição de 1988: “aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos” (BRASIL, 1988). Assim está reconhecido legalmente o direito ao território e a titulação definitiva, contudo, poucas comunidades já conseguiram esse título. A primeira comunidade a conseguir o título foi a de Boa Vista, município de Oriximiná no Pará em 1995 (ACEVEDO MARIN; CASTRO 1998).

O projeto Nova Cartografia Social Brasileira da Universidade de Brasília (UNB) mapeou mais de 750 comunidades no Maranhão, mais de 400 no Pará, quase 100 no Tocantins e dezenas no Amapá e no Amazonas, além de Rondônia. Segundo o Centro de Cartografia Aplicada e Informação Geográfica da Universidade de Brasília (UNB), até 2007 existiam registros de 2.842 comunidades quilombolas espalhadas por todas as regiões do país. Já a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ) estima que haja cerca de cinco mil por todo o Brasil, dentre as quais mais de mil nos nove Estados da Amazônia Brasileira (MANZATTI, 2007).

As comunidades negras rurais estão presentes na região desde o século XVIII e são consideradas agentes de preservação da floresta. Segundo Campagnucci (2007 apud MANZATTI, 2007), quando a ditadura militar brasileira promoveu a migração de trabalhadores para Amazônia nos anos 70, sob a bandeira "uma terra sem povo, para um povo sem terra", não levou em conta as milhares de comunidades tradicionais que existiam ali. Entre elas, as comunidades negras rurais, os quilombolas, que hoje lutam pelo direito à posse de suas terras (MANZATTI, 2007).

Estima-se que mais de 2 milhões de pessoas vivam nestas comunidades organizadas para garantir o direito à propriedade da terra. Segundo a Fundação Cultural Palmares, do Governo Federal, com atribuição até 2003 de titular às comunidades, os "remanescentes dos quilombos" preservam o meio ambiente e respeitam o local onde vivem. Mas eles sofrem constantes ameaças de expropriação e invasão das terras por agentes econômicos que cobiçam as riquezas em recursos naturais, fertilidade do solo e qualidade da madeira (IBGE, 2000).

Maurício Paixão (2007 apud MANZATTI, 2007), do Centro de Cultura Negra do Maranhão (CCN) comenta que apesar da inserção do artigo 68/88, a titulação das terras quilombolas só foi regulamentada em 2003, com o decreto 4.887 do governo de Lula.

..... Atualmente essas comunidades enfrentam vários problemas como a dificuldade de adquirir a titulação de suas terras, dando margem a grileiros que invadem terras que há anos estão sob a propriedade de quilombos. Outro problema é a construção de barragens hidrelétricas, ameaçando assim patrimônios históricos e culturais dos quilombolas, além do que a energia que seria gerada pelas hidrelétricas, seria para abastecer outra região e não os quilombolas. O preconceito racial ainda é presente, para eles é como se a escravidão não tivesse acabado, pois são julgados como inferiores e pobres. Isso não ocorre apenas com os quilombolas, mas também com a maioria dos afro-descendentes...(KERTZMAN, 2007).

Alguns desses problemas foram relatados no estudo de Acevedo Marin e Castro (1998) ao realizar uma pesquisa histórica-antropológica de etnias e territorialidades sob ameaças na Amazônia com a implantação de grandes projetos - industriais (mineração) e hidrelétrica. Na região de Trombetas esta etnia organiza-se com base em uma economia agro-extrativista, combinada a concepção de uso comum da terra e conseguiu resistir ao projeto industrial para manter-se no local e

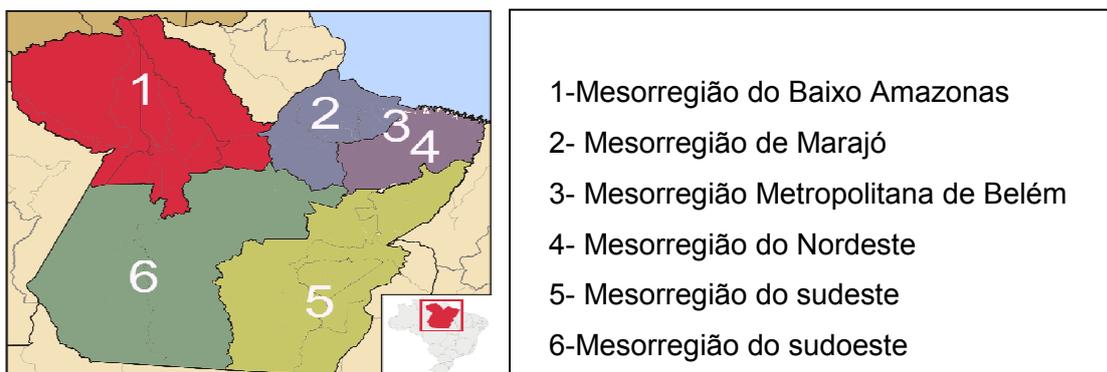
garantir seus direitos territoriais. A noção de etnia e identidade étnica são referências para tratar dos quilombolas. Nos estudos antropológicos sobre identidade e etnicidade aponta-se a contribuição de F. Barth. O grupo étnico representa um tipo de organização social e este pode acionar “elementos ditos culturais, sempre a serviço da identidade como sinais diacríticos, diferenciadores, manejados pelos indivíduos e grupos para marcar simbolicamente suas respectivas especificidades” (OLIVEIRA, 2005. p. 10-11).

2.1 COMUNIDADES QUILOMBOLAS NO PARÁ: QUILOMBOS “IDENTIFICADOS” POR MESORREGIÕES

No Brasil, até o início da década de 70, falar da existência de quilombos, sobretudo na Amazônia, era motivo de surpresa. A presença negra na Floresta Amazônica foi subestimada durante muito tempo pela historiografia. Segundo estudos antropológicos, a construção dos quilombos no Pará foi marcada pela resistência de negros que buscaram a sua liberdade por meio da fuga e da participação na Cabanagem (ACEVEDO MARIN, 2004).

A introdução de escravos em larga escala na floresta começa desde a criação da Companhia Geral de Comércio do Grão-Pará e Maranhão, em 1755. Com a resistência indígena à escravidão e a proibição da Igreja, a mão-de-obra escrava negra foi a solução encontrada para as monoculturas de cana-de-açúcar e algodão, entre outras atividades extrativistas. “A entrada de dezenas de milhares de negros na Região Amazônica se deu, sobretudo, no Maranhão e no Pará através dos portos de São Luís, Turiassú e Belém”, explica o antropólogo Alfredo Wagner Berno (MANZATTI, 2007).

O Estado do Pará conta com uma população estimada aproximada de 7 milhões de habitantes distribuídos em 143 municípios numa área de 1.247.690 Km², é dividido em seis mesorregiões ilustrado no mapa 1 abaixo, (Baixo Amazonas, Marajó, Nordeste, Metropolitana de Belém, Sudeste e Sudoeste (IBGE, 2008).



Mapa 1– Mapa das Mesorregiões do Estado do Pará

Fonte: Estimativas da população para 1º de julho de 2008. (IBGE, 29 de agosto de 2008).

1- Mesorregião do Baixo Amazonas:

É formada pela união de quatorze municípios agrupados em três microrregiões Almeirim (Almeirim e Porto de Moz), Óbidos (Faro, Juruti, Óbidos, Oriximiná, Terra Santa) e Santarém (Alenquer, Belterra, Curuá, Monte Alegre, Placas, Prainha). Possui área geográfica de 340.452,728 km², população 695.950 hab. (IBGE, 2006) e IDH médio 0,705 (PNUD, 2000).

2- Mesorregião de Marajó:

Reune dezesseis municípios agrupados em três microrregiões Arari (Cachoeira do Arari, Chaves, Muaná, Ponta de Pedras, Salvaterra, Santa Cruz do Arari, Soure), Furo de Breves (Afuá, Anajás, Breves, Currálinho, São Sebastião da Boa Vista) e Portel (Bagre, Gurupá, Melgaço, Portel), possui área geográfica de 104.139,299 Km², população estimada de 425.163 hab. (IBGE, 2006) e IDH 0,627 (PNUD, 2000).

3- Mesorregião Metropolitana de Belém:

Agrega onze municípios agrupados em duas microrregiões Belém (Ananindeua, Barcarena, Belém, Benevides, Marituba, Santa Bárbara do Pará) e Castanhal (Bujaru, Castanhal, Inhangapi, Santa Isabel do Pará, Santo Antônio do Tauá).

Possue área geográfica de 6.890,336 Km², população de 2.671.006 hab (IBGE, 2006), IDH médio 0,785(PNUD, 2000).

4- Mesorregião do Nordeste Paraense:

Inclui 49 municípios agrupados em 05 microrregiões Bragantina (Augusto Corrêa, Bonito, Bragança, Capanema, Igarapé-Açu, Nova Timboteua, Peixe-Boi, Primavera, Quatipuru, Santa Maria do Pará, Santarém Novo, São Francisco do Pará, Tracuateua), Cametá (Abaetetuba, Baião, Igarapé-Miri, Limoeiro do Ajuru, Mocajuba, Oeiras do Pará), Guamá (Aurora do Pará, Cachoeira do Piriá, Capitão Poço, Garrafão do Norte, Ipixuna do Pará, Irituia, Mãe do Rio, Nova Esperança do Piriá, Ourém, Santa Luzia do Pará, São Domingos do Capim, São Miguel do Guamá, Viseu), Salgado (Colares, Curuçá, Magalhães Barata, Maracanã, Marapanim, Salinópolis, São Caetano de Odivelas, São João da Ponta, São João de Pirabas, Terra Alta e Vigia) e Tomé-Açu (Acará, Concórdia do Pará, Moju, Tailândia, Tomé-Açu). Possui área geográfica de 83.074,047 Km², população estimada de 1.664.761 hab. (IBGE, 2006), IDH médio 0,663(PNUD, 2000).

5- Mesorregião do Sudeste Paraense:

Agrupada 39 municípios em sete microrregiões Conceição do Araguaia (Floresta do Araguaia, Santa Maria das Barreiras, Santana do Araguaia), Marabá (Brejo Grande do Araguaia, Palestina do Pará, São Domingos do Araguaia, São João do Araguaia), Paragominas (Abel Figueiredo, Bom Jesus do Tocantins, Dom Eliseu, Goianésia do Pará, Rondon do Pará, Ulianópolis), Parauapebas (Água Azul do Norte, Canaã dos Carajás, Curionópolis, Eldorado dos Carajás), Redenção (Pau d'Arco, Piçarra, Rio Maria, São Geraldo do Araguaia, Sapucaia, Xinguara), São Félix do Xingu (Bannach, Cumaru do Norte, Ourilândia do Norte, Tucumã) e Tucuruí (Breu Branco, Itupiranga, Jacundá, Nova Ipixuna, Novo Repartimento). Possui área geográfica de 297.344,257 Km², população estimada de 1.412.777 hab. (IBGE, 2006), IDH médio 0,694 (PNUD, 2000).

6- Mesorregião do Sudoeste Paraense:

Nesta estão inseridos quatorze municípios agrupados em 02 microrregiões Altamira (Anapu, Brasil Novo, Medicilândia, Pacajá, Senador J. Porfirio, Uruará e Vitória do Xingu) e Itaituba (Aveiro, Jacareacanga, Novo Progresso, Rurópolis, Trairão). Possui área geográfica de 415.788,848 Km², população estimada de 483.423 hab. (IBGE, 2006) e IDH médio 0,697 (PNUD, 2000).

As comunidades quilombolas estão distribuídas pelas mais diversas regiões do Pará. Algumas estão próximas da capital, Belém, outras se localizam em regiões de difícil acesso como as do Baixo Amazonas. Em pelo menos 40 dos 143 municípios paraenses existem comunidades remanescentes de quilombos. De acordo com a Nova Cartografia Social da Amazônia, a população negra no Estado do Pará está assim distribuída 3.133.987 do sexo masculino e 3.061.978 do sexo feminino, sendo um total de 6.195.965 distribuído pelas diversas mesorregiões do Pará (NOVA Cartografia Social da Amazônia, 2007).

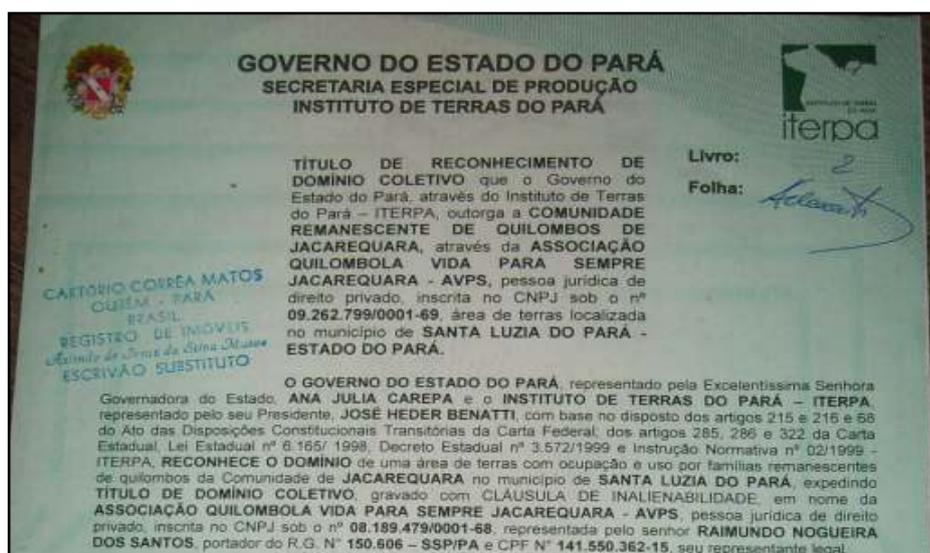
O Estado do Pará é o terceiro com maior número de comunidades e foi no Pará que em 1995 uma comunidade quilombola (Boa Vista) já citada recebeu o primeiro título coletivo de suas terras (anexo E e F). É nesse Estado que se concentra o maior número de terras quilombolas tituladas (COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO, 2006). Dez anos depois, o panorama da titulação indica que o Pará concentrava em 2005 mais da metade (58%) da dimensão total de terras quilombolas tituladas no Brasil: quase 530 mil hectares distribuídos em 27 territórios (COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO, 2005).

Até fevereiro de 2005 haviam sido identificadas 286 comunidades negras no Pará, parte delas auto-identificadas como “comunidades rurais remanescentes de quilombos” ou “Comunidades Quilombolas”, dedicam-se a uma economia agrícola baseada, sobretudo no cultivo da mandioca, milho, arroz, além da pesca e extrativismo vegetal (CASTRO, 2005). Até 2008 122 comunidades haviam recebido o título de terra (ITERPA, 2008)

2.2 UM OLHAR SOBRE O TERRITÓRIO: CARACTERIZAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DE JACAREQUARA

Jacarequara está situada no município de Santa Luzia do Pará localizada na Mesorregião Nordeste a margem da Rodovia BR 316 a 200 Km de Belém. Segundo o morador mais antigo, considerado o tio de todos os outros moradores, este núcleo já tem mais de 400 anos, pois já existia quando foi criado o município de Ourém. Foi formado pelas pessoas que fugiam da escravidão e procuravam lugares de acesso pelo Rio Guamá. Segundo um entrevistado, naquela época de muita mata como o rio tinha muito jacaré, contam que os índios passavam neste lugar onde o rio tinha muita pedra que no verão ficavam descobertas e os jacarés subiam nas pedras e os índios olhavam e comentavam “olha o jacaré quarando”, assim surgiu o nome de Jacarequara.

Em Jacarequara vivem aproximadamente 55 famílias e teve sua terra titulada pelo ITERPA em 13 de maio de 2008. Possui uma área de 1.236,9910ha (mil duzentos e trinta e seis hectares, noventa e nove ares e dez centiares, de natureza jurídica própria sendo o título expedido pelo Instituto de Terras do Pará (ITERPA) em caráter de domínio coletivo em nome da “Associação Quilombola Vida Para Sempre Jacarequara” conforme ilustra a fotografia 1, portanto tendo sua regularização recente.



Fotografia 1 - Foto do título de terra da comunidade quilombola de Jacarequara emitido pelo ITERPA, 2008.

Fonte: Trabalho de campo (2008).

Segundo o ITERPA não existe mapa cadastrado desta comunidade. Esta localizada no Km 47, distante 45 minutos da Cidade, a estrada de acesso é de piçarra com moradias espaçadas, presença de aclives derrapantes, pontes, lagos, poeira, o que dificulta a visão e provoca risco, pois a estrada é estreita e de única via. Também havia animais (boi, aves...) na via, o que exigia bastante cuidado e provocava atraso no tráfego e o deslocamento da equipe conforme ilustram as Fotografias 2, 3 e 4 abaixo.

O acesso de transporte e as condições de trafegabilidade passam a ter importância para Jacarequara em praticamente todos os planos da vida. A estrada é fundamental para o deslocamento para a sede do município com objetivo de vender a produção, comprar mercadorias industrializadas, serviços de assistência médica, educação e outros. Em inúmeras situações as estradas mal conservadas limitam o ir e vir e são citadas como um agravante em caso de necessidade de transportar doentes em perigo de vida, parturientes em busca de assistência e outras situações.



Fotografia 2- Estrada de piçarra de acesso a Jacarequara/Pará-2008
Fonte: Trabalho de Campo (2008)



Fotografia 3- Presença de lago no meio da estrada para Jacarequara/Pará-2008
Fonte: Trabalho de Campo (2008)



Fotografia 4- Presença de poeira na estrada de acesso a Jacarequara/Pará-2008
Fonte: Trabalho de Campo (2008)

O núcleo povoado é formado por 42 casas em sua maioria de construção de madeira e enchimento, as paredes são de taipa, piso de chão batido e telha, no interior apenas dois compartimentos e a cozinha que fica no fundo conforme ilustra a fotografia 5 abaixo. Possui uma população aproximada de 250 pessoas entre homens e mulheres (crianças, adolescentes, adultos e idosos).



Fotografia 5 - Foto de tipo de construção das casas de Jacarequara/Pará-2008.
Fonte: Trabalho de Campo (2008)

O grupo vive de atividades agrícolas, roçado com produção de farinha, milho, arroz, feijão, cariru, vinagreira, jambú, açaí, banana e abacaxi e atividade de pesca estritamente para o consumo. Estes em sua maioria são produzidos em caráter de pequenas vendas e para a própria subsistência. Também realizam criação de pequenos animais: pato, galinha, porco e produção de artesanato, conforme ilustram as fotografia 6 e 7 abaixo.



Fotografia 6 - Criação de pequenos animais em Jacarequara/Pará-2008
Fonte: Trabalho de campo (2008)



Fotografia 7 - Produção de Artesanato de Jacarequara/Pará-2008
Fonte: Trabalho de campo (2008)

Na pesquisa Chamada Nutricional Quilombola (BRASIL, 2008) que teve a participação de 60 comunidades sendo sete (07) do Estado do Pará (Baixinha, Narcisa, Boa Vista, Mocambo, Bom Jardim, Saracura e Nossa Senhora de Fátima), registra-se que em 94% a atividade agrícola era a mais praticada ficando em segundo lugar com 56% a criação de pequenos animais. Essa também é uma realidade de Jacarequara onde todas das famílias têm como fonte de renda o roçado

As religiões católicas e evangélicas são as professadas no pequeno povoado, porém preservam algumas manifestações próprias da história de quilombos como as festividades de São Braz que acontece dia 02/02 e de Nossa Senhora do Livramento no mês de setembro comemorado anualmente com danças, lazer esportivo, ladainhas na “língua cabocla” e jantar coletivo, sendo este último seu custo cotizado entre os moradores e uma pequena ajuda recebida da prefeitura local. Segundo o líder da localidade, São Braz é o Padroeiro de Jacarequara, santo que usava dos seus conhecimentos médicos para resgatar a saúde, não só do corpo, mas também da alma, pois se ocupava de evangelizar os pacientes. Já Nossa Senhora do Livramento é considerada a protetora das famílias. No povoado preserva-se a cultura da rezadeira/benzedeira e as parteiras são suportes alternativos à dificuldade de acesso à saúde.

Jacarequara não possui água encanada e utiliza-se de poços. O lixo é enterrado e/ou queimado não havendo coleta de lixo pelo poder público. Recentemente recebeu instalação de energia elétrica. O sistema de esgoto não está ligado à rede pública, não possui asfaltamento e transporte coletivo, geralmente é utilizado para deslocamento bicicleta e carroça e possui escola de Ensino Fundamental (ver quadro 1).

SERVIÇO	SIM	NÃO
ÁGUA ENCANADA		X
COLETA DE LIXO		X
ENERGIA ELÉTRICA	X	
TELEFONE PÚBLICO		X
ESGOTO LIGADO A REDE OU FOSSA		X
CALÇAMENTO, PAVIMENTAÇÃO OU ASFALTO.		X
ESCOLA DE ENSINO FUNDAMENTAL	X	

Quadro 1- Serviços ofertados pelo poder público em Jacarequara, 2008.
Fonte: Trabalho de campo (2008).

No campo da saúde foi conferido que não existe posto de saúde e somente contam com os serviços de um Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) que visita a localidade uma vez no mês conforme ilustra o quadro 2. Também ainda são mantidas as tradições de cuidado com a saúde pela rezadeira e realização de partos pelas parteiras locais.

SERVIÇO/ORGANIZAÇÃO	SIM	NÃO
POSTO DE SAÚDE		X
IGREJA/TEMPLO	X	
BENZEDEIRA/ REZADEIRA	X	
PARTEIRA	X	
AGENTE DE SAUDE	X	
TERREIRO		X

Quadro 2 - Serviços ofertados pelo poder público em Jacarequara, 2008.
Fonte: Trabalho de campo (2008).

O balanço em termos de assistência médico sanitária para as famílias indica que esta é bastante precária, sem acesso a serviços considerados direitos básicos. Portanto, a comunidade está em estado vulnerável, pois é sabido que uma das formas de preservar a saúde e prevenir doenças é a condição de moradia digna com saneamento básico adequado.

Em relação às organizações, pesquisou-se existência de associações, grupos de jovens, grupo de mães, clube de futebol e cooperativa, existindo somente esta última de produtores formada em 1998 tendo como representante um membro da própria comunidade. A comunidade fica assim, vulnerável a não exercer seus direitos quanto cidadão.

Na perspectiva de comparar os dados obtidos em Jacarequara com os dados da pesquisa Chamada Nutricional Quilombola já mencionada, foi verificado que esse estudo indicava que 44% das comunidades não tinham água encanada, somente 24% tinham esgotamento sanitário, 29% coleta de lixo e um percentual baixo de 31% tinha transporte coletivo. Esta realidade é semelhante à Jacarequara.

Nos serviços básicos de saúde da mesma pesquisa acima, somente 42% tinha posto de saúde, 89% tinham visita de ACS e 62% tinham equipe de Saúde da Família, sendo que estes dois últimos estão presentes em Jacarequara, entretanto de forma esporádica, necessitando ser de maneira mais intensa. (BRASIL, 2008).

2.2.1 Demografia sócio econômica de Jacarequara

Alguns dados econômicos e sociais vêm mostrando a desigualdade racial existente no Brasil. De acordo com Henriques (2001) a diferença de escolaridade entre brancos e negros é de 2,3 anos de estudo e a população branca recebe salários cerca de 2,5 vezes maiores que a população negra.

Neste estudo com 18 famílias de Jacarequara foi evidenciado que essa realidade não é muito diferente quando foi avaliada a situação de estudo, pois em relação à escolaridade dos responsáveis pelas unidades familiares, a maioria 88,9 % tinha o ensino fundamental incompleto e entre os entrevistados nenhum deles freqüentou o ensino médio completo e superior, conforme ilustra a tabela 1.

Essa situação é semelhante à de outros estudos, como o realizado pelo MDS em 2006, no qual participaram quilombos localizados do Estado do Pará nos municípios de (Baião, Capitão Poço, Irituia, Santa Izabel, Santarém e São Miguel) onde de uma amostra de 2.850 famílias, 72,2% tinham somente o ensino fundamental (BRASIL, 2008). Faz-se necessário um investimento na educação para esse grupo, considerando a dificuldade de acesso e ausência de unidades escolares às proximidades do quilombo.

Tabela 1- Escolaridade dos responsáveis pelas crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara/Pará 2008

Escolaridade dos responsáveis	Frequência	
	Nº	%
Fundamental Incompleto	16	88,9
Fundamental Completo	1	5,6
Médio Incompleto	1	5,6
Médio completo	0	0
Superior	0	0
Total	18	100,0

Fonte: Trabalho de campo (2008)

A situação dessas famílias relativa à renda total evidencia que em sua maioria 77.8% vive com renda menor de 1 salário mínimo (SM), enquanto que 16,7% não chega a informar renda, sendo que um número insignificante de 5.6% tem de 1 a 2 (SM). A renda da família é complementada com os benefícios de transferência de renda do Governo Federal (Programa Bolsa Família) ou é basicamente rendimento monetário da venda de excedentes do pequeno roçado, produção limitada de artesanato, pesca ou venda de pequenos animais.

No estudo do MDS em 2006 de uma amostra de 2.850 famílias, 80% complementavam a renda com o benefício do Programa Bolsa Família (PBF), Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e Benefício de Prestação Continuada (BPC). Sabemos que fatores sociais como renda e escolaridade influenciam diretamente nas condições de saúde, ou seja, de vida e de sobrevivência na primeira infância das crianças quilombola, como veremos mais adiante (BRASIL, 2008).

Segundo a Agência Brasil (2009), mais de 90% das 900 crianças quilombolas existentes no Brasil mora em domicílio com renda familiar inferior a R\$ 400,00(quatrocentos reais) por mês e somente 3% das crianças vivem em residência com acesso à rede pública de esgoto (VIEIRA, 2009).

Tabela 2 - Renda familiar das crianças de 0 a 5 anos residentes em Jacarequara -Pará /2008

Renda da família	Frequência	
	Nº	%
Menos de 1 SM	14	77.8
1 a 2 SM	1	5.6
Sem renda	3	16.7
Total	18	100.0

Fonte: Trabalho de campo (2008)

A Tabela 3 ilustra o percentual de famílias que recebem algum auxílio financeiro por parte do Governo Federal como complemento de renda, onde 83,3% da população recebem, todos inseridos no Programa Bolsa Família.

Tabela 3 - Distribuição de famílias de Jacarequara que recebem auxílio financeiro do Governo Federal segundo a origem- Pará /2008

Auxílio Financeiro às Famílias		N	%
Recebimento de benefício do governo	Sim	15	83,3
	Não	3	16,7
	Total	18	100,0
Origem do benefício	Bolsa Família	15	100,0
	Outro	0	0,0
	Total	15	100,0

Fonte: Trabalho de campo (2008)

Em relação à qualidade de vida, o Instituto Interamericano Sindical pela Igualdade Racial (INSPIR), detectou que 73,1% dos negros vivem em habitações precárias, como barracos, casas de palha ou madeira, contra 25,9% dos brancos na mesma condição. E grande parte destes não tem água canalizada interna, esgoto encanado e energia elétrica. (INSPIR apud BENTO, 2006)

A tabela 4 retrata exatamente essa realidade em Jacarequara na qual 10 residem em moradia de madeira e 07 em outro tipo (barro, enchimento, taipa..), sendo que nessas, 13 possuem esgoto sanitário de fossa rudimentar e 05 vala/céu aberto. A maioria das residências tem energia elétrica, entretanto nenhuma recebe água da rede pública e sim de poço individual construído pela própria comunidade (BENTO, 2006).

A organização comunitária permitiu que estes tivessem acesso a água através de seus próprios recursos e questionam quanto ao fornecimento da rede pública, pois teriam que pagar uma taxa regularmente, não sabendo se teriam recurso financeiro para isto.

Tabela 4 - Condição de moradia e rede sanitária em que vivem as crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara – Pará/2008

Condições de Moradia e Rede de saneamento		Frequência	
		Nº	%
Tipo de moradia	Madeira	10	55.6
	Alvenaria	01	5.6
	Outra	07	38.9
	Total	18	100.0
Esgoto sanitário	Fossa rudimentar	13	72.2
	Vala/céu aberto	5	27.8
	Total	18	100.0
Luz elétrica	Sim	14	77.8
	Não	4	22.2
	Total	18	100.0
Água utilizada para beber	Rede pública	0	0.0
	Poço/Cacimba	18	100.0
	Total	18	100.0

Fonte: Trabalho de campo (2008)

A socióloga Delma Josefa da Silva (2007 apud RIBEIRO, 2007, não paginado), do Centro de Cultura Luiz Freire, no Recife (PE), que trabalha também com comunidades quilombolas da Paraíba, Ceará e Piauí, descreve que:

[...] Os moradores mirins de comunidades remanescentes de quilombos, habitam áreas sem serviços públicos básicos, como água encanada, rede de esgoto, telefonia e até energia elétrica. As famílias costumam viver da agricultura de subsistência, atividade que atravessa gerações. A qualidade de vida das crianças quilombolas é extremamente baixa. Elas vivem em áreas rurais de difícil acesso. As comunidades não costumam ter postos de saúde e a maioria não tem escola, por isso o analfabetismo é muito alto. As escolas existentes têm apenas o primeiro ciclo do Ensino Fundamental – ou seja, da primeira à quarta série.

A Chamada Nutricional Quilombola (2006) reforça esse dado, pois de 2.932 domicílios pesquisados, 44% tem acesso à água por nascente/poço e 46% tem esgoto sanitário em vala/céu aberto. Essa também é uma realidade do presente estudo, o que nos chama atenção, pois saneamento básico é um elemento para a condição de saúde, principalmente para a melhoria do estado nutricional, pois segundo a pesquisa acima, 18% das crianças entrevistadas haviam apresentado diarreia nos 15 dias que antecederam a pesquisa (BRASIL, 2008).

Outra preocupação relevante detectada em Jacarequara é quanto a água utilizada no consumo. O total dos entrevistados informou consumir água de poço sendo em sua maioria tratada de forma inadequada; das 18 famílias, 11 utilizam somente a solução de Hipoclorito para o cuidado com a água sem filtrar, 03 somente ferve a água e 04 não faz nenhum tipo de tratamento, deixando conseqüentemente as crianças vulneráveis às infecções por parasitose, bactérias entre outras enfermidades.

Esses dados ratificam a situação socioeconômica precária em que vive a população negra, na verdade, a expressão da violação de diversos direitos humanos como o direito à moradia, direito ao meio ambiente sadio, direito à educação e o mais fundamental o direito a uma alimentação adequada, com qualidade e quantidade suficiente, respeitando a diversidade cultural sem comprometer o acesso a outras necessidades básicas

3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CRIANÇAS QUILOMBOLAS MENORES DE CINCO (5) ANOS NO BRASIL

A frequência, distribuição e causalidade de doenças mais incidentes na população brasileira afro-descendente são influenciadas por características de ordem genética e ainda fortemente por fatores socioeconômicos que incluem o regime de escravatura vivido até o final do século XIX e a posterior situação de exclusão social, presente até nossos dias, de grande parcela dessa população. A população negra brasileira apresenta uma especificidade genética que a distingue de qualquer outra parte do mundo. Isto se deve à miscigenação de negros procedentes de diferentes regiões da África, em distintas épocas, com características culturais e genéticas próprias. Durante a colonização houve uma intensa miscigenação com a população branca, de origem portuguesa, e, em menor escala, com a população indígena nativa (PNUD, 2000).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no Brasil, 25% das crianças negras falcêmicas sem assistência específica morrem antes dos cinco (5) anos de idade (BRASIL, 2005). É também preocupante a realidade atual em que uma em cada 10 crianças quilombolas do país está desnutrida. Fome, isolamento e falta de saneamento básico representam uma realidade desumana nas 60 comunidades quilombolas estudada nos 22 estados brasileiros, onde meninos e meninas menores de cinco anos não têm acesso a três refeições diárias (BRASIL, 2006a, 2006b).

A situação passa ser pior quando analisada a desnutrição por déficit de crescimento: 316 (11,6%) têm altura inferior aos padrões recomendados pela OMS (Organização Mundial da Saúde). Pacheco (apud MELO, 2007), diretora-interina do Departamento de Avaliação e Monitoramento do Ministério do Desenvolvimento Social destaca que:

Esse é um dos dados mais relevantes, porque mostra que as crianças não crescem bem porque vai acumulando as conseqüências da desnutrição e das infecções, como a diarreia, que pegam por causa do ambiente em que vivem, a desnutrição nessa faixa etária é resultado da má alimentação e das infecções. Elas têm uma situação de renda muito baixa e um saneamento básico pior, ou seja, a nutrição e o saneamento básico são os binômios fatais para a desnutrição. (MELO, 2007).

A pesquisa oficial já mencionada e outras com objetivo semelhante revelam que nas comunidades quilombolas é alta a prevalência da mortalidade infantil. Os depoimentos de mães de Jacarequara coincidem nesse quadro. A mortalidade elevada é, em geral, causada por fatores preveníveis, a exemplo: de cuidados durante o pré-natal e no desenvolvimento da criança (BRASIL, 2007).

Segundo a pesquisa do IBGE (2004) que utilizou pela primeira vez a metodologia Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), revelou que 13,921 milhões de pessoas passam fome no Brasil sendo que 11,5% da população negra vivia em situação de insegurança alimentar grave; entre os brancos o percentual caiu para 4,1%. Em contrapartida a população que vivia em domicílios com garantia de acesso aos alimentos em termos qualitativos e quantitativos era 71,9% de brancos e 47,7% de negros.

O Brasil é o segundo maior país em população negra, a 12ª economia do mundo, o segundo maior produtor de alimentos, um dos maiores exportadores de alimentos, e contraditoriamente só perdemos em concentração de renda para Serra Leoa. Menciona-se que 30% das espécies vivas do planeta estão no território brasileiro, todavia não é objetivo de políticas do Estado de transformar essas riquezas em qualidade de vida para todos, coabita-se com pessoas em situação de extrema insegurança alimentar entre as quais as populações negras são maioria.

Ainda cabe superar as grandes desigualdades entre populações negras e brancas, resgate desta dívida histórica que o Brasil tem com o povo negro, pois foi à custa de seu suor e de seu sangue que conquistou destaque na economia mundial (BRASIL, 2008). Quer dizer que mesmo as autoridades do país assumem o peso das iniquidades sociais que pouco tem sido minimizadas com políticas públicas.

A situação nutricional de crianças quilombolas é preocupante uma vez que dados de 2002 e 2003 da Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF (IBGE, 2003), aponta que o déficit de peso para idade na faixa etária de 0 a 5 anos, um dos sinais de desnutrição, entre o total de crianças brasileiras nessa faixa etária, 4,6% tem esse déficit; entre as que moram na zona rural, 5,6% sofrem o problema. O gráfico 2 elaborado a partir de dados do IBGE mostra que do total de 2.971 crianças estudadas, 221 (8,1%) apresentaram déficit na relação entre peso e idade maior também do que entre as crianças do semi-árido brasileiro (6,6%) (IBGE, 2003).

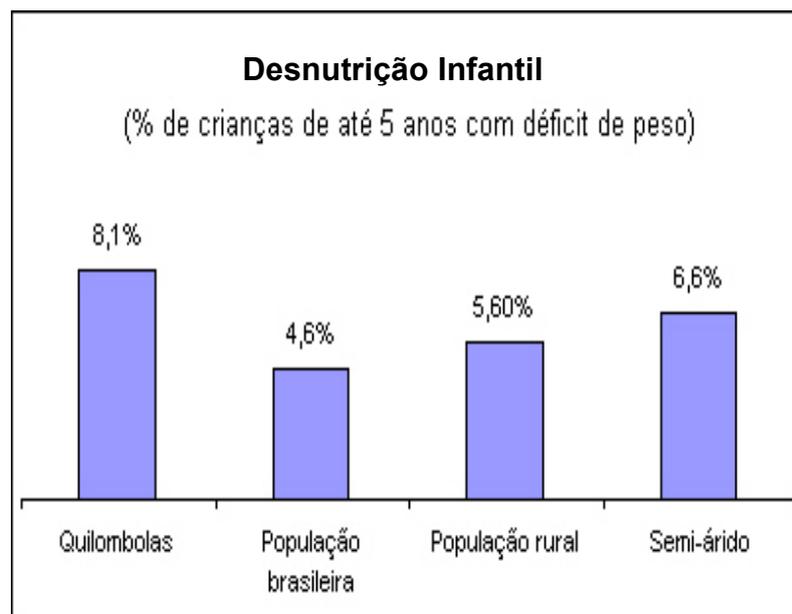


Gráfico 2 - Incidência de meninos e meninas com déficit de peso para a idade, 2006.

Fonte: Pesquisa de Orçamentos Familiares, Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde e Chamada Nutricional Quilombola, 2006.

Os dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (1998), a prevalência de desnutrição entre crianças menores de cinco (5) anos é de 226 milhões para países da América Latina, sendo que no Brasil esse quadro chega a 16% do total. Na Região Amazônica estudos desta natureza são ainda muito escassos e se referem, na maioria, à população de Manaus sendo que alguns foram realizados há praticamente duas décadas (ALENCAR, et al., 2001).

No Brasil foram realizados três inquéritos nutricionais: o Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF), em 1974/1975; a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), em 1989, e a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), em 1995/1996. Uma comparação dos três inquéritos mostrou uma tendência de redução da prevalência de desnutrição e também um aumento na prevalência de obesidade. Destaca-se, no entanto, que os inquéritos referidos não representaram as comunidades tradicionais, entre eles, os quilombolas (BRASIL, 2008).

A ausência de políticas públicas está visível no Relatório Mundial da Infância de 2005, no qual já se observava indicadores mundiais preocupantes determinantes da situação de saúde de crianças como: 1 bilhão de crianças que viviam na pobreza, 400 milhões de crianças não tinham acesso a água limpa, 270 milhões de crianças não tinham acesso a serviços de saúde, 3.900 crianças morriam a cada dia devido à falta de acesso à água limpa para beber e a instalações sanitárias adequadas

causando 1,4 milhões de morte/ano. O relatório já mostrava claramente que, para cerca de 50% dos dois bilhões de crianças que viviam no mundo real naquele ano, a infância é total e brutalmente diferente do ideal que buscamos (UNICEF, 2005).

As crianças que vivem em quase 2 mil comunidades quilombolas do país enfrentam a falta de serviços básicos de saúde, educação e moradia. O fato de nascer negro no Brasil ainda pode limitar as oportunidades de crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes (MELO 2007).

No Brasil, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD-2004) entre os quilombolas sujeitos de direitos na Constituição de 1988, na convenção de 169 da OIT e de outros estatutos legais, a proporção de crianças de até cinco anos desnutridas era 76,1% maior do que na população brasileira e 44,6% maior do que na população rural. Esse mesmo estudo aponta uma maior probabilidade de morte precoce entre as populações negras, em grande parte associada às dificuldades determinadas pelas suas menores possibilidades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade. (MORTALIDADE infantil em remanescentes...,2007).

O Brasil tinha em números estimados, cerca de 900 mil crianças quilombolas de até 17 anos. Boa parte é invisível às políticas públicas. Dados revelam, por exemplo, que meninos e meninas dessas comunidades morrem antes de completar um ano, antes mesmo de obter sua certidão de nascimento, 11,6% dos jovens têm altura inferior aos padrões recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), 90,9% das crianças moram em domicílio com renda familiar inferior a R\$ 424 reais por mês, 57,5% vivem em lares com renda total menor de R\$ 207 reais, 3,2% moram em residência com acesso à rede pública de esgoto e 28,9% com acesso à fossa séptica. No Brasil, 45,6% dos brasileiros residem em domicílios com rede pública de esgoto e 21,4% em casas com fossa séptica (MELO 2007).

As informações retratam as mazelas que afetam crianças e adolescentes brasileiros, mas, entre eles, os quilombos são quase invisíveis e já enfrentavam, em pleno 2005, carências seculares.

A escolaridade materna e condição econômica são dois dos principais fatores a influenciar a taxa de desnutrição, pois quase 9% dos filhos de mães com mais de quatro anos de estudo estão com déficit alimentar. Esse mesmo indicador sobe para 13,7% entre as crianças de mães com escolaridade menor que quatro anos (MORTALIDADE infantil em remanescentes ..., 2007).

Os últimos dados desse tipo de estudo para as crianças brasileiras como um todo estão na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), de 1996: 10,5% das pessoas nessa faixa etária tinham déficit de altura — o que significa que a situação das crianças quilombolas em 2006 era pior do que a das brasileiras de dez anos antes (BRASIL, 2006b).

No Brasil, diversos estudos demográficos e de saúde têm demonstrado que, nas últimas décadas, vem ocorrendo uma diminuição progressiva da mortalidade infantil (IBGE, 2001; PNUD, 2005). Entretanto, essa diminuição não ocorre de forma homogênea, sendo menos acentuada, sobretudo entre os grupos populacionais em situações de maior vulnerabilidade (MORTALIDADE infantil em remanescentes..., 2007).

Entre 1990 e 2003, a redução da mortalidade foi expressiva (44,1%). Em 2003, ocorreram 27 óbitos a cada mil crianças menores de um (1) ano nascidas vivas, com a mesma tendência para menores de cinco (5) anos. Nesse grupo etário, as políticas públicas tiveram impacto positivo nas taxas de mortalidade por infecções respiratórias e diarreia aguda, com redução nesta última de 59,5% em algumas regiões entre 1990 a 2001. Não ocorrendo nessa mesma proporção entre os “povos tradicionais” (MORTALIDADE infantil em remanescentes..., 2007).

A taxa de mortalidade infantil se constitui em um importante indicador para a avaliação das condições de vida e da qualidade da atenção à saúde de uma determinada população, em certo espaço geográfico (HARTZ et al., 1996).

Um breve olhar nos indicadores socioeconômicos nacionais é suficiente para confirmar que são as crianças a faixa da população mais exposta à pobreza e à miséria. Quase quatro em cada dez brasileirinhos vivem abaixo da linha da indigência, segundo cálculos do Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas (MORTALIDADE infantil em resmanescentes...,2007).

4 AMOSTRA DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DE CRIANÇAS QUILOMBOLAS NO PARÁ

No expediente de Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB), da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) mais uma vez constata-se indicadores preocupantes de mortalidade infantil proporcional por doença diarreica aguda em menores de cinco (5) anos de idade no Estado do Pará, com um percentual de 4,3%. Mortes que poderiam ser evitadas com simples ações básicas de saúde como cuidado com a água, prática de aleitamento materno, ações educativas sobre cuidados com a saúde e alimentação (BRASIL, 2006a).

Uma pesquisa realizada na comunidade quilombola Cacau, município de Colares, Estado do Pará na qual se procurou detectar a prevalência de distúrbio nutricionais baseado na referência do National Center for Health Statistic (NCHS) para peso e idade, constatou-se que as crianças de 0 a 2 anos estão abaixo do peso esperado para a idade, 32% apresentaram desnutrição, sendo 19% de primeiro grau e 13% de segundo. Entre a faixa etária de 2 a 6, a prevalência foi de 38,41% de primeiro grau, e na faixa de 6 a 11 anos, foi de 56% de primeiro grau e 22% de segundo grau estando a prevalência de desnutrição mais evidente. Esses resultados indicam que ocorreu uma baixa ingestão alimentar refletindo no crescimento e desenvolvimento desse grupo (ACEVEDO MARIN, 2004).

Ainda nessa mesma pesquisa de ACEVEDO constatou-se que alguns hábitos tradicionais desse grupo étnico foram substituídos aumentando a vulnerabilidade. No lugar do mingau são ingeridos sucos artificiais e café, o biju consome-se menos que os biscoitos recheados. As doenças e sintomas mais freqüentes nessa comunidade específica são: malária, dor de cabeça, dor de barriga, acidentes ofídicos, de alta incidência.

No Município de Santarém-Pa, no período de março/abril de 2006 realizou-se uma pesquisa para análise preliminar da mortalidade infantil em áreas quilombolas e foi detectado um diferencial na mortalidade de menores de um ano de idade para os quilombos da área de terra firme e várzea, de 30,4 óbitos/por mil nascidos vivos e de 50,2 óbitos/por mil nascidos vivos, respectivamente, conforme ilustra o gráfico 3 (MORTALIDADE infantil em remanescentes...,2007).

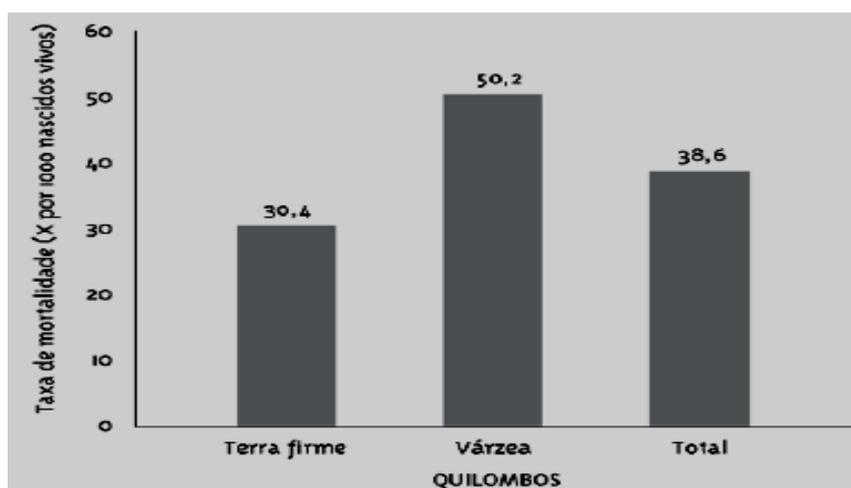


Gráfico 3 –Taxa de mortalidade infantil segundo a área de residência da população quilombola no município de Santarém, Pará –2006.

Fonte: Censo populacional quilombola, Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane (FIOCRUZ, 2006) .Estimativa dos autores.

Os resultados evidenciam profundas desigualdades, na medida em que as taxas de mortalidade das comunidades quilombolas são maiores quando comparadas com as do país (27,0 óbitos/por mil nascidos vivos), da Região Norte (26,2 óbitos/por mil nascidos vivos), e da população negra rural do Estado do Pará (32,9 óbitos/por mil nascidos vivos). Observa-se que na figura acima nenhuma das taxas de mortalidade dos quilombos alcançou níveis considerados satisfatórios quando comparadas com os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde em 2005 (menos de 20 óbitos/por mil nascidos vivos). Constata-se que, enquanto a mortalidade infantil vem diminuindo no país como um todo, nos quilombos de Santarém, principalmente os da área de várzea, a probabilidade de uma criança quilombola morrer antes de completar o primeiro ano de vida é mais elevada, superando a média nacional, regional e estadual e classificando-se como alta, conforme os critérios definidos pelo Ministério da Saúde (MORTALIDADE infantil em remanescentes...,2007).

Esses resultados ratificam que o grupo quilombola mostra padrões diferenciados de mortalidade quando comparados com a população urbana e rural do país. Os diferenciais de mortalidade infantil observados entre a população quilombola merecem novos estudos e investigações.

Independentemente de maiores interpretações, esses resultados tornam evidente a situação de elevada vulnerabilidade e risco de morte entre as crianças menores de um ano, seja nas comunidades quilombolas, seja nas comunidades

indígenas, sobretudo entre aquelas residentes na Região Amazônica. Uma das questões que surge de forma indireta a partir das interpretações dos resultados acima apresentados é se a falta de acesso a serviços de saúde poderia, por si só, justificar taxas de mortalidade infantil tão elevada nos territórios quilombolas estudados (MORTALIDADE infantil em remanescentes...,2007).

Outro indicador importante para se avaliar a situação de saúde de crianças quilombolas, é a prática do aleitamento materno, pois é comprovado cientificamente as propriedades imunológicas do leite materno, o menor uma vez não amamentado, fica mais vulnerável ao adoecimento. Em relação a este fator, a OMS (Organização Mundial de Saúde) recomenda que o aleitamento materno seja exclusivo até os 6 meses de idade e se prolongue pelo menos até os 2 anos (UNICEF, 2006).

Pesquisa anterior, como a da UNICEF, realizada nos municípios de (Belém, Caarapó, Cabo de Santo Agostinho, Itapecuru-Mirim, Juazeiro, Pelotas, Salvaterra e Tauá) nos mostra que esta recomendação está longe de ser seguida, como podemos visualizar no gráfico 4, pois a proporção de crianças que se alimentaram apenas de leite do peito até os 6 meses é inferior a 20% em cinco dos oito municípios de estudo, incluindo a capital do Pará, Belém com 49% de crianças que foram amamentadas exclusivamente e o município de Salvaterra, sendo neste último um percentual baixo de 24,5%. Também é raro o prolongamento da amamentação até os 2 anos. Uma atitude importante é amamentar o bebê na primeira meia hora de vida, o que, de acordo com a pesquisa, nem sempre ocorre nas comunidades estudadas (UNICEF, 2006).

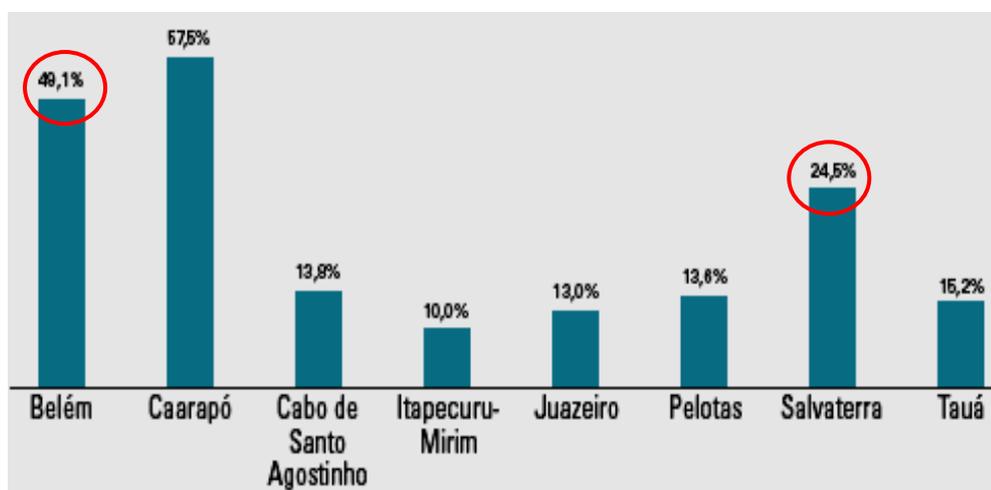


Gráfico 4 - Proporção de Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade.
Fonte: UNICEF, 2006.

Outro fator de grande importância na promoção da saúde de crianças nessa faixa de idade, diz respeito ao cumprimento do agendamento do esquema de vacina da criança, como método de prevenção de doença, no gráfico 5 abaixo é evidenciado que a proporção de crianças de até 6 anos de idade que receberam as vacinas básicas da infância estão abaixo do esperado em todas as localidades. Belém atinge um percentual significativo de 84% de cobertura, Salvaterra com 60%, sendo mais preocupante na localidade de Caarapó (UNICEF, 2006).

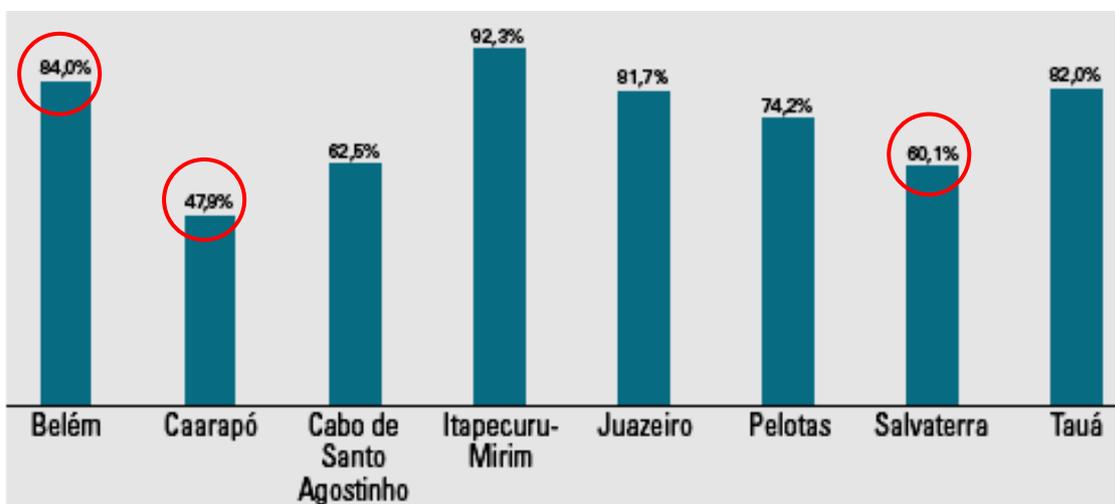


Gráfico 5 - Proporção de crianças de até 6 anos que receberam todas as vacinas básicas
Fonte : UNICEF, 2006

O indicador de renda é também importante na condição de saúde das crianças. No Brasil, entre os 10% mais ricos apenas 18% são negros (pardos ou pretos), de acordo com estudo feito pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), com base na PNAD 2004. Segundo Mendes (2006) que realizou um estudo na comunidade de Cacau no Pará no ano de 2005 a renda média mensal das famílias era de R\$ 222,89 sendo que do total deste recurso, mais da metade se destinava à compra de alimentos, ou seja, a aquisição de alimentos por via monetária já é uma dura realidade nesta localidade sendo que o montante destinado para isso compromete a aplicação de recursos para outros fins como lazer, vestuário, viagens, medicamentos, transportes, que por ventura possam precisar além de outros gastos do dia-a-dia. Este fato vai de encontro a princípios e diretrizes

da segurança alimentar e nutricional onde se diz que a aquisição de alimentos deve ser feita de forma que não comprometa o acesso a outras necessidades essenciais.

Segundo a pesquisa do IBGE (2004) a população negra é quase três vezes mais atingida pela insegurança alimentar grave do que a branca. É importante salientar que a diferença na proporção de insegurança alimentar grave de acordo com a raça (os que realmente passavam fome) se reproduz em todos os estados brasileiros, com maior magnitude nas regiões sudeste, sul e centro-oeste (IBGE, 2004).

Tabela 5 - Renda familiar mensal, 2005.

Renda	Total	%
Sem informação	01	4,16
Não sabe	03	12,50
Menos ou igual a ½ SM	06	25,00
Mais de ½ a 1 SM	08	33,33
Mais de 1 a 2 SM	06	25,00

Fonte: Pesquisa Segurança Alimentar em Comunidades Quilombolas: Estudo Comparativo de Santo Antônio (Concórdia do Pará) e Cacau (Colares). In: Mendes, 2006.

No estudo de Mendes (2006), observa-se na tabela 5 que a comunidade vem experimentando um crescente quadro de insegurança alimentar que se afirma com o decorrer do tempo, ou seja, esta realidade vem se agravando com o avanço dos anos. Esse fato também é um fator que vem contribuindo para o comprometimento do estado nutricional da população da comunidade de Cacau, especialmente as crianças, como demonstrado na tabela 6.

Mendes (2006) que realizou avaliação nutricional em 47 crianças de 0 - 23 meses, de acordo com a tabela abaixo se evidencia para a população de lactentes da comunidade do Cacau, como principal manifestação da desnutrição, a forma crônica, com 40% de prevalência, o que representa inadequação no indicador “altura/idade”, sendo que 20% destas crianças se apresentaram com risco nutricional. Já a desnutrição global, identificada pela inadequação no indicador “peso/idade”, foi registrada em 20%.

Tabela 6 - Avaliação antropométrica (E/I e P/I-NCHS) em lactentes na comunidade do Cacau na faixa etária de 0-23 meses

Estado	Peso/idade (%)	Estatura/idade (%)
Baixo peso/déficit estatural	20	40
Risco nutricional		20
Eutrófico	80	20

Fonte: Pesquisa Segurança Alimentar em Comunidades Quilombolas: Estudo Comparativo de Santo Antônio (Concórdia do Pará) e Cacau (Colares), In: Mendes, 2006.

Entre os pré-escolares (2-6 anos), conforme os dados da Tabela 7 foram verificados que 55% das crianças apresentam déficit de estatura e os que estavam na faixa de risco nutricional somam 22%, o que representa a maioria dos indivíduos desta faixa etária já que os considerados com altura adequada para a idade somaram também 22%. Em relação ao indicador peso/idade se verificou que 25% se encontravam com baixo peso, e 12,5% em risco nutricional. No entanto 62,5% apresentaram peso adequado para a idade (MENDES, 2006).

Tabela 7 - Avaliação antropométrica (E/I e P/I-NCHS) em pré-escolares na comunidade do Cacau na faixa etária de 2 a 6 anos

Estado	Peso/idade (%)	Estatura/idade (%)
Baixo peso/déficit estatural	25	56
Risco nutricional	12,5	22
Eutrófico	62,5	22

Fonte: Pesquisa Segurança Alimentar em Comunidades Quilombolas: Estudo Comparativo de Santo Antônio (Concórdia do Pará) e Cacau (Colares) In: Mendes, 2006.

A evolução do estado nutricional dos moradores do Cacau se mostra quando os números das tabelas acima são comparados com o ano de 2003, de acordo com a pesquisa de Acevedo Marin (2004). Em relação aos lactentes se verificou que, naquele ano, 32% das crianças apresentavam desnutrição e, no ano de 2006, este número se eleva para 40%, o que caracteriza um quadro preocupante já que há um avanço do número de casos

Em relação aos pré-escolares se verificou no ano de 2003 que estes somavam um total de 38,41% e este número sobe para 56%, em 2006, demonstrando o mesmo avanço da desnutrição observada para os lactentes. Acevedo Marin (2004).

Quando comparado o estado nutricional do Cacau com o estudo de Alencar (2001) em pré-escolares em Nhamundá/AM, se observa que nesta última localidade a prevalência de desnutrição é de 59,9%, o que praticamente nivela em termos epidemiológicos estas duas localidades, mostrando assim que não existem diferenças significativas do estado nutricional em áreas rurais na Amazônia.

5 SITUAÇÃO DE SAÚDE DE CRIANÇAS QUILOMBOLAS DE ZERO (0) A CINCO (5) ANOS DE JACAREQUARA

Em 2008, a comunidade reunia crianças com faixa etária diversas, porém este estudo se propôs em trabalhar com somente o universo de 33 crianças na faixa etária de zero (0) a cinco (5) anos, por ser uma fase na qual a criança se encontra mais vulnerável. A amostra foi composta por 27,% na faixa etária de 0 | 1a, 18% de 1 | 2a, 24% de 2 | 3a, 30% de 3 | 5a, não havendo nenhuma perda na amostra, pois buscou-se como estratégia o apoio do ACS e líderes da comunidade na chamada dos responsáveis para o barracão “Arte Quilombola Flor da Pedra” onde os moradores costumam reunir, produzir e expor os artesanatos e realizar outras atividades de saúde como campanha de vacinação (ver fotografia 8 e 9...) e também realizou-se a busca ativa nas residências.



Fotografia 8 - Ilustra a equipe de saúde e líderes comunitários de Jacarequara
Fonte: Trabalho de campo (2008)



Fotografia 9 - Ilustra o barracão das atividades de Jacarequara
Fonte: Trabalho de campo (2008)

Neste tópico procurou-se identificar as condições de saúde das crianças desde o cuidado prévio ao nascimento, pois os pais e os responsáveis pelas crianças são os atores mais diretamente envolvidos com os cuidados de que a criança precisa. A UNICEF enfatiza a importância das competências familiares, entendidas como o conjunto de conhecimentos, práticas e habilidades necessários para promover a

sobrevivência, o desenvolvimento, a proteção e a participação das crianças (UNICEF, 2006).

As competências familiares envolvem desde a preparação adequada antes do nascimento até a estimulação psicossocial da criança, o seu desenvolvimento cognitivo e a capacidade de identificar sinais de doença e tomar as providências necessárias, assim como a promoção da paz e a prevenção da violência. No estudo realizado pela UNICEF (2005) sobre as competências familiares detectou-se uma realidade comum sobre o acompanhamento do pré-natal, pois retrata o descuido com a criança desde o intra-útero. Este serviço é fundamental para detectar riscos na gestação e prevenir problemas futuros para o bebê (UNICEF, 2006).

A tabela 8 abaixo demonstra que, embora tenham sido encontradas diferenças significativas na realização do pré-natal entre as oito localidades de um estudo realizado pela UNICEF incluindo Belém e Salvaterra no Pará, todas apresentam quadro de fragilidade das competências familiares, sendo a situação mais crítica em zona rural (Salvaterra), onde somente 29,3% das grávidas realizaram o mínimo de consultas recomendada pelo Ministério da Saúde (UNICEF, 2006).

Tabela 8 - Número de consultas realizadas no pré-natal como fator preventivo e cuidado a gestante e ao bebê

Número de consultas realizadas no pré-natal								
	Belém	Caarapó	Cabo de Santo Agostinho	Itapecuru-Mirim	Juazeiro	Pelotas	Salvaterra	Tauá
Nenhuma consulta	6,0%	32,4%	5,1%	40,0%	0,9%	0	6,8%	5,7%
1 a 2 consultas	4,3%	15,1%	1,3%	25,0%	2,7%	1,7%	3,4%	4,0%
3 a 6 consultas	33,7%	23,7%	22,6%	30,0%	38,9%	22,1%	60,5%	46,7%
7 ou mais consultas	56,0%	28,8%	71,0%	5,0%	57,5%	76,2%	29,3%	43,6%

Fonte: UNICEF

As precárias condições de vida e ausência de informações adequadas sobre a saúde materna no pré-natal contribuem para o aumento dos casos de baixo peso ao nascer ou óbitos neonatais. No país, “a maior parte dos óbitos de crianças se concentram no primeiro mês de vida, o que evidencia a importância dos fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto”. Por sua vez, os recém-nascidos de baixo peso necessitam de mais cuidados na prevenção de infecções, amamentação

e estimulação para serem saudáveis. “O cuidado pré-natal adequado salva a vida das mães e dos bebês” (UNICEF,2006. p.90-92).

Em Jacarequara essa realidade é diferente, pois apesar de ser distante 47 Km da zona urbana, não ter transporte coletivo, não existir posto de saúde na comunidade, das 33 gestações ocorridas no nosso estudo, todas as mães relataram ter realizado o pré-natal sendo condizente com a pesquisa realizada em sete (7) comunidades quilombolas no Pará pelo MDS em 2006, onde 93% das mães haviam realizado o pré-natal. Constata-se então que essa é uma prática freqüente em comunidade quilombola. Acredita-se que no universo de Jacarequara, esse êxito tenha se dado pela presença do Agente Comunitário de Saúde e do Programa Estratégia Saúde da Família, que tem o papel de prestar assistência e incentivar a população a realizar o controle da saúde conforme ilustra a tabela 9. É fato comprovado que o cuidado no pré-natal previne complicações para a mãe e para a criança.

Tabela 9 - Mães de Jacarequara que realizaram o pré-natal- Pará/ 2008

Realização do pré-natal	Frequência	
	Nº	%
Sim	33	100.0
Não	0	0.0
Total	33	100.0

Fonte: Trabalho de campo (2008)

Também se buscou avaliar o estado nutricional das crianças através dos equipamentos antropométricos básicos como balança da marca SECA e Antropômetro da marca ALTURA EXATA (fotografia 10). Os responsáveis foram organizados em fila para a coleta de informações da carteira de saúde da criança e após realizou-se a coleta de peso (fotografia 11). De acordo com a mesma pesquisa de cada dez crianças com até cinco anos de idade que vive nessas comunidades, uma está desnutrida, onde 11,6% dos meninos e meninas apresentam déficit de altura para a idade (A/I), principal índice de aferição da desnutrição (BRASIL, 2008). Se for comparada com a situação nutricional das crianças na mesma faixa etária do estudo em Jacarequara, as quais foram avaliadas a partir dos parâmetros da OMS, a realidade foi bem diferente na qual a maioria 75,8% encontravam-se eutróficas, ou

seja, peso ideal para a idade (P/I), somente 6% apresentou baixo peso, 9% de risco nutricional e 9% risco de sobrepeso.

A situação de altura para a idade (A/I) também revelou que a maioria 57,5% está com estatura adequada para a idade, porém das 33 crianças, 14 apresentaram déficit de A/I (risco ou baixa estatura), principal índice de aferição da desnutrição crônica, revelando um dado preocupante. Este indicador é semelhante à situação do estudo acima citado conforme ilustra a tabela 10 e tabela 11.



Fotografia 10- Equipamentos balança SECA e antropômetro ALTURA EXATA
Fonte: trabalho de campo (2008)



Fotografia 11 - Pesando e medindo a criança de Jacarequara
Fonte: trabalho de campo (2008)

Tabela 10 - Avaliação do estado nutricional (P/I-OMS) em crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara, Pará -2008

ESTADO NUTRICIONAL P/I	N	%
Baixo peso	2	6.1
Risco nutricional	3	9.1
Eutrofia	25	75.8
Risco de sobrepeso	3	9.1
Total	33	100.0

Fonte: Trabalho de campo (2008)

Tabela 11 - Avaliação do estado nutricional (A/I-OMS) em crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara,Pará -2008

ESTADO NUTRICIONAL A/I	N	%
Baixa estatura	5	15.2
Risco de baixa estatura	9	27.3
Estatutura adequada	19	57.6
Total	33	100.0

Fonte: Trabalho de campo (2008)

Os dados apresentados neste estudo se reportam à pesquisa do MDS em 2006 por ter indicadores recentes e ter sido realizada em comunidades quilombolas do Brasil e do Pará. Esta mostrou a influência da renda e escolaridade nos indicadores. Em famílias, cujas mães têm mais de quatro anos de estudos, o déficit nutricional cai para 8,8% e entre aquelas com nível de escolaridade abaixo, o índice sobe para 13,7%. Entre as crianças que vivem em famílias da classe E (Renda domiciliar mensal inferior a R\$ 760,00 reais), que representam 57,5% das avaliadas, a desnutrição chega a 15,6%; e baixa para 5,6% no grupo que vive na classe D (Renda domiciliar mensal entre R\$760,00 e R\$1.900,00 reais), onde estão 33,4% do total (BRASIL, 2008).

Com relação à escolaridade, as crianças de Jacarequara em sua maioria tinham mães com somente o ensino fundamental incompleto, 10% dessas crianças apresentavam risco nutricional e 79,3% apresentavam-se eutróficas⁴. No que diz respeito à renda estas mesmas crianças eram em sua maioria de famílias com renda menor de 1 SM, sendo que 7,7% já apresentavam baixo peso, 7,7% risco nutricional e 76,9% apresentavam-se eutróficas, mostrando portanto que a escolaridade e a renda não teve influencia negativa significativa no estado nutricional, porém as crianças encontram-se com baixa estatura e risco de baixa estatura para a idade. Ressalta-se que estas famílias tinham seu próprio meio de acesso a alimentação e a outras necessidades que era através de roçado, criação de pequenos animais, venda de artesanato produzido na própria comunidade, além de complemento da renda por benefícios do Governo Federal como o programa Bolsa Família, além da prática do aleitamento materno exclusivo, o que se acredita que esses fatores

⁴

Eutróficas: estado nutricional adequado para peso em relação a idade.

contribuíram para a condição de bom estado nutricional da maioria das crianças ilustradas na tabela 12, 13 e 14.

Tabela 12- Situação do estado nutricional de crianças de 0 a 5 anos em relação ao nível de escolaridade da mãe da comunidade de Jacarequara, Pará -2008

ESTADO NUTRICIONAL (P/I)	ESCOLARIDADE DA MÃE					
	Fundamental Incompleto		Fundamental Completo		Médio Incompleto	
	N	%	N	%	N	%
Baixo peso	1	3.4	1	50.0	0	0.0
Risco nutricional	3	10.3	0	0.0	0	0.0
Eutrofia	23	79.3	0	0.0	2	100.0
Risco de sobrepeso	2	6.9	1	50.0	0	0.0
Total	29	100.0	2	100.0	2	100.0

Fonte:Trabalho de campo (2008)

Tabela 13 - Situação do estado nutricional de crianças de 0 a 5 anos em relação ao nível de renda da família de Jacarequara ,Pará– 2008

ESTADO NUTRICIONAL (P/I)	RENDA FAMILIAR					
	Menos de 1 SM		1 a 2 SM		Sem renda	
	N	%	N	%	N	%
Baixo peso	2	7.7	0	0.0	0	0.0
Risco nutricional	2	7.7	0	0.0	1	50.0
Eutrofia	20	76.9	1	33.3	4	200.0
Risco de sobrepeso	2	7.7	0	0.0	1	50.0
Total	26	100.0	1	33.3	6	300.0

Fonte:Trabalho de campo (2008)

Tabela 14 - Situação do estado nutricional de crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara cujos responsáveis recebem o benefício do PBF - 2008

ESTADO NUTRICIONAL (P/I)	RECEBE BENEFÍCIO		NÃO RECEBE BENEFÍCIO	
	N	%	N	%
Baixo peso	1	3.4	1	25.0
Risco nutricional	3	10.3	0	0.0
Eutrofia	23	79.3	2	50.0
Risco de sobrepeso	2	6.9	1	25.0
Total	29	100.0	4	100.0

Fonte: Trabalho de campo (2008)

Outro grupo de competências familiares importante é o do cuidado com a nutrição da criança, que começa pelo aleitamento materno. A recomendação internacional pela OMS é de que o aleitamento materno seja exclusivo até os 6 meses de idade e se prolongue pelo menos até os 2 anos (UNICEF, 2006). O gráfico 6 ilustra que todas as crianças de Jacarequara foram amamentadas, porém 57.6% não seguiram a recomendação da OMS de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até o 6º mês iniciando a introdução de outros alimentos antes dos 6 meses de idade, somente 30,3% praticaram o AME com introdução de outros alimentos somente após o 6º mês e 12,1% ainda estavam sendo amamentadas. Dado semelhante à pesquisa do MDS (2006), pois somente 28,7% das crianças praticaram o AME. Essa competência familiar é muito importante de ser cumprida visto que a introdução precoce de outros alimentos é um determinante no surgimento de doenças como (infecções, desnutrição, obesidade, diarreia...) (UNICEF, 2005).

As diarreias constituem a principal causa de morte infantil no início da década de 90 e continua sendo uma das principais causas de morbidade e também se deve salientar que o leite materno é rico em Calcio, mineral importante no crescimento ósseo e a retirada precoce do peito favorece a deficiência desse nutriente (UNICEF, 2005).

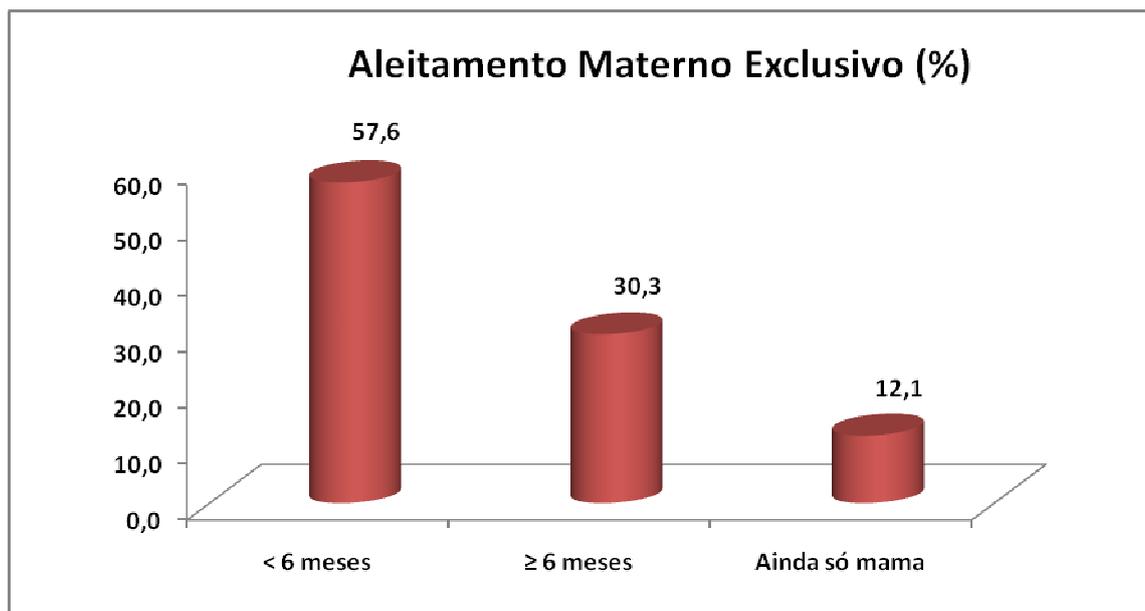


Gráfico 6 - Crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara que foram amamentadas exclusivamente-2008

Fonte: trabalho de campo (2008)

Entre o início da década de 90 e o ano 2000, a taxa global de mortalidade de menores de cinco (5) anos caiu 11%; a prevalência de baixo peso entre crianças menores de cinco (5) anos caiu de 32% para 28%, e o acesso global à água limpa para beber passou de 77% para 82%. As mortes infantis causadas principalmente por diarreia tiveram uma redução de 50% ao longo da década, poupando cerca de um milhão de vidas (UNICEF, 2005).

Um instrumento básico de acompanhamento da saúde infantil é o Cartão da Criança, no qual são anotadas informações do crescimento, desenvolvimento e vacinas recebidas. Na tabela 15 que diz respeito às condições de saúde, das 33 crianças pertencentes a este estudo, 97% apresentaram o cartão da criança o qual foi examinado quanto ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Observou-se que 84,8% nasceram de peso adequado, 90,9% estavam com vacinação em dia, 63,6% não havia adoecido no último mês, 54,5% realizam acompanhamento regular da saúde, porém um percentual bastante significativo de 45,5% ainda não realizava acompanhamento de saúde regularmente. Apesar da comunidade ter acompanhamento por ACS e ESF mensalmente, 96,9% não tinham registros de peso e estatura e 93,8% não tinham registros da curva de crescimento no cartão de acompanhamento.

Tabela 15- Situação de saúde das crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara-2008

SITUAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA		N	%
Peso ao nascer	<i>Normal</i> ($\geq 2.5\text{Kg}$)	28	84.8
	<i>Baixo</i> ($\leq 2.5\text{Kg}$)	2	6.1
	<i>Não sabe informar</i>	3	9.1
	<i>Total</i>	33	100.0
Possui cartão de saúde	<i>Sim</i>	32	97.0
	<i>Não</i>	1	3.0
	<i>Total</i>	33	100.0
Registro de peso e estatura no cartão de saúde	<i>Sim</i>	1	3.1
	<i>Não</i>	31	96.9
	<i>Total</i>	32	100.0
Vacinação em dia	<i>Sim</i>	30	90.9
	<i>Não</i>	3	9.1
	<i>Total</i>	33	100.0
Adoeceu no último mês	<i>Sim</i>	12	36.4
	<i>Não</i>	21	63.6
	<i>Total</i>	33	100.0
Registro da curva de crescimento do cartão	<i>Sim</i>	2	6,3
	<i>Não</i>	30	93,8
	<i>Total</i>	32	100,0
Acompanha a saúde da criança regularmente	<i>Sim</i>	18	54,5
	<i>Não</i>	15	45,5
	<i>Total</i>	33	100,0

Fonte: Trabalho de campo (2008)

A atenção à saúde da criança também depende de competências familiares ligadas à prevenção de doenças, à identificação de sintomas e ao encaminhamento para tratamento quando necessário. No universo da pesquisa realizada pelo UNICEF em 2005, a maioria dos pais e responsáveis pelas crianças sabe identificar sinais de doença que exigem atendimento médico com urgência (ver tabela16). É fundamental que a família tome a iniciativa de procurar um médico o mais rápido possível quando a criança apresentar alguma doença, para que o quadro não se agrave (UNICEF, 2006). E se tratando de Jacarequara medidas preventivas e de controle são fundamentais devido a dificuldade de acesso na busca de assistência, principalmente, emergencial.

Tabela 16- Sinais de doenças que, para a família, indicam necessidade de procurar serviço médico-2005

Sinais de doença que, para a família, indicam necessidade de procurar serviço médico com urgência								
	Belém	Caarapó	Cabo de Santo Agostinho	Itapecuru-Mirim	Juazeiro	Pelotas	Salvaterra	Tauá
Pele muito amarelada	97,2%	82,9%	94,3%	80,0%	94,5%	93,0%	93,1%	94,0%
Tosse com febre alta	98,8%	89,9%	98,3%	90,5%	97,6%	98,8%	100,0%	98,0%
Dificuldade de respirar	99,6%	86,9%	93,1%	80,9%	100,0%	99,4%	100,0%	96,4%
Respiração rápida com chiado	96,8%	91,5%	90,6%	81,0%	96,1%	95,2%	96,3%	94,0%
Olhos fundos, sede intensa, moleza extrema	97,6%	86,5%	94,7%	76,2%	98,4%	98,7%	99,4%	95,1%
Sangue nas fezes	98,2%	84,3%	97,5%	95,0%	99,2%	98,2%	97,5%	94,4%
Pés, mãos e lábios arroxeados	99,2%	85,9%	97,6%	71,4%	96,9%	98,1%	100%	93,5%

Fonte: UNICEF, 2005

Em se tratando dos cuidados por parte dos responsáveis à saúde das crianças de Jacarequara em situação de adoecimento (diarréia e doenças respiratórias), a tabela 17 ilustra que 66% dos responsáveis cuidam do adoecimento em casa, 91.7% cuida das doenças em geral com remédio caseiro, tanto em caso de diarréia (chá do grelo da goiabeira, chá do marupazinho, água de arroz) como em caso de doença respiratória aguda (chá, xarope de erva, banho de cabeça, reza...). 83,3% cuidam dessas doenças com remédio caseiro. Este fato ratifica que a população quilombola ainda utiliza de conhecimentos tradicionais para solucionar os problemas de saúde, isto devido à própria cultura, mas principalmente devido à ausência do poder público voltado a essa população.

A comunidade não tem serviço de saúde local, não tem transporte coletivo para em caso de necessidade ir à busca de assistência médica e a visita do ACS é somente mensal. Essa situação já relatada anteriormente contribui para que a comunidade busque seus próprios recursos alternativos.

Tabela 17 – Cuidado materno à saúde da criança de 0 a 5 anos de Jacarequara-2008

CUIDADO MATERNO		N	%
Quando a criança adoecer	<i>Leva ao serviço de saúde</i>	6	33.3
	<i>Cuida em casa</i>	12	66.7
	<i>Total</i>	18	100.0
Cuidado em casa	<i>Remédio caseiro</i>	17	91.7
	<i>Medicação e remédio caseiro</i>	1	8.3
	<i>Total</i>	18	100.0
Tratamento da diarreia	<i>Medicação prescrita</i>	1	5.6
	<i>Remédio caseiro</i>	15	83.3
	<i>Nunca teve diarreia</i>	2	11.1
	<i>Total</i>	18	100.0
Tratamento de doença respiratória	<i>Medicação prescrita</i>	2	11.1
	<i>Remédio caseiro</i>	15	83.3
	<i>Medicação e remédio caseiro</i>	1	5.6
	<i>Total</i>	18	100.0

Fonte: Trabalho de campo (2008)

6 SITUAÇÃO DE SAÚDE DAS MÃES DAS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS DA COMUNIDADE DE JACAREQUARA-PARÁ/2008

Segundo o censo 2000, a população de mulheres negras brasileiras é de 32 milhões e segundo o IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) corresponde o total de 30% da população feminina. A subnotificação da variável cor na maioria dos sistemas de informação da área da saúde tem dificultado uma análise da saúde da mulher negra no Brasil. Por outro lado, dados socioeconômicos disponíveis já indicam que mulheres negras têm menor acesso a serviços de saúde de qualidade que as brancas, maior risco de contrair determinadas doenças como a hipertensão, diabetes tipo II e a anemia falciforme (BRASIL, 2005).

Outro dado relevante é um estudo que indica que a morte materna (morte durante a gravidez, no parto ou até 42 dias após), por toxemia gravídica é mais freqüente entre as mulheres negras sendo quase 6 vezes maior que nas brancas. Também alguns estudos indicam que mulheres negras falcêmicas apresentam maior risco de abortamento e complicação durante o parto. Devido a tantas particularidades deste grupo, a estatística estima que a esperança de vida da mulher negra é de 66 anos enquanto que das brancas é 71 (BRASIL, 2005).

Ao examinar as condições de saúde de crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara, não poderia deixar de mencionar a importância do cuidado materno desde a gravidez. Um bom começo de vida e de saúde de uma criança inicia-se com a saúde da mãe durante a gestação, cujas condições emocionais, físicas e espirituais influenciam em todo o desenvolvimento do bebê. Precárias condições de vida e ausência de informações adequadas sobre a saúde materna no pré-natal contribuem para o aumento dos casos de baixo peso ao nascer ou óbitos neonatais (UNICEF, 2006).

Na tabela 18, foram inseridos dados relacionados à situação de saúde materna na gestação, na qual das 18 mães pesquisadas 87,9% não apresentaram intercorrências durante a gestação, somente 12,1% apresentaram intercorrências como (sangramento, albumina e contrações uterina precoce). Esses últimos dados ratificam a tendência de toxemia gravídica e casos de aborto já citados acima. O total de entrevistadas não apresentaram intercorrência durante o momento do parto. Ressalta-se que todas realizaram o pré-natal, tendo a maioria de 81,8% iniciada no

3º mês já exposto na tabela 9. Em relação ao tipo de parto a maioria (17) teve parto normal em casa devido a distância da zona urbana e dificuldade de transporte, (07) normal em hospital e (09) cesário. Esse fato é semelhante à pesquisa do MDS (2006) onde 93% das mães realizaram o pré-natal e também reafirma que a comunidade busca seus próprios recursos em se tratando da assistência a saúde e que a existência de parteiras ainda é uma alternativa que deve ser reconhecida e fortalecida no apoio a rede de serviços de saúde. Esse cuidado no pré-natal contribuiu para que não ocorresse caso de baixo peso ao nascer, pois 84,8% das crianças nasceram de peso normal, não ocorresse parto pré-maturo, abortos e também incentivasse às mães a prática do aleitamento materno, pois todas as crianças foram amamentadas.

TABELA 18 – Situação de saúde materna na gestação das crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara -2008

SAÚDE MATERNA NA GESTAÇÃO		N	%
Intercorrências na gestação	<i>Sim</i>	4	12.1
	<i>Não</i>	29	87.9
	<i>Total</i>	33	100.0
Intercorrências no parto	<i>Sim</i>	0	0.0
	<i>Não</i>	33	100.0
	<i>Total</i>	33	100.0
Tipo de parto	<i>Normal em casa</i>	17	51.5
	<i>Normal no hospital</i>	7	21.2
	<i>Cesário</i>	9	27.3
	<i>Total</i>	33	100.0

Fonte: Trabalho de campo (2008)

Ao levantar dado a respeito da prevenção e controle da saúde das mães das crianças, chama-se a atenção o fato de que a maioria 55,6% não vai regularmente ao serviço de saúde, só procurando quando estão doente, 10 realizam exames preventivos de (Prevenção de Câncer de Colo Uterino-PCCU) e alguns poucos de hemograma completo (sangue, urina, fezes, colesterol, triglicerídeo).

Assim, no povoado existe uma parcela significativa de 8 mulheres que não realiza nenhum tipo de exame, ou seja, não faz nenhum controle de saúde. Em Jacarequara entre as mulheres entrevistadas 10 não tiveram gestação planejada. Este dado relaciona-se com a falta de aproximação, contato, conhecimento de ações realizadas no programa de planejamento familiar do serviço de saúde (ver tabela 19). As mulheres disseram desconhecer a possibilidade de planejar o nascimento dos filhos.

Tabela 19 – Situação de saúde materna das crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara-Pará/2008

SITUAÇÃO DE SAÚDE DAS MÃES		N	%
Procura regularmente o serviço de saúde	<i>Sim</i>	8	44.4
	<i>Não</i>	10	55.6
	<i>Total</i>	18	100.0
Realiza exames preventivos	<i>Sim</i>	10	55.6
	<i>Não</i>	8	44.4
	<i>Total</i>	18	100.0
Apresenta alguma patologia	<i>Sim</i>	0	0.0
	<i>Não</i>	18	100.0
	<i>Total</i>	18	100.0
Faz uso de alguma medicação	<i>Sim</i>	1	5.6
	<i>Não</i>	17	94.4
	<i>Total</i>	18	100.0
Planejou a gravidez	<i>Sim</i>	8	44.4
	<i>Não</i>	10	55.6
	<i>Total</i>	18	100.0

Fonte: Trabalho de campo (2008)

7 PERFIL ALIMENTAR E NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS DE JACAREQUARA: RECONHECENDO HÁBITOS ALIMENTARES

Assim, como no resto do Brasil, a Região Norte tem a formação de hábitos e tabus alimentares determinada por forte influência indígena, pela presença do branco, do negro e pelas características geográficas que lhe são próprias. Esses fatores, associados à religiosidade popular, levam à sensível heterogeneidade de hábitos alimentares locais, tendo, cada microrregião, sua dieta básica característica (TRIGO et al., 1989).

Na comunidade quilombola de Abacatal no Estado do Pará, os alimentos e plantas características de quintais são as frutas (uxi, manga, mamão, laranja, acerola, abacate, abacaxi, açaí, pupunha,...), legumes (Abóbora, chicória, cariru, couve....), ervas medicinais (anador, arruda, alfavaca, babosa, boldo, cidreira....). Devido à escassez de caça e pesca em algumas ocasiões se consegue caçar pequenos animais como tatu, cutia, veado e paca, além da criação de animais de pequeno porte como galinha, pato, peru e porco (ACEVEDO MARIN; CASTRO, 2004).

As condições econômicas desfavoráveis que comprometem o acesso a alimentação adequada são freqüentemente responsáveis por problemas de desnutrição e desenvolvimento como foi evidenciado nas crianças de Cacau já citado, que quando não levam a morte, produzem seqüelas que comprometem um futuro normal para estas crianças. Nesse estudo as crianças menores de dois 2 anos tinham um baixo consumo de alimentos de alto valor protéico, baixo consumo de vitaminas e sais minerais, nutrientes importantes nessa faixa de idade para o crescimento e desenvolvimento. O aleitamento materno foi substituído após o 3º e 4º mês pelo mingau de carimã e crueira com resultado negativo de nutrição (ACEVEDO MARIN; CASTRO, 2004).

Outro estudo a esse respeito foi realizado pela UNICEF (2004) em oito comunidades dos municípios do Brasil, entre elas a periferia de Belém e áreas urbana e rural de Salvaterra-PA, no qual foi levantado um ponto preocupante em relação à qualidade da dieta das crianças com alimentação mista. As entrevistas mostraram que a dieta das crianças maiores não é suficientemente equilibrada na

maior parte das comunidades como podemos observar na tabela 20. O alimento mais consumido é o arroz, seguido pelo feijão e pela carne. Frutas, legumes e verduras são consumidos em proporções bem menores. A situação mais preocupante é a da comunidade quilombola de Itapecuru-Mirim, onde, nas 24 horas anteriores à pesquisa, apenas 10% das crianças comeram fruta, 20% comeram legumes ou verduras, somente 15% tomaram leite e nenhuma criança comeu ovo. As famílias de Pelotas são as que oferecem dieta mais balanceada aos filhos (UNICEF, 2006).

Na tabela 20 abaixo, observa-se que tanto na cidade de Belém situada na zona urbana (grande metrópole), quanto no município de Salvaterra, zona rural foi constatada baixa consumo de legumes e verduras, ocasionando conseqüentemente, baixo consumo de vitaminas e sais minerais, micronutrientes importantes nessa faixa de idade para o crescimento e desenvolvimento.

Tabela 20 - Alimentos consumidos pelas crianças de até 6 anos 24 horas anteriores à pesquisa-2006.

	Belém	Caarapó	Cabo de Santo Agostinho	Itapecuru-Mirim	Juazeiro	Pelotas	Salvaterra	Tauá
Leite	52,2%	27,4%	57,3%	15,0%	52,4%	78,4%	46,3%	79,8%
Fruta	50,0%	27,3%	52,7%	10,0%	42,5%	67,8%	64,9%	35,4%
Legume/verdura	27,6%	51,7%	25,3%	20,0%	33,6%	50,0%	18,1%	20,2%
Arroz	61,8%	91,8%	76,4%	80,0%	71,4%	85,3%	59,7%	87,9%
Ovo	25,2%	21,0%	29,3%	0%	15,7%	23,6%	28,8%	23,6%
Carne	65,0%	54,8%	74,6%	55,0%	63,5%	71,9%	62%	54,9%
Feijão	58,1%	85,3%	76,9%	35,0%	70,9%	84,0%	68,4%	68,7%

Fonte: UNICEF, 2006

Em se tratando do consumo alimentar das crianças de Jacarequara, utilizou-se para avaliar a situação alimentar o inquérito recordatório de 24 horas e frequência alimentar (Apêndice B) que foi aplicado com os pais da criança (*ver fotografia 12*), os dados revelaram que das 33 crianças, 11 ainda estavam sendo amamentadas no

peito, 13 foram amamentadas a mais de 1 ano, porém 9, um número significativo suspendeu a amamentação antes de 1 ano ou amamentou até 1 ano não seguindo as recomendações da OMS de amamentar até os 2 anos de idade. Apesar das crianças terem sido amamentadas, 5 introduziram novos alimentos antes de completarem 1 a 2 meses, 10 antes de 3 a 4 meses e 14 após 6 meses (*ver Tabela 21*). Esse dado é preocupante, pois uma das formas de evitar as doenças de prevalência da infância como baixo peso, diarreia, insuficiência respiratória, anemia entre outras, é praticando o aleitamento materno exclusivo.



Fotografia 12- Aplicação do instrumento recordatório 24 horas e frequência alimentar com a mãe da criança de 0 a 5 anos de Jacarequara,Pará/ 2008.
Fonte: trabalho de campo (2008)

Tabela 21- Situação alimentar das crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara-2008

Situação Alimentar da criança		N	%
Mama no peito atualmente	<i>Sim</i>	11	33,3
	<i>Não</i>	22	66,7
	<i>Total</i>	33	100,0
Até que idade mamou	<i>Ainda mama</i>	11	33,3
	<i>1 ano ou menos</i>	9	27,3
	<i>Mais de 1 ano</i>	13	39,4
	<i>Total</i>	33	100,0
Idade da introdução de novos alimentos	<i>Antes de 1 a 2 meses</i>	5	15,2
	<i>Antes de 3 a 4 meses</i>	10	30,3
	<i>Após 6 meses</i>	14	42,4
	<i>Não se aplica</i>	4	12,1
	<i>Total</i>	33	100,0
Nº de refeições ao dia	<i>3 a 4 refeições</i>	9	27,3
	<i>5 a 6 refeições</i>	22	66,7
	<i>Não se aplica</i>	2	6,1
	<i>Total</i>	33	100,0

Fonte: Trabalho de campo (2008)

A alimentação tem uma função estruturante da organização social de um grupo humano quer se trate de atividades de produção, de preparação e de consumo. Porém, com um mundo de tecnologia, cada vez mais sofisticados já dizia FISCHLER (1990) “*não sabemos mais o que comemos e se não sabemos mais o que comemos, não sabemos mais o que irá acontecer*”. Agora as empresa agroalimentares transnacionais distribuem em todo o planeta carnes e peixes congelados, conservas enlatadas, queijos, coca-cola, ketchup, hambúrguer, pizza entre outros, ou seja, o alimento moderno está deslocado, desconectado de seu enraizamento geográfico e das dificuldades climáticas que lhe eram tradicionalmente associadas. Mas também o homem tenta sobreviver no meio desse monopólio da alimentação industrializada, muda-se de um lugar para outro no interior da sociedade e entre países levando consigo suas práticas alimentares e suas maneiras à mesa (POULAIN, 2004a; 2004b).

Em grupos negros da Amazônia, segundo Acevedo Marin e Castro (1998), o consumo da farinha de mandioca acompanha todo o ciclo anual de alimentação. Os

produtos obtidos com a mandioca são variáveis, porém a farinha é o produto mais importante na subsistência do grupo familiar.

As culturas alimentares locais ainda resistem em alguns países como no Brasil e Espanha contra a ditadura do fenômeno *fastfood* e a industrialização sofisticada que tem contribuído para a má alimentação da população mundial. O risco alimentar, que contribui para a insegurança alimentar, está relacionado não somente a escassez do alimento, mas a qualidade destes.

Preocupado com essas afirmativas acima, analisou-se o consumo de determinados alimentos pelas crianças de Jacarequara e no gráfico 7 podemos constatar que em relação ao leite artificial 54,5% das crianças tem consumo diário, mas 18,2% não consomem, fato preocupante, pois tal alimento é rico em proteína e cálcio, nutrientes importantes nesta fase de crescimento. As crianças que ainda estavam sendo amamentadas 36,4% consumiam diariamente.

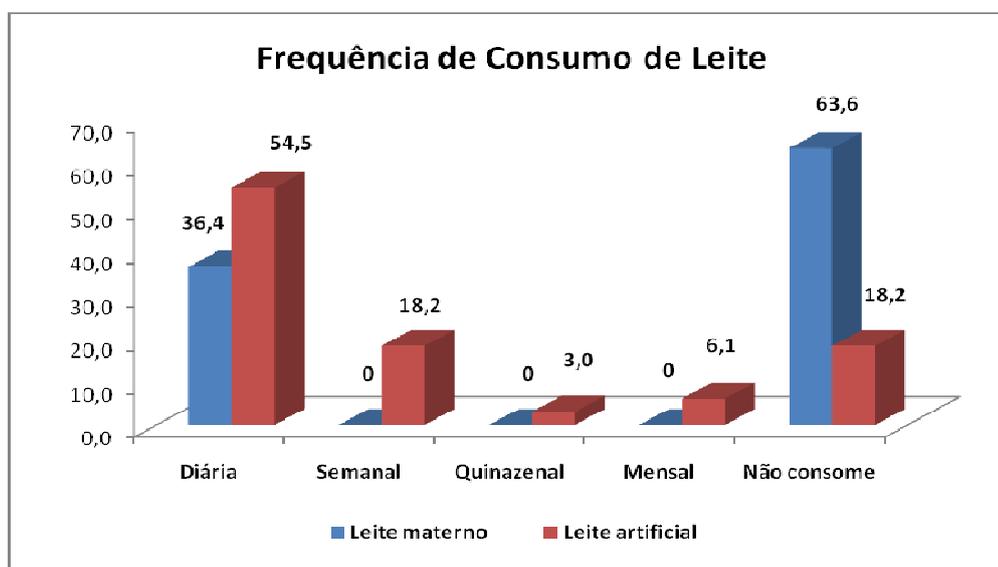


Gráfico 7- Frequência de consumo de leite pelas crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara-Pará, 2008.

Fonte: trabalho de campo (2008)

Em relação à frequência de consumo de cereais como arroz, macarrão e farinha, são os mais consumidos diariamente, igualmente o estudo realizado por Marin e Castro (1998) e pela UNICEF (2006) em algumas comunidades no Pará. No

grupo dos cereais, o pão e o biscoito, diferente do hábito alimentar da população da zona urbana, não são consumidos de forma expressiva pelas crianças de Jacarequara e uma grande parcela ou em sua maioria não consomem (ver gráfico 8).

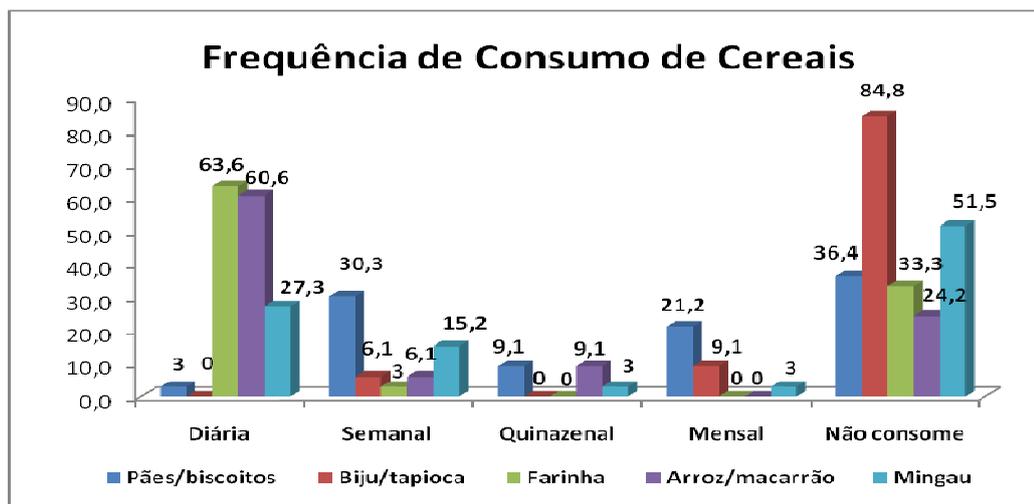


Gráfico 8- Frequência de consumo de cereais pelas crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara-Pará, 2008.
Fonte: trabalho de campo (2008)

No que diz respeito ao consumo de bebida diversa, a gráfico 9 abaixo demonstra que as crianças têm o hábito de ingerir diariamente em 72,7% chá como substituto do café, não tem o hábito de consumo freqüente de refrigerante sendo consumido em maior percentual em uma freqüência mensal e um número significativo de 39.4% não consomem. Esse é um dado positivo, pois se sabe que o refrigerante atualmente é considerado um dos vilões de doença gástrica. Um dado preocupante foi em relação ao consumo de suco tanto natural como artificial, pois poucas crianças 12,1% consomem diariamente, 54,5% consomem suco natural somente semanalmente e 21,2% não chegam nem a consumir. O suco tanto de frutas como de legumes composto de vitaminas e sais minerais, são importantes na regulação das funções de absorção de nutrientes necessários ao processo de crescimento e desenvolvimento infantil.

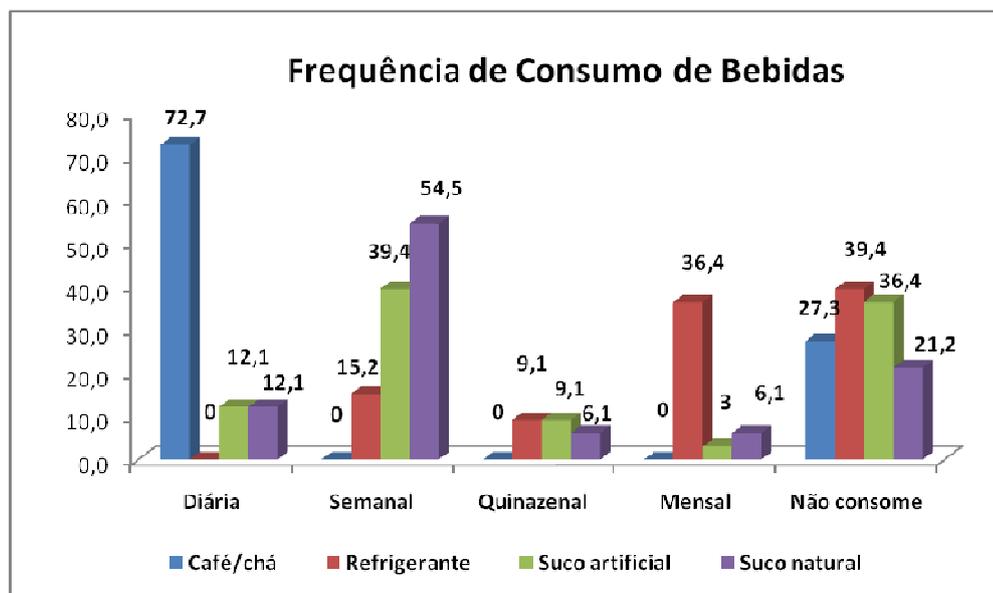


Gráfico 9 - Frequência de consumo de bebida pelas crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara-Pará, 2008.
Fonte: trabalho de campo (2008)

Ao analisar o consumo de hortaliças e leguminosas (*Ver gráfico 10*), o feijão é a leguminosa consumida em maior escala e diariamente 60,6%, ficando as verduras em segundo 24,2% e os legumes (batata, cenoura e beterraba) em terceiro com 15,2%, porém uma parcela consome somente semanalmente e um quantitativo significativo não consome esses alimentos vegetais. Esse último dado é alarmante, pois se sabe da importância desses alimentos para o crescimento infantil, principalmente o feijão que é uma leguminosa rica em proteína, nutriente fundamental para o desenvolvimento cerebral. Além do que a dieta dessas crianças tem baixa ingestão de fibras, nutriente importante no equilíbrio orgânico. Esse fato não deveria ocorrer uma vez que a comunidade trabalha em atividades agrícolas de produção de farinha, milho, arroz, feijão, cariru, vinagreira, jambú, açaí, banana e abacaxi, devendo os pais introduzir esses alimentos após o 6º mês de aleitamento, na fase da alimentação complementar. Se faz necessário a realização de trabalhos educativos por parte dos ACS, para a correção desses erros alimentares e prevenção de doenças.

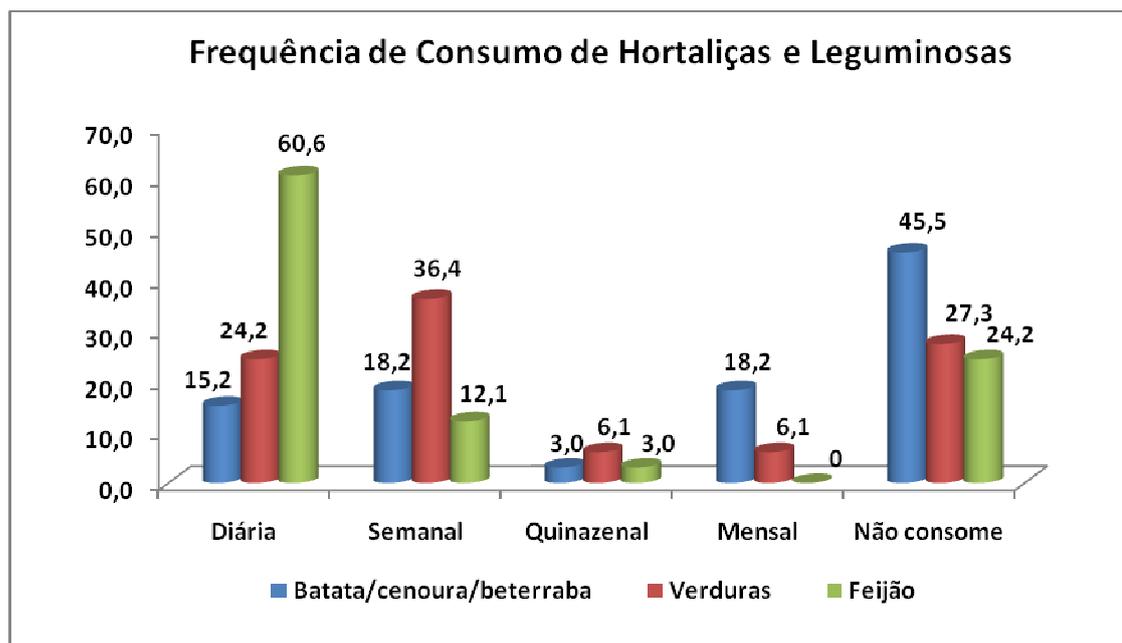


Gráfico 10- Frequência de consumo de hortaliças e legumes pelas crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara-Pará, 2008.
Fonte: trabalho de campo (2008)

Outro alimento analisado foi o consumo de doces e salgados (*ver gráfico 11*), o qual em relação ao consumo de doce avalia-se como um ponto positivo, pois as crianças não têm o hábito de consumo diário e sim 15,2% semanal, 18,6% mensal e um quantitativo considerado de 51,5% nem consome. Sabe-se do poder cariogênico que esses alimentos têm e com certeza seria um problema de saúde a mais se essas crianças tivessem o hábito de consumo freqüente. Em relação ao consumo de alimentos salgados como (pipoca, skilho...) o comportamento é semelhante, pois o consumo maior 39,4% é semanal ou quinzenal 24,2% e uma parcela significativa 30,3% nem tem o hábito de consumir. Considero esse dado positivo, pois é sabedor que esses alimentos atualmente contribuem para o surgimento de doença renal e cardiovascular (Hipertensão, Avc....).

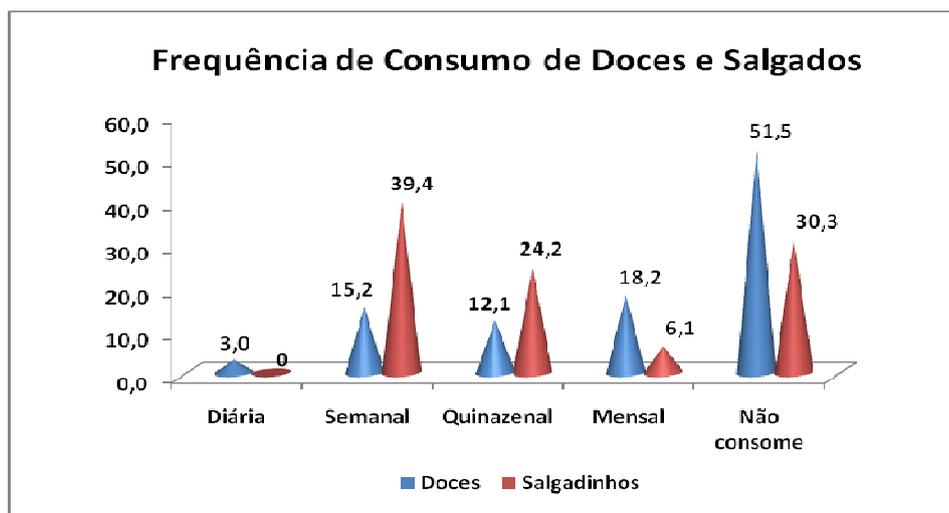


Gráfico 11- Frequência de consumo de doces e salgados pelas crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara-Pará, 2008.

Fonte: trabalho de campo (2008)

A última análise foi realizada em relação ao consumo de carnes (bovina, ave, peixe e outros), víscera, miúdo e ovos (*Ver gráfico 12*). Esse dado foi bastante preocupante, pois, poucas crianças consomem esses alimentos protéicos diariamente, sendo o ovo consumido em maior proporção 12,1% por ser um alimento mais acessível em termos de custo e oferta. O consumo maior é semanal, sendo 57,6% de peixe, 54,5% de ovo e 39,4% de carne (bovina e ave). O consumo de peixe melhora devido à comunidade ter como atividade a pesca. Um dado que chamou atenção foi o grande percentual de 69,7% de crianças que não consomem víscera, alimentos ricos em ferro, importante na prevenção de anemia, estes devem ser consumidos na frequência de 1 vez/semana e somente 6,1% segue essa recomendação. Portanto, como o consumo de outras fontes de ferro como (carne, ave e peixe) também não é diário ou quando ocorre é por um número pequeno de crianças, chega-se a conclusão que estas crianças estão vulneráveis a anemia que causa indisposição, comprometimento intelectual e de crescimento entre outros.

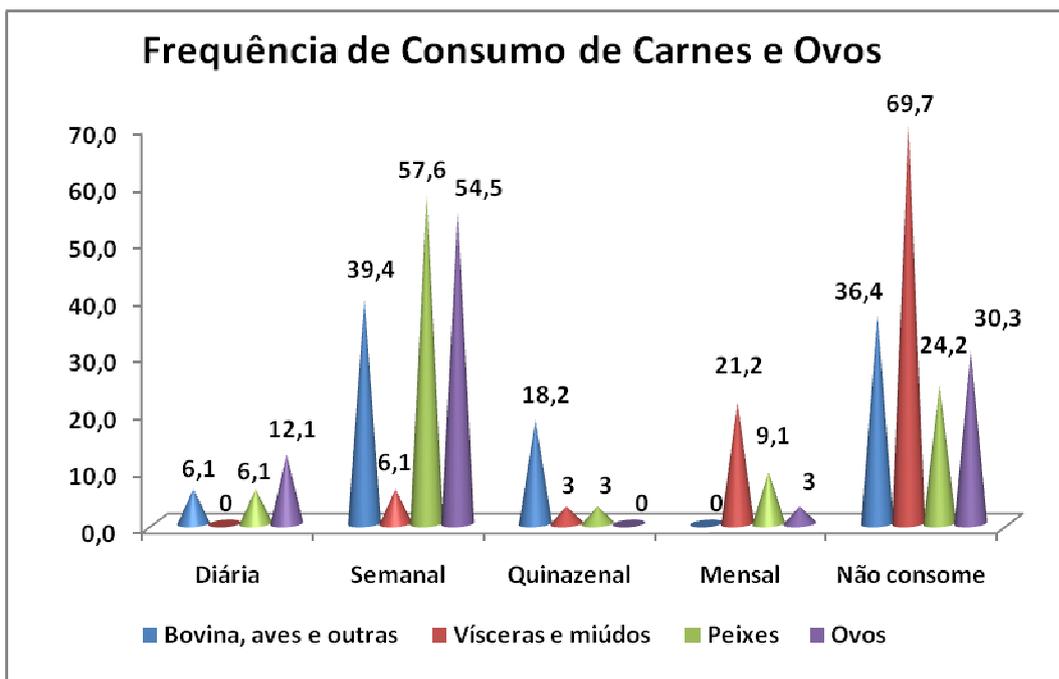


Gráfico 12- Frequência de consumo de carnes e ovos pelas crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara- Pará, 2008.

Fonte: trabalho de campo (2008)

8 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA POPULAÇÃO QUILOMBOLAS

Machado elabora a noção de políticas públicas, com base em Olsak, como um conjunto de tomadas de decisão acerca de questões socialmente problematizadas, que apresentam a intenção de solucionar problemas identificados, sendo que essas soluções devem contar com um mínimo de apoio da sociedade e que “a definição do problema evolui através das sucessivas ondas de tomadas de decisão” (OLSAK apud MACHADO, 1999, p. 149).

As políticas públicas são aqui compreendidas como as de responsabilidade do Estado quanto à implementação e à manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolvem órgãos públicos, diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada. As políticas públicas sociais são aquelas, em princípio, voltadas para a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico (HÖFLING, 2001, p.25).

Os povos e comunidades tradicionais exercem papel importante na conservação da biodiversidade e da cultura do país. Contudo, sua existência e seu trabalho não são conhecidos e reconhecidos por boa parte dos brasileiros. Ademais, até recentemente esses povos tinham pouco ou nenhum acesso aos serviços e políticas públicas governamentais.

A questão quilombola foi inserida no debate brasileiro com a inserção do artigo 68 no ato das disposições transitórias da Constituição de 1988: "Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos". O artigo foi resultado de uma mobilização do movimento negro pela reparação histórica da escravidão no Brasil junto a essas comunidades, que viviam em condições precárias e não contavam com assistência do Estado (MANZATTI, 2007). Tratando aqui da implementação de políticas dirigidas à população quilombola, examinamos que tais políticas foram implementadas na concepção elitista. Elas partem de agentes do governo que atuam em relação às pressões da sociedade civil. Entretanto, o diálogo e a participação dos implicados são restritos, quando não totalmente ausente.

Nas políticas para essa etnia, faz-se necessário a prática de uma concepção pluralista, levando em consideração que os indivíduos possuem não apenas atributos diferenciados como (idade, sexo, religião, estado civil, renda, setor de

atuação profissional etc.), mas também idéias, valores, interesses, aspirações diferentes, traços culturais e papéis sociais diversos a desempenhar no decorrer de sua vida (sociedade aberta e participativa). Assim, cabe-lhes basicamente assegurar que todos os interesses particulares (de indivíduos ou de grupos) possam se expressar, sem tentar apenas harmonizá-los com a preocupação da equidade.

Em Jacarequara observou-se que em relação ao comentado acima no que diz respeito à ausência do Estado na oferta de serviços, os dados já analisados ratificam que apesar dos avanços no reconhecimento de sua terra, da presença do ACS para atenção a saúde, de algumas famílias receberem benefícios de programas de transferência de renda, as famílias continuam com a tradição de utilizar de seus conhecimentos tradicionais para cuidados com a saúde, utilizam como meio de transporte carroça e produzem parte de sua alimentação. Isso tudo pela dificuldade de acesso a bens e serviços públicos, pois o povoado não dispõe de transporte coletivo, posto de saúde, de coleta de lixo, de saneamento básico entre outras questões bastante peculiares destas comunidades.

Em 20 de novembro 2003, o decreto 4.887 regulamentou o procedimento de identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas pelos quilombolas. Isto é, o direito a terra e ao desenvolvimento econômico e social passaram a ser reais, forçando o governo assumir compromisso com a implantação do Programa Brasil Quilombola (PBQ) de 2003. (FORTALECENDO a política quilombola, 2007) .

De acordo com a Constituição, cabe ao Governo Federal garantir o direito das comunidades quilombola à manutenção de sua própria cultura, a terra e a condições dignas de vida. Pode-se dizer que as políticas públicas representam os instrumentos de ação dos governos, numa clara substituição dos "governos por leis" (*government by law*) pelos "governos por políticas" (*government by policies*). O fundamento mediato e fonte de justificação das políticas públicas é o estado de condição social, marcado pela obrigação de implemento dos direitos fundamentais positivos, aqueles que exigem uma prestação positiva do Poder Público (BUCCI, 1996. p. 135).

Em 21 de março de 2003, foi criada a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), cujo objetivo é articular políticas públicas afirmativas para os negros. Nessa perspectiva, a SEPPIR coordena por meio do Programa Brasil Quilombola às políticas voltadas a oferecer serviços essenciais às comunidades remanescentes de quilombos, que vão desde o fornecimento de

energia elétrica, saneamento básico, educação, saúde, reforma das condições de habitação e a devida titulação dessas comunidades (BRASIL, 2008).

Com esse mesmo propósito, o Estado do Pará sancionou a Lei nº 6.941, de 17 de janeiro de 2007 (DOE 18/01/2007) que estabelece políticas públicas específicas à população negra, visando o combate às desigualdades sociais e à discriminação racial. Essa lei garante dotações orçamentárias e incentiva produção de material didático de valorização da cultura negra que deverão ser utilizadas nas escolas públicas e privadas, estimula a realização de eventos culturais e esportivos, visando o resgate, recriação, valorização e divulgação da cultura negra e sua importância no todo cultural do País, cria o Programa Especial de Saúde da População Negra, incentiva a promoção de pesquisas publicações relativas à contribuição cultural da população negra e por fim a regularização fundiária e titulação de propriedades.

Com relação a esse último tópico da lei, de acordo com a entrevista concedida pelo presidente do ITERPA do Pará, José Helder Benatti, no site oficial Notícia do ITERPA (2008), a regularização fundiária é uma das prioridades do governo principalmente de pequena propriedade rural. Até o final do ano de 2008 seria cumprida a meta de atender mais de cem comunidades quilombolas com cerca de 10.500 famílias distribuídas em diversas regiões do Estado como as localizadas nas regiões Bragantina, 2.000 mil famílias, Salgado, 1.400, Guajarina, 1.600, Tocantina, 1.000 famílias, Sudeste e Baixo Amazonas, com 1.500, cada uma e as regiões do Marajó, Sul, e Transamazônica, com 500 famílias cada (ITERPA, 2009). Entretanto no site oficial do Instituto um quantitativo de 122 comunidades no Pará já foram tituladas, porém, somente um total de 4.786 famílias foram beneficiadas no ano de 2008 estando muito a quem da meta estipulada de atender cerca de 10.500 demonstrando que se faz necessário intensificar as ações e aplicação dos recursos destinados a esse grupo. (Anexo E e F).

Essa foi uma reivindicação do GRITO DA TERRA 2008, e entre as áreas prioritárias para regularização que constavam na pauta do evento foram a área de Ipitiga Grande e Turé, no município do Acará; Tauaporanga e Nova Santarém, em Barcarena; comunidade São Lucas, em Paragominas; Puraquequara, em Ourém; Novo Brasil, em Monte Alegre; Pindorama Vicinal, em Tailândia; comunidade Monte Tabu, em Portel e Belo Vale, em Marabá. No Acará, a solicitação era para as comunidades do Espírito Santo, São Rojaria, entre outras; em Mocajuba foi para a comunidade de Tambai-Açu; em Oriximiná, para a comunidade de Cachoeira

Porteira e em Abaetetuba, para as comunidades de Piratuba, Ramal do Bacuri e Igarapé do Vilar. Todas as solicitações referentes à titulação de áreas quilombolas já estão sendo trabalhadas pelo ITERPA em parceria com o INCRA, algumas até com editais publicados ou aguardando publicação (ITERPA, 2009).

Algumas dessas áreas, como a Gleba Ampulheta (Marabá/Parauapebas) e Sapuquá e Trombetas (Oriximiná) já estão em processo desenvolvidos pelo ITERPA (ITERPA, 2009).

Também outro compromisso é priorizar a agricultura familiar nos diversos processos relativos à política agrária do Pará. A direção do ITERPA lembrou que desde 2007 vem mantendo contato permanente com representações de movimentos sociais, o que tem sido muito produtivo nos mais diversos aspectos, mas principalmente na definição das políticas públicas ligadas a área fundiária. Segundo o Ministro, o Governo vem avançando no reconhecimento dos direitos territoriais das populações quilombolas, por reconhecer que a titulação das áreas, além da garantia do reconhecimento da comunidade quilombola, traz a possibilidade de novos benefícios para as famílias (ITERPA, 2009).

A Agenda Social Quilombola dispõe de R\$ 2 bilhões para serem investidos até 2011 que envolve 13 órgãos do Governo Federal. Os eixos de atuação são acesso a terra, infra-estrutura e qualidade de vida, inclusão produtiva e desenvolvimento local e direitos de cidadania (BRASIL, 2008).

Uma ação fundamental, é a existência de uma agenda voltada para as grandes cidades, que inclui a qualificação de jovens negros para o mercado de trabalho através do Programa Nacional de Qualificação para Afrodescendentes (PLANSEQ) com meta de qualificar cerca de 25 mil jovens. Também existe outro programa chamado "Trabalho doméstico e cidadão" para qualificar milhares de empregadas domésticas no Brasil, hoje profissão exercida por 90% de mulheres e homens negros, num grau de informalidade muito grande" (BRASIL, 2009).

A Agenda Social Quilombola tem como meta para 2008-2011 a instalação de 4.888 cisternas para acesso a água e ao saneamento básico com obras e instalações para abastecimento de água potável encanada e melhoria sanitária domiciliar. Jacarequara não dispõe de condições sanitárias adequadas e água potável. Também há meta de atender mais 19.800 famílias com energia elétrica. O Programa Luz para Todos em 2006 atendeu a 201 comunidades beneficiando 65 mil famílias. (BRASIL, 2009). A agenda tem ações voltadas a alfabetizar 120 mil jovens,

construir 950 salas de aula, atender 33.600 famílias no PBF em 1160 municípios e Inclusão dessas comunidades no PAA (Programa de Aquisição de Alimento) para estímulo à produção e comercialização de alimentos, realizar capacitação de 61.300 agentes de etno desenvolvimento, construção de 1.000 casa e instalação de 400 rádio comunitária (BRASIL, 2009).

Almeida (2005) aponta que os recursos do PBQ orçado pelo Governo Federal têm sido sistematicamente devolvidos aos cofres públicos, o que se explica pela não execução do item principal da política que é a regularização das terras, condição para a execução de uma série de políticas sociais em saúde, educação, infraestrutura e cultura.

Em relação às políticas de educação, o governo vem elaborando, junto com o Ministério da Educação (MEC), um plano nacional de implementação da lei 10.639 para a inclusão da disciplina "Ensino da história da África" no currículo de ensino fundamental, médio e universitário. O PNAE (Programa Nacional de Assistência ao Estudante) diferenciou o valor percapta da merenda para os alunos das escolas quilombolas, pois o valor é de R\$ 0,44 em comparação com o R\$ 0,22 ao alunado de escola normal Atualmente a merenda escolar deverá conter 30% dos alimentos da agricultura de pequenos produtores (BRASIL, 2009).

As políticas públicas aqui são também entendidas como o "Estado em ação", é o Estado implantando um projeto de governo, através de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade. Entretanto, o Estado não pode ser reduzido à burocracia pública. Neste sentido, políticas públicas não podem ser reduzidas a políticas estatais (GOBERT; MULLER, 1987 apud HOFLING, 2001).

É notória a importância que o Governo Federal e do Estado do Pará vem dando a população quilombola, apesar de ainda timidamente, pois devido aos anos de esquecimentos, as mazelas são profundas, algumas até mesmo irreversíveis, como é o caso de alta prevalência de desnutrição crônica em crianças negras menores de cinco (5) anos, já relatado em tópicos acima. Contudo, esta política estadual possui limitações. No caso da regularização feita pelo ITERPA está não possui base cartografica, como mencionado em relação a Jacarequara. Em áreas quilombolas no Vale do Rio Tocantins houve conflitos com madeireiras, fazendeiros.

Höfling (2001) comenta que "Para os neoliberais, as políticas (públicas) sociais - ações do Estado na tentativa de regular os desequilíbrios gerados pelo desenvolvimento da acumulação capitalista - são consideradas um dos maiores

entaves a este mesmo desenvolvimento e responsáveis, em grande medida, pela crise que atravessa a sociedade. A intervenção do Estado constituiria uma ameaça aos interesses e liberdades individuais”, contrário a uma política pluralista.

A matéria publicada do Jornal Diário do Pará-2008 (Anexo C) ressalta que a participação do negro no Fórum Social Mundial que aconteceu em janeiro (2009) em Belém, foi para reforçar o eixo de políticas afirmativas para o negro, pois como já exposto, os indicadores existentes refletem a situação crítica em que vive essa população (MACHADO, 2009). Em novembro de 2008 realizou-se no município de Inhangapi-Pa o “V Encontro de Mulheres Negras do Pará”, o qual teve a participação de mais de 200 mulheres de varias comunidades quilombolas do Estado. Particpei do referido encontro para conhecer as reivindicações sobre as políticas para as mulheres negras no Pará, as quais foram voltadas para a criação de uma política de atenção a saúde específica para mulheres negras levando em consideração as prevalências de determinadas doenças da raça negra como (Anemia falciforme, hipertensão, diabete e outros).

Os programas sociais como é o caso do programa de transferência de renda BOLSA FAMÍLIA já contempla a população negra, porém apresentam uma pequena parcela desse povoado beneficiada quando comparada com a raça branca. Cerca de três mil famílias quilombolas que atendiam ao critério de meio salário mínimo per capita para inscrição no Cadastro Único deixaram de ser incluídas no Bolsa Família porque não possuíam documentação de identidade e registro de nascimento. O número de pessoas sem documento na população quilombola para fazer cadastro chegou a 16%, enquanto o mesmo índice na população em geral não passa de 2% (MANZATTI, 2007).

Almeida (2005) observa que estas políticas não incorporam o fator étnico e se manteriam as ‘bordas de uma política étnica reduzindo os quilombolas a condição de “pobres” e “carentes” situados no “reino da necessidade” e, portanto, as questões políticas e sociais de sua identidade étnica relegadas a uma posição secundária. Nas suas palavras:

Os quilombolas não podem ser reduzidos mecanicamente à categoria 'pobres' e tratados com os automatismos de linguagem que os classificam como 'carentes', de 'baixa renda' ou na 'linha de indigência'. Insistir nisso significa uma despolitização absoluta. Afinal, as comunidades remanescentes de quilombos não são o 'reinado da necessidade' nem tampouco um conjunto de 'miseráveis', já que os quilombolas se constituíram enquanto sujeitos, dominando essa necessidade e instituindo um 'reinado de autonomia e liberdade'. (ALMEIDA, 2005. p. 11).

O estudo da Chamada apontou que a cobertura do Bolsa Família nesses locais é de apenas 52%, pois apenas 61% das crianças contam com a certidão de nascimento (BRASIL, 2008). Essa é uma das questões que o governo precisa combater, pois a ausência desse documento impede que a família receba benefícios como este e a baixa renda é um dos fatores determinantes para a alimentação inadequada. As condições precárias de vida resultam em estado de saúde debilitado, ou seja, as crianças ficam freqüentemente com infecções e diarreias, um dos fatores de diminuição de peso (BRASIL, 2008).

Para tentar buscar a igualdade de direitos, identificamos as ações por parte de governo em beneficiar famílias residentes de quilombo no programa bolsa família. O cadastro dessas famílias passou a partir de fevereiro de 2007 a contar com mais quatro mil famílias de oito estados, a maior parte delas do Pará e do Maranhão. Todas as famílias fazem parte de comunidades negras remanescentes de quilombos.

O Ministério de Desenvolvimento Social contratou três empresas de consultoria para fazer o levantamento. Também contou com o auxílio das prefeituras de municípios do Pará, Maranhão, Bahia, Minas Gerais, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Goiás e Mato Grosso do Sul (apenas no município de Dourados). De acordo com o MDS, o cadastramento faz parte da primeira etapa de um trabalho para ampliar o acesso de quilombolas ao Bolsa Família e já foram identificadas 7,3 mil famílias quilombolas com o benefício, que varia de R\$ 15 a R\$ 95. Reais (MANZATTI, 2007).

Os gastos do Governo Federal de R\$ 18 bilhões, em 2005, foram com pagamentos dos Benefícios de Prestação Continuada (BPC) e do Bolsa-Família e com serviços de Ação Continuada (SAC) e Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI). São programas que resultam da regulamentação de direitos previstos na Constituição de 1988. No caso da comunidade desse estudo não havia famílias com recebimento de outro tipo de benefício como os citados acima, 83,3% recebiam

benefícios sendo que 100% recebiam o benefício do PBF (*Ver tabela 22*) (CASTRO, 2008).

É necessário observar que estes programas não são universais e procedem a classificar os sujeitos da ação. Não raro apresentam-se uma serie de situações de conflito e de reclamações pela não inclusão ou medidas de corte do auxílio por motivos que vão desde a falta de documentos até o não cumprimento de prazos.

As vicissitudes do processo de implementação das políticas públicas também são incorporadas ao momento de análise do problema que gerou sua formulação, seja influenciada pela capacidade do agente institucional em implementá-las, seja pela natureza política da decisão tomada, pela resistência ou boicote dos vitimados pelas decisões que a envolvem a ponto do aprendizado na implementação de políticas gerar novas políticas (SILVA; MELO, 2000). As políticas desde 2004 são existentes, porém não há ainda uma avaliação dos serviços direcionados a essa etnia e se faz necessário discutir mecanismos de criação de indicadores que possam direcionar as políticas e planejamentos de ações voltadas a esse grupo.

Tabela 22 - Famílias das crianças de 0 a 5 anos de Jacarequara com auxílio financeiro-2008

AUXÍLIO FINANCEIRO ÀS FAMILIAS		N	%
Recebimento de benefício do governo	<i>Sim</i>	15	83.3
	<i>Não</i>	3	16.7
	<i>Total</i>	18	100.0
Tipo de benefício	<i>Bolsa Família</i>	15	100.0
	<i>Outro</i>	0	0.0
	<i>Total</i>	15	100.0

Fonte: trabalho de campo (2008)

Uma pesquisa recém concluída sobre o Programa Bolsa-Família, realizada pelo Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE), sob a coordenação da pesquisadora Mariana Santarelli, confirma que o dinheiro distribuído pelo programa tem sido usado principalmente para melhorar a alimentação das famílias, do total de 5 mil titulares do cartão pesquisados, 87% disseram que empregam o dinheiro em alimentos, aumentou a quantidade e a variedade dos alimentos consumidos, fato comprovado em Jacarequara, pois as crianças que estavam recebendo o benefício, em sua maioria estavam com estado nutricional normal,

porém mesmo com o último reajuste concedido pelo governo de 8%, estas ainda continuam ameaçadas pela insegurança alimentar (LIMA, 2008).

A terceira edição da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher avalia pela primeira vez a questão da segurança alimentar nos domicílios onde moram mulheres em idade fértil e crianças menores de cinco anos e em domicílios atendidos pelo Programa Bolsa Família, a situação de segurança alimentar aumentou 19,2% de 2004 a 2006. Em 23% apresentaram insegurança alimentar leve, que significa incerteza sobre a capacidade da família de ter alimentos suficientes até o próximo salário, o que leva a uma diminuição da qualidade da dieta da família, 9,7%, insegurança alimentar moderada, já havia redução na quantidade de alimentos entre os adultos. Em somente em 4,8%, foi identificada insegurança alimentar grave (IBGE, 2004).

Em se tratando de Jacarequara, procurou-se investigar sobre as dificuldades na criação dos filhos (*Ver tabela 23*) e não foi surpreendente saber que 88,9% responderam sentir dificuldades, sendo que 62,5% pela falta de renda fixa e regular, 12,5% pela falta de alimentação variada e não pela falta de alimento e 18,8% pela falta de assistência à saúde. Esse fato é relatado por vários responsáveis da criança do estudo, o que pode ser melhor verificado na fala da moradora de 35 anos:

Eu na verdade sinto dificuldade na alimentação, a gente tem o alimento todo dia, mas nem sempre a gente pode variar [...] meu marido não tem um trabalho com dinheiro fixo, eu não trabalho, a gente vive da venda da roça, que as vezes dá um bom dinheiro e as vezes não e também do bolsa família, o que meu marido ganha varia, as vezes dá bem, as vezes não dá (informação verbal).⁵

⁵

Entrevista com o morador mais antigo da comunidade concedida a pesquisadora Figueira (2008)

Tabela 23 - Mães da Comunidade de Jacarequara com dificuldades na criação dos filhos, 2008

DIFICULDADES NA CRIAÇÃO DOS FILHOS		N	%
Sente dificuldade	Sim	16	88.9
	Não	2	11.1
	Total	18	100.0
Tipos de dificuldade	Falta de renda fixa e de dinheiro	10	62.5
	Falta de alimentação variada	2	12.5
	Falta de assistência à saúde	3	18.8
	Não ter ninguém para cuidar do filho	1	6.3
	Total	16	100.0

Fonte: Trabalho de campo (2008)

A representante da UNICEF critica a exclusão social de crianças quilombolas e negras. Para Marie Pierre Poirier, ainda em pleno século XXI, em um país com tão grande potencial, é grave que muitas crianças quilombolas com menos de um ano morram antes de obter a certidão de nascimento. Ela pontua que "não pode ser coincidência que, das 800 mil crianças brasileiras de 7 a 14 anos que estão fora da escola, 500 mil sejam negras". Nas comunidades tradicionais, essa exclusão escolar se estende até a criança e o jovem se tornarem adultos. O racismo e a discriminação continuam ao longo da vida escolar (MANZATTI, 2007).

De acordo com o IBGE, em 2003, quase 50% das crianças negras viviam em famílias pobres, enquanto esse percentual entre as crianças brancas era de 26,1% (QUILOMBOS no Brasil,.2008).

Para acelerar o atendimento aos quilombolas, o Governo Federal criou o Pacote da Cidadania, um programa interministerial que busca melhorar as condições de vida dessas populações – majoritariamente rurais. De acordo com a Ministra Matilde Ribeiro, o Pacote trabalha com cinco projetos nos quilombos: Bolsa Família, Luz para Todos, Saúde da Família, além de projetos de alfabetização e saneamento básico. Essas cinco áreas são as que estão sendo priorizadas para acontecerem conjuntamente nas comunidades (RIBEIRO, 2007). A atuação é fazer chegar até a esses núcleos quilombolas os serviços (água, saneamento, escola...) e todas as questões de infra-estrutura, considerando que a regularização fundiária é a principal demanda nacional (MANZATTI, 2007).

Em 2003/2004 a Secretaria Executiva (SE) do Ministério da Saúde (MS), lança o Programa "Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde" (PNH) definindo como um dos seus princípios norteadores (BRASIL, 2004): Valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecer o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito à questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.) (BENEVIDES; PASSOS, 2005) .

O líder da comunidade de Jacarequara informou que já solicitou uma reunião com o atual prefeito eleito para solicitação de investimento de políticas públicas na área da Saúde e Educação como melhoria na escola, construção de um posto de saúde, presença regular dos ACS entre outros.

De acordo com o Relatório Anual das Desigualdades Raciais do Brasil, os pretos e pardos são a maioria absoluta dos mortos por malária (60,6%), por hanseníase (58,3%), por leishmaniose (58,1%), por esquistossomose (55,5%) e por diarreia (50%). De acordo com o coordenador do estudo, professor Marcelo Paixão, a incidência dessas doenças na população preta e parda comprova a desigualdade no acesso a serviços básicos, assim para o autor isto, "Significa que vivem em condições, principalmente os locais de moradia, mas também os demais padrões, que os levam a um nível de exposição a doenças típicas da falta de saneamento básico e de vacinação, por exemplo. Enfim, daqueles que têm as piores condições econômicas". Esses dados ratificam que se faz necessário que o governa invista em ações primárias de atenção a saúde, pois tais doenças já citadas podem ser evitadas diminuindo assim os danos e até mesmo a mortalidade (PAIXÃO; CARVANO, 2008).

Nota-se já um direcionamento neste sentido, pois a portaria nº 650/08 do Ministério da Saúde determina que a o programa Estratégia Saúde da Família dos municípios com registro de comunidades quilombolas, indígenas e assentamentos e que atendam a este público, passem a receber um incentivo diferenciado. Hoje são atendidas cerca de 260 mil quilombolas de 225 municípios do Brasil (MAIS SAÚDE ..., 2008).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

A realidade encontrada em Jacarequara, em linhas gerais, é de uma situação bastante crítica no sentido de um distanciamento das políticas públicas, no que diz respeito principalmente ao acesso a bens e serviços, pois o fato de residir em zona rural já limita o acesso aos serviços públicos. A escolaridade dos responsáveis em sua maioria é de ensino fundamental incompleto, em escolas com limitações de todo tipo para realizar a ação educativa. Trata-se de um grupo que não teve acesso à ensino médio. Essa situação concreta atinge as novas gerações, pois os mesmos não têm como deixar seus filhos para irem à zona urbana para estudar. Os estudos apontam que quanto maior os anos de estudo dos responsáveis das crianças, menor é o grau de desnutrição e melhor é sua condição de saúde.

Jacarequara não dispõe de posto de saúde ou casa família, somente há visita de ACS e devido à distância ao centro urbano do município, os pais acabam cuidando da saúde das crianças com seu próprio recurso. O saneamento básico é precário, a maioria das crianças reside em moradia sem esgotamento sanitário e este é um elemento importante para a condição de saúde, ou seja, a qualidade de vida das crianças quilombolas que é extremamente baixa.

As condições de saúde das crianças, em linhas gerais, são preocupantes, pois saíram precocemente do aleitamento materno, apresentam altura abaixo para a idade, identificando desnutrição crônica. A alimentação é pobre em nutrientes importantes na fase de crescimento como (proteína, ferro, vitaminas e sais minerais) pelo baixo consumo de alimentos de origem animal, frutas, legumes e verduras, apesar de haver atividades agrícolas. O trabalho educativo do profissional de saúde na comunidade é fundamental para a correção da alimentação inadequada, Incentivo a prática do aleitamento materno exclusivo, Incentivo a realização do planejamento familiar, pois um percentual significativo engravidou sem planejamento.

Outra questão a ser pontuada é a atuação do Agente Comunitário de Saúde que atende essa população de maneira ineficiente considerando tratar-se de povoados rurais com dificuldade de acesso a sede do município, devendo o mesmo

estar mais presente e atuar de forma mais intensiva na ação educativa, assim a população estaria mais informada e a saúde sendo acompanhada de forma mais regular evitando a vulnerabilidade à doença;

Uma das formas de reduzir doenças como (diarréia, hepatite, H.pylori..) é a simples ação de cuidado com a água, através da adição do Hipoclorito de sódio; substância existente e fornecida pela rede básica de saúde, mas que uma parcela significativa das famílias não realiza nenhum tipo de cuidado com a água apesar de todas consumirem água de poço.

A desnutrição detectada nas crianças reflete a ineficiência das políticas de saúde para esse grupo e a necessidade da existência de uma Política de Alimentação e Nutrição específica levando em consideração principalmente a tendência à desnutrição em menores de 5 anos, a alta prevalência de anemia, a influencia da baixa renda e escolaridade das famílias na má condição de saúde. A política atual vem implantando e implementando políticas e ações emergenciais e pontuais em detrimento a necessidade de políticas estruturais que viabilizem mudanças sustentáveis para esse grupo.

A pesquisa realizada ratificada a vulnerabilidade dessa população mesmo utilizando uma metodologia que não reflete a situação clinica e integral das crianças. As pesquisas realizadas citadas nesse estudo são em sua maioria levantamentos de cunho superficial sendo importante que as instituições financiem e incentivem estudos sobre as condições bioquímicas com realização de exames de sangue, dosagem de micronutrientes para verificar a condição nutricional de forma mais ampla e que realmente reflita a condição de saúde integral de forma mais fidedigna.

No ponto final deste estudo considera-se que a busca de parceria da comunidade com o poder público e o setor não governamental seria uma alternativa viável e sustentável para amenizar os problemas existentes nesta comunidade de estudo, porém ressalta-se que se faz necessário a organização social de Jacarequara para o fortalecimento na busca da garantia dos direitos adquiridos na constituição, pois não há existências de associações ou outro tipo de organizações.

Neste sentido a implementação de políticas para essa etnia precisa ser diferenciada e intensificada para que estejam de acordo com a realidade dessas populações e suas tradições e da garantia de que as políticas voltadas para estes grupos sejam focadas na construção e implementação de programas e ações

governamentais específicas como de incentivo à produção sustentável de alimentos, programas para assistência a população falsêmica, entre outras.

Faz-se necessário discutir formas de como melhorar a saúde, educação, cultura e garantir o respeito às crianças que vivem nos quilombos, é preciso para isto que se construa uma visão de gestão integrada para otimizar recurso e se tenha propostas de políticas mais eficazes de saúde e educação.

Os recursos precisam ser destinados levando em consideração as desigualdades regionais, colocando em prática a equidade no financiamento a ser destinado às ações de saúde para que as mulheres e mães quilombolas sejam tratadas com respeito e equidade, tenham acesso a saúde de qualidade, a educação e emprego e tenham condições de moradia digna. Outra questão a ser enfatizada é a importância dessa etnia em constar nos sistemas de registros de informação da saúde para que se tenham informações epidemiológicas reais dessa população facilitando assim o mapeamento das comunidades mais vulneráveis e planejamento adequado respeitando as prioridades na assistência a saúde e outros.

Ao se tomar conhecimento da situação de saúde das crianças dessa etnia relatada neste estudo e da existência de uma coordenação de atenção a saúde a populações tradicionais criada recentemente na Secretaria Executiva de Saúde do Estado do Pará, faz-se necessários subsidiar tal coordenação para fomentar ações e estratégias de atenção a saúde dessa população especialmente a criança e a mulher, pois o estado apresenta mais de 480 comunidades quilombolas que precisam receber atenção geral visando atender a sua necessidade de forma integral.

REFERÊNCIAS

ACEVEDO MARIN, Rosa Elizabeth. **Julgados da terra**: cadeia de apropriação e atores sociais em conflito na Ilha de Colares, Pará. Belém : [S.n.], 2004a. p. 155-161.

_____. **No Caminho de Pedras do Abacatal**: experiência Social de Grupos Negros no Pará. Belém: [S.n.], 2004. Cap. 2. p. 86-108.

_____. **Negros do Trombetas**: guardiões de matas e rios. Belém: [S.n.], 1998.

ACEVEDO MARIN, Rosa; CASTRO, Edna. **Quilombolas do Pará**. Belém: NAEA;UFPA, 2005.1 CD-ROM.

ALENCAR, F. H. et al. Estudo antropométrico de pré-escolares da calha do rio Amazonas, Brasil. I – Nhamundá. **Acta Amazônica**, Manaus, n. 31, v. 4, p. 607-614, 2001.

ALMEIDA, A. W. B. Nas bordas da política étnica: os quilombos e as políticas sociais. **Boletim informativo**, Florianópolis, NUER/Núcleo de Estudos Sobre Identidade e Relações Interétnicas, v. 2, n. 2, 2005.

ALMEIDA, A. W. B. Terras de preto, terras de santo, terras de índio: uso comum e conflitos. In: CASTRO, E.; HEBBETE, J. (Orgs.). **Na trilha dos grandes projetos**. Belém: NAEA/UFPA, 1989.

ANDRADE, S. A.; SANTOS, D. N.; BASTOS, A. C.; PEDROMÔNICO, M. R. M.; FILHO, N. A. de.; BARRETO, M. L. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n.2, p.188-97, 2002.

ARRUTI, José Maurício. **O que é Quilombo? Observatório Quilombola**. Disponível em: <<http://www.koinonia.org.br/oq/quilombo.asp>>. Acesso em:19 out. 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **Informação e documentação - Referências- elaboração**. NBR- 6023. Rio de Janeiro, 2002.

_____.**Informação e documentação - Citações em documentos - apresentação**. NBR-10520. Rio de Janeiro, 2002. 4p.

_____. **Informação e documentação - Trabalhos Acadêmicos –apresentação**. NBR 14724. Rio de Janeiro, 2005. 6 p.

ASSUMPÇÃO, L.O.T.; MORAIS, P.P; FONTOURA, H. Relação entre atividade física, saúde e qualidade de vida. Notas Introdutórias. **Lecturas: EF y Deportes**, Buenos Aires, v. 8, n. 52, 2002.

BATISTA FILHO, M.; DINIZ, A.S. Combate às deficiências de micronutrientes no Brasil (Relatório final do Seminário sobre combate às carências de micronutrientes). **Revista do IMIP**, v.7, n.2, p.121-25,1993.

BAUMAN, Z. **Comunidade**: a busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

BELIK, W. et al. **Segurança alimentar**: a contribuição das universidades. São Paulo: Instituto Ethos, 2003.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**. v.10, n.3, p.561-571, 2005

BENTO, M. A. S. **A cor do Silêncio**. Disponível em: <<http://www.fbsan.org.br>>. Acesso em: set/out, 2006.

BOFF, L. **Saber Cuidar**: Ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BOLSA Família não evita insegurança alimentar, diz estudo. **Agência Estado**, 28 de jun. 2006.

BRASIL. **Constituição de 1988 da República Federativa do Brasil**. Disponível em:< <http://www.planalto.gov.br/ccivil.../constituicao/constituicao>>. Acesso em: 10 out 2009.

_____. Ministério da Saúde; OPAS. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde**. Periódico Anual de Circulação Dirigida ao Setor Saúde, da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa)- IDB. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. **Antropometria**: como pesar e medir. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. **Indicadores de saúde e nutrição da população brasileira**. Estado Nutricional. Disponível em: <www.nutricao.saude.gov.br>. Acesso em: jan. 2008.

_____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Cadernos de Estudo**, n. 9. Brasília (DF), 2008.

_____. Ministério do Desenvolvimento Agrário. **Assinada Cooperação para Agenda Social Quilombola**. 2007. Disponível em: <www.mda.gov.br>. Acesso em: jan. 2008.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social de Combate a Fome. **Programa Bolsa Família. Lei 10.836, de 09 de janeiro de 2004c**. Disponível em: <www.mds.gov.br/legislação.asp>. Acesso em: 19 jul. 2006.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. **Decreto no. 6.040**, de 7 de fevereiro de 2007. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/institucional>>. Acesso em: 16 jan. 2008.

_____. **Portaria nº 21/GM de 5 de janeiro de 2005**. Aprova a relação dos indicadores na Atenção Básica - 2005 a serem pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2005/gm/gm-21.htm>>. Acesso em: 12 set. 2006c.

_____. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social. Brasília, 2009. **Informativo** n.103, 2009. (Entrevista concedida pelo Ministro Edson Santos, em 12 fev. 2009).

_____. Secretaria de Atenção a Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília, 2006b.

BRASS, W. et al. **The demography of tropical Africa**. Princeton: Princeton University, 1968.

BRASS, W. **Methods for estimating fertility and mortality from limited and defective data**. Chapel Hill: University of North Carolina, 1975.

BUCCI, Maria Paula Dallari. As políticas públicas e o Direito Administrativo. **Revista Trimestral de Direito Público**, São Paulo, n. 13, 1996.

BUSS, P. M. **Saúde, Sociedade e qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CARVALHAES, M.A.B.L.; BENÍCIO, M. H. D. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. **Rev. Saúde Pública**, p.36, n.2, p.188-97,2002.

CARRIL, L. F. B. Trabalho e excedente econômico: remanescentes de quilombos no Brasil. Universidad de Barcelona. Depósito Legal: B. 21.741-98. **Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**, Barcelona, v. 6, n. 119, ago. 2002. Disponível em: <<http://www.ub.es/geocrit/s>>. Acesso em: 31 mar. 2005.

CASTRO, E. M. R. Populações Quilombolas na Amazônia: um olhar sobre o Brasil. In: ARAGON, L. E. (Org.). **Populações da Pan-Amazônia**. Belém: NAEA, 2005. v. 1, p. 161-175.

CASTRO, E.; ACEVEDO MARIN, R. E. Grandes Projetos e terras de Negro: conflito e resistência no Trombetas. In: CASTRO, E.; MOURA, E.; SÁ, M. L. (Org.). **Industrialização e Grandes Projetos**. Belém: UFPA, 1995, v. 1, p. 301-333.

CASTRO, José de Souza. **Pobreza tem cura**. Disponível em: <<http://www.novae.inf.br>>. Acesso em: 28 jul.2008.

COIMBRA, J.R. C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000.

COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO, 2005. **As conquistas dos quilombolas no Pará**. Disponível em: <http://www.cpisp.org.br/comunidades/html/i_terras.html>. Acesso em: 11 mar. 2005.

COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO. **Comunidade Quilombola**. Disponível em: <www.cpisp.org.br>. Acesso em: 19 jul. 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (CONSEA). **Segurança alimentar e populações negras**. (Entrevista IBASE, concedida por Francisco Menezes).

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Princípios e diretrizes de uma política de segurança alimentar e nutricional**. Brasília, 2004. Coordenador do IBASE e presidente do CONSEA, publicada em 08 dez. 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR. **Princípios e Diretrizes da Política de Segurança Alimentar e Nutricional**. [S.l.: Sn.], 2004, p. 4.

COUTO, R.C; CASTRO, E. R. de.; ACEVEDO MARIN, R.E. (Org.). **Saúde, Trabalho e Meio Ambiente**: Políticas Públicas na Amazônia. Belém: NAEA, 2002.

ENGLE, P.L. Maternal work and child-care strategies in peri-urban Guatemala: nutritional effects. **Child Dev.**, v. 62, p.954-65, 1991.

ESTADO cria plano de igualdade racial. **Diário do Pará**, Belém, 21 nov. 2008. Caderno cidade, p.8.

FISCHLER, C. **L'Homnivore**. Paris: O.Jacob, 1990.

FORTALECENDO a política quilombola. 1997. Disponível em: <www.planalto.gov.br/seppir/informativos>. Acesso em: 10 dez. 2007.

FORUM DE ENTIDADES NACIONAIS E DIREITOS HUMANOS POPULAÇÃO NEGRA E INSEGURANÇA ALIMENTAR. Disponível em:<www.direitohimano.org.br>. Acesso em: 19 jun. 2007.

FORUM MUNDIAL SOBRE SOBERANIA ALIMENTAR, 2005. Dakar, 2007. Disponível em: <www.dakardeclaration.org>. Acesso em: mar. 2009.

GAUTHIER, Benoit. **Investigação Social**: da problemática à colheita de dados. 3. ed. Loures: Lusociência, 2003.

GOUBERT; MULLER apud HÖFLING, Eloisa de Mattos. Estado e Políticas Públicas Sociais. **Cadernos CEDES**, Campinas, v.21, n.55, nov. 2001.

HARTZ, Z. M. de A. et al. Mortalidade infantil evitável em duas cidades do nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 4, p.310-318, ago.1996.

HENRIQUES, Ricardo. **Desigualdade racial no Brasil**: evolução das condições de vida na década de 90. [S.]:IPEA, 2001.

HISTÓRIA dos Quilombos, os quilombolas, o Quilombo dos Palmares, Zumbi dos Palmares, cultura africana, formação da cultura afro-brasileira, luta dos negros na História do Brasil. Disponível em: <www.suapesquisa.com/historiadosbrasil/quilombos>. Acesso em: 20 jun. 2008.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. Estado e Políticas Públicas Sociais. **Cadernos CEDES**, Campinas, v.21, n.55, nov. 2001.

HOFFMAN, Rodolfo. A Insegurança Alimentar no Brasil. **Revista Cadernos de Debate**, Campinas/UNICAMP, v.2, p. 1-11, 1994. (Publicação do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação da UNICAMP).

HOMERO, Maria Noelci; BAIRROS, Fernanda Souza de.; MIRANDA, Regina da Silva. **População Negra e Insegurança Alimentar**. Disponível: <www.direitohumanoalimentacao.org.br>. Acesso em: 19 jul. 2007.

IBGE. **Censo Demográfico do Brasil**. Brasília-DF, 2000.

_____. **Pesquisa de Orçamento Familiar**. Brasília-DF, 2003.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostras em Domicílios: Segurança Alimentar**. Brasília-DF: IBGE, 2004.

_____. **Estimativas de fecundidade por microrregiões e municípios**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://datasus.gov.br>>. Acesso em: set./out. 2006.

_____. **Censo Demográfico do Brasil**. Brasília-DF, 2006.

_____. **Projeção preliminar da população do Brasil**. Revisão 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 set. 2007.

_____. **Estimativas da população para 1º de julho de 2008**. Disponível em:<www.guia-brasil.biz/estados/para/index.html>. Acesso em: em 26 out. 2008.

INDÍGENA e quilombolas podem ser impactados por UHE Estreito, denuncia MPF. Informação Social - Agência de Notícias, de 16 mar. 2008. Disponível em:< <http://www.humanosdireitos.org/midia/2008.php>>. Acesso em: mar. 2008.

INSTITUTO DE TERRAS DO PARÁ. **Comunidades Quilombolas Tituladas no Pará**. Disponível em: <<http://www.iterpa.pa.gov.br/ListaQuilombos>>. Acesso em: 30 maio 2009.

INSTITUTO DE TERRAS DO PARÁ. **Distribuição atual de Terras Quilombolas Titulada no Pará**. 2008. maio, 2008. Disponível em:< www.iterpa.pa.gov.br>. acesso em: 31 jan. 2009.

JELLIFFE, D. B. **Evaluación del estado de nutrición de la comunidad**. Genebra: Organización Mundial del Salud, 1968. 291p. Série de Monografia, 53.

KAMIMURA, M. A.; BAXMANN, A.; SAMPAIO, L.R., CUPPARI, L. **Avaliação nutricional**. In: CUPPARI, L. **Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto**. Barueri, SP: Manole, 2002. p 71-109.

KERTZMAN, Gabriela Mota. **Relação quilombos e o mundo urbano, Importante ou não?** Disponível em: <www.escolaviva.com.br>. Acesso em: 30 out. 2007.

LATHAM, M.C.; UNICEF. Cornell colloquium on care and nutrition of the young child-overview. **Food Nutr Bull**, v.16, p.286-92, 1995.

LELOUP, J. Y. **Cuidar do Ser: Fílon e os Terapeutas de Alexandria**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

MACHADO, E. **Avaliação de Políticas Públicas**. Brasília, DF: UnB, 1999.

MACHADO, Ismael. Jovens quilombolas anseiam por espaço. **Diário do Pará**, Belém, 25 jan. 2009. p.8

MAHAN, L. K.; STUMP, S.E. **KRAUSE Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 10.ed. São Paulo: Roca, 2002.

MAIS SAÚDE propõe ações integradas para o atendimento aos povos Quilombolas, de assentamentos e indígenas. ESF provam que isso é possível. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, v.17, n.9, jan./mar. 2008. (Publicação do Ministério da Saúde).

MAJEM, S. L. I. Tipos de estudos em epidemiologia nutricional. In: MAJEM, S. L. I.; BARRINA, J. A., VERDÚ, M. J. **Nutrición y salud pública: métodos, bases científicas y aplicaciones**. Barcelona: Masson; 1995.

MANZATTI, M. **Quilombolas têm mais de mil comunidades na região amazônica**. São Paulo, 2007. Disponível em:< <http://www.amazonia.org.br/noticias>>. Acesso em: 12 set. 2007.

MANZATTI, M. **Quatro mil famílias quilombolas são incluídas no Bolsa Família**. São Paulo, 2007. Disponível em: <www.overmundo.com.br/blogs/quatro-mil-familias-quilombolas-sao-incluidas-no-bolsa-familia> Acesso em: 19 fev. 2009.

MELO, Cecília. **Uma em cada 10 crianças quilombolas está desnutrida**. Disponível em: <www.fnpeti.org.br>. Acesso em: 30 out. 2007.

MENDES, P. M. **Segurança Alimentar em Comunidades Quilombolas**: estudo Comparativo de Santo Antônio (Concórdia do Pará) e Cacau (Colares). Belém, PA, 2006. Dissertação (Mestrado) – Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará. 2006.

MONTEIRO, C. A.; BENÍCIO, M.H.D. **Desnutrição Infantil nos Municípios Brasileiros**: risco de ocorrência. São Paulo: Brasília: NUPENS/USP/UNICEF, 1997.

MORTALIDADE infantil em remanescentes de quilombos do município de Santarém - PARÁ, BRASIL. **Saúde Soc**. São Paulo, v.16, n.2, p.103-110, 2007. Disponível em: <www.apsp.org.br/saudesociedade>. Acesso em: 10 jul. 2007.

NOVA Cartografia Social da Amazônia: **Negros e Negras na Cidade de Belém**. Setorial de Negras e Negros do Estado do Pará, 2007.

OLIVEIRA, F. **Saúde da População Negra**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

OLIVEIRA, P. T. R. de. **Desigualdade Regional e o Território da Saúde na Amazônia**. Belém: EDUFPA, 2008.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. Introdução. In: OLIVEIRA, Roberto Cardoso de.; BAINES, Stephen G. **Nacionalidade e etnicidade em fronteiras**. Brasília: Editora da UnB, 2005. p. 9-20.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD. **Medición del efecto nutricional de programas de suplementación alimentaria a grupos vulnerables**. Genebra, jun. 1980.

PAIXÃO, Marcelo; CARVANO, L. M. (Orgs.). **Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil, 2007-2008**. Rio de Janeiro: Gramond, 2009.

PAIXÃO, Maurício. 2007. Apud MANZATTI, M. **Quilombolas têm mais de mil comunidades na região amazônica**. São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.amazonia.org.br/noticias>>. Acesso em: 12 set. 2007.

PESQUISA mostra redução da insegurança alimentar em domicílios brasileiros. Disponível em: <www.direitohumanoalimentacao.org.br>. Acesso em: 21 ago. 2008.

POULAIN, Jean-Pierre. A mundialização e os movimentos de deslocalização e de realocação da Alimentação. In: _____. **Sociologias da Alimentação**: Florianópolis: UFSC, 2004a. Cap.1, p. 29, 33.

POULAIN, Jean-Pierre. Os comedores e o Espaço Social Alimentar. Primeira parte: permanências e transformações da alimentação contemporânea In: _____. **Sociologias da Alimentação**. Florianópolis: UFSC, 2004b. p.26.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA DESENVOLVIMENTO (PNUD). Relatório de desenvolvimento humano 2000. Disponível em: <www.undp.org.br>. Acesso em: jan. 2008.

PROGRAMA EPI-INFO. Versão 6.04b [S.l...Sn],2005.Disponível em < www.cdc.gov/epiinfo/Epi6/ei6.htm< >. Acesso 23 out 2009>

QUILOMBOS no Brasil. Disponível em:<http://www.presidência.gov.br> Acesso em: 20 jun. 2008.

RIBEIRO, Matilde. **Desnutrição em crianças quilombolas**. Disponível em: <www.risolidária.org.br.>.Acesso em: 19 ago. 2007.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, out. 1997.

SILVA, P.L.B.; MELO M. B. A. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil**: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. Campinas: NEPP- Unicamp, 2000. Caderno n.48.

SILVÉRIO, Valter. Ação afirmativa e o combate ao racismo institucional no Brasil. **Cadernos de Pesquisas**, 2002. Brasília, DF: FBSAN.

SOUZA, Barbara O. Saberes Tradicionais. In: _____. **Salto para o futuro: educação quilombola**. Rio de Janeiro: TV Escola, Ministério da Educação, 2007. (Boletim, n. 10).

TRIGO, M; et al. Tabus alimentares em região do Norte do Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, n. 23, p. 455-464, 1989.

UNICEF. **Situação da Infância Brasileira**. Fortalecer a família para ter crianças fortalecidas. 2006. Disponível em: <www.unicef.org.br>.Acesso em: 20 ago. 2007.

_____. **Situação Mundial da Infância**: Infância ameaçada. 2005. Disponível em: <www.unicef.org.br>.Acesso em: 20 ago. 2007.

UNITED NATIONS/ACC/SCN. **Nutrition - relevant actions**: some experiences from the eighties and lessons for the nineties. Geneva, [s.n.], 1991. p. 139.

VALENTE, F. L. S. **Política de Insegurança Alimentar e Nutricional no Brasil de 1995 a 2002**. São Paulo: [S. n.], 2005.

VALENTE, F.L.S. Do combate à fome à Segurança Alimentar e Nutricional: o direito a alimentação adequada. **R. Nutr. PUCCAMP**, Campinas, v.10, n.1, p. 20-36, jan./jun.1997.

VIEIRA, Isabela. **Pesquisa mostra que negros são maiores vítimas de doenças da pobreza.** Disponível em: <www.agenciabrasil.gov.br>. Acesso em: 07 abr. 2009.

WEBER, M. **Conceitos Básicos de Sociologia.** São Paulo: Moraes, 1987.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO: Condições de Saúde das Crianças de 0 a cinco (5) anos de idade da Comunidade Quilombola de Jacarequara no Pará- 2008

ESCLARECIMENTOS DA PESQUISA

Senhor (a) foi selecionado para participar desta pesquisa que está sendo realizada sob coordenação **Dra. Rosa Elizabeth Acevedo Marin-Ufpa/NAEA**, tendo como objetivo Levantar e Conhecer as **Condições de Saúde das Crianças de 0 a cinco (5) anos de idade da Comunidade Quilombola de Jacarequara no Pará- 2008**. Para que possamos fazer a pesquisa é necessário que o (a) senhor (a) responda a um questionário, sobre as condições de saúde da criança e condições socioeconômicas da família. Esclarecemos que os dados coletados na pesquisa serão confidenciais e divulgados de forma conjunta, garantindo absoluto sigilo das informações.

Esclarecemos ainda que a participação neste estudo não trará custos, não oferecerá riscos. A aceitação em participar do estudo é de sua livre e espontânea vontade, podendo se recusar a responder qualquer pergunta do questionário e ou realizar algum exame, não lhe causando nenhum problema com as instituições que estão realizando a pesquisa.

Sua participação é muito importante, pois trará benefícios futuros sobre a avaliação das condições de saúde das crianças da comunidade de Jacarecuara, assim como contribuir na possibilidades de planejamento futuro de ações de saúde.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Nome: Yonah Leda Vieira Figueira

End:Conj.Costa e Silva Av.D N°213 -Marambaia

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre o conteúdo da mesma, assim como os seus riscos e benefícios. Declaro ainda que por minha livre vontade aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta dedados.

Belém, _____/_____/_____.

Assinatura do Responsável

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-CCS/UFPA

End.: Universidade Federal do Pará – Complexo de Aula/CCS – Sala 13 – Campus

Universitário nº 01 – Guamá/ Belém-Pa.Tel/Fax: 3201-8028

Email- cepcs@ufpa.br

APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE COLETA



Universidade Federal do Estado do Pará
Núcleo de Altos Estudos Amazônicos
Mestrado Em Planejamento e Desenvolvimento do Trópico úmido
Condições de Saúde e Cuidado Materno em Crianças da Comunidade Quilombola de
Jacarecuara no Pará

COMUNIDADE: _____
 LOCALIZAÇÃO _____
 ENTREVISTADOR _____
 ENTREVISTADO (a): _____ IDADE: _____
 PARENTESCO DO ENTREVISTADO COM A CRIANÇA: 1() MÃE 2() PAI 3() TIO(a) 4() AVÔ(ó) () OUTRO
 NOME DA CRIANÇA: _____ IDADE _____

CONDIÇÃO SÓCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

Escolaridade do responsável? 1() 1º grau incompleto 2() 1º grau completo 3() 2º grau incompleto 4() 2º grau completo 5() Nível superior 6() Não estudou

Trabalho/Ocupação: 1() emprego fixo 2() trabalha por conta própria

Qual a renda mensal da família? 1() menos 1 SM 2() de 1 a 2 SM 3() mais de 2 SM

Material de construção da moradia: 1() madeira 2() palha 3() alvenaria 4() outro _____

Esgotamento sanitário: 1() Rede pública 2() Fossa séptica 3() Fossa rudimentar 4() Vala/céu aberto 5() Não sabe

Na casa da Criança tem Luz Elétrica? 1() Sim 2() Não

Destino do Lixo: 1() a céu aberto 2() jogado no rio 3() queimado 4() enterrado 5() recolhido pela rede pública

A água que utiliza para beber: 1() Rede pública 2() Poço/Cacimba 3() Cisterna/água de chuva 4() outro _____

A água de beber da criança: 1() É tratada no domicílio 2() Não é tratada 3() Não sabe

Qual o tratamento da água de beber da criança? 1() Filtrada 2() Hipoclorito 3() Fervida 4() Não se aplica

A família recebe algum benefício financeiro do governo? 1() Sim, Qual? _____ 2() Não

SITUAÇÃO DE SAÚDE DA MÃE

Vai regularmente ao serviço de saúde? 1() Sim, qual a periodicidade _____ 2() não, qual o motivo?

Realiza exames preventivos? 1() Sim, Qual? _____ 2() Não

Apresenta alguma patologia, 1() Sim, qual? _____ 2() Não

Faz uso de alguma medicação? 1() Sim, Qual ? _____ 2() Não

Foi Gravidez planejada? 1() Sim 2() Não

Realizou pré-natal? 1() sim, em que mês iniciou _____ 2() Não

Tipo de Parto? 1() Normal em casa 2() Normal no Hospital 3() Cesário

Apresentou alguma Intercorrência na gestação? 1() Sim, Qual? _____ 2() Não

Houve alguma intercorrência no momento do parto? 1() Sim, Qual? _____ 2() Não

Qual é a maior dificuldade na criação do seu filho? _____

SITUAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA

Data de nascimento ____/____/____ **Menor** 1() pré-termo 2() a Termo

Qual o peso ao nascer? 1() peso normal $\geq 2.500\text{Kg}$ 2() peso baixo $\leq 2.500\text{ Kg}$ 3() não sabe

Idade da 1ª consulta de saúde _____

A criança possui o cartão de acompanhamento de saúde da criança? 1() Sim 2() Não

Tem registro da curva de crescimento e desenvolvimento pelo menos 2 vezes nos últimos 6 meses?

1() sim, quantos _____ 2() Não

Tem registro de peso e estatura no cartão da criança pelo menos 2 vezes nos últimos 6 meses? 1() sim, quantos _____ 2() Não

Estado Nutricional: Peso _____(Kg) Altura _____(cm) 1() Normal 2() Risco Nutricional 3() Baixo peso

No último mês, a criança teve alguma doença? 1() Sim, Quais? _____ 2() Não

No último mês ou nos últimos 15 dias, a criança teve diarreia? 1() Sim, quanto tempo durou? ____ dias 2() Não

No último mês ou nos últimos 15 dias, a criança teve doença respiratória ou gripe/resfriado? 1() sim, quanto tempo durou? ____ dias 2() Não

A Criança está com o esquema de vacinação da infância em dia? 1() sim 2() Não

A criança já teve as doenças da infância (Sarampo, caxumba, catapora, rubéola)? 1() Sim, se sim, quais? _____ 2() Não

A família recebe visita de Agente Comunitário de Saúde - ACS? 1() Sim 2() Não

Qual a periodicidade de visita do ACS na casa da criança? 1() Mensal 2() Outro _____

SITUAÇÃO ALIMENTAR DA CRIANÇA

A criança mama no peito? 1() Sim 2() Não

Até que idade recebeu só o leite do peito? ____ meses 1() Não lembra/não sabe 2() ainda mama só no peito

Até que idade mamou no peito? _____ meses () Não lembra/não sabe

Com que idade iniciou a introdução de outros alimentos? (chá, água, suco...)?

1() antes de 1 a 2 mês 2() antes de 3 a 4 meses 3() após 6 meses 4() não lembra 5() não se aplica

A criança faz quantas refeições por dia? 1() 1/dia 2() 3/dia 3() 5/dia ou mais

Quais são as refeições? 0() Mama 1() Café da Manhã 2() Lanche da manhã 3() Almoço

4() Lanche da tarde 5() Jantar 6() Lanche da noite

Que alimentos a criança comeu desde ontem até agora: (Inquérito recordatório de 24 Horas)

- Tomou leite do peito 1() Sim 2() Não 3() Não sabe
- Tomou água 1() Sim 2() Não 3() Não sabe
- Tomou chá 1() Sim 2() Não 3() Não sabe
- Tomou outro leite 1() Sim 2() Não 3() Não sabe
- Tomou mingau 1() Sim 2() Não 3() Não sabe
- Comeu fruta em pedaço ou amassada 1() Sim 2() Não 3() Não sabe
- Comeu comida de sal 1() Sim 2() Não 3() Não sabe
- A comida de sal tinha algum tipo de carne (peixe, boi, frango, caça) 1() Sim 2() Não 3() Não sabe
- A comida tinha feijão 1() Sim 2() Não 3() Não sabe
- A comida tinha legumes e/ou verduras 1() Sim 2() Não 3() Não sabe
- Tomou suco de fruta natural 1() Sim 2() Não 3() Não sabe
- Tomou suco industrializado 1() Sim 2() Não 3() Não sabe
- Tomou refrigerante 1() Sim 2() Não 3() Não sabe
- Tomou café 1() Sim 2() Não 3() Não sabe
- Tomou açaí 1() Sim 2() Não 3() Não sabe
- Comeu biscoito 1() Sim 2() Não 3() Não sabe
- Comeu biju (de tapioca) 1() Sim 2() Não 3() Não sabe
- Tomou ou comeu derivados do leite 1() Sim 2() Não 3() Não sabe

Lista de frequência de consumo de alimentos

Alimento	Quant. usual	Frequência				Quantas Vezes?
		Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	
Leite materno						
Leite artificial						
Café, chá						
Refrigerante						
Suco artificial						
Suco natural						
Pães, biscoitos						
Biju, tapioca						
Farinha						
Arroz, macarrão						
Mingau						
Açaí, bacaba						
Frutas						
Verduras						
Legumes (batata, cenoura, beterraba...)						
Peixes						
Outras carnes						
Viscera e miúdos						
Ovos						
Feijão						
Salgadinhos						
Doces						

CUIDADO MATERNO

Faz acompanhamento da saúde da criança regularmente? 1 () Não 2 () Sim, onde? _____

Quando a criança adoecer você? 1 () leva no serviço de saúde 2 () cuida em casa,
como _____

Como você trata a diarreia? 1 () medicação prescrita pelo médico 2 () auto medicação 3 () remédio caseiro,
Qual _____ 4 () outro, _____

Como você trata a doença respiratória (gripe)? 1 () medicação prescrita pelo médico 2 () auto medicação
3 () remédio caseiro, Qual _____ () outro, ____

Você amamentou? 1 () Sim ,quanto tempo? _____ 2 () Não

Você trata a água de beber da criança? 1 () Sim, como? _____ 2 () Não

APÊNDICE C: INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE

CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE

1. Nome da Comunidade:
2. Localização:
3. Como se chega à comunidade:
4. Quantas casas existem:
5. Área aproximada (Tamanho):
6. População aproximada:
7. População:
8. Natureza jurídica da Área

1() Própria/Comprada 2() Própria/Herança 3() Própria/doação 4() Arrendada 5() Posse

9. A terra Tem titulação 1() Sim 2() Não

10. De que vivem?

- () Atividade agrícola () Atividade extrativa () Atividade criação de animais
 () Atividade Pesca () Atividade artesanato () Outra

11. Qual ou quais religiões são professadas nas comunidades?

12. Preservam alguma manifestação própria da comunidade?

Qual (Is): _____

13. Existem festejos (religiosos ou não)? 1() Sim 2() Não

14. Qual (Is) _____

15. A sua comunidade tem:

SERVIÇO	SIM	NÃO	SERVIÇO	SIM	NÃO
ÁGUA ENCANADA			ESGOTO LIGADO A REDE OU FOSSA		
COLETA DE LIXO			CALÇAMENTO, PAVIMENTAÇÃO OU ASFALTO		
ILUMINAÇÃO ELÉTRICA			ESCOLA		
POSTO DE SAÚDE			SEDE DE ASSOCIAÇÃO		
IGREJA/TEMPLO			TERREIRO		
TELEFONE PÚBLICO			TRANSPORTE COLETIVO		
BENZADEIRA/REZADEIRA			PARTEIRA		
PRESENÇA DE ESF			PRESENÇA DE ACS		

16. Organizações existentes na comunidade:

TIPO	SIM	NÃO	REPRESENTANTE	SIM	NÃO
ASSOCIAÇÃO DE MORADORES					
ASSOCIAÇÃO DE PRODUTORES					
COOPERATIVA					
GRUPO DE JOVENS					
GRUPO D MÃES					
OUTRO:					

ANEXOS

ANEXO A - MATERIAL EDUCATIVO ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

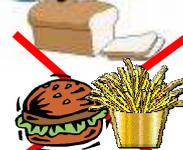


**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DIVISÃO DE NUTRIÇÃO**



10 passos para uma Alimentação Saudável

1. Alimente-se de 3 em 3 horas, fazendo pelos menos 5 refeições diárias para evitar mal estar, excesso de quantidade nas refeições;
2. Consuma alimentos variados e coloridos para evitar carência de vitaminas e Sais minerais (Ferro, Cálcio, ...);
3. Evite excesso de alimentos gordurosos (frituras, defumados, manteiga, banha, Toucinho...), doces, refrigerantes, enlatados, molho (maionese, ketchup...) e massas, assim você evita a Hipertensão, colesterol, diabete, obesidade;
4. Tomar 2 litros de líquido diariamente para boa hidratação e bom funcionamento intestinal;
5. Inclua na alimentação frutas, Legumes, verduras, cereais, leites e derivados, para boa oferta de vitaminas e sais minerais; dê preferência à carne branca, diminua a frequência de carne vermelha, consuma víscera ou miúdo pelo menos 1 vez/semana. Assim você evita o descontrole do colesterol e triglicerídios no sangue;
6. Lavar bem os alimentos e prepará-los com cuidado, assim você estará evitando parasitoses, hepatite, ...
7. Dê preferência aos alimentos naturais, evite alimentos artificiais carregados em (corantes, conservantes...), alimentos salgados, pois o consumo em excesso provoca câncer, gastrite, úlcera.....
8. Não comer alimentos mal cozidos, de má aparência e cheiro desagradável, pois contem bactérias que provocam doenças como diarreia;
9. Valorize os alimentos da sua região (frutas da época, comidas típicas...), assim se tornam mais baratos e saudáveis;
10. Aprecie sua refeição, mastigue bem os alimentos e coma devagar, assim você fará uma boa digestão.



ANEXO B: MATERIAL EDUCATIVO ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA CRIANÇA



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DIVISÃO DE NUTRIÇÃO



RECOMENDAÇÕES PARA ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

• Se seu filho tiver menos de 6 meses

- O alimento ideal e suficiente é o leite materno, pois oferece todos os nutrientes que a criança precisa, e ainda protege.
- O leite materno hidrata e sacia a sede do bebê
- Não é necessário, oferecer outros alimentos, nem água e nem chá.



• Se seu filho tiver de 06 a 11 meses

- É preciso introduzir os novos alimentos de forma lenta e gradual, formando hábitos alimentares
- Continue dando o peito e introduza outros alimentos em forma de papas e purês.
- Não bata no liquidificador, use o crivo ou amasse com garfo
- Se estiver mamando: 3 refeições + óleo + leite materno nos intervalos
- Se não mamar: 3 refeições + 2 refeições de frutas, mingau, merenda+ óleo
- Não exagere no sal e nos temperos, utilize os naturais
- Estimule – a comer sozinha
- Se o bebe ainda não tiver dentinhos, cozinhe a papinha salgada com a carne, mas retire na hora de servir.



Refeição Salgada: caldo de feijão, caldo de carne, Sopinha (2 a 3 tipos de legumes, verduras, arroz ou macarrão, carne magra)

Papinha de fruta: não utilize leite e açúcar, inicialmente não misture as frutas, ofereça uma **de cada vez.**



• Se seu filho tiver de 12 meses a 02 anos ou mais (pré - escolar)

- Continue dando o peito, até 02 anos de idade.
- Oferecer a mesma alimentação da família, inicialmente amassada e carne desfiada.
- Introduza novos alimentos para formação de bons hábitos.
- Não use temperos fortes (pimenta do reino...)
- Não ofereça leite integral até 01 ano de idade.

ANEXO C: MATÉRIA DE JORNAL: ESTADO CRIA PLANO DE IGUALDADE



ANEXO D: MATÉRIA DE JORNAL: JOVENS QUILOMBOLAS ANSEIAM POR ESPAÇO

A8 BELÉM

Diário do Pará
DOMINGO, Belém-PA, 23/01/2009

VOZES DO FSM 2009

Jovens quilombolas anseiam por espaço

Grupo de Santa Izabel está na programação cultural. Apresentação significa "reconhecimento"

ISMABEL MACHADO

Quando as atividades do Fórum Social Mundial tiverem início, o grupo de dança Terra de Negros pode se considerar vitorioso. O grupo é uma iniciativa de jovens que moram na comunidade quilombola Macapuzinho, no município de Santa Izabel, e vai se apresentar durante a programação cultural do evento.

A expectativa é grande. "Acho que vai ser bom para nós, já que iremos poder mostrar nossa cultura para gente do mundo todo", diz Amanda Keula Oliveira de Souza, 15 anos. "A gente não sabe direito como vai ser, mas só de saber que irão reconhecer o nosso trabalho já é muito bom", diz Edinalva Borges dos Santos, 21. Foi ela quem teve a ideia de criar o grupo e é uma das principais incentivadoras. Junto a ela mais três irmãs também participam do grupo de dança.

Borges dos Santos costuma ser o sobrenome de quase todos os moradores da comunidade. São 40 famílias e aproximadamente 200 moradores. "Conseguimos o título coletivo da terra em maio de 2008", lembra Nerci de Aguiar dos Santos, 46, considerado uma espécie de líder da comuni-

dade. "Foi uma longa história, mas tudo pela titulação como área quilombola que começou em 2000", diz ela.

São 68 hectares de terra já titulada. Originalmente, deveriam ser 327 hectares, mas a comunidade teve de ceder. "A titulação que temos já é uma vitória", diz Nerci. Na terra, os moradores trabalham basicamente com hortaliças, mas nos últimos anos passaram a trabalhar com frangos, numa parceria com uma empresa de Castanhal, que fornece os pintos, a cação e a técnica. "Nos entramos com a mão-de-obra", diz o líder quilombola. A parceria tem dado resultado.

Junto a isso, há as plantações de açaí, cupuaça, laranja e maracujá. "Antes, o nosso trabalho era para os outros, roçando, arrancando pedras, cortando madeira e fazendo carvão. Agora, todos trabalham diretamente na comunidade, por conta própria", diz Nerci. O projeto piloto das hortaliças começou em 2003, em parceria com o Centro de Estado e Defesa do Negro no Pará, o Cedeempa, entidade que terá participação intensa no Fórum Social Mundial.

"O ato no Fórum será a política de ações afirmativas para a população negra e a formação de alianças com a população negra de outros países", diz Maria Luísa Carvalho Nunes, técnica do Cedeempa.

Comunidades como a de Macapuzinho representam parte das 240 comunidades quilombolas do Pará, segundo



Adolescente do grupo Terra de Negros se prepara na comunidade de Macapuzinho, para o dia da apresentação para pessoas de todo mundo.

dados oficiais, embora o Cedeempa reconheça que "politicamente" devam existir, pelo menos, 400 comunidades.

Em Santa Izabel, outra comunidade quilombola que prepara participação no Fórum é a de Boavista de Itá. É lá que é sediada a Associação Comunitária de Remanescentes Quilombolas de Boavista

de Itá, que antes era conhecida como comunidade São João Batista.

As 33 famílias vivem quase isoladas. Há duas maneiras de se chegar a ela. A primeira é por uma estrada de terra em péssimas condições. A segunda, caminhando por dentro da mata, em cima de pontes de madeira.

Com muitas crianças, Boavista de Itá sofre com a falta de água potável. Os moradores têm tomado água de um igarapé que passa próximo. Infecções se tornaram uma constante. "Nosso poço secou e o motor queimou. Precisamos beber a alternativa é a água do igarapé. Eu mesma fiquei um mês doente com uma infecção", diz Márcia Cristina

dos Santos, 34, dois filhos.

Márcia Cristina será uma das representantes da comunidade no FSM. Enquanto fazia farinha, dizia que a expectativa para o Fórum é a de um espaço de conhecimento. "Nosso propósito é ter informações que a gente ainda não tem por aqui e ver de que forma isso poderá nos ajudar", diz.

ANEXO E: RELAÇÃO DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS TITULADAS NO ESTADO DO PARÁ

Terra Quilombola	Comunidade(s)	Famílias	Área (Ha)	Município(s)	Órgão	Data	Título	Mapas
Boa Vista	Boa Vista	112	1.125,0341	Oriximiná	INCRA	25/11/1995		
Água Fria	Água Fria	15	557,1355	Oriximiná	INCRA	18/11/1996		
Pacoval	Pacoval	115	7.472,8790	Alenquer	INCRA	18/11/1996		
Trombetas*	Bacabal, Aracuan de Cima, Aracuan do Meio, Aracuan de Baixo, Serrinha, Terra Preta II e Jarauacá	138	23.862,4725	Oriximiná	INCRA	20/11/1997		
Trombetas*	Bacabal, Aracuan de Cima, Aracuan do Meio, Aracuan de Baixo, Serrinha, Terra Preta II e Jarauacá	-	57.024,6216	Oriximiná	ITERPA	20/11/1997		
Itamaoari	Itamaoari	33	5.377,6028	Cachoeira do Piriá	INCRA	07/09/1998		
Erepecuru*	Pancada, Araçá, Espírito Santo, Jauari, Boa Vista do Cuminá, Varre Vento, Jarauacá e Acapú	154	57.584,8505	Óbidos e Oriximiná	INCRA	20/11/1998		
Abacatal**	Abacatal	53	317,9366	Ananindeua	ITERPA	13/05/1999		
Cabeceiras	São José, Silêncio, Matar, Cuecê, Apui e Castanhaduba	445	17.189,6900	Óbidos	FCP	08/05/2000		
Erepecuru*	Pancada, Araçá, Espírito Santo, Jauari, Boa Vista do Cuminá, Varre Vento, Jarauacá e Acapú	-	160.459,4100	Oriximiná	ITERPA	12/05/2000		
Gurupá	Gurupá Mirin, Jocojó, Flexinha, Carrazedo, Camutá do Ipixuna, Bacá do Ipixuna, Alto Ipixuna e Alto Pucuruí	300	83.437,1300	Gurupá	ITERPA	28/07/2000		
Camiranga	Camiranga	39	320,6121	Cachoeira do Piriá	ITERPA	19/01/2002		
Maria Ribeira	Maria Ribeira	32	2.031,8700	Gurupá	ITERPA	20/11/2000		
Laranjituba - África**	Laranjituba e África	48	118,0441	Moju	ITERPA	27/01/2002		
Bom Remédio	Bom Remédio	116	588,1670	Abaetetuba	ITERPA	15/06/2002		
Ilhas de Abaeteuba	Alto e Baixo Itacuruça, Campopema, Jenipaúba, Acaraquí, Igarapé São João, Arapapu e Rio Tauaré-Açu	701	11.458,5300	Abaetetuba	ITERPA	15/06/2002		
Bailique	Bailique Beira, Bailique Centro, Poção e São Bernardo	112	7.297,6900	Oeiras do Pará e Baião	ITERPA	21/07/2002		
Jurussaca	Jurussaca	45	200,9875	Traquateua	ITERPA	14/09/2002		
Santa Rita de Barreiras	Santa Rita de Barreiras	35	371,3032	São Miguel do Guamá	ITERPA	22/09/2002		
Santa Fé e Santo Antônio	Santa Fé e Santo Antônio	28	830,8776	Baião	ITERPA	27/09/2002		
Igarapé Preto e Baixinha	Igarapé Preto, Baixinha, Panpelônia, Teófilo, Varzinha, Campelo, Cupu, França, Araquenbaua, Carará, Costeiro e Igarapezinho	565	17.357,0200	Baião, Mocajuba, Oeiras e Bagre	ITERPA	29/09/2002		
Icatu	Icatu	80	1.636,6100	Mocajuba e Baião	ITERPA	30/11/2002		
Guajará Miri	Guajará Miri	70	1.024,2000	Acará	ITERPA	26/11/2002		
TOTAL	84 comunidades	3.236						

*Comunidades que receberam títulos do ITERPA e do INCRA

**Comunidades cuja área territorial foi ampliada

Última Atualização: 02 de Dezembro de 2008

Fonte: ITERPA - CPE - Girolamo Domenico Treccani

ANEXO F:RELAÇÃO DE COMUNIDADE QUILOMBOLAS TITULADAS NO ESTADO DO PARÁ

Terra Quilombola	Comunidade(s)	Famílias	Área (Ha)	Município(s)	Órgão	Data	Título	Mapas
Santa Maria de Mirindeua	Santa Maria de Mirindeua	85	1.763,0600	Moju	ITERPA	23/08/2003		
Santo Cristo	Santo Cristo do Ipitinga do Mirindeua	52	1.767,0400	Moju	ITERPA	23/08/2003		
Itacoã Miri	Itacoã Miri	96	968,9932	Acará	ITERPA	20/11/2003		
Mãe Domingas	Abui, Paraná do Abui, Tapagem, Sagrado Coração e Mãe Cue	182	61.211,9600	Oriximiná	ITERPA	20/11/2003		
Bela Aurora	Bela Aurora	32	2.410,2800	Cachoeira do Piria	INCRA	14/12/2004		
Paca e Aningal	Paca e Aningal	22	1.284,2400	Viseu	INCRA	14/12/2004		
Nossa Senhora da Conceição	Nossa Senhora da Conceição	54	2.393,0600	Moju	ITERPA	20/11/2005		
Santa Maria do Traquateua	Santa Maria do Traquateua	27	833,3833	Moju	ITERPA	21/11/2005		
São Manoel	São Manoel	68	1.293,1800	Moju	ITERPA	22/11/2005		
Caranduba	Associação dos Moradores e Agricultores Quilombolas de Caranduba	33	644,5477	Acará	ITERPA	23/11/2006		
Centro Ouro	Associação da Comunidade Remanescente de Quilombo de Bom Jesus Centro Ouro, Nossa Senhora das Graças e São Bernardino	123	5.243,1400	Moju	ITERPA	23/11/2006		
Jacunday	Associação da Comunidade Remanescente de Quilombo Oxalá de Jacunday	60	1.701,5900	Moju	ITERPA	23/11/2006		
Porto Alegre	Porto Alegre	54	2.858,7114	Cametá	ITERPA	20/11/2007		
Jacarequara	Jacarequara	55	1.236,9910	Santa Luzia do Para	ITERPA	13/05/2008		
Macapazinho	Macapazinho	33	68,7834	Santa Izabel do Pará	ITERPA	13/05/2008		
Matias	Matias	45	1.424,6701	Cametá	ITERPA	13/05/2008		
Tipitinga	Tipitinga	27	633,4357	Santa Luzia do Pará	ITERPA	13/05/2008		
Laranjituba e África**	Laranjituba e África	-	1.108,1837	Moju	ITERPA	02/12/2008		
Samaúma	Samaúma	12	213,0550	Moju	ITERPA	02/12/2008		
Moju-Miri	Moju-Miri	28	878,6388	Moju	ITERPA	02/12/2008		
Ribeira do Jambu-Açu	Ribeira do Jambu-Açu	62	1.303,5089	Moju	ITERPA	02/12/2008		
Abacatal/Aurá**	Abacatal/Aurá	-	265,3472	Ananindeua	ITERPA	02/12/2008		
2º Distrito de Porto Grande	2º Distrito de Porto Grande, Mangabeira, São Benedito do Vizeu, Santo Antonio do Vizeu, Uxizal, Vizânia e Itabatinga	400	17.220,3792	Mocajuba	ITERPA	02/12/2008		
TOTAL	38 COMUNIDADES	1550						

*Comunidades que receberam titulos do ITERPA e do INCRA

**Comunidades cuja area territorial foi ampliada

Última Atualização: 02 de Dezembro de 2008

Fonte: ITERPA - CPE - Girolamo Domenico Treccani