



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
E BIOLÓGICAS
MESTRADO ACADÊMICO**

TAMARA SARAIVA DE ASSIS

**ENTEROPARASITOSES EM POPULAÇÃO REMANESCENTE
DE QUILOMBO DO SERTÃO PERNAMBUCANO**

PETROLINA – PE

2024

TAMARA SARAIVA DE ASSIS

**ENTEROPARASITOSES EM POPULAÇÃO REMANESCENTE
DE QUILOMBO DO SERTÃO PERNAMBUCANO**

Dissertação apresentada a Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, *Campus Sede* como requisito para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde e Biológicas.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Domingues de Faria

Coorientadora interna: Prof^a Margaret Olinda de Souza Carvalho e Lira

Coorientador externo: Prof. Dr. Diego César Nunes da Silva

PETROLINA – PE

2024

A848e	<p>Assis, Tamara Saraiva de Enteroparasitoses em população remanescente de quilombo do sertão pernambucano / Tamara Saraiva de Assis. - Petrolina, 2024. xxi, 132 f.: il.</p>
	<p>Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde e Biológicas) - Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina, Petrolina-PE, 2024.</p>
	<p>Orientador: Prof. Dr. Marcelo Domingues de Faria.</p>
	<p>Banca examinadora: José Carlos de Moura, Alexandre Franca Barreto.</p>
	<p>1. Doenças parasitárias. 2. Quilombolas - Sertão pernambucano. 3. Saneamento básico. 4. Saúde pública. I. Título. II. Faria, Marcelo Domingues de. III. Universidade Federal do Vale do São Francisco.</p>
	CDD 614.55

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PÓS-GRADUAÇÃO CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS**

FOLHA DE APROVAÇÃO

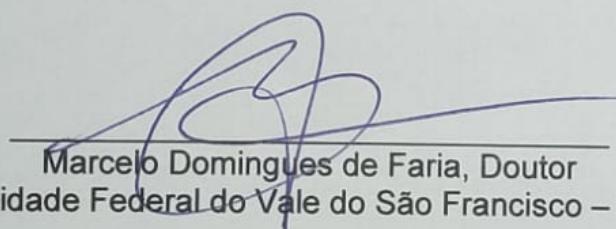
TAMARA SARAIVA DE ASSIS

ENTEROPARASITOSES EM POPULAÇÃO REMANESCENTE DE QUILOMBO DO
SERTÃO PERNAMBUCANO

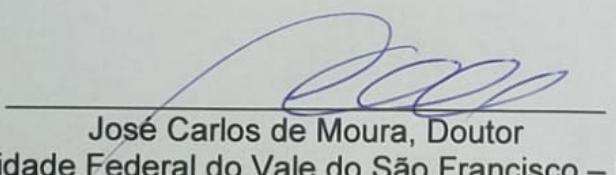
Dissertação apresentada como
requisito para obtenção do título de
Mestre em Ciências com ênfase na
linha de pesquisa: Saúde, Sociedade
e Ambiente, pela Universidade
Federal do Vale do São Francisco.

Aprovada em: 15 de março de 2024

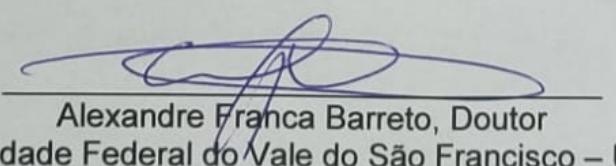
Banca Examinadora



Marcelo Domingues de Faria, Doutor
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univaf



José Carlos de Moura, Doutor
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univaf



Alexandre Franca Barreto, Doutor
Universidade Federal do Vale do São Francisco – Univaf

À todas as pessoas afrodescendentes.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela graça e por tremendo amor por mim. Obrigada pela força e determinação para não desistir, obrigada por aumentar a minha fé a cada dia e obrigada pelo fôlego, tanto para executar este trabalho, quanto para nadar e não surtar durante a fase final de escrita. Eu sei que sou teimosa, mas o Senhor é paciente e, enfim, eu enxerguei o meu caminho. Obrigada, Paizinho!

À mainha, pelo cuidado constante, pela cumplicidade, por toodos os detalhes, a citar as inúmeras vezes que foi comigo à noite e/ou aos finais de semana para o CCA; por, ao invés de descansar, ter escolhido ir dirigindo seu carro até o Território num domingo de madrugada, quando não tínhamos transporte da universidade disponível, para que a pesquisa não parasse. Se eu fosse mencionar todos os pontos, a dissertação seria composta apenas dos meus agradecimentos à senhora (e de lágrimas), seja para com este trabalho, seja para com o resto da minha vida. Mas não posso deixar de pontuar que tenho muito orgulho de ser filha da mulher que puxou a fila para o ensino superior na minha família materna. Hoje, sou a primeira neta com graduação e, com este trabalho, alcanço o título de mestre. Não sei se teria ido além sem sua influência. Como dizem os meninos do Afya, a senhora é um ícone. E é mesmo!

À minha família, pelo amplo apoio, nem que fosse com um olhar de empatia diante do cansaço. À minha sobrinha Maria Clara, especialmente pelas massagens e pelo socorro nos perrengues tecnológicos. À minha sobrinha Maria Luísa, por colaborar diretamente na organização do material de coleta e dos dados; pela pintura mais especial e amorosa que eu já pude compreender, a qual tornou-se a logomarca do que deixou de ser um projeto de mestrado e tornou-se o Projeto Afya.

Às pessoas que insistiram em mandar o edital do PPGCSB para mim, principalmente Araúna, prof Diego e Danilo Rosa. Viram no que deu? (Risos).

À Raisa, pelo "se jogue", antes mesmo de tudo começar e por, junto com Araúna, acompanhar a jornada e vibrar por mim. E como eu amei poder atualizar vocês sobre cada passo dado!

Às minhas "Maluvidas": Leidi, Maiara, Meliza e Ceila (agora, com nosso maluvidinho José nos braços), por, mesmo diante da rotina doida de cada uma, torcerem por mim e comemorarem comigo. Ter vocês comigo, desde a época da escola, é alento.

À Ellen, Raquel e Erika, pelo que construímos na graduação. Escolher permanecer depois do fim foi a melhor coisa que fizemos. Vocês me dão força. Raquel, obrigada por me acalmar durante a análise estatística deste trabalho!

À Victor Brito, por tudo. "Tudo" envolve muita coisa (você acredita mais em mim do que eu!), mas cabe mencionar aqui as vezes que você improvisou comigo as idas ao Território porque não tinha transporte disponível e as vezes em que você foi de madrugada buscar/deixar alguém da equipe em casa. Também agradeço pelos mimos recebidos durante a finalização da escrita. Deus é bondoso demais comigo e trouxe sua amizade!

Aos meus meninos do Projeto Afya, independentemente do tempo de participação de cada um, Marcio, Laira, Ana Izadora, Danilo, Bruno, Jefferson, Jéssica Valéria, Jéssica Laís, Vinícius, Carol, Mariana, Hillary e Filipe, por formarem comigo um grupo tão bonito e tão rico. Obrigada por confiarem em mim, pelo respeito e dedicação ao nosso trabalho, obrigada pelos dias, noites, madrugadas, finais de semana e feriados juntos no processamento das amostras. Obrigada pela companhia em cada uma das dezesseis viagens, obrigada pela colaboração de cada um no preenchimento da "planilha finita que parece infinita", obrigada por todos os momentos de descontração, pelo elo criado. Com lágrimas nos olhos e com o coração quentinho, tia Tam (porque sou nova demais pra ser a mãe que vocês acham que eu sou- risos) tem muito orgulho de vocês e deseja todo sucesso do mundo. Formamos uma família muito bonita, nossa troca me deixa muito feliz e fortalece o que eu acredito sobre boas relações!

À Thaís, "pela parceria no trabalho, mas, principalmente, na vida". Os detalhes de Deus são surpreendentes e indiscutíveis. Ter você mais perto faz parte desses detalhes e eu só consigo agradecer! Obrigada por me apresentar, de maneira mais íntima, à Nossa Senhora Desatadora dos Nós e por me presentear com uma imagem dela. Obrigada, também, pela ajuda na missão de botar esses meninos no eixo (risos!) e por ser a pessoa que fez com que eu não tivesse mais tanta aversão pela Genética. A melhor didática da área! (E tudo o que o LAMIL precisava). Ah! E obrigada pela ajuda com o PowerPoint! Me acompanha em mais uma bebida?!

Aos colaboradores técnicos Marta e Fernando, por todo empenho em contribuir com o Afya. Vocês aprimoraram o estudo e ensinaram muita coisa importante, sempre com um sorriso no rosto! Obrigada por tudo!

Ao professor José Hermógenes, pela indispensável colaboração. Muito obrigada por sempre responder às minhas mensagens com a atenção e boa vontade de sempre!

À professora Margaret, pelas contribuições fundamentais. A senhora tem uma calma admirável.

Ao professor Diego, pelo presente que foi este trabalho para mim. Foi contigo que aprendi a dar retorno à sociedade sobre o que aprendi na academia e, com este trabalho, tive a possibilidade de botar em prática. Muito obrigada por estar comigo desde a graduação. Obrigada por enxergar a capacidade que eu nem sabia que tinha, por confiar em mim, pelas orientações, pela paciência (muita!), pelas caronas, pelo senso de humor, pelas conversas (hoooooraaaas), conselhos, risadas e pelas cápsulas de café. Obrigada por estabelecer a experiência mais louca e importante da minha vida! Obrigada por ser tão humano e por proporcionar um vínculo tão tranquilo e forte com seus orientados.

Ao professor Marcelo, por aceitar conduzir minha orientação. Receber seu sim, lá no início, significou muito. Sem me conhecer, o senhor me acolheu. Ter o seu acompanhamento e receber suas orientações tem sido um privilégio. Sempre muito educado, solícito e de bom humor, também é inspiração de como se comunicar. O senhor fez com que eu quisesse ser melhor a cada dia, inicialmente porque eu queria fazer valer a pena a oportunidade concedida, depois porque me vi num ambiente fértil, seguro e confortável. Ouvir frases como "Não tenha receio!" ou "menina, não se diminua!", ou até mesmo receber os melhores feedbacks, fez total diferença na minha evolução. Obrigada por confiar em mim quando, muitas vezes, nem eu confio. Muito obrigada por segurar a minha mão! Obrigada por ser leve, paciente, nobre e divertido. São características que nos deixam à vontade diante do gigante que o senhor é.

Deus me presenteou com os melhores pais científicos que eu poderia ter: professor Diego e professor Marcelo. Com vocês, eu pude mergulhar de cabeça no caminho que mais me dava medo. Com vocês, eu pude me encontrar e me realizar, eu pude ser eu mesma e recebi o melhor possível. Graças a vocês, eu dei aulas teóricas e práticas, apliquei provas, orientei, participei de bancas avaliadoras, palestrei, fiz relatórios importantes, ministrei minicursos e capacitações. Graças a

vocês, eu publiquei (não sozinha, óbvio) vários trabalhos e vivi a alegria de receber várias menções honrosas. Graças a vocês, eu pude administrar o que virou o Afya e isso inclui ser do RH, ser do financeiro, tomar decisões, mas também inclui aprender a pedir ajuda e a delegar funções. Graças a vocês, eu pude ser multi, mas a parte da estatística, como eu gostaria, vou ficar devendo, por enquanto (risos). Obrigada por escolherem me atender, também, nos momentos que deveriam ser de descanso. Obrigada por compreenderem que não me resumo ao Transtorno de Ansiedade Generalizada e ao Transtorno de Déficit de Atenção e, sobretudo, por me mostrarem isso! Nada é coincidência, nada é por acaso. Tinha que ser com vocês. Deus, obrigada!

À minha querida psicóloga, Dra Elayne Negreiros, pelo indispensável suporte no cuidado com as minhas questões. Obrigada por vibrar comigo em todos os setores da minha vida.

Ao meu estimado psiquiatra, Dr Joaquim Freire, por inúmeros pontos, a citar o "vamos dobrar a dose?!" (risosss) e o "você não pode deixar de fazer atividade física! Como está a alimentação? E o sono? Tá dormindo direito?" (Elayne e o senhor combinaram de fazer os mesmos questionamentos? Rsrs).

À propósito, humildemente, devo agradecer à alguém, em especial: eu mesma. Foram inúmeras lutas internas, muitas lágrimas derramadas, cansaço, dores no corpo... Foi um período de muito empenho e abdicações. Mesmo com tanto medo e insegurança, você conseguiu seguir e ver a beleza do caminho. Absolutamente intensa, doou 200% de si com amor, humor, frio na barriga e totalmente apaixonada por cada fase. Nunca foi "apenas" um mestrado. Foi a oportunidade de, de fato, se perceber realizada com o que faz; de, mesmo com toda sensibilidade inerente (e graças a ela), conseguir contribuir com a formação de pessoas que estavam junto com você da forma mais humana possível (e isso inclui errar). Obrigada por, lá em 2020, ter-se perguntado "e se eu fizer um mestrado?". Foi o start para sua vida voltar a acontecer.

Aos motoristas da UNIVASF, em especial à pessoa de Seu Assis, por abraçarem o trabalho e se divertirem conosco em cada ida ao Território. Meu humor pede para dizer que, sem vocês, nós não teríamos ido a lugar algum.

À tia Célia, por se fazer ponte com a prefeitura de Juazeiro, onde conseguimos mais apoio de transporte para as idas ao Território.

À todas as pessoas que adquiriram a rifa em prol do transporte para que fosse possível continuar a pesquisa. Meu muito obrigada, também, a quem me ajudou a estruturar a rifa, com os prêmios, logística, divulgação e vendas.

Aos líderes do Território Quilombola Águas do Velho Chico, por permitirem a realização deste trabalho. Aprendi tanto com nossas conversas! Ouvir a sabedoria (e os cordéis!!!!) de Senhorinha é e sempre será um momento de paz e de mudança da percepção que a gente tem da vida; ouvir a história política de Jacielma, enquanto mulher quilombola, inspira; ser acolhida por Alexandre, Joabe, Isaías e dona Maria de Fátima com tanto entusiasmo motiva e faz a gente querer voltar sempre. Conhecer as histórias do Território, desde a sua origem, foi maravilhoso!

À população do Território, por confiarem em nós, por toda colaboração, pelo aconchego das dormidas, pela comida (!!!), por sempre nos receberem de braços abertos e com tamanha hospitalidade. Tenho um carinho muito grande pelo que vivi com vocês. Cada olhar, cada sorriso significa muito.

À Paulina, por ser uma assistente administrativa tão prestativa! Obrigada por buscar atender da melhor maneira e pela paciência de sempre; foram muitos e-mails (risos!).

Aos meus colegas de turma, especialmente Karla, pela companhia durante a jornada.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e Biológicas.

À Universidade Federal do Vale do São Francisco.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

À CAPES, ao CNPq e à FACEPE, pelo fomento.

"Só não esqueça de levar para voar quem te ajudou a criar asas".

(Autor desconhecido).

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Sementes Quilombolas

*O Território Velho Chico
É rico em diversidades
Ele foi construído
Por cinco comunidades
É um poço de memória
Lugar de muitas histórias
De nossa ancestralidade.*

*A força dessa semente
Vem da luta feminina
Começou com as Marias
Descendentes heroínas
É quebrando preconceitos
Que lutamos por direitos
E seguimos nessa rima.*

*Tem que se falar
Em casa e nas escolas
Nos mobilizamos
Em mostrar a nossa história
Nossos direitos
Todos têm de conhecer
Conta comigo
E euuento com você!*

*Chega dessa história
De achar que é normal
Tirar a nossa vida
É notícia em jornal
O teu preconceito
Não enxerga a minha dor?
Chega de tortura!
De regime opressor!*

*Sou negra sim
Sou quilombola
Não aceito preconceito
Não estou pedindo
Eu exijo mais respeito
Vejo na televisão
O racismo escancarado
Quero cadeia pra sujeito ultrapassado.*

*Aqualtune e Dandara
São exemplos de bravura
Guerrearam em Palmares
Contra toda escravatura
Deixaram-nos esse legado
Como forma de recado
Para as gerações futuras.
Temos que despertar
Os currículos das escolas
Os livros tem que mostrar
As mulheres quilombolas
O nosso protagonismo
É arma contra o racismo
E ações escravatórias.*

*Anastácia e Acotirene
E Tereza de Benguela
Recebam os agradecimentos das
Mulheres Quilombolas
É preciso aquilombar
Os espaços ocupar
E honrar o nome delas.*

*A nossa sociedade
Precisa de formação
Do campo até a cidade
Não podemos esquecer não
Que a prática do racismo
Trouxe grandes prejuízos
Pra nossa população.*

*Sou negra sim
Sou quilombola
E sei bem do meu papel
Vim deixar o meu recado
Através deste cordel
A nossa literatura
Faz tremer as estruturas
Como vento carrossel.*

*Vou ficando por aqui
Agradeço a atenção
Unidas somos mais fortes
Contra toda opressão
Quebraremos as correntes
Plantando novas sementes
No terreiro do sertão.*

(Maria Senhora Gomes
Mulher quilombola, professora e cordelista.
Comunidade Mata de São José
Orocó-PE)

RESUMO

Estudos sobre Povos Remanescentes de Quilombo mostram um cenário marcado pela marginalização socioeconômica, precárias condições de vida e de saúde e sem políticas públicas bem estabelecidas para atender à estas pessoas. As enteroparasitoses estão entre as doenças infecciosas de maior prevalência no mundo. Ocorrem comumente de forma despercebida e costumam ter diagnóstico tardio. Logo, as condições em que essas populações se encontram reúnem elementos sociais, econômicos, ambientais e culturais que influenciam fortemente na propagação dessas doenças. Este trabalho objetivou estimar a prevalência de enteroparasitoses em adultos do Território Quilombola Águas do Velho Chico, em Orocó (PE). Trata-se de um recorte de pesquisa maior, intitulada: "A saúde do Território Quilombola Águas do Velho Chico, no município de Orocó, Pernambuco, Brasil". Para a realização do trabalho, os participantes assinaram o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) e responderam ao questionário socioeconômico de demográfico. Foram realizados exames coproparasitológicos com o método de sedimentação espontânea para a análise das amostras. Cada participante foi orientado a realizar três coletas de amostras fecais em dias alternados. As amostras foram conservadas em formol à 10% e analisadas no Laboratório de Microscopia e Lupas do Campus Ciências Agrárias da Universidade Federal do Vale do São Francisco. No universo de 251 participantes, 77 apresentaram amostras positivas, ou seja, prevalência de 30,6% para enteroparasitoses. Contudo, apenas foram identificados protozoários, sendo *Entamoeba histolytica/Entamoeba dispar* (14,7%, n=37) o único parasito considerado patogênico ao ser humano. Também foram identificadas as espécies comensais (n=40) e não-patogênicas *Entamoeba coli*; *Iodamoeba butschlii* e *Endolimax nana*. O teste Qui-Quadrado revelou associação significativa tanto entre o resultado dos exames parasitológicos e o grau de escolaridade, quanto entre o resultado dos exames e a quantidade de cômodos das residências dos participantes da pesquisa. Pessoas com maior grau de escolaridade podem ter maior acesso a informações sobre saúde e higiene. A quantidade de cômodos pode estar relacionada ao resultado dos exames parasitológicos, indicando possíveis fatores associados à transmissão ou exposição aos parasitos, que podem variar conforme as condições de moradia. Este estudo evidenciou a necessidade de implementar medidas de Educação em Saúde, especialmente entre aqueles com menor grau de escolaridade, sobre os modos de transmissão das enteroparasitoses. Ações educativas direcionadas a esse grupo podem ser benéficas para melhorar o entendimento sobre prevenção e controle dessas doenças.

Palavras-chave: Doenças Parasitárias; Saneamento Básico; Meio Ambiente e Saúde Pública; Saúde das Minorias Étnicas; Brasil.

ABSTRACT

Studies on Quilombo Remaining Peoples show a scenario marked by socioeconomic marginalization, precarious living and health conditions and no well-established public policies to serve these people. Intestinal parasites are among the most prevalent infectious diseases in the world. They commonly occur unnoticed and are usually diagnosed late. Therefore, the conditions in which these populations find themselves bring together social, economic, environmental and cultural elements that strongly influence the spread of these diseases. This work aimed to estimate the prevalence of intestinal parasites in adults in the Quilombola Territory Águas do Velho Chico, in Orocó (PE). This is a part of a larger research, entitled: "The health of the Quilombola Territory Águas do Velho Chico, in the municipality of Orocó, Pernambuco, Brazil". Coproparasitological examinations were carried out using the spontaneous sedimentation method to analyze the samples. Each participant was instructed to collect three fecal samples on alternate days. The samples were preserved in 10% formaldehyde and analyzed at the Microscopy and Magnifying Glass Laboratory of the Agricultural Sciences Campus of the Federal University of Vale do São Francisco. In the universe of 251 participants, 77 presented positive samples, that is, a prevalence of 30.6% for enteroparasitosis. However, only protozoa were identified, with *Entamoeba histolytica/Entamoeba* mismatch (14.7%, n=37) being the only parasite considered pathogenic to humans. The commensal (n=40) and non-pathogenic species *Entamoeba coli* were also identified; *Iodamoeba butschlii* and *Endolimax nana*. Chi-Square test revealed a significant association both between the results of the parasitological tests and the level of education, and between the results of the tests and the number of rooms in the homes of the research participants. People with a higher level of education may have greater access to information about health and hygiene. The number of rooms may be related to the results of parasitological tests, indicating possible factors associated with transmission or exposure to parasites, which may vary depending on living conditions. This study highlighted the need to implement Health Education measures, especially among those with a lower level of education, regarding the modes of transmission of intestinal parasites. Educational actions aimed at this group can be beneficial to improve understanding about prevention and control of these diseases.

Keywords: Parasitic Diseases; Basic Sanitation; Environment and Public Health, Health of Ethnic Minorities; Brazil.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<u>Figura 1 - Representação esquemática da tríade epidemiológica, com fatores relacionados a cada elemento listados.</u>	37
<u>Figura 2 - Ciclo de vida biológico e interação parasitária humana de <i>Giardia lamblia</i>.</u>	40
<u>Figura 3 - Ciclo de vida biológico e interação parasitária humana de <i>Entamoeba histolytica</i>.</u>	42
<u>Figura 4 - Ciclo de vida biológico e interação parasitária humana de <i>A. lumbricoides</i>.</u>	45
<u>Figura 5 - Ciclo de vida biológico e interação parasitária humana de <i>T. trichiura</i>.</u>	46
<u>Figura 6 - Ciclo de vida biológico e interação parasitária humana de <i>Ancylostoma spp.</i></u>	48
<u>Figura 7 - Ciclo de vida biológico e interação parasitária humana de <i>E. vermicularis</i>.</u>	49
<u>Figura 8 - Localização do município de Orocó no estado de Pernambuco.</u>	53
<u>Figura 9 - Sensibilização e cadastramento de voluntários da pesquisa. A) Apresentação do projeto; B) cadastramento, orientação ao voluntário e entrega do kit de coleta contendo coletores universais, folhas limpas de papel e orientação ao paciente.</u>	55
<u>Figura 10 - Método de Hoffman. A) Utilização de um cálice de sedimentação e um coletor que contém a amostra; B) Retirada de 2g da amostra e transferência para um copo plástico; C) Maceração do material fecal; D) Filtração da amostra utilizando gaze cirúrgica dobrada em quatro; E) Sedimentação da amostra filtrada; F) Adição do corante lugol ao sedimento em uma lâmina para posterior análise em um microscópio biológico.</u>	57
<u>Figura 11 - Protozoários presentes nas amostras examinadas em microscopia óptica. A) cisto de <i>Entamoeba coli</i> apresentando 7 núcleos; B) cisto de <i>Entamoeba histolytica/dispar</i> apresentando um núcleo; C) cistos de <i>Iodamoeba butschlii</i> com a presença distal do vacúolo de glicogênio; D) cisto de <i>Endolimax nana</i>.</u>	69
<u>Figura 12 – Ações de Educação em Saúde. A e B) Explanação sobre parasitoses.</u>	77
<u>Figura 13 – Ações de Educação em Saúde. A) Visualização de estruturas parasitárias ao microscópio óptico; B) Visualização parasitos e vetores à olho nu.</u>	78

LISTA DE TABELAS

<u>Tabela 1 - Características gerais dos 251 voluntários da pesquisa, residentes no Território Quilombola Águas do velho Chico, Orocó-PE.</u>	60
<u>Tabela 2 - Caracterização do grau de escolaridade dos entrevistados.</u>	62
<u>Tabela 3 - Características laborais dos participantes da pesquisa.</u>	63
<u>Tabela 4 - Caracterização de 251 unidades domiciliares do Território Quilombola Águas do Velho Chico, Orocó-PE.</u>	65
<u>Tabela 5 - Caracterização das condições do saneamento básico do Território Quilombola Águas do Velho Chico, Orocó-PE.</u>	66
<u>Tabela 6 - Tipo de relação com o hospedeiro e prevalência de espécies encontradas.</u>	69
<u>Tabela 7 - Prevalência das espécies encontradas nas amostras.</u>	70
<u>Tabela 8 – Crosstab entre resultado dos exames parasitológicos, positivo ou negativo, x aspectos socioeconômicos e ambientais entre indivíduos residentes no local de estudo.</u>	72
<u>Tabela 9 – Descrição da associação entre as variáveis ter feito exames de fezes, ter tomado antiparasitário e grau de escolaridade dos entrevistados.</u>	75
<u>Tabela 10 - Respostas dos participantes quanto ao sexo, idade, cor da pele, situação do domicílio, tipo de construção, telhado, quantidade de cômodos, quantidade de dormitórios, água canalizada, abastecimento de água, tratamento de água, banheiro e escoadouro.</u>	109
<u>Tabela 11 - Respostas dos participantes quanto ao destino do lixo, grau de escolaridade, sabe ler e escrever, ocupação, tipo de trabalho, setor de trabalho, renda, acesso ao SUS, cadastro do domicílio em UBS e última ida ao médico.</u>	115
<u>Tabela 12 - Respostas dos participantes para se já fez exame de fezes, se já teve parasitose, se sabe como contrai parasitoses e se já tomou antiparasitário na vida.</u>	

LISTA DE ABREVIATURAS

AB ÁGUA	Abastecimento de água
ABM	Abaixo de meio salário
AGRI	Agricultor
ÁGUA CAN	Água canalizada
<i>A. lumbricoides</i>	<i>Ascaris lumbricoides</i>
ALVN	Alvenaria
AUT	Autônomo
A1S	Acima de um salário
BANH	Banheiro
BRAN	Branca
C LAJ	Com laje
CM CONTRAI	Como contrai
CMDS	Cômodos
COMR	Comerciante
CONST	Construção
DORMS	Dormitórios
<i>E. coli</i>	<i>Entamoeba coli</i>
<i>E. dispar</i>	<i>Entamoeba dispar</i>
<i>E. histolytica</i>	<i>Entamoeba histolytica</i>
EJA	Educação para Jovens e Adultos
EMP	Empregado
ESC	Escoadouro
ESCOL	Escolaridade
<i>E. vermicularis</i>	<i>Enterobius vermicularis</i>
EXM FEZES	Exame de Fezes
F	Feminino
FILT	Filtrada
FR	Fossa rudimentar
FS	Fossa séptica
FUND I	Fundamental I

FUND II	Fundamental II
ID	Identificação
IND	Indígena
M	Masculino
MEDIC	Médico
NEG	Negativo
NHM	Nenhum
OCUP	Ocupação
OUT	Outro
PAGN	Pagando
PARD	Parda
POS	Positivo
PRET	Preta
PRI	Privado
PRO	Próprio
PUB	Público
QUEI	Queimado
RES	Resultado do exame
RG	Rede Geral
S LAJ	Sem laje
S TRAT	Sem tratamento
SERV GERAIS	Serviços gerais
SEX	Sexo
SIT	Situação
SUP	Superior
SUS	Sistema Público de Saúde
TRAB	Trabalho
TRAT ÁGUA	Tratamento de água
TELH	Telhado
TOMOU ANTI	Tomou antiparasitário
<i>T. trichiura</i>	<i>Trichuris Trichiura</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde

1S+	Mais de um salário mínimo
- 1 ANO	Menos de um ano
+2 ANOS	Mais de dois anos
+3 ANOS	Mais de três anos

LISTA DE SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação e Apreciação Ética
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CHS	Ciências Sociais e Humanas
CONAC	Coordenação Nacional de Articulação de Quilombos
CRISP	Comissão Pró-Índio de São Paulo
FIS	Faculdade de Integração do Sertão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PQB	Programa Brasil Quilombola
RCLE	Registro de Consentimento Livre e Esclarecido
SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas de Promoção à Igualdade Racial

SUMÁRIO

1	<u>INTRODUÇÃO</u>	23
2	<u>REFERENCIAL TEÓRICO</u>	25
2.1	<u>COMUNIDADES QUILOMBOLAS</u>	25
2.2	<u>DECOLONIALIDADE E POVOS QUILOMBOLAS</u>	27
2.3	<u>INQUÍDIDADES NAS CONDIÇÕES DE VIDA DE POVOS REMANESCENTES DE QUILOMBO</u>	29
2.4	<u>FATORES ASSOCIADOS À INFECÇÃO PARASITÁRIA EM COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBO</u>	32
2.5	<u>PARASITOSES INTESTINAIS</u>	35
2.5.1	<u><i>Giardíase</i></u>	38
2.5.2	<u><i>Amebíase</i></u>	40
2.5.3	<u><i>Ascaridíase</i></u>	43
2.5.4	<u><i>Tricuríase</i></u>	45
2.5.5	<u><i>Ancilostomíase</i></u>	47
2.5.6	<u><i>Enterobíase</i></u>	49
3	<u>OBJETIVOS</u>	51
3.1	<u>OBJETIVO GERAL</u>	51
3.2	<u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u>	51
4	<u>MATERIAIS E MÉTODOS</u>	52
4.1	<u>ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS</u>	52
4.2	<u>POPULAÇÃO, LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO</u>	53
4.3	<u>SENSIBILIZAÇÃO E DELINEAMENTO PARA COLETA DE DADOS E AMOSTRAS</u>	54
4.4	<u>QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO</u>	54
4.5	<u>COLETA DE AMOSTRAS FECais</u>	55
4.6	<u>ANÁLISES COPROPARASITOLÓGICAS</u>	55
4.7	<u>LIBERAÇÃO DOS LAUDOS LABORATORIAIS</u>	58
4.8	<u>AÇÕES EDUCATIVAS</u>	58
4.9	<u>ESTUDO PILOTO</u>	58
4.10	<u>ANÁLISE DE DADOS</u>	59
5	<u>RESULTADOS E DISCUSSÃO</u>	60
5.1	<u>INQUÉRITO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO</u>	60

<u>5.1.1 Grau de escolaridade</u>	61
<u>5.1.2 Características laborais</u>	63
<u>5.1.3 Características estruturais e sanitárias do domicílio</u>	65
<u>5.2 INQUÉRITO ENTEROPARASITOLÓGICO</u>	69
<u>5.2.1 Fatores que contribuem para infecção parasitária</u>	71
<u>5.2.2 Ações de Educação em Saúde</u>	76
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO	95
APÊNDICE B – FORMULÁRIO DO VOLUNTÁRIO	103
APÊNDICE C – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.	104
APÊNDICE D – LAUDO COPROPARASITOLÓGICO	107
APÊNDICE E – CARTILHA EDUCATIVA	108
APÊNDICE F – RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES	109
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	128
ANEXO B - COMPROVANTE DE CADASTRO SISGEN	129

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história, os atributos autênticos dos indivíduos de ascendência africana foram considerados inadequados e abaixo do padrão, levando à supressão dos seus costumes e crenças. Isto deu origem à perpetuação de uma hierarquia racial, onde estes indivíduos, entre outros grupos marginalizados, foram relegados à margem da sociedade. No domínio dos cuidados de saúde, o racismo institucional persiste através de estruturas de dominação prevalecentes, favorecendo certos pacientes em detrimento de outros e resultando numa falta de preocupação com estes últimos. (Silva, 2017; Teles *et al.*, 2020).

Conforme afirma o artigo 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), a garantia da saúde é uma obrigação das políticas sociais e econômicas. Estas políticas visam reduzir a prevalência de doenças e outros problemas de saúde e proporcionar acesso universal e equitativo aos cuidados de saúde. Apesar disto, como afirma Almeida *et al.* (2019), determinadas populações brasileiras, como aquelas que residem em comunidades quilombolas, vivenciam a falta de atenção dos serviços públicos de saúde devido às precárias condições de vida em que estão situadas.

Apesar dos avanços decorrentes do Programa Brasil Quilombola (PQB), as comunidades que ele pretende atender continuam suscetíveis à fragilidade. A literatura ilustra que estas comunidades ainda têm um longo caminho a percorrer em termos de acesso às políticas públicas e sociais (Brandão; Jorge; Dalt, 2016; Teles, 2020). A sua vulnerabilidade é demonstrada pelo seu rendimento, recursos de habitação, saúde, educação e outros fatores que impedem o seu progresso. A dinâmica de exclusão é resultado de numerosos elementos, incluindo acontecimentos históricos, etnia, gênero, orientação sexual e localização geográfica (Pizzio, 2010; Monteiro, 2011; Carmo; Guizardi, 2018).

No que diz respeito à promoção da saúde nas comunidades quilombolas, verifica-se que os serviços de atenção primária oferecidos não atendem de maneira aceitável às suas necessidades específicas (Cardoso; Melo; Freitas, 2018). Lima *et al.* (2019) afirmaram que um sistema robusto de cuidados de saúde primários, estreitamente coordenado com outros setores de serviços públicos, conduz a efeitos

positivos, melhorando, em última análise, a saúde geral da população. Isto se deve à sua capacidade de detectar doenças de maneira precoce.

As populações tradicionais ou de interesse especial, como os remanescentes de quilombos, apresentam deficiências relacionadas ao saneamento ambiental, em especial quanto ao acesso à água tratada, destino de resíduos sólidos e esgotamento sanitário (coleta e tratamento de esgoto), o que contribui com a manutenção de altas prevalências de doenças, inclusive as parasitoses intestinais (Cabral-Miranda; Dattoli; Dias-Lima, 2010, Mineiro Targa *et al.*, 2023).

As enteroparasitoses, por serem patologias que comumente ocorrem de forma despercebida, costumam ser de diagnóstico tardio e terapêutica desajustada, o que complica a prevenção. Logo, as condições em que os países em desenvolvimento se encontram reúnem elementos sociais, econômicos, ambientais e culturais que influenciam fortemente na propagação dessas doenças (Antunes *et al.*, 2020).

Os protozoários de importância médica são organismos microscópicos que podem causar doenças em humanos. Entre os principais protozoários estão *Entamoeba histolytica* (Shaudinn, 1093) /*dispar* (Brumpt, 1925) e *Giardia duodenalis* (Kunstler, 1882). Dentre os helmintos, as espécies predominantes incluem *Ascaris lumbricoides* (Linnaeus, 1750), *Trichuris trichiura* (Goeze, 1782), *Ancylostoma duodenale* (Dubini, 1843), *Necator americanus* (Stiles, 1902), *Strongyloides stercoralis* (Bavay, 1876), *Enterobius vermicularis* (Linnaeus, 1758) e *Schistosoma mansoni* (Sambon, 1907) (Bacelar *et al.*, 2018).

Devido à maior prevalência dos fatores de risco para enteroparasitos citados anteriormente, as comunidades remanescentes de quilombo do Brasil, situam-se em zona de maior vulnerabilidade (CONAQ, 1996). Assim, pesquisas nessas populações são essenciais para determinar o estado de resposta das comunidades às infecções por enteroparasitos, bem como os fatores de risco a que estão expostas. Esses estudos também produzem dados que possibilitam o desenvolvimento de estratégias de tratamento e prevenção das doenças.

Diante do exposto, a enteroparasiologia do Território Quilombola Águas do Velho Chico, situado no município de Orocó, Estado de Pernambuco, Brasil, é crucial para intervir precocemente, uma vez que, de acordo com Silva (2015), a maior dificuldade vivenciada pelos membros dessas comunidades é o acesso à saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil posiciona-se como o segundo país do planeta com a maior população parda e preta, ficando a Nigéria com o primeiro lugar. Desse modo, segundo o censo de 2022, o Brasil constituía-se de cerca de 97 milhões de pessoas negras afrodescendentes que condiziam com aproximadamente 55,5% da população (IBGE, 2022). Diante desse contexto, no que se refere às desigualdades étnico-raciais ressalta-se as condições dos povos quilombolas em virtude de serem agrupamentos que se encontram em vulnerabilidade social, igualmente oriundos de um decurso histórico de desapropriação de direitos e aspectos culturais, os quais repercutiram negativamente nos indicadores de saúde dos mesmos (Bezerra *et al.*, 2013, Do Carmo, 2021).

De acordo com Munanga (1996), a etimologia da palavra quilombola é definida a partir de povos de linguagem *bantu*, advindos da África Central, entre os séculos VI e VII. Esta linguagem é a base que une diversos grupos, como os Lunda, os Mundu, entre outros, que tiveram origem em Angola e na atual República Dominicana do Congo. Estes povos africanos são parte dos grupos que foram utilizados como mão de obra escrava no Brasil (Xavier Filho, 2020).

O termo quilombola reflete a força contrária à imposição, durante regime escravocrata, por meio de fuga e de organização de instalações distantes e seguras o suficiente, o quilombo (Furtado; Pedroza; Alves, 2014). Estes acampamentos de difícil acesso se caracterizam como sociedades, com cultura, costumes e valores distintos (Arruti, 2009). Foi por meio dessas formas de protesto, mostrando-se resistentes, que esses indivíduos iniciaram as lutas na busca por direitos e revitalizaram sua identidade (Nascimento; Batista; Nascimento, 2016). Reúnem elementos como princípios religiosos, ancestralidade africana e conjuntura política, social e linguística comuns às comunidades (Andrade; Trecanni, 2000).

Tais particularidades dessas comunidades englobam entre si fundamentos diversos e plurais, estes que somam seu histórico, sua tradição e cultura, que as definem como populações remanescentes de quilombo (Souza, 2008). A estruturação dos quilombolas traduz uma estratégia de sobrevivência histórica e cultural, o que representa uma forma de garantia da dignidade e da liberdade dos afrodescendentes no Brasil, que buscam conviver, assim, com sua cultura tradicional (Carvalho, 2014).

Ao destrinchar a história desses povos, percebe-se que o reflexo do quilombo como refúgio e com ênfase de oposição ao sistema predominante da época, vem se reedificando ao longo do tempo com intuito de ratificar a luta de uma minoria étnica. Destaca-se que, na década de 1970, ocorreu uma ressignificação do conceito de quilombo visto que foi tido como parâmetro histórico essencial, transformando-se em um ícone no processo de construção e afirmação social, cultural, identitária e política do movimento negro no país. Deste modo, então, o quilombo se transformou, além de sinal de resistência, em símbolo de luta pela reiteração da herança afro-diaspórica e busca de um modelo nacional que potencialize a identidade étnica e cultural (Domingues; Gomes, 2013).

Datando-se de 1974, no Rio Grande do Sul, o grupo Palmares recomendou que, em 20 de novembro, fosse comemorado o Dia da Consciência Negra. Alegava-se que a incitação, progressivamente, dos sentidos desse dia foram se disseminando através de estudos, palestras, debates, ações escolares, entidades negras, instituições universitárias, imprensa e entidades político-partidárias. Assim, quilombo conquistou diversas semânticas, tais quais foram de: liberdade, resistência, solidariedade, insurgência, esperança de uma sociedade provida de igualdade, bem como sentido de povo negro (Silveira, 2003).

Lideranças e intelectuais afro-brasileiros destacaram que o quilombo foi o principal modelo de estruturação social e batalha política do negro pela liberdade. Os quilombos começaram a produzir uma agricultura variada, antagônica à monocultura e passaram a vender ou trocar por outros produtos com seus vizinhos, constituindo uma forma de intimidação à ordem da época (Silveira, 2003 *apud* Moura, 1983; Nascimento, 1985; Santos, 1985; Cardoso, 1983, 1986; Gonzalez, 1988).

Instaurada pelo regime militar, a política de desenvolvimento da agricultura favorecia o latifúndio e a monocultura abalando significativamente as comunidades quilombolas. Os conflitos por terra, no Brasil, aumentaram devido a esse enfoque

desenvolvimentista centrado no mercado e especulação latifundiária. Neste contexto, diversas comunidades quilombolas rurais perderam porções de seus territórios por meio de agressivos processos de expropriação o que contribuiu para a mobilização quilombola. Tais comunidades conversaram com distintas organizações, englobando as do movimento negro e campesino, partindo para a luta por seus direitos. As necessidades quilombolas foram revigoradas por meio de diversas reuniões e mobilizações que passaram a se notabilizar como “sujeito político” e como “sujeito de direito”, tanto em virtude do desejo de integrantes das comunidades quanto de mediadores externos (Fiabiani, 2007).

Comunidades negras rurais, entidades campesinas, pesquisadores, organizações antirracistas e parlamentares se empenharam durante a Assembleia Constituinte de 1988 em favor de um artigo constitucional que abordasse os direitos fundiários dos quilombolas. Tais enfrentamentos proporcionaram a aprovação de preceitos constitucionais que consagraram o artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, assegurando o direito à propriedade definitiva dos territórios habitados por todos os remanescentes de quilombos, descendentes de ex-escravos e aqueles que se identificam como tal, ficando a cargo do Estado a emissão do respectivo título (Cardoso, 2010).

Diante dos desdobramentos históricos, na atualidade, o conceito de quilombos se modificou, passando a se relacionar com a participação de grupos étnico-raciais a partir de métodos de autoatribuição, com associações específicas de territorialidade e com indícios de ancestralidade negra conectada com a resistência à coerção histórica e não absolutamente com ocupação efetuada em dado momento histórico ou a confirmação biológica da descendência. Esta concepção vigente de quilombo mostra uma evolução positiva no entendimento sobre essas comunidades, visto que assume a pluralidade e abundância na síntese dos mesmos, tanto na época da escravidão quanto depois da abolição (Santos; Silva, 2014).

2.2 DECOLONIALIDADE E POVOS QUILOMBOLAS

Os resultados da colonização afloram na contemporaneidade, sendo sentidas nas formas de desigualdades sociais, de gênero e étnico-racial. Predomina o cenário

de modernização conservadora derivada de alicerce colonial, este que fomenta o racismo de Estado em relação às populações e comunidades estigmatizadas e reprimidas, e englobam indígenas, negros, quilombolas, assentados, entre outros. Sob essa perspectiva, não se limitam a aspectos econômicos e políticos o vínculo de dominação e dependência entre centro e periferia, visto que englobam a confecção dos saberes, síntese de subjetividades políticas, cultura, dessemelhanças e violências (Silveira *et al.*, 2021).

Desse modo, infere-se que a forma de poder e subordinação da colonização vigoram através de técnicas do sistema-mundo capitalista colonial-moderno. Tal processo é designado de colonialidade, entendido como aquilo que vai além das especificidades do colonialismo histórico e que não se extingue com a descolonização. A colonialidade abarca três elementos correlatos: o do poder, do ser e do saber (Silva *et al.*, 2020).

A colonialidade do poder compreende uma forma de controle capitalista que se apoia na categorização racial global, na imposição do conhecimento eurocentrado, no monitoramento do trabalho e seus produtos, bem como no controle do sexo e seus produtos. Em contrapartida, a colonialidade do ser surge a partir do momento em que o poder e modo de pensar se transformam em artifícios de exclusão. Já, a colonialidade do saber trata-se da imposição da herança epistemológica do eurocentrismo que concomitantemente exclui, abstém ou diminui os conhecimentos e fazeres dos demais povos (Carvalho; Castilho, 2022).

Segundo Lugones (2014), existe ainda a colonialidade de gênero, visto que as mulheres negras sofreram particularidades das violências coloniais. A definição do referido termo consiste em entender a associação de situações que fizeram e ainda as fazem passar por outras maneiras de violência, coação e dominação, desde a escravização colonial até os tempos presentes. Sob a óptica da autora, discutir a respeito desse ramo de colonialidade é uma forma de depreciar a opressão de gênero com intuito de promover transformação nessa realidade.

Diante desse contexto, surge um movimento de pensamento decolonial que apresenta como ideia principal a probabilidade de refutar o ideal universalista do ocidente. Assim sendo, a decolonialidade abrange posicionamento, postura constante de mudanças, insurreições e transgressões que tornem possível a exteriorização da colonialidade, objetivando sua superação (Viana, 2019).

Nesse cenário, emergem movimentos sociais de resistência rurais e urbanos, os quais são formados por indivíduos que vivenciam a decolonialidade, visto que constroem conhecimento por meio de suas atividades, saberes e luta frente ao capital. Deste modo, eles se munem de conhecimento, utilizando-o como instrumento na batalha por equidade. No presente, tais sujeitos decoloniais realizam pesquisas para promover conhecimento, indagando teorias acadêmicas através de seus princípios identitários e pela análise da discriminação e segregação histórica os quais foram impostos, defrontando ambientes de poder (Costa, 2018).

Então, cabe ressaltar que os quilombolas foram, no período colonial e na modernidade, vítimas de exclusão e invisibilidade social. Assim sendo, devido ao processo histórico desses povos, eles se transformaram em ativistas situados no mapa político do país entre indígenas, favelas, sem-terra e universitários cotistas, ratificando as comunidades quilombolas como símbolos de resistência (Arruti, 2015).

Ademais, é de suma importância frisar que a evolução para a sociedade plural requer diálogo que proporcione a ruptura desse arranjo que sobrepõe os saberes brancos/europeus acima dos saberes negros. Para que haja, de fato, uma sociedade democrática, esta necessita propagar informações de real igualdade nas dissemelhanças, sem levar a padronização ou a desigualdade, de maneira que as distinções se tornem característica universal e não constituinte do universal, findando com a verdade absoluta dos saberes brancos/europeus, sem promover outras maneiras de hierarquia (Raposo *et al.*, 2021).

2.3 INIQUIDADES NAS CONDIÇÕES DE VIDA DE POVOS REMANESCENTES DE QUILOMBO

De acordo com o IBGE (2021), os indicadores sociais das condições de vida dos brasileiros reúnem informações amplas acerca de fatores relacionados à demografia, educação, renda, domicílio, saúde, entre outros, que representam formas de vivências das populações.

A conjuntura racial concedida aos grupos sociais atua diretamente na oferta desigual de serviços de saúde, assim como na causa da doença e da morte, dado que as condições de saúde estão ligadas ao modo de viver e de trabalhar destes

grupos (Santos; Silva, 2014). A partir de dados históricos de segregação e abuso, formaram-se determinantes sociais, econômicos e que apontam injustiças nas condições de vida e saúde, considerando a cor da pele (Romero; Maia; Musy, 2019), apesar da Ciência demonstrar que essa variedade de cor não implica em distinção biológica entre os sujeitos (Pearce *et al.*, 2004).

O cenário de segregação racial, abarcando todos os ramos da sociedade, é consequência do período escravocrata, somado a construção e manutenção de preconceitos e estereótipos raciais que certificam procedimentos discriminatórios a todo momento (Bento; Beghin, 2005). Foram 316 anos de sofrimento para os grupos afrodescendentes - um marco na história do Brasil e na sua invisibilidade social (Furtado; Pedroza; Alvez, 2014).

Logo, é confirmada a disparidade entre raças que foi estabelecida e que influencia a maneira de viver em fatores como educação, moradia, renda e demais situações de vida dos indivíduos. Assim, os indicadores sociais têm se constituído em marcadores da condição de vida de vários grupos sociais, especialmente da população negra, dado que esta compõe o grupo com níveis de educação, de saúde, de renda inferiores, sustentando-se em vulnerabilidade social e em situação de maior adoecimento (Heringer, 2002; Madeira; Gomes, 2018).

A região Nordeste apresenta 2196 Comunidades Remanescentes de Quilombos reconhecidas, estando 195 delas alocadas no interior do estado de Pernambuco (CPISP, 2022). A maioria delas foi constituída em áreas rurais ou periféricas, fato que remete ao contexto histórico de formação das primeiras comunidades à época da escravidão, de modo que houvesse isolamento para proteção na tentativa de viver de forma digna (Freitas *et al.*, 2011).

A exclusão social é um ponto crucial no entendimento do perfil de saúde dos povos remanescentes de quilombos (Bezerra *et al.*, 2014), destacando aspectos frágeis de habitação, saneamento, escolaridade, bem como o acesso aos serviços de saúde, entre outros contextos (Neves, 2021).

Em se tratando de educação, é um importante indicador de saúde visto que se associa a obtenção de condutas saudáveis e de capacidades para administrar possíveis doenças (Cruz, 2006). Segundo dados do IBGE (2022), a taxa de analfabetismo no referido ano era de 5,6%. Ao passo que somente 3,4% das pessoas analfabetas eram brancas, a população negra se constituía de 23,3%.

No quesito emprego, embora tenha ocorrido avanços nos últimos anos, em distintos espectros, a população negra continua em situação muito mais vulnerável em relação aos brancos. As pessoas negras se deparam com maiores desafios para ascender ao mercado de trabalho e, quando conquistam uma vaga, as condições de trabalho são diferenciadas, com posições mais precárias e salários inferiores. Ademais, as mulheres negras são ainda mais prejudicadas, visto que, no ano de 2009, ao passo que mulheres brancas detinham renda correspondentes a 55% da renda média dos homens brancos (para os homens negros esta porcentagem era de 53%), as mulheres negras tinham sua renda equivalente a pouco mais de 30% (Castro; Araújo, 2012, Campello *et al.*, 2018).

No concernente a pobreza, uma Pesquisa feita pela Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), no ano de 2012, identificou que 75,6% das famílias quilombolas brasileiras vivem em situação de extrema pobreza, e que 78% dependem de auxílios advindos de transferência direta de renda do governo federal (Araújo *et al.*, 2019).

No período entre 1995 e 2009, foi realizada uma pesquisa de cunho transversal de base populacional sobre 169 comunidades quilombolas. Tal estudo abrangeu as seguintes regiões: Centro-Oeste, 11,7% (Goiás, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso); Sudeste, 3,8% (Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo); Nordeste, 30,5% (Bahia, Maranhão, Pernambuco, Piauí e Sergipe); Norte, 53,8% (Amapá e Pará); e Sul, 0,3% (Rio Grande do Sul). Os resultados demonstraram que dominavam situações de precariedades nas comunidades constituintes de tais regiões em virtude das disparidades marcantes dos salários vigentes no período, visto que os quilombolas possuíam renda per capita familiar de R\$ 205,85, sendo que o salário-mínimo era de R\$ 888,00. Cabe ressaltar que 61% das famílias necessitavam da complementação financeira advinda do Programa Bolsa Família (PBF), bem como 31,4% informaram ter precisado de outras ajudas, como cestas básicas. O estudo revelou, também, que havia nas localidades analisadas condições degradantes de moradia, de esgotamento sanitário e água encanada que se faziam presentes em menos metade dos domicílios (BRASIL, 2013).

Em se tratando da temática supracitada, um estudo realizado no ano de 2011, de caráter quantitativo e censitário, a respeito da avaliação da situação de segurança alimentar e nutricional em comunidades quilombolas titulados nas grandes regiões do país (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste), mostrou

que a água encanada chega em 44,2% dos domicílios quilombolas. Destaca-se o baixo índice no Norte Maranhense (18,8%) e no Norte Semiárido (36,2%). O estudo enfatiza que, apesar dos baixos indicadores verificados, a região do semiárido está extensivamente amparada pelas cisternas do programa Água para Todos (Sardinha *et al.*, 2014).

O mesmo estudo abordou a questão do acesso à rede pública coletora de esgoto, demonstrando que este ainda é muito precário entre as comunidades quilombolas, visto que são disponibilizadas apenas em 0,8% das residências que foram analisadas. Na região Centro Sul, mesmo as comunidades estando mais próximas às regiões metropolitanas, a rede pública de esgoto engloba apenas 8,1% das casas. Constatou-se que ainda existe alta utilização da vala, escoamento em céu aberto (42,4%) e de fossas rudimentares (40,2%), principalmente na região do Baixo Amazonas, em que 87,9% dos domicílios ainda utilizam fossas (Sardinha *et al.*, 2014).

A epidemiologia de saúde do Brasil evidencia que os piores indicadores de morte decorrentes de causa evitáveis recaem sobre indivíduos negros, mulheres e indígenas, englobando a faixa etária de 40 a 69 anos. No aspecto de mortalidade materna, a exemplo da hipertensão própria da gravidez, comparando mulheres negras e pardas com as brancas, as primeiras têm 65,1% mais chances de vir a óbito. As crianças negras morrem mais por doenças infecciosas e desnutrição (Araújo, 2017).

Ademais, como acontece em muitos países, observa-se que há maior probabilidade de risco de morte por causas externas em indivíduos negros, bem como em relação a vitimização da violência urbana e dos casos de homicídios, sobretudo em jovens negros e com níveis de instrução mais baixos (Souza; Lima, 2006; Reichenheim *et al.*, 2011; Barbosa; Silva; Souza, 2021).

Os fatos mencionados revelam que, apesar de algumas mudanças, as comunidades quilombolas do país ainda vivenciam muitas iniquidades. As mesmas encontram-se em preocupante vulnerabilidade socioeconômica e depauperadas condições de saúde, ratificando que muito ainda precisa ser feito para a melhoria dessas populações. Assim, é preciso investir em mais pesquisas no intuito de identificar demandas desses povos e otimizar as políticas públicas voltadas à esta população.

1.1 FATORES ASSOCIADOS À INFECÇÃO PARASITÁRIA EM COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBO

Diante desse contexto, as características de cunho genético e fatores socioeconômicos decorrentes do processo histórico são responsáveis por influenciar a atual distribuição, frequência e causalidade das doenças que acometem a população brasileira afrodescendente. Assim sendo, a situação de pobreza e exclusão social favorecem o surgimento de doenças como verminoses, desnutrição, gastroenterites, tuberculose e outras infecções, bem como o alcoolismo. Além disto, é difícil o acesso a serviços de saúde para essa população sendo precários os mecanismos de diagnósticos e terapêuticos utilizados, o que geralmente produzem evolução e prognóstico piores às doenças que os afetam (Hamann; Tauil, 2001; Silva, 2015).

Pesquisas realizadas desde a década de 1990 relatam a elevada prevalência de infecções parasitárias intestinais em crianças, assentamentos irregulares, favelas e quilombolas. Deste modo, as precárias condições sanitárias observadas nas comunidades remanescentes de quilombo também são responsáveis pelo surgimento de doenças e agravos. Assim, tais situações atreladas às práticas de higiene pessoal e doméstica inadequadas, bem como a dificuldade de acesso a atendimento médico e informações sobre medidas profiláticas são os principais meios de transmissão das parasitoses. Além das consequências patológicas, as infecções podem influenciar o estado nutricional, função cognitiva e crescimento das crianças (Damazio *et al.*, 2013; Pires *et al.*, 2016; Neves, 2021).

Um estudo de ocorrência de parasitoses intestinais, realizado na comunidade quilombola de Monte Alegre, pertencente a zona rural de Cachoeiro de Itapemirim, no Espírito Santo, durante o ano de 2012, analisou amostra de 74 quilombolas, independente de idade ou sexo. O estudo indicou que, 30 (40,6%) dos 74 moradores da comunidade encontravam-se infectados com algum tipo de parasitose, sendo que a maior incidência se deu em indivíduos com menos de 21 anos. Tais resultados contribuem com alguns atributos relatados na literatura ao analisar que comunidades carentes destituídas de adequado saneamento básico se encontram mais suscetíveis a parasitoses, sejam elas advindas de helmintíases ou protozooses (Mendes *et al.*, 2016).

Da mesma forma, é importante frisar que o diagnóstico eficiente da situação social e de saúde da população negra demanda olhar para o crítico e persistente fato do racismo no país. Apesar de diversos avanços institucionais, o mesmo continua perseverando na sociedade em virtude do altíssimo nível de penetração na cultura brasileira. Diariamente, o racismo se fortalece pelo dialeto popular, se conserva e se nutri pelo conservadorismo e cultura, fomenta a existência, persiste no andamento das empresas e relações interpessoais. Sua carga passada se rega de preconceito e discriminação que continua atingindo a população negra pertencente aos mais variados estratos sociais (Inocêncio; Souza, 2014).

As parasitoses prevalentes nas comunidades quilombolas podem ser influenciadas por diversos fatores. Estes incluem más condições socioeconômicas, acesso limitado a serviços fundamentais de saúde, saneamento e conhecimento inadequados de medidas de prevenção. Porém, vale salientar que cada comunidade reúne particularidades e que o contexto de cada uma pode ser diferente. (Menezes, 2013).

Além do ambiente socioeconômico instável, as comunidades remanescentes de quilombos enfrentam obstáculos substanciais no que diz respeito à saúde e higiene básicas. Num estudo realizado na comunidade Boqueirão, localizada na Bahia, constatou-se que 75,3% dos domicílios dessas comunidades não possuem banheiro, privando uma parcela considerável da população de um serviço essencial. Além disto, cerca de 43,7% dos participantes relataram que descartam os resíduos sanitários depositando-os no solo ou em valas próximas às suas residências. São hábitos que facilitam a disseminação de agentes patogênicos e, consequentemente, a ocorrência de doenças associadas ao solo e à água (Amorim *et al.*, 2013).

Sobre a preocupante falta de acesso a instalações sanitárias, há outra questão a ser considerada, a qual remete ao fato de menos de metade (46,9%) dos agregados familiares que possuem este serviço fundamental também têm um lavatório disponível para lavar as mãos (Amorim *et al.*, 2013). A higiene das mãos é uma medida preventiva essencial contra infecções, especialmente aquelas transmitidas por microrganismos encontrados nas fezes. A ausência de lavatórios para lavagem das mãos nas casas pode impedir a adoção de práticas de higiene adequadas, o que poderia aumentar o risco de infecções parasitárias e outras doenças associadas hábitos de higiene impróprios (Araújo *et al.*, 2019).

Pesquisas sobre a saúde das comunidades quilombolas revelaram a existência de diversos parasitos, incluindo vermes intestinais e protozoários. Habitações inadequadas e sistemas de esgotos insuficientes estão entre os fatores que podem levar à poluição ambiental e à propagação destas infecções (Lopes, 2018).

Para enfrentar os obstáculos que surgem nestas comunidades, é crucial que Políticas Públicas priorizem a melhoria dos padrões de vida. Isto pode ser alcançado através de investimentos em saneamento básico, acesso a água potável e implementação de infraestruturas adequadas para a oferta do serviço de saúde. É igualmente importante envolver e formar os membros da comunidade, de modo a promover a sensibilização para as medidas preventivas e o acesso aos serviços de saúde (Teles; Gomes, 2018).

2.3 PARASITOSES INTESTINAIS

As enteroparasitoses, também conhecidas como parasitoses intestinais, compõem um grupo de infecções provocadas por helmintos e protozoários que atingem o sistema gastrointestinal do ser humano, alimentando-se de nutrientes essenciais à sobrevivência do hospedeiro. Esses parasitos apresentam-se em diferentes formas, com particularidades e ciclos de vida que podem resultar em uma série de complicações à saúde do homem (Antunes *et al.*, 2020).

Os sintomas são variáveis. Alguns indivíduos manifestam sintomas leves ou mesmo não os apresenta, ainda que possuam em si múltiplas espécies de enteroparasitos simultâneos. Já outros podem manifestar sintomas mais graves, com apenas um único tipo agente patogênico (Antunes; Libardoni, 2017). Essas manifestações variadas sofrem interferência de acordo com o grau de patogenicidade, eficiência imunológica e abundância parasitária. Ademais, indivíduos que vivem em áreas de subdesenvolvimento estão inseridos em contextos que facilitam a exposição e a manifestação de tais doenças em razão de saneamento básico, educação e hábitos de higiene frágeis ou inexistentes (Barbosa *et al.*, 2017). Esta conjuntura viabiliza o contágio por ovos e cistos através de água e

alimentos infectados, além da penetração de larvas pela pele e mucosas desprotegidas (Araújo *et al.*, 2021).

Para melhor compreender as doenças parasitárias é fundamental compreender a tríade epidemiológica, conceito fundamental nesta área. Essa tríade é composta por três elementos indispensáveis que devem estar presentes para que essas doenças ocorram: o agente responsável por causar a doença, um hospedeiro suscetível a ela e um ambiente propício ao seu desenvolvimento. Cada um desses elementos exerce função importante na epidemiologia das doenças parasitárias (Garcia; Procop, 2016).

A relação entre o agente, o hospedeiro e o ambiente, de maneira desequilibrada, é o que vai determinar a ocorrência de doenças parasitárias. A existência do agente parasitário num ambiente oportuno e a exposição do hospedeiro suscetível ao parasito são condições básicas para que ocorra a transmissão e o desenvolvimento da doença. Para Sweileh (2022), compreender a composição da tríade epidemiológica (FIGURA 1) das doenças parasitárias é crucial para que se possa planejar e implementar estratégias de prevenção e controle.

O mesmo autor afirma que identificar e controlar o agente etiológico, assim como promover medidas de proteção e de imunização ao hospedeiro suscetível, além de adotar melhorias às condições ambientais, são mecanismos efetivos na redução e incidência das doenças parasitárias, além de interferir nos impactos gerados pelas referidas doenças às populações humanas.

Nesse contexto, o agente etiológico é o parasito responsável pela infecção do hospedeiro. Estes seres abrangem protozoários, como *Entamoeba histolytica*, e helmintos, como *Ascaris lumbricoides*. Cada parasito apresenta aspectos únicos relacionados ao ciclo de vida, transmissão e patogenicidade. Já o hospedeiro suscetível é o indivíduo que pode ser infectado pelo parasito. Esta condição pode variar segundo os fatores genéticos, imunológicos e epidemiológicos. Determinadas esferas da sociedade podem ser mais suscetíveis às infecções específicas, como crianças, idosos ou indivíduos com sistema imunológico comprometido (Lammie; Fenwick; Utzinger, 2006; Ngwese *et al.*, 2020).

Figura 1 - Representação esquemática da tríade epidemiológica, com fatores relacionados a cada elemento listados.



Fonte: Adaptado de Muñoz; Fernandes, 2018.

O ambiente propício são as condições físicas, biológicas e sociais que favorecem a ocorrência e transmissão dos parasitos. Condições como falta de acesso à água potável, incerto saneamento básico, hábitos higiênicos ruins, presença de vetores transmissores e pobreza são aspectos que podem aumentar o risco de infecção por parasitos no ambiente (Lammie; Fenwick; Utzinger, 2006).

Os protozoários integram um grupo vasto de microrganismos unicelulares. Eles ocorrem de maneira difundida no meio, podendo ser de vida livre ou parasitos. Entre os protozoários parasitos, muitos provocam doenças de importância clínica

(Garcia; Procop, 2016). *Entamoeba histolytica* e *Giardia lamblia* são exemplos de protozoários que causam sérias doenças intestinais. A transmissão se dá a partir da ingestão de cistos presentes em bebidas ou alimentos contaminados (WHO, 2018).

Os helmintos são parasitos multicelulares, os quais pertencem ao grupo dos nematoídes (vermes redondos) e dos platelmintos (vermes planos). Eles são causadores de diversas doenças tanto em humanos quanto em animais (Sweileh, 2022). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2022), doenças causadas por helmintos podem ser identificadas em quase toda parte do mundo. Estima-se que pelo menos 24% da população mundial, cerca de 1,5 bilhão de pessoas, esteja infectada por geohelmintoses.

As infecções supracitadas requerem diagnóstico precoce e tratamento apropriado com a finalidade de obter controle de forma efetiva dessas doenças. O exame de fezes corresponde a um dos instrumentos de diagnóstico para reconhecer estruturas parasitárias em amostras fecais. O tratamento deve ser feito através de administração de medicação antiparasitária específica para cada espécie, objetivando sua eliminação do organismo (Lammie; Fenwick; Utzinger, 2006).

Desse modo, faz-se necessário descrever as parasitoses intestinais com minúcia. Para tanto, serão descritos exemplos de doenças de importância médica no Brasil (Teixeira *et al.*, 2020), com ênfase nos riscos de infecção que comumente ocorrem em grupos populacionais, como comunidades remanescentes de quilombos, em razão do contexto socioeconômico e sanitário em que se encontram (Cardoso; Melo; Freitas, 2018).

No âmbito das doenças causadas por protozoários, as que apresentam destaque por importância epidemiológica estão descritas a seguir:

2.3.1 Giardíase

Causada pela *Giardia lamblia* (Kunstler 1882), um protozoário flagelado encontrado no intestino delgado humano, sua transmissão ocorre a partir da ingestão de cistos presentes em água e/ou alimentos contaminados (Araújo, 2019).

A giardíase, ou giardose, é uma das infecções intestinais mais comuns no mundo, seja em países desenvolvidos ou nos em desenvolvimento (WHO, 2018).

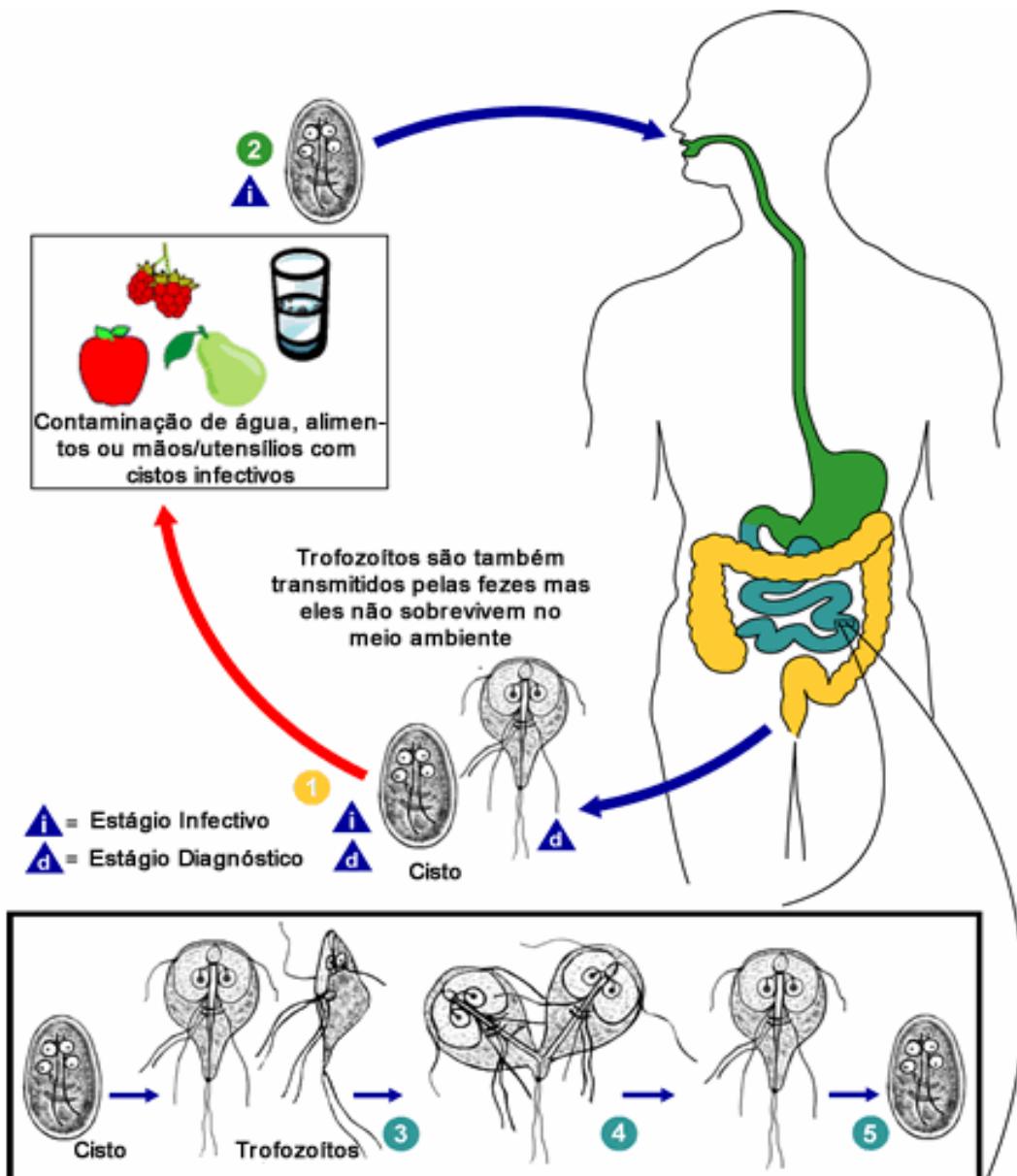
No que se refere ao ciclo de vida da *Giardia lamblia*, este abrange duas formas do protozoário: o trofozoíto, que é a forma ativa e que se reproduz no hospedeiro e causa os sintomas, e o cisto, que é a forma inativa e confere resistência de modo a permitir a sobrevivência da espécie no meio por longos períodos (Veronesi, 1991).

Conforme representado na Figura 2, o ciclo é iniciado quando os cistos, presentes nas fezes de indivíduos infectados, são liberados no ambiente (Veronesi, 1991). Com a ingestão de água e/ou alimentos contaminados com cistos, ocorre a transmissão. Ao chegarem no intestino delgado, os cistos eclodem liberando os trofozoítos, os quais se fixam na mucosa intestinal, especialmente no duodeno e jejuno, por meio de uma estrutura conhecida como ventosa (Souza, 2020). No intestino delgado, os trofozoítos se multiplicam por fissão binária, aumentando a parasitemia. Os trofozoítos se alimentam de nutrientes do hospedeiro, fato que pode causar sintomas de má absorção de nutrientes e diarreia. No intestino delgado inferior, os trofozoítos assumem a forma de cistos, quando são envolvidos por uma parede resistente. O ciclo é completado quando os cistos são eliminados pelas fezes do hospedeiro (Veronesi, 1991).

A giardíase pode ocorrer de forma aguda ou crônica. Nos casos agudos, os sintomas podem surgir logo após o contágio e durar algumas semanas. Na forma crônica, os sintomas podem permanecer por meses ou anos. Em alguns casos, a giardíase pode não apresentar sintomas, o que torna o diagnóstico mais difícil (WHO, 2021). O diagnóstico pode ocorrer através de testes laboratoriais, como a análise de amostras fecais utilizando microscópio (Souza, 2020).

As medidas profiláticas para evitar a giardíase compreendem práticas de higiene pessoal, consumo de água potável e de alimentos devidamente higienizados. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2021), avanços nas condições sanitárias e promoção de educação em saúde são essenciais para a prevenção da giardíase em grupos populacionais vulneráveis.

Figura 2 - Ciclo de vida biológico e interação parasitária humana de *Giardia lamblia*.



Fonte: Adaptado de CDC (2019).

2.3.2 Amebíase

Trata-se de uma protozoose causada por espécies de morfologia idêntica do gênero *Entamoeba* – *Entamoeba dispar* (Brumpt, 1925) e *Entamoeba histolytica* (Shaudinn, 1903). Indivíduos infectados por *E. dispar* apresentam sintomas mais leves, enquanto que os infectados por *E. histolytica* sofrem com sintomas mais

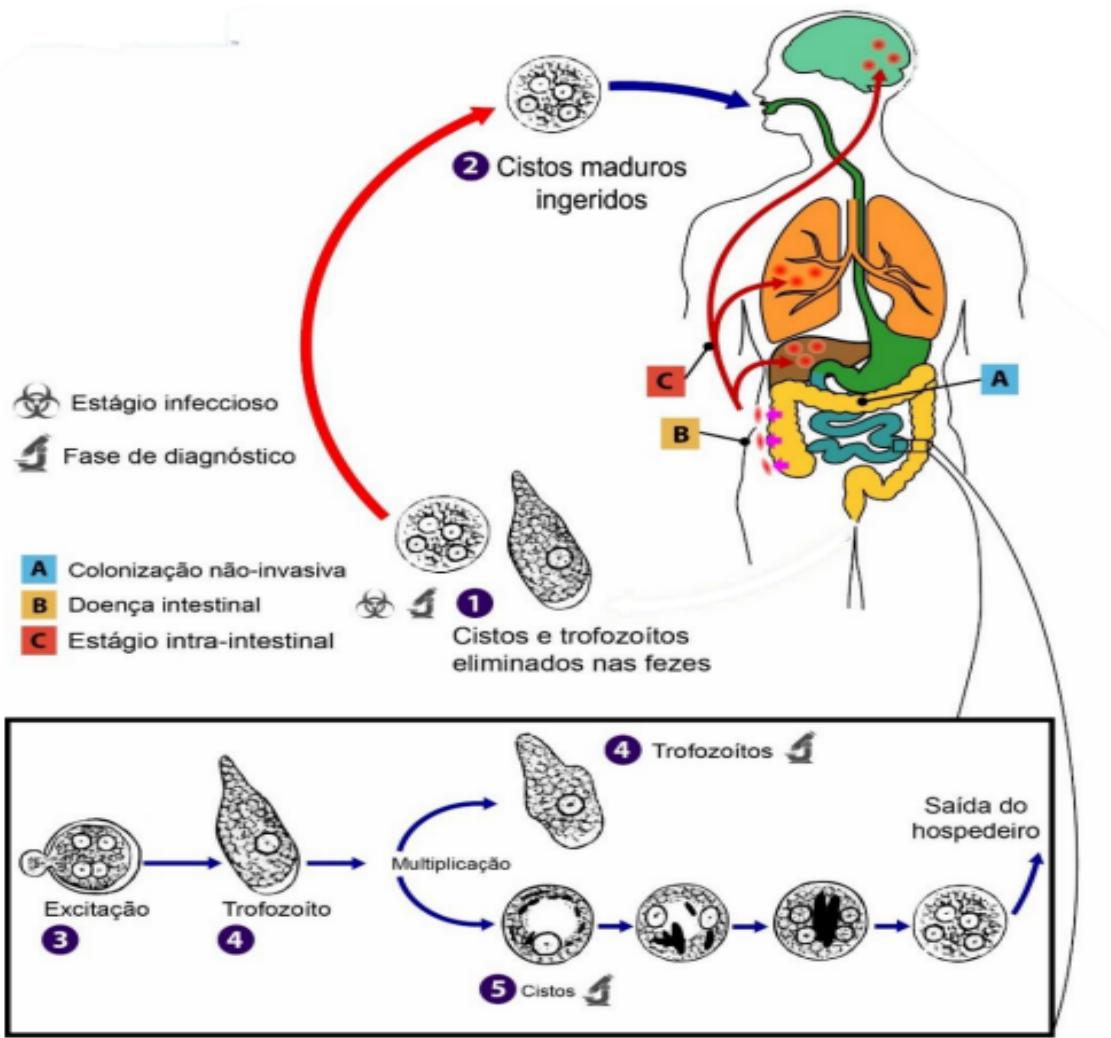
graves, como por exemplo, a amebíase extraintestinal, revelando sua importância epidemiológica.

Segundo Neves (2021), várias espécies do gênero *Entamoeba* são identificadas em amostras fecais de humanos, mas nem todas são de importância clínica. Algumas espécies podem ser diferenciadas pelo tamanho das estruturas nucleares e simetria dos cistos ou dos trofozoítos. Devido a semelhança e simetria morfológica que as espécies deste grupo possuem, as formas patogênicas são comumente confundidas com as espécies comensais (Babosa-Filho *et al.*, 2021), dentre elas *Entamoeba coli* (Grassi, 1879) e *Entamoeba hartmanni* (Von Prowazek, 1912). Ademais, espécies dos gêneros *Endolimax* e *Iodamoeba* também podem ser encontradas, *Endolimax nana* (Wenyon, O'Connion, 1917) e *Iodamoeba butschili* (Von Prowazerk, 1912).

No Brasil, a amebíase é considerada uma doença endêmica, com incidência significativa em várias regiões do país. Neste sentido, há uma estimativa de que, anualmente, cerca de 1,7 milhão de pessoas sejam infectadas. Geralmente, as áreas de maior prevalência estão associadas a condições frágeis de saneamento básico, acesso à água potável e más condições de higiene (BRASIL, 2019).

A Figura 3 representa o ciclo de vida de *Entamoeba histolytica*, que é iniciado quando os cistos do parasito, presentes nas fezes de indivíduos infectados, são liberados no ambiente. Estes cistos têm a capacidade de sobreviver em água, solo e alimentos contaminados, tornando-se fonte de infecção. A transmissão acontece quando alimentos ou águas contendo cistos são ingeridos pelo indivíduo. Na sequência, os cistos chegam no intestino delgado, eclodem e liberam os trofozoítos, a forma ativa do parasito no hospedeiro. Os trofozoítos colonizam o intestino grosso, principalmente o cólon, onde se alimentam de resíduos do trato digestivo e de bactérias. Na maioria dos casos, os trofozoítos vivem em harmonia com o hospedeiro, sem causar sintomatologia. Porém, em algumas situações, a citar em condições de imunidade comprometida, os trofozoítos podem invadir a parede intestinal, causando danos e favorecendo o desenvolvimento de colite amebiana, abscessos hepáticos e outras complicações mais graves (Veronesi, 1991).

Figura 3 - Ciclo de vida biológico e interação parasitária humana de *Entamoeba histolytica*.



Fonte: Adaptado de CDC (2019).

As manifestações clínicas da amebíase são diversificadas e podem ocorrer desde uma diarreia leve até desinteria, dor abdominal, cólicas, náuseas e perda de peso. Na amebíase extraintestinal, o quadro é mais grave e pode apresentar complicações sistêmicas, como abcessos hepáticos e disseminação para outros órgãos (Veronesi, 1991).

O diagnóstico da amebíase é realizado por meio da análise microscópica de amostras fecais, com o objetivo de visualizar trofozoitos ou cistos do agente patogênico (WHO, 2018).

Outro grupo de importantes causadores de parasitoses intestinais é o grupo das helmintíases, que são verminoses causadas por helmintos. As verminoses mais conhecidas estão descritas a seguir.

2.3.3 Ascaridíase

Popularmente chamada de lombriga, a ascaridíase é uma doença causada pelo parasita *Ascaris lumbricoides* (Linnaeus, 1758). Esta infecção está entre as helmintíases mais comuns no planeta. *A. lumbricoides* é um nematoide considerado grande e é considerado um dos maiores que acometem o homem. Possuem corpo alongado e cilíndrico, com extremidades pontiagudas. Os vermes adultos podem atingir comprimentos entre 15 e 30 cm e, na maioria das vezes, as fêmeas são maiores que os machos. Sua coloração pode variar do branco ao rosa pálido (Sweileh, 2022). Os ovos de *A. lumbricoides* têm destaque por sua resistência ao ambiente externo. Isto é devido à presença de uma cápsula espessa ao redor dos ovos, que os protege em condições adversas (Souza, 2020).

A infecção acontece quando há ingestão de ovos do nematódeo em decorrência da ausência de bons hábitos de higiene e/ou de alimentos e bebidas contaminados. Ademais, também pode acontecer por meio do contato por crianças desprotegidas com solo infectado, já que podem levar a mão à boca e ingerir os ovos, isto em virtude da cápsula espessa (Gondim, 2021).

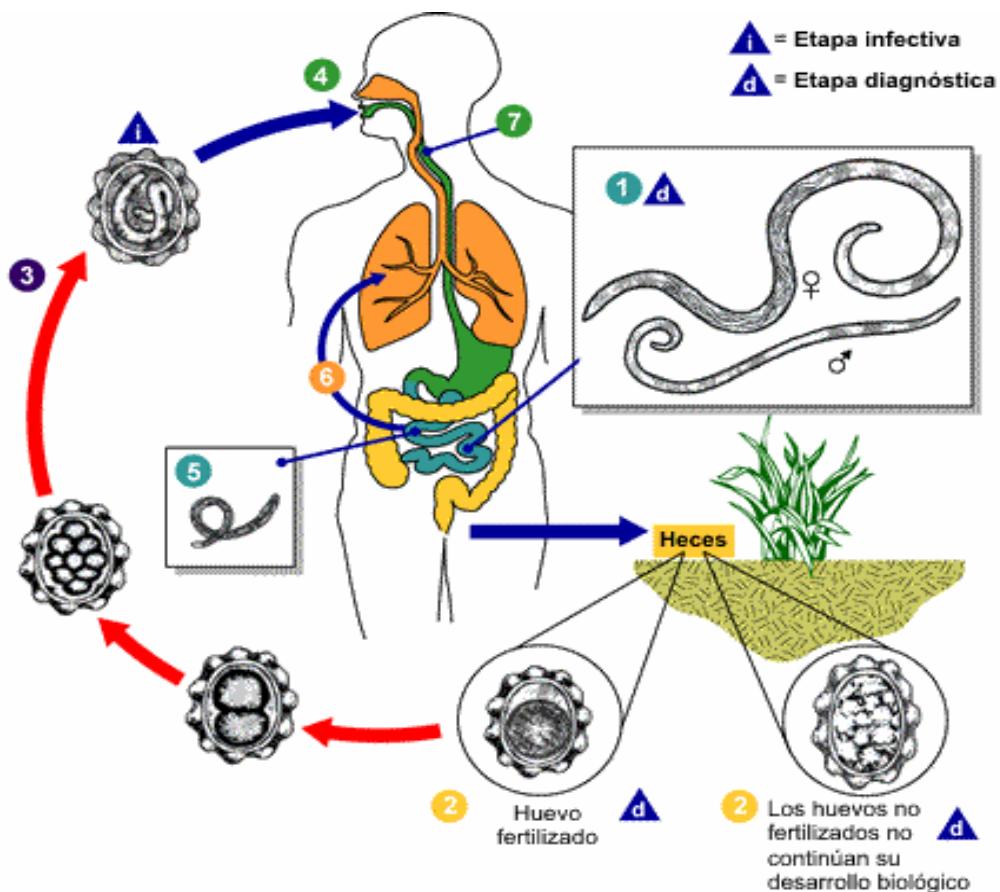
O ovo de *A. lumbricoides* apresenta inicialmente uma massa germinativa e, em condições ambientais propícias, gera a larva L1, L2 e depois a L3, que é a forma infectante (Neves, 2021). Assim como demonstrado na figura 4, para que haja sucesso na infecção, o hospedeiro deve ingerir um ovo embrionado com estágio larval L3. Na sequência, após eclosão do ovo, a larva entra na corrente sanguínea e migra para os pulmões, local onde há o desenvolvimento do estágio larval L4. Em seguida, se locomovem para a faringe para que, através de tosses, possam ser deglutiidas de volta ao trato gastrointestinal. Ato contínuo, eles crescem e se alimentam nas mucosas do intestino delgado, em especial nas áreas do duodeno e do ílio. Deste modo, finaliza-se o denominado “Ciclo de Loss” ou ciclo hepatotraqueal. Após o desenvolvimento sexual, os parasitos (machos e fêmeas) cruzam e as fêmeas produzem os ovos. No intestino delgado, após fecundação, os ovos são ejetados ao intestino grosso e expulsos junto às fezes, efetivando assim a proliferação e dando início ao novo ciclo de *A. lumbricoides* (Neves, 2021).

As manifestações clínicas da infecção por *Ascaris lumbricoides* podem acontecer de maneira diversificada, sendo dores abdominais, náuseas, vômitos,

diarreia, constipação, fraqueza, fadiga e perda de peso os sintomas mais comuns. Em casos de carga parasitária mais elevada, sintomas como náuseas e vômitos podem se apresentar de maneira mais intensa. Mudanças no padrão de evacuação também podem ocorrer, como diarreia ou constipação. Considerando a variação e gravidade dos sintomas, que vai depender da carga parasitária e da resposta imunológica do hospedeiro, o diagnóstico preciso é primordial para que o tratamento devido seja realizado (BRASIL, 2019).

Como mencionado acima, as manifestações da ascaridíase ocorrem de maneira genérica, podendo apresentar eosinofilia, febre, mal-estar e fezes diarreicas. Porém, em quadros mais incomuns, em que o indivíduo possua carga parasitária muito elevada, além dos casos de desnutrição, cenários de obstrução intestinal ou lesões hepáticas também podem ser apresentados. Para situações mais severas, esses nematódeos podem penetrar a parede intestinal e, através da veia cava inferior, conseguem alcançar os alvéolos pulmonares. Com isso, pode acontecer a dispneia e, por vezes, violenta expulsão nasofaríngea do parasita (CDC, 2019).

Figura 4 - Ciclo de vida biológico e interação parasitária humana de *A. lumbricoides*.



Fonte: Adaptado de CDC (2019).

2.3.4 Tricuríase

A tricuríase é uma infecção causada por *Trichuris trichiura* (Goeze, 1782). Esta verminose acomete milhões de pessoas anualmente. O contágio acontece principalmente por alimentos e/ou bebidas contaminadas com ovos do parasito (Badri *et al.*, 2022).

O ciclo de vida de *Trichuris trichiura* tem início com a ingestão de ovos embrionados (FIGURA 5). Ao chegarem no intestino do hospedeiro, os ovos eclodem e liberam larvas, as quais penetram a camada epitelial do cólon e fixam seu aparelho bucal por toda sua extensão, o que favorece a habitação, alimentação e desenvolvimento do parasito (Tavares, 2020). Ao decorrer da vida parasitária, a

As manifestações clínicas variam de acordo com a carga parasitária. Em casos leves, os sintomas podem passar despercebidos ou serem leves e transitórios. Já nos casos mais severos, o hospedeiro pode apresentar diarreia crônica, dor abdominal, perda de peso, anemia e até mesmo prolapso retal (Gyang *et al.*, 2019).

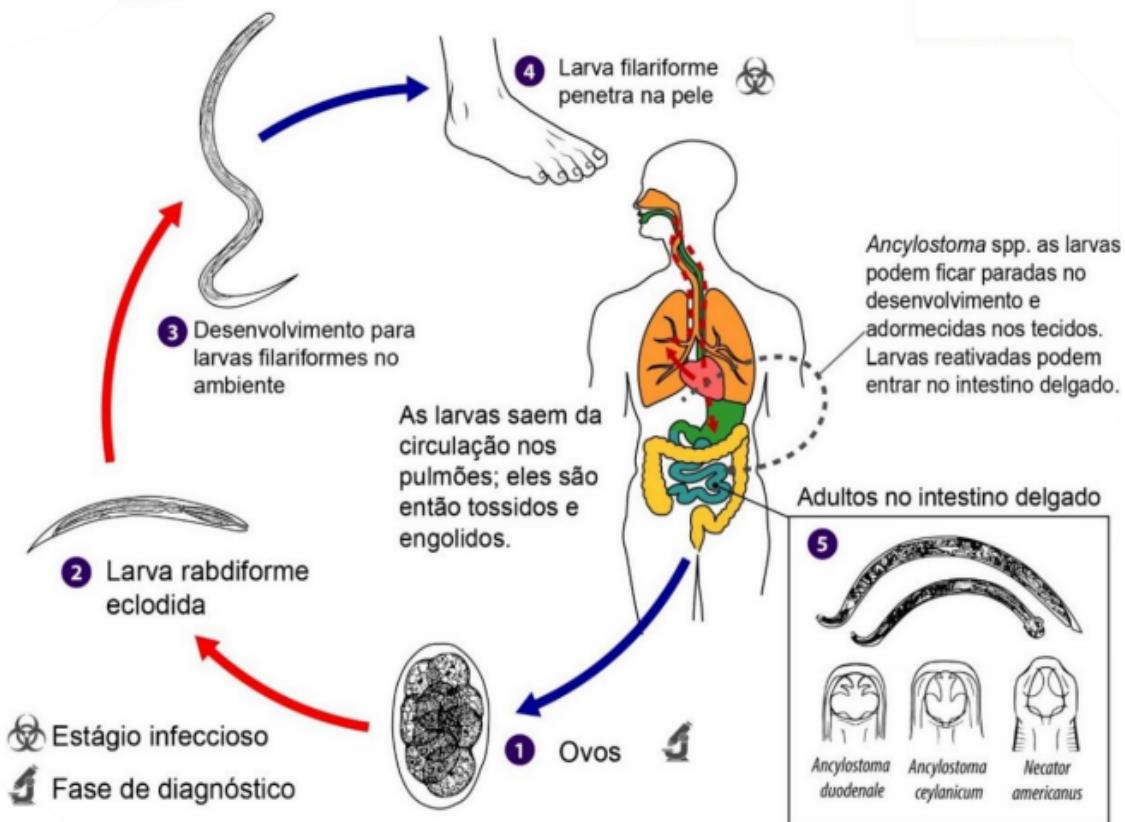
No Brasil, a tricuríase é considerada uma infecção endêmica, especialmente em áreas com condições socioeconômicas fragilizadas e com falta de saneamento básico ideal. Estudos epidemiológicos afirmam alta prevalência da infecção nas regiões Norte e Nordeste do país, assim como em áreas rurais e comunidades de baixa renda (Barda; Keiser; Al-Bonico, 2015).

2.3.5 Ancilostomíase

A ancilostomíase é uma parasitose intestinal causada pelos helmintos *Ancylostoma duodenale* (Dubini, 1843) e *Necator americanus* (Stiles, 1902). A transmissão da doença se dá principalmente por meio da penetração ativa de larvas infectantes através da pele. De maneira geral, isto ocorre quando as pessoas entram em contato com solos contaminados. Com isso, a infecção é popularmente conhecida como amarelão ou doença do Jeca Tatu (Veronesi, 1991).

Conforme demonstra a Figura 6, o ciclo de vida da ancilostomíase tem início com a eliminação de ovos nas fezes de indivíduos infectados. No solo úmido e quente, os ovos eclodem, liberando larvas que se desenvolvem em estágios infectantes. Essas larvas podem penetrar a pele de indivíduos descalços e que estejam em contato direto com o ambiente contaminado. Após a penetração, as larvas migram para os pulmões do hospedeiro, são deglutiidas e chegam ao intestino delgado, onde se tornam vermes adultos (Menezes, 2013).

Figura 6 - Ciclo de vida biológico e interação parasitária humana de *Ancylostoma spp.*



Fonte: Adaptado de CDC (2019).

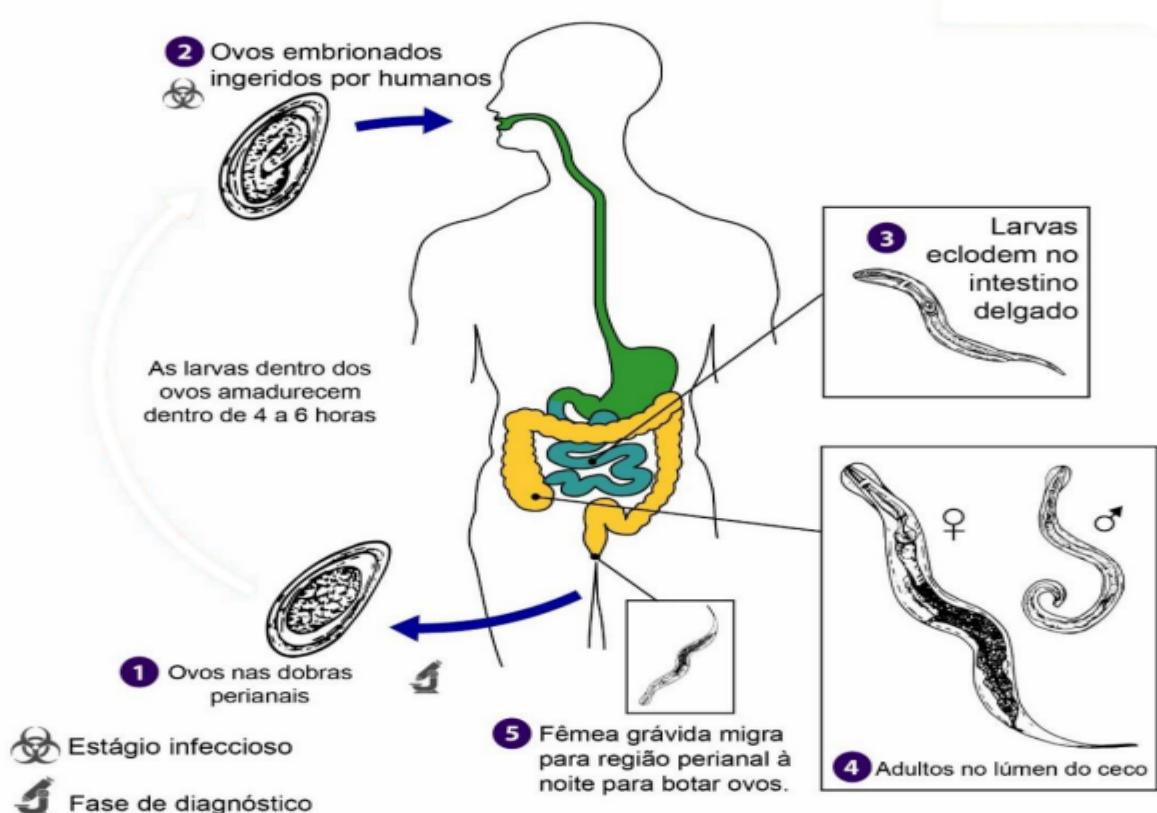
As manifestações clínicas da ancilostomíase são diversas e ocorrem de acordo com a carga parasitária no hospedeiro. Indivíduos com infecções leves a moderadas podem não apresentar sintomas ou apenas sintomas leves, como coceira na região de penetração das larvas, erupções cutâneas e tosse. Porém, casos mais intensos podem apresentar sintomas mais graves, como anemia, fadiga, fraqueza, perda de apetite, dor abdominal e diarreia (Neves, 2021).

A prevenção da ancilostomíase está relacionada com medidas apropriadas de higiene, a citar uso de calçados, fornecimento e consumo de água potável e promoção de condições sanitárias oportunas. Ademais, o diagnóstico e tratamento ideais, assim como a realização de ações de educação em saúde são necessárias para mitigar a ocorrência da referida doença (Calegar, 2015).

2.3.6 Enterobiase

A enterobíase, também conhecida como oxiuríase, é uma helmintíase causada pelo nematódeo *Enterobius vermicularis* (Lennaeus, 1758). De acordo, com Santana e colaboradores (2021), esta doença acomete o homem desde a antiguidade. Sua ocorrência é mais comum entre indivíduos de idade escolar e que estão em situação de renda e higiene comprometidas, o que torna a transmissão extremamente facilitada (Santos, 2021). Além disso, a enterobíase pertence ao grupo de parasitoses intestinais com maiores capacidades de contágio entre humanos, mesmo sua patogenicidade sendo normalmente baixa (Neves, 2022; Jesus, 2021).

Figura 7 - Ciclo de vida biológico e interação parasitária humana de *E. vermicularis*.
Fonte: Adaptado de CDC (2019).



O ciclo de vida de *E. vermicularis* é iniciado após a contaminação do hospedeiro através da ingestão de ovos embrionados (figura 7). Ao alcançar o intestino delgado, o nematódeo desenvolve estágios de mudas e apresenta forma larvária. Em seguida, o helminto segue até o ceco intestinal, onde atingem a fase adulta. A reprodução ocorre de maneira sexuada, com machos chegando a 0,5 cm e fêmeas atingindo até 1,0 cm (Neves, 2022). Após o período reprodutivo, os machos

geralmente morrem e são eliminados nas fezes. Já as fêmeas migram para a região perianal e depositam seus ovos no local. Após isso, as fêmeas podem retornar à região do ceco ou serem eliminadas nas fezes (Tavares, 2020).

E. vermicularis apresenta padrões infecciosos diversos, com classificação em heteroinfecção, autoinfecção externa ou interna e retroinfecção, sendo a autoinfecção interna e a retroinfecção os quadros mais raros (Jesus, 2021). A heteroinfecção é a contaminação ambiente por ovos embrionados, enquanto autoinfecção é a ingestão de ovos através de mãos não-higienizadas após o contato com a região perianal contaminada. A autoinfecção interna ocorre quando o ovo embrionado se desenvolve ainda no intestino do hospedeiro e a retroinfecção acontece quando ovos eclodem já na região perianal, adentram novamente a cavidade anal e migram para a região cecal (Alves, 2022).

O sintoma mais recorrente da enterobíase é o prurido anal e a própria aparição visível do verme no bolo fecal. As fêmeas têm hábito noturno e, por sua presença na região, causam o prurido, que é a principal via de autoinfecção (Jesus, 2021). Sendo assim, em casos de constante autoinfecção e alta carga parasitária, o hospedeiro pode apresentar feridas em razão da reação à coceira local, moagem de dentes, insônia, anorexia, dor abdominal e vulvovaginite (CDC, 2019).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral do presente trabalho foi estimar a prevalência de parasitoses intestinais no Território Quilombola Águas do Velho Chico, município de Orocó, Pernambuco, bem como seus fatores associados.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos deste trabalho foram:

- Identificar os aspectos socioeconômicos e demográficos do Território Quilombola Águas do Velho Chico;
- Investigar a ocorrência de enteroparasitoses no Território em estudo;
- Determinar a prevalência das possíveis espécies encontradas;
- Reconhecer os fatores socioeconômicos e sanitários que contribuem para infecção parasitária;
- Contribuir para a elaboração de um histórico laboratorial das pessoas avaliadas;
- Realizar ações de Educação em Saúde.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS

Este trabalho trata-se de um recorte da pesquisa intitulada “A Saúde do Território Quilombola Águas do Velho Chico, no município de Orocó, Pernambuco, Brasil”. A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Integração do Sertão (CEP/FIS), por meio da Plataforma Brasil, de acordo com a Norma Operacional N°001/2013; e desenvolvido obedecendo integralmente os princípios éticos das resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS): nº 466/2012, a qual aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos; nº 510/2016, determina diretrizes éticas específicas para as Ciências Humanas e Sociais (CHS); nº 580/2018, que prevê resolução complementar tratando das especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS e; nº 304/2000, que procura afirmar o respeito devido aos direitos dos povos indígenas no que se refere ao desenvolvimento teórico e prático de pesquisa em seres humanos que envolvam a vida, os territórios, as culturas e os recursos naturais dos povos indígenas do Brasil.

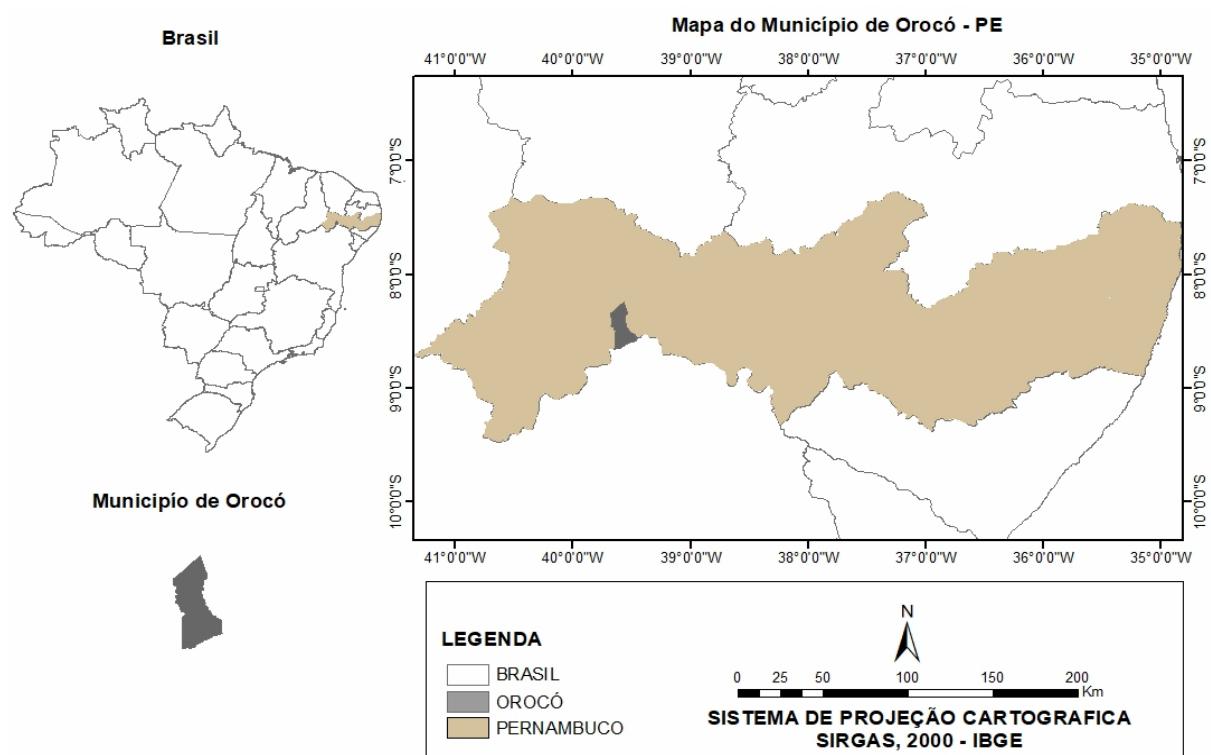
Os resultados da pesquisa foram apontados através de laudos individuais e divulgados em anonimato, em grupo por meio de gráficos e tabelas, ou seja, junto aos de outras pessoas participantes do estudo. A pesquisa foi aprovada pelo CEP/FIS e protocolada pelo CAAE 54099521.0.0000.8267 (ANEXO A). A referida pesquisa também apresenta cadastro A086AC6 no SisGen (ANEXO B).

Os participantes da pesquisa que, após informação, concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE). Também houve manifestação da Gestão Municipal por meio de carta de anuência.

4.2 POPULAÇÃO, LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Território Quilombola Águas do Velho Chico, o qual compreende as comunidades Caatinguinha, Remanso, Umburana, Vitorino e Mata de São José, cuja a população, segundo a Comissão Pró-Índio de São Paulo (2023), é de 1862 indivíduos e 494 famílias e está situado no sertão do estado de Pernambuco, no município de Orocó.

Figura 8 - Localização do município de Orocó no estado de Pernambuco.



O estudo foi conduzido no período de maio de 2022 a setembro de 2023, analisando 251 indivíduos. Os critérios de inclusão foram: indivíduos com 18 anos ou mais, que residam no território e que estejam cientes dos objetivos e da metodologia. Foram excluídos aqueles indivíduos que, mesmo atendendo aos critérios de inclusão, não participaram do questionário, por quaisquer motivos, bem como não colaboraram com o fornecimento de amostras.

4.3 SENSIBILIZAÇÃO E DELINEAMENTO PARA COLETA DE DADOS E AMOSTRAS

Os devidos esclarecimentos acerca dos objetivos, bem como a metodologia, foram previamente informados ao(s) líder(es) das referidas comunidades e, estando em concordância, emitiram Carta de Anuênciia. Posteriormente, tais esclarecimentos serão repassados aos demais populares voluntários para que assinassem o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) e participassem do questionário. Na sequência, os participantes foram convidados a cooperar por meio de amostras fecais para a realização dos exames laboratoriais.

4.4 QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

Houve a aplicação de questionário (APÊNDICE A), elaborado e adaptado com base na Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (IBGE, 2019), o qual aborda questões socioeconômicas, demográficas e sanitárias que contemplam dados como idade, hábitos higiênicos, saneamento básico, condições habitacionais e acesso e frequência ao serviço de saúde. Os dados pessoais dos participantes, como nome/identificação, foram mantidos em arquivo para fim da confecção dos respectivos laudos laboratoriais. Sendo assim, para manter o sigilo, a privacidade e confidencialidade dos dados dos participantes, utilizou-se codificação onde o número que foi preenchido pela equipe, no RCLE e no questionário, correspondeu ao nome do participante no arquivo (APÊNDICE B).

4.5 COLETA DE AMOSTRAS FECAIS

Os participantes foram responsáveis por três coletas de suas amostras fecais, que deveriam ser feitas em dias alternados, utilizando frascos coletores universais que compunham o kit de coleta entregue a cada participante (FIGURA 9). Cada amostra foi devidamente identificada com o nome, idade e data de coleta correspondentes. Além disso, com o objetivo de preservar a integridade e as

informações do material fecal, as amostras de fezes foram imediatamente armazenadas e conservadas em recipientes contendo solução diluída de formol a 10% (Ferkito; Dalzochio, 2020). Em seguida, as amostras foram enviadas ao Laboratório de Microscopia e Lupas, localizado no Campus de Ciências Agrárias da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), para a realização das análises coproparasitológicas.

Figura 9 - Sensibilização e cadastramento de voluntários da pesquisa. A) Apresentação do projeto; B) cadastramento, orientação ao voluntário e entrega do kit de coleta contendo coletores universais, folhas limpas de papel e orientação ao paciente.



Fonte: Acervo do Projeto AFYA (2023).

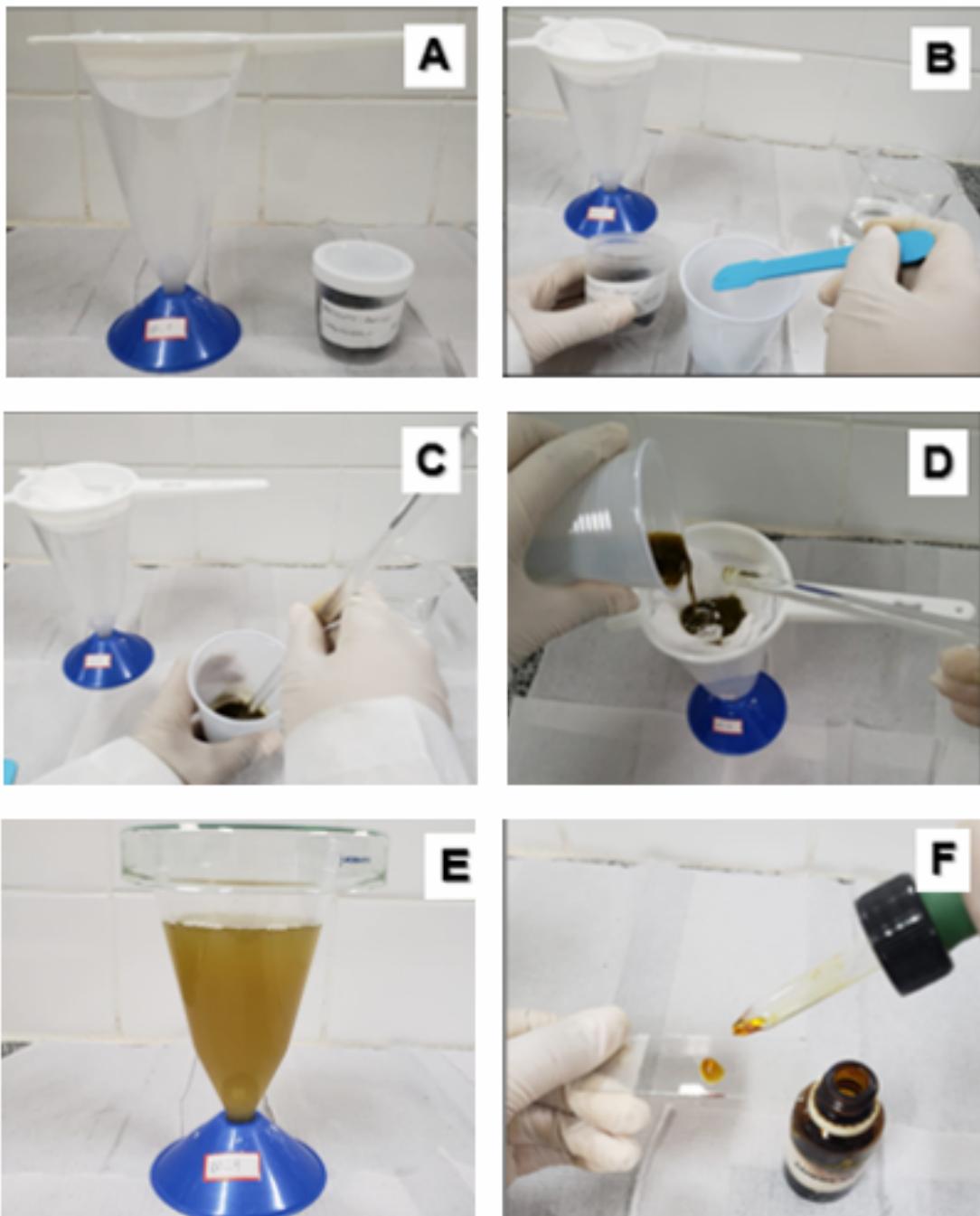
4.6 ANÁLISES COPROPARASITOLÓGICAS

A técnica de Hoffman, Pons e Janer, ou método de sedimentação espontânea, consiste basicamente na mistura das fezes com água, sua filtração por uma gaze cirúrgica (ou parasitofiltro) e manutenção em repouso, formando consistente sedimentação dos restos fecais ao fundo do cálice. Uma alíquota do sedimento é pipetada sobre lâmina, faz-se um esfregaço e observa-se ao microscópio utilizando a lente objetiva de 10x para observação inicial e, posteriormente, a lente objetiva de 40x para uma análise mais detalhada. Por se tratar de um método qualitativo, os resultados foram expressos em termos da presença ou ausência das formas evolutivas das espécies identificadas. Este é um

método generalista, largamente utilizado, e que possibilita a detecção de ovos e larvas de helmintos e cistos de protozoários nas fezes, principalmente os pesados, após coloração com lugol. Diversas variações são realizadas nesta técnica a fim de promover a visualização de mais formas evolutivas, dada a praticidade da técnica, que é a mais utilizada rotineiramente em laboratórios clínicos. Após 24 horas de sedimentação, cistos de protozoários e larvas de helmintos também podem ser encontradas com maior facilidade. (Chieffi; Gryschech; Amato Neto, 2001).

Conforme a Figura 10, para a realização da técnica, aproximadamente 2g de fezes foram colocadas em béquer e adicionados cerca de 5ml de água. Na sequência, a amostra foi macerada vigorosamente utilizando um bastão de vidro. Após isso, mais 20 ml de água foram adicionados e a suspensão foi filtrada para um cálice cônico de sedimentação, utilizando uma gaze cirúrgica dobrada em quatro, tela de náilon. Os resíduos retidos foram lavados com mais 20 ml de água, agitando o bastão de vidro, e o líquido resultante da lavagem foi coletado no próprio cálice de sedimentação. O volume do cálice foi completado com água e a suspensão foi deixada em repouso por um período entre duas e 24 horas (Neves, 2021). Com o auxílio de uma pipeta, uma pequena porção do sedimento na camada inferior foi colhida e depositada sobre uma lâmina, acrescentando uma gota do corante lugol e colocando uma lamínula em cima. Em seguida, a amostra foi examinada ao microscópio para a identificação de ovos, larvas e cistos (De Carli, 2010).

Figura 10 - Método de Hoffman. A) Utilização de um cálice de sedimentação e um coletor que contém a amostra; B) Retirada de 2g da amostra e transferência para um copo plástico; C) Maceração do material fecal; D) Filtração da amostra utilizando gaze cirúrgica dobrada em quatro; E) Sedimentação da amostra filtrada; F) Adição do corante lugol ao sedimento em uma lâmina para posterior análise em um microscópio biológico.



Fonte: Acervo do Projeto AFYA (2023).

4.7 LIBERAÇÃO DOS LAUDOS LABORATORIAIS

Após a realização dos exames, foram elaborados os respectivos laudos (APÊNDICE D). Estes foram organizados e entregues aos pacientes. Os laudos foram elaborados e assinados por profissional de saúde habilitado.

4.8 AÇÕES EDUCATIVAS

Na ocasião da entrega dos laudos em cada comunidade, foram realizadas atividades voltadas para a prevenção e tratamento de enteroparasitoses. As ações incluíram palestras educativas sobre medidas de higiene pessoal e sanitária, como a importância da lavagem adequada das mãos, o uso de sanitários e a prática de hábitos alimentares seguros. Também foram exibidos exemplares macroscópicos de enteroparasitoses e o vetor de outras doenças parasitárias (barbeiro). Também ocorreu a demonstração de parasitos em microscópio óptico. Além disso, foram fornecidas informações sobre a prevenção e o tratamento das parasitoses intestinais no formato de cartilha (APÊNDICE E).

4.9 ESTUDO PILOTO

Foi realizado um estudo piloto em uma comunidade do Território, a qual foi indicada pela liderança comunitária por ser uma das menores e a de mais fácil acesso. Este estudo piloto foi promovido com 46 adultos acima de 18 anos, no período entre maio e junho de 2022. Na oportunidade, foi possível ajustar os instrumentos metodológicos selecionados para a pesquisa.

4.10 ANÁLISE DE DADOS

A prevalência do parasitismo foi calculada de acordo com Bush *et al.* (1997), onde: $P = (\text{número de amostras infectadas}/\text{número de amostras examinados}) * 100$. Os dados obtidos foram organizados em tabelas utilizando o software Microsoft® Excel.

Os dados foram dispostos em banco de dados para os softwares estatísticos SPSS versão 20.0.0 e Graphpad Prism versão 7.00. Para análise dos dados e a associação entre variáveis, adotou-se o teste qui-quadrado a um nível de significância de 0,05, com avaliação da magnitude da associação através do teste nominal V de Cramer, bem como a disposição de tabelas e gráficos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 INQUÉRITO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

No universo de 251 moradores do Território Quilombola Águas do Velho Chico, que participaram da pesquisa, 63,7% (n=160) são do sexo feminino e 81,6% (n=205) se autodeclararam possuir a cor da pele negra. A faixa etária dos participantes variou de 18 a 82 anos, onde 18,3% (46) estão alocados na faixa de 18 a 29 anos; 22,7% (57), na faixa de 30 a 39 anos; 20,7% (52), na faixa entre 40 e 49 anos; 20,3% (51), de 50 a 59 anos e; 45 pessoas apresentaram 60 anos ou mais, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Características gerais dos 251 voluntários da pesquisa, residentes no Território Quilombola Águas do velho Chico, Orocó-PE.

	N	%
Sexo		
Feminino	160	63,7
Masculino	91	36,2
Cor da pele/etnia	N	%
Indígena	1	0,3
Amarela	2	0,7
Branca	3	1,1
Parda	40	15,9
Negra	205	81,6
Faixa etária (anos)	N	%
18-29	46	18,3
30-39	57	22,7
40-49	52	20,7
50-59	51	20,3
≥60	45	17,9

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

A realização de inquéritos socioeconômicos e demográficos tem fundamental importância para compreender os determinantes sociais de populações. Baseado na PNAD 2019, o presente trabalho obteve dados sobre a condição socioeconômica e demográfica das comunidades que compõem o Território Quilombola Águas do Velho Chico. Isto possibilita avaliar a situação dessas comunidades e comparar com

outras realidades, tais como as descritas por Bezerra *et al.* (2013) e por Freitas *et al.* (2018).

A predominância de indivíduos do sexo feminino segue o padrão do perfil geral da população brasileira. Segundo o IBGE (2022), o Brasil é composto, principalmente, por indivíduos do sexo feminino, cuja a expectativa de vida é de 79 anos - 7 anos a mais que os homens. Além disto, o maior percentual de indivíduos do sexo feminino em populações quilombolas pode ser explicado pela migração de homens em busca de sustento em outras regiões do país (Amorim *et al.*, 2013).

Outro ponto a ser considerado, que corrobora com Pontes e Steward (2020), é que nas comunidades tradicionais, as mulheres têm sido reconhecidas pelo seu papel significativo na vida pessoal e profissional. Sua influência vai além da maternidade e está diretamente ligada à dinâmica dos processos produtivos, onde assume papéis de liderança.

A faixa de idade mais prevalente no presente trabalho foi a de 30 a 39 anos, resultado semelhante aos encontrados por Ferreira (2015), que estudou uma comunidade quilombola no interior do Maranhão; e por De Souza Araújo *et al.* (2019), ao avaliarem as condições de vida de comunidades quilombolas no semiárido baiano.

Como esperado, a população estudada é constituída, majoritariamente, por indivíduos autodeclarados negros. Isto se justifica pelo histórico da origem das comunidades quilombolas, remanescentes dos refúgios dos negros durante o período da escravidão no Brasil (Pedrosa, 2006; Souza *et al.*, 2019).

5.1.1 Grau de escolaridade

A Tabela 2 mostra que 88% (221) dos entrevistados afirmaram saber ler e escrever. Quando indagados sobre até que série estudaram, 3,1% (8) disseram não terem sido alfabetizados; 3,9% (10) relataram que só estudaram até a alfabetização; 25,4% (64) afirmaram terem cursado os anos iniciais do ensino fundamental; 7,1% (18) foram até os anos finais do ensino fundamental; 29,4% (74) concluíram o ensino médio; 23,1% (58) relataram que participam do Ensino para Jovens e Adultos e; 7,5% (19) concluíram um curso superior.

Tabela 2 - Caracterização do grau de escolaridade dos entrevistados.

Sabe ler e escrever	N	%
Sim	221	88
Não	30	12
Grau de instrução	N	%
Não alfabetizados	8	3,1
Alfabetização	10	3,9
Fundamental I	64	25,4
Fundamental II	18	7,1
Médio	74	29,4
EJA	58	23,1
Superior	19	7,5

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Concernente ao cenário das escolas em comunidades quilombolas, dados do Ministério da Educação mostram que este é considerado grave, uma vez que é comum a existência de longas distâncias entre as residências dos estudantes e os centros de ensino. Além disto, água potável, saneamento básico nas unidades e corpo docente suficiente são pontos escassos que dificultam ainda mais o acesso à educação (BRASIL, 2018).

Neste estudo, observou-se que a maioria da população entrevistada afirmou saber ler e escrever, porém apenas um terço possui ensino médio e uma pequena parcela relata possuir curso superior. Esta realidade pode ser resultado justamente da dificuldade de acesso às escolas, fato que pode contribuir para o aumento dos índices de evasão escolar (Freitas *et al.*, 2011; Amorim *et al.*, 2013; Bezerra *et al.*, 2014; Brauer, 2017).

Ademais, os achados do presente estudo são corroborados por trabalhos realizados em outras regiões brasileiras, onde fatores como o grau de escolaridade reduzido, interferem de maneira negativa no processo saúde doença (Silva *et al.*, 2016; Pauli *et al.*, 2019). Bezerra *et al.* (2013) consideram que baixos graus de escolaridade causam impactos nas condições de saúde de grupos populacionais com níveis socioeconômicos igualmente frágeis. Isto porque, além do também insuficiente acesso ao sistema de saúde, o indivíduo não comprehende o problema e não adere ao tratamento de maneira correta.

5.1.2 Características laborais

Referente às características laborais, 78,8% (n=198) declararam estar empregados e 54,9% (n=138) afirmaram que trabalham por conta própria. Além disto, 70,5% (n=177) relataram que sua fonte de renda advém do setor privado e que não possuem carteira assinada; 58,5% (n=147) declararam que participam de algum programa de transferência de renda do governo; 43,4% (n=109) disseram que o rendimento da sua família é inferior a meio salário mínimo e; 63,7% (n=160) responderam que trabalham com agricultura, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 - Características laborais dos participantes da pesquisa.

	N	%
Exerce atividade laboral		
Sim	198	78,8
Não	35	14,3
Outro ¹	18	7,1
Característica do trabalho		
Autônomo	138	54,9
Empregado	60	23,9
Outro ¹	53	21,1
Setor		
Público	42	16,7
Privado	177	70,5
Outro ¹	32	19,9
Carteira assinada		
Sim	24	9,5
Não	177	70,5
Outro ¹	50	19,9
Benefício do governo		
Sim	147	58,5
Não	104	41,4
Renda		
Acima de um salário mínimo	10	3,9
Um salário mínimo	38	15,1
Entre meio e um salário mínimo	94	37,4
Abaixo de meio salário mínimo	109	43,4
Ocupação		
Agricultor	160	63,7
Profissional da Educação	14	5,7
Pescador	6	2,3
Serviços gerais	6	2,3
Comerciante	5	1,9
Profissional da Saúde	3	1,2
Motorista	2	0,7

(continua)

Tabela 3 - Características laborais dos participantes da pesquisa.

(continuação)

Profissional da Segurança	1	0,3
Nenhuma	14	5,7
Outro ²	40	15,9

¹agrupou-se os indivíduos que relataram não ter vínculo empregatício, os que afirmaram ser aposentados e os que disseram prestar serviço sem remuneração; ² agrupou-se as informações dos indivíduos aposentados, pensionista e donas de casa. Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Considerando a situação de trabalho da população em estudo, onde, 78,8% (n=198) afirmaram trabalhar atualmente; 54,9% são trabalhadores autônomos e; 63,7% são agricultores, este cenário é considerado uma particularidade das comunidades remanescentes de quilombos, cuja característica laboral predominante abrange ocupações informais, principalmente as de agricultores e trabalhadores agrícolas, que são mais prevalentes em relatos da literatura (Silva, 2007; Amorim, 2013; Santos, 2014; Soares *et al.*, 2020).

Tratando de aspectos socioeconômicos, fica evidente que a renda (*per capita*) das famílias quilombolas é inferior a um salário mínimo, uma tendência observada em boa parte dos entrevistados neste estudo (37,4% entre meio e um salário mínimo; 43,4% abaixo de meio salário mínimo), classificando-os como pessoas em situação de pobreza (IBGE, 2023). Esta disparidade econômica coloca a população afrodescendente em situação social inferior, servindo como sérios fatores de riscos para o contágio de doenças por períodos maiores (Williams, 1999; Chehuen Neto *et al.*, 2015).

Vale ressaltar que a renda familiar média entre as comunidades quilombolas da região Nordeste do país é considerada relativamente alta (SEPPIR, 2012; IBGE, 2023), fato que pode ser atribuído ao acesso ao Programa Bolsa Família, o que permite complemento de renda às famílias quilombolas dessa região, segundo De Souza Araújo *et al.* (2019). Entretanto, os mesmos autores observaram que boa parte da população estudada por eles não recebe auxílio do governo, fato também observado no presente trabalho. Os autores dizem, ainda, que parte da população brasileira socioeconomicamente vulnerável encontra-se desassistida por programas sociais, o que ratifica a ineficácia das atuais políticas públicas destinadas.

5.1.3 Características estruturais e sanitárias do domicílio

Em relação às características domiciliares, todos os 251 imóveis são casas. Destes, 94% (n=236) é próprio já quitado, 95,6% (n=240) foi construído com material de alvenaria e 96,4% (n=242) possui telhado composto por telha sem laje. 72,5% (n=182) dos imóveis possui cinco ou mais cômodos, sendo que, destes, 62,5% (n=157) servem como dormitórios (TABELA 4).

Em 2022, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua, 2022) reuniu estimativas acerca de informações de características gerais de domicílios, como tipo de domicílio e condição de ocupação. Em todo Brasil, observou-se o predomínio de casas (85%) e a região Nordeste apresentou 90,3% dos imóveis como sendo casas.

Tabela 4 - Caracterização de 251 unidades domiciliares do Território Quilombola Águas do Velho Chico, Orocó-PE.

	N	%
Tipo de domicílio		
Casa	251	100
Situação do domicílio	N	%
Próprio (pago)	236	94
Próprio (pagando)	6	2,3
Cedido	9	3,6
Material da parede	N	%
Alvenaria	240	95,6
Outro*	11	4,4
Material do telhado	N	%
Telha sem laje	242	96,4
Telha com laje	9	3,6
Número de cômodos	N	%
Dois	2	0,8
Três	4	1,6
Quatro	63	25
Cinco ou mais	182	72,5
Número de dormitórios	N	%
Um	1	0,2
Dois	157	62,5
Três ou mais	91	36,3

*foram agrupadas as respostas para madeira e taipa. Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Neste trabalho, percebeu-se que o padrão dos domicílios segue o estimado pela referida pesquisa. Já, sobre a condição de ocupação dos domicílios, houve indicação de que 94% dos participantes desta pesquisa possui residências já quitadas, índices elevados quando comparados aos dados disponibilizados pela

PNAD Contínua (2022), onde a região Nordeste registrou 71% dos imóveis como próprios, pagos por algum morador.

Além disso, observou-se que 95,6% (n=240) dos entrevistados residem em domicílios cujo material predominante nas paredes externas é alvenaria. Esta realidade é oposta à encontrada por Cirqueira Junior *et al.* (2015), ao realizarem uma pesquisa no interior de Minas Gerais e relatarem a predominância de casas de taipa; e por De Castro, Da Silva e Do Nascimento (2022), ao estudarem uma população quilombola no interior do Ceará e se depararem com casas de madeira, do tipo palafita, como maioria. Assim, se faz necessário ressaltar a influência que o material que compõe as paredes tem na ocorrência de doenças, uma vez que podem servir de abrigo para vetores de parasitoses e viroses (Magalhães *et al.*, 2013).

Tabela 5 - Caracterização das condições do saneamento básico do Território Quilombola Águas do Velho Chico, Orocó-PE.

	N	%
Possui água canalizada		
Sim	250	99,6
Não	1	0,3
Origem da água	N	%
Rede geral de distribuição	244	97,2
Fonte/nascente	7	2,7
Tratamento da água no domicílio	N	%
Cloro	144	57,3
Filtro	19	7,5
S/ tratamento	85	33,8
Utiliza água mineral	3	1,2
Possui banheiro	N	%
Sim	251	100
Uso do banheiro	N	%
Exclusivo do domicílio	251	100
Escoadouro do banheiro	N	%
Fossa séptica não ligada à rede	145	57,7
Fossa rudimentar	102	40,6
Outro ¹	4	1,6
Destino do lixo	N	%
Queimado/enterrado	248	98,8
Outro ²	3	1,2
Iluminação	N	%
Energia elétrica	251	100

¹foram agrupadas as respostas para descarte em valas, direto no rio e à céu aberto; ²foram agrupadas as respostas para descarte à céu aberto e transporta para a zona urbana.

A Tabela 5 demonstra as condições de saneamento básico do Território Quilombola Águas do Velho Chico. 99,6% (n=250) dos participantes da pesquisa afirmaram ter água canalizada em suas residências e 97,2% (n=244) recebe a água advinda da Rede Geral de Distribuição. 57,3% (n=144) dos voluntários informaram que utilizam cloro para tratar a água em suas residências, mas 33,8% (n=85) não realizam qualquer tipo de tratamento na água antes do consumo. Todos os entrevistados relataram possuir banheiro em casa e de uso exclusivo do domicílio. Sobre o tipo de escoadouro do domicílio, 57,7% (n=145) afirmaram que se dá através de fossa séptica não ligada à rede e; 40,6% (n=102), por fossa rudimentar. No que se refere ao destino do lixo, 98,8% (n=248) relataram queimar ou enterrar os resíduos produzidos. Todos os participantes informaram possuir energia elétrica em seus domicílios.

No presente estudo, foi possível observar que, apesar de 97,2% da origem da água ser da Rede Geral de Distribuição e de 57,3% da população afirmar tratar a água com cloro em seus domicílios, os moradores relataram durante a entrevista que realizam este tratamento “quando tem” o item disponível (distribuição realizada por agente de saúde), sendo que utilizam a água sem tratamento algum rotineiramente quando na ausência do produto. Neste sentido, a água pode apresentar critérios de potabilidade diferentes dos que preconiza o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 888 de 04 de maio de 2021 (BRASIL, 2021). Esta conjuntura contribui para a propagação de doenças de veiculação hídrica, sejam elas bacterianas, virais e/ou parasitárias (Silva *et al.*, 2016; Bernardino *et al.*, 2020).

Outro achado importante desta pesquisa é que 100% dos entrevistados afirmaram possuir banheiro de uso exclusivo do próprio domicílio. Entretanto, em se tratando do tipo de escoadouro, a partir de ações advindas do Programa Nacional de Habitação Rural, a partir do ano de 2013, 145 casas foram construídas no Território, as quais são com escoadouro por fossa séptica. Com isso, 57,7% dos participantes relatou que realiza o descarte através de fossa séptica não ligada à rede e; 40,6%, por meio de fossa rudimentar. Esta realidade é semelhante aos dados demonstrados pela PNAD Contínua (2022) para a região Nordeste, onde, para áreas rurais, o esgotamento sanitário dos domicílios por fossa séptica não ligada à rede e por fossa rudimentar corresponde, respectivamente, à 40,2% e 50,5%.

Mas vale salientar que estes índices ainda baixos de escoamento por rede coletora é um agravante para a saúde das pessoas, uma vez que, tanto o destino

quanto o manejo inapropriados dos dejetos humanos facilita a contaminação de lençóis freáticos, fontes, rios e nascentes, além de contribuir para a reprodução de vetores e de agentes etiológicos de doenças (Silva, 2007; Bernardino *et al.*, 2020). De Souza Araújo *et al.* (2019) relatam que não possuir esgotamento sanitário adequado é um contexto comum para comunidades quilombolas em todas as regiões do Brasil.

Referente ao destino do lixo produzido no Território Quilombola Águas do Velho Chico, 98,8% (n=248) dos voluntários desta pesquisa afirmaram que queimam ou enterram o próprio lixo. Este percentual é superior ao de estudos com populações quilombolas no Espírito Santo (63,16%), na Bahia (57,9%) e no Pará (78%), conforme descrevem Brauer (2017), De Souza Araújo *et al.* (2019) e Coelho (2019).

Hábitos costumeiros, como os de queimar ou enterrar o lixo produzido, podem favorecer a ocorrência de incêndios, a liberação de gases nocivos, a contaminação do solo e de águas subterrâneas, além da poluição visual e odor fétido. Isto pode gerar efeitos prejudiciais na produção agrícola e contribuir para a propagação de doenças (Rauber *et al.*, 2017).

Para Da Silva *et al.* (2016), ao refletir sobre a importância do saneamento básico, que engloba o abastecimento de água, a gestão de esgotos e a eliminação de resíduos sólidos, torna-se evidente que a população deve ser adequadamente apoiada em todos os três aspectos para garantir um serviço de qualidade. Os achados deste estudo revelam que as comunidades estudadas enfrentam, atualmente, condições precárias, as quais representam desafios para a promoção da saúde e criam um estado de vulnerabilidade para esta população (Batista *et al.*, 2021).

5.2 INQUÉRITO ENTEROPARASITOLÓGICO

A Tabela 6 demonstra o tipo de relação das espécies encontradas com o hospedeiro, bem como a prevalência (P). Dos 77 casos positivos, o que corresponde à prevalência de 30,6%, 40 (15,9%) são espécies comensais e 37 (14,7%) são espécies parasitas do hospedeiro.

Tabela 6 - Tipo de relação com o hospedeiro e prevalência de espécies encontradas.

Variável	Frequência	P (%)
Negativos	174	69,3
Positivos	77	30,6
Comensalismo	40	15,9
Parasitismo	37	14,7

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Conforme a Figura 11, foram identificadas quatro espécies de protozoários, sendo diferenciados pelas espécies: *Entamoeba coli*, *Entamoeba histolytica/dispar*, *Iodamoeba butschlii* e *Endolimax nana*.

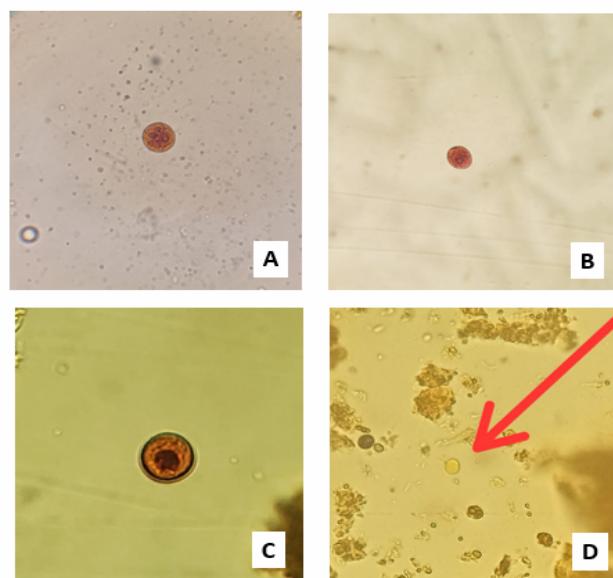


Figura 11 - Protozoários presentes nas amostras examinadas em microscopia óptica. **A)** cisto de *Entamoeba coli* apresentando 7 núcleos; **B)** cisto de *Entamoeba histolytica/dispar* apresentando um núcleo; **C)** cistos de *Iodamoeba butschlii* com a presença distal do vacúolo de glicogênio; **D)** cisto de *Endolimax nana*.

Fonte: Acervo do Projeto Afya.

A Tabela 7 apresenta a prevalência das diferentes espécies reportadas nos exames coproparasitológicos, representadas em frequência absoluta e percentual. A espécie mais prevalente é *E. coli*, com 9,2% de ocorrência, seguida por *E. histolytica* com 8,4%. A maioria das outras espécies tem prevalências inferiores a 5%. Também é observada a presença de casos de poliparasitismo, indicando a coexistência de múltiplas espécies em alguns indivíduos, como a combinação *E. coli / E. histolytica / Iodamoeba butschlii*, que ocorre em 1,6% dos casos. Algumas espécies, como *Endolimax nana* e *Iodamoeba butschlii*, têm prevalências menores, representando 1,6% e 3,6%, respectivamente. Combinações específicas, como *Iodamoeba butschlii / E. histolytica*, são observadas em 1,2% dos casos.

Tabela 7 - Prevalência das espécies encontradas nas amostras.

Espécie	Espécie	Frequência (N)	Percentual (%)
	<i>E. coli</i>	23	9,2
	<i>E. coli / E. histolytica</i>	7	2,8
	<i>E. coli / E. histolytica / Iodamoeba butschlii</i>	4	1,6
	<i>E. coli / Iodamoeba butschlii</i>	4	1,6
	<i>E. histolytica</i>	21	8,4
	<i>E. histolytica / E. coli / Iodamoeba butschlii</i>	1	0,4
<i>Endolimax nana</i>	<i>Endolimax nana</i>	4	1,6
	<i>Endolimax nana / E. histolytica / Iodamoeba butschlii</i>	1	0,4
	<i>Iodamoeba butschlii</i>	9	3,6
	<i>Iodamoeba butschlii / E. histolytica</i>	3	1,2
	Negativo	174	69,3
	Total	251	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

No presente trabalho, foi constatada a presença exclusiva de amebas nas análises realizadas, sendo a única espécie de enteroparasito encontrada a *Entamoeba histolytica/dispar*. Entre os indivíduos infectados por amebas (n=77), aproximadamente um terço (n=23) apresentava uma infecção enterocomensal, através da espécie *Entamoeba coli*, isto é, uma condição não patogênica para o hospedeiro humano. Este achado pode ser considerado um aspecto positivo para a população analisada.

Entretanto, apesar da ausência de patogenicidade das espécies comensais, vale salientar que esse dado requer vigilância, uma vez que elas compartilham a mesma fonte de transmissão dos protozoários patogênicos, o que pode indicar uma

contaminação da fonte de água ou alimentos. (Viana *et al.*, 2017). A conservação da fonte de contaminação implica na ocorrência da doença de modo continuado, o que pode favorecer sua disseminação por toda a população (Almeida; Leite, 2019).

É importante pontuar que nenhuma espécie de helminto foi encontrada neste estudo. Para Santos *et al.* (2020), a maior frequência de protozoários pode ser atribuída à sua facilidade de transmissão, já que não requerem estágio de maturação no solo, como no caso de geohelmintos. Ademais, como o presente trabalho estudou indivíduos acima de 18 anos, a ausência de helmintos nas amostras analisadas pode ser justificada de acordo com o Guia de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2019), o qual ressalva a ocorrência predominante de helmintos em pessoas de pouca idade.

5.2.1 Fatores que contribuem para infecção parasitária

A Tabela 8 apresenta uma análise cruzada (*crosstab*) entre o resultado dos exames parasitológicos (Negativo ou Positivo) em comparativo com aspectos socioeconômicos, demográficos e sanitários entre indivíduos residentes no Território Quilombola Águas do Velho Chico.

Notou-se que não houve diferença na maioria dos aspectos socioeconômicos, demográficos e sanitários entre os grupos que apresentaram positivos ou negativos. Para o grau de escolaridade é que foi possível notar uma associação significativa entre o resultado dos exames parasitológicos. Também há uma associação significativa entre o resultado dos exames parasitológicos e a quantidade de cômodos nas residências.

Dentro do grau de escolaridade, houve diferenças significativas na prevalência. A variável Educação de Jovens e Adultos (EJA) apresentou a maior prevalência (36,4%), sendo estatisticamente significativa ($p=0,014$) em termos de positividade. Para os resultados negativos, a maior prevalência foi encontrada na variável Ensino Médio (34,5%).

No que se refere ao sexo biológico, observou-se prevalência maior de resultados positivos nos exames parasitológicos no sexo feminino (68,8%) em comparação com o sexo masculino (31,2%). Apesar da diferença, o valor de p ($p=0,165$) indica que esta diferença não é estatisticamente significativa. Em seu trabalho, Niedermaier *et al.*, (2022), ao estudarem uma comunidade quilombola no interior de Santa Catarina, sugerem que o fator sexo biológico não é determinante para a ocorrência de parasitoses intestinais. Além de a população brasileira ser, majoritariamente, feminina, para Rosine *et al.*, (2018), a incidência elevada em pessoas do sexo feminino tem relação com a exposição ao meio de contágio, o qual pode estar inserido na rotina, através do contato com bebidas e alimentos contaminados.

Tabela 8 – Crosstab entre resultado dos exames parasitológicos, positivo ou negativo, x aspectos socioeconômicos e ambientais entre indivíduos residentes no local de estudo.

Variáveis	Resultado dos exames				Total (n)	Valor de p
	Positivo		Negativo			
	n	%	n	%		
Sexo biológico						
Feminino	53	68,8%	107	61,5%	160	0,165
Masculino	24	31,2%	67	38,5%	91	
Total	77	100,0%	174	100,0%	251	
Cor/etnia						
Amarela	1	1,3%	1	0,6%	2	0,413
Branca	0	0,0%	3	1,7%	3	
Indígena	1	1,3%	0	0,0%	1	
Negra	63	81,8%	142	81,6%	205	
Parda	12	15,6%	28	16,1%	40	
Total	77	100,0%	174	100,0%	251	
Grau de escolaridade						
EJA	28	36,4%	30	17,2%	58	0,014*
Ensino Médio	14	18,2%	60	34,5%	74	
Fundamental I	21	27,3%	43	24,7%	64	
Fundamental II	5	6,5%	13	7,5%	18	
Nenhum	1	1,3%	7	4,0%	8	
Pré-escola	4	5,2%	6	3,4%	10	
Superior	4	5,2%	15	8,6%	19	
Total	77	100,0%	174	100,0%	251	
Situação do domicílio						
Cedido	4	5,2%	5	2,9%	9	0,177

Pagando	0	0,0%	6	3,4%	6	
Pago	73	94,8%	163	93,7%	236	
Total	77	100,0%	174	100,0%	251	
Material da Parede						
Alvenaria	72	93,5%	168	96,6%	240	0,221
Outro	5	6,5%	6	3,4%	11	

(continua)

Tabela 8 – Crosstab entre resultado dos exames parasitológicos, positivo ou negativo, x aspectos socioeconômicos e ambientais entre indivíduos residentes no local de estudo.

(continuação)

Total	77	100,0%	174	100,0%	251	
Água canalizada						
Sim	76	98,7%	174	100,0%	250	0,307
Não	1	1,3%	0	0,0%	1	
Total	77	100,0%	174	100,0%	251	
Tratamento de água no domicílio						
Cloro	38	49,4%	106	60,9%	144	0,234
Filtro	7	9,1%	12	6,9%	19	
Outro	2	2,6%	1	0,6%	3	
Sem tratamento	30	39,0%	55	31,6%	85	
Total	77	100,0%	174	100,0%	251	
Quantidade de cômodos						
2	1	1,3%	1	0,6%	2	0,003*
3	3	3,9%	1	0,6%	4	
4	9	11,7%	54	31,0%	63	
5 ou mais	64	83,1%	118	67,8%	182	
Total	77	100,0%	174	100,0%	251	
Destino do Lixo						
Outro	1	1,3%	2	1,1%	3	0,669
Queimado	76	98,7%	172	98,9%	248	
Total	77	100,0%	174	100,0%	251	
Escoadouro do domicílio						
Fossa rudimentar	36	46,8%	66	37,9%	102	0,420
Fossa séptica	40	51,9%	105	60,3%	145	
Outro	1	1,3%	3	1,7%	4	
Total	77	100,0%	174	100,0%	251	
Domicilio cadastrado na UBS						
Não	6	7,8%	14	8,0%	20	0,994
Não sabe	6	7,8%	13	7,5%	19	
Sim	65	84,4%	147	84,5%	212	
Total	77	100,0%	174	100,0%	251	
Acesso ao SUS						
Sim	74	3,9%	169	2,9%	243	0,466
Não	3	96,1%	5	97,1%	8	
Total	77	100,0%	174	100,0%	251	
Última ida ao médico						
até um ano	57	74,0%	123	70,7%	180	0,375

anos	mais de dois	12	15,6%	25	14,4%	37
anos	mais de três	7	9,1%	24	13,8%	31
	Não sabe	1	1,3%	0	0,0%	1
	Nunca foi	0	0,0%	2	1,1%	2
	Total	77	100,0%	174	100,0%	251

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Com base nos dados e nos resultados do teste do Qui-Quadrado de Pearson (15,945, Graus de liberdade (df): 6, p-valor: 0,014), pode-se apontar que há associação significativa entre o resultado dos exames parasitológicos e o grau de escolaridade das pessoas avaliadas. A escolaridade parece influenciar o resultado dos exames parasitológicos, o que pode ocorrer de maneiras diversas. Um desses fatores é o fato de que pessoas com maior grau de escolaridade podem ter maior acesso a informações sobre saúde e higiene. Níveis de conhecimento mais aprofundados podem estar associados a maior conscientização sobre a prevenção de doenças parasitárias (Bezerra *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2016; Pauli *et al.*, 2019).

A associação significativa entre o resultado dos exames parasitológicos e a quantidade de cômodos nas residências (Qui-Quadrado de Pearson=13,729, df=3, p=0,003), sugere que a quantidade de cômodos pode estar relacionada ao resultado dos exames parasitológicos, indicando possíveis fatores associados à transmissão ou exposição aos parasitos, que podem variar conforme as condições de moradia.

A análise sugere que, no contexto desses dados, residências com 5 ou mais cômodos têm uma proporção mais alta tanto de resultados positivos, quanto negativos nos exames parasitológicos em comparação com as demais quantidades de cômodos. Isto porque a associação significativa entre o resultado dos exames e a quantidade de cômodos pode ser impactada pelo fato de residências maiores conseguirem abrigar mais pessoas, o que pode aumentar a densidade populacional e, consequentemente, facilitar a transmissão de parasitos entre os residentes. Em contrapartida, residências com maior infraestrutura sanitária tendem a ter menor prevalência de parasitos, uma vez que imóveis com boa infraestrutura geralmente oferecem condições de moradia mais favoráveis, como ausência de infestações por vetores que transmitem tais doenças (Neves; Melo; Linardi. 2022).

As respostas sobre ter tido parasitose na vida, ter feito exame de fezes e ter tomado antiparasitário não mostram variação significativa com base no grau de

escolaridade, conforme descrito na Tabela 9. No entanto, há uma diferença significativa na compreensão de como as parasitoses são contraídas ($p=0,012$) com o grupo de menor escolaridade, com proporção maior de pessoas que não sabem como contraem parasitoses. Dentro do grupo sem nenhum grau de escolaridade, 100% dos entrevistados ($n=8$) apontaram não saber como contraem parasitoses. Porém, o índice de outros graus também foi alarmante. Para os que não sabem como contraem estão EJA: 84,5%, Ensino Médio: 77,0%, Fundamental I: 70,3%; Fundamental II: 83,3%; Nenhum: 100,0%; Pré-escola: 90,0% e Superior: 47,4%. enquanto que para termos de ter conhecimento de como contrai temos: EJA: 15,5%; Ensino Médio: 23,0%; Fundamental I: 29,7%; Fundamental II: 16,7%; Nenhum: 0,0% (Nota: com apenas 1 caso); Pré-escola: 10,0% e Superior: 52,6%.

Isto posto, torna-se evidente a necessidade de implementar medidas de Educação em Saúde, especialmente entre aqueles com menor grau de escolaridade, sobre os modos de transmissão das enteroparasitoses. Ações educativas direcionadas a esse grupo podem ser benéficas para melhorar o entendimento sobre prevenção e controle dessas doenças. Mello, Lima e Robaina (2022) sugerem que, no âmbito da educação básica brasileira, a implementação da Educação em Saúde surge como abordagem altamente eficaz para promover resultados positivos de saúde, melhorar a qualidade de vida e prevenir doenças entre os estudantes.

Tabela 9 – Descrição da associação entre as variáveis ter feito exames de fezes, ter tomado antiparasitário e grau de escolaridade dos entrevistados.

Variável	Grau de escolaridade								p-valor
	EJA	Médio	Fund I	Fund II	Nenhum	Pré-escola	Sup	Total (n)	
Sabe se teve parasit. na vida									
Não	N 46	58	49	13	7	10	13	196	0,670
	% 79,3	78,4	76,6	72,2	87,5	100,0	68,4		
Não	N 2	0	1	0	0	0	0	3	
Sabe	% 3,4	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0		
Sim	N 10	16	14	5	1	0	6	52	
	% 17,2	21,6	21,9	27,8	12,5	0,0	31,6		
Já fez exame de fezes									
Não	N 15	33	17	8	3	1	3	80	0,085
	% 25,9	4,6	26,6	44,4	37,5	10,0	15,8		
Não Sabe	N 4	2	1	0	1	1	2	11	
	% 6,9	2,7	1,6	0,0	12,5	10,0	10,5		
Sim	N 39	39	46	10	4	8	14	160	

	%	67,2	52,7	71,9	55,6	50,0	80,0	73,7		
Sabe como contrai parasit.										
Não	N	49	57	45	15	8	9	9	192	0,012*
	%	84,5	77,0	70,3	83,3	100,0	90,0	47,4		
Sim	N	9	17	19	3	0	1	10	59	

(continua)

Tabela 9 – Descrição da associação entre as variáveis ter feito exames de fezes, ter tomado antiparasitário e grau de escolaridade dos entrevistados.

(continuação)

	%	15,5	23,0	29,7	16,7	0,0	10,0	52,6		
Já tomou anti Parasit.										
Não	N	41	39	42	10	7	8	10	157	0,486
	%	70,7	52,7	65,6	55,6	87,5	80,0	52,6		
Não Sabe	N	0	1	0	0	0	0	0	1	
	%	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
Sim	N	17	34	22	8	1	2	9	93	
	%	29,3	45,9	34,4	44,4	12,5	20,0	47,4		

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Grupos com Ensino Médio e Fundamental I apresentam uma proporção mais elevada de indivíduos que afirmam não saber como contrair parasitoses, isso pode indicar uma lacuna no conhecimento desses grupos específicos sobre o contágio. Assim, questões de conscientização e educação sobre higiene e saúde podem não estar sendo adequadamente abordadas nos currículos educacionais. De Barros Ducatti; Capeleti; Busato (2023) relatam, num trabalho de revisão, que estudos voltados para ações de Educação em Saúde alcançam resultados efetivos e de amplo entendimento sobre boas práticas de higiene e prevenção de doenças como as parasitoses intestinais.

Logo, os resultados do presente estudo revelam a importância de se investir nessa esfera, à luz de métodos higiênico-sanitários rotineiros, os quais interferem no contágio, assim como primar pelo conhecimento sobre os prejuízos que as enteroparasitoses podem trazer à saúde.

5.2.2 Ações de Educação em Saúde

Utilizando-se da estratégia de atingir o maior público possível, na ocasião da devolutiva dos resultados dos exames, em cada comunidade, realizou-se atividades voltadas para o conhecimento sobre parasitoses, contágio e prevenção (FIGURAS 12 e 13). Foram esclarecidas dúvidas acerca das infecções parasitárias, bem como de medidas de higiene quem minimizam a contaminação, além da distribuição de material educativo (APÊNDICE E).

A literatura mostra que a adoção da Educação em Saúde implica na capacitação do público para que se possa introduzir no cotidiano de seus lares as medidas profiláticas discutidas (Jair; Nara, 2021; Vasconcelos; Da Silva Vasconcelos, 2021). Além disto, Ferreira e Andrade (2005) afirmam que enfatizar a importância da correta higienização das mãos é prática educativa fundamental, uma vez que tal prática previne amplamente a contaminação.

Figura 12 – Ações de Educação em Saúde. A e B) Explanação sobre parasitoses.



Fonte: Acervo do Projeto Afya (2023).

Figura 13 – Ações de Educação em Saúde. A) Visualização de estruturas parasitárias ao microscópio óptico; B) Visualização parasitos e vetores à olho nu.

**A****B**

Fonte: Acervo do Projeto Afya (2023).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Território Quilombola Águas do Velho Chico ainda está inserido em contexto de aspectos socioeconômicos e demográficos considerados frágeis, uma vez que as condições de saneamento básico são precáreas, com ausência de rede coletora de esgoto e de resíduos sólidos.

Altas frequências de parasitos e comensais foram identificadas, sendo protozoários as únicas espécies encontradas no grupo estudado. Foram identificadas as espécies: *Entamoeba coli*, *Entamoeba histolytica/dispar*, *Iodamoeba butschlii* e *Endolimax nana*. Este estudo demonstrou a prevalência de 30,6%.

Houve correlação significativa entre o resultado positivo dos exames parasitológicos e o grau de escolaridade. Pessoas com maior grau de escolaridade podem ter maior acesso a informações sobre saúde e higiene.

Este estudo evidenciou a necessidade de implementar medidas de Educação em Saúde, especialmente entre aqueles com menor grau de escolaridade, sobre os modos de transmissão das enteroparasitoses. Ações educativas direcionadas a esse grupo podem ser benéficas para melhorar o entendimento sobre prevenção e controle dessas doenças.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. A.; LEITE, T. S. A. *Entamoeba histolytica* como causa da amebíase. **Revista Saúde e Meio Ambiente**, v. 10, n. 1, p. 133-139. 2019.
- ALMEIDA, C. B. *et al.* Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira. **Avances en Enfermería**, v. 37, n. 1, p. 92-103, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.69141>. Acesso em: 05 abr. 2021.
- ALVES, A. E. O. A. **Nematelmintos, helmintoses, verminoses**. Parasitologia – Fundamentos e Prática Clínica. 2022.
- AMORIM, Maise Mendonça *et al.* Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. **Bioscience journal**, v. 29, n. 4, p. 1049-1057, 2013.
- ANDRADE, L.; TRECCANI, G. Terras de quilombo. *In: LARANJEIRA, R. (Org). Direito Agrário Brasileiro*. São Paulo: LTR, 2000.
- ANTUNES, A. S.; LIBARDONI, K. S. B. Prevalência de enteroparasitoses em crianças de creches do município de Santo Ângelo, RS. **Revista Contexto & Saúde**, v. 17, n. 32, p. 144-156, 2017.
- ANTUNES, R. S. *et al.* Parasitoses intestinais: prevalência e aspectos epidemiológicos em moradores de rua. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 52, n. 1, p. 87-92, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21877/2448-3877.202000894>. Acesso em: 05 mai. 2021.
- ARAÚJO, R. L. M. S. Determinantes sociais de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA / Roberta Lima Machado de Souza Araújo. 2017. 128 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.
- ARAÚJO, R. L. M. S.; ARAÚJO, E. M., SILVA, H. P.; SANTOS, C. A. D. S. T.; NERY, F. S.; SANTOS, D. B.; SOUZA, B. L. M. Condições de vida, saúde e morbidade de comunidades quilombolas do semiárido baiano, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43(1), p. 226-246. 2019.
- ARRUTI, J. M. Quilombos. **Jangwa Pana**, v. 8, n. 1, p. 102–121, 2009.
- ARRUTI, J. M. Quilombos e cidades: breve ensaio sobre processos e dicotomias. **Dispositivos urbanos e trama dos viventes: ordens e resistências**, Rio de Janeiro: FGV, p. 217-238, 2015.
- ASSIS, E. S. **Estudo das síndromes falcêmicas em comunidade quilombola, Sergipe / Brasil**. 2010. 69f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes, Aracaju, 2010.

BACELAR, P. A. A.; SANTOS, J. P.; MONTEIRO, K. J. L.; CALEGAR, D. A.; NASCIMENTO, E. F.; COSTA, F. A. C. Parasitoses intestinais e fatores associados no estado do Piauí: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. 10(4). 2018.

BADRI, Milad *et al.* A prevalência da tricuríase humana na Ásia: uma revisão sistemática e meta-análise. **Pesquisa Parasitologia**, v. 121, n. 1, pág. 1-10, 2022.

BAIN, B. J. **Células Sanguíneas**: Um Guia Prático. 5. ed. São Paulo: Artmed Editora, 2016.

BARBOSA, J. A. *et al.* Análise do perfil socioeconômico e da prevalência de enteroparasitoses em crianças com idade escolar em um município de Minas Gerais. **HU Revista**, v. 43, n. 4, p. 391-397, 2017.

BARBOSA, Raquel Rodrigues da Silva; SILVA, Cristiane Souza da; SOUSA, Arthur Alves Pereira. Vozes que ecoam: racismo, violência e saúde da população negra. **Revista Katálysis**, v. 24, p. 353-363, 2021.

BARBOSA-FILHO, J. P. M. *et al.* Metodologias aplicadas na identificação e diferenciação da Entamoeba histolytica e Entamoeba dispar: uma revisão narrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 8, p. 76277-76284, 2021.

BARDA, Beatriz Divina; KEISER, Jennifer; ALBÔNICO, Marco. Tricuríase humana: atualização diagnóstica. **Relatórios atuais de medicina tropical**, v. 2, p. 201-208, 2015.

BATISTA, E. C.; ROCHA, K. B. Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Interações**, v. 21, n.1, p. 35-50, 2020.

BATISTA, L. E. *et al.* Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde em debate**, v. 37, p. 681-690, 2013.

BATISTA, Vanessa de Almeida et al. Tecnologias sociais voltadas para o saneamento básico de comunidades ribeirinhas na Amazônia. **Revista Brasileira de Gestão Ambiental e Sustentabilidade**, v. 8, n. 19, p. 909-920, 2021.

BAUER, M. W.; AARTS, B. A Construção do *corpus*: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som**: Um manual prático. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

BENTO, M. A. S.; BEGHIN, N. Juventude negra e exclusão radical. **Boletim de Políticas Sociais**, v. 11, p. 194-197, 2005. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4583/1/bps_n.11_juventudeENSAIO4_Maria11.pdf. Acesso em: 01 mai. 2022.

BERNARDINO, Kamila Rocha *et al.* O desafio do saneamento em comunidades rurais e a importância do monitoramento da qualidade da água. **Boletim do Observatório Ambiental Alberto Ribeiro Lamego**, v. 14, n. 2, p. 255-273, 2020.

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

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

BRANDÃO, A.; JORGE, A. L.; DALT, S. Faz diferença estar na agenda: Lideranças comunitárias quilombolas e percepções sobre acesso às políticas sociais nos anos recentes. In: 40ª REUNIÃO ANUAL DA ANPOCS, ST 28 – “**Relações raciais: desigualdades, identidades e políticas públicas**”, Caxambu, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p.56, 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Educação Quilombola – Escolas. Brasília, 2018. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/educacao-quilombola-/escolas>. Acesso em 07 dec. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS E DA CIDADANIA. **Programa Brasil Quilombola promove a cidadania das comunidades**, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/notícias/2018/julho/programa-brasil-quilombola-promove-a-cidadania-das-comunidades-no-brasil> adania-no-brasil#~:text=O%20Programa%20Brasil%20Quilombola%20%28PBQ%29%20foi%20lançado%20em,da%20política%20de%20Estado%20para%20as%20áreas%20quilombolas.

BRASIL. Pesquisa de avaliação da situação de segurança alimentar e nutricional em comunidades quilombolas tituladas. Fundação Euclides da Cunha de Apoio Institucional à Universidade Federal Fluminense (FEC-UFF). Núcleo de Pesquisas Sociais Aplicadas, Informações e Políticas Públicas da Universidade Federal Fluminense (Data UFF). Brasília, 2013.

BRASIL. [Constituição Federal (1988)]. **Seção II Da Saúde**: Art. 196. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_06.06.2017/art_196_.asp#:~:text=196.,sua%20promo%C3%A7%C3%A3o%2C%20prote%C3%A7%C3%A3o%20e%20recupera%C3%A7%C3%A3o. Acesso: 05 mai. 2021.

BRASIL. **Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas**. Programa Brasil Quilombola, Brasília, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/ferre/Downloads/guia-de-politicas-publicas-para-comunidades.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde,

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 888, de 04 de maio de 2021. Altera o Anexo XX da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. **Diário Oficial [da União]**, n. 85, p. 127-127, 2021.

BRAUER, A. M. N. W. **Avaliação socioeconômica, demográfica, parasitológica e hematológica de comunidades quilombolas do norte do Espírito Santo, Brasil**. [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2017.

CABRAL-MIRANDA, G.; DATTOLI, V. C. C.; DIAS-LIMA, A. Enteroparasitos e condições socioeconômicas e sanitárias em uma comunidade quilombola semiárido baiano. **Revista de Patologia Tropical**. v. 39, n. 1, p. 48-55. 2010.

CAMPELLO, Tereza et al. Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 54-66, 2018.

CDC. **Laboratory Identification of Parasites of Public Health Concern**. DPDx: Parasites A-Z Index, 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/dpdx/az.html>. Acesso em: 04 dez. 2023.

CALEGAR, D. A. **Parasitismo intestinal e fatores associados em quatro localidades rurais no semiárido nordestino brasileiro**. 107 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical), Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2015.

CARDOSO, L.F.C. Sobre imagens e quilombos: notas a respeito da construção da percepção acerca das comunidades quilombolas. **R. Est. Pesq. Educ.** v.12, n.1, p.11-20, 2010.

CARDOSO, C. S.; MELO, L. O.; FREITAS, D. A. Condições de Saúde nas Comunidades Quilombolas. **Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 1037-1045, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a110258p1037-1045-2018>. Acesso em: 05 mai. 2021.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. e00101417, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>. Acesso em: 21 jul. 2021.

CARNEIRO-SAMPAIO, M.; SLHESSARENKO, N. Vamos reduzir o volume de sangue coletado para exames laboratoriais? **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 2, p. 291-292, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-058220143221613>. Acesso em: 07 mai. 2021.

CARVALHO, Andréia Santos; OLIVEIRA e Silva, Denise. Perspectivas de segurança alimentar e nutricional no Quilombo de Tijuaçu, Brasil: a produção da agricultura

familiar para a alimentação escolar. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2014, v. 18, n. 50. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0804>. Acesso em: 02 mai. 2022.

CARVALHO, F. E. B. A.; CASTILHO, S. D. A DECOLONIALIDADE EM DIREÇÃO AO FEMINISMO NEGRO QUILOMBOLA: uma reflexão necessária. **Revista Teias**, v. 23, n. 70, p. 41-56, 2022.

CASTRO, A. J.; ARAÚJO, H. E. Situação social brasileira: monitoramento das condições de vida 2 /. Brasília: **Ipea**, p.168, 2012.

CENTENO, S. R. *et al.* Representações de sujeito negro/a na política nacional de saúde integral da população negra: uma análise cultural. **TEXTURA-Revista de Educação e Letras**, v. 20, n. 42, p. 154-176, 2018.

CHEHUEN NETO, José Antônio *et al.* Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciencia & saude coletiva**, v. 20, p. 1909-1916, 2015.

CHIEFFI, P. P.; GRYSCHEK, R. C. B.; AMATO NETO, V. **Parasitoses intestinais: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

CIRQUEIRA JÚNIOR, Hildebrando *et al.* Saúde em comunidade quilombola: caracterização ambiental e ocorrência de enteroparasitos. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 13, n. 2, p. 603-612, 2015.

COMAR, S. R.; PASQUINI, R. Bases Técnicas do Hemograma e suas Aplicações. In: ZAGO, M. A.; FALCÃO, R. P.; PASQUINI, R. **Tratado de Hematologia**. 1. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

CPISP. Quilombolas no Brasil. **Comissão Pró-Índio de São Paulo – CPISP**, 2022. Disponível em: <https://cpisp.org.br/direitosquilombolas/observatorio-terrass-quilombolas/quilombolas-brasil/>. Acesso em: 07 mai. 2022.

COSTA, I. E. Decolonialidade e movimento quilombola na paraíba: diálogos possíveis. In: XIX Encontro Nacional de Geógrafos. Pensar e fazer a geografia brasileira no século XXI: Escalas, conflitos socioespaciais e crise estrutural na nova geopolítica mundial. João Pessoa, 2018.

CRUZ, I.C.F. Saúde e iniquidades raciais no Brasil: o caso da população negra. **Online Braz J Nurs**. v.5, n.2, p.1-10, 2006.

DAMAZIO, S. M.; *et al.* Intestinal parasites in a quilombola community of the Northern State of Espírito Santo, Brazil. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 55, n. 3, p. 179-183, 2013.

DA SILVA, Elielson Borges *et al.* Diagnóstico participativo de saneamento básico na comunidade rural do baixo Rio Araguari, Município de Ferreira Gomes-Amapá,

Brasil. **Biota Amazônia (Biote Amazonie, Biota Amazonia, Amazonian Biota)**, v. 6, n. 2, p. 17-23, 2016.

DE BARROS DUCATTI, Luiza; CAPELETI, Letícia Granella; BUSATO, Maria Assunta. EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DAS ENTEROPARASITOSES EM CRIANÇAS: uma Revisão Integrativa da Literatura. In: **Congresso Internacional em Saúde**. 2023.

DE SOUZA ARAÚJO, Roberta Lima Machado *et al.* Condições de vida, saúde e morbidade de comunidades quilombolas do semiárido baiano, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 226-246, 2019.

DO CARMO, Thiara Neres Bispo Vitorio *et al.* Fatores associados a doenças crônicas não transmissíveis autorrelatadas em quilombolas do semiárido baiano. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 54-75, 2021.

DOMINGUES, P.; GOMES, F. Histórias dos quilombos e memórias dos quilombolas no Brasil: Revisitando um diálogo ausente na lei 10.639/03. **Revista da ABPN**. v. 5, n. 11, p. 05-28, 2013.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural. **Amazônica-Revista de Antropologia**, v. 12, n. 1, p. 205-229, 2020.

FIABANI, A. O quilombo antigo e o quilombo contemporâneo: verdades e construções. **Simpósio Nacional de História**, v. 24, p. 1-10, 2007.

FERKITO, M. V. DALZOCHIO, T. Prevalência de parasitos intestinais em pacientes atendidos um laboratório de análises clínicas de um município do Rio Grande do Sul, Brasil. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 27, n. 1, p. 47-50, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.27.1.2020.1721>. Acesso em: 17 mai. 2021.

FERREIRA, J. N. **Condições de saúde de população negra remanescente de quilombo em Alcântara - MA**. 2015. 149 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

FORTES, T. P. *et al.* Avaliação da função renal e hepática em hamsters infectados experimentalmente com *Leptospira interrogans*. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, p. 73011-73017, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n9-670>. Acesso em: 17 mai. 2020.

FRECKLETON, J. T. A. V.; OLIVEIRA, F. J. A.; COSTA, I. N.; PAVANELLI, W. R.; CONCHON-COSTA, I.; MELANDA, F. N. Prevalência de enteroparasitos em crianças de uma cidade do norte do Paraná e fatores associados. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 40, n. 1, p. 89-98. 2019.

FREITAS, Igor Almeida de *et al.* Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 2, p. 2187-2200, 2018.

FREITAS, D. A. *et al.* Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista Cefac**, v. 13, n. 5, p. 937-943, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/fYdFrbrz5YHsqqyqTxj9QhR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 mai. 2022.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Quadro geral por estados de comunidade remanescentes de quilombo**. 2014. Disponível em: <<http://www.palmares.gov.br>>. Acesso em: 22 set. 2014.

FURTADO, M. B.; PEDROZA, R. L. S.; ALVES, C. B. Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 106-115, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/7m7spDq5Xm6vNYFqmh89X7g/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 mai. 2022.

GARCIA, L. S.; PROCOP, G. W. Diagnostic medical parasitology. **Manual of Commercial Methods in Clinical Microbiology: International Edition**, p. 284-308. 2016.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (eds.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático**. Petrópolis: Vozes. 2002.

GONDIM, I. O. Conscientização de crianças: Prevenção da Ascaridíase. **Conjecturas**, v. 21, n. 5, p. 834-843, 2021.

GRUNWALD-CORANTE, M. A. Y. MAY GRUNWALD-GIEMSA. GUZELGUL, F. SEYDEL, G. S. AKSOY, K. β -Globin Gene Mutations in Pediatric Patients with β -Thalassemia in the Region of Çukurova, Turkey. **Hemoglobin**, v. 44, n. 4, p. 249-253, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/03630269.2020.1792489>. Acesso em: 17 mai. 2021.

GYANG, V. P.; CHUANG, T. W.; LIAO, C. W.; LEE, Y. L.; AKINWALE, O. P.; OROK, A.; FAN, C. K. Intestinal parasitic infections: current status and associated risk factors among school aged children in an archetypal African urban slum in Nigeria. **Journal of Microbiology, Immunology and Infection**, v. 52(1), p. 106-113. 2019.

HAMANN, E. M.; TAUÍL, P. L. Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, p. 78, 2001.

HAMMER, H. F. Management of Chronic Diarrhea in Primary Care: The Gastroenterologists Advice. **Digestive Disease**, v. 39, n. 6, p. 615-621, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000515219>. Acesso em: 17 mai. 2021.

HERINGER, R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. S57-S65, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sqxP3HJB58RwMKVHNPCdNyw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 mai. 2022.

HOFFMAN, W.A.; PONS, J.A.; JANER, J.L. Sedimentation concentration method in Schistosomiasis mansoni. **The Puerto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine**, v. 9, p. 283-298, 1934.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**. 2002. RJ: IBGE, 2003.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. IBGE, 2009.

_____. **Censo demográfico 2010**. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011.

_____. **PNAD - Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

_____. **A Síntese dos Indicadores Sociais 2021 - Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101892.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2022.

_____. /Diretoria de Pesquisas. **Tábua Construída no âmbito da Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica**. 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/38455-em-2022-expectativa-de-vida-era-de-75-5-anos>. Acesso em: 07 dez. 2023.

_____. **Síntese de indicadores sociais**. IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html>. Acesso em: 12 dez. 2023.

_____. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. **Rio de Janeiro**. 2022. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3086/pnacm_2021_dez.pdf. Acesso em: 07 dez. 2023.

INOCÊNCIO, J. F.; SOUZA, M. M. T. A percepção do enfermeiro quanto à saúde do negro. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 5, n. 2, p. 11-17, 2014.

JAIR, Murillo Le Luciano; NARA, Lígia Martins Almeida. DOENÇAS PARASITÁRIAS E A RELAÇÃO COM O PANORAMA SANITÁRIO, SOCIOECONÔMICO E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 2, n. 1, p. 53-53, 2021.

JESUS, L. F. **Contaminação por Enterobius vermicularis em crianças na idade pré-escolar**. Monografia (Graduação em Biomedicina) – Centro Universitário Maria Milza (UNIMAM). 2021.

JACCOUD, M.; MAYER, R. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: POUPART, Jean et al. **a pesquisa qualitativa**. Enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008, p.215-253

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. Entrevista Narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

LABORCLIN. **Panótico rápido**. 2019. Disponível em: <https://www.laborclin.com.br/panotico-rapido/>. Acesso em: 09 mai. 2021.

LAMMIE, P. J.; FENWICK, A.; UTZINGER, J. A blueprint for success: integration of neglected tropical disease control programmes. **Trends in parasitology**, v. 22, n. 7, p. 313-321. 2006.

LIMA, F. L. et al. Um século do exame parasitológico de Lutz e sua relevância atual. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. [S.I.] 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21877/2448-3877.201900908>. Acesso em: 06 mai. 2021.

LOPES, D. H. O. **Prevalência de enteroparasitoses e poliparasitismo em hospital de referência do município de Natal/RN**. Monografia (Graduação) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2018.

LUGONES, M. Rumo a um feminismo descolonial. **Revista Estudos Feministas**, v. 22, p. 935-952, 2014.

MADEIRA, Z.; GOMES, D. D. O. Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo. **Serviço Social & Sociedade**, n. 133, p. 463-479, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.154>. Acesso em: 06 mai. 2022.

MAGALHÃES, Kelly Alves et al. A habitação como determinante social da saúde: percepções e condições de vida de famílias cadastradas no programa Bolsa Família. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 57-72, 2013.

MALTA, D. C.; SZWARCWALD, C. L.; PEREIRA, C. A. Pesquisa Nacional de Saúde, análises laboratoriais e monitoramento de metas de redução de Doenças Crônicas. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1190, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.01142021>. Acesso em: 17 mai. 2021.

MALTA, D. C. et al. Diferenciais dos fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis na perspectiva de raça/cor. **Ciência Saúde Coletiva**. v.20, n.3, p.713-25, 2015.

MELO, M.F.; SILVA, H. P. Doenças crônicas e os determinantes da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. **Rev ABPN**. v.7, n.16, p.168-89, 2015.

MELLO, Beatris Lisbôa; LIMA, Ana Paula Santos de; ROBAINA, José Vicente Lima. Promoção da saúde na escola: Revisão da literatura. **REVASF**, v. 12, n.28, p. xx-xx, 2022.

MENDES, A. N. *et al.* Incidência de ascaridíase em comunidade quilombola de Cachoeiro de Itapemirim, Espírito Santo, Brasil. **Boletim Informativo Geum**, v. 7, n. 1, p. 28-33, 2016.

MENEZES, O. R. A. **Caracterização epidemiológica das enteroparasitoses evidenciadas na população atendida na unidade básica de saúde Congós no município de Macapá – Amapá**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde), Fundação Universidade Federal do Amapá. Macapá. 2013.

MINEIRO TARGA, Simone *et al.* Prevalência de parasitas intestinais e fatores de risco em moradores da comunidade quilombola distrito Nossa Senhora Aparecida do Chumbo, Poconé, MT. **Scire Salutis**, v. 13, n. 2, 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Mesa Redonda sobre a Saúde da População Negra. Relatório Final. Brasília (DF): O Ministério; 1996.

MONTEIRO, S. R. R. P. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**, v. 17, n. 2, p. 29-40, 2011.

MOURA, F. H. R. Estudo in vitro do efeito do ácido ascórbico sobre os parâmetros de ureia e creatinina. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 49, n. 3, p. 245-248, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.21877/2448-3877.201700548>. Acesso em: 17 mai. 2021.

MUNANGA, K. Origem e histórico do quilombo na África. **Revista USP**, v. 0, n. 28, 1996, p. 56-63.

MUÑOZ, S. S.; FERNANDES, APMF. Principais doenças infecciosas e parasitárias e seus condicionantes em populações humanas. **Licenciatura em Ciências–Universidade do Estado de São Paulo (USP)**, v. 5, p. 6, 2018.

NAOUM, P. C.; DOMINGOS, C. B. Dificuldades em diagnóstico laboratorial das hemoglobinopatias. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 29, n. 3, p. 226-228, 2007.

NASCIMENTO, G. A. R.; BATISTA, M. R. R.; NASCIMENTO, M. A. R. Panorama atual de proteção do direito à terra das comunidades quilombolas e desafios futuros. **Interações (Campo Grande)**, v. 17, p. 432-447, 2016. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.20435/1984-042X-2016-v.17-n.3\(07\)](http://dx.doi.org/10.20435/1984-042X-2016-v.17-n.3(07)). Acesso em: 17 mai. 2021.

NGWESE, Mirabeau Mbong *et al.* Técnicas de diagnóstico de helmintos transmitidos pelo solo: Impacto nas medidas de controle. **Medicina Tropical e Doenças Infecciosas**, v. 5, n. 2, 2020.

NEVES, F. J.; FERREIRA, A. A.; WELCH, J. R. Estado nutricional e fatores associados ao déficit estatural em crianças menores de cinco anos de comunidades

remanescentes de quilombos do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 7, p. e00060220, 2021. Disponível em: doi: 10.1590/0102-311X00060220. Acesso em: 07 mai. 2022.

NEVES, D. P.; MELO, A. L.; LINARDI, P. M. **Parasitologia humana**. 14º. ed. Editora Atheneu: São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, 2022.

NIEDERMAIER, Amanda et al. Incidência de parasitoses em uma comunidade quilombola de Joinville, Santa Catarina. **RBAC**, v. 54, n. 2, p. 132-138, 2022.

OLIVEIRA, S. K.M. et al. Self-perceived health among 'quilombolas' in northern Minas Gerais, Brazil. **Ciênc Saúde Colet**. v.20, n.9, p.2879-90, 2015.

OLIVEIRA, S. K. M.; CALDEIRA, A. P. Risk factors for non-communicable chronic diseases in quilombo communities in northern Minas Gerais, Brazil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, p. 420-427, 2016.

PAULI, Sílvia et al. Prevalência autorreferida de hipertensão e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3293-3303, 2019.

PEARCE, N.; FOLIAKI, S.; SPORLE, A.; CUNNINGHAM, C. Genetics, race, ethnicity, and health. **BMJ**, v. 328, p. 1070-1072, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7447.1070>. Acesso em: 07 mai. 2022.

PEREIRA, R. N.; MUSSI, R. F. F. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. **Odeere**, v. 5, n. 10, p. 280-303, 2020.

PEREIRA, S. O. et al. TRICURÍASE. **Revista Científica UNIFAGOC-Saúde**, v. 6, n. 1, p. 65-72, 2021.

PIRES, E. C. R. et al. Abordagem interdisciplinar das parasitoses intestinais em escolares da microrregião de Sete Lagoas-MG. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 20, n. 2, p.111-116, 2016.

PIZZIO, A. O que define os pobres como pobres: controvérsias acerca do conceito de pobreza. **Revista Ágora, Salgueiro-PE**, v. 5, n. 1, p. 96-117, 2010.

PONTES, Maria Cristina Cordeiro Lopes; STEWARD, Angela May. Invisibilidade da pluriatividade da mulher quilombola: o caso de Moju-Miri. **Agricultura Familiar: Pesquisa, Formação e Desenvolvimento**, v. 13, n. 2, p. 186-207, 2020.

RAPOSO, P. L. et al. O pensamento decolonial como estratégia de enfrentamento ao racismo estrutural no contexto escolar. **Praxis educativa**, v. 16, e2115355, p. 1-19, 2021.

RAUBER, D. et al. **Indicadores da Gestão dos Resíduos Sólidos e Saneamento Básico Presentes no Plano Municipal de Saúde de Curitiba 2014-2017**. Anais do 8º Fórum internacional de Resíduos Sólidos, 2017.

ROMERO, D. E.; MAIA, L.; MUZY, J. Tendência e desigualdade na completude da informação sobre raça/cor dos óbitos de idosos no Sistema de Informações sobre Mortalidade no Brasil, entre 2000 e 2015. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 12, p. e00223218, 2019. Disponível em: doi: 10.1590/0102-311X00223218. Acesso em: 07 mai. 2022.

ROSINE, Gilvandro Doretto et al. Prevalência de parasitose intestinal em uma comunidade quilombola do semiárido baiano. **Aletheia**, v. 51, n. 1 e 2, 2018.

SANTANA, E. L. et al. **Sequência didática e proposta de nova tecnologia de ensino com ênfase no estudo investigativo sobre as parasitoses para alunos de uma escola estadual em Belo Horizonte**. Trabalho de Conclusão de Mestrado, Profissional em Ensino de Biologia em Rede Nacional – PROFBIO, do Instituto de Ciências Biológicas ICB, da Universidade Federal de Minas Gerais, 2021.

SANTOS, R. C.; SILVA, M. S. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 1049-1063, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300025> . Acesso em: 07 mai. 2022.

SANTOS, I. G. A.; SILVA, J., RAMOS, R. A. C.; , MELO, R. G.; GOMES, S. C.; ALENCAR, M. B.; SANTOS, C. B. Enteroparasitoses e fatores de risco em escolares de uma cidade do Nordeste do Brasil. **Pubvet**, v. 14, p. 139. 2020.

SANTOS, G. A. A. et al. Incidência de Enterobius vermicularis em crianças no brasil. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 2, n. 1, p. 89-89, 2021.

SARDINHA, L. M.V.C. et al. Análise das condições de vida, segurança alimentar e nutricional e acesso a programas sociais em comunidades quilombolas tituladas. **Quilombos do Brasil: segurança alimentar e nutricional em territórios titulados. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**, p. 31-52, 2014.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL. **Programa Brasil Quilombola**: diagnóstico de ações realizadas. 2012.

SILVA, P. B. G. et al. Educação e ações afirmativas: entre a injustiça simbólica e a injustiça econômica. Brasília: **INEP/MEC-Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira**, p. 23-42, 2003.

SILVA, José Antonio Novaes da. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 111-124, 2007.

SILVA, T. S. S. et al. Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 376-383, 2016.

SILVA, R. O. *et al.* Josué de Castro e a colonialidade do poder, do ser e do saber: uma contribuição para a opção decolonial em estudos organizacionais. **Sociedade, Contabilidade e Gestão**, v. 15, n. 1, p. 41-60, 2020.

SILVA, T. O. *et al.* Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma proposta de avaliação. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 354-365, 2021.

SILVA, L. C. M. **Orientações sobre anemia falciforme na comunidade Quilombola Águas do Velho Chico, Orocó-PE**. 2015. 70f. Monografia (Especialização em Metodologias Participativas e Extensão Rural) - Assistência Técnica e Extensão Rural - Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, 2015.

SILVA, L. C. M.; CARVALHO NETO, M. F.; BUSSO, A. F. Comunidades quilombolas do sertão de Pernambuco: diálogos sociopolíticos na construção de uma educação emancipatória. **Revista FAEEBA: Educação e Contemporaneidade**, v. 26, n. 49, p. 53-67, 2017.

SILVA, E. L. V. Racismo institucional e suas repercuções ao acesso à saúde no Brasil. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS, 2017, Londrina. **Gênero, Sexualidade e Etnia**. Londrina PR. Disponível em: <https://www.congressoservicosocialuel.com.br/anais/2017/assets/134287.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2021.

SOARES, Leonardo Ferreira *et al.* Aspectos socioeconômicos e de condições de saúde em populações quilombolas no estado do Piauí, Brasil. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 2, p. e73922091-e73922091, 2020.

SOUZA, E. R. ; LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 1211-1222, 2006.

SOUZA, B. O. **Aquilombar-se: Panorama histórico, identitário e político do movimento quilombola brasileiro**. 2008. 204 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

SOUZA, Aracele Maria de *et al.* A systematic scoping review of the genetic ancestry of the Brazilian population. **Genetics and Molecular Biology**, v. 42, p. 495-508, 2019.

SOUZA, H. P.; DE OLIVEIRA, W. T. G. H.; DOS SANTOS, J. P. C.; TOLEDO, J. P.; FERREIRA, I. P. S.; DE SOUSA ESASHIKA, S. N. G.; DELÁCIO, A.S. Doenças infecciosas e parasitárias no Brasil de 2010 a 2017: aspectos para vigilância em saúde. **Revista panamericana de salud publica**, V. 44, e. 10. 2020.

SOUZA, P. P. A saúde da população negra: políticas afirmativas, consciência cultural e social para dirimir o preconceito velado. **Revista da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, n. 3, p. 195–223, 2022.

SWEILEH, W. M. Contribution of researchers in Arab countries to scientific publications on neglected tropical diseases (1971–2020). **Tropical Diseases, Travel Medicine and Vaccines**, v. 8, n. 1, p. 14. 2022.

TAVARES, L. A.; ALMEIDA, A. R. B.; NERY FILHO, A (orgs) *et al.* **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo.**, Salvador: EDUFBA; CEETAD/UFBA, 2004.

TAVARES, V. P. **Ações educativas para o controle de doenças parasitárias no Brasil: revisão integrativa.** Monografia (Graduação em Biomedicina) – Faculdade Nova Esperança Mossoró. Mossoró, 2020.

TEIXEIRA, Phelipe Austriaco *et al.* Parasitoses intestinais e saneamento básico no Brasil: estudo de revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 5, p. 22867-22890, 2020.

TELES, A. F. *et al.* Análise das condições de vida de comunidades quilombolas do Tocantins, Brasil. **Revista Brasileira de Educação do Campo**, v. 5, p. e8671-e8671, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.20873/uft.rbec.e8671>, Acesso em: 20 jul. 2021.

TELES, W. S. Interpretação Laboratorial dos Hemogramas dos Doadores de Sangue. **Hematologia, Transfusão e Terapia Celular**, v. 42, n. 2, p. 23, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.037>. Acesso: 05 mai. 2021.

THEODORO, M *et al.* As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição. Brasília: **Ipea**, p. 69-99, 2008.

WILLIAMS, David R. Race, socioeconomic status, and health the added effects of racism and discrimination. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 896, n. 1, p. 173-188, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) *et al.* Paediatric chewable medicine promises improved treatment against intestinal worms. 2018. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/20-06-2018-paediatric-chewable-medicine-promises-improved-treatment-against-intestinal-worms>. Acesso em: 04 dez. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* Schistosomiasis and soiltransmitted helminthiases: treating millions of people, despite the pandemic. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9748-621-632>. Acesso em: 04 dez. 2023.

VASCONCELOS, Welida Carvalho; DA SILVA-VASCONCELOS, Adenildo. Ações de educação em saúde como estratégia de prevenção e de controle das parasitoses intestinais: um estudo de revisão sistemática da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. e120101119301-e120101119301, 2021.

VERONESI, R. Doenças infecciosas e parasitárias. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 33, p. 286-286. 1991.

VIANA, M. L.; FIALHO, N.R.; ROCHA, S. M. S.; ALVES, T. C. L. A.; TRINDADE, R. A.; MELO, A. C. F. L. Parasitoses intestinais e a inter-relação com os aspectos socioeconômicos de indivíduos residentes em um povoado rural (Rosápolis de Parnaíba-PI). **Scientia Plena**, v. 13(8). 2017.

VIANA, M. R. Decolonizando afetos: A presença do colonialismo na construção de afetos da população negra e a decolonialidade do ser. **Revista Textos Graduados**, v. 5, n. 1, p. 69-84, 2019.

XAVIER FILHO, J. L. Quilombo, narrativas e identidade: o olhar da memória. **Revista GALO**, v. 1, n. 2, p. 25- 29, 2020.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

PROJETO: A saúde do Território Quilombola Águas do Velho Chico, município de Orocó, Pernambuco, Brasil.

1. Numeração do paciente: ____.

2. Idade: ____.

3. Sexo:

- Feminino
- Masculino

4. Em relação a cor ou raça, você se considera:

- Branca
- Preta
- Parda
- Amarelo
- Indígena

INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO

5. Qual o tipo de habitação em que você vive?

- Casa
- Apartamento
- Cômodo

6. Este domicílio é:

- Próprio – já pago
- Próprio – ainda pagando
- Alugado
- Cedido por empregador
- Cedido de outra forma

7. Qual o material predomina na construção das paredes externas do seudomicílio?

- Alvenaria
- Taipa sem revestimento
- Madeira apropriada para construção (aparelhada)
- Madeira aproveitada
- Outro material: _____.

8. Qual é o material que predomina na cobertura (telhado) do seu domicílio?

- Telha sem laje de concreto

- Telha com laje de concreto
- Somente laje de concreto
- Palha
- Zinco, alumínio ou chapa metálica
- Outro material:

9. Quantos cômodos têm no seu domicílio?

10. Quantos cômodos servem de dormitório no seu domicílio?

11. Qual é a principal forma de abastecimento de água do seu domicílio?

- Rede geral de distribuição
- Poço profundo ou artesiano
- Poço raso, freático ou cacimba
- Fonte ou nascente
- Água da chuva armazenada
- Outra:

12. Este domicílio tem água canalizada para, pelo menos, um cômodo?

- Sim
- Não

13. A água utilizada neste domicílio é:

- Filtrada
- Fervida
- Tratada com hipoclorito de sódio (cloro)
- Tratada de outra forma no domicílio
- Mineral industrializada
- Sem tratamento no domicílio

14. Neste domicílio, ou na propriedade, existe banheiro ou sanitário?

- Sim. Quantos? _____
- Não

15. Este banheiro ou sanitário é de uso:

- Só do domicílio
- Comum a mais de um domicílio

16. De que forma é feito o escoadouro deste banheiro ou sanitário?

- Rede coletora de esgoto ou pluvial
- Fossa séptica ligada à rede de esgoto
- Fossa séptica não ligada à rede de esgoto
- Fossa rudimentar
- Vala
- Direto para o rio, lago ou mar
- Outra forma: _____

17. Como é a coleta do lixo do seu domicílio?

- Coletado diretamente
- Coletado indiretamente
- Queimado ou enterrado na propriedade
- Jogado em terreno baldio ou logradouro
- Jogado em rio, lago ou mar
- Outra forma: _____

18. Qual é a forma de iluminação deste domicílio?

- Elétrica (de rede, gerador, solar)
- Óleo, querosene ou gás botijão
- Outra forma: _____

19. No seu domicílio há:

- Televisão em cores
- Geladeira
- Máquina de lavar
- Telefone fixo convencional
- Telefone móvel celular
- Computador
- Motocicleta
- Automóvel
- Tablet

20. Há acesso à Internet no domicílio por meio de computador, tablet, telefone móvel celular, televisão ou outro equipamento?

- Sim
- Não

21. Em seu domicílio, há algum animal de estimação?

- Sim
- Não

22. Quais animais? Quantos?

23. Nos últimos 12 meses, houve aplicação de vacina/ vermífugo/ pulgicidano a animais de estimação?**CARACTERÍSTICAS GERAIS E DE EDUCAÇÃO DOS MORADORES****24. Condição na família**

- Pessoa de referência
- Cônjugue
- Filho
- Outro parente

- Agregado
- Pensionista
- Empregado doméstico
- Parente do empregado doméstico

25. Nasceu neste município?

- Sim (passe para a questão 28)
- Não

26. Nasceu neste estado?

- Sim (passe para a questão 28)
- Não

27. Em que estado ou país estrangeiro nasceu? _____

Sabe ler e escrever?

- Sim
- Não

28. Frequenta escola?

- Sim
- Não (passe para a questão 32)

29. A escola que frequenta é:

- Pública
- Particular

30. Qual é o curso que frequenta?

- Creche
- Pré-escola
- Alfabetização de jovens e adultos
- Ensino fundamental – Anos Iniciais
- Ensino Fundamental – Anos Finais
- Educação de jovens e adultos - EJA
- Ensino Médio
- Superior – Graduação
- Pós- Graduação

31. Qual foi o curso mais elevado que frequentou anteriormente?

- Creche
- Pré-escola
- Alfabetização de jovens e adultos
- Ensino fundamental – Anos Iniciais
- Ensino Fundamental – Anos Finais
- Educação de jovens e adultos - EJA
- Ensino Médio
- Superior – Graduação
- Pós- Graduação

CARACTERÍSTICAS LABORAIS DE PESSOAS COM 18 ANOS OU MAIS DE IDADE

32.

Ocupação

profissional:

33. Atualmente, quantos trabalhos tem?

- Um
- Dois
- Três ou mais
- Nenhum (passe para a questão 38)

34. Neste trabalho, é:

- Empregador
- Empregado
- Trabalhador doméstico
- Trabalhador não-remunerado membro da unidade domiciliar
- Autônomo
- Outro: _____

35. Neste emprego, a carteira de trabalho é assinada?

- Sim
- Não

36. Com que idade começou a trabalhar?

- Até 9 anos
- 10 a 14 anos
- 15 a 17 anos
- 18 a 19 anos
- 20 a 24 anos
- 25 a 29 anos
- 30 anos ou mais

37. Atualmente, qual a faixa de renda mensal da família?

- Menos de um salário mínimo (a baixo de R\$1100,00)
- Um salário mínimo (R\$1100,00)
- Até 3 salários mínimos (até R\$ 3300,00)
- Entre 3 a 5 salários mínimos (R\$ 3300,00 até R\$5500,00)
- Entre 5 a 10 salários mínimos (R\$5500,00 até 11000,00)

38. Você participa de algum programa de transferência de renda do governo (Ex.: BOLSA FAMÍLIA)?

- Sim
- Não

39. Qual a faixa de renda mensal per capita familiar, quando menor que um salário mínimo?

- Até R\$ 89,00
- Entre R\$ 89,01 e 178,00
- Entre R\$ 178,01 e meio salário mínimo
- Acima de meio salário mínimo

CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE DOS MORADORES

40. Você tem acesso ao Sistema Público de Saúde?

- Sim
- Não

41. O seu domicílio está cadastrado na Unidade Básica de Saúde?

- Sim
- Não (passe para a questão 44)
- Não sabe (passe para a questão 44)

42. Quando o seu domicílio foi cadastrado?

- Há menos de 2 meses
- De 2 a menos de 6 meses
- De 6 meses a menos de um ano
- Há mais de um ano

43. Nos últimos doze meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum Agente Comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família?

- Mensalmente
- A cada 2 meses
- De 2 a 4 vezes
- Uma vez
- Nunca recebeu

44. Nos últimos doze meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum agente de endemias (como a dengue, por exemplo)?

- Mensalmente
- A cada 2 meses
- De 2 a 4 vezes
- Uma vez
- Nunca recebeu

45. Você tem algum problema de saúde?

- Sim Qual? _____
- Não

46. Quando você está doente ou precisando de atendimento de saúde, costuma procurar:

- Farmácia
- Unidade Básica de Saúde
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto socorro ou emergência de hospital público
- Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado
- Pronto atendimento ou emergência de hospital privado
- Atendimento domiciliar
- Utiliza a Medicina Tradicional (utilização de chás e preparados fitoterápicos; frequenta rezadeiras/benzedeiras, entre outros)

Outro: _____

47. Quando consultou um médico pela última vez?

- Até um ano
- Mais de um ano a 2 anos
- Mais de 2 anos a 3 anos
- Mais de 3 anos
- Nunca foi ao médico

48. Você já fez exame de fezes?

- Sim (passe para a questão 50)
- Não (passe para a questão 51)
- Não sabe (passe para a questão 51)

49. Quando fez exame de fezes pela última vez?

- Até um ano
- Mais de um ano a 2 anos
- Mais de 2 anos a 3 anos
- Mais de 3 anos

50. Você já fez exames de sangue?

- Sim (passe para a questão 52)
- Não (passe para a questão 53)
- Não sabe (passe para a questão 53)

51. Quando fez exames de sangue pela última vez?

- Até um ano
- Mais de um ano a 2 anos
- Mais de 2 anos a 3 anos
- Mais de 3 anos

52. Você tem conhecimento de alguma infecção parasitária que teve durante a vida?

- Sim. Qual? _____.
- Não

53. Você sabe como são transmitidas as infecções parasitárias?

- Sim
- Não

54. Você já tomou algum antiparasitário durante a vida?

- Sim
- Não

55. Você já fez exames de urina?

- Sim (passe para a questão 57)
- Não (passe para a questão 58)
- Não sabe (passe para a questão 58)

56. Quando fez exames de urina pela última vez?

- Até um ano

- Mais de um ano a 2 anos
- Mais de 2 anos a 3 anos
- Mais de 3 anos

57. Você sabe se alguém da sua família já teve anemia?

- Sim. Quem? _____
- Não

58. Você sabe informar se alguém da sua família tem ou teve traço falcêmico ou anemia falciforme?

- Sim. Quem? _____
- Não.

59. Você tem conhecimento se é portador de traço falcêmico ou anemia falciforme?

- Sim
- Não

60. Você tem conhecimento de como é transmitida a anemia falciforme?

- Sim
- Não

61. Altura e peso:

- Altura: _____
- Peso: _____

APÊNDICE B – FORMULÁRIO DO VOLUNTÁRIO

TÍTULO DO PROJETO: A Saúde do Território Quilombola Águas do Velho Chico, município de Orocó, Pernambuco, Brasil.

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO VOLUNTÁRIO.

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:_____

Nome:_____.

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ **Idade:**_____.

GÊNERO: () Masculino () Feminino

COR DA PELE: () Branca () Negra () Parda () Amarela

GESTANTE: () Sim () Não

Amostras Biológicas Recebidas

() Sangue (Data da coleta: ____ / ____ / ____)

() Fezes

() Urina

APÊNDICE C – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada **“A Saúde do Território Quilombola Águas do Velho Chico no Município de Orocó, Pernambuco, Brasil”**, que tem como objetivo averiguar as características de saúde, demográficas, socioeconômicas e processos terapêuticos das comunidades do Território Quilombola Águas do Velho Chico, na cidade de Orocó, Pernambuco, Brasil. São responsáveis pela pesquisa: Tamara Saraiva de Assis, bióloga, de endereço situado na Rua Raul Nunes, Nº 09, bairro Cajueiro, Juazeiro-BA, CEP: 48904-057, email: tamsaraiva2@gmail.com, telefone: (74) 98802-9015; Marcelo Domingues de Faria, médico veterinário, professor do Colegiado de Medicina Veterinária e da Pós Graduação em Ciências da Saúde e Biológicas – UNIVASF, de endereço situado na Rodovia 407, km 12, Distrito de irrigação Senador Nilo Coelho, C1, CEP: 56300-000, Petrolina-PE, telefone: (87) 99101- 7377, email: marcelo.faria@univasf.edu.br ; Diego César Nunes da Silva, biólogo e biomédico, professor do Colegiado de Ciências Biológicas – UNIVASF, de endereço situado na Rod. BR 407 Km 12 Lote 543 Projeto de Irrigação Senador Nilo Coelho, s/nº - C1, Petrolina-PE, CEP56.300-990, email: diego.nunes@univasf.edu.br, telefone (81) 996797517; José Hermógenes Moura da Costa, antropólogo, professor do colegiado de Ciências Sociais – UNIVASF, de endereço situado na Avenida Antônio Carlos Magalhães,510, bairro Country Club, Juazeiro-BA, CEP 48902-300, email: hermogenes.moura@univasf.edu.br, telefone: (87) 9 9970-4056.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade Integrativa do Sertão – FIS, a qual fica localizada na Rua João Luis de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves, no bairro Tancredo Neves,no município de Serra Talhada, estado de Pernambuco, Brasil, CEP: 56.909-205, telefone: (87)3831-1749, email: cepfis@fis.edu.br. O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – é uma instância colegiada de natureza consultiva, deliberativa, educativa e autônoma, para emissão de pareceres sobre protocolos de pesquisas, vinculada a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

da Faculdade de Integração do Sertão – CEP/FIS – é um comitê interdisciplinar, constituído por profissionais de ambos os sexos, além de um representante da comunidade, que tem por função avaliar os projetos de pesquisa que envolvam a participação de seres humanos com a finalidade de preservar os aspectos éticos em defesa da integridade e dignidade dos sujeitos da pesquisa.

Serão incluídos nesta pesquisa indivíduos com 18 anos ou mais e que residam no território.

Justifica-se a realização desta pesquisa pelo fato de o sistema público de saúde possuir déficit estrutural e, consequentemente, funcional, além de parte dos serviços básicos prestados serem de difícil acesso em determinados lugares, como este Território. Então, espera-se contribuir, de forma direta, por meio dos exames laboratoriais para o diagnóstico precoce e o rastreamento de doenças, bem como através de análise socioeconômica e demográfica dos indivíduos locais.

Como um dos benefícios pela sua participação na pesquisa, é possível citar o levantamento diagnóstico da situação de saúde da sua comunidade para que os problemas de saúde tenham maior visibilidade e a contribuição à Secretaria Municipal de Saúde, para que sejam planejadas ações que melhorem a situação de saúde do seu Território.

Esta pesquisa obedece aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme as Resoluções 466/2012, a qual aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, 510/2016, que determina diretrizes éticas específicas para as Ciências Humanas e Sociais (CHS), 580/2018, que prevê resolução complementar tratando das especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS e 304/2000, que procura afirmar o respeito devido aos direitos dos povos indígenas no que se refere ao desenvolvimento teórico e prático de pesquisa em seres humanos que envolvam a vida, os territórios, as culturas e os recursos naturais dos povos indígenas do Brasil, e nenhum dos procedimentos usados oferecem riscos à sua dignidade.

Você participará da pesquisa respondendo perguntas provenientes da entrevista em profundidade, do questionário, com perguntas diversas sobre sua condição de vida e de saúde, e fornecendo amostras de urina, de sangue e de fezes. Caso não se sinta confortável em responder alguma pergunta, você pode pedir para interromper a entrevista e o questionário, ou mesmo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Este estudo, embora não ofereça riscos físicos, poderá lhe causar constrangimento ao relatar fatos de sua vida particular, bem como durante o procedimento de entrega de amostras. Como forma evitar constrangimentos, o material biológico (fezes e urina) será coletado pelo próprio participante em sua residência e os pesquisadores responsáveis receberão as amostras nos postos de coleta montados em cada comunidade, onde farão a devida identificação e as encaminharão para análise. As coletas sanguíneas serão realizadas da forma mais prática e confortável possível. Caso sinta sua privacidade invadida com a presença e perguntas dos pesquisadores, bem como por receio de não saber responder o que lhe for perguntado, procuraremos deixá-lo/la o mais confortável possível e, se for da sua vontade, poderemos interromper a entrevista e retomá-la em outro momento.

Os resultados desta pesquisa serão apresentados na sua comunidade, utilizados na elaboração de dois trabalhos de conclusão de curso e uma dissertação de mestrado, publicados em revistas como artigos científicos e outros meios de divulgação científica. Os dados dos sujeitos da pesquisa serão mantidos em sigilo e sua privacidade será mantida. Os resultados obtidos não serão utilizados para outros fins, a não ser o desta pesquisa. É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Você terá acompanhamento e assistência necessários ao participar da pesquisa, tanto de forma imediata, como orientações a respeito dos procedimentos clínicos padrão, quanto, caso ocorra mal-estar, será orientado a ficar sentado e se debruçar sobre os joelhos, com a cabeça baixa. Depois, permanecer em repouso até se sentir melhor.

Sua participação é voluntária, não terá pagamento em momento algum e você será compensado por qualquer prejuízo decorrente da sua participação. Você pode se recusar a participar ou se retirar a qualquer momento sem nenhuma penalização. Se estiver se sentindo bem informado e concorda em participar, por livre vontade, deverá assinar este termo de consentimento em duas vias, ficando com uma cópia.

Tamara Saraiva de Assis.

Tamara Saraiva de Assis

Pesquisadora responsável

(74) 98802-9015

Voluntário de número: _____

APÊNDICE D – LAUDO COPROPARASITOLÓGICO



Paciente:

Data:

Idade:

Matrícula:

Sexo:

Material: FEZES

EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES

Resultado:

Obs.: Coleta de 3 amostras em dias alternados.

MÉTODO UTILIZADO:

Hoffman, Pons e Janer ou Lutz (Sedimentação Espontânea)

Data de emissão:

Responsável Técnico:

Prof. Dr. Diego César Nunes da Silva
Biólogo CRBio 107.337/05-D

A interpretação de qualquer teste com finalidade diagnóstica ou prognóstica compete exclusivamente ao seu médico e depende da avaliação conjunta da sua história médica, dados clínicos e exames laboratoriais.

Os valores sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos e uso de medicamentos.
A interpretação de qualquer teste, com finalidade diagnóstica ou prognóstica, deverá ser realizada pelo médico.

Realização:

Apoio:



APÊNDICE E – CARTILHA EDUCATIVA

Doenças Parasitárias

O que são?

Os parasitos são organismos que vivem em associação com um hospedeiro, isto é, esses seres necessitam estar em contato com outro organismo para sobreviver. Nesse sentido, os parasitos "usam" outros seres para conseguir nutrientes para sobreviver.

Vamos conhecê-los?

Os parasitos formam um grupo muito diverso de organismos, alguns vivendo dentro do nosso corpo, por exemplo, as lombrigas e amebas. Já outros vivem fora dele, como os piolhos e as pulgas.



O que podem causar?

Os sintomas mais comuns das doenças parasitárias são:

- Vômitos
- Diarreia
- Perda peso
- Perda de apetite
- Febre
- Anemia



Como ocorre a transmissão?

Os parasitos podem ser transmitidos de diversas formas, dentre elas podemos citar: ingestão de alimentos mal-lavados, como frutas e verduras, por água contaminada, terra contaminada e carnes contaminadas. Essas contaminações podem ocorrer pela ingestão de ovos, cistos ou penetração por larvas.



O que podemos realizar para prevenir essas doenças?

Medidas simples de higiene pessoal, como lavar bem as mãos e a lavagem correta de frutas e verduras ajudam na prevenção. Além disso, o saneamento básico, como água tratada e coleta de lixo são essenciais no cuidado contra essa enfermidades.



Existe tratamento para essas doenças?

As doenças parasitárias possuem tratamentos simples com o uso de remédios. Contudo é importante sempre procurar uma UBS (Unidade Básica de Saúde) para que haja o encaminhamento e medidas corretas contra essas enfermidades. Lembre-se que é perigo se automedicar! Procure um profissional da saúde capacitado para ajudar nesses problemas.



APÊNDICE F – RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES

Tabela 10 – Respostas dos participantes quanto ao sexo, idade, cor da pele, situação do domicílio, tipo de construção, telhado, quantidade de cômodos, quantidade de dormitórios, água canalizada, abastecimento de água, tratamento de água, banheiro e escoadouro.

ID	RES	SEX	IDADE	COR	SIT	CONST	TEL H	CMDS	DORM	ÁGUA CAN.	AB. ÁG	TRAT ÁG	BAN H	ESC
1001	NEG	F	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	2	1	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
1002	POS	M	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	2	2	NÃO	RG	FILT	SIM	FR
1003	POS	M	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
1004	POS	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
1005	NEG	F	18-29	PRET	PAGN	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
1007	NEG	M	30-39	BRAN	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
1008	NEG	F	18-29	PRET	PAGN	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
1011	NEG	M	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
1012	NEG	M	≥60	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
1013	NEG	F	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
1014	POS	F	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
1016	POS	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
1017	NEG	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	C LAJ	3	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
1019	NEG	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
1020	NEG	M	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
1021	NEG	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
1022	NEG	M	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
1023	NEG	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
1024	POS	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
1025	NEG	F	≥60	PARD	PRO	OUT	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
1026	NEG	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
1027	NEG	M	18-29	PRET	PAGN	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
1028	POS	F	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
1030	NEG	F	18-29	PRET	PAGN	ALVN	C LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
1031	POS	M	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	3	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
1032	POS	M	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	3	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
1033	NEG	M	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
1034	NEG	M	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
1035	POS	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	3	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
1041	POS	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	C LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
1042	POS	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
1043	NEG	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
1044	NEG	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	FONT	CLORO	SIM	FR
1045	POS	M	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	FONT	CLORO	SIM	FR
1046	POS	F	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	1	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
1048	POS	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR

(continua)

Tabela 10 – Respostas dos participantes quanto ao sexo, idade, cor da pele, situação do domicílio, tipo de construção, telhado, quantidade de cômodos, quantidade de dormitórios, água canalizada, abastecimento de água, tratamento de água, banheiro e escoadouro.

(continuação)

1049	POS	M	≥60	PRET	PRO	OUT	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
1050	NEG	M	≥60	PRET	PRO	OUT	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
1051	NEG	M	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
1052	POS	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
1053	NEG	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
1054	NEG	M	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
1055	NEG	F	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
1056	POS	F	30-39	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
2001	POS	F	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	OUT	S/ TRAT	SIM	FR
2002	NEG	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	OUT	S/ TRAT	SIM	FR
2005	POS	F	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	FILT	SIM	FR
2006	POS	F	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
2007	NEG	F	30-39	PRET	PRO	OUT	S LAJ	4	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
2009	NEG	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
2010	NEG	M	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
2012	NEG	M	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
2013	NEG	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
2014	NEG	F	18-29	PARD	PAGN	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
2015	POS	F	30-39	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	OUT	S/ TRAT	SIM	FR
2017	NEG	F	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
2018	POS	F	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
2019	POS	M	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
2020	POS	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
2022	NEG	F	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
2023	NEG	F	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
2024	NEG	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
2025	POS	M	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
2026	NEG	M	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	1	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
2028	POS	F	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
2029	NEG	M	18-29	BRAN	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	FILT	SIM	FR
2030	NEG	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
2031	NEG	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3001	NEG	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3002	POS	F	50-59	PRET	CEDID O	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3003	NEG	F	40-49	PRET	CEDID O	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3004	NEG	F	18-29	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3005	NEG	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3006	NEG	F	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	FILT	SIM	FR
3007	POS	F	≥60	IND	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3008	NEG	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	C LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FR

(continua)

Tabela 10 – Respostas dos participantes quanto ao sexo, idade, cor da pele, situação do domicílio, tipo de construção, telhado, quantidade de cômodos, quantidade de dormitórios, água canalizada, abastecimento de água, tratamento de água, banheiro e escoadouro.

(continuação)

3009	NEG	F	50-59	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
3010	POS	F	30-39	PARD	CEDIDO	OUT	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3011	NEG	F	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3012	POS	M	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3013	NEG	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3015	NEG	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3016	NEG	F	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3017	NEG	F	18-29	PRET	CEDIDO	ALVN	S LAJ	4	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3019	NEG	F	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3020	NEG	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3021	POS	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3022	NEG	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3023	POS	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3024	NEG	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3025	NEG	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3026	NEG	M	50-59	PRET	CEDIDO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3027	NEG	M	30-39	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	4	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3029	NEG	F	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
3030	NEG	M	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3031	POS	M	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3032	POS	M	30-39	PRET	CEDIDO	OUT	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3035	NEG	M	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	OU T
3037	NEG	M	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
3038	POS	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3040	NEG	M	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3041	NEG	F	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FR
3042	NEG	F	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
3044	NEG	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
3045	NEG	M	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FR
3049	POS	M	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
3050	NEG	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
3051	NEG	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
3052	NEG	F	18-29	PRET	CEDIDO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
3053	NEG	F	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
3054	POS	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
3055	POS	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	FILT	SIM	FS
3056	NEG	M	50-59	PRET	PRO	OUT	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
3057	POS	M	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
3058	POS	F	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	OU T
3059	NEG	F	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS

(continua)

Tabela 10 – Respostas dos participantes quanto ao sexo, idade, cor da pele, situação do domicílio, tipo de construção, telhado, quantidade de cômodos, quantidade de dormitórios, água canalizada, abastecimento de água, tratamento de água, banheiro e escoadouro.

(continuação)

3060	NEG	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
3061	NEG	M	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
3062	POS	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	FILT	SIM	FS
3063	NEG	F	18-29	PRET	CEDIDO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
3065	NEG	M	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
3066	POS	M	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
3069	NEG	M	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
3072	POS	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
3073	NEG	M	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
3074	POS	M	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
3075	POS	M	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
3076	NEG	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
3077	NEG	M	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
3079	NEG	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
3081	NEG	M	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
3084	NEG	F	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
3085	POS	F	50-59	PRET	PRO	OUT	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
3086	NEG	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4001	NEG	M	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4002	NEG	F	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4003	NEG	M	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	FILT	SIM	FS
4004	POS	F	40-49	PARD	CEDIDO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	FILT	SIM	FS
4006	NEG	F	30-39	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4009	NEG	M	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4011	NEG	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
4012	NEG	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4013	POS	F	50-59	PARD	PRO	OUT	C LAJ	5 +	3+	SIM	RG	FILT	SIM	FS
4014	NEG	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4015	POS	F	≥60	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	FILT	SIM	FS
4017	POS	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
4018	NEG	M	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
4019	NEG	M	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
4021	NEG	F	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4022	NEG	M	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	OU T
4023	NEG	M	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	FILT	SIM	FS
4024	NEG	M	40-49	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
4025	NEG	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4026	NEG	M	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4027	NEG	F	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
4028	NEG	F	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS

(continua)

Tabela 10– Respostas dos participantes quanto ao sexo, idade, cor da pele, situação do domicílio, tipo de construção, telhado, quantidade de cômodos, quantidade de dormitórios, água canalizada, abastecimento de água, tratamento de água, banheiro e escoadouro.

(continuação)

4029	NEG	F	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4030	NEG	M	30-39	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4031	NEG	M	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	3+	SIM	RG	FILT	SIM	FS
4032	NEG	M	30-39	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	FILT	SIM	FS
4033	NEG	F	30-39	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4034	POS	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4035	NEG	F	40-49	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4036	NEG	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4038	POS	M	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4039	NEG	F	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
4040	NEG	M	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4042	NEG	M	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4043	NEG	F	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4044	NEG	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4045	NEG	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4046	POS	M	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4047	NEG	M	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
4048	POS	M	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
4049	POS	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4051	NEG	M	40-49	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4052	NEG	M	50-59	PARD	PRO	ALVN	C LAJ	5 +	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
4053	NEG	M	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
4056	NEG	F	≥60	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
4057	NEG	M	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
4059	NEG	M	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4061	NEG	F	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
4062	NEG	F	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
5001	NEG	M	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5002	NEG	F	≥60	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5003	NEG	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5004	NEG	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	FILT	SIM	FS
5006	NEG	F	50-59	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	4	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5007	NEG	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
5008	NEG	F	40-49	PARD	PRO	OUT	S LAJ	5 +	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
5009	NEG	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	FILT	SIM	FS
5010	NEG	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5011	NEG	M	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5013	POS	F	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	OUT	OUT	SIM	FS
5015	NEG	F	30-39	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5016	NEG	M	50-59	PRET	PRO	OUT	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS

(continua)

Tabela 10 – Respostas dos participantes quanto ao sexo, idade, cor da pele, situação do domicílio, tipo de construção, telhado, quantidade de cômodos, quantidade de dormitórios, água canalizada, abastecimento de água, tratamento de água, banheiro e escoadouro.

(continuação)

5018	NEG	M	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5019	NEG	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5+	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5020	NEG	F	30-39	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5+	3+	SIM	OUT	OUT	SIM	FS
5022	NEG	M	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
5023	POS	F	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5+	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5024	POS	F	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5+	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
5027	POS	F	40-49	AMARELO	PRO	ALVN	S LAJ	5+	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
5028	NEG	F	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5+	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5030	NEG	F	30-39	BRAN	PRO	ALVN	S LAJ	5+	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5031	NEG	F	30-39	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5+	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5032	POS	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5+	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5034	NEG	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5+	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5036	NEG	M	30-39	PRET	PAGN	ALVN	S LAJ	5+	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5037	POS	F	40-49	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5+	2	SIM	RG	OUT	SIM	FS
5038	NEG	F	18-29	PARD	PRO	ALVN	C LAJ	5+	2	SIM	RG	FILT	SIM	FS
5040	NEG	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5+	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5041	NEG	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5+	2	SIM	RG	FILT	SIM	FS
5042	NEG	F	18-29	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5+	2	SIM	RG	FILT	SIM	FS
5044	POS	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5+	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5045	NEG	M	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5+	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
5046	NEG	M	40-49	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5+	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5047	POS	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	C LAJ	5+	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5048	NEG	M	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5055	NEG	F	≥60	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5+	3+	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5058	POS	F	40-49	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5+	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
5060	POS	M	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5+	3+	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
5061	POS	F	18-29	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5+	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
5062	POS	F	40-49	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5063	NEG	F	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5064	NEG	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
5065	POS	F	40-49	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5+	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5066	NEG	M	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	FILT	SIM	FS
5067	POS	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5+	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
5068	POS	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5+	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
5069	NEG	M	30-39	AMARELO	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
5071	NEG	M	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5+	2	SIM	RG	CLORO	SIM	OU T FS
5072	NEG	M	18-29	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5+	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
5075	POS	M	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5+	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5076	NEG	M	18-29	PRET	PRO	ALVN	C LAJ	5+	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5078	NEG	M	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5+	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS

(continua)

Tabela 10 – Respostas dos participantes quanto ao sexo, idade, cor da pele, situação do domicílio, tipo de construção, telhado, quantidade de cômodos, quantidade de dormitórios, água canalizada, abastecimento de água, tratamento de água, banheiro e escoadouro.

(continuação)

5079	NEG	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5080	NEG	F	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5081	NEG	M	50-59	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5082	NEG	M	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5083	NEG	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5084	NEG	M	18-29	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5086	NEG	F	40-49	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5087	POS	M	40-49	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5088	POS	M	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5089	NEG	F	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	4	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
5090	POS	F	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	S/ TRAT	SIM	FS
5091	POS	M	30-39	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5093	NEG	F	50-59	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5094	POS	F	≥60	PRET	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS
5095	NEG	F	30-39	PARD	PRO	ALVN	S LAJ	5 +	2	SIM	RG	CLORO	SIM	FS

ID: identificação; RES: resultado do exame; POS: positivo; NEG: negativo; SEX: sexo biológico; F: feminino; M: masculino; SIT: situação do domicílio; PRO: próprio; PGDO: pagando CONST: tipo de construção; ALVN: alvenaria; OUT: outro; S LAJ: sem laje; C LAJ: com laje; TELH: telhado; CMDS: quantidade de cômodos; DORM: quantidade de dormitórios; ÁGUA CAN.: água canalizada; AB. ÁG.: abastecimento de água; TRAT ÁG.: tratamento de água; BANH.: banheiro; ESC.: escoadouro, PRET: preta; PARD: parda; BRANC: branca; IND: indígena; RG: rede geral; S/ TRAT: sem tratamento; FILT: filtrada; FS: fossa séptica; FR: fossa rudimentar.

Tabela 11 – Respostas dos participantes quanto ao destino do lixo, grau de escolaridade, sabe ler e escrever, ocupação, tipo de trabalho, setor de trabalho, renda, acesso ao SUS, cadastro do domicílio em UBS e última ida ao médico.

ID	LIXO	ESCOL	LER	OCUP	TRAB	SETOR	RENDA	SUS	UBS	MEDIC
1001	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
1002	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	NÃO	NÃO	-1 ANO
1003	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
1004	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
1005	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
1007	QUEI	MÉDIO	SIM	COMR	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	+3 ANOS
1008	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	EMP	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
1011	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	EMP	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
1012	QUEI	MÉDIO	SIM	OUT	OUT	PUB	1S	SIM	N SAB	+2 ANOS
1013	QUEI	MÉDIO	SIM	OUT	EMP	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
1014	QUEI	FUND II	SIM	AGRI	EMP	PRI	ABM	SIM	SIM	NÃO SABE
1016	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	EMP	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
1017	OUT	FUND II	SIM	AGRI	EMP	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
1019	QUEI	EJA	NÃO	AGRI	EMP	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
1020	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	EMP	PRI	A1S	SIM	NÃO	+2 ANOS
1021	QUEI	EJA	NÃO	NHM	OUT	OUT	ABM	SIM	NÃO	-1 ANO

(continua)

Tabela 11 – Respostas dos participantes quanto ao destino do lixo, grau de escolaridade, sabe ler e escrever, ocupação, tipo de trabalho, setor de trabalho, renda, acesso ao SUS, cadastro do domicílio em UBS e última ida ao médico.

(continuação)

1022	QUEI	EJA	NÃO	AGRI	EMP	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
1023	QUEI	ALFABETIZAÇÃO	NÃO	AGRI	EMP	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
1024	QUEI	EJA	SIM	OUT	OUT	OUT	ABM	SIM	NÃO	-1 ANO
1025	QUEI	EJA	SIM	NHM	OUT	OUT	A1S	NÃO	NÃO	+2 ANOS
1026	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	EMP	PRI	A1S	SIM	SIM	+3 ANOS
1027	QUEI	MÉDIO	SIM	NHM	OUT	OUT	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
1028	QUEI	EJA	SIM	AGRI	EMP	PRI	1S+	SIM	SIM	-1 ANO
1030	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	EMP	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
1031	QUEI	EJA	NÃO	AGRI	EMP	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
1032	QUEI	EJA	NÃO	AGRI	EMP	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
1033	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	1S+	SIM	SIM	-1 ANO
1034	OUT	EJA	SIM	NHM	OUT	OUT	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
1035	QUEI	EJA	NÃO	NHM	OUT	OUT	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
1041	QUEI	EJA	NÃO	AGRI	AUT	PRI	1S+	SIM	SIM	-1 ANO
1042	QUEI	MÉDIO	SIM	OUT	OUT	OUT	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
1043	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	NÃO	-1 ANO
1044	QUEI	EJA	SIM	NHM	OUT	OUT	ABM	SIM	SIM	+3 ANOS
1045	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	+3 ANOS
1046	QUEI	FUND II	SIM	OUT	OUT	PUB	1S+	SIM	SIM	-1 ANO
1048	QUEI	EJA	SIM	OUT	OUT	OUT	ABM	SIM	NÃO	-1 ANO
1049	QUEI	EJA	SIM	OUT	OUT	PUB	1S	SIM	NÃO	-1 ANO
1050	QUEI	EJA	SIM	OUT	OUT	PUB	1S	SIM	NÃO	-1 ANO
1051	QUEI	FUND II	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	NÃO	-1 ANO
1052	QUEI	FUND II	SIM	OUT	OUT	OUT	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
1053	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
1054	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	1S	SIM	SIM	+2 ANOS
1055	QUEI	MÉDIO	SIM	OUT	OUT	PUB	1S	SIM	SÃO SABE	-1 ANO
1056	QUEI	EJA	NÃO	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	N SAB	-1 ANO
2001	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	N SAB	-1 ANO
2002	QUEI	FUND II	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	N SAB	+2 ANOS
2005	QUEI	EJA	NÃO	OUT	OUT	PUB	1S+	SIM	NÃO	-1 ANO
2006	QUEI	EJA	NÃO	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	+2 ANOS
2007	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	NÃO	NÃO	+3 ANOS
2009	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	N SAB	-1 ANO
2010	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	N SAB	+2 ANOS
2012	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	N SAB	+3 ANOS
2013	QUEI	EJA	SIM	AGRI	EMP	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
2014	QUEI	EJA	SIM	AGRI	EMP	PRI	A1S	SIM	N SAB	-1 ANO
2015	QUEI	EJA	SIM	AGRI	EMP	PRI	ABM	SIM	SIM	+2 ANOS
2017	QUEI	EJA	SIM	AGRI	EMP	PRI	1S+	SIM	SIM	-1 ANO
2018	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
2019	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	+3 ANOS

(continua)

Tabela 11 – Respostas dos participantes quanto ao destino do lixo, grau de escolaridade, sabe ler e escrever, ocupação, tipo de trabalho, setor de trabalho, renda, acesso ao SUS, cadastro do domicílio em UBS e última ida ao médico.

(continuação)

2020	OUT	SUPERIOR	SIM	EDUCAÇÃO	EMP	PUB	1S	SIM	S	+2 ANOS
2022	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	EMP	PRI	1S	NÃO	NÃO	+2 ANOS
2023	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	EMP	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
2024	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	EMP	PRI	A1S	SIM	SIM	+3 ANOS
2025	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	EMP	PRI	A1S	SIM	SIM	+3 ANOS
2026	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	EMP	PRI	A1S	SIM	N SAB	+3 ANOS
2028	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	+2 ANOS
2029	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
2030	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
2031	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
3001	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
3002	QUEI	EJA	SIM	AGRI	EMP	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
3003	QUEI	SUPERIOR	SIM	AGRI	EMP	PRI	1S	SIM	SIM	-1 ANO
3004	QUEI	FUND I	SIM	OUT	OUT	OUT	1S+	SIM	SIM	-1 ANO
3005	QUEI	MÉDIO	SIM	EDUCAÇÃO	EMP	PUB	1S+	SIM	SIM	-1 ANO
3006	QUEI	MÉDIO	SIM	EDUCAÇÃO	EMP	PUB	1S	SIM	SIM	-1 ANO
3007	QUEI	ALFABETIZAÇÃO	NÃO	OUT	OUT	PUB	1S	SIM	SIM	-1 ANO
3008	QUEI	EJA	NÃO	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
3009	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	EMP	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
3010	QUEI	ALFABETIZAÇÃO	NÃO	OUT	OUT	OUT	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
3011	QUEI	EJA	NÃO	OUT	OUT	OUT	A1S	SIM	N SAB	-1 ANO
3012	QUEI	EJA	NÃO	AGRI	EMP	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
3013	QUEI	MÉDIO	SIM	PESCADOR	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
3015	QUEI	ALFABETIZAÇÃO	NÃO	AGRI	EMP	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
3016	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	EMP	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
3017	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	EMP	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
3019	QUEI	FUND I	SIM	OUT	OUT	PUB	1S	SIM	SIM	-1 ANO
3020	QUEI	ALFABETIZAÇÃO	NÃO	OUT	OUT	OUT	ABM	SIM	SIM	+2 ANOS
3021	QUEI	ALFABETIZAÇÃO	NÃO	OUT	OUT	OUT	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
3022	QUEI	SUPERIOR	SIM	SERV GERAIS	EMP	PUB	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
3023	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
3024	QUEI	FUND II	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
3025	QUEI	ALFABETIZAÇÃO	NÃO	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
3026	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
3027	QUEI	FUND II	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
3029	QUEI	MÉDIO	SIM	NHM	OUT	OUT	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
3030	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
3031	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	+2 ANOS
3032	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
3035	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	+2 ANOS
3037	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
3038	QUEI	ALFABETIZAÇÃO	NÃO	OUT	OUT	OUT	A1S	SIM	SIM	-1 ANO

(continua)

Tabela 11 – Respostas dos participantes quanto ao destino do lixo, grau de escolaridade, sabe ler e escrever, ocupação, tipo de trabalho, setor de trabalho, renda, acesso ao SUS, cadastro do domicílio em UBS e última ida ao médico.

(continuação)

3040	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
3041	QUEI	FUND I	SIM	OUT	OUT	OUT	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
3042	QUEI	FUND I	SIM	PESCADOR	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
3044	QUEI	MÉDIO	SIM	PESCADOR	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
3045	QUEI	FUND II	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	N SAB	+2 ANOS
3049	QUEI	EJA	SIM	PESCADOR	AUT	PRI	A1S	SIM	N SAB	-1 ANO
3050	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
3051	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	NÃO	-1 ANO
3052	QUEI	EJA	SIM	COMERCIANTE	AUT	PRI	ABM	SIM	N SAB	-1 ANO
3053	QUEI	FUND I	SIM	OUT	OUT	OUT	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
3054	QUEI	FUND I	SIM	OUT	OUT	OUT	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
3055	QUEI	MÉDIO	SIM	OUT	OUT	OUT	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
3056	QUEI	EJA	SIM	PESCADOR	AUT	PRI	ABM	SIM	NÃO	-1 ANO
3057	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	+2 ANOS
3058	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
3059	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
3060	QUEI	FUND I	SIM	OUT	OUT	OUT	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
3061	QUEI	ANALFABETO	NÃO	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
3062	QUEI	FUND I	SIM	OUT	OUT	PUB	1S	SIM	SIM	-1 ANO
3063	QUEI	MÉDIO	SIM	OUT	OUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
3065	QUEI	ANALFABETO	NÃO	OUT	OUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
3066	QUEI	FUND II	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	+3 ANOS
3069	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
3072	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
3073	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	+2 ANOS
3074	QUEI	EJA	SIM	PESCADOR	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
3075	QUEI	EJA	SIM	OUT	OUT	PUB	1S	SIM	NÃO	-1 ANO
3076	QUEI	FUND I	SIM	OUT	OUT	OUT	ABM	SIM	SIM	+2 ANOS
3077	QUEI	FUND I	SIM	OUT	OUT	PUB	1S	SIM	SIM	-1 ANO
3079	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
3081	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
3084	QUEI	EJA	SIM	SERV GERAIS	EMP	PUB	1S	SIM	SIM	-1 ANO
3085	QUEI	FUND I	SIM	OUT	OUT	OUT	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
3086	QUEI	FUND II	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
4001	QUEI	FUND I	SIM	OUT	OUT	PUB	ABM	SIM	SIM	+3 ANOS
4002	QUEI	SUPERIOR	SIM	EDUCAÇÃO	EMP	PUB	1S+	SIM	SIM	-1 ANO
4003	QUEI	SUPERIOR	SIM	EDUCAÇÃO	EMP	PUB	1S+	SIM	SIM	-1 ANO
4004	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
4006	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
4009	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	+3 ANOS
4011	QUEI	SUPERIOR	SIM	EDUCAÇÃO	EMP	PUB	1S	SIM	SIM	-1 ANO
4012	QUEI	SUPERIOR	SIM	EDUCAÇÃO	EMP	PUB	1S	SIM	SIM	-1 ANO

(continua)

Tabela 11 – Respostas dos participantes quanto ao destino do lixo, grau de escolaridade, sabe ler e escrever, ocupação, tipo de trabalho, setor de trabalho, renda, acesso ao SUS, cadastro do domicílio em UBS e última ida ao médico.

(continuação)

4013	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
4014	QUEI	SUPERIOR	SIM	SAÚDE	EMP	PUB	1S	SIM	SIM	-1 ANO
4015	QUEI	EJA	SIM	AGRI	EMP	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
4017	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	EMP	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
4018	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	EMP	PRI	ABM	SIM	SIM	NUNCA FOI
4019	QUEI	MÉDIO	SIM	SEGURANÇA	EMP	PUB	1S	SIM	SIM	-1 ANO
4021	QUEI	ANALFABETO	NÃO	OUT	OUT	OUT	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
4022	QUEI	MÉDIO	SIM	SERV GERAIS	EMP	PUB	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
4023	QUEI	MÉDIO	SIM	MOTORISTA	EMP	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
4024	QUEI	FUND I	SIM	OUT	OUT	PUB	1S	SIM	SIM	+3 ANOS
4025	QUEI	SUPERIOR	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
4026	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	+2 ANOS
4027	QUEI	MÉDIO	SIM	NHM	OUT	OUT	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
4028	QUEI	MÉDIO	SIM	SERV GERAIS	EMP	PUB	1S	SIM	SIM	-1 ANO
4029	QUEI	EJA	SIM	SERV GERAIS	EMP	PUB	1S	SIM	SIM	-1 ANO
4030	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	+3 ANOS
4031	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
4032	QUEI	SUPERIOR	SIM	COMERCIANTE	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
4033	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
4034	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
4035	QUEI	MÉDIO	SIM	MOTORISTA	EMP	PRI	1S	SIM	SIM	-1 ANO
4036	QUEI	SUPERIOR	SIM	EDUCAÇÃO	EMP	PUB	1S	SIM	SIM	+2 ANOS
4038	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	+2 ANOS
4039	QUEI	FUND I	SIM	OUT	OUT	PUB	1S	SIM	SIM	+2 ANOS
4040	QUEI	FUND I	SIM	OUT	OUT	PUB	1S	SIM	SIM	-1 ANO
4042	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	+3 ANOS
4043	QUEI	ANALFABETO	NÃO	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
4044	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	+3 ANOS
4045	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
4046	QUEI	MÉDIO	SIM	SERV GERAIS	EMP	PUB	1S	SIM	SIM	-1 ANO
4047	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	+3 ANOS
4048	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	+3 ANOS
4049	QUEI	MÉDIO	SIM	OUT	OUT	OUT	1S	SIM	SIM	+2 ANOS
4051	QUEI	ALFABETIZAÇÃO	NÃO	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
4052	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	+3 ANOS
4053	QUEI	FUND I	SIM	OUT	OUT	PUB	1S	SIM	SIM	-1 ANO
4056	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	NÃO	NÃO	+2 ANOS
4057	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	NÃO	NÃO	-1 ANO
4059	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	NUNCA FOI
4061	QUEI	SUPERIOR	SIM	COMERCIANTE	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	+2 ANOS
4062	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	+2 ANOS
5001	QUEI	ANALFABETO	NÃO	OUT	OUT	PUB	1S	SIM	SIM	-1 ANO

(continua)

Tabela 11 – Respostas dos participantes quanto ao destino do lixo, grau de escolaridade, sabe ler e escrever, ocupação, tipo de trabalho, setor de trabalho, renda, acesso ao SUS, cadastro do domicílio em UBS e última ida ao médico.

(continuação)

5002	QUEI	ANALFABETO	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
5003	QUEI	MÉDIO	SIM	OUT	OUT	PUB	ABM	SIM	NÃO	-1 ANO
5004	QUEI	FUND I	SIM	NHM	OUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
5006	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
5007	QUEI	FUND II	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
5008	QUEI	FUND II	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	+2 ANOS
5009	QUEI	FUND II	SIM	NHM	OUT	OUT	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
5010	QUEI	MÉDIO	SIM	EDUCAÇÃO	EMP	PUB	1S	SIM	SIM	-1 ANO
5011	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
5013	QUEI	FUND II	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
5015	QUEI	FUND I	SIM	NHM	OUT	OUT	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
5016	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
5018	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
5019	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	NÃO	-1 ANO
5020	QUEI	FUND I	SIM	NHM	OUT	OUT	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
5022	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
5023	QUEI	SUPERIOR	SIM	EDUCAÇÃO	EMP	PUB	1S	SIM	SIM	-1 ANO
5024	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
5027	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
5028	QUEI	MÉDIO	SIM	SAÚDE	EMP	PUB	1S	SIM	SIM	-1 ANO
5030	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
5031	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
5032	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	NÃO	SIM	-1 ANO
5034	QUEI	FUND II	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
5036	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
5037	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
5038	QUEI	MÉDIO	SIM	NHM	OUT	OUT	ABM	SIM	N SAB	-1 ANO
5040	QUEI	FUND II	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	+3 ANOS
5041	QUEI	SUPERIOR	SIM	SAÚDE	EMP	PUB	1S	SIM	SIM	+3 ANOS
5042	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	+3 ANOS
5044	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
5045	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	+3 ANOS
5046	QUEI	ALFABETIZAÇÃO	NÃO	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
5047	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
5048	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
5055	QUEI	MÉDIO	SIM	EDUCAÇÃO	EMP	PUB	1S	SIM	SIM	-1 ANO
5058	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	NÃO	N SAB	+3 ANOS
5060	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	+3 ANOS
5061	QUEI	SUPERIOR	SIM	EDUCAÇÃO	EMP	PUB	1S	SIM	SIM	+2 ANOS
5062	QUEI	FUND I	SIM	COMERCIANTE	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	+2 ANOS
5063	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
5064	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO

(continua)

Tabela 11 – Respostas dos participantes quanto ao destino do lixo, grau de escolaridade, sabe ler e escrever, ocupação, tipo de trabalho, setor de trabalho, renda, acesso ao SUS, cadastro do domicílio em UBS e última ida ao médico.

(continuação)

5065	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	N SAB	+2 ANOS
5066	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	+3 ANOS
5067	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
5068	QUEI	SUPERIOR	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
5069	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	N SAB	-1 ANO
5071	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	+2 ANOS
5072	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO
5075	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	N SAB	-1 ANO
5076	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	+3 ANOS
5078	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	+3 ANOS
5079	QUEI	SUPERIOR	SIM	EDUCAÇÃO	EMP	PUB	1S	SIM	SIM	-1 ANO
5080	QUEI	SUPERIOR	SIM	EDUCAÇÃO	EMP	PUB	1S	SIM	SIM	+2 ANOS
5081	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	+2 ANOS
5082	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	+2 ANOS
5083	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	+2 ANOS
5084	QUEI	SUPERIOR	SIM	NHM	OUT	OUT	A1S	SIM	SIM	+3 ANOS
5086	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	+3 ANOS
5087	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
5088	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
5089	QUEI	ANALFABETO	NÃO	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
5090	QUEI	ANALFABETO	NÃO	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
5091	QUEI	FUND I	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	-1 ANO
5093	QUEI	FUND II	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	+2 ANOS
5094	QUEI	EJA	SIM	AGRI	AUT	PRI	A1S	SIM	SIM	+2 ANOS
5095	QUEI	MÉDIO	SIM	AGRI	AUT	PRI	ABM	SIM	SIM	-1 ANO

QUEI: queimado; ESCOL: grau de escolaridade; EJA: Educação para jovens e adultos; FUND I: Fundamental I; FUND II: Fundamental II; LER: sabe ler e escrever; OCUP: ocupação; AGRI: agricultor; COMR: comerciante; NHM: nenhum; TRAB: tipo de trabalho; PRI: privado; PUB: público; ABM: abaixo de meio salário mínimo; A1S: abaixo de um salário mínimo; 1S: um salário mínimo; 1S+: acima de um salário mínimo; MEDIC: última ida ao médico; -1 ANO: menos de um ano; +2ANOS: mais de dois anos; +3ANOS: mais de três anos.

Tabela 12 – Respostas dos participantes para se já fez exame de fezes, se já teve parasitose, se sabe como contrai parasitoses e se já tomou antiparasitário na vida.

ID	EXM FEZES	PARASITOSE	CM CONTRAI	TOMOU ANTI
1001	NÃO	NÃO SABE	NÃO	NÃO
1002	NÃO SABE	NÃO SABE	NÃO	NÃO
1003	SIM	NÃO SABE	SIM	SIM
1004	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
1005	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
1007	NÃO	NÃO	SIM	NÃO SABE
1008	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
1011	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

(continua)

Tabela 12 – Respostas dos participantes para se já fez exame de fezes, se já teve parasitose, se sabe como contrai parasitoses e se já tomou antiparasitário na vida.

(continuação)

1012	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
1013	SIM	NÃO	NÃO	SIM
1014	SIM	SIM	NÃO	SIM
1016	NÃO	SIM	NÃO	SIM
1017	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
1019	SIM	SIM	NÃO	SIM
1020	SIM	SIM	NÃO	SIM
1021	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
1022	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
1023	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
1024	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
1025	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
1026	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
1027	SIM	NÃO	NÃO	SIM
1028	SIM	NÃO	NÃO	SIM
1030	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
1031	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
1032	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
1033	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
1034	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
1035	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
1041	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
1042	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
1043	SIM	NÃO	NÃO	SIM
1044	SIM	NÃO	NÃO	SIM
1045	SIM	NÃO	NÃO	SIM
1046	SIM	SIM	SIM	NÃO
1048	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
1049	SIM	NÃO	NÃO	SIM
1050	SIM	NÃO	NÃO	SIM
1051	SIM	SIM	NÃO	SIM
1052	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
1053	SIM	NÃO	NÃO	SIM
1054	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
1055	SIM	NÃO	NÃO	SIM
1056	SIM	NÃO	NÃO	SIM
2001	NÃO	SIM	SIM	SIM
2002	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
2005	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
2006	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
2007	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
2009	SIM	SIM	SIM	SIM

(continua)

Tabela 12 – Respostas dos participantes para se já fez exame de fezes, se já teve parasitose, se sabe como contrai parasitoses e se já tomou antiparasitário na vida.

(continuação)

2010	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
2012	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
2013	SIM	NÃO	NÃO	SIM
2014	SIM	SIM	SIM	SIM
2015	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
2017	SIM	NÃO	SIM	NÃO
2018	SIM	SIM	NÃO	NÃO
2019	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
2020	SIM	NÃO	SIM	NÃO
2022	SIM	NÃO	NÃO	SIM
2023	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
2024	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
2025	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
2026	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
2028	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
2029	NÃO SABE	NÃO	NÃO	NÃO
2030	SIM	SIM	NÃO	SIM
2031	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
3001	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
3002	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
3003	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
3004	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
3005	SIM	NÃO	SIM	SIM
3006	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
3007	SIM	NÃO	NÃO	SIM
3008	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
3009	SIM	NÃO	SIM	SIM
3010	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
3011	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
3012	NÃO SABE	NÃO	NÃO	NÃO
3013	SIM	NÃO	SIM	SIM
3015	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
3016	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
3017	SIM	SIM	NÃO	SIM
3019	SIM	NÃO	SIM	SIM
3020	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
3021	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
3022	SIM	NÃO	SIM	NÃO
3023	SIM	NÃO	NÃO	SIM
3024	SIM	NÃO	SIM	SIM
3025	SIM	NÃO	SIM	NÃO
3026	SIM	SIM	NÃO	NÃO

(continua)

Tabela 12 – Respostas dos participantes para se já fez exame de fezes, se já teve parasitose, se sabe como contrai parasitoses e se já tomou antiparasitário na vida.

(continuação)

3027	SIM	SIM	NÃO	NÃO
3029	NÃO	SIM	NÃO	SIM
3030	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
3031	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
3032	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
3035	SIM	NÃO	NÃO	SIM
3037	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
3038	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
3040	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
3041	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
3042	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
3044	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
3045	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
3049	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
3050	SIM	NÃO	SIM	SIM
3051	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
3052	SIM	SIM	NÃO	NÃO
3053	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
3054	SIM	SIM	NÃO	NÃO
3055	SIM	NÃO	SIM	SIM
3056	NÃO	SIM	SIM	SIM
3057	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
3058	SIM	SIM	NÃO	NÃO
3059	SIM	NÃO	SIM	SIM
3060	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
3061	NÃO SABE	NÃO	NÃO	NÃO
3062	SIM	SIM	NÃO	NÃO
3063	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
3065	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
3066	SIM	SIM	NÃO	NÃO
3069	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
3072	SIM	NÃO	SIM	SIM
3073	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
3074	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
3075	SIM	SIM	NÃO	NÃO
3076	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
3077	SIM	SIM	NÃO	NÃO
3079	SIM	NÃO	NÃO	SIM
3081	NÃO SABE	NÃO	SIM	NÃO
3084	SIM	SIM	SIM	SIM
3085	SIM	SIM	NÃO	NÃO
3086	SIM	NÃO	NÃO	SIM

(continua)

Tabela 12 – Respostas dos participantes para se já fez exame de fezes, se já teve parasitose, se sabe como contrai parasitoses e se já tomou antiparasitário na vida.

(continuação)

4001	SIM	SIM	SIM	SIM
4002	NÃO SABE	NÃO	NÃO	NÃO
4003	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
4004	SIM	NÃO	SIM	NÃO
4006	SIM	NÃO	NÃO	SIM
4009	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
4011	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
4012	SIM	SIM	SIM	SIM
4013	SIM	NÃO	NÃO	SIM
4014	SIM	SIM	SIM	SIM
4015	SIM	NÃO	NÃO	SIM
4017	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
4018	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
4019	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
4021	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
4022	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
4023	NÃO	SIM	NÃO	SIM
4024	SIM	SIM	NÃO	SIM
4025	SIM	SIM	NÃO	SIM
4026	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
4027	NÃO	NÃO	SIM	SIM
4028	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
4029	NÃO	SIM	NÃO	SIM
4030	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
4031	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
4032	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
4033	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
4034	SIM	SIM	SIM	SIM
4035	SIM	SIM	NÃO	NÃO
4036	NÃO SABE	NÃO	SIM	NÃO
4038	NÃO SABE	NÃO	NÃO	NÃO
4039	SIM	NÃO	SIM	NÃO
4040	SIM	NÃO	SIM	NÃO
4042	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
4043	SIM	SIM	NÃO	SIM
4044	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
4045	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
4046	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
4047	NÃO	NÃO	SIM	SIM
4048	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
4049	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
4051	NÃO SABE	NÃO	NÃO	SIM

(continua)

Tabela 4 – Respostas dos participantes para se já fez exame de fezes, se já teve parasitose, se sabe como contrai parasitoses e se já tomou antiparasitário na vida.

(continuação)

4052	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
4053	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
4056	SIM	SIM	SIM	SIM
4057	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
4059	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
4061	NÃO	SIM	NÃO	SIM
4062	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
5001	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
5002	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
5003	SIM	NÃO	NÃO	SIM
5004	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
5006	SIM	NÃO	SIM	SIM
5007	SIM	NÃO	SIM	SIM
5008	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
5009	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
5010	SIM	NÃO	SIM	SIM
5011	SIM	NÃO	SIM	SIM
5013	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
5015	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
5016	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
5018	SIM	NÃO	NÃO	SIM
5019	SIM	NÃO	NÃO	SIM
5020	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
5022	SIM	NÃO	NÃO	SIM
5023	SIM	NÃO	SIM	SIM
5024	SIM	NÃO	SIM	SIM
5027	SIM	NÃO	NÃO	SIM
5028	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
5030	SIM	NÃO	SIM	NÃO
5031	SIM	SIM	SIM	NÃO
5032	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
5034	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
5036	NÃO SABE	NÃO	SIM	SIM
5037	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
5038	SIM	SIM	SIM	SIM
5040	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
5041	SIM	SIM	SIM	SIM
5042	SIM	SIM	NÃO	SIM
5044	SIM	SIM	SIM	SIM
5045	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
5046	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
5047	SIM	SIM	NÃO	NÃO

(continua)

Tabela 12 – Respostas dos participantes para se já fez exame de fezes, se já teve parasitose, se sabe como contrai parasitoses e se já tomou antiparasitário na vida.

(continuação)

5048	SIM	SIM	NÃO	SIM
5055	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
5058	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
5060	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
5061	SIM	SIM	SIM	SIM
5062	SIM	SIM	SIM	NÃO
5063	SIM	NÃO	N	SIM
5064	NÃO SABE	NÃO	N	NÃO
5065	SIM	SIM	N	SIM
5066	SIM	NÃO	N	NÃO
5067	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
5068	SIM	NÃO	SIM	NÃO
5069	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
5071	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
5072	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
5075	SIM	SIM	NÃO	NÃO
5076	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
5078	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
5079	NÃO	NÃO	SIM	SIM
5080	SIM	NÃO	NÃO	SIM
5081	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
5082	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
5083	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
5084	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
5086	SIM	SIM	SIM	SIM
5087	SIM	NÃO	SIM	SIM
5088	SIM	NÃO	SIM	SIM
5089	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
5090	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
5091	SIM	NÃO	SIM	NÃO
5093	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
5094	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
5095	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO

EXM FEZES: exame de fezes; CM CONTRAI: como contrai; TOMOU ANTI: tomou antiparasitário

ANEXO A – PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE INTEGRAÇÃO
DO SERTÃO - FIS



PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: A Saúde do Território Quilombola Águas do Velho Chico no Município de Orocó, Pernambuco, Brasil.

Pesquisador: TAMARA BARAIVA DE ASSIS

Área Temática:

versão: 2

CAAE: 54099521.0.0000.8267

Instituição Proponente: UNIVASF

Patrocinador Principal: Financiamento Píprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.361.457

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do projeto", "Objetivos da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa. Data de Submissão do Projeto: 11/12/2021 PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1885902 (1) e/ou do "Projeto Detalhado" (Projeto_de_pesquisa.pdf):

Resumo:

As condições ambientais nas quais os indivíduos estão inseridos possuem forte influência sob a saúde humana. Com isto, além do déficit no sistema público de saúde, diversas comunidades tradicionais, como as populações quilombolas, por estarem alocadas em contexto social fragilizado, onde a atenção primária de saúde é negligenciada, enfrentam diversos problemas em decorrência da dificuldade de acesso aos serviços básicos. Desta forma, as avaliações laboratoriais, socioeconómicas e demográficas são essenciais para o diagnóstico, monitoramento e compreensão de diversas doenças, tanto na fase aguda, quanto nos estágios crônicos. Tais métodos, como por exemplo análises de urina, hematológicas, bioquímicas e parasitológicas, fornecem amplo espectro de informações para a identificação de enfermidades, além de serem técnicas confiáveis, pouco invasivas e de baixo custo, as quais, somadas a fatores socioeconómicos e demográficos, permitem verificar a correlação e as condições de vida dessas

Endereço: Rua João Luís de Melo, 2110, 1º Andar - Tancredo Neves

Bairro: TANCREDO NEVES

CEP: 56.909-205

UF: PE

Município: SERRA TALHADA

Telefone: (87)3201-1749

E-mail: cep@fis.uasb.br

ANEXO B - COMPROVANTE DE CADASTRO SISGEN



Ministério do Meio Ambiente
CONSELHO DE GESTÃO DO PATRIMÔNIO GENÉTICO
SISTEMA NACIONAL DE GESTÃO DO PATRIMÔNIO GENÉTICO E DO CONHECIMENTO TRADICIONAL ASSOCIADO

Comprovante de Cadastro de Acesso
Cadastro nº A086AC6

A atividade de acesso ao Conhecimento Tradicional Associado, nos termos abaixo resumida, foi cadastrada no SisGen, em atendimento ao previsto na Lei nº 13.123/2015 e seus regulamentos.

Número do cadastro: **A086AC6**
 Usuário: **DIEGO CÉSAR NUNES DA SILVA**
 CPF/CNPJ: **058.051.724-10**
 Objeto do Acesso: **Conhecimento Tradicional Associado**
 Finalidade do Acesso: **Pesquisa**

Fonte do CTA

CTA de origem identificável diretamente com provedor

Provedor

Território Quilombola Águas do Velho Chico

Título da Atividade: **A SAÚDE DO TERRITÓRIO QUILOMBOLA ÁGUAS DO VELHO CHICO,
MUNICÍPIO DE OROCÓ, PERNAMBUCO, BRASIL**

Equipe

DIEGO CÉSAR NUNES DA SILVA	UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISC
MARCELO DOMINGUES DE FARIA	UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISC
JOSÉ HERMÓGENES Moura da costa	UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISC
TAMARA SARAIVA DE ASSIS	UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISC
Hillary Devianne Resende Maia	UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISC
Marcio Tarciso Reis Silva	UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISC

Filipe Pereira dos Santos Silva
Danilo Lopes Guimarães Silva
Jeferson Brito de Castro
Antonio Fernando Barros da Silva Junior
Marta Barros Leite de Oliveira
Carlos Vinícius da Silva Cabral

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

Data do Cadastro: **16/09/2022 10:41:43**
Situação do Cadastro: **Concluído**

Conselho de Gestão do Patrimônio Genético
Situação cadastral conforme consulta ao SisGen em **10:41 de 16/09/2022**.



**SISTEMA NACIONAL DE GESTÃO
DO PATRIMÔNIO GENÉTICO
E DO CONHECIMENTO TRADICIONAL
ASSOCIADO - SISGEN**