

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGCOL  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

**DISCRIMINAÇÃO ÉTNICO-RACIAL EM POPULAÇÃO QUILOMBOLA NO  
MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DO SUL/RS**

**CAMILA SCHEFFEL**

Porto Alegre  
2017

**Camila Scheffel**

**DISCRIMINAÇÃO ÉTNICO-RACIAL EM POPULAÇÃO QUILOMBOLA NO  
MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DO SUL/RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

*Orientadora: Cláides Abegg*

Linha de pesquisa: Estudos Epidemiológicos, Análise da Situação de Saúde e Bioestatística

Porto Alegre  
2017

#### CIP - Catalogação na Publicação

Scheffel, Camila  
discriminação étnico-racial em população quilombola  
no município de São Lourenço do Sul/RS / Camila  
Scheffel. -- 2017.  
67 f.  
Orientadora: Claídes Abegg.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,  
2017.

1. comunidades remanescentes de quilombos. 2.  
determinantes sociais da saúde. 3. população negra.  
4. discriminação racial. I. Abegg, Claídes, orient.  
II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Camila Scheffel

**DISCRIMINAÇÃO ÉTNICO-RACIAL EM POPULAÇÃO QUILOMBOLA NO  
MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DO SUL/RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 30 de nov. 2017.

---

Profa. Dra. Cláides Abegg – Orientadora

---

Profa. Dra. Stela Nazareth Meneghel – UFRGS

---

Profa. Dra. Gehysa Guimarães – ULBRA

---

Profa. Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi - UFRGS

## DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais Silvia e  
Marcos  
e ao meu amor Guilherme  
Obrigada pelo apoio nos momentos difíceis

## **AGRADECIMENTOS**

À profa Dra Cláides Abegg pela confiança, pelos incentivos, por estar sempre disponível para sanar minhas dúvidas e pela oportunidade de me orientar nesse trabalho.

Aos profissionais das unidades de saúde Canta Galo, Santa Teresa e Coqueiro pelo grande auxílio, em especial à Marcia, à Naira, à Cândida e à Liviane.

À secretaria municipal de saúde de São Lourenço do Sul, e particularmente ao funcionário Diego Elias, pelo apoio e pela colaboração essencial.

À minha família que sempre me incentivou na superação dos desafios e aceitou minhas ausências nos momentos de trabalho mais intenso.

Ao meu marido Guilherme pelo grande companheirismo e colaboração inestimável nessa etapa.

*Sempre que eu ia à igreja eu me perguntava (...) e perguntava a minha mãe:*

*- Mamãe, por que tudo é branco? Por que Jesus é branco e de olhos azuis? Por que na última ceia todos são brancos? Por que os anjos são brancos?*

*Eu disse:*

*- Mamãe, quando morrermos nós vamos para o céu?*

*Ela me respondeu 'Claro'.*

*Então eu lhe perguntei:*

*- E o que aconteceu com todos os anjos negros?*

*Muhammad Ali, Muhammad Ali Tells the Truth, entrevista concedida à BBC em 1971*

## RESUMO

A discriminação étnico-racial é um evento estressor capaz de produzir múltiplos danos físicos e mentais. Apesar do crescente interesse científico mundial e de ser tema estratégico para a saúde coletiva, permanece pouco estudado no Brasil, especialmente quando comparado aos EUA, responsável por expressiva produção acadêmica nessa área. Acerca das comunidades remanescentes de quilombo, são ainda mais escassos os dados disponíveis na literatura sobre a sua situação de saúde, sendo nula a investigação abrangendo discriminação étnico-racial entre esses indivíduos. Buscando contribuir para essas questões, a presente pesquisa analisou as frequências de discriminação entre os adultos quilombolas do município de São Lourenço do Sul/RS, por intermédio da escala *Experiences of Discrimination*, além de verificar as condições sociodemográficas e de saúde dessa população, mensurados pelos questionários da Pesquisa Nacional de Saúde adaptados para esse trabalho. Foram realizadas 103 entrevistas, sendo a amostra composta por 55,3% de mulheres, 71,8% com idades entre 18 e 59 anos e 72,8% da raça/cor preta. A prevalência de discriminação étnico-racial percebida em algum momento da vida foi de 59,2%, resultado superior ao encontrado em outros estudos importantes acerca do tema no país. As frequências com que os entrevistados reportaram ter sofrido discriminação nos contextos cotidianos investigados variaram de 1,9% ao pedir crédito ou empréstimo bancário até 28,2% ao frequentar a escola. Os itens acerca de agravos em saúde revelaram alta (64,1%) frequência de doenças crônicas, sendo a hipertensão arterial sistêmica (45,6%) a doença mais prevalente. Foram baixos os índices de tabagismo e de uso abusivo de álcool. Os resultados desse estudo permitem concluir que a prevalência de discriminação racial nas comunidades remanescentes de quilombo do município de São Lourenço do Sul foi alta e o local no qual ela foi percebida com maior frequência foi o ambiente escolar. É de suma importância que se reconheça a existência da prática do racismo dentro da sociedade brasileira para que se sistematizem ações para transformar essa realidade.

Palavras-chave: Racismo. População negra.  
Comunidades Vulneráveis.  
Determinantes sociais da saúde.



## ABSTRACT

The ethnic-racial discrimination is a stressor event related to multiple physical and mental damages. However, despite the growing scientific interest in a global scale, it remains little studied in Brazil, especially when compared to the USA, responsible for expressive academic production in this area. Concerning the remaining communities of quilombo, the data available in the literature about their health status is even scarcer, with no research covering ethnic-racial discrimination on these individuals. In order to analyze these questions, the present study investigated the frequencies of discrimination among quilombola adults in the city of São Lourenço do Sul / RS, through the scale “Experiences of Discrimination”, beside verifying the sociodemographic and health conditions of this population, measured by questionnaires of the National Health Survey adapted for this work. A total of 103 interviews were conducted, with 55.3% of women, 71.8% between 18 and 59 years old, and 72.8% of blacks. The prevalence of ethnic-racial discrimination perceived at some point in life was 59.2%, a result superior to that found in other important studies on this matter in the country. The frequencies with which respondents reported discrimination in the daily contexts of the questionnaire ranged from 1.9% when applying for credit or bank loan up to 28.2% when attending school. The items about health problems revealed a high (64.1%) frequency of chronic diseases, with systemic arterial hypertension (45.6%) being the most prevalent disease. The rates of smoking and alcohol abuse were low. The results of this study allow us to conclude that the prevalence of racial discrimination in the remaining communities of quilombo in the municipality of São Lourenço do Sul was high and the place where it was most frequently perceived was the school environment. It is extremely important to recognize the existence of the practice of racism within Brazilian society to systematize actions to change this reality.

Keywords: Racism. Black population.  
Vulnerable Groups. Social determinants of health.

## LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 – Estudos com comunidades remanescentes de quilombos no Brasil e resultados encontrados .....	21
Quadro 2 – Número de comunidades remanescentes de quilombos certificadas por região no Rio Grande do Sul .....	24
Quadro 3 – Certidões expedidas às comunidades quilombolas em São Lourenço do Sul .....	29
Quadro 4 – Número de itens do questionário <i>Experiences Of Discrimination</i> por Assunto.....	31
Quadro 5 – Classificação das respostas dos itens 1.1 da escala <i>Experiences Of Discrimination</i> .....	32
Quadro 6 – Classificação das respostas dos itens 1.2 a 1.5 da escala <i>Experiences Of Discrimination</i> .....	33
Tabela 1 – População negra do Rio Grande do Sul .....	25
Tabela 2 – Distribuição da população quilombola de São Lourenço do Sul/RS segundo as variáveis sociodemográficas.....	37
Tabela 3 – Condição dos domicílios e de saúde da população quilombola de São Lourenço do Sul/RS.....	39
Tabela 4 – Frequência de discriminação étnico-racial percebida segundo o questionário <i>Experiences of Discrimination</i> .....	42

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	16
2.1	OBJETIVO GERAL .....	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
<b>3</b>	<b>HIPÓTESES</b> .....	17
3.1	HIPÓTESE 1 .....	17
3.2	HIPÓTESE 2 .....	17
<b>4</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	18
4.1	DISPARIDADES ÉTNICO-RACIAIS E AS COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS .....	18
4.2	DISPARIDADES ÉTNICO-RACIAIS E AS COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS NO RIO GRANDE DO SUL .....	22
4.3	DISPARIDADES ÉTNICO-RACIAIS E SEU IMPACTO NA ATENÇÃO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES .....	25
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	28
5.1	TIPO DE ESTUDO .....	28
5.2	LOCAL DO ESTUDO .....	28
5.3	POPULAÇÃO ALVO .....	29
5.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	30
5.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	30
5.6	AMOSTRA .....	30
5.7	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	30
<b>5.7.1</b>	<b>Conteúdo do Instrumento</b> .....	31
<b>5.7.2</b>	<b>Classificação das Respostas</b> .....	32
5.8	CONSTRUÇÃO DE MEDIDAS .....	34
5.9	COLETA DE DADOS.....	34
5.10	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	35
5.11	CONTOLE DE QUALIDADE DOS DADOS .....	35
5.12	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	36
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	37

<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>45</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>50</b>
<b>9</b>	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>51</b>
<b>10</b>	<b>ANEXOS</b> .....	<b>57</b>
10.1	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	58
10.2	ANEXO B – QUESTIONÁRIO DISCRIMINAÇÃO ÉTNICO-RACIAL EM POPULAÇÃO QUILOMBOLA NO MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DO SUL/RS .....	59
10.3	ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	66

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo trata da discriminação étnico-racial junto às comunidades quilombolas no interior do Rio Grande do Sul, abrangendo condições econômicas, sociais e de saúde dessa população. Investigou-se também acerca da prevalência de discriminação em situações do cotidiano, de acordo com a percepção dos indivíduos quilombolas.

A partir da década de 1920, o preconceito e a discriminação começaram a despertar interesse da comunidade científica<sup>1</sup>. Até então, a ideia de superioridade étnico-racial era hegemônica, legitimada pelas teorias científicas da época e o conceito de raça era definido a partir de variações geográficas e morfológicas entre os diferentes grupos humanos<sup>1,2,3</sup>.

A existência de supostas etnias superiores justificava a exclusão, a escravidão e o isolamento daquelas consideradas inferiores<sup>1,2</sup>. No entanto, com os avanços da genética moderna, evidencia-se que as disparidades étnico-raciais não são consequências de genes, mas sim produtos de uma construção social desigual<sup>3</sup>. Inúmeras investigações corroboram para a inviabilização do uso do termo em um contexto biológico, já que são encontradas maiores variações genéticas entre indivíduos de uma mesma população do que entre as diferentes raças<sup>2,3</sup>. Apesar disso, a identificação através de raças permanece atual, determinando identidades, assim como acesso a recursos e estima na sociedade, sendo um importante marcador social.<sup>2</sup>.

O tratamento distinto por motivação racial é condição que afeta negativamente a saúde das populações e está associado a maior morbimortalidade dos indivíduos pertencentes a grupos oprimidos étnico-racialmente<sup>4</sup>. Revisões abrangentes da literatura sobre o assunto demonstram que a percepção de discriminação, especialmente quando relacionada aos serviços de saúde, está associada a piores desfechos em enfermidades como hipertensão, aterosclerose, diabetes e HIV/AIDS; a condições adversas de saúde mental, incluindo depressão e transtorno de ansiedade; e a comportamentos deletérios à saúde como tabagismo, consumo

abusivo de álcool, sedentarismo, dietas menos saudáveis, baixa triagem para câncer de colo uterino entre as mulheres e uso de outras drogas<sup>5-8</sup>.

No Brasil, o estudo da discriminação como fator relacionado aos piores indicadores da população negra tem aumentado nas últimas décadas, porém são ainda escassos, especialmente se comparados a expressiva produção acadêmica norte-americana<sup>1</sup>. A insuficiência desses indicadores pode ser atribuída ao fato da existência do racismo ser negado no país durante grande parte de sua história em função da crença na democracia racial, imperante na década de 30, e segundo a qual o Brasil se caracterizaria por ser uma sociedade de inclusão devido à grande miscigenação da população<sup>9,10</sup>. Adicionalmente, confere-se a escassez de publicações aos sistemas nacionais de informação que, somente em meados de 1990, iniciaram a coleta de dados com a inclusão do quesito raça/cor<sup>11,12</sup>.

Os dados nacionais revelam que, de maneira geral, a população negra brasileira encontra-se em situação desigual em relação à população branca. As desigualdades em termos de recursos econômicos são ainda mais significativas nas populações pertencentes a comunidades remanescentes de quilombo (CRQs). Os negros, e principalmente os quilombolas, apresentam baixos indicadores socioeconômicos e se concentram nos segmentos mais pobres da distribuição de renda no Brasil<sup>9</sup>.

De acordo com o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, 51,5% da população brasileira se autodeclara negra<sup>13,14</sup>. No entanto, os indicadores demográficos e socioeconômicos desde censo, quando desagregados por cor, revelam, por exemplo, uma taxa de analfabetismo de 14% entre os pretos e de 5,7% entre os brancos, uma taxa de desemprego de 8,9% entre os pretos e de 6% entre os brancos e uma renda média *per capita* 53% maior entre brancos quando comparados aos pretos<sup>13-15</sup>.

Estima-se, segundo a Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), a existência de 82 mil famílias quilombolas, numa razão aproximada de 80 famílias por comunidade<sup>13,16</sup>. Até dezembro de 2015, haviam 2648 comunidades certificadas pela Fundação Cultural Palmares, com uma maior concentração nas regiões nordeste, sudeste e norte<sup>13,17</sup>. Dentre os estados brasileiros, destacam-se a

Bahia, com 660 CRQs certificadas e o Maranhão com 494. O Rio Grande do Sul é o sexto em número de comunidades quilombolas e conta com 108 até o momento<sup>13,17</sup>. A maior parte dessas famílias, 70,6%, tem renda média de R\$ 77 ao mês, 8,8% recebem entre R\$ 78 e R\$ 154 e 20,6% tem renda maior que R\$ 154 mensais (R\$ 724 é o valor do salário mínimo do ano da referência, 2014), sendo 80% delas beneficiárias de programas de transferência de renda como o Bolsa Família<sup>12,13</sup>.

As análises desses dados populacionais com base na raça/cor corroboram a existência de discriminação racial no Brasil<sup>9,12,19</sup>. Na medida em que se demonstram as vantagens socioeconômicas dos indivíduos brancos em relação aos negros também se evidenciam os diferentes níveis políticos, sociais e ideológicos existentes entre eles. Verifica-se que as marcas étnico-raciais acabam compondo categorias sociais diferenciadas e essas culminando em hierarquias, tendendo a posição superior a receber níveis mais elevados de remuneração econômica, acesso a melhores ocupações e/ou perspectivas no mercado de trabalho; além de uma posição principal no sistema político<sup>18</sup>. São concedidos à população branca não só melhores condições socioeconômicas, mas também níveis mais elevados de estima social<sup>12</sup>. Entende-se, dessa forma, a existência do racismo como um fenômeno intrinsecamente ligado a existência de uma estrutura racial na sociedade<sup>12</sup>.

Devido ao racismo estar profundamente enraizado culturalmente, a discriminação persiste nas estruturas institucionais e sociais, mesmo num contexto de acentuado declínio de práticas discriminatórias em nível individual<sup>6</sup>. Da mesma maneira que o Brasil criou seu racismo com base na negação do mesmo, os racismos contemporâneos não precisam mais do conceito de raça, servindo-se apenas dos conceitos de diferenças culturais e identitárias<sup>19</sup>. As práticas de discriminação racial, portanto, não são claras e evidentes, mas sim veladas, institucionais, e, aparentemente, não raciais<sup>12</sup>. A constância de ampla vantagem socioeconômica da população branca em relação à negra ilustra essa situação.

Diante do exposto e tendo em vista a importância do tema tanto nacional quanto internacionalmente, torna-se relevante investigar a discriminação étnico-racial junto às comunidades remanescentes de quilombos do interior do Rio Grande do Sul, possibilitando o desenvolvimento de políticas públicas eficientes para o seu combate.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a prevalência de discriminação étnico-racial percebida entre os indivíduos pertencentes às comunidades remanescentes de quilombo no município de São Lourenço do Sul/RS.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Caracterizar a população quanto aos seus principais agravos em saúde e estilos de vida no período do estudo.
2. Caracterizar a população quanto às suas condições de renda familiar, domicílio e escolaridade.
3. Analisar a prevalência de discriminação étnico-racial percebida em situações do cotidiano.



### 3 HIPÓTESES

#### 3.1 HIPÓTESE 1

Os indivíduos pertencentes às comunidades remanescentes de quilombos no município de São Lourenço do Sul/RS estão expostos à discriminação étnico-racial, mensurada por intermédio da escala *Experiences of Discrimination (EOD)*.

#### 3.2 HIPÓTESE 2

Os indivíduos pertencentes às comunidades remanescentes de quilombos no município de São Lourenço do Sul/RS estão expostos à discriminação étnico-racial em seu cotidiano, mensurada por intermédio da escala *Experiences of Discrimination (EOD)*.

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 DISPARIDADES ÉTNICO-RACIAIS E AS COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS

No período colonial, mais de três milhões de africanos foram forçosamente trazidos para o Brasil e submetidos à escravidão<sup>20</sup>. Com a assinatura da Lei Áurea, em 1888, foi lhes dada a liberdade, sem, contudo, garantir-lhes condições para sua subsistência<sup>20</sup>. A restrição ao acesso à terra foi prática corrente nas ex-colônias, fato que, aliado à baixa remuneração, acabou determinando a manutenção de um sistema de exploração dos ex-escravos<sup>18</sup>. Como consequência direta da desvantagem imposta historicamente, o Brasil hoje tem a maior concentração de indivíduos negros fora da África e, no entanto, ela representa a população com os piores indicadores sociais, econômicos e de renda do país<sup>10,21</sup>.

Desde o seu surgimento no Brasil, em meados do século XVI, os quilombos foram locais de resistência da população escrava africana e da população afrodescendente. Terras compradas, herdadas ou doadas por ex-senhores após a abolição do sistema escravista ou pelo Estado a partir da desagregação de monoculturas, são exemplos de suas origens, as quais se remetem a muitas diferentes situações<sup>13,20</sup>. Essas comunidades, também chamadas comunidades negras rurais, formaram grupos com trajetórias próprias que possibilitaram a construção de uma significativa trama de relações socioculturais, em moldes bastante similares aos africanos, com redes familiares extensas e um modo de produção coletivo<sup>16,20</sup>. Apesar desse contexto de resistência, os quilombolas foram expostos a diversas arbitrariedades e violências ao longo da história, a exemplo de repressão policial a terreiros de Candomblé e a expropriações, mesmo com o lote comprado ou herdado de antigos senhores através de testamento lavrado em cartório<sup>22</sup>.

Após um século da abolição da escravatura, na Constituição Federal de 1988, foi aprovado e incorporado o artigo 68, com o qual obtiveram o reconhecimento da propriedade das suas terras, ainda que como parte das Disposições Constitucionais

Transitórias e não como uma obrigação permanente do Estado<sup>20,22,23</sup>. Através do decreto 4.887/2003, regulamentou-se o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas pelas CRQs, estando a Fundação Cultural Palmares encarregada de emitir certidões de reconhecimento às comunidades, o Núcleo de Antropologia e Cidadania responsável pela produção do Relatório Técnico de Demarcação e Identificação (RTDI) e o Instituto Nacional de Reforma Agrária (INCRA) pela emissão dos títulos de propriedade<sup>23-25</sup>.

Mesmo com a regulamentação, o processo de resistência quilombola continua vigente. Os enfrentamentos acerca da legitimidade à permanência e ao reconhecimento legal da posse das suas terras são frequentes, bem como a discriminação quanto ao livre exercício de suas práticas, crenças e valores<sup>13,15,16,22, 25</sup>. Em dezembro de 2015, por exemplo, existiam no país 2648 CRQs certificadas e dessas apenas 207 estavam tituladas pelo INCRA<sup>25</sup>. Além disso, por permanecerem ignorados nas instâncias jurídicas e administrativas, também o estiveram no acesso a políticas públicas de saneamento básico, saúde, educação e renda mínima, representando até hoje uma população segregada.

A literatura existente acerca da situação de saúde das populações quilombolas é escassa e, no que confere a estudos epidemiológicos, um grande limitador é a inexistência de informações desagregadas nos bancos de dados, não sendo possível comparar seu estado de saúde com o das demais populações<sup>26-28</sup>. Apesar disso, alguns estudos foram publicados e evidenciam resultados importantes.

Uma revisão com relação à saúde dessas comunidades, publicada em 2011, evidencia que suas condições sanitárias são insuficientes, a maior parte não possui água tratada e rede de esgoto, além de serem registrados casos frequentes de anemia falciforme, ser alta a prevalência de hipertensão arterial e os índices de tabagismo e de alcoolismo<sup>16</sup>. Outro estudo desenvolvido pelo Instituto de Saúde de São Paulo, nas CRQs do estado, encontrou entre os principais agravos a hipertensão, o diabetes, a obesidade, os problemas de saúde bucal, as “doenças decorrentes de casamentos endogâmicos”, o alcoolismo e a leishmaniose cutânea<sup>26</sup>. Constatou também que a sobremortalidade dos pretos em relação aos brancos ocorreu em todas as doenças, mas especialmente nos transtornos mentais, em que a mortalidade foi 10,4 vezes maior que a de brancos<sup>26</sup>.

O projeto de pesquisa com Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista/Bahia, em 2011, trouxe informações importantes sobre essa população<sup>27</sup>. A prevalência de hipertensão foi elevada e associada a condições de vulnerabilidade, como escolaridade e classe econômica assim como a elevada prevalência de não realização do exame citopatológico de colo uterino entre as mulheres<sup>27,29,30</sup>. O consumo de álcool foi alto e com maior risco entre os indivíduos do sexo masculino, mais escolarizados e tabagistas<sup>31</sup>. A prevalência de auto avaliação de saúde ruim/muito ruim também foi elevada e associada a variável cor da pele<sup>21</sup>. Já a depressão apresentou prevalência similar à estimada na população geral brasileira, estando associada positivamente a pior auto avaliação em saúde e a doenças crônicas<sup>32</sup>.

Dois estudos investigando condições de saneamento básico e prevalência de parasitoses intestinais nas comunidades quilombolas de Bias Fortes/Minas Gerais e de Boqueirão/Bahia, encontraram altas e médias taxas de parasitoses, de 63,8% e de 35,4%, respectivamente<sup>33,34</sup>. Apesar dos índices de infecção dissemelhantes, as situações sanitárias foram similarmente precárias, evidenciando condições de saneamento muito deficientes e habitabilidade dos domicílios inadequada<sup>33,34</sup>. Da mesma forma, um estudo investigando as condições de saúde da CRQ Caiana dos Crioulos, na Paraíba, revelou péssimas condições higiênico-sanitárias, com ausência de saneamento, de água tratada e de coleta de lixo<sup>35</sup>.

Os principais achados desses estudos estão resumidos no quadro 1 abaixo:

**Quadro 1** – Estudos com comunidades remanescentes de quilombos no Brasil e resultados encontrados

	Más Condições Sanitárias	Uso Abusivo de Álcool	Hipertensão	Diabetes	Auto-avaliação de Saúde Ruim
<b>Freitas et al. 2011</b>	X	X	X		
<b>Volochko et al. 2009</b>		X	X	X	
<b>Projeto COMQUISTA 2012</b>		X	X		X
<b>Andrade et al. 2011</b>	X				
<b>Amorim et al. 2013</b>	X				
<b>Silva et al. 2007</b>	X				

Fonte: Scheffel (2016).

Desde 1948, no texto que constituiu a Organização Mundial de Saúde (OMS), entende-se por saúde um estado de bem-estar físico, mental e social que, apesar da concepção bastante ampla, transcende a simples ausência de doenças<sup>35,36,37</sup>. Em 2005, ao ser criada a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS) da OMS, recoloca-se em destaque os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de

enfermidades e seus fatores de risco nos indivíduos e nas populações<sup>37</sup>. Embora hoje a importância dos DSS na situação de saúde seja consenso, o esforço em os correlacionar com as iniquidades das populações étnico-racialmente oprimidas no Brasil, a fim de se criarem intervenções para minimizá-las ainda é escasso<sup>21,37</sup>.

Dessa forma, alterar a situação de exclusão em que se encontram as populações quilombolas abrange compreender que as desigualdades entre os grupos populacionais, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias, sendo insuficiente apenas reconhecer a existência das CRQs e elevá-las a Patrimônio Histórico Nacional<sup>16,17,22,37</sup>.

#### 4.2 DISPARIDADES ÉTNICO-RACIAIS E AS COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS NO RIO GRANDE DO SUL

Estudos analisando a formação histórica, sociológica e antropológica do Rio Grande do Sul evidenciam particularidades, as quais se relacionam intrinsecamente com a manutenção de uma sociedade hierarquicamente racial, construída sob pilares discriminatórios em relação a uma população negra marginalizada<sup>18,24,36,38</sup>. De acordo com o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, 16,1% da população sul-rio-grandense se autodeclara negra<sup>13,14</sup>. Os indicadores demográficos e socioeconômicos desagregados por cor revelam uma taxa de analfabetismo média de 8,6% entre os pretos e pardos e de 3,7% entre os brancos, uma taxa de desemprego de 4,4% entre os brancos e de 7,1% entre os pretos e uma renda média *per capita* 47% maior entre brancos quando comparados aos negros<sup>13,14,15</sup>.

A integração tardia do território sul-rio-grandense ao restante do país, a economia baseada na pecuária da Campanha e os constantes conflitos nas fronteiras e na região da Cisplatina, contribuíram para a construção social da identidade do gaúcho, figura gentílica habitante do estado<sup>24</sup>. Junto a ele, a partir da imigração de expressivo contingente de pequenos agricultores italianos e alemães no século XIX, formou-se a figura do colono. Essas duas categorias sociais recebem, no âmbito

regional, uma representação universal da etnicidade sul-rio-grandense<sup>38</sup>. Nas noções gerais do colono e do gaúcho, o negro está excluído e é assim invisibilizado simbolicamente<sup>24,38</sup>. A identidade do Sul, portanto, constrói-se através de uma formação multiétnica, porém com uma ideologia que enfatiza o valor da imigração europeia e a mística campeira livre e branca, negando o negro<sup>18,24</sup>.

Ademais, durante grande período, a historiografia do Sul do Brasil subestimou a presença dos negros na região, negando a importância do trabalho escravizado na sociedade sul-rio-grandense e realizando uma espécie de limpeza étnica historiográfica<sup>18,38-40</sup>. Apesar da existência de um sistema escravista significativo, com cerca de 27,3% da população de 1860 escrava, o período de tempo e o contingente, quando comparados ao restante do país, foram menores, fatos que somados ao fluxo migratório europeu resultaram tanto no ideário étnico branco da população sulista quanto no mito da amenidade do trabalho escravo nas fazendas de gado e casas senhoriais do Rio Grande do Sul<sup>18,38</sup>.

Atualmente, sabe-se que os negros estiveram presentes de modo muito significativo nas atividades das charqueadas nas regiões de Pelotas, Rio Grande, Santa Maria e Porto Alegre; nas regiões fronteiriças ao Uruguai e Argentina; nos Campos de Cima da Serra e no Noroeste do estado<sup>18,39</sup>. Foram igualmente submetidos a trabalho espoliativo, violências e castigos, prática habitual com que eram tratadas as classes subalternizadas<sup>18,39</sup>. Como forma de oposição, praticavam a resistência na execução do trabalho, a apropriação de bens por eles produzidos, o justicamento de escravistas e prepostos, o suicídio, a fuga e, em número expressivo, o aquilombamento<sup>18,39</sup>.

Até dezembro de 2015, 108 comunidades remanescentes de quilombo estavam certificadas pela Fundação Cultural Palmares no estado do Rio Grande do Sul, conforme o quadro 2 abaixo, com localização predominante nas regiões Sudeste e Metropolitana, correspondendo às zonas historicamente escravagistas de charqueadas<sup>17</sup>.

**Quadro 2** – Número de comunidades remanescentes de quilombos certificadas por região no Rio Grande do Sul

<b>Região</b>	<b>Número de CRQs certificadas</b>
Centro-ocidental	11
Centro-oriental	3
Metropolitana	28
Nordeste	0
Noroeste	9
Sudeste	46
Sudoeste	11

Fonte: Adaptado de Fundação Cultural Palmares (2015).

O reconhecimento das terras pertencentes a essas populações, como forma a dar materialidade aos direitos constitucionais, teve início em 2001, quando a comunidade quilombola de Morro Alto se torna objeto de trabalho para identificação e delimitação de seu território<sup>25</sup>. As primeiras certificações datam de junho de 2004 e são concedidas a Morro Alto, em Porto Alegre; a Rincão dos Negros, em Rio Pardo; a Manoel Barbosa, em Gravataí; a Morro Alto, nos limites entre os municípios de Osório e Maquiné e a comunidade de Casca, em Mostardas<sup>17</sup>.

Segundo o a secretaria da saúde do Rio Grande do Sul, em um documento trazendo informações acerca do Censo Demográfico de 2010 (tabela 1), 16% da população do Rio Grande do Sul se autodeclara negra e dessa, aproximadamente 34 mil reside em comunidades remanescentes de quilombos<sup>41</sup>.



**Tabela 1 – População negra do Rio Grande do Sul (2010)**

<b>POPULAÇÃO DO RS</b>	<b>10.695.532 hab.</b>	<b>%</b>
Demais Etnias	8.973.604	83,9
Etnia Negra	1.721.928	16,1

Fonte: Adaptado de <http://www.saude.rs.gov.br/saude-da-populacao-negra> (2016).

#### 4.3 DISPARIDADES ÉTNICO-RACIAIS E SEU IMPACTO NA ATENÇÃO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES

Disparidades étnico-raciais na atenção à saúde das populações se constituem em um grande problema de saúde pública em todo o mundo e tem sido objeto de estudo em diversos países. Povos oprimidos étnico-racialmente estão sujeitos a maior vulnerabilidade, o que reflete em uma menor expectativa de vida e em uma maior susceptibilidade a agravos em saúde<sup>14,42-45</sup>.

Nos Estados Unidos, os negros têm mais problemas de saúde do que os brancos e taxas de mortalidade muito mais elevadas para muitas enfermidades. A taxa de mortalidade é 50% maior para os negros quando comparados aos brancos para acidente vascular cerebral, câncer de próstata e câncer cervical<sup>46</sup>. Eles também são desproporcionalmente afetados pela hipertensão, pelo diabetes e pelo HIV/SIDA, sendo mais propensos a terem essas patologias, mas menos propensos a mantê-las controladas<sup>5,47-50</sup>. Para a maior parte das 15 principais causas de morte nos EUA, negros têm taxas de mortalidade mais elevadas do que os brancos<sup>6</sup>.

Especialistas relacionam cada vez menos essas disparidades à etnia como fator independente. A percepção de discriminação e a relação insuficiente do profissional de saúde com o usuário, por exemplo, são potenciais mecanismos para menor adesão ao tratamento médico, assim como para outros comportamentos nocivos à saúde, agravando doenças tanto somáticas quanto mentais<sup>6,46</sup>. Além disso, a consciência de discriminação étnico-racial tem recebido atenção empírica por ser um fator estressor que parece acelerar o envelhecimento celular, podendo levar a desregulação de sistemas biológicos, acarretando doença precoce e mortalidade<sup>6</sup>.

Estudos analisando discriminação étnico-racial, confiança nos médicos, aderência e resultado de tratamento em negros norte-americanos<sup>5,42,47-49</sup> encontraram a discriminação associada com a baixa aderência ao tratamento anti-hipertensivo<sup>47,48</sup> e a consciência de raça e de discriminação racial associadas com valores mais altos de pressão diastólica<sup>48</sup>. Associações positivas também foram encontradas entre discriminação étnico-racial e comportamentos deletérios à saúde como tabagismo, consumo abusivo de álcool, sedentarismo, dietas menos saudáveis, baixa triagem para câncer de colo uterino entre as mulheres, pior tratamento do diabetes e baixa adesão ao tratamento antirretroviral em portadores de HIV<sup>1,42,51</sup>. Revisões abrangentes da literatura encontraram associação entre experiências discriminatórias e condições adversas em saúde mental, incluindo transtornos de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático<sup>6,7,42,51,52</sup>.

Na Nova Zelândia, demonstrou-se interação entre etnicidade, experiência de discriminação étnico-racial por intermédio de profissional da saúde e baixa participação na coleta de exame citopatológico de colo uterino em mulheres da etnia Maori<sup>6,48</sup>. De forma semelhante na Austrália, o racismo tem sido apontado como causa da desvantagem socioeconômica e de saúde experimentada por cidadãos aborígenes, encontrando-se piores escores de saúde mental associados com experiência de tratamento negativo com enfoque étnico-racial nesta população<sup>6,51</sup>.

Na América Latina, estudos encontraram fortes associações entre cor da pele e disparidades em saúde, em educação e em indicadores socioeconômicos<sup>53-56</sup>. Particularmente no Brasil, apesar de ainda incipiente, tem crescido o número de trabalhos acerca da discriminação nos serviços de saúde e o país atualmente concentra a maior parte das investigações dessa região<sup>1,53</sup>.

No Rio de Janeiro, observou-se situação desfavorável de mulheres puérperas de cor preta e parda em relação às brancas em características sociocomportamentais, gestacionais e de acesso aos serviços de maternidade, como a chegada desacompanhada ao hospital, a peregrinação em busca de atendimento e o não recebimento de anestesia durante o parto vaginal<sup>1,11</sup>.

Em uma amostra populacional de Pelotas, demonstrou-se ser menor o acesso ao exame para detecção de câncer de colo uterino entre mulheres não brancas, apesar de elas apresentarem frequência de consultas ginecológicas semelhante à das mulheres brancas<sup>44,45</sup>. Um estudo epidemiológico que analisou o perfil de mortalidade

entre os grupos raciais brasileiros encontrou que a taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares é cerca de duas vezes maior entre as mulheres pretas, na faixa etária de 40 a 69 anos, em comparação às brancas<sup>57</sup>. Nesse mesmo trabalho, a mortalidade por doença hipertensiva e por diabetes mellitus foi muito mais expressiva entre as mulheres pretas, assim como as taxas de mortalidade materna nas capitais<sup>57</sup>.

No entanto, estudos de 2011 e 2015, encontraram que o perfil socioeconômico e a classe social foram as razões mais comuns para a discriminação nos cuidados de saúde no Brasil e não a cor da pele<sup>58,43</sup>. Nessa mesma direção, um trabalho de 2010, no qual se analisou múltiplas experiências de discriminação entre universitários do Rio de Janeiro, reitera que os motivos pelos quais os sujeitos supõem que foram discriminados podem ser múltiplos e estarem associados<sup>59</sup>.

É importante destacar que as populações latino-americanas detêm particularidades que as diferenciam de maneira bastante representativa daquelas extensamente estudadas, como as norte-americanas<sup>53</sup>. A autodeclaração étnico-racial e a autodeclaração da cor da pele são, para muitos, discordantes. Indivíduos com a mesma cor de pele podem se identificar em categorias étnicas distintas e, além disso, estudos evidenciam que os brasileiros tendem a se identificar como brancos mais frequentemente do que os entrevistadores os categorizam como tal. Acaba sendo prática comum no Brasil indivíduos descendentes de africanos, branqueados pela miscigenação, deixarem de pertencer ao grupo negro e serem incorporados ao grupo branco, na medida em que seu status social e econômico permitir<sup>18</sup>.

Apesar da discriminação ser responsável por efeitos significativamente deletérios na saúde dos grupos oprimidos da América Latina e do Brasil, os estudos destinados a mensurar a sua prevalência estão sujeitos a limitações importantes. Uma revisão sistemática dos instrumentos que avaliam discriminação racial, publicada em 2011, revelou que a quase totalidade das escalas publicadas provinham dos EUA e nenhuma delas tinha sido submetida a um processo completo de validação para utilização no Brasil<sup>8</sup>. Além da escassez de instrumentos adaptados transculturalmente para a sua mensuração, o desinteresse de setores públicos e a objeção de profissionais da saúde também prejudicam esse ramo da pesquisa científica.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, tipo inquérito epidemiológico.

### **5.2 LOCAL DO ESTUDO**

Esse estudo foi realizado no município de São Lourenço do Sul, localizado ao sul do estado do Rio Grande do Sul, a 191 km de distância da capital Porto Alegre. A cidade conta com uma população de 43,1 mil habitantes, 56,22% residente em área urbana e 43,78% em área rural, onde se situam cinco comunidades remanescentes de quilombos certificadas pela Fundação Cultural Palmares (quadro 3)<sup>15,17</sup>.

**Quadro 3 – Certidões expedidas às comunidades quilombolas em São Lourenço do Sul**

Região	UF	Município	Código IBGE	Denominação da Comunidade	Data da Abertura do Processo	Etapa Atual Processo FCP	Data da Portaria do D.O.U.
SUL	RS	São Lourenço do Sul	4318804	COXILHA NEGRA	20/08/2009	Certificada	24/03/2010
SUL	RS	São Lourenço do Sul	4318804	MONJOLO	20/08/2009	Certificada	24/03/2010
SUL	RS	São Lourenço do Sul	4318804	PICADA	20/08/2009	Certificada	24/03/2010
SUL	RS	São Lourenço do Sul	4318804	RINCÃO DAS ALMAS	20/08/2009	Certificada	24/03/2010
SUL	RS	São Lourenço do Sul	4318804	TORRÃO	28/04/2005	Certificada	30/09/2005

Fonte: Adaptado de Fundação Cultural Palmares (2015).

Em contraste com o expressivo número de comunidades negras, São Lourenço do Sul foi berço de colonização predominantemente germânica e, segundo censo do IBGE 2010, 89% de sua população se autodeclara da raça/cor branca<sup>15,60</sup>.

### 5.3 POPULAÇÃO ALVO

A população alvo correspondeu aos adultos residentes em comunidades remanescentes de quilombos certificadas pela Fundação Cultural Palmares no município de São Lourenço do Sul/RS.

#### 5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos e residentes em comunidades remanescentes de quilombos certificadas pela Fundação Cultural Palmares no município de São Lourenço do Sul/RS.

#### 5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Indivíduos visitantes das CRQs, menores de 18 anos ou não tiveram condições de responder ao instrumento do inquérito epidemiológico desse estudo.

#### 5.6 AMOSTRA

De um total de cinco comunidades remanescentes de quilombo certificadas no município de São Lourenço do Sul, quatro foram visitadas pelo pesquisador, uma sendo excluída devido a dificuldades de acesso e de interlocução com os líderes locais e com os trabalhadores da unidade de saúde que atendem a comunidade. As visitas foram realizadas com o auxílio da Secretaria Municipal de Saúde, a qual disponibilizou transporte até os quilombos, e dos profissionais das unidades de saúde correspondentes, que assessoraram na interlocução com os entrevistados e indicaram a localização das residências. Dentre os 126 quilombolas elegidos e convidados a participar do trabalho, dois se recusaram a responder ao inquérito, 19 não foram encontrados em suas casas após duas tentativas e dois não possuíam condições de responder ao instrumento, finalizando uma amostra total de 103 indivíduos participantes.

#### 5.7 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado um questionário estruturado contendo questões referentes a aspectos sociodemográficos, à condição de saúde e à discriminação étnico-racial

percebida pelos indivíduos. Os aspectos sociodemográficos e de saúde foram mensuradas pelos questionários da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) adaptados para esse trabalho (anexo B). A avaliação da discriminação étnico-racial foi feita com a utilização da escala *Experiences of Discrimination (EOD)*, desenvolvida nos Estados Unidos por Nancy Krieger e colaboradores, no ano de 1990 (anexo B).

A *EOD* foi publicada primeiramente em 1990 no estudo *Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA)* sendo posteriormente reformulada e revalidada para a população norte-americana<sup>7,10</sup>. No Brasil, o instrumento foi submetido a processos iniciais de tradução ao português, adaptação transcultural e validação das propriedades psicométricas por meio de um trabalho de base populacional em Salvador/Bahia<sup>10,61</sup>. Nesse estudo, a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) revelou parâmetros satisfatórios de ajuste, elevadas cargas fatoriais e valores adequados de confiabilidade, confirmando a consistência interna da escala<sup>10,61</sup>.

### 5.7.1 Conteúdo do Instrumento *Experiences of Discrimination (EOD)*

A versão da escala *EOD* utilizada para esse trabalho consta de 19 questões agrupadas de acordo com o assunto abordado, como mostra o quadro 4:

**Quadro 4** – Número de itens do questionário *Experiences Of Discrimination* agrupados por assunto

ASSUNTO	NÚMERO DE QUESTÕES
Resposta ao Tratamento Injusto	Duas Questões
Discriminação Cotidiana	Dez Questões
Preocupação	Quatro Questões
Questões Globais	Duas Questões
Queixa Apresentada	Uma Questão

Fonte: Adaptado do questionário *EOD* (2016).

Primeiramente, contém itens que indagam sobre as respostas dos indivíduos diante de tratamento injusto e a respeito de situações em que experimentaram discriminação. Posteriormente, o questionário aborda questões referentes a preocupação com tratamento injusto por motivação étnico-racial, quando o indivíduo era menor de 18 anos e nos dias atuais. Finalmente, consta de itens que indagam sobre questões globais acerca do número de vezes em que os participantes sentiram que membros de sua raça/etnia, ou eles mesmos, experimentaram discriminação racial; e se apresentaram queixa contra isso.

### 5.7.2 Classificação de Respostas do Instrumento *Experiences of Discrimination (EOD)*

Os itens 1.1 da escala *Experiences of Discrimination*, resposta ao tratamento injusto, estão classificados como engajados (ambas as respostas são: “tenta fazer alguma coisa contra isto/fala com outras pessoas sobre isto”; pontuação=2), moderados (pelo menos uma resposta: “aceita como um fato da vida” ou “guarda consigo mesmo”; pontuação=1), ou passivos (ambas as respostas são: “aceita como um fato da vida” e “guarda consigo mesmo”; pontuação=0), segundo o quadro 5<sup>7</sup>:

**Quadro 5** – Classificação das respostas dos itens 1.1 da escala *Experiences Of Discrimination*

RESPOSTA	PONTUAÇÃO
Tenta Fazer Alguma Coisa Contra Isto	1
Fala com Outras Pessoas Sobre Isto	1
Aceita Como Um Fato da Vida	0
Guarda Consigo Mesmo	0
<b>Total:</b>	<b>2=engajado; 1=moderado; 0=passivo</b>

Fonte: Adaptado do questionário *EOD* (2016).

Os itens 1.2 a 1.5; discriminação, preocupação, questões globais e queixa apresentada; estão dicotomizados em ausência de discriminação, quando a resposta



foi “nunca”, e presença de discriminação, quando a resposta foi pelo menos uma vez<sup>10,61</sup>. No questionário original, são atribuídos valores para as respostas, a exemplo: 0 para "nunca", 1 para "uma vez", 2.5 para “2-3 vezes” e 5 para "4 ou mais vezes"<sup>7</sup>. Na versão validada para a população brasileira, agrupou-se as variáveis em uma escala dicotômica (0: quando a resposta foi “nunca”; 1: quando a resposta foi pelo menos uma vez) devido à pequena frequência de valores registrados em algumas categorias na escala ordinal, conforme vê-se no quadro 6 abaixo<sup>10,61</sup>.

**Quadro 6** – Classificação das respostas dos itens 1.2 a 1.5 da escala *Experiences Of Discrimination*

<b>RESPOSTA</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
<b>Discriminação Cotidiana</b>	
Nunca	0=ausência de discriminação
Uma vez	1=presença de discriminação
Duas ou três vezes	1=presença de discriminação
Mais de quatro vezes	1=presença de discriminação
<b>Preocupação</b>	
Todo o tempo	1=presença de discriminação
Alguma parte do tempo	1=presença de discriminação
Raramente ou nunca	0=ausência de discriminação
<b>Questões Globais</b>	
Nunca ou raramente	0=ausência de discriminação
Às vezes	1=presença de discriminação
Frequentemente	1=presença de discriminação
<b>Queixa Apresentada</b>	
Sim	1=presença de discriminação
Não	0=ausência de discriminação

Fonte: Adaptado do questionário *EOD* (2016).

## 5.8 CONSTRUÇÃO DE MEDIDAS

A fim de caracterizar a população estudada, foram avaliados os padrões de resposta para as variáveis sexo, raça/cor, idade, escolaridade, renda, agravos em saúde e situação do domicílio. Posteriormente, elas foram categorizadas de acordo com as frequências encontradas.

A variável raça/cor correspondeu à autodeclarada pelo entrevistado a partir de uma das categorias utilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, sendo elas: amarelo, branco, pardo, preto ou indígena. A idade dos respondentes é aquela do momento da entrevista. O nível de instrução foi agrupado entre os seguintes: analfabeto, ensino fundamental completo ou incompleto, ensino médio completo ou incompleto, ensino superior completo ou incompleto. A renda mensal da família e as características do domicílio foram classificadas de acordo com a resposta declarada pelo sujeito representante da casa. A renda foi ordenada em menor ou igual a 1 salário mínimo, entre 1 salário até 2 salários mínimos e maior do que 2 salários mínimos.

Os dados situação do domicílio e agravos em saúde, como explicitado anteriormente, foram mensurados por meio dos questionários semiestruturados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) adaptados para esse trabalho. Os agravos em saúde avaliados foram doenças crônicas, consumo regular excessivo de álcool e tabagismo ativo. O consumo regular excessivo de álcool abrange o consumo regular de mais de 15 doses por semana, se homem, ou mais de 10 doses, se mulher<sup>31</sup>. O entrevistado foi classificado como tabagista ativo se referiu consumir tabaco, mesmo quando não diariamente.

## 5.9 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pelo próprio pesquisador nos domicílios dos sujeitos. Cada residência recebeu até duas visitas, com o propósito de realizar a entrevista em todos os adultos morados da mesma, sendo a data do segundo dia combinada entre as partes. Previamente a coleta, efetuou-se contato com as unidades

de saúde responsáveis pelo atendimento às comunidades remanescentes de quilombo a fim de explicar o trabalho, conhecer as equipes e também obter informações acerca da área e número aproximado de casas a serem visitadas (dados não disponíveis em cadastros oficiais). Realizou-se uma entrevista para cada indivíduo utilizando o questionário estruturado contendo questões referentes aos aspectos sociais e econômicos, à condição de saúde e à discriminação étnico-racial (anexo B). Em caso de dúvida em alguma pergunta, o pesquisador repetiu a questão de uma forma clara e pausada para que o entrevistado pudesse entender e responder adequadamente.

#### 5.10 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram digitados em banco de dados no Programa *Excel* versão 2016 e posteriormente importados para o Programa *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS para Windows*, versão 22.0. Foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis do estudo.

#### 5.11 CONTROLE DE QUALIDADE DOS DADOS

Ao término de cada entrevista, o examinador revisou as fichas com o objetivo de verificar o correto preenchimento e coerência nos registros. A digitação dos dados foi realizada pelo pesquisador no programa *Excel* versão 2016 e *SPSS* 22.0. Para o controle de qualidade dos dados, ao se finalizar o preenchimento do banco, sorteou-se aleatoriamente 1 a cada 25 dos questionários originais para a conferência entre as informações desse e as digitadas.

## 5.12 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa seguiu as normas de pesquisa envolvendo seres humanos (resolução nº 466/2012) e o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (anexo C).

Os dados somente foram coletados mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante, contendo informações detalhadas da pesquisa, a identificação do pesquisador, bem como a garantia da confidencialidade das informações e a não obrigatoriedade da participação no estudo (anexo A).

## 6 RESULTADOS

Dos 103 participantes, mais da metade (55,3%) foram mulheres, a maioria (71,8%) tinha entre 18 e 59 anos e se autodeclarou como preto (72,8%), sendo que 20,4% identificou-se como pardo, 6,8% como branco e nenhum como amarelo ou indígena. A renda média familiar da maior parte dos entrevistados é de até um salário mínimo (SM) no mês (75,7%), 21,4% recebe entre 1 e 2 SM e apenas 2,9% das famílias recebe mais de 2 SM mensais. Em relação à escolaridade da população, essa também é baixa, 70,9% referiram ter cursado ou estar cursando o ensino fundamental completo ou incompleto, 17,5% da população é analfabeta, 9,7% referiu ter cursado ou estar cursando o ensino médio e somente 1,9% ingressou no ensino superior. A Tabela 2 caracteriza a população estudada no que concerne às variáveis socioeconômicas.

**Tabela 2** – Distribuição da população quilombola de São Lourenço do Sul/RS segundo as variáveis sociodemográficas (continua)

Variáveis	n	%
Idade		
18 a 59 anos	74	71,8
>= 60 anos	29	28,2
Sexo		
Feminino	57	55,3
Masculino	46	44,7
Cor/Raça autorreferida		
Branco	7	6,8
Pardo	21	20,4
Preto	75	72,8
Amarelo	0	0,0
Escolaridade		
Analfabeto	18	17,5
Ensino fundamental completo ou incompleto	73	70,9

**Tabela 2** – Distribuição da população quilombola de São Lourenço do Sul/RS segundo as variáveis sociodemográficas (conclusão)

Variáveis	n	%
Ensino médio completo ou incompleto	10	9,7
Ensino superior completo ou incompleto	2	1,9
Renda Familiar		
0 ≤ a 1 SM	78	75,7
>1SM a ≤ 2SM	22	21,4
> a 2 SM	3	2,9
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Scheffel (2017).

As condições de saúde e a situação dos domicílios dos indivíduos entrevistados estão caracterizadas na tabela 3. O abastecimento das moradias é feito através de poços ou nascentes na propriedade (51,5%) ou fora dela (44,7%), a energia elétrica é fornecida pela rede geral para quase a totalidade das residências (98,1%), estando apenas 1,9% sem eletricidade. A disponibilidade de água é diária para a maioria (84,5%), bem como a presença de água canalizada (88,3%). As casas usualmente dispõem de 1 até 5 cômodos (78,6%), sendo a fossa séptica a forma predominante de escoamento dos banheiros (68%). O lixo é geralmente queimado (62,1%), mas também coletado em caçamba de serviços de limpeza urbana (32%) ou, em uma minoria dos casos, enterrado na propriedade (5,8%). Dos 103 entrevistados, 64,1% afirmaram possuir algum tipo de doença crônica, sendo a hipertensão arterial sistêmica (45,6%) e a dor crônica na coluna vertebral (16,5%) as patologias mais frequentes, além de 17,5% referirem alguma outra comorbidade não presente no questionário. Finalmente, quanto ao estilo de vida, a maioria interrogada revelou não fumar atualmente (70,9%) e não consumir álcool de forma regular abusiva (100% das mulheres e 95,7% dos homens).

**Tabela 3** – Condições de saúde e dos domicílios da população quilombola de São Lourenço do Sul/RS (continua)

Variáveis	n	%
Domicílio		
Abastecimento		
Rede geral de distribuição	1	1,0
Poço ou nascente na propriedade	53	51,5
Poço ou nascente fora da propriedade	46	44,7
Água da chuva armazenada em cisterna	2	1,9
Rios, lagos e igarapés	1	1,0
Disponibilidade de Água		
Diariamente	87	84,5
Pelo menos uma vez por semana	4	3,9
Menos que uma vez por semana	12	11,7
Água Canalizada		
Sim	91	88,3
Não	12	11,7
Número de Cômodos		
1 a 5	81	78,6
> 5	22	21,4
Escoadouro do Banheiros		
Fossa séptica	70	68,0
Fossa rudimentar	17	16,5
Vala	2	1,9
Outra	14	13,6
Lixo		
Coletado em caçamba de serviço de limpeza	33	32,0
É queimado na propriedade	64	62,1
É enterrado na propriedade	6	5,8
Energia Elétrica		
Rede geral	101	98,1
Não tem energia elétrica	2	1,9
Doenças Crônicas		

**Tabela 3** – Condições de saúde e dos domicílios da população quilombola de São Lourenço do Sul/RS (continuação)

Variáveis	n	%
Presença de Doença Crônica		
Não	37	35,9
Sim	66	64,1
Hipertensão Arterial Sistêmica		
Não	56	54,4
Sim	47	45,6
Diabetes Mellitus		
Não	93	90,3
Sim	10	9,7
Dislipidemia		
Não	93	90,3
Sim	10	9,7
Cardiopatía		
Não	94	91,3
Sim	9	8,7
AVC		
Não	101	98,1
Sim	2	1,9
Asma		
Não	99	97,1
Sim	3	2,9
DPOC		
Não	100	97,1
Sim	3	2,9
Artrite ou Reumatismo		
Não	100	97,1
Sim	3	2,9
Dor Crônica na Coluna Vertebral		
Não	86	83,5
Sim	17	16,5



**Tabela 3** – Condições de saúde e dos domicílios da população quilombola de São Lourenço do Sul/RS (conclusão)

Variáveis	n	%
DORT		
Não	100	97,1
Sim	3	2,9
Depressão		
Não	102	99,0
Sim	1	1,0
Outra Doença Mental		
Não	100	97,1
Sim	3	2,9
Câncer		
Não	103	100,0
IRC		
Não	103	100,0
Outra		
Não	85	82,5
Sim	18	17,5
Estilo de Vida		
Consumo Regular Excessivo de Álcool - Mulheres		
0 a 10 doses por semana	57	100,0
Consumo Regular Excessivo de Álcool - Homens		
0 a 15 doses semanais	44	95,7
16 ou mais doses semanais	2	4,3
Tabagismo		
Não fumo atualmente	73	70,9
Sim	30	29,1
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Scheffel (2017).

Na tabela 4, observam-se as frequências de discriminação relatada para todos os itens da escala *Experiences of Discrimination*. Em relação à resposta ao tratamento injusto, a maior parte da população estudada se mostrou passiva (64,1%), aceitando o tratamento discriminatório como um fato da vida e guardando consigo a experiência,

evitando falar com outras pessoas a respeito. A discriminação percebida foi alta, tendo 59,2% dos entrevistados já experienciado situações de tratamento injusto ou distinto por motivação étnico-racial. Apesar disso, as frequências com que os entrevistados reportaram ter sofrido discriminação nos contextos cotidianos do questionário foram menores percentualmente, variando entre 28,2% ao frequentar a escola e 25,2% solicitando serviço em loja ou restaurante até 1,9% ao pedir crédito ou empréstimo bancário. Acerca das perguntas que indagam sobre a preocupação com o tratamento injusto quando menor de 18 anos e no último ano, as frequências variaram de 26 a 40% respectivamente, demonstrando uma maior apreensão por motivação étnico-racial nos dias atuais. Por fim, quanto às questões globais, 28,2% respondeu que a discriminação étnico-racial contra as pessoas não brancas é frequente, 48,5% que é ocasional e 23,3% que é nula ou rara, porém a percepção pessoal do próprio sofrimento de discriminação teve porcentagens bem diferentes, sendo considerada rara ou nula por 53,4%, ocasional por 32% e frequente por 14,6%. A apresentação formal de queixa na justiça devido a discriminação racial foi realizada por apenas um dos entrevistados.

**Tabela 4** – Frequência de discriminação étnico-racial percebida segundo o questionário *Experiences of Discrimination* (continua)

Variáveis	n	%
Resposta a Tratamento Injusto		
Passivo	66	64,1
Moderado	16	15,5
Engajado	21	20,4
Discriminação Cotidiana		
Já foi discriminado		
Não	42	40,8
Sim	61	59,2
Na Escola		
Não	74	71,8
Sim	29	28,2
Ao Procurar Emprego		
Não	87	84,5
Sim	16	15,5

**Tabela 4** – Frequência de discriminação étnico-racial percebida segundo o questionário *Experiences of Discrimination* (continuação)

Variáveis	n	%
No Trabalho		
Não	85	82,5
Sim	18	17,5
Ao Comprar Uma Casa		
Não	98	95,1
Sim	5	4,9
Procurando Cuidados Médicos		
Não	95	92,2
Sim	8	7,8
Solicitando Serviço em Loja ou Restaurante		
Não	77	74,8
Sim	26	25,2
No Banco		
Não	101	98,1
Sim	2	1,9
Na Rua ou em Estabelecimento Público		
Não	91	88,3
Sim	12	11,7
Pela Polícia ou no Fórum		
Não	90	87,4
Sim	13	12,6
Preocupação		
Quando menor de 18 anos pelo grupo racial ser tratado injustamente por motivo de raça ou cor da pele		
Raramente ou nunca	75	73,5
Todo o tempo ou alguma parte do tempo	27	26,5
Quando menor de 18 anos por ser pessoalmente tratado de maneira injusta por motivo de raça ou cor da pele		
Raramente ou nunca	76	73,8
Todo o tempo ou alguma parte do tempo	27	26,2

**Tabela 4** – Frequência de discriminação étnico-racial percebida segundo o questionário *Experiences of Discrimination* (conclusão)

Variáveis	n	%
No último ano pelo grupo racial ser tratado injustamente por motivo de raça ou cor da pele		
Raramente ou nunca	61	59,2
Todo o tempo ou alguma parte do tempo	42	40,8
No último ano por ser pessoalmente tratado de maneira injusta por motivo de raça ou cor da pele		
Raramente ou nunca	61	59,2
Todo o tempo ou alguma parte do tempo	42	40,8
Questões Globais		
Frequência com que você sente que pessoas que não são brancas são discriminadas		
Raramente ou nunca	24	23,3
Às vezes	50	48,5
Frequentemente	29	28,2
Frequência com que você sente que você pessoalmente é discriminado por causa da sua raça ou cor		
Raramente ou nunca	55	53,4
Às vezes	33	32,0
Frequentemente	15	14,6
Apresentou Queixa		
Não	102	99,0
Sim	1	1,0
Total	103	100,0

Fonte: Scheffel (2017).

## 7 DISCUSSÃO

Este estudo encontrou alta prevalência de discriminação étnico-racial percebida pelos indivíduos adultos residentes em comunidades remanescentes de quilombos no município de São Lourenço do Sul no estado do Rio Grande do Sul/Brasil. A análise descritiva dos dados obtidos evidencia que 59% dos quilombolas entrevistados referiram ter sofrido discriminação em algum momento da vida. Os achados são importantes e revelam que o racismo está presente nessas populações podendo ser fator estressor relacionado a iniquidades em saúde.

Comparando com a pesquisa responsável pelo processo de validação da escala *Experiences Of Discrimination (EOD)* para aplicação na população brasileira, observa-se que a amostra de São Lourenço do Sul, em relação à de Salvador, demonstrou uma maior frequência de experiências de discriminação em todas as situações cotidianas listadas. Nesse item, as maiores diferenças de resultado entre os dois trabalhos apareceram nos locais onde os quilombolas referiram maiores prevalências, na escola (diferença de 22%) e em loja ou restaurante (diferença de 19,7%), seguidos dos itens referentes à polícia ou fórum e ao trabalho<sup>61</sup>. Esses resultados sugerem que o racismo está mais presente no dia-a-dia dos quilombolas e os locais onde eles o vivenciam são distintos dos da população de Salvador. Uma hipótese para as dissemelhanças apontadas é o ambiente de moradia e as relações inter-raciais estarem relacionados com a discriminação étnico-racial percebida, já que, apesar de ambas as populações serem compostas majoritariamente por mulheres negras com baixos índices de escolaridade e de renda, em São Lourenço do Sul os entrevistados residem em distritos rurais compostos em sua maioria por indivíduos brancos descendentes de imigrantes alemães<sup>15,60,61</sup>.

Com relação as frequências de preocupação ante o tratamento injusto por motivação étnico-racial, os indivíduos das duas pesquisas apresentaram frequências de respostas similares para todos os itens, sendo ligeiramente superiores na amostra de Salvador nos primeiros itens dessa parte do questionário<sup>61</sup>. A menor porcentagem de preocupação dos quilombolas quando comparada à discriminação cotidiana percebida pode estar relacionada à maneira como os mesmos respondem ao racismo,

questão abordada nos primeiros itens do questionário desta pesquisa, nos quais observa-se uma prevalência de 64% de passividade diante do tratamento discriminatório. Constata-se que, apesar de 59% dessa população já ter sido vítima de discriminação étnico-racial em algum momento de sua vida e também muitas vezes a vivenciar nas atividades cotidianas, a maioria opta por as ignorar, não conversando com outras pessoas sobre essas situações.

Esse estudo, assim como o realizado na cidade de Salvador, encontrou uma frequência maior de discriminação percebida em relação ao grupo quando comparada à individual<sup>61</sup>. De modo semelhante, os dois trabalhos mostraram que a denúncia da discriminação ocorrida foi quase nula<sup>61</sup>. Esses resultados, tanto de passividade ante o tratamento discriminatório, quanto de dificuldade para se enxergar como vítima em uma sociedade de profundas desigualdades raciais, corroboram com os de pesquisas anteriores nas quais se evidenciaram diferenças importantes entre o racismo dos EUA e o brasileiro<sup>62-64</sup>. Enquanto nos EUA se destacam as discriminações nas relações que se estabelecem entre as pessoas – mais facilmente identificáveis – no Brasil, as fronteiras raciais são predominantemente de caráter socioeconômico e institucional, configurando em persistente exclusão de pessoas negras dos níveis superiores de renda, educação e poderio político, mas sendo menos perceptível em nível individual<sup>61,63,64</sup>.

Adicionalmente, outros trabalhos evidenciaram que a percepção de injúrias raciais explícitas ainda é a forma mais facilmente reconhecida de racismo no país, apesar das formas indiretas e veladas predominarem<sup>61-63</sup>. Nesse sentido, também é necessário ressaltar a importância dos movimentos sociais, como o movimento negro, na tomada de consciência da população brasileira ante às situações discriminatórias<sup>63,64</sup>. Apesar da indiscutível relevância, não se tem ainda no país um ativismo negro com grande abrangência às zonas rurais como as das comunidades remanescentes de quilombo e, por conseguinte, é menor a sua influência nesses locais<sup>63,64</sup>.

A prevalência de discriminação étnico-racial percebida entre os quilombolas de São Lourenço do Sul é superior ao encontrado em outros estudos relevantes acerca do tema no país, nos quais a discriminação percebida entre adultos pretos e pardos variou de 15% até 48%<sup>53,61,62,65</sup>. Um estudo que analisou a prevalência de

discriminação global em adolescentes, encontrou as maiores frequências – em torno de 20,0% - entre pretos ou indígenas<sup>66</sup>.

Todavia existem diferenças metodológicas entre os trabalhos, como os instrumentos utilizados para as coletas de dados, sendo um grande fator dificultador a inexistência de uma escala padronizada para a mensuração do tratamento distinto e injusto de causa racial<sup>8</sup>. Além disso, a escassez de questionários validados para aplicação na população brasileira compromete os resultados encontrados pelos pesquisadores<sup>8</sup>. Quanto à amostra, a maior parte dos estudos já publicados utiliza um grupo heterogêneo de indivíduos em relação à autodeclaração da raça/cor, realizando-se posteriormente a análise comparativa das diferentes discriminações reportadas<sup>53,61,62,65</sup>. Nessa pesquisa, a população é bastante homogênea e a análise principal, através do questionário *EOD*, incide sobre a prevalência de relatos de preconceito nos contextos específicos em que eles mais ocorrem. Aditivamente, disparidades regionais – como as diferenças culturais e históricas na formação da população quilombola sul-rio-grandense, explicitada anteriormente nesse trabalho – devem ser consideradas na interpretação dos resultados<sup>43,59,61</sup>

Em relação a situação dos domicílios, a população residente nas comunidades remanescentes de quilombo de São Lourenço do Sul parece apresentar melhores condições do que as encontradas em outras comunidades quilombolas do país. Enquanto os trabalhos publicados encontraram uma prevalência de 70% a 100% de ausência de água encanada e de 18% a mais de 50% de descarte de excretas a céu aberto ou no perímetro do domicílio nos quilombos dos estados de São Paulo, Bahia, e Paraíba, em São Lourenço do Sul, no estado do Rio Grande do Sul, essas porcentagens foram menores, 11,7% e 13,6% respectivamente<sup>26,33-35</sup>. Em conformidade com o que foi encontrado nas demais comunidades estudadas, o abastecimento de água das casas é feito em sua maioria através de poços, nascentes ou cacimbas nas propriedades ou fora delas<sup>26,33-35</sup>. A rede geral de energia elétrica está presente em 98,1% da amostra de domicílios quilombolas de São Lourenço, frequência bem maior daquela encontrada no quilombo de Caiana dos Crioulos no estado da Paraíba, onde essa porcentagem foi de 1,1%<sup>35</sup>. A coleta de lixo é inexistente para a maior parte da população das CRQs de São Lourenço do Sul, assim como no quilombo boqueirão na Bahia, nos quilombos avaliados do estado de São Paulo e no Caiana dos Crioulos na Paraíba, sendo na maioria das vezes queimado nas

propriedades. Entre as comunidades investigadas anteriormente, apenas na comunidade do município de Bias Fortes/Minhas Gerais teve a destinação do lixo considerada adequada para a maioria das casas<sup>26,33-35</sup>.

A hipertensão arterial sistêmica foi a doença crônica mais frequente nos quilombos de São Lourenço do Sul, tendo prevalência similar a encontrada nas comunidades de Vitória da Conquista/Bahia, aproximadamente 45%<sup>29</sup>. Resultado também condizente com outros estudos, os quais constataram ser alta a prevalência de hipertensão arterial nas comunidades quilombolas<sup>16,26</sup>. O consumo abusivo de álcool foi mais prevalente nas comunidades estudadas na Bahia e similar às frequências encontradas no estado da Paraíba<sup>31,35</sup>.

Esse trabalho foi pioneiro na análise da prevalência de discriminação étnico-racial percebida pela população quilombola de São Lourenço do Sul. Além de relacioná-la às situações do cotidiano, também se caracterizou essa população quanto aos seus principais agravos em saúde, estilos de vida, às suas condições de renda familiar, domicílio e escolaridade. Devido ao racismo ser um fenômeno complexo, torna-se necessário compreender as suas diferentes manifestações dentro das comunidades, especialmente as compostas por populações em situações de vulnerabilidade como as quilombolas.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora nos domicílios dos sujeitos e todas as informações posteriormente analisadas foram originárias desses inquéritos, sem a utilização de prontuários ou quaisquer bases de dados prévios. Devido a inexistência de dados desagregados nos sistemas de informação referentes às CRQs na cidade de São Lourenço do Sul, o que limita a avaliação de seu estado de saúde e a comparação com o das demais populações, esse trabalho também contribuirá para o um maior conhecimento acerca dessas comunidades.

A pesquisa apresenta limitações, especialmente em relação a amostra, a qual não engloba o total de adultos quilombolas da cidade. Visitou-se quatro das cinco comunidades remanescentes de quilombo do município, uma sendo excluída devido às dificuldades de acesso. Da mesma forma, os indivíduos que não se encontravam nas residências no momento do inquérito, e não puderam ser encontrados em uma segunda visita, foram igualmente preteridos da análise de dados, determinando perdas. Outra limitação diz respeito à escala, a qual foi utilizada para avaliação da discriminação étnico-racial percebida. Considerando que o questionário foi



desenvolvido nos Estados Unidos, ao se utilizar tal instrumento para examinar o fenômeno no Brasil, é possível que ocorram erros de mensuração, tanto devido ao racismo ser percebido de forma diferente, quanto pelos conceitos de raça/cor serem interpretados de maneira diversa do país de origem<sup>8</sup>. Assim, durante as entrevistas foi elucidado que o enfoque das perguntas era referente à cor, à etnia ou à raça, sendo que o sujeito, quando respondesse afirmativamente as questões de discriminação percebida, estaria se reportando à condição de ser negro, quilombola ou a ambos, não sendo possível, portanto, através dessa pesquisa, separar-se a intensidade ou o padrão de discriminação de cada um.

## 8 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo permitem concluir que a prevalência de discriminação étnico-racial encontrada foi alta e o local no qual a discriminação foi percebida com maior frequência foi o ambiente escolar. A população investigada caracteriza-se como sendo de baixo nível de escolaridade e de renda. No que diz respeito à saúde dos entrevistados, a hipertensão arterial sistêmica foi a doença mais prevalente, observando-se baixos índices de tabagismo e uso abusivo de álcool.

Os achados apresentados destacam a importância de se desenvolverem mais políticas públicas para o combate à discriminação étnico-racial no país, enfatizando-se as populações quilombolas, como programas educacionais direcionados as crianças e adolescentes em idade escolar que ensinam a história das comunidades remanescentes de quilombo e seu valor histórico-cultural até os dias de hoje. É de suma importância que se reconheça a existência da prática do racismo dentro da sociedade brasileira para que se sistematizem ações para transformar essa realidade.

Ademais, devem ser estimulados grupos de pesquisa para que surjam mais trabalhos acerca do tema no país, inclusive envolvendo outras populações, para que se fortaleçam evidências epidemiológicas empregando a variável raça/cor. São também necessárias mais investigações acerca da relação entre discriminação étnico-racial e os indicadores de saúde da população negra, afim de que se reduzam as iniquidades dessa população.

## REFERÊNCIAS

1. MASSIGNAM FM, BASTOS JLD, NEDEL FB. *Discriminação e saúde: um problema de acesso*. Epidemiologia e Serviços de Saúde, jul-set. 2015. 24(3):541—544.
2. CHOR D, LIMA CRA. *Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, set-out, 2005. 21(5):1586-1594.
3. PENA SDJ, BORTOLINI MC. *Pode a genética definir quem deve se beneficiar das cotas universitárias e demais ações afirmativas?* Estudos Avançados, 2004. 18(50): 31—50
4. KRIEGER, N. *A glossary for social epidemiology*. London: Journal of Epidemiol Community Health, 2001. 55(10): 693—700
5. FORSYTH JM, SCHOENTHALER A, OGEDEGBE G. *Perceived racial discrimination and adoption of health behaviors in hypertensive black americans: The CAATCH trial*. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, feb. 2014. 25(1): 276—291.
6. LARSON A, GILLIES M, HOWARD PJ. *It's enough to make you sick: the impact of racism on the health of aboriginal australians*. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 2007. 31(4): 332—329.
7. KRIEGER N. *Embodying inequality: a review of concepts, measures and methods for studying health consequences of discrimination*. Internacional Journal Health Services, 1999. 29(2):295—352.
8. BASTOS JL, CELESTE RK, FAERSTEIN E. *Discriminação racial e saúde: uma revisão sistemática de escalas com foco em suas propriedades psicométricas*. Saúde e Transformações Sociais, 2011. 1(2): 04—16.
9. TELLES E. *O significado da raça na sociedade brasileira*. Princeton e Oxford: Princeton University Press, 2004. Tradução para o português de *Race in another america: the significance of skin color in Brazil*. Versão divulgada na internet em agos. 2012.
10. FATTORE GL. *Discriminação racial auto referida, stress psicossocial e sintomas asmáticos em crianças de Salvador*. 154 f. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.
11. LEAL MC, GAMA SGN, CUNHA CB. *Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto 1999-2001*. Revista de Saúde Pública, 2005. 39(01):100—107.

12. BONILLA-SILVA E. *Rethinking racism: towards a structural interpretation*. Michigan: Department of Sociology, University of Michigan, oct. 1994.
13. BRASIL. *Sistema de monitoramento das políticas de promoção da igualdade racial*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Programa Brasil Quilombola, ministério da saúde, 2014. Disponível em: <http://monitoramento.seppir.gov.br/>. Acesso em 2016.
14. CHEHUEN NETO JA, FONSECA GM, BRUM IV. *Política nacional de saúde integral da população negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional*. Ciência e Saúde Coletiva, 2015. 20(6): 1909–1916.
15. BRASIL. Portal da saúde Datasus. Ministério da saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acessado em 2016.
16. FREITAS DA, CABALLERO AD, MARQUES AS. *Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura*. Revista CEFAC, set-out. 2011. 13(5): 937–943.
17. BRASIL. Fundação Cultural Palmares, comunidades remanescentes de quilombo (CRQ's). Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/comunidades-remanescentes-de-quilombos-crqs>. Acessado em 2016.
18. BARCELLOS DM. *Família e ascensão social de negros em Porto Alegre*. 313f. 1996. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.
19. MUNANGA K. *Algumas considerações sobre “raça”, ação afirmativa e identidade negra no Brasil: fundamentos antropológicos*. São Paulo: Revista USP, dez–fev. 2005 e 2006. 68: 46–57.
20. BIANCO BF, MÜLLER BC, OLIVEIRA OM. Parecer da Associação Brasileira De Antropologia (ABA), Grupo De Trabalho Quilombos, 2012. Disponível em: [www.abant.org.br/file?id=548](http://www.abant.org.br/file?id=548)
21. KOCHERGIN CN, PROIETTI FA, CÉSAR CC. *Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados*. Cadernos de Saúde Pública, jul. 2014. 30(7):1487–1501.
22. LEITE IB. *Quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas*. Etnográfica, 2000. 4(2):333–354.
23. BRASIL. Artigo 68/Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acessada em 2016.

24. LEITE IB (org.). *Negros no sul do Brasil: invisibilidade e territorialidade*. Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 1996.
25. SALAINI CJ, JARDIM DF. *Batalha dos papéis: notas sobre as tensões entre procedimentos escritos e memória na regularização fundiária de terras de quilombos no Brasil*. Bogotá, CO: Universitas Humanística, 2015. 80: 189–212.
26. VOLOCHKO A, BATISTA LE. *Saúde nos quilombos*. São Paulo: Temas em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde de São Paulo (SESSP), 2009. 9: 1–304.
27. PROJETO COMQUISTA. *Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista – BA: avaliação de saúde e seus condicionantes*. Bahia: Universidade Federal da Bahia, 2012. Disponível em: <https://projctocomquista.wordpress.com/>. Acessado em 2016.
28. BEZERRA VM, MEDEIROS DS, GOMES KO. *Inquérito de saúde em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (projeto Comquista): aspectos metodológicos e análise descritiva*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2014.19(6):1835–1847.
29. BEZERRA VM, ANDRADE ACS, CÉSAR CC. *Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados*. *Cadernos de Saúde Pública*, set. 2013. 29(9):1889–1902.
30. OLIVEIRA MV, GUIMARÃES MDC, FRANÇA EB. *Fatores associados a não realização de papanicolau em mulheres quilombolas*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2014. 19(11):4535–4544.
31. CARDOSO LGV, MELO APS, CESAR CC. *Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2015. 20(3): 809–820.
32. BARROSO SM, MELO APS, GUIMARÃES MDC. *Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2014. 35(4): 256–263.
33. ANDRADE EC, LEITE ICG, VIEIRA MT. *Prevalência de parasitoses intestinais em comunidade quilombola no município de Bias Fortes, estado de Minas Gerais, Brasil, 2008*. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*, jul-set. 2011. 20(3):337–344.
34. AMORIM MM, TOMAZI L, SILVA RAA. *Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil*. *Uberlândia: Bioscience Journal*, jul-aug. 2013. 29(4): 1049–1057.
35. SILVA JAN. *Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade quilombola do estado da Paraíba*. *Saúde e Sociedade*, 2007. 16 (2):111–124.

36. SILVA MHP. *Assistência à saúde em comunidades quilombolas: revisão sistemática*. 42f. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia do Curso Médico) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.
37. BUSS P.M., PELLEGRINI-FILHO A. *A saúde e seus determinantes sociais*. Rio de Janeiro: Physis: Rev. Saúde Coletiva, 2007. 17(1):77–93.
38. LEITE IB. *As classificações étnicas a as terras de negros no sul do Brasil*. Florianópolis: Cadernos de Textos e Debates Nuer. Universidade Federal de Santa Catarina, 1990. (1): 1–8.
39. MAESTRI M. *Uma defesa do quilombo*. Revista Espaço Acadêmico, ago. 2005.
40. MAESTRI M. *O braço pesado da escravidão rio-grandense*. Revista Espaço Acadêmico, set. 2006.
41. BRASIL. Secretaria da saúde do governo do estado do Rio Grande do Sul. Saúde da População Negra. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/saude-da-populacao-negra>. Acessado em 2016.
42. SHAVERS VL, FAGAN P, JONES D. *The state of research on racial/ethnic discrimination in the receipt of health care*. American Journal of Public Health, may 2012. 102 (5): 953–966.
43. BAUMGARTEN A, PERON TB, TOASSI RFC. *Experiências de discriminação relacionadas aos serviços de saúde: análise exploratória em duas capitais do sul do Brasil*. Epidemiologia e Serviços de Saúde, jul-set. 2015. 24(3):353–362.
44. BASTOS JL, GARCIA LP. *Discriminação nos serviços de saúde*. Epidemiologia e Serviços de Saúde, jul-set. 2015. 24(3):351–352.
45. QUADROS CA, VICTORA CG, COSTA JS. *Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil*. Revista Panamericana de Salud Pública, oct. 2004. 16(4):223–232.
46. DOVIDIO JF, FISKE ST. *Under the radar: how unexamined biases in decision-making processes in clinical interactions can contribute to health Care disparities*. American Journal of Public Health, may 2012. 102 (5): 945–952.
47. CUFFEE YL, HARGRAVES LJ, ROSAL M. *Reported racial discrimination, trust in physicians and medication adherence among inner-city african americans with hypertension*. American Journal of Public Health, nov. 2013. 103(11): e55–e62.
48. HARRIS R, CORMACK D, TOBIAS M. *Self-reported experience of racial discrimination and health care use in New Zealand: results from the 2006/07 New Zealand Health Survey*. American Journal of Public Health, may 2012. 102 (5): 1012–1019.
49. LPC BREWER, KARSON KA, WILLIAMS DR. *Association of race consciousness with the patient – physician relationship, medication adherence and blood pressure in*

*urban primary care patients*. American Journal of Hypertension, nov. 2013. 26(11): 1346–1352.

50. DAWSON AZ, WALKER RJ, CAMPBELL JA. *Effect of perceived racial discrimination on self-care behaviors, glycemic control and quality of life in adults with type 2 diabetes*. Endocrine, jun. 2015. 49(2): 422–428.

51. WILLIAMS DR, MOHAMMED SA. *Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research*. Journal of Behavioral Medicine, feb. 2009. 32(1): 1–38.

52. WILLIAMS DR, WILLIAMS-MORRIS R. *Racism and mental health: the african american experience*. Ethn Health, 2000. 5(3/4):243–268.

53. PERREIRA MK, TELLES EE. *The color of health: skin color, ethnoracial classification and discrimination in the health of latin americans*. Social Science and Medicine, sep. 2014. 0: 241–250.

54. HERSCH J. *Profiling the new immigrant worker: the effects of skin color and height*. Journal of Labor Economics, 2008. 26 (2): 345–386.

55. HUNTER M. *The persistent problem of colorism: skin tone, status, and inequality*. Sociology Compass, 2007. 1(1):237–254.

56. MONTALVO FF, CODINA EG. *Skin color and latinos in the united states*. Ethnicities, aug. 2001. 1(3): 321–341.

57. CHOR D, LIMA CRA. *Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 2005. 21(5):1586– 1594.

58. TRAVASSOS C, LAGUARDIA J, MARQUES PM. *Comparison between two race/skin color classifications in relation to health-related outcomes in Brazil*. International Journal for Equity in Health, 2011. 10(35):1–8.

59. BASTOS JL, GONÇALVES H, FAERSTEIN E. *Experiências de discriminação entre universitários do Rio de Janeiro*. Revista de Saúde Pública, 2010. 44(1): 28–38.

60. NEVES JAS. *Diaristas Agrícolas: entre o assalariamento e o ser camponês*. Revista Ruris, mar. 2014. 8(1): 9–30.

61. FATTOTE GL, TELES AC, DOS SANTOS ND. *Validade de constructo da escala experiences of discrimination em uma população brasileira*. Cadernos de Saúde Pública, 2016. 32(4): 1–14.

62. BURGARD S, CASTIGLIONE DP, LIN KY. *Differential reporting of discriminatory experiences in Brazil and the United States*. Cadernos de Saúde Pública, 2017. 33(1): 1–14.

63. E TELLES. *Racismo à brasileira: uma nova perspectiva sociológica*. 347f. 2003. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: Fundação Ford, 2003.
64. DOMINGUES P. Diálogos, resenha. *dhi/pph/uem*, 2005. 9(3):211—214
65. MACINKO J, MULLACHERY P, PROIETTI FA. *Who experiences discrimination in Brazil? evidence from a large metropolitan region*. *International Journal of Equity Health*, 2012. 11:80.
66. GONÇALVES H, DUMITH SC, GONZÁLEZ DA. *Discriminação autorrelatada por adolescentes de uma coorte de nascimentos brasileira: prevalência e associações*. *Revista Panam Salud Publica*, 2012. 31:204–10.



## ANEXOS

## ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada Discriminação Étnico-racial em População Quilombola no Município de São Lourenço do Sul/RS, cujo objetivo é analisar a prevalência de percepção de discriminação étnico-racial entre os indivíduos pertencentes às comunidades remanescentes de quilombo no município em questão.

Esta pesquisa está sendo realizada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul através do curso de Mestrado em Saúde Coletiva em parceria com a Prefeitura Municipal de São Lourenço Sul. Sua participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de o fazer.

Nesta pesquisa será aplicado um questionário, mediante entrevista, aos indivíduos cadastrados em unidades de saúde de São Lourenço do Sul e residentes em comunidades remanescentes de quilombo. A entrevista será realizada pelo pesquisador nos domicílios dos sujeitos com duração de aproximadamente 15 minutos cada. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida em sigilo, omitindo-se todas as informações que permitam o identificar. Haverá riscos mínimos à saúde física e mental dos entrevistados relacionados a possíveis desconfortos gerados ao serem questionadas situações acerca do tema discriminação étnico-racial. Os benefícios imediatos ao participar serão a contribuição para uma melhor compreensão do fenômeno estudado e para o aumento da produção de conhecimento científico acerca do tema.

Uma via deste TCLE será entregue ao participante. Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, fone (51)33083738 e/ou pela pesquisadora Camila Scheffel, fone (51)984653201.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do pesquisador

São Lourenço do Sul .....de.....de.....

**ANEXO B – QUESTIONÁRIO DISCRIMINAÇÃO ÉTNICO-RACIAL EM  
POPULAÇÃO QUILOMBOLA DO MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DO SUL/RS**

PIN: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Raça/Cor\*: \_\_\_\_\_

Escolaridade\*\*: \_\_\_\_\_

Renda Familiar\*\*\*: \_\_\_\_\_

**Parte 1: Questionário Pesquisa Nacional de Saúde**

**Domicílio**

1. Qual é a principal forma de abastecimento de água deste domicílio?

- a) Rede geral de distribuição
- b) Poço ou nascente na propriedade
- c) Poço ou nascente fora da propriedade
- d) Carro-pipa
- e) Água da chuva armazenada em cisterna
- f) Água da chuva armazenada de outro modo
- g) Rios, lagos e igarapés
- h) Outra. Especifique:

2. Com que frequência a água proveniente da rede geral está habitualmente disponível para este domicílio?

- a) Diariamente
- b) Pelo menos uma vez por semana
- c) Menos que uma vez por semana

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

- a) Sim
- b) Não

4. Qual o número de cômodos no seu domicílio, incluindo banheiro(s) e cozinha(s)?

5. De que forma é feito o escoadouro dos banheiros ou sanitários?

- a) Rede geral de esgoto ou pluvial
- b) Fossa séptica
- c) Fossa rudimentar
- d) Vala
- e) Direto para rio, lago ou mar
- f) Outra. Especifique:

6. Qual o destino dado ao lixo?

- a) Coletado diretamente por serviço de limpeza
- b) Coletado em caçamba de serviço de limpeza
- c) É queimado na propriedade
- d) É enterrado na propriedade
- e) Jogado em terreno baldio ou logradouro
- f) Jogado em rio, lago ou mar
- g) Outro. Especifique:

7. Qual a origem da energia elétrica utilizada neste domicílio?

- a) Rede geral
- b) Outra origem (gerador, placa solar, eólica etc.)
- c) Não tem energia elétrica

### **Doenças Crônicas**

1. Algum médico já lhe deu algum diagnóstico de outra doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração)?

- a) Sim
- b) Não

(Se 1=a, passe para a 2)

2. O(A) sr(a) pode me dizer qual?

- a) Hipertensão arterial (pressão alta)
- b) Diabetes
- c) Dislipidemia (colesterol alto)
- d) Doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra
- e) AVC (Acidente Vascular cerebral) ou derrame
- f) Asma (ou bronquite asmática)
- g) Doença no pulmão, tais como enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)
- h) Artrite ou reumatismo
- i) Problema crônico de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco
- j) DORT (distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho)
- l) Depressão
- m) Outra doença mental, como esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo)
- n) Câncer

<p>o) Insuficiência renal crônica p) Outra:</p>
<p><b>Estilos de Vida</b></p>
<p>1. Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?</p> <p>a) Não bebo nunca b) Menos de uma vez por mês c) Uma vez ou mais por mês</p> <p>(Se 1=c, passe para a 2 e 3. Se 1=a, passe para a 4)</p> <p>2. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica?</p> <p>3. Em geral, no dia que o(a) sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) sr(a) consome? (1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)</p> <p>4. Atualmente, o(a) sr(a) fuma algum produto do tabaco?</p> <p>a) Sim, diariamente b) Sim, menos que diariamente c) Não fumo atualmente</p>
<p><b>Parte 2: Questionário <i>Experience of Discrimination</i></b></p> <p><b>Resposta a Tratamento Injusto</b></p>
<p>Se você sente que está sendo tratado injustamente, você geralmente:</p> <p>a) Aceita isto como um fato da vida b) Tenta fazer alguma coisa contra isto</p> <p>Se você está sendo tratado injustamente, você geralmente:</p> <p>a) Fala com outras pessoas sobre isto b) Guarda isto consigo mesmo</p>
<p><b>Discriminação</b></p>
<p>Alguma vez sofreu a experiência de discriminação, sendo impedido de fazer alguma coisa, ou sentiu-se incomodado, ou levado a sentir-se inferior em algumas das seguintes situações</p>

por causa da sua raça, etnia ou cor? Quantas vezes isso aconteceu para cada situação seguinte?

- a) Na escola
- b) Ao procurar emprego
- c) No trabalho
- d) Ao comprar uma casa
- e) Procurando cuidados médicos
- f) Solicitando serviço em loja ou restaurante
- g) Ao pedir crédito ou empréstimo bancário
- h) Na rua ou em estabelecimento público
- i) Pela polícia ou no Fórum

- 1- Nunca
- 2- Uma vez
- 3- Duas ou três vezes
- 4- Mais de quatro vezes

### **Preocupação**

Responda de acordo com as seguintes opções:

- 1- Todo o tempo
- 2- Alguma parte do tempo
- 3- Raramente ou nunca

- a) Quando você era criança ou adolescente (menor de 18 anos), você se preocupava com as pessoas do seu grupo racial por serem tratadas injustamente por causa da raça ou cor da pele?
- b) Quando você era criança ou adolescente (menor de 18 anos), você se preocupava com experiências de tratamento injusto por causa da sua raça ou cor da pele?
- c) No último ano você se preocupou com as pessoas do seu grupo racial por serem tratadas injustamente por causa da raça ou cor da pele?
- d) No último ano você se preocupou com experiências de tratamento injusto por causa da sua raça ou cor da sua pele?

### **Questões Globais**

Responda de acordo com as seguintes opções:

- 1. Raramente ou nunca
- 3. Às vezes
- 4. Frequentemente

- a) Com que frequência você sente que pessoas que não são brancas são discriminadas? Escolha o número que melhor representa o que você sente.
- b) Com que frequência você sente que você pessoalmente tem sido discriminado por causa da sua raça ou cor? Escolha o número que melhor representa o que você sente

**Queixa apresentada**

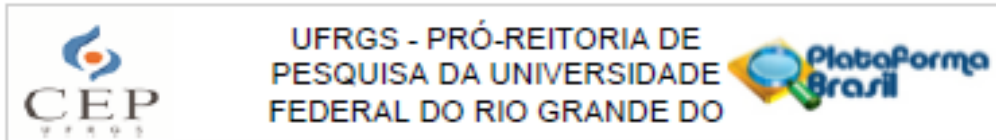
- Alguma vez você prestou queixa por causa de discriminação racial?
1. Sim
  2. Não

\* A variável raça/cor será auto referida pelo entrevistado em uma das categorias: amarelo, branco, pardo ou preto.

\*\* O nível de instrução será agrupado entre os seguintes: analfabeto, ensino fundamental completo ou incompleto, ensino médio completo ou incompleto, ensino superior completo ou incompleto.

\*\*\* A renda mensal da família e as características do domicílio serão classificadas de acordo com a resposta declarada pelo sujeito representante da casa. A renda será ordenada em:  $\leq 1$  salário mínimo,  $> 1$  salário mínimo a  $\leq 2$  salários mínimos, e  $> 2$  salários mínimos.

## ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DISCRIMINAÇÃO ÉTNICO-RACIAL EM POPULAÇÃO QUILMBOLA NO MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DO SUL/RS

**Pesquisador:** Cláides Abegg

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 63845917.2.0000.5347

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.175.134

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa que subsidia dissertação de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva com projeto aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem.

É um estudo quantitativo transversal, tipo Inquérito epidemiológico, realizado no município de São Lourenço do Sul/RS.

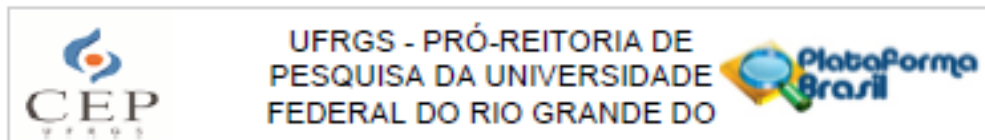
A população será formada pelos indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, residentes em comunidades remanescentes de quilombos certificadas e pertencentes a famílias cadastradas na área de abrangência de Unidades Básicas de Saúde ou Estratégias de Saúde da Família da cidade de São Lourenço do Sul/RS.

Serão excluídos aqueles sem residência fixa, menores de 18 anos e que se negarem ou não possuem condições de responder o instrumento do estudo.

A percepção de discriminação étnico-racial será mensurada por intermédio da escala Experience of

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farpouilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-0700 **Fax:** (51)3308-4095 **E-mail:** etica@reitoria.ufrgs.br





Continuação do Parecer: 2.175.134

Discrimination, desenvolvida e publicada primeiramente em 1990 e validada para aplicação na população brasileira em 2015, revelando capacidade de capturar o constructo discriminação nesse contexto.

A fim de caracterizar a população estudada serão incluídos itens acerca de agravos em saúde e variáveis sócio demográficas, mensurados pelos questionários da Pesquisa Nacional de Saúde adaptados para esse trabalho.

Os dados coletados serão digitados no programa Excel e posteriormente importados e analisados pelo SPSS.

Será realizado projeto piloto com 20 usuários para testagem dos instrumentos.

A literatura científica demonstra que a consciência de discriminação racial está associada a piores desfechos em diversas enfermidades, como hipertensão, diabetes e depressão, e a comportamentos deletérios à saúde, como tabagismo e abuso de álcool, sendo um fator estressor que tem recebido cada vez mais atenção empírica. Além disso, as iniquidades em relação a indicadores socioeconômicos e demográficos são ainda muito significativas nas populações pertencentes a comunidades remanescentes de quilombos no Brasil, sujeitando-as a maior vulnerabilidade, o que reflete em uma menor expectativa de vida e em uma maior susceptibilidade a agravos em saúde.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **Objetivo Primário:**

Analisar a prevalência de percepção de discriminação étnico-racial entre os indivíduos pertencentes às comunidades remanescentes de quilombo no município de São Lourenço do Sul/RS.

##### **Objetivo Secundário:**

Caracterizar a população quanto aos seus principais agravos em saúde e estilos de vida no período do estudo.

Caracterizar a população quanto às suas condições de renda familiar, domicílio e escolaridade.

Analisar a prevalência de percepção de discriminação étnico-racial relacionada a situações do

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE  
PESQUISA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 2.175.134

cotidiano

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Haverá riscos mínimos à saúde física e mental dos entrevistados relacionados a possíveis desconfortos gerados ao serem questionadas situações acerca do tema discriminação étnico-racial.

**Benefícios:**

As Iniquidades em relação a indicadores socioeconômicos e demográficos são ainda muito significativas nas populações pertencentes a comunidades remanescentes de quilombos no Brasil, sujeitando-as a maior vulnerabilidade, o que reflete em uma menor expectativa de vida e em uma maior susceptibilidade a agravos em saúde. Além disso, a literatura científica demonstra que a consciência de discriminação racial está associada a piores desfechos em diversas enfermidades. Por intermédio desse trabalho será possível caracterizar as comunidades remanescentes de quilombos de São Lourenço do Sul quanto aos seus aspectos sociodemográficos, de saúde e quanto a sua percepção de discriminação étnico-racial, possibilitando o desenvolvimento de políticas públicas eficientes. Os benefícios imediatos ao participar serão a contribuição para uma melhor compreensão do fenômeno estudado e para o aumento da produção de conhecimento científico acerca do tema.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem delineado, descreve os passos metodológicos a serem executados, apresenta-se fundamentado na literatura e sua realização está justificada pela autora.

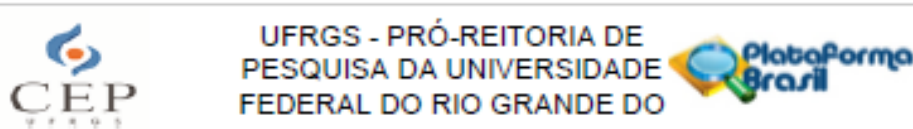
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE foi apresentado, assim como o Parecer da Compesq/EEnt/UFRGS e a carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul/RS.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O primeiro parecer emitido pelo Colegiado do CEP/UFRGS foi emitido em 26 de janeiro de 2017. Uma segunda versão do projeto foi postada, na Plataforma, no dia 25 de maio de 2017. Foram reapresentados alguns documentos (nova versão do cronograma, nova versão do TCLE, nova versão do projeto de pesquisa e das informações básicas, geradas automaticamente pela PB). Em

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.175.134

relação ao parecer anterior emitido pelo CEP, destacam-se as pendências solucionadas:

- o cronograma foi adequado/atualizado;
- foi excluído o "nome" do participante do questionário de coleta de dados;
- foi apresentado, no anexo do projeto, o Instrumento de coleta de dados "Experience of Discrimination"(EOD);
- foi apresentada carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de São Lourenço Sul;
- foram incluídos os dados (telefone celular e nome) da pesquisadora no TCLE;
- foram incluídas, no TCLE, informações relativas à realização da entrevista para coleta de dados (onde será realizada e quanto tempo será necessário para aplicação dos instrumentos). Embora, o tempo indicado (15min) para a aplicação do questionário, parece subestimado.

Na terceira versão do projeto de pesquisa, apresentada em 10 de julho de 2017, as pendências listadas na emissão do segundo parecer, em 8 de junho, foram solucionadas:

- foi incluída a informação sobre quem será o responsável pelas despesas previstas no orçamento. No entanto, reitera-se que a pesquisadora principal desse estudo, frente à UFRGS, é a Profa. Dra. Claydes Abegg e as despesas previstas no projeto são de sua responsabilidade (revisar a informação contida no orçamento de que as despesas serão responsabilidade da mestranda);
- foram incluídas, no TCLE e no projeto de pesquisa, as informações relativas aos possíveis riscos. Assim como foi corrigida a informação, no projeto, relativa à Resolução 466/2012;
- foi escrito, por extenso, no TCLE, o nome do CEP/UFRGS.

Saltenta-se, por fim, que ainda que o cronograma indique que a coleta de dados iniciaria em 2017/1, as autoras referem que "O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP".

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: [etica@propesq.ufrgs.br](mailto:etica@propesq.ufrgs.br)