UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – DCH-IV
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E DIVERSIDADE - PPED
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO E DIVERSIDADE - MPED

Eliana do Sacramento de Almeida

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE TIJUAÇU, SENHOR DO BONFIM – BAHIA.

Jacobina – BA
2016

ELIANA DO SACRAMENTO DE ALMEIDA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE TIJUAÇU, SENHOR DO BONFIM – BAHIA.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação e Diversidade para Linha de Pesquisa 2: Cultura Escolar, Docência e Diversidade da Universidade do Estado da Bahia – UNEB – Campus IV – Jacobina, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profª. Drª. Carmélia Aparecida Silva Miranda

Jacobina – BA
2016

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaboração: Sistema de Biblioteca da UNEB

Bibliotecário: Margarida Maria Dantas e Silva

Almeida, Eliana do Sacramento de.

A447m Educação em saúde na Comunidade Quilombola de Tijuaçu, Senhor do Bonfim – Bahia/ Eliana do Sacramento de Almeida .- Jacobina, 2016.

142f.: il.

Orientador: Carmélia Aparecida Silva Miranda

DISSERTAÇÃO (Mestrado) - Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências Humana – Campus IV – Jacobina-Bahia.

Contém referências

1. Saúde da População negra – Bahia. 2. Identidade Cultura. I. Miranda, Carmélia Aparecida Silva. II Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Ciências Humanas. III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

ELIANA DO SACRAMENTO DE ALMEIDA

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE TIJUAÇU, SENHOR DO BONFIM-BA.

Prof.ª Dr.ª Carmélia Aparecida Silva Miranda (Orientadora) _____
Doutora em História pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

Prof.ª Dr.ª Maria Glória da Paz (membro interno) _____
Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Prof.ª Dr.ª Carla Moura Pereira Lima (Membro externo) _____
Doutora em Ensino em Biociências e Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Jacobina, 21 / 07 / 2016

À Denice dos Santos Sacramento, minha mãe, mulher negra, marisqueira e rendeira, que construiu nossa família com exemplos de bravura, simplicidade e docilidade.

AGRADECIMENTOS

Ao glorioso Deus, que é um Deus de amor e misericórdia e que esteve ao meu lado em todos os momentos e me sustentou e deu ânimo novo nos instantes mais difíceis dessa jornada.

À Mãe Rainha, três vezes admirável de Shoenstatt, por volver seus olhos misericordiosos sobre mim e minha família, intercedendo sempre junto a seu filho Jesus.

A meu filho amado, João Pedro Sacramento de Almeida, que, mesmo sem entender o porquê de intermináveis tarefas para casa, sempre me compreendeu e incentivou com olhares e palavras carinhosas.

A meu companheiro, Weliton Amorim de Almeida, que sempre esteve ao meu lado, apoiando-me em todas as ocasiões.

Aos meus pais, Eliezer e Denice, por acreditar e incentivar, por vibrar com cada conquista e por apoiar e confortar nos momentos difíceis.

Aos amigos, Cleuma Sueli Santos Suto, Denise Borges de Jesus, Juliana Alcântara Franco Barbosa e Luís Cláudio Gualberto de Almeida, que, mesmo de longe, incentivaram-me e me apoiaram, demonstrando grande amizade.

Às novas amigas, Adevanucia Nere dos Santos e Tânia Cavalcante Pires, que trilharam junto comigo esta árdua e prazerosa jornada. Formamos um tripé que foi essencial para nossa sustentação.

À minha orientadora, Carmélia Aparecida Silva Miranda, pela disponibilidade na realização de um sonho, pela sua humildade, atenção e, sobretudo, pelo carinho presente em todos os momentos, bem como pela forma apaixonada com que me ajudou a trilhar os caminhos da História e cultura Afro-brasileiras e das trajetórias Quilombolas.

À professora Ana Lúcia da Silva Gomes e a todos os docentes e técnicos do PPED pela competência, seriedade e dedicação com que conduzem o Programa.

A todos os integrantes da Comunidade Quilombola de Tijuaçu, em especial a Valmir dos Santos, pela alegria com que me acolheram e partilharam comigo suas histórias, suas lutas e suas vitórias.

À amiga Raquel Terra Nova e à Equipe de Saúde da Família de Tijuaçu pela acolhida, apoio e parceria firmada.

À Cátia..., diretora da Escola Municipal Antônio José de Souza, e a todos os professores que acreditaram na proposta e me apoiaram nesta construção.

A todos, meu muito obrigada!

“*O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada.*

Caminhando e semeando, no fim terás o que colher”.

Cora Coralina

RESUMO

ALMEIDA, Eliana do Sacramento de. Educação em Saúde na Comunidade Quilombola de Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba. Dissertação (Mestrado em Educação e Diversidade). Universidade do Estado da Bahia, 2016. (Orientadora Profª. Drª. Carmélia Aparecida Silva Miranda).

Esta dissertação discorre sobre a comunidade quilombola de Tijuaçu, grupo étnico de maior representatividade da região de Senhor do Bonfim-Bahia, em virtude da sua dimensão territorial e do seu contingente populacional; compreendida como um projeto político e coletivo de liberdade, onde permanece uma sociedade relativamente autônoma e com marcante presença das tradições africanas. A pesquisa apresentou como objetivo realizar um estudo investigativo sobre as práticas preventivas e curativas em saúde na comunidade de Tijuaçu, a fim de promover ações interdisciplinares, a partir das demandas da comunidade. Tratou-se de uma pesquisa-ação, de caráter exploratório, inspirada na abordagem fenomenológica Husserliana e contou com a participação de integrantes da comunidade, lideranças políticas e religiosas, professores da Educação Infantil e Ensino Fundamental I da Escola Municipal Antônio José de Souza e profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família da localidade. Como instrumentos para construção dos dados foram utilizados questionário estruturado, entrevista semi-estruturada e grupo focal com intervenção na comunidade através do desenvolvimento de oficinas formativas para aprofundar as discussões. Para o tratamento dos dados quantitativos, foram utilizados os programas estatísticos Epi-Info 7 e BioEstat 5.3, além de planilhas e gráficos do Microsoft Excel; para os dados qualitativos, utilizou-se a análise textual e o software Tagul para confecção das nuvens de palavras. Realizou-se análise de conteúdo, segundo Bardin, através da triangulação de dados com discussões argumentadas à luz dos conhecimentos produzidos sobre identidade cultural, saúde da população negra e educação popular em saúde. Os resultados dos dados socioepidemiológicos apontaram para uma coerência entre a visão dos líderes e dos integrantes da comunidade em relação aos determinantes de vida e as condições de vulnerabilidades persistentes na comunidade, contudo demonstram divergência quanto às práticas preventivas e curativas de saúde envolvendo a utilização de ervas medicinais, rezas e benzeções. O conteúdo das oficinas foi analisado a partir de três categorias: cultura e tradição quilombola, saúde da população negra e de Tijuaçu, e educação popular em saúde como estratégia para melhoria das condições de vida. Foram constatados os seguintes aspectos: a comunidade quilombola de Tijuaçu vive, em sua maioria, em condições de vulnerabilidades persistentes e é privada de condições básicas de vida, a exemplo de moradias adequadas e saneamento e esgotamento sanitário; apresenta padrões alimentares inadequados; há ameaça de perda da identidade cultural; os integrantes da comunidade apresentam não somente, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, mas integralidade da assistência comprometida por precariedade e/ou inexistência de serviços estruturados para referência; e a escola enfrenta dificuldades para atender aos discentes da comunidade em suas especificidades sociais e étnico-raciais. Acredita-se ser necessário intensificar ações de conscientização acercada cultura afro-brasileira e das práticas de medicina tradicionais, bem como na capacidade transformadora da educação em saúde para promover melhorias nas condições de vida e saúde da população de Tijuaçu. Deste modo, propomos, como desdobramentos da pesquisa, o monitoramento e apoio na execução e avaliação dos planos de intenções desenvolvidos nas oficinas formativas a serem implementados pelos professores e profissionais de saúde em parceria com a comunidade.

Palavras-chave: Identidade Cultural; Trajetória Quilombola; Educação em Saúde; Saúde da População Negra.

ABSTRACT

ALMEIDA, Eliana from Sacramento. Health education in Quilombo Community Tijuaçu, Senhor do Bonfim, Bahia. Dissertation (Masters in Education and Diversity). University of the State of Bahia, 2016. (Advisor Prof. Dr. Carmelia Aparecida Silva Miranda).

This dissertation discusses the quilombo community Tijuaçu, ethnic group most representative for Senhor do Bonfim-Bahia, region by virtue of its territorial size and its population quota; understood as a political project and collective freedom, which remains a society relatively autonomous and strong presence of African traditions. The research presented aimed at making an investigative study on preventive and curative health practices in Tijuaçu community in order to promote interdisciplinary actions, from the community demands. This is an action research, exploratory inspired by the phenomenological approach Husserliana and with the participation of community members, political and religious leaders, Infant school teachers and elementary I Municipal School Antônio José de Souza and health professionals Health Strategy town Family. As tools for building data were used structured questionnaire, semi-structured interviews and focus groups with community intervention through the development of training workshops to deepen the discussions. For the treatment of quantitative data, statistical programs Epi-Info BioEstat 7 and 5.3 were used, as well as Microsoft Excel spreadsheets and graphics; for qualitative data, we used the textual analysis and Tagul software for making the word clouds. It conducted content analysis, according to Bardin, through data triangulation with discussions argued in the light of the knowledge produced about cultural identity, health of the black population and a health education program. The results of socioepidemiological data pointed to a consistency between the vision of leaders and community members regarding the determinants of life and the conditions of persistent vulnerabilities in the community, but also disagreement as to preventive and curative health practices involving the use of herbs medicinal, prayers and benzeções. The content of the workshops was analyzed from three categories: culture and tradition quilombo, the black population health and Tijuaçu, and popular health education as a strategy for improving living conditions. the following were noted: the quilombo community Tijuaçu lives, mostly in conditions of persistent vulnerabilities and are deprived of basic living conditions, such as adequate housing and sanitation and sewage; They have poor eating patterns; no threat of loss of cultural identity; community members have not only difficult access to health services but comprehensive care compromised by insecurity and / or lack of structured services for reference; and the school is struggling to meet the community's students in their social and ethnic-racial differences. Believed to be necessary to intensify awareness campaigns about the african-Brazilian culture and traditional medicine practices; and the processing capacity of health education to promote improvements in living conditions and health of the population of Tijuaçu. Thus, we propose, as the unfolding of research, monitoring and support in the implementation and evaluation of the intentions of plans developed in training workshops to be implemented by teachers and health professionals in partnership with the community.

Keywords: Cultural Identity; Trajectory Quilombo; Health Education; Health of the Black Population.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Foto da entrada do distrito de Tijuaçu, Senhor do Bonfim, 2015.	25
Figura 2	Samba de Lata, Tijuaçu, Senhor do Bonfim – Ba.	28
Figura 3	Mapa de Tijuaçu, Senhor do Bonfim – Bahia, 2016.	58
Figura 4	Dinâmica de Apresentação com Balões, Oficina Cultura e Tradição Quilombola, Fundec, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 08 abr 2016.	96
Figura 5	Dinâmica Baú da Cultura, Oficina Cultura e Tradição Quilombola, Fundec, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 08 abr 2016.	97
Figura 6	Ilustrações utilizadas na Dinâmica Baú da Cultura, Oficina Cultura e Tradição Quilombola, Fundec, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 08 abr 2016.	98
Figura 7	Nuvem de palavras da Oficina Cultura e Tradição Quilombola, Fundec, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 08 abr 2016.	102
Figura 8	Oficina Saúde da população negra e Tijuaçuense, Fundec, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 15 abr 2016.	103
Figura 9	Dinâmica Tecendo os fios da rede, Oficina Saúde da população negra e Tijuaçuense, Fundec, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 15 abr 2016.	104
Figura 10	Nuvem de palavras da Oficina Saúde da população negra e Tijuaçuense, Fundec, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 15 abr 2016.	105
Figura 11	Dinâmica Não Estamos Sozinhos, oficina educação popular em saúde como estratégia para melhoria das condições de vida, Fundec, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 29 abr 2016.	109
Figura 12	Nuvem de palavras, oficina educação popular em saúde como estratégia para melhoria das condições de vida, Fundec, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 29 abr 2016.	112
Figura 13	Dinâmica Costurando os “Nós” da Rede, oficina educação popular em saúde como estratégia para melhoria das condições de vida, Fundec, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 29 abr 2016.	114

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Síntese da classificação dos problemas de saúde da população negra.	39
Quadro 2	Principais ações desenvolvidas para efetivação da Política Nacional de Saúde da População Negra.	41
Quadro 3	Cronograma de Encontros das Oficinas Formativas de Grupos Focais	68
Quadro 4	Síntese dos planos de intenções elaborados na oficina educação popular em saúde como estratégia para melhoria das condições de vida, Fundec, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 29 abr 2016.	116

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Morbidade Hospitalar segundo critério Raça/Cor, Bahia, 2015.	46
Gráfico 2	Principais causas de morbidade hospitalar segundo critério raça/cor, Bahia, 2015.	47
Gráfico 3	Mortalidade Geral, segundo critério Raça/Cor, Bahia, 2014.	48
Gráfico 4	Pirâmide Etária da população de Tijuaçu, Senhor do Bonfim- Ba, 2015.	59
Gráfico 5	Distribuição de doenças e condições referidas, Tijuaçu, Senhor do Bonfim -Ba, 2015.	61
Gráfico 6	Autoavaliação da Situação de Saúde dos moradores de Tijuaçu (N=88), Senhor do Bonfim-Ba, 2016.	83
Gráfico 7	Locais onde os moradores buscam auxílio para seus problemas de saúde, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 2016.	87
Gráfico 8	Aquisição dos medicamentos pelos moradores de Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 2016.	90
Gráfico 9	Formas de violência relatadas pelos moradores de Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 2016.	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Principais grupos de causas de óbitos, segundo raça/cor, Bahia, 2015.	49
Tabela 2	Indicadores de Alfabetização, moradia e saneamento, Tijuaçu, Senhor do Bonfim – Ba, 2015.	60
Tabela 3	Estratificação da Amostra para aplicação de questionário estruturado, Tijuaçu, Senhor do Bonfim – Ba, 2015.	62
Tabela 4	Caracterização da Amostra de Moradores participantes da pesquisa, (N=88), Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 2016.	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAQTA – Associação Agropastoril Quilombola de Tijuaçu e Adjacências

ABA – Associação Brasileira de Antropologia

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CFB – Constituição Federal Brasileira

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

DATASUS – Departamento de Informação do SUS

DIS – Diretoria de Informação em Saúde

DNV – Declaração de Nascidos Vivos

DO – Declaração de Óbito

EPS – Educação Popular em Saúde

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

ESF – Estratégia de Saúde da Família

e-SUS – Estratégia do Sistema Único de Saúde

FCP – Fundação Cultural Palmares

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FUNDEC – Fundação de Desenvolvimento Econômico

GT – Grupo de Trabalho

HIV – Vírus Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCRA – Instituto Nacional de Colonização Reforma Agrária

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

MinC – Ministério da Cultura

MS – Ministério da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PAF – Programa de Anemia Falciforme

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios

PNDH – Programa Nacional de Direitos Humanos

PPED – Programa de Pós Graduação em Educação e Diversidade

SEPPIR – Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SESAB – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN – Sistema de Agravos de Notificação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UNA-SUS – Universidade Aberta do SUS

UNEB – Universidade do Estado da Bahia

USF – Unidade de Saúde da Família

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

SUMÁRIO

Introduzindo a Conversa 17

1.1 Para início de conversa: A Comunidade Quilombola de Tijuaçu: sua história e modos de viver 24

2 Ampliando a Conversa: pressupostos teóricos 29

2.1 Identidade Cultural 29

2.2 Trajetórias Quilombolas 32

2.3 Saúde da População Negra 36

2.3.1 Breve Histórico da Saúde da População Negra 36

2.3.2 Política Nacional de Saúde da População Negra 42

2.3.3 Principais Problemas de Saúde da População Negra 44

2.4 Educação Popular em Saúde como Prática Transformadora 50

3 Rumos da Conversa: pressupostos metodológicos 55

3.1 Tipo de Pesquisa 55

3.2 O Lócus da Pesquisa 57

3.3 Participantes da Pesquisa 62

3.4 Instrumentos de Construção de Dados 64

3.5 Procedimentos do Trabalho de Campo 66

3.5.1 Fase Exploratória 66

3.5.2 Fase de Intervenção – Oficinas Formativas 67

3.6 Sistematização e Análise dos Dados 78

3.7 Aspectos Éticos 79

4 Desenrolando a Conversa: resultados e discussão 80

4.1 Questões de Saúde em Tijuaçu: conversa com a comunidade 80

4.2 Educação em Saúde: estratégia para melhoria das condições de vida 95

4.2.1 Oficina I: Cultura e tradição quilombola 96

4.2.2 Oficina II: Saúde da população negra e de Tijuaçu 103

4.2.3 Oficina III: Educação Popular em Saúde como estratégia para melhoria das condições de vida 109

4.3 Uma conversa gera outras: desdobramentos da pesquisa 115

5 Despedindo-se da Conversa 117

Referências 121

Apêndices 129

Apêndice A – Questionário Estruturado 129

Apêndice B – Roteiro de Entrevista Parcialmente Estruturada 132
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) 133
Apêndice D – Ficha de Identificação do Participante da Oficina de Grupo Focal 135
Apêndice E – Modelo de Plano de Intenções 136
Anexo 137
Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UNEB) 137

Introduzindo a Conversa

Originalmente denominadas como Quilombo[1], as comunidades negras rurais, comunidades remanescentes de quilombos ou comunidades quilombolas, como mais comumente são identificadas, são alvo de inúmeras discussões e controvérsias acerca da denominação mais apropriada. Neste estudo, será adotada a denominação de comunidade quilombola, considerando a preferência dos moradores locais. Estas comunidades vêm, ao longo dos séculos, travando uma luta incessante para afastar os inúmeros entendimentos errôneos acerca de seu desenvolvimento inicial e da forma como figuram para a sociedade nos dias de hoje.

Estas denominações, longe de modismos, apresentam uma forte marca social e política e representam a luta empreendida pelos movimentos sociais, especialmente o Movimento Negro, desde o final da década de 1970, que pressionou para a incorporação do Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição (ADCT) na Carta Magna, em 1988, garantindo assim, o processo de reconhecimento das comunidades quilombolas a partir da afirmação de seus direitos territoriais; nos anos subsequentes, somada aos esforços da Antropologia, ocorre a criação do Grupo de Trabalho (GT). O GT criado definiu quilombo como:

> [...] Contemporaneamente, portanto, o termo quilombo não se refere a resíduos ou resquícios arqueológicos de ocupação temporal ou de comprovação biológica. Também não se trata de grupos isolados ou de uma população estritamente homogênea [...] consistem em grupos que desenvolveram práticas cotidianas de resistência na manutenção e reprodução de seus modos de vida característicos e na consolidação de um território próprio [...] (O'DWYER, 2002).

Neste sentido, Glória Moura, ao discutir sobre os quilombos contemporâneos, define-os como comunidades negras rurais habitadas por descendentes de escravos que mantêm laços de parentesco e vivem, em sua maioria, de culturas de subsistência, em terra doada, comprada ou ocupada secularmente pelo grupo (MOURA, 1999).Tal abordagem despertou uma série de questões socioeconômicas e culturais que fazem parte da discussão sobre o que representam os quilombos contemporâneos na atualidade e sobre a sua efetiva inserção cidadã.

A Fundação Cultural Palmares, tendo em vista a necessidade de reconhecimento das Comunidades Quilombolas, a partir de 1990, passa a defini-las como os sítios historicamente

1Moura (1999) aponta a definição de quilombo conforme o que determinou o Conselho Ultramarino de 1740, segundo o qual quilombo era "toda habitação de negros fugidos que passem de cinco pessoas".

ocupados por negros que tenham resíduos arqueológicos de sua presença, inclusive as áreas ocupadas ainda hoje por seus descendentes, com conteúdos etnográficos e culturais (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2016b).

Através da ressignificação do conceito de remanescente de quilombo e da ampliação do número de comunidades reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares, os quilombos passam a ser compreendidos como projetos políticos e coletivos de liberdade, espaços onde foram recriadas sociedades relativamente autônomas e com marcante presença das tradições africanas (HAERTER, NUNES, CUNHA, 2013).

Ainda segundo os autores citados acima, os espaços de resistência também eram espaços de ressignificação de cultura e modos de vida, conjugando elementos de diferentes culturas, como africanos, indígenas e de outros grupos insatisfeitos com a realidade da época. Os quilombos foram locais onde os ex-escravos eram agentes históricos, com potencial transformador, engajados na luta por maiores autonomias, pela constituição de famílias, por sua subsistência e por outras formas de protagonismos africanos e negros.

Na contemporaneidade, as comunidades quilombolas destacam exemplos de superação e protagonismo, buscando desenvolvimento social, econômico e cultural. Contudo, para manter e propagar sua cultura enfrentam uma série de dificuldades, vez que apresentam características biológicas, sociais e histórico-culturais próprias e que interagem permanentemente com diferentes culturas e modos de viver, necessitando buscar articulações com outras comunidades para a preservação de suas tradições. Esta interação com outras culturas acaba por interferir e/ou até fragilizar os processos de formação de novos indivíduos segundo a sua cultura, principalmente no que se refere a questões voltadas para a educação e a saúde destes povos.

Paralelo a estas lutas travadas não apenas pelos negros, como pelos indígenas, não podemos deixar de mencionar que o Estado, na tentativa de construir uma identidade nacional pautada na igualdade e na universalidade, acaba por inibir/coibir a pluralidade cultural de inúmeros povos. Nesse sentido, de acordo com Gonçalves e Silva (2006), o Estado Nacional constitui-se como um objeto que também precisa ser re-significado pelos agentes multiculturalistas que apresentam os currículos escolares das instituições de ensino como principal campo de atuação.

Essa mudança de paradigma deve-se principalmente às discussões pautadas pelos movimentos sociais engajados na luta pelo respeito à diversidade cultural, encorajando, deste modo, a articulação de comunidades e grupos sociais em organizações afro-brasileiras que impulsionaram a formulação de políticas multiculturais empenhadas em dar visibilidade aos

afrodescendentes, minimizar as desigualdades sofridas durante séculos e promover alterações nos currículos escolares e nas políticas de saúde no Brasil.

As Comunidades Quilombolas são, em sua grande maioria, marcadas pelas desigualdades racial e social existentes em nosso país. Tais desigualdades acentuam-se e tomam grandes proporções, pois ultrapassam as barreiras das questões culturais e atingem questões essenciais à sobrevivência como educação, saúde e seguridade social. Permanecendo à margem da sociedade, a estas comunidades são negados diversos direitos constitucionais básicos, como por exemplo, acesso às escolas e aos serviços de saúde, reduzindo, assim, as possibilidades de uma educação e atenção à saúde de qualidade.

Reflexos dessa desigualdade podem ser medidos pelos indicadores escolares com consequente elevação das taxas de absenteísmo, evasão e repetência escolar; e pelos indicadores de mortalidade do Ministério da Saúde, através dos quais se observou, no ano de 2014, que as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as causas externas (violências) e as causas mal definidas são os principais motivos de óbitos entre a população negra (BRASIL, 2015). Cabe ressaltar aqui que a elevada incidência de óbitos por causas mal definidas são a representação nítida da discriminação, do não respeito à diversidade, da falta de assistência à saúde, bem como da falta de equidade na assistência prestada.

Fica assim evidenciado o vazio assistencial e a baixa resolutividade dos serviços de saúde para estas comunidades, já que as coberturas da Estratégia Saúde da Família nestes territórios geralmente são baixas e, mesmo quando estão presentes, estas equipes não conseguem desenvolver a contento atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças específicas para estes indivíduos, o que se reflete em altas incidências de parasitoses e anemia e elevadas prevalências de desnutrição, hipertensão arterial e sobrepeso (MINGROTTI NETTO, 2008).

Em resposta, várias são as iniciativas dos Ministérios da Educação, da Saúde, do Desenvolvimento Agrário e da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) no sentido de reduzir as desigualdades existentes entre os afro-brasileiros e à população em geral e proporcionar condições mais igualitárias de acesso aos serviços de educação e saúde disponibilizados pelas instituições públicas sob gestão das três esferas de governo (BRASIL, 2004a).

No âmbito da educação, o Plano Nacional de Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação das Relações Etnicorraciais e para o ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana do Ministério da Educação e Cultura afirma que, nas comunidades quilombolas, o acesso à escola para as crianças é difícil, os meios de transporte

são insuficientes e inadequados e o currículo escolar está longe da realidade destes meninos e meninas. Raramente os alunos quilombolas veem sua história, sua cultura e as particularidades de sua vida nos programas de aula e nos materiais pedagógicos (BRASIL, 2004a).

Somam-se a essas dificuldades o fato de que os (as) professores (as) não são capacitados adequadamente conforme preconizado pelas Leis n$^{o.}$ 10.639/03 e 11.645/08; e o seu número é insuficiente. Poucas comunidades possuem unidades educacionais com o Ensino Fundamental completo. Garantir a educação nestes territórios onde vive parcela significativa da população brasileira, respeitando sua história e suas práticas culturais é pressuposto fundamental para uma educação antirracista.

Partindo do reconhecimento do critério cor/raça como determinante para as condições de saúde, faz-se necessário ampliar a discussão do direito à saúde, que é uma das premissas básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), contudo não podemos perder de vista que a universalidade do SUS, que seria o pleno acesso aos serviços públicos de saúde e com qualidade, para toda a população brasileira, ainda não se efetivou na prática. Para o Ministério da Saúde, a política de inclusão da população quilombola inicia-se, efetivamente, em 2004 com a Portaria n.º 1.434, de 14 de julho de 2004, que criou um incentivo para a ampliação de equipes de estratégia de saúde da família (ESF) para as comunidades quilombolas (SILVA, 2010).

Em 2009, através da publicação da Portaria nº. 992, de 13 de maio de 2009, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN. Esta política está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana, do repúdio ao racismo e da igualdade, e reafirma os princípios do SUS constantes na Lei n. 8080/90, a saber: a) universalidade do acesso, b) integralidade da atenção, c) igualdade, e d) descentralização político-administrativa; e na Lei n. 8142/90, que institui os princípios da participação popular e do controle social no SUS (BRASIL, 2009).

No que concerne à população negra, a PNSIPN apresenta como objetivo geral promover-lhe a saúde integralmente, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços de saúde. Especificamente para as comunidades quilombolas, essa Política apresenta como segundo objetivo específico: "Garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde" (BRASIL, 2009, p. 3).

Dentre as diversas atividades propostas para efetivação da PNSIPN, destacam-se as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, de modo que a educação em saúde

constitui-se na principal estratégia dessa promoção, visando a ampliar o entendimento sobre ela, concorrendo para o processo em que a comunidade aumente a sua habilidade de resolver seus próprios problemas de saúde com competência e intensifique sua participação (QUEIROZ *et al*, 2009). Corroborando com este pensamento, David e Acioli (2010) acrescentam que a educação em saúde passa a ser vista como instrumento imprescindível de fortalecimento da postura autônoma e política das pessoas mais penalizadas do ponto de vista econômico e social, valorizando o agir, o pensar desse grupo populacional que, historicamente, é apenas receptor de informação.

Diante dos contextos no âmbito da saúde e da educação apresentados acima, a educação em saúde surge como principal estratégia de ação conjunta para esses dois grupos de profissionais que, de acordo com suas possibilidades de trabalho, abordarão, em suas práticas diárias, temas relacionados com hábitos e estilos de vida saudáveis, promoção da saúde e prevenção de doenças assumindo um enfoque voltado para os principais problemas de saúde apresentados pela comunidade.

A partir das experiências profissionais durante a atuação como enfermeira da ESF de comunidades rurais carentes e, nos últimos cinco anos na docência acadêmica na supervisão de Estágio do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, Campus VII – Senhor do Bonfim, foi possível vivenciar diversas atividades desenvolvidas na comunidade pelas equipes de saúde em parceria com a escola, especialmente pelo Programa Saúde na Escola (PSE). Neste programa, professores e profissionais de saúde ocupam papel fundamental como agentes com elevado potencial de transformar a realidade dessas comunidades e ajudar na melhoria das condições de vida e saúde desses indivíduos. Neste contexto, despertou o interesse em estudar a comunidade de Tijuaçu, a partir de um enfoque interdisciplinar, buscando conhecer a ótica dos profissionais da educação e da saúde e atrelá-las com a educação em saúde, de modo a contribuir para o alcance de melhorias das condições de vida e saúde desta comunidade.

A relevância social, política e científica deste estudo corrobora com as diretrizes estabelecidas pelo Estatuto da Igualdade Racial, que prevê a produção de conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra e o desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação para contribuir com a redução das vulnerabilidades da população negra (BRASIL, 2010), além de despertar no meio Acadêmico de Enfermagem no Campus de Senhor do Bonfim a necessidade de voltar sua atenção às questões relacionadas com diversidade étnico-racial e com saúde da população negra.

Diante de tal problemática e das inúmeras possibilidades apresentadas, surgem as seguintes indagações: Quais os principais problemas de saúde enfrentados pela comunidade quilombola de Tijuaçu? São desenvolvidas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças na comunidade? De que modo estas práticas ocorrem? Quais as ações podem ser empreendidas no sentido de ajudar os moradores a melhorar este quadro? Define-se, portanto, como objetivo geral: Realizar um estudo investigativo sobre as práticas preventivas e curativas em saúde utilizadas pela Comunidade Quilombola de Tijuaçu/Senhor do Bonfim – Bahia, a fim de promover ações interdisciplinares, a partir da demanda da comunidade.

Com o intuito de responder ao objetivo proposto, foram delineados alguns objetivos específicos, a saber:

- Conhecer como os membros da comunidade, os professores da Educação Infantil e do Ensino Fundamental I e os profissionais de saúde compreendem Saúde e como exercitam a prevenção e cura de doenças e agravos em Tijuaçu;
- Investigar sobre a saúde da população de Tijuaçu com a finalidade de traçar um perfil epidemiológico;
- Propor o desenvolvimento de oficinas formativas sobre Educação em Saúde da População Negra realizadas com os profissionais da Educação e da Saúde de modo interdisciplinar.

Buscando respostas para as questões da pesquisa **Educação em Saúde na Comunidade Quilombola de Tijuaçu, Senhor do Bonfim - BA**, muitas foram as idas e vindas. As conversas e a interação com a comunidade foram intensas e essenciais em todas as etapas de realização da mesma. Desde a primeira imersão em campo, a comunidade demostrou-se acolhedora e hospitaleira, sempre com um sorriso espontâneo e a vontade de compartilhar sua vida e sua história na esperança de um retorno que viesse a superar as lacunas/necessidades apontadas. Nesta perspectiva, inspirada pelo olhar da fenomenologia Husserliana, utilizaremos este texto dissertativo para traçarmos uma conversa intencional sobre a educação em saúde na comunidade quilombola de Tijuaçu.

Ainda neste primeiro capítulo, apresentarmos na seção intitulada **Para início de conversa: A Comunidade Quilombola de Tijuaçu: sua história e modos de viver,** uma discussão sobre a comunidade, seus aspectos históricos, sua cultura e tradições, enfatizando seus modos de viver.

O capítulo segundo, **Ampliando a Conversa: pressupostos teóricos,** apresenta a discussão sobre as categorias teóricas que deram sustentação à pesquisa e que emergiram substancialmente no decorrer da mesma. São abordadas aqui as seguintes categorias:

Identidade Cultural, Trajetórias Quilombolas, Saúde da População Negra e Educação Popular em Saúde como Prática Transformadora.

Objetivando enriquecer as discussões entre as categorias, considerando que as mesmas estão imbricadas e que a compreensão das mesmas é essencial ao desenvolvimento da pesquisa, recorremos a Bauman (2005) e Hall (2011) para entender sobre identidade cultural e como sua construção esta relacionada com os significados e valores atribuídos socialmente pelo homem; e a Woodward (2014) e Silva (2014) para compreender a relação entre identidade e diferença.

Para a discussão das trajetórias quilombolas buscamos respaldo na Associação Brasileira de Antropologia (ABA), em Arruti (2008), em Miranda (2009, 2010 e 2013) e em Vieira (2014). Esta última desenvolveu em sua tese de Doutorado uma pesquisa com características semelhantes à nossa. Embasando as discussões sobre Saúde da População Negra lançamos mão dos estudos realizados por Werneck (2001), Monteiro e Maio (2008), Brasil (2009), Paradies *et al* (2013), Cruz (2015), dentre outros. Nas discussões sobre Educação Popular em Saúde refletimos a partir dos escritos de Paludo (2001), Vasconcelos (2007), Freire (2011) e Freire e Nogueira (2014).

Rumos da Conversa: pressupostos metodológicos constituem o terceiro capítulo e caracteriza-se por apresentar os aspectos metodológicos que embasaram a pesquisa e as trajetórias realizadas para o seu cumprimento. Nesse momento, é abordada a imersão no campo de pesquisa, a aproximação aos participantes e aos dispositivos para construção dos dados (acesso a bancos de dados oficiais, aplicação de questionários, entrevistas e condução de grupos focais), a descrição do suporte utilizado nos momentos de análise e discussão dos dados e a proposta de intervenção elaborada a partir das demandas levantadas pelos participantes.

O quarto capítulo, intitulado **Desenrolando a Conversa: resultados e discussão**, é de natureza empírica, contudo embasado teoricamente, encontra-se subdividido em três seções. A primeira seção - **Questões de Saúde em Tijuaçu: conversa com a comunidade**- apresenta e discute os resultados construídos a partir da aplicação de questionários e entrevistas, abordando as impressões sobre o processo saúde-doença, sobre prevenção de doenças e promoção da saúde sob a ótica dos moradores de Tijuaçu. A segunda seção, que recebe o título **Educação em Saúde: estratégia para melhoria das condições de vida em Tijuaçu**, apresenta e discute os resultados da proposta de intervenção realizada através das oficinas formativas desenvolvidas com professores da Educação Infantil e do Ensino Fundamental I e profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família. Na terceira seção, **Uma conversa**

gera outras: desdobramentos da pesquisa, são apresentados os Planos de Intenções desenvolvidos durante as oficinas, que consolidaram a proposta de desenvolvimento e acompanhamento de ações futuras, envolvendo a temática em questão**,** a serem realizadas em conjunto com os participantes da pesquisa.

Em **Despedindo-se da Conversa**, são apresentadas as considerações finais da pesquisa, algumas possibilidades para a sua continuidade e o desenvolvimento de novas propostas de pesquisas.

Esperamos, portanto, que este texto proporcione ao leitor a compreensão do fenômeno estudado, a partir do conhecimento sobre a comunidade quilombola de Tijuaçu, sua história e modos de viver e fazer saúde, ampliando a visão sobre saúde da população negra e da necessidade de uma atenção especial para este público, bem como o entendimento da educação popular em saúde como possibilidade de ações conjuntas entre saúde e educação para a melhoria das condições de vida dos indivíduos envolvidos. Desejamos uma boa leitura!

1.1 Para início de conversa: A Comunidade Quilombola de Tijuaçu: sua história e modos de viver

Em todo o Brasil, são inúmeras as comunidades quilombolas existentes e já certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP). Dados da Secretaria de Educação do Estado da Bahia apontam que o Estado, juntamente com o Maranhão, possui a maior concentração de comunidades quilombolas no Brasil. Na Bahia, de acordo com o Quadro Geral de Comunidades Certificadas, são 718 comunidades remanescentes de quilombolas, sendo 597 já certificadas pela FCP (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2016b). No município de Senhor do Bonfim, são 16 comunidades já certificadas, das quais Tijuaçu é a de maior representatividade em virtude da sua abrangência territorial e do seu contingente populacional.

A comunidade quilombola de Tijuaçu está situada na região do semiárido, a 452 metros acima do nível do mar, localizada geograficamente na área do Polígono das Secas (IBGE, 2014). O Distrito e a região apresentam uma grande deficiência de água, com períodos escassos de chuva entre os meses de fevereiro a abril. Apesar de Tijuaçu localizar-se na bacia hidrográfica do Rio Itapicuru, seus mananciais podem ser considerados insuficientes à demanda e não se observa a presença de rios ou barragens de grande porte. Quanto ao clima, este varia entre o semiárido e seco a sub-úmido. Já o relevo é formado sobre sedimentos

arenosos, formando um plano suavemente ondulado, em forma de tabuleiros, que se estende até a cidade de Capim Grosso (MACHADO et al., 2004).

Figura 1 – Foto da entrada do distrito de Tijuaçu, Senhor do Bonfim, 2015.

Fonte: Netto Maravilha, sd.[2]

A Figura 1 apresenta a entrada do distrito de Tijuaçu que, de acordo com relatos dos Agentes Comunitários de Saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família da localidade, é formado pela vila e pelos povoados que acercam: Tanquinho, Várzea do Mulato I e II, Fazenda Lagoa da Pedra, Fojo, Rodeador, Quebra Facão, Várzea dos Cavalos, Veados, Lagoa do Coxo, Pau de Leite, Porcos, Lagoa do Tanque, Alagoinhas, Picada, Pé de Monte, Alto Bonito, Olaria, Água Branca, Lajinha, Macaco 01, Macaco 02, Anacleto, Pato, Conceição, Barreira, Fazenda Canafista e Queimada Grande. Todas as comunidades citadas encontram-se agregadas à vila-centro de Tijuaçu e mantêm relações comerciais e políticas e interação social e cultural.

Nestas localidades, residem 3.598 pessoas, que se distribuem em 1.109 famílias. Quanto ao seu reconhecimento, apesar de a Fundação Cultural Palmares apresentar a data de 12 de julho de 2005 (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2016b), a comunidade quilombola de Tijuaçu foi reconhecida em 28 de fevereiro de 2000; quanto ao reconhecimento do território quilombola pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA),

2Trevo de entrada de Tijuaçu, por Netto Maravilha, disponível em http://www.ferias.tur.br/fotos/1083/tijuacu-ba.html, acesso em 20 jun 2014.

este foi publicado no Diário Oficial da União em 25 de julho de 2014, determinando, assim, que a área de 8,4 mil hectares ocupada por Tijuaçu é um território quilombola (MIRANDA, 2013).[3]

A origem do nome Tijuaçu é indígena e significa um grande lagarto, comumente chamado na região de "teiú", mas que também recebe os nomes de Tiú, Teiuguaçu, Teiú-açu, Temapara, Teju. Antes da oficialização do nome Tijuaçu, o local foi chamado de "Lagarto" (CARVALHO, 2010).

Segundo os relatos apresentados na pesquisa de Carvalho (2010), para alguns, Tijuaçu surgiu após a abolição da escravatura, quando as famílias proprietárias de negros, que trabalhavam nas minas de ouro de Jacobina, cidade próxima, deram-lhes tarefas de terra na antiga Vila Nova da Rainha, terras onde surgiu este povoado. No entanto, para a comunidade, Tijuaçu começou quando três mulheres negras, escravas, fugitivas de uma senzala do litoral baiano, vieram parar nas redondezas e uma delas, chamada Maria Rodrigues, popularmente conhecida como Mariinha Rodrigues, decidiu habitar e dar origem a toda história desse povo.

O povo tijuaçuense orgulhosamente narra sua história e recorre à memória, para falar da sua trajetória; sente-se desbravador, que não se entregou ao conformismo tampouco ao descaso a que durante muito tempo esteve exposto. Ao contrário, este povo carrega o entendimento de pertença e de integração. Isso fica claro na cor da pele, na raça, nos modos de agir e vestir, no sentido de si mesmo, expressado na herança de seus ancestrais (SANTOS, 2013; SOUZA, 2012).

Desde a chegada de Mariinha Rodrigues à Tijuaçu, a comunidade se organiza em torno do eixo familiar. São frequentes os casamentos entre parentes, como forma de estabelecer uma rede de proteção social e de garantir a posse das terras. Segundo Miranda (2009; 2010), a forma como o grupo se reproduz culturalmente é uma das características das comunidades quilombolas, soma-se a isso o fato de que a identidade cultural deste povo é revelada através de suas religiões, do seu cotidiano e do modo de ser dos seus habitantes. O trabalho coletivo e a solidariedade entre o grupo marcam as vivências dessas comunidades, fortemente vinculadas ao associativismo, conforme se observa pela adesão maciça dos moradores às associações existentes na comunidade.

Não podemos deixar de destacar o pioneirismo e a coragem da mulher negra como fatores determinantes para a fundação e perpetuação do território. Pelas histórias contadas

3 Publicação com data retroativa.

pelos quilombolas do distrito, verifica-se a importância da figura feminina para o desenvolvimento de Tijuaçu no passado e no presente.

Visando manter a organização e promover o desenvolvimento do distrito, em 2000, foi criada a Associação Agropastoril Quilombola de Tijuaçu e Adjacências (AAQTA), que, desde então, apresenta como principal objetivo fortalecer a autoestima do povo tijuaçuense e ajudá-lo a defender-se diante de todo tipo de discriminação e de domínio da minoria branca, desenvolvendo ações que promovem o empoderamento e a autonomia não apenas no âmbito financeiro, mas político e ideológico. Além da AAQTA, ainda existem a Associação de Desenvolvimento Comunitário, que conta com o apoio da Fundação de Desenvolvimento Econômico (FUNDEC), e a Associação de Moradores.

Atualmente, em Tijuaçu, há uma economia enfraquecida, predominando a agricultura de subsistência com pequenas produções. Verifica-se o cultivo do milho, melancia, feijão de corda e carioca, andu, umbu, maxixe, batata doce, abóbora, mandioca e palma. A criação de animais de pequeno porte ocorre em baixa escala. Além de servir para o consumo familiar, parte destes alimentos é vendida nas feiras locais de Senhor do Bonfim e da região. Uma tradição forte que movimenta o comércio de Tijuaçu é a venda de acarajé e milho assado, realizada tanto na sede do distrito, quanto no centro do município.

Uma marca representativa de Tijuaçu relaciona-se com a sua religiosidade. Na comunidade, existem duas Igrejas Católicas: uma na vila, que é a igreja do padroeiro São Benedito, e outra em Quebra Facão - Igreja de Bom Jesus da Lapa. Além dessas, existem cinco igrejas evangélicas.

As principais comemorações religiosas são: a Semana Santa, as festas dos santos do mês de junho (Santo Antônio, São João e São Pedro) e do padroeiro São Benedito, um santo católico, de cor negra, celebrada em 01 de novembro. Faz-se presente ainda a forte devoção à santa negra, Nossa Senhora de Aparecida, e a Senhor do Bonfim, além do cultivo aos santos católicos São Cosme e São Damião.

O candomblé só apareceu em Tijuaçu nos anos 30 do século XX, com a fundação de um terreiro, em Quebra Facão. Ressalta-se que o catolicismo impera na localidade e que as influências do candomblé manifestam-se de forma tímida, vez que o único terreiro existente é frequentado basicamente por pessoas que não vivem na comunidade. Observa-se, ainda, que os moradores apresentam certa resistência ao convívio com pessoas que assumem suas raízes de culto afro, levando alguns indivíduos a negarem insistentemente que adotam esta prática e que frequentam terreiros em outras localidades. Tal postura representa resquícios de uma

resistência cultural ao negro, permitindo-nos inferir sobre os efeitos negativos da cultura de branqueamento para a preservação da cultura afro-brasileira em Tijuaçu.

A principal manifestação cultural é o Samba de Lata (Figura 2), que, segundo as narrativas, teve início nos tempos de seca, quando as pessoas iam com as latas vazias buscar água nos tanques dos fazendeiros brancos.

Figura 2 – Samba de Lata, Tijuaçu, Senhor do Bonfim - Ba

Fonte: Patrícia Navarro para G1-BA, 2014[4].

De acordo com Carvalho (2010), pode-se verificar que as letras do Samba de Lata retratam a vida das pessoas dessa comunidade: o que observavam, como se relacionavam com os outros, como viviam naquele momento marcado por dualismos de opressão e resistência, submissão e pioneirismo.

Os jovens da comunidade expressam sua arte através da Dança do Parentesco, que é uma forma diferente de quadrilha, dançada de forma rápida, que representa situações específicas, expectativas, valores e problemas do cotidiano da comunidade. Há ainda em Tijuaçu a Roda do Arco-Íris, praticada timidamente pelos idosos; o Corta Cana e a Lata de Mamãe encenadas pelas crianças e jovens com a orientação dos mais velhos.

As manifestações culturais de Tijuaçu foram recriadas com o tempo e hoje ganharam o mundo. Através de documentários e apresentações em eventos culturais, os representantes do

4 Disponível em: http://g1.globo.com/bahia/noticia/2014/07/tijuacu-e-reconhecido-como-territorio-quilombola.html. Acesso: 20 jun 2015.

Samba de Lata levam sua dança e sua arte para diversas partes do país, a exemplo de Salvador, Brasília, Rio de Janeiro, entre outros Estados. A cada apresentação realizada e a cada aplauso recebido, o Samba de Lata reforça o orgulho de ser quilombola e fortalece a autoestima de seu povo.

2 Ampliando a Conversa: pressupostos teóricos

Para proporcionar a compreensão de algumas ideias acerca do tema desta pesquisa, foi realizada revisão na literatura existente buscando conhecer sobre a identidade cultural e a saúde da população negra, adentrar na trajetória das comunidades quilombolas, bem como apontar as potencialidades apresentadas pela educação em saúde, enquanto estratégia com potencial de promover a melhoria das condições de vida da população de Tijuaçu.

2.1 Identidade Cultural

> *A ideia de "identidade" nasceu da crise do pertencimento e do esforço que esta desencadeou no sentido de transpor a brecha entre o "deve" e o "é" e erguer a realidade ao nível dos padrões estabelecidos pela ideia – recriar a realidade à semelhança da ideia*
> (BAUMAN, 2005, p. 26).

O termo 'identidade cultural' é considerado tema de grandes preocupações e agitadas controversas. A discussão sobre identidade surge no cenário mundial, fruto das tensões existentes entre as mais diversas culturas. Paralelo a isso, as mudanças e transformações globais nas estruturas políticas e econômicas no mundo contemporâneo colocam em relevo as questões de identidade e as lutas pela afirmação e manutenção das identidades nacionais e étnicas.

Ao buscar uma definição para identidade, recorrendo ao Dicionário da Língua Portuguesa, encontramos como significados "qualidade de idêntico" e "os caracteres próprios e exclusivos de uma pessoa" (FERREIRA, 2000, p. 371). Em uma visão simplificada, identidade diz respeito ao que é particular, individual. Entretanto, ao aprofundar as leituras, percebe-se o quão complexo é discutir sobre identidade, visto que esta não é fixa e estática, mas que está em constante movimento. Deste modo, passa-se a discutir a identidade não como

uma estrutura sólida como uma rocha, mas como algo em constante construção e que sofre influências externas das mais variadas origens, no tempo e no espaço.

De acordo com Vecchi[5], a discussão sobre identidade está ligada ao colapso do Estado de bem-estar social e ao posterior crescimento da sensação de insegurança na sociedade. Ao viver em grupo, o homem necessita desenvolver mecanismos que garantam o respeito e a preservação de suas características individuais; ao mesmo tempo, precisa relacionar-se com os outros e incorporar características representativas do todo coletivo em que vive. Assim, são criados os padrões para a sociedade.

Historicamente, a sociedade brasileira sempre foi caracterizada pelas tradições europeias originárias de seus colonizadores (portugueses, holandeses e franceses), que seguem padrões nos quais se destaca a figura do homem branco e culto, em detrimento da mulher, dos negros e dos não alfabetizados. Mais recentemente, com a chamada pós-modernidade, os padrões seguem uma tendência norte-americana, fortemente marcada pelo avanço tecnológico e pela economia capitalista.

Somos constantemente 'bombardeados' por situações, de modismos e contradições, algumas originadas de nossas próprias escolhas, outras lançadas por pessoas a nossa volta. Neste contexto, Bauman (2005) afirma que as identidades flutuam no ar e que é preciso estar em alerta constante para defender as primeiras em relação às ultimas. O autor acrescenta, ainda, que, quanto mais praticamos e dominamos as difíceis habilidades necessárias para enfrentar essa condição reconhecidamente ambivalente, menos agudas e dolorosas as arestas ásperas parecem, menos grandiosos os desafios e menos irritantes os efeitos.

Conforme enunciado na epígrafe acima, a ideia da identidade surge a partir da crise de pertencimento, manifestada pelo indivíduo quando este se depara envolto numa série de tradições e culturas que são postas em cheque por novas ideologias e modos de viver, fazer e sentir as coisas, demonstrando, assim, que a identidade é derivada da busca de identificações pelo sujeito.

Ora buscando identificar-se com o outro, ora buscando nessa identificação o reconhecimento de "ser igual", o indivíduo coloca sua identidade em movimento, (re)construindo-a a partir de suas experiências e das experiências aprendidas da sociedade. Verifica-se, então, uma identidade evasiva e escorregadia tecida pela fusão de elementos antigos com elementos modernos e pós-modernos.

---

5 Vecchi na introdução do livro Identidade BAUMAN, Zygmunt. Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

Chegamos às concepções de identidade apontadas por Hall (2011), quando o mesmo afirma existirem três concepções muito diferentes de identidade: 1. a identidade do sujeito do Iluminismo; 2. a do sujeito sociológico; e 3. a identidade do sujeito pós-moderno.

Resumidamente, o que o autor quis dizer ao classificar a identidade sob essas três concepções? Para a identidade do sujeito do Iluminismo, Hall (2011) traz a figura de um indivíduo centrado e unificado, cujo centro consistia num núcleo interior, que emergia com o seu nascimento e se desenvolvia com ele. Ao tratar da noção de sujeito sociológico, afirma que este refletia a crescente complexidade do mundo moderno e a consciência de que o núcleo interior do sujeito não é autônomo e autossuficiente, mas, formado na relação com outras pessoas representativas para ele, que mediavam para o sujeito os valores, sentidos e símbolos, ou seja, a cultura, dos mundos que ele habitava. "A identidade, nessa concepção sociológica, preenche o espaço entre o "interior" e o "exterior" – entre o mundo pessoal e o mundo público... A identidade, então, costura (ou, para usar uma metáfora médica, "sutura") o sujeito à estrutura." (HALL, 2011, p. 2).

E assim, ao se lançar no mundo dessas identidades culturais, o homem internaliza seus significados e valores, incorporando-os como parte de si, contribuindo para harmonizar seus sentimentos subjetivos com os lugares objetivos que ocupa no mundo social e cultural, passando a constituir uma identidade cultural nacional.

Com o tempo as coisas mudam e o sujeito, que antes possuía uma identidade unificada e estável, está se tornando fragmentado, composto não de uma única, mas de várias identidades, por vezes contraditórias e não resolvidas. Surge então a concepção de identidade do sujeito pós-moderno, onde a identidade é formada e transformada continuamente; e onde o sujeito assume diferentes identidades em diferentes momentos (HALL, 2011).

As mudanças e transformações sociais, políticas e econômicas do mundo moderno colocam em destaque as questões de identidade e as lutas pela afirmação e manutenção das identidades nacionais e étnicas. Woodward (2014) acrescenta ainda que este é um período histórico caracterizado, entretanto, pelo colapso das velhas certezas e pela produção de novas formas de posicionamento.

O "deslocamento" da identidade apontado por Woodward (2014) abre leque para diversas discussões sobre a construção e a desconstrução de uma identidade cultural nacional: passa-se então a perceber que existem diferenças entre os indivíduos; que dentro desta sociedade, formatada para ser única, existem diferentes e divergentes identidades.

Ao discutir identidade, torna-se impossível não mencionar a diferença, visto que a primeira é fabricada por meio da marcação da segunda. A marcação da diferença se

desenvolve por meio de sistemas simbólicos de representação e por meio de formas de exclusão social; deste modo, a identidade não é o oposto da diferença, a identidade depende da diferença (WOODWARD, 2014).

Essa diferença, frequentemente construída sob a forma de oposições binárias entre dois termos, demarca um desequilíbrio da relação de poder existente entre eles. Cixous (1975) ressalta que, nesses dualismos, um dos termos é sempre valorizado em detrimento do outro e ilustra com a seguinte fala: "O pensamento sempre funcionou por oposição. Fala / Escrita. Alto / Baixo...Isso significa alguma coisa?" (Hélène CIXOUS, 1975, p.90).

Nessa perspectiva de diferença, a sociedade pós-moderna estabelece padrões a serem seguidos e cria mecanismos de distinção e exclusão social com aquele indivíduo que se apresenta e/ou que pensa de modo divergente; desenvolve-se, então, a produção social da identidade e da diferença.

Silva (2014), ao discutir sobre essa produção social da identidade e da diferença, traz o multiculturalismo e a diferença como temas centrais na teoria educacional crítica, e destaca o fato de as mesmas serem discutidas de forma marginal, como "temas transversais", e seu estranhamento pela ausência de uma teoria da identidade e da diferença.

> [...] o chamado "multiculturalismo", apoia-se em um vago e benevolente apelo à tolerância e ao respeito para com a diversidade e a diferença... Na perspectiva da diversidade, a diferença e a identidade tendem a ser neutralizadas, cristalizadas, essencializadas. São tomadas como dados ou fatos da vida social diante dos quais se deve tomar posição (SILVA, 2014, p. 73).

Diante desta naturalização das coisas, dos saberes e das culturas, a humanidade tende a criar uma identidade com características diversas e contraditórias, e esta acaba por não identificar o indivíduo, ao contrário, corre-se o risco de coisificá-lo. Corroborando com este pensamento, Hobsbawm (2002) nos apresenta a ideia da invenção das tradições.

> Por "tradição inventada" entende-se um conjunto de práticas, normalmente reguladas por regras tácita ou abertamente aceitas; tais práticas, de natureza ritual ou simbólica, visam inculcar certos valores e normas de comportamento através da repetição, o que implica, automaticamente, uma continuidade em relação ao passado (HOBSBAWM, 2002, p. 9).

Daí a importância fundamental de preservação da cultura e da identidade pelas comunidades tradicionais. Desta forma, o indivíduo, aqui em especial o povo quilombola, tem a possibilidade de assegurar para a sua descendência, não apenas as histórias contadas, mas a vivência da tradição e da cultura de seu povo.

2.2 Trajetórias Quilombolas

Com o objetivo de identificar a identidade cultural, propomos aqui discutir sobre trajetórias quilombolas. Embora possa parecer tarefa fácil, demandou a análise de distintos fatores e o foco a partir de diversos olhares. Não podemos falar de comunidades quilombolas, ou remanescentes de quilombos, sem nos debruçarmos sobre os aspectos histórico, político, social, filosófico e identitário que estes povos trazem em si.

Partimos, portanto, da origem do termo Quilombo, recordando que a primeira definição de quilombo se dá no corpo das legislações colonial e imperial, sob uma forma calculadamente vaga e ampla: na legislação colonial, para caracterizar a existência de um quilombo, bastava a reunião de cinco escravos fugidos ocupando ranchos permanentes, mas, depois, na legislação imperial, bastavam três escravos fugidos, mesmo que não formassem ranchos permanentes. Neste contexto, afirmar a existência de um quilombo significava apenas identificar um objeto de repressão, sem que isso necessitasse ou implicasse qualquer conhecimento objetivo sobre tal objeto (ALMEIDA, 1996).

Surgem, a partir dos anos 1980, os primeiros estudos sobre comunidades negras rurais, buscando discutir sobre africanidades no Brasil, motivados pelo Movimento Negro. Neste contexto, é editado o artigo 68 (ADCT/CFB-1988), incorporado à Carta Magna. O referido artigo, dentre outros propósitos, visa proporcionar a reparação dos prejuízos trazidos pelo processo de escravidão e por uma abolição que não foi acompanhada de nenhuma forma de compensação, como o acesso à terra, ou outras garantias. Este artigo delega, ainda, à Fundação Cultural Palmares[6] a responsabilidade pelo reconhecimento das comunidades remanescentes de quilombo.

Através da aprovação do artigo 68, com a falta de explicações para a definição de quilombo, desperta-se para duas questões até então não pensadas e que finda por gerar um desmembramento em sua proposta inicial, fazendo com que a parte relativa ao tombamento dos documentos relativos à história dos quilombos coubesse no corpo permanente da

6A Fundação Cultural Palmares (FCP) foi fundada no dia 22 de agosto de 1988, pelo Governo Federal, vinculada ao Ministério da Cultura (MinC). Trata-se da primeira instituição pública voltada para promoção e preservação da arte e da cultura afro-brasileira. Seu trabalho é pautado por uma política cultural igualitária e inclusiva, que busca contribuir para a valorização das manifestações culturais e artísticas negras brasileiras como patrimônios nacionais. A FCP já emitiu mais de 2.476 certificações para comunidades quilombolas. O documento reconhece os direitos das comunidades quilombolas e dá acesso aos programas sociais do Governo Federal. É referência na promoção, fomento e preservação das manifestações culturais negras e no apoio e difusão da Lei 10.639/03, que torna obrigatório o ensino da História da África e Afro-brasileira nas escolas.

Constituição, no capítulo da Cultura (CF, art. 215 e 216), enquanto a parte relativa à questão fundiária fosse exilada no corpo dito "transitório", evidenciando o campo da cultura como o limite do reconhecimento público e político da "questão negra". (ARRUTI, 2008).

O território dos quilombos foi uma condição essencial para os registros da história, da experiência pessoal e grupal das matrizes africanas no País, uma vez que, nesse espaço, os negros procuraram reconstituir suas crenças e seus valores no sentido de reforçarem a identidade cultural e o sentimento de pertencimento, mesmo diante das leis provinciais que ordenavam graves punições contra todo e qualquer agrupamento formado por mais de cinco escravos fugidos. A característica de resistência dos negros nos quilombos aos inúmeros ataques organizados pelo domínio colonial é marca profunda aberta nas veias da sociedade brasileira. No caso dos moradores de Tijuaçu, observa-se que eles zelam pela terra e pela família, pois estas representam sua identidade (MIRANDA, 2009; VIEIRA, 2014).

Sobre o significado da terra para os quilombolas, acrescente-se: "A terra é condição de existência, de sobrevivência física para essas comunidades que compartilham da mesma origem e elaboram uma unidade: de ser remanescentes de quilombos, com os quais estão identificados ou são identificáveis por outros." (MIRANDA, 2013, p. 265).

Ainda que tenha um conteúdo histórico, o termo quilombo, de acordo com o documento elaborado pelo Grupo de Trabalho sobre Comunidades Negras Rurais da Associação Brasileira de Antropologia (ABA), vem sendo ressemantizado pela literatura especializada e pelas entidades da sociedade civil que trabalhavam junto aos segmentos negros em diferentes contextos e regiões do Brasil (ABA, 1994).

> Partindo de uma definição negativa – eles não se referem a resíduos, não são isolados, não têm sempre origem em movimentos de rebeldia, não se definem pelo número de membros, não fazem uma apropriação individual da terra – o documento propõe que os quilombos sejam tomados como "grupos que desenvolveram práticas de resistência na manutenção e reprodução de seus modos de vida característicos num determinado lugar", cuja identidade se define por "uma referência histórica comum, construída a partir de vivências e valores partilhados" (ARRUTI, 2008, p. 316).

Em se tratando da discussão sobre definição do termo quilombo e suas ressemantizações, Arruti (2008) apresenta três novas formas: a primeira, resistência cultural, faz referência à persistência ou produção da cultura negra no Brasil; a segunda, resistência política, que nos remete à relação existente entre classes populares e ordem dominante; e a terceira, não menos importante que as anteriores, a resistência negra, somando a perspectiva cultural ou racial à perspectiva política.

A partir dessas (re)leituras dos quilombos e de seus povos, atribui-se uma nova visão aos mesmos, de modo que, "Quilombo não significa escravo fugido. Quilombo quer dizer reunião fraterna e livre, solidariedade, convivência, comunhão existencial" (NASCIMENTO, 1980, p. 263).

Deste modo, as comunidades remanescentes de quilombos, termo muito utilizado atualmente, devem ser respeitadas enquanto grupos étnicos que desenvolvem modos próprios de sobrevivência e perpetuação de suas tradições, realizadas principalmente sob a forma de histórias de vida, história oral e das demonstrações culturais e religiosas que os representam.

Despertou-nos ainda o fato de que:

> A relação de continuidade, ou ao menos de implicação, entre as ressemantizações históricas e a ressemantização constitucional de quilombo estabelece uma espécie de genealogia para o artigo 68 (ADCT/CF-88), centrada no seu agenciamento enquanto símbolo ou metáfora tanto da "resistência negra" – razão de *afirmação* - quanto do desrespeito histórico infligido a esta população – razão de *reparação* (ARRUTI, 2008, p. 323).

Passa-se então a definição de quilombos com base na auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotada de relações territoriais específicas, com a presunção de ancestralidade negra, relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (BRASIL, 2004b; 2007).

Em busca de garantir tanto a afirmação quanto a reparação para a população quilombola no Brasil, várias foram as iniciativas. Destacamos aqui o Decreto 4887/03, que, dentre outras disposições, concebe as comunidades quilombolas como núcleos de resistência cultural, considerando remanescentes os grupos etnicorraciais que assim se identificam. Com trajetória própria, dotados de relações territoriais especificas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a luta contra a opressão histórica sofrida, esses grupos se autodeterminam comunidades de quilombos, dados os costumes, as tradições e as condições sociais, culturais e econômicas específicas que os distinguem de outros setores da coletividade nacional (BRASIL, 2003).

O Decreto 4.887/2003 é um passo importante para a efetividade do direito dos remanescentes das comunidades de quilombos às terras que tradicionalmente ocupam. Com o Decreto, afasta-se o argumento de que, do ponto de vista jurídico, ainda faltaria alguma norma para a aplicação do art. 68 ADCT. Não há mais desculpas para deixar de regularizar as terras dos quilombolas. O Decreto deveria significar o fim da preocupação com a regulamentação jurídica, para que os esforços fossem concentrados na prática, qual seja resolver a situação

fundiária dessas terras. Ainda hoje, um dos grandes problemas enfrentados pelas comunidades quilombolas diz respeito à legalização e posse das terras.

O Governo Federal assumiu as responsabilidades do Estado Brasileiro com o cumprimento dos preceitos constitucionais e criou a Secretara Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), com a tarefa institucional de coordenar e articular a formulação, coordenação e avaliação das políticas públicas afirmativas de promoção da igualdade racial e de combate à discriminação racial ou étnica, como forma de reparar, ainda que parcialmente, as distorções históricas vigentes há mais de um século em nosso país (BRASIL, 2013).

Ainda segundo Brasil (2013), o Programa Brasil Quilombola segue a orientação dos princípios que norteiam a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial como a transversalidade, a gestão descentralizada e democrática. Suas diretrizes centrais são: racionalizar os recursos naturais, enfatizando métodos de produção agroecológicos; incorporar a dimensão gênero nas diversas iniciativas voltadas para o desenvolvimento sustentável; fortalecer a implantação das ações governamentais junto às comunidades remanescentes de quilombo, estimulando seu protagonismo, enfim, garantir direitos sociais e acesso à rede de proteção social.

2.3 Saúde da População Negra

2.3.1 Breve Histórico da Saúde da População Negra

Historicamente, as comunidades quilombolas têm sido marcadas pelas desigualdades sociais e pela ausência de direitos básicos como acesso à água potável, saneamento básico e informações e serviços de saúde de qualidade. Estas condições desfavoráveis geram inúmeros problemas de saúde, repercutem negativamente nos indicadores sociais e educacionais e favorecem a manutenção das desigualdades existentes.

Surge então a necessidade do estabelecimento de políticas públicas de saúde para as populações negras e quilombolas como forma de assegurar um olhar diferenciado para estes povos. Deste modo, as discussões sobre raça, medicina e saúde pública estiveram em voga entre as últimas décadas do século XIX e os anos 40 do século XX, enquanto fontes inspiradoras de políticas públicas (MONTEIRO; MAIO, 2008).

Nos últimos anos do século XIX, as ações voltadas ao controle de surtos epidêmicos estavam pautadas em políticas sanitárias que privilegiavam os europeus recém chegados, assegurando, assim, uma política racial calcada na ideologia do branqueamento. Nas décadas

iniciais do século XX, os conhecimentos médico e sanitário estavam pautados esquematicamente em duas vertentes: a primeira inspirada numa visão determinista biológica, segundo a qual a composição física do indivíduo condiciona-o ao desenvolvimento de patologias (CORRÊA, 1998); e a segunda, inspirada na tradição médico-higienista, associada aos avanços da bacteriologia e da microbiologia, considerando que o acometimento da população pobre especialmente por doenças infecto-contagiosas devia-se a sua condição de pobre. Inicia-se então o tempo dos sanitaristas (LIMA; HOCHMAN, 1996). Este pensamento vem, entre as décadas de 1920 e 1940, dar vazão às ideias do saneamento, da higiene e da educação como estratégias para a superação do atraso econômico e social.

Neste contínuo, Lima (2002) nos remete ao período de desenvolvimento econômico vivenciado no Brasil entre os anos de 1950 e 1960, onde se considerava que os agravos à saúde eram impeditivos à modernização e buscava-se ampliar o acesso aos serviços de saúde para a população trabalhadora e, por extensão, a seus dependentes. Pouco depois, este acesso foi podado com a tomada de poder pelos militares com o golpe de 1964.

A partir dos anos de 1980, através do movimento da Reforma Sanitária, passa-se a discutir nacionalmente um projeto de universalização do acesso à saúde, com vistas ao desenvolvimento de ações de prevenção e promoção à saúde, dando origem ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Com discussões acirradas em prol de uma política de saúde pautada nos princípios da universalidade, igualdade e equidade, através do Movimento Negro e do Movimento de Mulheres Negras, volta à tona a relação entre raça e saúde, iniciada por volta de 1990, e com maior repercussão no início do século XXI. Surge uma nova política antirracista no âmbito das ações afirmativas no Brasil. Neste contexto, a identidade racial ganha relevância para a luta contra as iniquidades. Ademais, o papel do Estado voltava-se para as questões políticas e econômicas, com prejuízos para a área social.

De acordo com Monteiro; Maio (2008), numa perspectiva multiculturalista, os movimentos sociais empenhados em acabar com as injustiças cometidas historicamente à população negra passam a questionar o sentido de igualdade e equidade proposto pelo SUS e trazem às rodas de conversa a complexa relação entre raça e saúde, seja pelas controvérsias em torno do conceito de raça, seja pelas inter-relações entre raça e agravos à saúde, ainda mais quando essas interfaces vêm se tornando objeto de política do Estado.

Vale ressaltar algumas iniciativas ocorridas na década de 1990, com expressiva atuação do movimento feminista, buscando resgatar questões raciais no âmbito da saúde reprodutiva. Diversos fóruns nacionais e internacionais discutiram sobre raça e sedimentaram

gradativamente a recusa à perspectiva dominante do "ser feminino universal", ao incorporarem as variáveis raça e classe, entrelaçadas à de gênero, para a inteligibilidade das desigualdades sociais (CALWDELL, 2000).

A discussão sobre saúde e raça, segundo Ribeiro (1995), ganhou nova dimensão em face de uma série de iniciativas (encontros, congressos, fóruns, inserção de militantes em aparatos estatais, construção de redes transnacionais). Vale destacar ainda a V Conferência Mundial de População e Desenvolvimento ocorrida em 1994, no Cairo, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing, no ano de 1995.

Diversas publicações, realizadas especialmente pelas ativistas do movimento feminista negro, ressaltavam a ideia de que a ausência de políticas públicas de saúde voltadas à população negra dava-se em decorrência do não reconhecimento do racismo no Brasil. Destas, muitos artigos buscavam estabelecer correlação entre as variáveis cor/raça e a prevalência de patologias entre a população feminina negra, com destaque para as mulheres portadoras de diabetes tipo II, miomas, hipertensão arterial e anemia falciforme, que podem promover abortamento espontâneo e maior suscetibilidade a infecções, entre outros problemas (MONTEIRO, 2004).

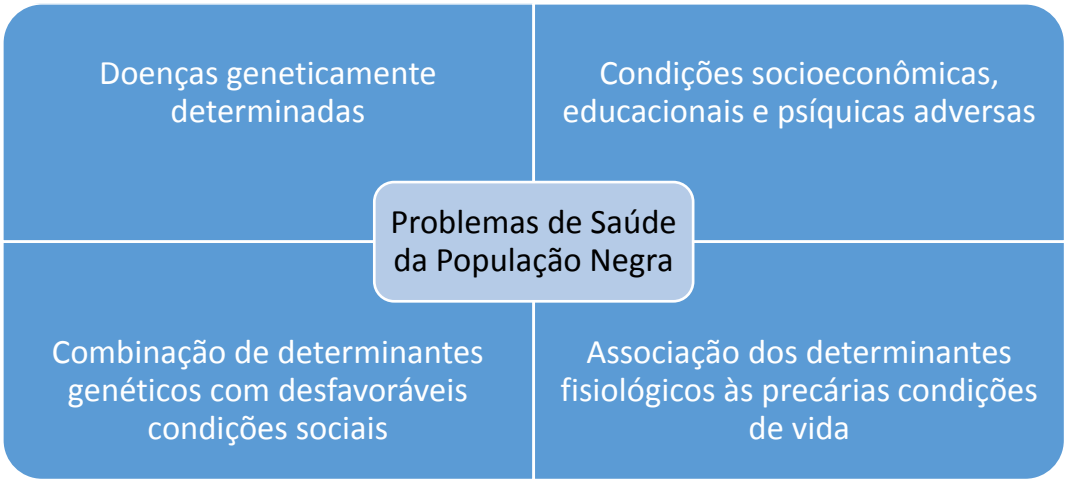
A passos lentos, são alcançadas conquistas importantes para a saúde da população negra brasileira, de modo que, em 1995, o Governo Brasileiro, à época representado pelo então presidente, o sociólogo, Fernando Henrique Cardoso, a partir do debate sobre políticas de ação afirmativa, incluiu um capítulo relativo à saúde da população negra, quando da criação do Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização e Promoção da População Negra, por decreto presidencial no dia 20 de novembro de 1995, ocasião de uma homenagem aos 300 anos de Zumbi dos Palmares, quando foi realizada a Marcha Zumbi dos Palmares contra o racismo, pela cidadania e pela vida. Essa iniciativa veio no bojo da elaboração do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) do governo federal, lançado em 1996 (MONTEIRO; MAIO, 2008).

Ainda em 1996, o Ministério da Justiça, promoveu o Seminário Internacional Multiculturalismo e Racismo: o Papel da "Ação Afirmativa" nos Estados Democráticos Contemporâneos, com o intuito de colher subsídios para a formulação de políticas voltadas para a população negra (SOUZA, 1997). Neste contínuo, ocorreu a Mesa redonda sobre Saúde da População Negra.

De acordo com Monteiro; Maio (2008), esta reunião deu origem a um documento sobre o tema que classificava os problemas de saúde da população negra em quatro blocos: 1. Doenças geneticamente determinadas, ou de "berço hereditário, ancestral e étnico" (anemia

falciforme, hipertensão arterial, o diabete mellitus e a glicose-6-fosfato desidrogenase); 2. Condições socioeconômicas, educacionais e psíquicas adversas (alcoolismo, toxicomania, desnutrição, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, IST/Aids, doenças do trabalho e transtornos mentais); 3. Combinação de determinantes genéticos com desfavoráveis condições sociais de vida, até mesmo no plano cultural (hipertensão arterial, diabete mellitus, coronariopatias, insuficiência renal crônica, cânceres e miomas); 4. Associação dos determinantes fisiológicos às precárias condições de vida, que transformam processos aparentemente naturais (crescimento, gravidez, parto e envelhecimento) em graves problemas sociais. Esta classificação é ilustrada pelo Quadro 1:

Quadro 1 – Síntese da classificação dos problemas de saúde da população negra



Fonte: Síntese realizada pela autora, baseada em MONTEIRO, MAIO (2008).

Em 1996, também, duas outras grandes ações merecem destaque: a inclusão do campo raça/cor nos formulários da Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e Declaração de Óbito (DO); e a instituição do Programa de Anemia Falciforme (PAF), considerando a alta prevalência desta patologia entre a população afrodescendente.

No Brasil, o recorte racial na saúde configura-se enquanto política pública de Estado a partir da 3ª Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância, realizada pela ONU, em Durban, África do Sul em 2001. Sobre os efeitos de Durban para a saúde da população negra no Brasil, ocorreu uma série de eventos preparatórios no Brasil e na América Latina para a conferência de Durban que combinou a denúncia do racismo e das desigualdades raciais e propostas de políticas de ação afirmativa que, no caso brasileiro, vêm sendo traduzidas pela implantação do sistema de cotas raciais. (BARRIOS, 2002; CARNEIRO, 2002; OLIVEIRA; SANT'ANNA, 2002).

Como exposto nos parágrafos anteriores, as primeiras iniciativas voltadas para a saúde da população negra iniciaram tardiamente na década de 1990, contudo, apesar dos resultados positivos, ocorreram a descontinuidade das ações, o descompromisso e a não-efetivação das políticas públicas.

Foram adotadas várias estratégias no sentido de promover uma atenção diferenciada à população negra, de modo que podemos citar o incentivo financeiro às pesquisas sobre Anemia Falciforme; o convênio com a Universidade de Brasília para a elaboração do Manual Técnico de Diagnóstico e Tratamento das Doenças da População Negra Brasileira e o Termo de Compromisso estabelecido entre Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir) e o Ministério da Saúde (MS). Este último implica a adoção de uma Política Nacional de Saúde da População Negra inserida no Sistema Único de Saúde, tendo por base as formulações advindas de pesquisadores(as) negros(as) expressas no documento "Subsídios para o Debate – Política Nacional de Saúde da População Negra: uma Questão de Equidade", de que se extraem quatro componentes interdependentes, interligados e complementares, para a conformação dessa política: produção de conhecimento cientifico, capacitação de profissionais de saúde, informação à população e atenção à saúde (BARBOSA; FERNANDES, 2004).

Entre as diretrizes e metas estabelecidas no Plano Nacional de Saúde (2004-2007), implementadas pela Portaria Nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004, destacamos as relativas ao incentivo à equidade em saúde, que busca ampliar o acesso à saúde de comunidades quilombolas e do campo por meio da estratégia Saúde da Família, considerando as diversidades regionais e utilizando uma política de financiamento apoiada no princípio da equidade, bem como a promoção de capacitação de profissionais de saúde para atendimento à população negra, implantação do Programa de Controle da Anemia Falciforme em todos os estados e a implementação dos Serviços de Diagnóstico e Tratamento de Hemoglobinopatias em 50% dos municípios (BRASIL, 2004b).

Visando dar suporte à implantação do Plano Nacional de Saúde resgatando as especificidades trazidas pela População Negra, o MS criou o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, composto por representação de todas as áreas técnicas, e um Comitê Consultivo, formado pelo comitê técnico, pesquisadores(as), ativistas da luta antirracista no campo da saúde da população negra e representantes da Seppir.

Para dar orientação aos estados e municípios, o Plano Nacional de Saúde propôs os seguintes eixos temáticos:

> 1. a redução das desigualdades em saúde; 2. ampliação do acesso com a qualificação e humanização da atenção; 3. a redução dos riscos e agravos; 4. a reforma do modelo de atenção; 5. o aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social (BRASIL, 2004b, p.4).

No período de 2001 a 2009, várias foram as ações desenvolvidas. Segundo CRIOLA[7] (2010), na publicação Saúde da População Negra, podemos destacar, conforme Quadro 2:

Quadro 2 – Principais ações desenvolvidas para efetivação da Política Nacional de Saúde da População Negra

Ano	Ação Realizada
2001	Inclusão de doença falciforme e outras hemoglobinopatias no Programa Nacional de Triagem Neonatal e a publicação do livro Saúde da População Negra de Fátima de Oliveira, pela Organização Panamericana de Saúde/OPAS.
2003	Realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, com aprovação de mais de 70 deliberações sobre saúde da população negra.
2004	Realização do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, pelo Ministério da Saúde, com a participação de representantes do SUS e do movimento negro.
2005	Realização da I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial, com debates e deliberações sobre saúde e a realização do 2º Seminário Nacional de Saúde da População Negra.
2006	Instituído pelo movimento negro o dia 27 de outubro - Dia Nacional de Mobilização Pró-Saúde da População Negra e aprovação por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde da criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra/PNSIPN.
2007	Realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde, na qual se solidifica a compreensão da PNSIPN como um dos principais instrumentos de consolidação da equidade no SUS.
2008	Criação da Comissão Intersetorial de Saúde da População Negra do CNS e Pactuação na Comissão Intergestores Tripartite/CIT, da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra/PNSIPN.
2009	Publicação no Diário Oficial da Portaria MS n. 992, de 13 de maio de 2009, que oficializa a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra/PNSIPN.

Fonte: Adaptado pela autora, baseado em CRIOLA (2010).

7 CRIOLA é uma organização da sociedade civil fundada em 1992 e, desde então, conduzida por mulheres negras, define sua atuação a partir da defesa e promoção de direitos das mulheres negras em uma perspectiva integrada e transversal. Visa a inserção de mulheres negras como agentes de transformação, contribuindo para a construção de uma sociedade fundada em valores de justiça, equidade e solidariedade, em que a presença e contribuição da mulher negra sejam acolhidas como um bem da humanidade.

As políticas públicas para saúde da população negra trilharam um caminho demasiado longo, considerando que a primeira publicação pelo MS da Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade foi lançada em 2001 como resultado do Workshop Inter-Agencial de Saúde da População Negra, ocorrido em Brasília; e considerando ainda que a sua validação por instrumento legal ocorreu apenas em 2009.

2.3.2 Política Nacional de Saúde da População Negra

O reconhecimento da necessidade de instituir uma política de saúde para a população negra nos leva a refletir sobre diversos aspectos. Dentre eles, podemos destacar as relações raciais existentes no contexto histórico brasileiro, pautadas no racismo; a superação dos limites do princípio da universalidade para o alcance do direito de cidadania em saúde; e o alcance do princípio da equidade em saúde, conforme preconizado na Constituição Federal Brasileira e na Lei Orgânica do SUS, a Lei 8.080/90 (BARBOSA; FERNANDES, 2004).

Uma política de saúde voltada para a população negra se assenta, contudo, em bases constitucionais, uma vez que as Leis citadas acima estabelecem os critérios epidemiológicos como prioridades para a alocação de recursos e a orientação programática.

A população negra possui um perfil epidemiológico caracterizado tanto por aspectos genéticos, quanto por aspectos relacionados a condições sócio-econômicas desfavoráveis que repercutem diretamente na qualidade de vida destes indivíduos; somam-se a estes fatores as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e preconceito institucional sofridos pelos mesmos nas repartições públicas.

Como, então, desenvolver uma política de saúde para a população negra, levando em consideração que vivemos em um país de ideologia racista, que tem historicidade e base material de subordinação e é marcado pela superioridade racial dos povos brancos sobre os demais povos que constituem a humanidade?

As respostas para esta indagação perpassam pelo fato de que, embora os negros representem mais da metade da população nacional, como afirma Barbosa e Fernandes (2004),

> [...] a inserção da questão racial, na agenda da história das políticas públicas de saúde no Brasil, afirmativamente, é recente, posto que a ausência de atenção específica, apesar da necessidade, configurou-se como uma política de omissão, de não-responsabilidade do Estado para com cerca de 50% da população brasileira (BARBOSA e FERNANDES, 2004, p.38).

Discorremos, a partir deste ponto, a marca, as diretrizes e prioridades estabelecidas pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria MS n. 992, de 13 de maio de 2009, bem como as estratégias a serem adotadas para o alcance das garantias preconizadas.

A PNSIPN traz como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2009), garantindo, assim, um passo fundamental para o combate às desigualdades e alcance dos princípios da igualdade e da universalidade do SUS, nos quais a presente política está pautada.

No Capitulo II – Das diretrizes gerais e objetivos, a PNSIPN apresenta enquanto diretrizes:

> I - inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde;
> II - ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde;
> III - incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra;
> IV - promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;
> V - implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo; e
> VI - desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades (BRASIL, 2009, p. 2).

Tais diretrizes demonstram, além do reconhecimento explícito da existência do racismo e das desigualdades sociais como impactantes diretos no processo de saúde-doença dos povos negros, a necessidade da participação popular, especialmente do Movimento Social Negro como forma de garantia de proposições adequadas à realidade vivenciada por estes povos. Vale ressaltar ainda o incentivo à produção científica e tecnológica, sem, contudo, deixar de mencionar a importância de reconhecer os saberes e práticas populares de saúde, corroborando com o pensamento de que academia e saberes tradicionais são complementares no desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos, e promoção e reabilitação da saúde.

Outros aspectos abordados pelas diretrizes, não menos relevantes que os primeiros, dizem respeito à formação e educação permanente dos profissionais da área da saúde e à produção e divulgação de informações em saúde para a comunidade científica e de usuários em geral. Estas diretrizes reforçam a importância atribuída à Educação em Saúde como uma das principais diretrizes para o alcance de uma saúde universal e igualitária, ofertada com qualidade em todos os níveis de atenção e que promova de fato melhorias significativas na qualidade de vida desses indivíduos.

No Capítulo III – Das estratégias e responsabilidades das esferas de gestão, a PNSIPN apresenta estratégias a serem adotadas por todos três níveis da gestão pública da saúde (União, Estados e Municípios), buscando desenvolver ações de prevenção de agravos, considerando as necessidades locorregionais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas; doença falciforme; IST/HIV/aids; tuberculose; hanseníase; câncer de colo uterino e de mama; transtornos mentais, tendo em vistas considerar o perfil epidemiológico apresentado pela população negra.

Apresenta, ainda, o fortalecimento da atenção à saúde integral da população negra em todas as fases do ciclo da vida, considerando as necessidades específicas de jovens, adolescentes e adultos em conflito com a lei; e da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social (BRASIL, 2009).

Merece destaque o estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas; e o desenvolvimento de estratégias para o monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde para este grupo especifico.

Deste modo, a PNSIPN constitui um marco referencial na história da saúde da população negra, contudo, ainda hoje, apesar dessas e de outras tantas estratégias desenvolvidas neste âmbito, é evidente através dos números das estatísticas vitais e dos indicadores de saúde trabalhados pelos bancos de dados do Departamento de Informação do SUS (DATASUS) do MS, o quanto a população negra ainda continua privada de acesso a serviços de saúde de qualidade, padecendo com agravos passíveis de prevenção e característicos das condições sociais, de moradia e de saneamento precárias às quais está exposta.

2.3.3 Principais Problemas de Saúde da População Negra

Nesta seção, abordamos os principais problemas de saúde da população negra brasileira e apresentaremos alguns dados de morbidade e mortalidade registrados no Estado da Bahia. Na literatura, podemos nos deparar com uma gama de conceitos sobre saúde: saúde como ausência de doença; saúde como bem-estar; e saúde como valor social. Contudo, independentemente destes conceitos, pode-se atribuir a saúde da população negra a três elementos principais, quais sejam: política, ciência e tradição, e vulnerabilidade diferenciada. Esta última está relacionada diretamente com a ecologia biocultural da população negra e voltada para um cuidado baseado em evidência e centrado na pessoa (CRUZ, 2015).

Não podemos falar de problemas de saúde da população negra sem nos reportar ao racismo, portanto, retomamos aqui a discussão sobre o racismo como determinante social em saúde, tendo em vista que ele a afeta, direta ou indiretamente, por meio das seguintes situações: acesso limitado aos recursos sociais, crescente exposição a riscos, processos afetivos e cognitivos negados, e processos fisiopatológicos; além de reduzir o engajamento em práticas saudáveis, aumentar a adoção de hábitos insalubres e aumentar o risco de lesões físicas causadas pela violência (PARADIES et al, 2013).

Ao estudar sobre os principais problemas de saúde que acometem a população negra no Brasil, utilizamos a epidemiologia social que aborda, dentre outras, a teoria ecossocial, proposta por Nancy Krieger, que articula o raciocínio social e biológico adotando uma perspectiva histórica e ecológica (BARATA, 2005). Deste modo, considera-se que a manifestação de doenças em determinada comunidade está relacionada diretamente não apenas aos aspectos biológicos, mas devem-se considerar os aspectos históricos, sociais e culturais, ou seja, os modos de ser e viver de um povo.

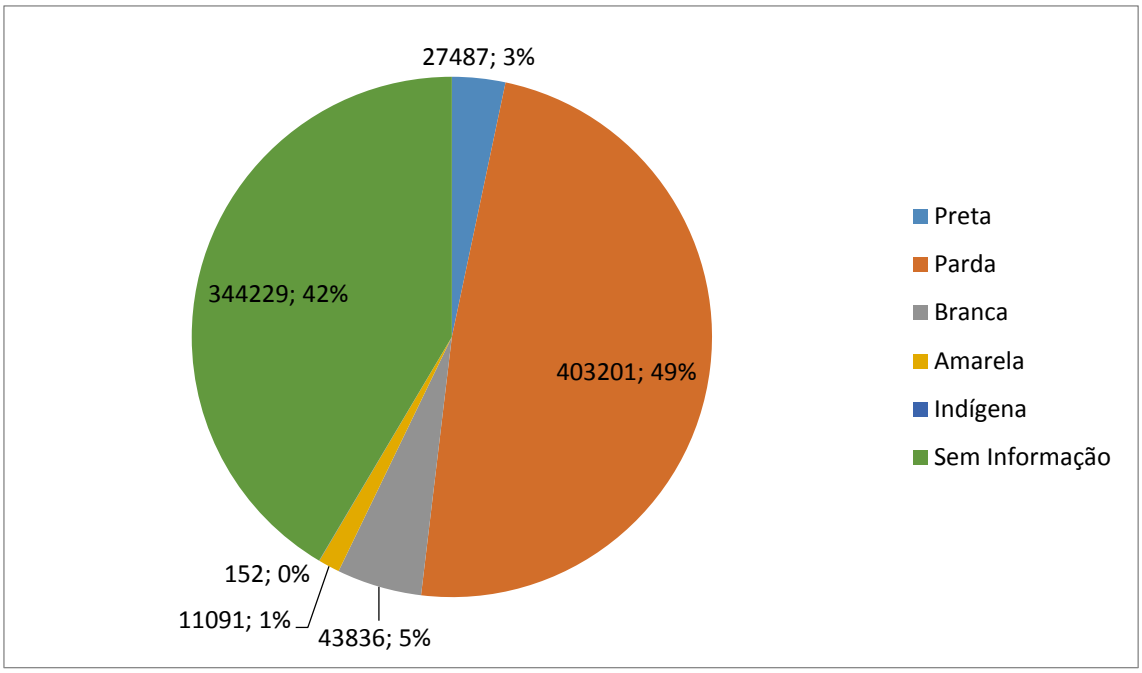
Segundo a lógica da teoria ecossocial, a atual frequência, distribuição e causalidade das doenças mais incidentes na população negra é influenciada por características de ordem genética e ainda fortemente por fatores socioeconômicos que incluem o regime de escravatura vivido até o final do século XIX e a posterior situação de exclusão social, presente até nossos dias, de grande parcela dessa população (BRASIL, 2013).

Em função deste quadro, doenças ligadas à pobreza, como desnutrição, verminoses, gastroenterites, tuberculose e outras infecções, alcoolismo, etc. são mais incidentes na população negra, e não por razões étnicas, mas em decorrência das condições sociais, econômicas e ambientais desfavoráveis.

A anemia falciforme, o diabetes mellitus, a hipertensão arterial, miomas uterinos e a deficiência da enzima glicose-6-fosfatodesidrogenase são doenças com maior incidência entre negros. Ademais, dados epidemiológicos indicam que os negros brasileiros, homens ou mulheres, adoecem mais e morrem mais cedo, em todas as idades (ROCHA, 2004).

Segundo dados de morbidade hospitalar[8] do Ministério da Saúde, no Estado da Bahia em 2015, ocorreram 829.996 internações hospitalares pelos mais diversos motivos na população em geral. Ao classificar estes internamentos pelo critério Raça/Cor, observamos que a população negra (preta e parda) é responsável por aproximadamente 52% deles, ou seja, 430.688, enquanto a população branca responde por 5%, conforme Gráfico 1. Não podemos deixar de mencionar o fato de 42% dos internamentos não apresentarem em seus registros a classificação segundo o critério raça/cor, reforçando a ideia de invisibilidade e de racismo institucional.

Gráfico 1 – Morbidade Hospitalar segundo critério Raça/Cor, Bahia, 2015.



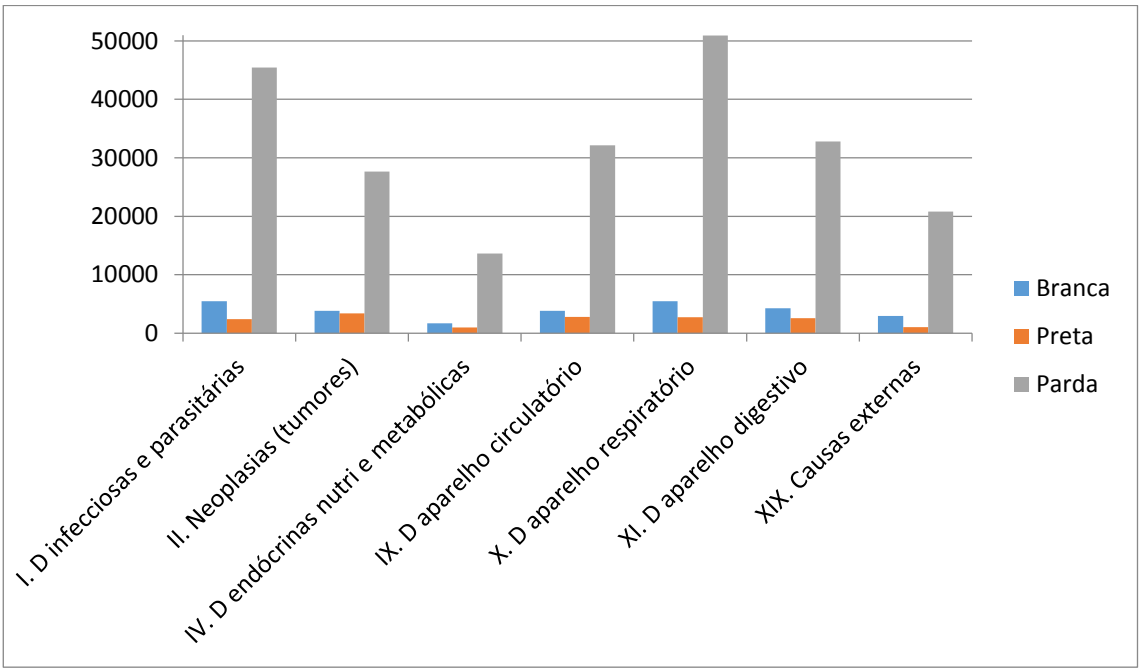
Fonte: A autora, baseado em dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2016.

No Gráfico 2 abaixo, analisamos a ocorrência de internamento hospitalar, na Bahia, no ano de 2015, entre indivíduos das raças branca, preta e parda, onde se verifica, entre as

8Entende-se por morbidade hospitalar os casos de doenças que foram atendidos e internados em hospitais do Estado. Estes dados são oriundos do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), gerenciado pelo Ministério da Saúde através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niBA.def. Acesso em: 10 jan 2016.

principais causas, as doenças infecciosas e parasitárias (diarreias, infecção intestinal), neoplasias (leiomioma de útero, câncer de mama, próstata e colo de útero), doenças endócrino-metabólicas (diabetes mellitus e desnutrição), doenças do aparelho circulatório (insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral – avc, hipertensão arterial primária e infarto agudo do miocárdio), doenças do aparelho respiratório (pneumonia, asma e gripe), doenças do aparelho digestivo (colelitíase, hérnia inguinal e gastrites) e lesões de envenenamento e causas externas (fraturas ósseas, traumatismo craniano). Observamos, ainda, ocorrência expressiva nas raças preta e parda, quando comparadas com a raça branca.

Gráfico 2 – Principais causas de morbidade hospitalar segundo critério raça/cor, Bahia, 2015.



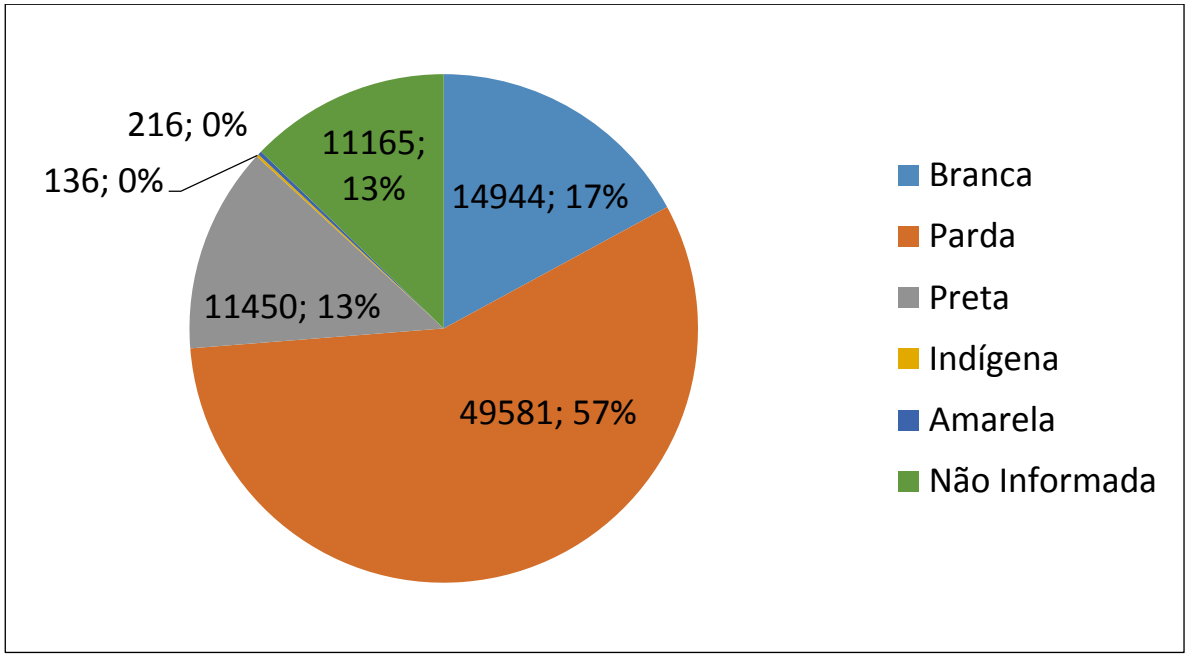
Fonte: A autora, baseado em dados do Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2016.

De acordo com os dados de mortalidade geral da SESAB[9], para o ano de 2015, verificou-se a ocorrência de 87.492 óbitos, com distribuição por sexo de 57,4% entre o sexo masculino, 42,4% entre o sexo feminino e 0,2% para sexo ignorado. Estes dados, quando analisados segundo o critério raça/cor, conforme ilustrado pelo Gráfico 3, evidenciam uma predominância de óbitos entre indivíduos das raças parda e preta, responsável por 70% dos óbitos ocorridos no Estado; ao passo que entre a população declarada de cor branca este

9Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Diretoria de Informação em Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade. Disponível em: http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/sim/obtba.def. Acesso em: 10 jan 2016.

percentual é de apenas 17%. Chama a atenção o fato de 13% dos óbitos apresentarem ausência de informação quanto ao critério cor/raça, levando-nos a inferir que, em virtude do racismo institucional presente nas instituições públicas e privadas de nosso estado, o percentual de óbitos na população parda e negra pode ser ainda mais elevado.

Gráfico 3: Mortalidade Geral, segundo critério Raça/Cor, Bahia, 2014.



Fonte: A autora, baseado em dados da SESAB/DIS/SIM - Sistema de Informação de Mortalidade, 2016.

Analisando os dados de mortalidade geral, de acordo com a classificação CID-10 utilizada pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), segundo o critério raça/cor, no estado da Bahia, no ano de 2015, verificamos que as causas de óbitos divergem entre a população branca e preta/parda. Tal constatação reforça os achados de Batista, Escuder e Pereira (2004) ao afirmarem que pretos e pardos têm um padrão semelhante de morte, mas distinguem-se entre si pela ordem e, principalmente, pela intensidade de como essas causas de morte se organizam.

Considerando a população branca, as cinco principais causas de óbito são: doenças do aparelho respiratório, neoplasias, doenças do aparelho circulatório, doenças endócrino-metabólicas e doenças do aparelho digestivo, ao passo que, na população preta/parda, as cinco principais causas de óbito são: causas externas, doenças do aparelho digestivo / infecciosas e parasitárias, neoplasias / doenças endócrino-metabólicas/ doença do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório e sinais e sintomas anormais, conforme Tabela 1.

Chama a atenção a distribuição dos óbitos entre a população preta/parda. No que se refere aos óbitos por causas externas, este grupo étnico é responsável por 87% deles, ou seja, dos 12.376 baianos que faleceram em decorrência de causas externas/violência, 10.720 eram de cor/raça preta ou parda, enquanto na população branca este número é de apenas 1.176 (10%). Este dado evidencia o quanto a população preta/parda é vulnerável à violência e padece com este gravíssimo problema de saúde pública.

Tabela 1 – Principais grupos de causas de óbitos, segundo raça/cor, Bahia, 2015.

Capítulo CID-10	Branca		Preta/Parda		Amarela		Indígena		Não Informada		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Doenças do aparelho circulatório	3715	20%	13256	71%	49	0,3 %	39	0,2 %	1576	8%	18635
Causas externas de morbidade e mortalidade	1176	10%	10720	87%	15	0,1 %	19	0,2 %	446	4%	12376
Neoplasias (tumores)	2250	22%	7426	71%	28	0,3 %	17	0,2 %	683	7%	10404
Doenças do aparelho respiratório	1710	25%	4664	67%	27	0,4 %	12	0,2 %	511	7%	6924
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1096	19%	4181	71%	27	0,5 %	7	0,1 %	583	10%	5894
Doenças do aparelho digestivo	669	17%	2932	74%	12	0,3 %	1	0,0 %	350	9%	3964
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	644	16%	2902	74%	7	0,2 %	7	0,2 %	368	9%	3928

Fonte: A autora, baseada em dados da SESAB/DIS/SIM - Sistema de Informação de Mortalidade, 2016.

Segundo Silva e Carneiro (2009), constata-se um fato que o Movimento Negro denuncia há décadas: negros são os mais vulneráveis à violência, particularmente a letal, mas a desvalorização de sua vida é um fato sobre o qual pouco ou nada se discute. Este silenciamento reafirma as condições de marginalização, miséria e opressão a que estão submetidas cerca de 70% da população brasileira.

De acordo com a Tabela 1 apresentada acima, 87% dos óbitos decorrentes de causas externas (homicídios, suicídios, acidentes de transporte) ocorreram em indivíduos negros, enquanto na população branca este percentual foi de 10%, reforçando a ideia de que a população negra realmente é mais exposta à violência. Análise semelhante pode ser feita em todos os principais grupos de causa de óbito apresentados na tabela.

Acerca da mortalidade entre a população negra, Batista, Escuder, Pereira (2004), em A cor da morte são bastante enfáticos ao afirmar:

> Há uma morte negra que não tem causa em doenças; decorre de infortúnio. É uma morte insensata, que bule com as coisas da vida, como a gravidez e o parto. É uma morte insana, que aliena a existência em transtornos mentais. É uma morte de vítima, em agressões de doenças infecciosas ou de violência de causas externas. É uma morte que não é morte, é mal definida. A morte negra não é um fim de vida, é uma vida desfeita, é uma Átropos ensandecida que corta o fio da vida sem que Cloto o teça ou que Láquesis o meça. A morte negra é uma morte desgraçada (BATISTA, ESCUDER, PEREIRA, 2004, p. 635).

Acrescenta-se, ainda, uma variedade de estudos sobre mortalidade que corroboram com estes achados sobre coeficientes de mortalidade geral mais altos entre negros e revelam taxas de mortalidade materna e mortalidade infantil mais elevadas entre negros, além de elevadas taxas de mortalidade por HIV-Aids (MARTINS e TANAKA,2000; BARBOSA, 1998; CUNHA, 2001; WERNECK, 2001).

Observamos, deste modo, que a população negra, vem historicamente sofrendo com preconceito, racismo institucional, dificuldades de acesso e integralidade da assistência, repercutindo negativamente sobre suas formas de vida e saúde. Esta constatação se agrava ao percebermos que a maioria das causas de adoecimento e morte pode ser evitada.

2.4 Educação Popular em Saúde como Prática Transformadora

Protagonizado por múltiplos atores da sociedade civil: movimentos sociais, profissionais que atuam nos serviços de saúde, professores e pesquisadores de universidades, educadores populares e agentes populares de saúde, o processo de construção da educação em saúde tem como base a reflexão sobre o estado da arte das práticas de educação em saúde nos serviços e a formulação de proposições com possibilidades de transformar tais práticas.

Critica-se a concepção positivista, na qual a educação em saúde é vista de forma reducionista, cujas práticas são consideradas impositivas, prescritivas de comportamentos ideais desvinculados da realidade e distantes dos sujeitos sociais, tornados objetos passivos das intervenções, na maioria das vezes, preconceituosas, coercitivas e punitivas.

Na tentativa de transformar esta realidade, busca-se afirmar a educação em saúde como prática na qual existe a participação ativa da comunidade, que proporciona informação, educação sanitária e aperfeiçoa as atitudes indispensáveis para a vida, sendo responsável ainda pelo desenvolvimento de autonomia dos indivíduos e consequente melhoria da qualidade de vida.

Corroborando com este pensamento, Paludo (2001), afirma que a Educação em Saúde sempre esteve histórica e organicamente vinculada ao movimento de forças políticas e culturais empenhadas na construção das condições humanas imediatas para a elevação da qualidade de vida das classes subalternas e na construção de uma sociedade onde realidade e liberdade fossem cada vez mais concretas.

Considerando que o Brasil representa um papel de pioneirismo na constituição do método da Educação Popular, inicia-se, deste modo, a discussão da educação popular, passando pela educação em saúde, para alcançar a educação popular em saúde da população negra. Segundo Vasconcelos (2007), a educação popular começa a se estruturar como corpo teórico e prática social no final da década de 1950, quando intelectuais e educadores ligados à Igreja Católica e influenciados pelo humanismo que florescia na Europa no pós-guerra voltam-se para as questões populares. Paulo Freire foi o pioneiro no trabalho de sistematização teórica da Educação Popular com seu livro Pedagogia do Oprimido, publicado em 1966, inaugurando uma ruptura com as práticas tradicionais de educação em saúde.

> Os princípios político-pedagógicos da Educação Popular são tomados como ferramentas de agenciamento para participação em defesa da vida e como estratégias para a mobilização social pelo direito à saúde. O papel agenciador da Educação Popular se faz pelo pinçar e fomentar atitudes de participação no sentido de sempre mudar realidades, tornando-as vivas, criativas e correspondentes ao desejo de uma vida mais feliz (PEDROSA, 2007, p. 15).

Ainda de acordo com Pedrosa (2007), a Educação Popular em Saúde representa um conjunto de conceitos repletos de sentidos e significados e se configura enquanto processo de relações pedagógicas emergentes de cenários e vivências de aprendizagens que articulam as subjetividades coletivas e as relações de interação que acontecem nos movimentos sociais, implicando a aproximação entre agentes formais de saúde e população, diminuindo a distância entre a assistência que representa intervenção pontual sobre a doença em tempo e espaço determinados, e o cuidado, que significa o estabelecimento de relações intersubjetivas em tempo contínuo e espaço de negociação e inclusão dos saberes, dos desejos e das necessidades do outro.

Nesta lógica, a reflexão crítica, o diálogo e a construção compartilhada do conhecimento representam ferramentas que propiciam o encontro entre a cultura popular e a científica. Partindo destes pressupostos, de maneira sucinta a institucionalização da Educação Popular em Saúde no Ministério da Saúde tem como referencial a Educação Popular em Saúde em suas dimensões epistemológica, ético-política e metodológica, rompendo com a educação bancária vigente no modelo tradicional de Educação em Saúde (BRASIL, 2007).

Como elemento principal do método de Educação Popular adotado por Freire, identifica-se o fato de tomar, como ponto de partida do processo pedagógico, o saber anterior do educando. Ao longo da vida, as pessoas vão adquirindo um entendimento sobre a sua inserção na sociedade e no mundo. Esse conhecimento fragmentado e pouco elaborado é a matéria prima da Educação Popular (VASCONCELOS, 2007).

A valorização do saber e dos valores do educando possibilita que ele se enxergue como participante ativo no processo. Nesse sentido, não se reproduz a passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais. Na Educação Popular, não basta que o assunto discutido seja polêmico, mas que o processo de discussão seja horizontalizado.

Vasconcelos (2004) acrescenta ainda que a Educação Popular em saúde:

> Enfatiza não o processo de transmissão de conhecimento, mas a ampliação dos espaços de interação cultural e negociação entre os diversos atores envolvidos em determinado problema social para a construção compartilhada do conhecimento e da organização política necessários à sua superação. Em vez de procurar difundir conceitos e comportamentos considerados corretos, procura problematizar, em uma discussão aberta, o que está incomodando e oprimindo. Prioriza a relação com os movimentos sociais por ser expressão mais elaborada dos interesses e da lógica dos setores subalternos da sociedade cuja voz é usualmente desqualificada nos diálogos e nas negociações (VASCONCELOS, 2004, p.71).

Grandes foram os avanços para a Educação Popular em Saúde ao longo dos mais de 60 anos de sua história. Pode-se, portanto, afirmar que uma grande parte das experiências de Educação Popular em Saúde está voltada para a redução das desigualdades sociais, tendo em vistas a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, e a efetiva participação popular nas decisões concernentes à saúde pública.

Clodovis Boff[10]chama a atenção para a necessidade de discutir sobre alguns pontos, dentre os quais destacamos: 1. Como discernir as relações e contradições existentes na relação conhecimento por conceito (livro) e conhecimento por experiência (prática)? 2. Como pensar a ideia de experiência, prática ou simplesmente vida em sua dimensão social? 3. Como tematizar o conceito de educação em relação com a transformação social?

Como resposta para estas indagações, Freire e Nogueira (2014) acrescentam que, ao se trabalhar com educação popular, deve-se adotar uma conceituação processual, ou seja, realiza-se uma pedagogia das perguntas, atentas à curiosidade e que refletem os processos do conhecimento. Outra característica diz respeito à existência de mais de uma forma de organização do conhecimento. Há mais de um caminho para captar e formular o saber. E, por fim, a terceira característica da produção reflexiva é a criativa facilidade linguística, que

10Clodovis Boff, em 1988, escreveu a apresentação do livro "Que fazer: teoria e prática em educação popular", de autoria de Paulo Freire e Adriano Nogueira.

facilita a imersão no objeto ou no fenômeno possibilitando seu conhecimento e apreensão. Neste quesito, Freire (2011) já trazia em Pedagogia do Oprimido a importância da dialogicidade para a educação transformadora.

Discutindo a educação em saúde, considera-se esta como área de conhecimento que requer uma visão corporificada de distintas ciências, tanto da educação como da saúde, integrando disciplinas como psicologia, sociologia, filosofia e antropologia. Esse entendimento é reforçado ao se afirmar a educação em saúde como um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade (SCHALL; STUCHINER, 1999).

De acordo com Machado *et al* (2007), o conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais (ausência de doença), ambiental, pessoal e social.

Ao longo da história da educação em saúde, observou-se, por muito tempo, a predominância de práticas reducionistas e prescritivas de bons comportamentos para a manutenção e recuperação da saúde. Contudo, estas práticas estão sendo revistas e passam a considerar a valorização das tradições e cultura dos sujeitos envolvidos, adotando a prática de fazer com o outro e não simplesmente fazer pelo outro, colocando o indivíduo numa posição de protagonismo e de co-responsabilização.

No que se refere à educação popular em saúde como prática transformadora, relacionando-se aos direitos dos usuários, Lima *et al* (2012) afirmam que as ações educativas em saúde proporcionam a emancipação e contribuem para a autonomia do usuário, permitindo que esse seja um protagonista de sua trajetória de saúde, cobrando qualidade de serviço e humanização em qualquer nível de assistência.

Destaca-se a educação em saúde como estratégia de promoção à saúde neste processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos à saúde, estimulando ações que atendam aos princípios do SUS para, partindo deste enfoque, eleger estratégias didáticas que conduzam a uma transformação dos indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável (CATRIB *et al*, 2003).

Assumir a perspectiva da integralidade como princípio norteador da educação em saúde requer que os profissionais passem a perceber a comunidade como “seres que sabem, sabem que sabem, sabem porque sabem, sabem como sabem, e sabem dizer a terceiros o que sabem e não menos importante, agem consequentemente aos seus saberes” (MORIN, 2002, p.45).

Deste modo, a prática da educação em saúde como um caminho integrador do cuidar constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social.

3. Rumos da Conversa: pressupostos metodológicos

> *Lançado no mundo, o homem percebe-se e torna-se humano no contato com os outros humanos, afetado pelo que desse convívio descortina. Comunica suas experienciações, compreende o mundo não como uma forma de apreendê-lo objetivamente, mas como um ato de descortiná-lo.*
>
> *(Garnica, 1997).*

3.1 Tipo de Pesquisa

A presente pesquisa caracteriza-se como pesquisa-ação, tendo em vista que proporcionou a interação com o ambiente e a realidade pesquisada, de modo que se realizou o diagnóstico e a análise da situação de saúde da comunidade quilombola de Tijuaçu, propôs, aos seus participantes, mudanças que contribuíram para a melhoria das práticas analisadas e das condições de saúde apresentadas.

Para Moreira e Caleffe (2008, p. 90), a pesquisa-ação apresenta como características: a) ser situacional; b) ser usualmente colaborativa; c) ser participativa; e d) ser autoavaliativa, atendendo assim aos objetivos desta pesquisa.

Nesta perspectiva, a pesquisa apresentou, ainda, um caráter exploratório que, segundo Gil (2010), tem como objetivo proporcionar mais familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. Caracteriza-se também como uma pesquisa descritiva, visto que teve como objetivo primordial a descrição das características do fenômeno estudado e o estabelecimento de relações entre variáveis, utilizando-se do questionário como instrumento padronizado para obtenção dos dados (SILVA e MENEZES, 2005).

Buscou-se inspiração na abordagem fenomenológica Husserliana caracterizada, já em seus últimos escritos, como a descrição de vivências da consciência. Santos (2014) apresenta, de forma sintetizada, os princípios defendidos por Husserl nos anos iniciais do século XX:

> 1. O princípio da intencionalidade, tomado de empréstimo da psicologia descritiva de Brentano, diz que toda consciência é consciência de algo, distinto dela mesma; 2. O conhecimento é produzido por um sujeito intencional como uma efetuação consciente sua, através de suas vivências; 3. As vivências valem para o sujeito e ele as possui como fenômeno, e como tal não são reais, constituindo, em vez disso, de um conteúdo puramente ideal...; 4. A fenomenologia alcança o fenômeno do conhecimento enquanto conteúdo ideal. Ela o faz ao tematizar as puras essências inerentes à intencionalidade do sujeito.

Busca-se, portanto, com a fenomenologia investigar não somente o conhecimento natural, o diretamente dado, mas a clarificação dos conceitos fundamentais, da realidade

última das coisas do mundo, buscando transcender a ingenuidade, que é, exatamente, "a convivência pacífica com o não-justificado" (MOURA, 1989, p. 48).

Para o desenvolvimento da pesquisa, com o intuito de investigar a compreensão dos moradores da comunidade de Tijuaçu sobre sua situação de saúde e visando apreender o fenômeno tal qual ele se mostra, percorreu-se uma sequência de momentos sugeridos por Husserl. Inicialmente, assumiu-se uma postura antinatural (*epoché* fenomenológica) frente ao fenômeno, através da redução fenomenológica, na qual foram suspensas todas as teorias acerca da consciência, bem como todos os pré-conceitos sobre o fenômeno; em seguida, buscou-se descrever os vetores internos ao fenômeno, objetivando a clarificação de seus significados; e, por fim, procedeu-se a explicitação da experiência, alcançando assim sua essência, ou seja, sua intencionalidade (FEIJOO, MATTAR, 2014; MOREIRA, 2010).

Optou-se aqui por recorrer à fenomenologia Husserliana, por acreditar ser esta teoria que possibilita maior aproximação com o fenômeno estudado, considerando que a "intencionalidade diz respeito ao transcender incessante de si mesmo, rompendo com o pressuposto de que é o sujeito que posiciona as coisas" e que, ao acompanhar o fenômeno da consciência em seu campo de mostração, este revelará a sua essência (FEIJOO; MATTAR, 2014, p. 443).

Para Husserl (1985), a marca essencial da consciência é a intencionalidade: toda consciência *é consciência de algo*. Nesta perspectiva, fugindo ao objetivismo positivista, propôs-se investigar educação em saúde na comunidade quilombola de Tijuaçu, para além dos determinantes de saúde, buscando conhecer o subjetivo, através dos relatos, da percepção, da imaginação e das vivências desta população, ou seja, visando compreender como a comunidade conceitua saúde e como desenvolve suas práticas curativas e preventivas de saúde, de modo a elucidar o fenômeno traduzindo seu sentido e valorizando o processo, o contexto e sua compreensão.

Ao falar do mundo como sendo um real vivido, Martins e Bicudo (1989) propõem duas teses: a primeira afirma uma oposição a qualquer proposta centralizada em qualquer teoria que sustente a existência de dados sensoriais, isolados e sem sentido em si mesmos; a segunda tese afirma que a ênfase é posta na experiência viva, no mundo como ele é vivido. Nas experiências vividas combinam-se memórias, percepções, antecipações a cada momento. Em Tijuaçu não é diferente, assim, esta realidade nunca é estática ou final, mas está em permanente construção pelos atores envolvidos neste fenômeno.

De acordo com Garnica (1997), a essência do que se procura nas manifestações do fenômeno nunca é totalmente apreendida, mas a trajetória da procura possibilita

compreensões. O autor acrescenta ainda que na fenomenologia qualquer forma de manifestação ou objetividade implica um relacionamento intersubjetivo e que o fenômeno é sempre visto contextualizadamente, portanto, nesta pesquisa, levou-se em consideração a história de Tijuaçu, seus modos de ver e viver em comunidade e o contexto social, político e econômico onde estão inseridos.

3.2 O *Lócus* da Pesquisa

O espaço empírico da pesquisa foi constituído pela comunidade quilombola de Tijuaçu, distrito de Senhor do Bonfim – Bahia, município localizado na Região Norte da Bahia, com aproximadamente 75.500 habitantes conforme estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), distante 387 km da capital do Estado.

O território de Tijuaçu, segundo o Instituto Nacional de Colonização Reforma Agrária (Incra, 2014), é considerado o maior território quilombola do Estado da Bahia, conta com uma dimensão de 8,4 mil hectares e é composto pelo distrito sede e por localidades circunvizinhas como: Tanquinho, Várzea do Mulato 1 e 2, Fazenda Lagoa da Pedra, Fojo, Rodeador, Quebra Facão, Várzea dos Cavalos, Veados, Lagoa do Coxo, Pau de Leite, Porcos, Lagoa do Tanque, Alagoinhas, Picada, Pé de Monte, Alto Bonito, Olaria, Água Branca, Lajinha, Macaco 1 e 2, Anacleto, Pato, Conceição, Barreira, Fazenda Canafista e Queimada Grande, conforme observado na Figura 3.

Como forma de caracterizar esta comunidade quilombola, objeto desta pesquisa, recorremos aos bancos de dados oficiais disponibilizados pela Prefeitura Municipal de Senhor do Bonfim, através da Secretaria Municipal de Saúde e da Coordenação de Atenção Básica. Os dados apresentados nesta seção foram extraídos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/DATASUS). Cabe ressaltar, que durante o período de realização da pesquisa, o referido sistema encontrava-se em fase de substituição pelo E-SUS[11] Atenção Básica, estando, portanto, desatualizado no registro das informações de cadastramento familiar, sendo necessária, para a garantia de informações atuais sobre o campo de pesquisa, que se procedesse a atualização do SIAB, através da digitação das Fichas A – Cadastramento Familiar utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Estratégia de Saúde da Família.

11A Estratégia e-SUS Atenção Básica é apoiada essencialmente por dois sistemas, oSistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), o sistema de informação nacional, e o Sistema e-SUS Atenção Básica, composto por sistemas de software que instrumentalizam o processo de trabalho nas UBS.

Figura 3 – Mapa de Tijuaçu, Senhor do Bonfim – Bahia, 2016.

Fonte: CNES/Astrium, DigitalGlobe, Dados do mapa ®2016 Google[12]

Salientamos que, no distrito de Tijuaçu, além das residências e espaços públicos, como sede de associações, foram utilizados como *lócus* da pesquisa a Estratégia de Saúde da Família de Tijuaçu e a Escola Municipal Antônio José de Souza.

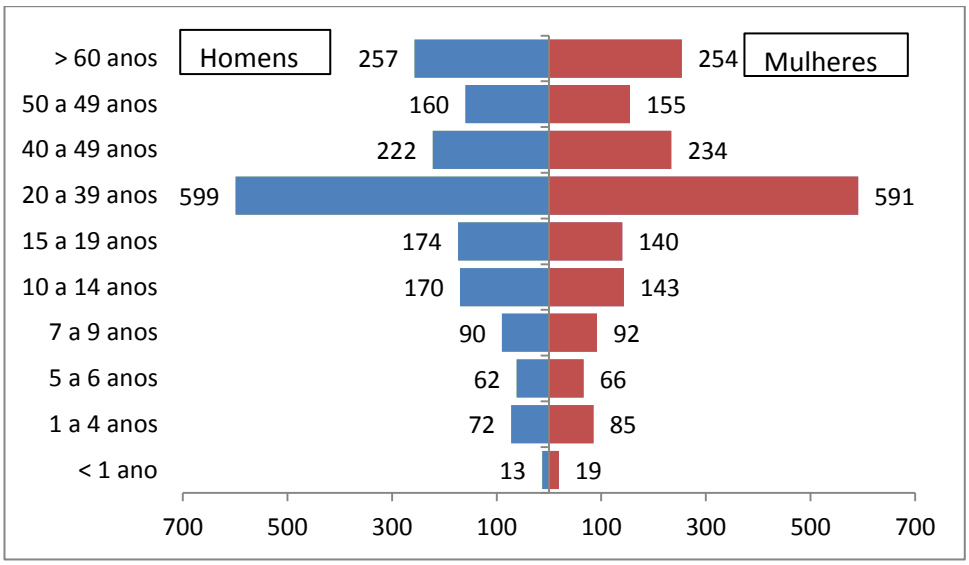
A Estratégia de Saúde da Família (ESF), um dos *lócus* da pesquisa, conta com uma equipe composta por 18 profissionais das diversas áreas (médico, enfermeira, 3 auxiliares de enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, 8 agentes comunitários de saúde (ACS), recepcionista, auxiliar de serviços gerais e vigilante). Os ACS da ESF de Tijuaçu são responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento das 1.109 famílias distribuídas nas micro-áreas compostas pela sede do distrito e pelas localidades vizinhas já mencionadas acima.

De acordo com os dados do SIAB, a população da comunidade de Tijuaçu no ano de 2015, foi estimada em 3.598 habitantes, dos quais se observa distribuição equilibrada quanto ao sexo, sendo 1.819 (50,6%) pessoas do sexo masculino e 1.779 (49,4%) pessoas do sexo feminino. Na distribuição por faixa etária, ilustrada pelo Gráfico 4, pode-se observar uma predominância de adultos na faixa etária de 20 a 39 anos, e um percentual elevado de pessoas

12 Mapa disponível em: https://www.google.com.br/maps/place/Tijua%C3%A7u,+Sr.+do+Bonfim+-+BA/@-10.6221775,-40.1358549,787m/data=!3m1!1e3!4m5!3m4!1s0x76d4f648e903377:0xee855893d5559811!8m2!3d-10.6225586!4d-40.1336537. Acesso em: 20 jan 2016.

com 60 anos ou mais, 14,2%, sendo possível afirmar que o distrito de Tijuaçu segue a tendência nacional para o envelhecimento populacional. Esta tendência justifica-se pela progressiva redução da taxa de fecundidade e elevação da expectativa de vida observadas no país e no território pesquisado.

Gráfico 4 – Pirâmide Etária da população de Tijuaçu, Senhor do Bonfim- Ba, 2015.



Fonte: A autora, a partir de dados do SIAB/SMS-Senhor do Bonfim, 2015.

Quanto à Escolarização da Comunidade, o SIAB nos fornece dois indicadores importantes. O primeiro se refere ao percentual de crianças de 7 a 14 anos frequentando a escola. Observamos que este dado está marcado em aproximadamente 96%, indicando que as crianças de Tijuaçu têm o direito ao acesso à escola assegurado. Contudo, o segundo indicador nos mostra uma triste realidade. Na população de 15 anos ou mais de idade, apenas 84,4% são consideradas alfabetizadas, ou seja, 435 pessoas acima de 15 anos de idade não são alfabetizadas, reafirmando as desigualdades sociais sofridas pelas comunidades negras rurais.

No que se refere às condições de moradia e infraestrutura, ficaram evidenciadas através da Tabela 2 as seguintes situações de tipo de construção das casas, abastecimento e tratamento de água, e destino do lixo e das fezes e urina.

Quanto ao tipo de material utilizado para a construção das residências: 97% das construções utilizam tijolos e 3% (31 casas) ainda utilizam taipa; quanto ao Abastecimento de água: 87% utilizam a rede pública de abastecimento, 6% utilizam água proveniente de poços, nascentes e cisternas, e os outros 7% recorrem a outros meios para obtenção de água para consumo. Ao indagar aos moradores e ACS sobre quais seriam estas outras fontes, verificou-

se que é comum o "compartilhamento" de água, seja ela oriunda da rede pública ou de poços. A principal justificativa mencionada para tal prática deve-se à escassez de recursos financeiros para pagamento das taxas de água e o frequente desabastecimento de água por parte da instituição responsável pelo seu provimento. É comum o trânsito de moradores com baldes e tonéis recolhendo água nas ruas de Tijuaçu.

Tabela 2 – Indicadores de Alfabetização, moradia e saneamento, Tijuaçu, Senhor do Bonfim – Ba, 2015.

Indicadores	**N**	**%**	**Indicadores**	**N**	**%**
Alfabetização em Maiores de 15 anos			**Tipo de Construção das Casas**		
Alfabetizados	2353	84,4%	Tijolo	1078	97%
Não Alfabetizados	435	15,6%	Taipa	31	3%
Abastecimento de Água			**Tratamento da Água no Domicílio**		
Rede Pública	964	87%	Filtração	693	62,5%
Poço / Nascente	61	5,5%	Cloração	167	15%
Outros	84	7,5%	Sem Tratamento	247	22,5%
Destino do Lixo			**Destino das Fezes / Urina**		
Coleta Pública	549	49,5%	Sistema de Esgoto	9	1%
Queimado / Enterrado	434	39%	Fossa	935	84%
Céu Aberto	126	11,5%	Céu Aberto	165	15%

Fonte: A autora, a partir de dados do SIAB/SMS-Senhor do Bonfim, 2015.

Situação que chama a atenção e preocupa é o destino do lixo e das fezes e urina. Menos da metade, 49,5%, das residências são servidas pelo sistema de coleta pública de lixo, 39% das residências têm seu lixo queimado e/ou enterrado e 11,5% não apresentam nenhum tipo de cuidado com o lixo produzido, desprezando-o a céu aberto pelas ruas e córregos de Tijuaçu e vizinhança.

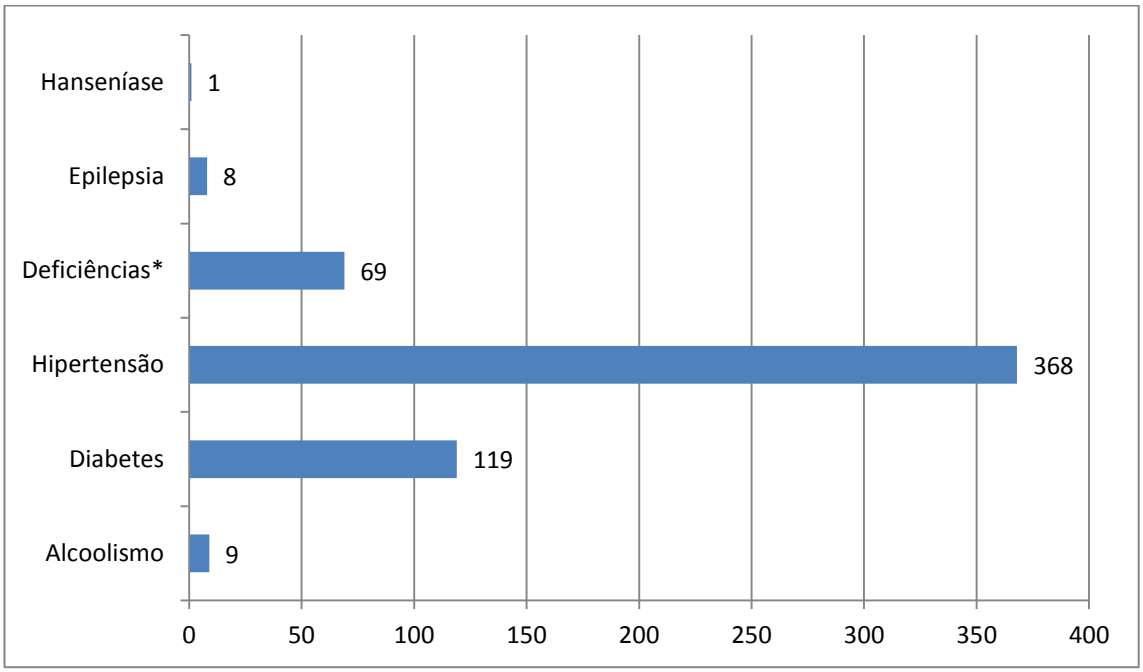
Em se tratando do destino das fezes e urina a situação é mais agravante: menos de 1% das residências apresenta sistema de esgotamento sanitário, 84% utilizam sistema de fossa, contudo 15% das residências descartam seus dejetos a céu aberto. Com estes dois últimos indicadores, podemos perceber que as condições mínimas de moradia e infraestrutura ainda não são asseguradas a uma parcela significativa da população, possibilitando, deste modo, a permanência e disseminação de doenças infecciosas e parasitárias, como será verificado ao se analisarem os dados de morbidade e mortalidade da população negra em seção posterior.

No que refere ao tratamento de água no domicílio, observamos a seguinte distribuição: 62,5% utilizam filtro, 15% utilizam de cloração e 22,3% não realizam nenhum tipo de

tratamento no domicílio, consumindo a água da forma que ela chega, independente que sua origem seja rede pública, poços, nascentes cisternas ou outras fontes. Quanto à energia elétrica, 97,5% nas residências têm acesso.

O relatório de cadastramento familiar do SIAB nos proporciona ainda o conhecimento de algumas doenças ou condições de saúde referidas pela comunidade, conforme Gráfico 5 abaixo. Chamam a atenção os números expressivos de casos de hipertensão, diabetes e deficiências, que totalizam 368, 119 e 69 indivíduos, respectivamente, reforçando uma tendência nacional para a população negra no que se refere às altas prevalências destas patologias.

Gráfico 5 – Distribuição de doenças e condições referidas, Tijuaçu, Senhor do Bonfim -Ba, 2015.



Fonte: A autora, a partir de dados do SIAB/SMS-Senhor do Bonfim, 2015.

*Aqui, estão representadas as mais variadas formas de deficiências apresentadas, a exemplo de deficiência intelectual / mental, síndrome de Down, autismo, deficiência física/motora, auditiva, visual.

O outro *lócus* da pesquisa na comunidade é a Escola Municipal Antônio José de Souza. Esta escola atende a 296 crianças da sede e das localidades circunvizinhas, ofertando as modalidades de Educação Infantil e Ensino Fundamental para os anos iniciais (1º. ao 5º. Ano). Sua equipe é composta por 16 professores que atuam nos turnos matutino e vespertino, 2 coordenadores pedagógicos, 1 vice-diretora e 1 diretora.

3.3 Participantes da Pesquisa

Na tentativa de assegurar dados fidedignos para a pesquisa, foram utilizadas variadas fontes e, consequentemente, contou-se com grupos de participantes diferenciados, incluindo, através da participação voluntária, os diversos seguimentos que compõem a comunidade de Tijuaçu.

O primeiro grupo de participantes foi constituído por 88 moradores da comunidade e sua caracterização será apresentada posteriormente. Este grupo foi selecionado através de amostragem estratificada aleatória, tomando-se por base a população estimada pelo SIAB no ano de 2015 e o número de micro-áreas existentes, conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Estratificação da Amostra para aplicação de questionário estruturado, Tijuaçu, Senhor do Bonfim – Ba, 2015.

ESTRATO/ MICROÁREA	LOCALIDADE	POPULAÇÃO	AMOSTRA
Micro área-01	Fojo, Lagoa da Pedra	217	5
Micro área -02	Sede	667	16
Micro área -03	Sede	619	15
Micro área -04	Quebra Facão	426	10
Micro área -05	Tanquinho	570	14
Micro área -06	Anacleto, Lagoa do Coxo	182	4
Micro área -07	Sede	645	16
Micro área -08	Alagoinha, Várzea do Mulato	272	8
TOTAL	**TIJUAÇU**	**3.598**	**88**

Fonte: A autora, a partir de dados do SIAB/SMS-Senhor do Bonfim, 2015.

Para realização do cálculo da amostra, considerando um nível de confiança de 97% e uma margem de erro amostral de 3%, foi utilizado o Software Open Epi Web. Para o cálculo de estratificação da amostra, utilizou-se o Software BioEstat 5.3, ambos disponibilizados gratuitamente em meio eletrônico[13].

O segundo grupo de participantes foi constituído por pessoas reconhecidas pela comunidade e pelos ACS como "informantes chave" para as questões relacionadas à saúde. A indicação de seus nomes emergiu durante conversas com os diversos participantes da pesquisa (moradores, professores e profissionais de saúde). Foram entrevistadas cinco pessoas entre

13 O Software Open Epi Web para cálculo da amostra foi utilizado no site OpenEpi - Toolkit Shell for Developing New Applications acessado pelo link http://openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm. Para utilização do Software BioEstat 5.3 para o cálculo de estratificação da amostra foi efetuado download do programa disponibilizado na página do Centers for DiseaseControlandPrevention (CDC) no link http://wwwn.cdc.gov/epiinfo/7/. Acesso em 18 dez 2015.

benzedeira, mãe de santo, líder comunitário e líder religioso. Dentre os entrevistados, identificamos três mulheres e dois homens, com idade média de 64 anos, e acima de 40 anos de convívio na comunidade. Visando preservar suas identidades atribuiremos pseudônimos, relacionando-os com nomes de flores: Gardênia, Orquídea, Alecrim, Lírio e Girassol.

O terceiro grupo foi constituído por 07 profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família e por 09 professores que atuam na Escola Antônio José de Souza, totalizando 16 participantes, sendo 14 do sexo feminino e 2 do sexo masculino. Suas idades variaram entre 29 e 59 anos, com uma média de 42 anos de idade. Quanto ao quesito cor/raça, 7 participantes se declararam negros (44%) e 9 se declararam pardos (56%).

Esta etapa da pesquisa apresentou como intercorrência o fato de contar com um número de participantes maior que o previsto e recomendado por diversos autores. Considerando os estudos de Gatti (2012), recomenda-se realizar os grupos focais com um máximo de 12 participantes. Apesar de os grupos terem sido realizados com um total de 16 participantes – ressaltamos aqui que a participação se deu por livre adesão e interesse dos convidados – consideramos que não houve prejuízos significativos para a construção dos dados e obtenção dos objetivos específicos de cada encontro, tendo em vista que todos os participantes tiveram a oportunidade de expressar suas opiniões e deixar suas contribuições para o grupo e para a pesquisa.

Dentre os participantes dos grupos focais, 14 (88%) eram naturais de Tijuaçu ou Senhor do Bonfim. Em se tratando do local de residência, 11 residem em Tijuaçu e localidades circunvizinhas e os outros 5 residem em Senhor do Bonfim. Quando indagados sobre sua opção religiosa, 11 (69%) indivíduos se declararam católicos, 4 (25%) evangélicos e 1 (6%) umbanda. Quanto ao estado civil, 9 (56%) são casados, 3 (19%) solteiros e 4 (25%) divorciados.

Quanto à função que exercem, no sub-grupo de profissionais de saúde, contamos com a participação de uma enfermeira e seis agentes comunitários de saúde. No sub-grupo de professores, 7 atuam em sala de aula, ao passo que um ocupa o cargo de direção e um de coordenação pedagógica. O grupo foi questionado sobre sua formação acadêmica, sendo evidenciado quanto à escolarização: Ensino Fundamental (1; 6%), Ensino Médio (7; 44%), Ensino Superior (4; 25%) e Pós-graduação/ Especialização (4, 25%).

Foi questionado ainda ao grupo sobre o tempo de exercício da profissão e sobre o tempo de atuação nesta unidade em Tijuaçu. O tempo de profissão variou entre 5 e 39 anos, alcançando tempo médio de aproximadamente 18 anos. Quanto ao tempo de atuação na USF

de Tijuaçu ou na Escola Municipal José Antônio de Souza, este variou de 2 a 19 anos com média aproximada de 9 anos.

A participação desse grupo se efetivou a partir da adesão voluntária aos grupos focais organizados conforme levantamento de demandas após conversas informais com os componentes deste grupo durante visitas em seus ambientes de trabalho.

3.4 Instrumentos de Construção de Dados

Para a construção dos dados da pesquisa, realizou-se, inicialmente, uma revisão de literatura, analisando materiais produzidos acerca das categorias teóricas propostas: Trajetórias Quilombolas, Saúde Quilombola, Identidade Cultural e Educação em Saúde.

Durante a pesquisa empírica, recorremos à utilização de multitécnicas que permitiram trabalhar a complexidade dos fenômenos tais quais estes se revelam e, posteriormente, na fase de análise e discussão, apoiaram a triangulação de dados. Esta estratégia utiliza uma série de instrumentos de construção dos dados para obtenção de elementos e percepção dos fenômenos envolvidos. A escolha pela utilização de variados instrumentos objetiva proporcionar elementos suficientes para garantir uma análise aprofundada e a qualidade da pesquisa e se fundamenta em uma articulação sobre diferentes perspectivas metodológicas para estudar os fenômenos visados e seus diferentes aspectos (GERHARHT; SILVEIRA, 2009).

Para tanto, foram utilizados: o questionário estruturado (Apêndice A), a entrevista parcialmente estruturada (Apêndice B), o roteiro de condução das oficinas de grupo focal, a análise documental dos relatórios fornecidos pelas Secretarias Municipais de Saúde e Educação e bancos de dados oficiais, a exemplo de DATASUS, IBGE, além dos registros realizados no diário de campo com base nas observações feitas pela pesquisadora.

Como forma de adentrar a comunidade e conhecer sobre sua história, constituição e modos de vida, foram desenvolvidas cinco entrevistas com representantes da comunidade, a exemplo do presidente da Associação Agro-Pastoril de Tijuaçu, dos representantes religiosos e das curandeiras/benzedeiras e parteiras atuantes na comunidade.

Para Laville & Dionne (1999), a entrevista parcialmente estruturada, apesar do inconveniente da perda da uniformidade, possibilita um contato mais íntimo entre o entrevistador e o entrevistado, favorecendo, assim, a exploração em profundidade de seus saberes, bem como de suas representações, de suas crenças e valores.

No roteiro de entrevista utilizado constaram questões subjetivas acerca da compreensão sobre o que é saúde e o que é doença, quais são os seus fatores determinantes,

quais as formas de prevenção utilizadas em Tijuaçu e quais os fatores que facilitam e dificultam as práticas de prevenção em saúde na comunidade.

Visando conhecer o perfil epidemiológico da comunidade e as principais práticas preventivas e curativas de saúde, utilizou-se um questionário fechado aplicado a uma amostra de 88 membros da comunidade. A abordagem aos participantes deste grupo foi realizada na Unidade de Saúde enquanto os mesmos aguardavam por atendimento. Alguns indivíduos foram abordados em seus domicílios, tendo em vista a obtenção de proporcionalidade da amostra. Os questionários foram aplicados, em sua maioria, pela pesquisadora responsável, contando com o auxílio de uma monitora, que, após o devido treinamento, aplicou o questionário a 10 participantes.

No momento da aplicação dos questionários, as seguintes precauções foram adotadas: 1. Aproximação e apresentação da pesquisadora ao participante; 2. Convite para que se acomodasse sentado em local reservado; 3. Esclarecimentos sobre a pesquisa, seus objetivos, procedimentos adotados, riscos para o participante e implicações éticas para a pesquisadora; 4. Preenchimento dos dados de identificação e solicitação de assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE, (Apêndice C) pelo participante; 5. Aplicação do questionário, questão por questão, dando tempo ao participante para refletir e responder conscientemente; e, para finalizar, 6. Agradecimento pela disponibilidade em participar da pesquisa e disponibilização de cópia do TCLE com contatos da pesquisadora responsável e de sua orientadora.

Durante a aplicação dos questionários, foram oportunizados momentos singulares de aproximação com os usuários do serviço de saúde e conhecimento das demandas e percepções que estes indivíduos possuem sobre sua saúde e formas de lidar com a doença.

Para o terceiro grupo de participantes, optamos pela realização de oficinas de grupo focal. A escolha pela utilização desse grupo foi de significativa importância para a investigação, pois, conforme afirma Gatti (2012), o trabalho com grupos focais permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais, compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes. Soma-se a isso que a escolha pelo grupo focal como estratégia de desenvolver oficinas em grupo possibilita aprofundar a discussão sobre determinado tema, exercitando os conteúdos, a crítica, a reflexão (VIEIRA, 2014).

Como técnica, esta situa a realidade humana dentro do contexto que será observado, realçando um espaço enriquecido, compartilhado e socializado sobre a vivência do cotidiano da comunidade pesquisada.

Deste modo, foram realizadas três oficinas de grupos focais contando com a participação de 16 indivíduos entre professores e profissionais de saúde. Estas oficinas foram programadas a partir das demandas que emergiram durante conversas informais com professores, profissionais de saúde e membros da comunidade, os quais relataram, em diversas ocasiões, as dificuldades enfrentadas para trabalhar com os moradores as questões relacionadas à saúde e prevenção de doenças, considerando as interferências causadas pelas crenças presentes na comunidade e que revelam traços marcantes da cultura e tradição deste povo. Nestas conversas, emergiram ainda a dificuldade que certas pessoas têm para falar em público e desenvolver atividades educativas em seu ambiente de trabalho, a falta de informações e a curiosidade por parte dos professores para as questões relacionadas à saúde, bem como a insegurança por parte dos profissionais de saúde quanto a uso dos recursos didático-pedagógicos.

Visando alcançar parte destas demandas e promover a integração e cooperação mútua entre o serviço de saúde e o ambiente escolar, propusemos como intervenção da pesquisa a realização destas oficinas proporcionando discussões sobre cultura e tradição quilombola, saúde da população negra de Tijuaçu e educação em saúde enquanto uma prática transformadora, conforme exposto na sessão seguinte.

Recorreu-se, ainda, à observação participante dos ambientes de trabalho dos atores envolvidos, buscando-se identificar aspectos sobre o desenvolvimento da educação em saúde nos ambientes escolares e na comunidade de Tijuaçu, bem como o levantamento de outras demandas e potencialidades para os desdobramentos futuros da pesquisa.

3.5 Procedimentos do Trabalho de Campo

O trabalho de campo foi desenvolvido através da imersão gradativa nos *lócus* da pesquisa e será aqui explicitada em duas fases: exploratória e de intervenção. Ressalta-se, contudo, que estas fases não constituíram momentos isolados e que por vezes ocorreram simultaneamente.

3.5.1 Fase Exploratória

O primeiro contato da pesquisadora com Tijuaçu deu-se através de encontro com o representante da comunidade, o senhor Valmir dos Santos, nas dependências da UNEB,

Campus Senhor do Bonfim. Neste momento, a pesquisadora começa a conhecer a localidade através das histórias contadas, retratando a trajetória de um povo sofrido e lutador, que, aos poucos, vem mostrando sua força e resistência. Na sequência, foram realizadas visitas à comunidade em companhia dos ACS, participação em eventos desenvolvidos pela ESF (Feira de Saúde de Tijuaçu) e pela escola (Dia da Consciência Negra) como forma de aproximação ao *lócus* e aos participantes da pesquisa.

Nestas ocasiões, pôde-se observar a presença forte da oralidade, da musicalidade e da religiosidade enquanto elementos constitutivos da cultura do povo Tijuaçuense, contudo, a alegria contagiante é, por vezes, intercalada com a tristeza da alma.

Em visita à Escola, pode-se conversar com diretora, vice-diretora e coordenadora pedagógica com o intuito de realizar levantamento sobre o número de docentes e alunos matriculados vinculados à unidade de ensino. Na ESF, através de reuniões com equipe de saúde, foi possível o levantamento do número de famílias, identificação das micro-áreas de abrangência da ESF e aproximação dos participantes da pesquisa para apresentação da proposta de trabalho e aceitação dos mesmos em colaborar para a realização do estudo.

Ao identificar a desatualização dos dados do SIAB, fez-se necessário o contato com a Secretaria Municipal de Saúde, através da Coordenação de Atenção Básica, para solicitação de descentralização da base de dados para o computador da pesquisadora, possibilitando, assim, acesso às informações e atualização das mesmas. Destacamos que esta atualização só foi possível graças à cessão da base de dados e ao empenho dos ACS na atualização das fichas A.

Paralelo a isto, procedeu-se à aplicação dos questionários – que foram tabulados utilizando-se os Softwares Microsoft Excel e Epi Info 7; e a aplicação das entrevistas – gravadas e posteriormente transcritas para garantia da integridade e clareza dos discursos capturados.

3.5.2 Fase de Intervenção / Oficinas Formativas

Nesta fase, a pesquisadora propôs-se a intervir na realidade apresentada pelo fenômeno estudado, realizando três oficinas formativas utilizando como metodologia os encontros de grupo focal. Cada encontro apresentou como temática central: 1. Cultura e tradição quilombola; 2. Saúde da população negra e da população Tijuaçuense; 3. Educação popular em saúde como prática transformadora; e serão descritos abaixo:

OFICINAS FORMATIVAS / GRUPOS FOCAIS
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE DE TIJUAÇU

Público Alvo: Profissionais de Saúde da ESF e Professores da Educação Infantil e Ensino Fundamental I da Escola Municipal Antônio José de Souza

Mediadora: Pesquisadora Eliana do Sacramento de Almeida (PPED/UNEB)

Orientadora: Profa. Dra. Carmélia Aparecida Silva Miranda (PPED/UNEB)

Apoiadores/observadores: Samir Rios (Graduando em Enfermagem – monitor voluntário)
Luís Claudio G Almeida (Graduando em Farmácia/UNIVASF)

Quadro 3 – Cronograma de Encontros das Oficinas Formativas de Grupos Focais

Encontros	Datas Previstas	Temática Proposta
1º.	08/04	Cultura e tradição quilombola;
2º.	15/04	Saúde da população negra e da população Tijuaçuense;
3º.	22/04	Educação popular em saúde como prática transformadora.

Fonte: A autora, 2016.

ROTEIROS DAS OFICINAS FORMATIVAS[14]

1ª. OFICINA FORMATIVA: CULTURA E TRADIÇÃO QUILOMBOLA

1. **Estrutura básica do trabalho**

- Fase de apresentação: contato entre a mediadora e o grupo e vice-versa. Proporciona a formação de vínculo, o conhecimento da dinâmica do grupo e da expectativa do grupo em relação ao trabalho. Momento quando será explicada a metodologia a ser utilizada;
- Fase de desenvolvimento: introdução, aprofundamento, exploração e processamento (*feedback*) do tema;
- Fase de encerramento: fechamento e avaliação, percepção do trabalho como um todo.

2. Objetivo Geral

- Promover discussão sobre a cultura e tradição quilombola correlacionando-as enquanto fatores determinantes dos modos de ser e viver da comunidade.

14 Adaptado de VIEIRA, 2014.

3. Objetivos específicos

Esta oficina tem como objetivos específicos levar os participantes a:

- ❖ Auxiliar na apresentação do grupo e no levantamento de suas expectativas em relação à oficina;
- ❖ Proporcionar integração entre os participantes do grupo;
- ❖ Discutir cultura e tradição quilombola resgatando seus principais símbolos;
- ❖ Identificar como a tradição e a cultura determinam os modos de ser e viver da comunidade.

4. Operacionalização

1. Preparar o grupo com a introdução de uma dinâmica de apresentação;
2. Explicar o objetivo do dia e os objetivos específicos da oficina;
3. Aplicar a técnica selecionada: Baú da Cultura;
4. Promover discussão a partir das questões norteadoras;
5. Caso necessário, a mediadora trará observações que contribuirão com a melhoria do grupo em relação aos objetivos a serem alcançados.

5. Recursos materiais e humanos

- ❖ Espaço físico adequado para a técnica e definido pelos participantes;
- ❖ Material para registro: gravador, máquina fotográfica, máquina filmadora;
- ❖ Material de apoio: balões, lápis preto, caneta esferográfica, folhas A4, pilotos e papel metro, caixa/baú, tapete, almofadas, fichas com imagens impressas, Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), Ficha de Identificação;
- ❖ Mesa com água e lanche para os participantes;
- ❖ Um mediador – pesquisadora responsável;
- ❖ Um observador responsável pelos registros fotográficos e filmagem;

6. Momentos da oficina

1º. Apresentação;

2º. Vivência de integração sobre o tema;

3º. Discussão sobre o tema (aprofundamento teórico);

4º. Encerramento;

5º. Lanche.

7. Técnicas utilizadas

1º. Momento – Apresentação com Balões – 30min

Material

Bexigas, papel (cortado de 8 x 5 cm) e canetas.

Passos

1- Pede-se aos participantes que escrevam seus nomes no papel e uma palavra ou desenho que os represente.

2- Depois é dado a todos um balão sem encher e pedimos que introduzam o papel no balão e depois o encham e amarrem.

3- A partir deste momento, devem-se propor diferentes jogos e brincadeiras com balões, para que sejam estourados e revelados os papéis.

4- Cada participante tem que ficar com um papelzinho e buscar a pessoa cujo nome está no papel.

5- Quando a encontrar, forma-se dupla e é dado um tempo para que conversem e se conheçam (deve-se focar a palavra ou desenho do cartão).

6- Em seguida, começam as apresentações.

7- Após finalização das apresentações, a mediadora esclarece sobre os objetivos da pesquisa, aspectos éticos, Termo de Consentimento Livre Esclarecido –TCLE (Apêndice C), solicitando aos participantes que assinem o TCLE e preencham a Ficha de Identificação do Participante (Apêndice D).

2º. Momento – Vivência de integração sobre o tema – 20min

Neste momento, será realizada a dinâmica **“Baú da Cultura”**. A mediadora solicitará que os participantes coloquem-se sentados em círculo ao redor do tapete posto no centro da sala e explicará sobre o desenvolvimento da atividade.

Sobre o tapete, há um baú contendo fichas com imagens impressas. A mediadora orientará cada participante para que retire uma ficha do baú, exponha-a e diga, sucintamente, o que entendeu sobre a imagem.

A mediadora registrará as ideias principais, sintetizando-as em palavras chave, para retomar no momento seguinte. Este momento se finaliza quando todas as imagens forem expostas e explicadas.

3º. Momento – Discussão sobre o tema – 40min

A mediadora retomará as palavras chave da atividade anterior, registradas em papel metro, de modo a ficar visível para os participantes e promoverá a discussão a partir das seguintes questões norteadoras:

- O que é cultura?
- O que é tradição?
- Como a cultura e a tradição interferem nos modos de ser e viver da comunidade?

4º. Momento – Encerramento – 15min

Realiza-se avaliação do encontro, solicitando aos participantes que se expressem e respondam as seguintes questões:

- O que você achou do encontro? Tema? Local? Horário?
- Este encontro atendeu às suas expectativas?
- Quais suas sugestões para os próximos encontros?

2ª. OFICINA - SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA E DA POPULAÇÃO DE TIJUAÇU

1. Objetivo Geral

- Promover discussão sobre a saúde da população negra e de Tijuaçu, enfatizando fatores determinantes e condicionantes, bem como os problemas de saúde mais prevalentes.

2. Objetivos específicos

Esta oficina tem como objetivos específicos levar os participantes a:

- Rever pontos principais da 1ª. Oficina;
- Socializar e integrar novos participantes ao grupo;
- Discutir sobre processo saúde-doença;
- Discutir aspectos relevantes da saúde da população negra, enfatizando os fatores determinantes e condicionantes;
- Identificar problemas de saúde mais prevalentes na comunidade de Tijuaçu.

3. Operacionalização

1. Preparar o grupo com uma dinâmica de (re)apresentação;
2. Explicar o objetivo do dia e os objetivos específicos da oficina;
3. Expor o vídeo disparador;
4. Promover discussão a partir das questões norteadoras;
5. Caso necessário, a mediadora trará observações que contribuirão com a melhoria do grupo em relação aos objetivos a serem alcançados.

4. Recursos materiais e humanos

- ❖ Espaço físico adequado para a técnica e definido pelos participantes;
- ❖ Material para registro: gravador, máquina fotográfica, máquina filmadora;
- ❖ Material de apoio: lápis preto, caneta esferográfica, folhas A4, pilotos e papel metro, notebook; Datashow; caixa de som; vídeo; rolo de barbante.
- ❖ Mesa com água e lanche para os participantes;
- ❖ Um mediador – pesquisadora responsável;
- ❖ Um observador responsável pelos registros fotográficos e filmagem;

5. Momentos da oficina

1º. (Re)Apresentação;

2º. Vivência de integração sobre o tema:

a. Exposição de Vídeo;

b. Dinâmica Tecendo a Rede;

3º. Discussão sobre o tema / aprofundamento teórico – Exposição de slides sobre a saúde de Tijuaçu

4º. Encerramento;

5º. Lanche.

6. Técnicas utilizadas

1º. Momento – (Re)Apresentação com Dinâmica Cartão Musical – 20min

Essa dinâmica de amizade tem por objetivo principal facilitar o relacionamento entre os participantes de um grupo ou equipe e harmonizar o ambiente de trabalho.

Material

Cartões, lápis, alfinetes. Cartão com letra da música a ser cantada.

Passos

A Mediadora distribui um cartão, um lápis e um alfinete para cada participante e pede que cada um escreva no cartão o nome e prenda-o na blusa. (Não pode ser apelido)

Os participantes sentam-se em círculo. A Mediadora coloca-se no centro e convida os demais a cantar: "Quando vim para este grupo, um(a) amigo(a) eu encontrei (escolhe uma pessoa) como estava ele(a) sem nome, de (nome da pessoa) eu o(a) chamei. Oh! amigo(a), que bom te encontrar, unidos na amizade iremos a saúde estudar"(bis). (Melodia: Oh, Suzana!)

A Mediadora junta-se ao círculo e a pessoa escolhida entoa a canção, ajudada pelo grupo, repetindo o mesmo que a mediadora fez antes. E assim prossegue o exercício até que todos tenham se apresentado.

A última pessoa entoa o canto da seguinte maneira: "Quando vim para este grupo, mais amigos encontrei, como eu não tinha nome, de ...(cada um grita seu nome) eu o chamei. Oh! amigos(as), que bom nos encontrar, unidos lutaremos para a saúde melhorar (bis)"
Avaliação: Para que serviu a dinâmica? Como nos sentimos? Quais sentimentos afloraram? Podemos dizer que fizemos um novo amigo?

2º. Momento – Vivência de integração sobre o tema

a. Exposição dos Vídeos:

1. Negros em Foco – Saúde da População Negra (Parte 1) – 5 min https://www.youtube.com/watch?v=KiGuR-a0Gt8;
2. Outro Olhar – Saúde da População Negra – 1min52seg https://www.youtube.com/watch?v=8wyR2EixD5U.

b. Dinâmica Tecendo a Rede – 1h

Esta dinâmica desenvolverá a reflexão sobre o processo saúde-doença da comunidade e os problemas de saúde mais prevalentes na população negra e na comunidade de Tijuaçu.

Exigirá que a mediadora explique o uso do barbante que será encaminhado a cada membro do grupo. A mediadora iniciará a atividade segurando a ponta do barbante e passará o rolo de barbante para um membro aleatório do grupo, que segurará a parte do barbante que lhe foi enviada. Neste momento, a mediadora perguntará ao participante:

- *O que você entende por processo saúde-doença?*

- *Quais as doenças mais prevalentes na população negra? Por quê?*
- *Quais os principais problemas de saúde da comunidade de Tijuaçu?*

Depois que o participante falar, ele deverá dar uma volta no seu dedo com o barbante simbolizando um nó, manter segura esta parte do barbante em sua mão e passar o rolo do barbante para outro membro aleatório do grupo, e, assim, sucessivamente. Ao final, espera-se que ocorra um entrelaçamento do barbante formando uma *rede com os nós*.

3º. Momento – Discussão sobre o tema / aprofundamento teórico – Exposição de slides sobre a saúde de Tijuaçu – 15min

A mediadora fará exposição de slides sobre saúde da população negra e dados da população de Tijuaçu

4º. Momento – Encerramento – 10min

Realiza-se avaliação do encontro, solicitando aos participantes que se expressem e respondam as seguintes questões:

- O que você achou do encontro? Tema? Local? Horário?
- Este encontro atendeu às suas expectativas?
- Quais suas sugestões para os próximos encontros?

3ª. OFICINA - EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA

1. Objetivo Geral

- Discutir sobre Educação Popular em saúde, enfatizando suas potencialidades enquanto prática transformadora e promotora de melhorias na qualidade de vida.

2. Objetivos específicos

Esta oficina tem como objetivos específicos levar os participantes a:

- Rever pontos principais da 1ª e 2ª Oficinas;
- Socializar e integrar novos participantes ao grupo;

- ❖ Discutir sobre Educação Popular em Saúde;
- ❖ Identificar as potencialidades da Educação Popular em Saúde para a comunidade de Tijuaçu;
- ❖ Relacionar práticas / experiências exitosas em Educação Popular em Saúde que podem ser desenvolvidas na Comunidade pelos participantes em suas áreas de atuação.

3. Operacionalização

1. Preparar o grupo com uma dinâmica de motivação
2. Explicar o objetivo do dia e os objetivos específicos da oficina;
3. Promover discussão a partir das questões norteadoras; caso necessário, a mediadora trará observações que contribuirão com a melhoria do grupo em relação aos objetivos a serem alcançados;
4. Elaboração de um plano de intenções com atividades de Educação em Saúde que possam ser desenvolvidas pelos participantes.

4. Recursos materiais e humanos

- ❖ Espaço físico adequado para a técnica e definido pelos participantes;
- ❖ Material para registro: gravador, máquina fotográfica, máquina filmadora;
- ❖ Material de apoio: lápis preto, caneta esferográfica, folhas A4, pilotos e papel metro, notebook; Datashow; caixa de som; vídeo; vendas; impresso com modelo de Plano de Intenções.
- ❖ Mesa com água e lanche para os participantes;
- ❖ Um mediador – pesquisadora responsável;
- ❖ Um observador responsável pelos registros fotográficos e filmagem.

5. Momentos da oficina

1º. (Re)Encontro;

2º. Vivência de integração sobre o tema: A Rede e os Nós da Rede – Discussão sobre o tema / aprofundamento teórico;

3º. Elaboração de Plano de Intenções;

4º. Encerramento;

5º. Lanche.

6. Técnicas utilizadas

1º. Momento – (Re)Encontro com Dinâmica Não Estamos Sozinhos – 20min

Objetivo dessa dinâmica para reunião de equipes é melhorar a confiança nos outros, estimular a integração e participação nas atividades desenvolvidas no trabalho.

Material

Ambientes diferentes e vendas para todos os participantes.

Passos

É necessária ajuda para essa dinâmica. Vendar os olhos de cada participante e conduzi-los até seus lugares sem dizer nada. Se possível, ficar descalços. Colocar em seu lugar e tirar as vendas dos olhos.

Cada pessoa entra sendo conduzida, sem ver que outros estão vendados. Se possível, colocar obstáculos, algo que pisem e sintam a diferença do chão.

Depois que todos estiverem em seus lugares, a mediadora promove a discussão sobre confiança, ressaltando que não estamos sozinhos, sempre tem alguém a nos ajudar a executar tarefas e que, no trabalho em equipe, é preciso confiar.

Os membros de uma Equipe devem confiar uns nos outros, pois seu trabalho é coletivo. Quando todos trabalham em prol de um único objetivo conseguem atingir a meta maior, neste caso, saúde de qualidade para toda a Comunidade.

2º. Momento - A Rede e os *Nós da Rede – 40mim*

Este momento da oficina desenvolverá a questão relacionada à Educação Popular em Saúde. Esta etapa visa aprofundar os conhecimentos teóricos sobre o tema, identificar potencialidades para a comunidade e estimular os participantes a refletirem sobre suas ações concretas para garantia do processo educativo em saúde nos ambientes da Estratégia de Saúde da Família e da Escola Antônio José de Souza.

A mediadora estimulará o debate com base nas perguntas:

- *O que é Educação Popular em Saúde?*
- *Em quais ambientes a Educação Popular em Saúde pode ser realizada?*
- *Quais as potencialidades / benefícios da EPS para a Comunidade quilombola de Tijuaçu?*
- *Como você poderá se comprometer para mudar a realidade em relação à saúde da Comunidade?*

Sugestões de leitura:

- FREIRE, P; NOGUEIRA, A. **Que fazer**: teoria e prática em educação popular. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.
- PALUDO, C. **Educação popular em busca de alternativas:** uma leitura desde o campo democrático popular. Porto Alegre, RS: Tomo Editorial, 2001.
- SCHALL, VT; STUCHINER, M. **Educação em saúde**: novas perspectivas. Cad. Saúde Pública 1999; 2: 4-5.

3º. Momento – Costurando os "Nós" da Rede – 40min

Neste momento, espera-se que os participantes despertem para o seu compromisso como protagonistas para melhorar as condições de vida da comunidade.

A mediadora propõe aos participantes que elaborem, em grupos de, no máximo, 4 (quatro) participantes um Plano de Intenções (Apêndice E), conforme modelo sugerido. Na sequência, cada grupo escolherá um relator para apresentar o Plano de Intenções.

O observador providencia cópia dos planos para os registros posteriores da pesquisa. Cada grupo ficará com o seu plano para execução, monitoramento e avaliação.

4º. Momento – Encerramento – 10min

Realiza-se avaliação geral dos encontros, solicitando aos participantes que se expressem e respondam as seguintes questões:

- O que você achou dos encontros? Tema? Local? Horário?
- Estes encontros atenderam às suas expectativas?
- Você acha que os encontros contribuíram para o desenvolvimento do seu Plano de Intenções?
- Quais suas sugestões para os próximos encontros?

No desenvolvimento das oficinas formativas / grupos focais, seguiram-se as seguintes etapas: Planejamento/montagem; Escolha de um relator ou mediador auxiliar; Definição do local para a reunião, roteiro guia com questões norteadoras, convite e motivação dos participantes, técnicas e instrumentos de construção dos dados (relatoria, gravação em áudio, em áudio e vídeo); Condução do Grupo; Levantamento de questões amplas; Análise e discussão dos dados; Escrita dos resultados em dissertação.

Destacamos aqui que, a partir das oficinas formativas e da elaboração do Plano de Intenções pelos participantes, surgem possibilidades de outros desdobramentos para a

pesquisa, através do acompanhamento das atividades propostas. Conversaremos sobre esses desdobramentos no capítulo quarto.

3.6 Sistematização e Análise dos Dados

A sistematização e análise dos dados ocorreram em etapas nas quais buscamos, através da triangulação de dados, mesclar dados quantitativos e qualitativos para compreensão dos fenômenos envolvidos. Assim, realizamos a análise quantitativa através da tabulação dos dados utilizando-se os Softwares Microsoft Excel e Epi Info 7.

A análise dos dados qualitativos processou-se à luz dos conhecimentos já produzidos sobre trajetórias quilombolas, saúde quilombola, identidades culturais e educação popular em saúde tomando por base a Análise de Conteúdos de Bardin que, como método, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. As fases de análise de conteúdo se organizam em três polos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação (BARDIN, 2006).

Quando da análise das descrições expressas no conteúdo das falas dos participantes, tornou-se necessário que a pesquisadora se despisse de referenciais teóricos prévios, restando, contudo, os pressupostos vivenciais - ou o pré-vivido, pré-reflexivo - que ligam pesquisadora e pesquisado, o que impede o cômodo distanciamento que possibilita a neutralidade.

Como estratégia para evitar uma análise seletiva e a predileção por determinadas ideias em detrimento de outras, realizamos a organização do material de modo a obter um *corpus* detalhado e confiável. Desta forma, constituímos *corpus* para as cinco entrevistas realizadas e um *corpus* para cada uma das oficinas formativas segundo a temática abordada.

Em seguida, realizamos a classificação das unidades de análises através da separação das falas em unidades de sentidos, tentando manter consonância com as categorias de análise propostas no início da pesquisa. Assim, delimitamos as seguintes categorias:

1. Cultura e Tradição Quilombola
2. Saúde Quilombola em Tijuaçu
3. Educação em Saúde como estratégia para melhoria das condições de vida

As análises e discussões destas categorias foram realizadas a partir da apresentação das unidades de sentidos e da contagem de palavras e unidades, expressas através das citações

das falas dos participantes e das Nuvens de Palavras ou *Word Clouds*[15] e serão abordadas posteriormente.

3.7 Aspectos Éticos

Durante a elaboração e desenvolvimento desta pesquisa foram observados os aspectos éticos envolvidos, conforme Resolução nº 466/12 do CNS/CONEP/MS Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa\UNEB com parecer n. 1333985/2015 (Anexo 1).

A referida Resolução regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos, sendo tomadas as devidas precauções em relação aos aspectos éticos que implicam, dentre outros, o respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C), além de prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, mantendo o anonimato das informações e respeitando a integridade moral dos sujeitos envolvidos.

É sabido que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, entretanto os possíveis riscos dessa pesquisa serão minimizados vez que a aplicação dos instrumentos de construção de dados foi iniciada após a liberação de parecer favorável à pesquisa emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNEB. No momento da aplicação dos instrumentos de construção dos dados, buscou-se preservar a privacidade do entrevistado, proporcionando-lhe um ambiente acolhedor e privativo, evitando-se interrupções e minimizando um possível desconforto e/ou constrangimento causado pelo conteúdo da entrevista. As entrevistas e os grupos focais foram gravadas e transcritas cuidadosamente, buscando-se sempre nos relatos a preservação da identidade dos sujeitos pesquisados.

15 Para a contagem de palavras e criação das Nuvens de Palavras, ou *Word Clouds*, foi utilizado o Software online TAGUL, disponibilizado gratuitamente através do endereço: https://tagul.com/login?loggedout.

4 Desenrolando a Conversa: resultados e discussão

Neste capítulo, apresentamos os resultados e a discussão da construção de dados a partir da triangulação de fontes. Assim, analisamos as narrativas apresentadas nas entrevistas realizadas com representantes da comunidade, a tabulação dos questionários aplicados aos moradores e as narrativas e imagens oriundas das oficinas formativas realizadas. Acreditamos que a escolha por variados métodos para a construção dos dados possibilitou-nos adentrar a comunidade estudada e compreender como a saúde se manifesta enquanto fenômeno social, permeado por questões históricas, culturais, políticas e econômicas.

4.1 Questões de Saúde em Tijuaçu: conversa com a comunidade

Durante o desenvolvimento da pesquisa, atendendo aos objetivos delineados, buscamos, através das variadas fontes e metodologias utilizadas, investigar sobre a saúde da comunidade de Tijuaçu, traçando um breve perfil epidemiológico, além de conhecer os modos como a saúde, enquanto fenômeno, manifesta-se na comunidade e como seus moradores exercitam a prevenção e a cura de doenças e agravos. Para tanto, nesta seção apresentamos os resultados e discussão dos questionários e das entrevistas realizadas, utilizando o método de triangulação de dados.

Foram entrevistadas cinco pessoas entre benzedeira, mãe de santo, lideranças comunitária e religiosa. Dentre os entrevistados, identificamos três mulheres e dois homens, com idade média de 64 anos e mais de 40 anos de convívio na comunidade. Visando preservar suas identidades, atribuiremos pseudônimos, relacionando-os com nomes de flores: Gardênia, Orquídea, Alecrim, Lírio e Girassol.

As entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente. Elas apresentam questões relacionadas à compreensão dos sujeitos sobre saúde, doença, principais problemas de saúde da comunidade, quais os fatores determinantes para a ocorrência destes problemas, como a comunidade resolve seus problemas de saúde, como estes problemas podem ser evitados e o que a comunidade faz para prevenir doenças, conforme roteiro de entrevista disponível em Apêndice B.

Os questionários (Apêndice A) foram aplicados a 88 moradores/domicílios da comunidade. Realizando a caracterização dos moradores participantes desta etapa da pesquisa, em relação aos dados sócio-demográficos conforme Tabela 4, pudemos observar que, entre eles predomina o sexo feminino (84%). Acredita-se que este percentual apresente-

se demasiado elevado em decorrência da estratégia utilizada para abordagem dos participantes, que se deu, em sua maioria, na unidade de saúde, como expressado pelos estudos do Ministério da Saúde na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004c) que indicam que as mulheres são maioria dentre os usuários dos serviços de saúde, seja para cuidar de si próprias ou acompanhando seus familiares (filhos, esposos, pais, sobrinhos, etc.).

Tabela 4 – Caracterização da Amostra de Moradores participantes da pesquisa, (N=88), Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 2016

Resultados	**N**	**%**	**Resultados**	**N**	**%**
Sexo			**Idade**		
Feminino	74	84%	18 a 24 anos	13	15%
Masculino	14	16%	25 a 30 anos	14	16%
			31 a 39 anos	19	22%
			40 a 49 anos	12	14%
			50 a 59 anos	8	9%
			60 anos e +	22	25%
Cor / Raça			**Religião**		
Negra	46	52,3%	Católica	63	71,6%
Parda	32	36,4%	Evangélica	23	26,1%
Amarela	1	1%	Nenhuma	2	2,3%
Índia	2	2,3%			
Branca	7	8%			
Naturalidade			**Tempo de Residência em Tijuaçu**		
Tijuaçu	30	34%	< 2 anos	3	3,4%
Senhor do Bonfim	40	45,5%	2 a 5 anos	5	5,6%
Outra	18	20,5%	5 a 10 anos	9	10%
			> 10 anos	71	81%

Fonte: Tabela construída a partir da tabulação dos dados dos questionários, 2016.

Quanto à idade, foi observada distribuição uniforme entre as faixas etárias classificadas, com leve aumento de concentração entre 31 e 39 anos (22%) e 60 anos ou mais (25%). Em relação ao critério cor/raça, verificamos, dentre os participantes deste grupo, uma predominância das etnias preta e parda, com 52,3% e 36,4%, respectivamente, totalizando 88,7% de auto-declaração da raça negra. Destaca-se aqui o reconhecimento e a forte identidade negra entre os membros da comunidade de Tijuaçu. Estas foram sentidas nos momentos de aplicação dos instrumentos de construção de dados e nas conversas com os moradores.

Retomamos Brasil (2004b; 2007) para marcar a importância da ancestralidade negra e de sua relação direta com a resistência à opressão sofrida. Portanto, ao se declarar negro, o povo de Tijuaçu rememora um passado não tão distante de sofrimento, e comemora um presente e possibilidade de futuro marcado por lutas, resistências e ressignificações nas esferas cultural, social, econômica e política.

Outro ponto que emerge da caraterização dos moradores e das observações de campo que merece destaque é a presença marcante da religião Católica dentre o grupo de participantes que responderam ao questionário (71,6%). Conforme apresentado na seção **Para início de conversa**, referente à história e modos de viver em Tijuaçu, os moradores da comunidade apresentam uma devoção muito forte a São Benedito, o padroeiro da localidade, e a Nossa Senhora Aparecida, santos negros, pelos quais a comunidade se sente representada.

Tradicionalmente, a religiosidade é uma das principais características das comunidades negras. Em Tijuaçu essa religiosidade está registrada nas paredes das casas através de quadro e imagens dos santos, nos momentos de aflição, quando, através do vocabulário, recorrem aos santos protetores, clamando: "Valei-me, meu São Benedito!" ou "Minha Nossa Senhora, rogai por nós!". Verificamos, ainda, a importância atribuída pelos moradores à Igreja Católica, em fase de reforma e ampliação, localizada no início da praça principal, e até nos adereços (correntes, brincos) percebe-se a identificação da comunidade com seus padroeiros.

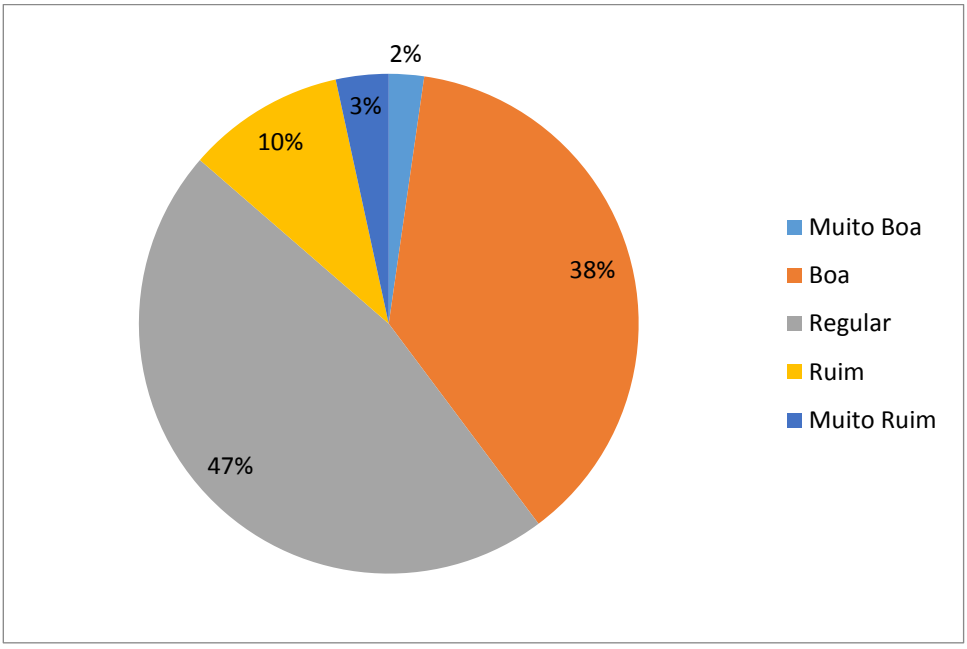
Quanto à naturalidade, a maioria dos participantes da amostra pesquisada é natural do município de Senhor do Bonfim (45,5%) e de Tijuaçu (34%). Acrescentamos aqui que os indivíduos naturais de Tijuaçu correspondem aos grupos etários mais avançados que nasceram em casa e assistidos por parteiras, ao passo que os naturais de Senhor do Bonfim foram assistidos em ambiente hospitalar. Quanto ao tempo de residência, 81% dos participantes da amostra residem em Tijuaçu há mais de 10 anos. Este último item da caracterização endossa o

conhecimento e a vivência que estes indivíduos apresentam em relação à comunidade, sua história e seus modos de viver.

A segunda parte do questionário refere-se ao estado de saúde dos participantes e de seus familiares: questionamos sobre avaliação da saúde, doenças e agravos, recursos utilizados para resolver o problema apresentado, bem como serviços/dispositivos utilizados para prevenção de doenças e manutenção da saúde.

Ao serem questionados sobre a situação de saúde, os participantes avaliam a saúde de sua família como muito boa (2%;n=2), boa (38%;n=33), regular (47%;n=41), ruim (10%;n=9), muito ruim (3%;n=3). Observamos, portanto, que, apesar dos problemas de saúde enfrentados pela comunidade, ela considera que possui um nível de saúde satisfatório, com taxa de 74% para os níveis bom e regular, ao passo que os níveis ruim e muito ruim representaram 12% (Gráfico 6), um percentual bastante expressivo, superando em muito os dados apresentados pelo Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) e da Pesquisa Mundial de Saúde.

Gráfico 6 – Autoavaliação da Situação de Saúde dos moradores de Tijuaçu (N=88), Senhor do Bonfim-Ba, 2016.



Fonte: A autora, 2016.

Em 2003, a Pesquisa Mundial de Saúde estimou taxa de 9% de autoavaliação ruim ou muito ruim para a população brasileira. No ano de 2008, o Suplemento de Saúde da PNAD revelou, para o Brasil, taxas de avaliação do estado de saúde em 3,8% para as classificações

ruim ou muito ruim; para a região Nordeste, esta taxa foi de 4,6%. Um estudo de autoavaliação de saúde, em uma comunidade que apresenta características semelhantes (quilombola, rural, localizada no interior de um Estado nordestino), apresentou para as classificações ruim ou muito ruim taxas em torno de 12,5%, equivalentes, portanto, com esta pesquisa permitindo assim, inferir que as condições adversas de vida e saúde interferem diretamente na autoavaliação da mesma (SZWARCWALD, C. L. et al, 2004; IBGE, 2014; KOCHERGIN, PROIETTI, CÉSAR, 2014).

Cabe aqui fazer uma reflexão sobre as diferenças apresentadas entre taxas de avaliação negativa da situação de saúde nacional em comparação com os resultados de comunidades quilombolas rurais do interior do Nordeste. Acreditamos que tal diferença reforça o fato de esta minoria apresentar dificuldades de acesso e assistência à saúde, bem como insuficiência e/ou inexistência de condições básicas de vida, a exemplo de saneamento básico, abastecimento de água e destinação de lixo e fezes e urina, como revelado pelos dados de Tijuaçu e de várias outras comunidades. Não podemos deixar de mencionar a visão da comunidade ao relacionar sua condição de vulnerabilidade social à sua autoavaliação da situação de saúde.

Várias pesquisas apontam que os estudos populacionais de autoavaliação de saúde são extremamente eficazes na avaliação da situação de saúde, nas demandas e expectativas de uma população (DACHS, SANTOS, 2003; LIMA-COSTA, CÉSAR, CHOR, PROIETTI, 2012; KOCHERGIN, PROIETTI, CÉSAR, 2014). Quando estas avaliações apresentam uma carga negativa tão significativa, podemos inferir que estas são reflexo das precárias condições de vida e saúde apresentadas por este grupo populacional e que podem ser confirmadas através das análises dos dados de morbi-mortalidade apresentados.

Sobre a autoavaliação da saúde, Kochergin, Proietti, César (2014, p.1488), acrescentam que não podemos perder de vistas que este "é um conceito subjetivo que, embora esteja fortemente relacionado a medidas biológicas objetivas, é mediado por experiências psicossociais e pelos contextos sociais e culturais". Durante o período de construção dos dados na comunidade de Tijuaçu, identificamos um quantitativo elevado de moradores e/ou familiares que estava acometido ou tinha sido acometido recentemente por uma das formas da Tríplice Endemia (Dengue, Zika, Chicungunya) e que, devido à forma de proliferação do vetor Aedes aeghipti, apresentavam preocupação especial com o lixo descartado inadequadamente e os reservatórios de água improvisados utilizados em decorrência do não abastecimento regular de água potável. Este fato nos leva a crer que o contexto local pode ter pesado negativamente nesta autoavaliação.

Para ampliar a compreensão dos tijuaçuenses ao realizarem autoavaliação do estado de saúde, faz-se necessário conhecer como estes indivíduos conceituam saúde e doença. Recorremos, deste modo, aos dados construídos a partir das entrevistas realizadas com representantes da comunidade.

Durante a análise do conteúdo das entrevistas, a primeira questão: "O que você entende por saúde?" obteve respostas que variaram entre saúde enquanto ausência de doença, saúde como corpo e mente sãos, e ainda saúde enquanto garantia de direitos e posse de terra, remetendo-nos a ideia de como os conceitos de saúde e doença são culturalmente determinados e sofrem influência de vários aspectos sociais, econômicos e relacionados com as trajetórias individuais e coletivas de vida.

Dois dos entrevistados se reportaram à saúde enquanto viver bem, sem doenças e se reportaram ao caráter evolutivo das questões relacionadas à saúde:

> A saúde no passado e agora, eu aqui na comunidade, antigamente, a saúde era muito ruim. Naquela época, do passado, a saúde era mais difícil. (Gardênia)
> A saúde, quer dizer, ser saudável, é quando a pessoa vive bem, não tem nenhum problema, nem fica tomando remédio sempre. (Rosa)

Na literatura, podemos nos deparar com uma gama de conceitos sobre saúde: saúde como ausência de doença; saúde como bem-estar; e saúde como valor social. Contudo, independentemente destes conceitos, pode-se atribuir a saúde da população negra a três elementos principais, quais sejam: política, ciência e tradição, e vulnerabilidade diferenciada, sendo esta última relacionada diretamente com a ecologia biocultural da população negra e voltada para um cuidado baseado em evidência e centrado na pessoa (CRUZ, 2015).

Emergiu ainda o conceito de saúde enquanto bem estar físico, mental e espiritual. Neste sentido, observamos que, para a entrevistada em questão, cuidar da mente e do espírito é igualmente importante a cuidar do corpo.

> A saúde, pra mim, meu bem, é você cuidar bem de sua saúde [...] Então a gente tem que se cuidar, cuidar de nossa matéria e de nosso mundo espiritual, que nós temos os dois lados, o carnal e o espiritual. (Alecrim)

Ampliando o conceito, podemos observar que, numa relação direta com seus modos de vida e as tradições e marcas culturais que traz consigo, o ser humano (re)cria suas próprias definições para saúde, considerando como prioritários aspectos que possibilitem sua autonomia e subsistência. Deste modo, surgem entre os entrevistados as seguintes afirmações:

> Saúde para mim é ter terra. Um teto para morar, [..] um pedaço de chão para plantar. (Lírio)

Girassol ressalta a importância da alimentação para a garantia da saúde:

> Não se pode ter saúde, se a gente não tem o que comer, não tem como plantar um feijão, um milho. Eu graças a Deus tenho um cercadinho com minha roça, mas tem muitos que não tem nada. (Girassol)

Estas afirmações trazem à tona o que já se tornou senso comum entre a população e os profissionais de saúde acerca do processo saúde-doença enquanto um

> [...] processo social caracterizado pelas relações dos homens com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas) num determinado espaço geográfico e num determinado tempo histórico (TANCREDI, BARRIOS, FERREIRA, 1998, p 11).

Portanto, a manutenção da saúde ultrapassa as questões clínico-assistenciais, despertando para a necessidade de um novo modelo de saúde que responda adequadamente às demandas deste processo.

Retornando para a discussão dos questionários, analisaremos a frequência de adoecimento nos últimos 30 dias. É importante ressaltar aqui, que a delimitação do prazo de 30 dias para frequência de adoecimento foi utilizado com o objetivo de apreender informações referentes a problemas agudos de saúde, tendo em vista que as patologias crônicas serão abordados em questões posteriores; acrescenta-se, ainda, que a aplicação dos questionários analisados nesta seção ocorreu entre o período de dezembro de 2015 e fevereiro de 2016.

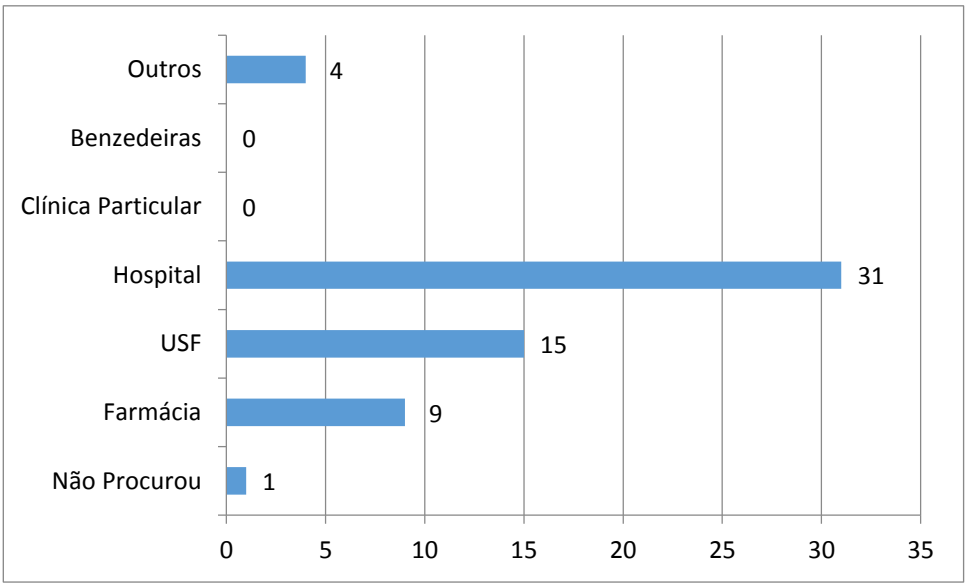
Nos 60 domicílios (68,2%) que apresentaram algum tipo de doença nos últimos 30 dias, foram verificados 69 problemas relacionados, sendo que em algumas situações um único morador manifestou mais de uma patologia. Dentre as patologias relacionadas, chama-se a atenção para o elevado número de casos de Doença Exantemática relacionadas à Tríplice Endemia (Dengue, Chicungunya e Zika), sendo observados 31 casos; foram 12 os casos relacionados com gripes e/ou resfriados. As demais causas de morbidade encontradas foram: viroses indeterminadas (5), problemas gastrointestinais (5), complicações em decorrência de diabetes mellitus (5) e da hipertensão arterial (4), acidentes (1), problemas mentais (1), odontológicos (1), dermatológicos (1), renal (1), outros (2).

Dentre as doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus, problemas mentais e renal) relacionadas pelo grupo respondente aos questionários, verifica-se padrão de morbidade semelhante aos apresentados em diversos estudos relacionados à saúde da população negra, evidenciando o racismo sofrido por esses indivíduos, e a prevalência de

doenças geneticamente determinadas, ou de berço hereditário, ancestral e étnico, associadas às doenças decorrentes das condições sócio-econômicas, educacionais e psíquicas desfavoráveis (MAIO, 2004; ROCHA, 2004; MONTEIRO, MAIO, 2008).

Dos 60 domicílios que apresentaram algum morador que adoeceu nos últimos 30 dias, apenas um morador não procurou auxílio para a resolução do seu problema de saúde; os outros 59 procuraram algum tipo de auxilio, conforme evidenciado pelo Gráfico 7.

Gráfico 7 – Locais onde os moradores buscam auxílio para seus problemas de saúde, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 2016.



Fonte: A autora, 2016.

Emergiram desta questão duas situações peculiares, em comparação com os estudos sobre assistência à saúde em outras comunidades quilombolas: desenvolvimento de práticas predominantemente médico-hospitalares e a não evidenciação de uso das práticas alternativas como rezadeiras, benzedeiras e curandeiras. Neste estudo, a população de Tijuaçu apresentou-se com práticas de saúde características de um modelo hospitalocêntrico, considerando-se que 31 indivíduos (51%) respondentes afirmaram procurar auxílio em unidades hospitalares na sede dos municípios de Senhor do Bonfim e Filadélfia. Como segundo lugar para auxiliá-los, 26% dos respondentes dirigiram-se à Unidade de Saúde da Família da localidade, seguidos por 15% destes indivíduos que buscaram auxílio na farmácia privada do distrito.

Estes dados revelam a permanência de um modelo de assistência à saúde centrado na figura do hospital e do profissional médico, contrapondo-se ao modelo sanitário de Vigilância à Saúde proposto através das diversas políticas públicas de saúde vigentes em nosso país, que

apresentam como porta preferencial de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades de Saúde da Família.

Merece destaque ainda o fato de a procura por farmácias privadas ocupar a terceira posição quanto aos serviços utilizados pelos moradores de Tijuaçu ao adoecerem, demonstrando o risco a que estes indivíduos estão expostos em decorrência da automedicação e da aquisição de medicamentos sem prescrição médica e sem a devida avaliação de seu estado de saúde e correlação dos sinais e sintomas apresentados para a determinação da terapêutica mais apropriada.

Quanto à automedicação e ao uso racional de medicamentos, a Anvisa (2006) alerta que o uso inadequado de medicações é um problema de saúde pública prevalente e permanente em todo o mundo. Esta prática é responsável por cerca de 28% dos casos de intoxicações no Brasil, além de gerar riscos para o agravamento do problema de saúde e o desenvolvimento de resistência bacteriana pelo uso indiscriminado de antibióticos.

Dentre os 60 domicílios que apresentaram adoecimento de seus moradores, nenhum dos participantes informou ter procurado auxílio em casas de benzedeiras, rezadeiras ou curandeiros. Embora este dado retrate uma amostra da realidade, podemos validar esta informação através das conversas que mantivemos com os moradores e com as próprias rezadeiras da localidade. Estas últimas revelam que seus serviços já não são mais requisitados como em décadas anteriores e que os membros da comunidade demonstram certa resistência em frequentar suas residências.

Essas flutuações e negações das tradições afro-brasileiras são frutos das interações com outros saberes e culturas e influenciam diretamente na identidade e na transmissão dessas tradições. Relembremos Bauman (2005) que afirma que as identidades flutuam no ar e que é preciso estar em alerta constante para defender as primeiras em relação às ultimas. Deste modo, percebe-se certa negação a estas tradições, como revelado pela fala da entrevistada Gardênia ao ser questionada sobre a crença da comunidade nas práticas tradicionais com usos de chás, garrafadas e benzeções:

> Ninguém sabe se o povo perdeu a fé [...]. Deixaram de acreditar sim, [...] antigamente eu cansei de curar meu filho na roça com essa marjenta quando tinha dor de barriga [...]. (Gardênia).

A narrativa de Gardênia nos remete ao fato que as tradições se dissipam ao longo do tempo e são substituídas por outras práticas, aparentemente mais eficazes, em decorrência da disponibilidade de serviços hospitalares e ambulatoriais, das facilidades de aquisição dos

medicamentos, mesmo sem receita médica, e do tempo reduzido para manifestação dos efeitos terapêuticos. Contudo, faz-se necessário o resgate destas tradições e a busca por integração das práticas alternativas e tradicionais populares ao saber médico-científico, conforme estabelecido nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) que prevê, dentre outras diretrizes, o incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra e promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matriz africana (BRASIL, 2009).

Ao serem questionadas quanto ao acesso à assistência médica, à prescrição de tratamentos e ao uso de medicamentos, essas pessoas revelaram que, dos 50 indivíduos que procuraram ajuda para tratamento em unidades hospitalares e ambulatoriais, 45 (90%) receberam assistência médica, enquanto 5 (10%) receberam assistência por outros profissionais de saúde. Chama a atenção o fato que a quase totalidade dos respondentes informou ter recebido orientações/prescrições para o uso de medicamentos, ao passo que apenas um indivíduo informou ter recebido orientações para o uso conjunto de medicamentos e chá à base de ervas naturais.

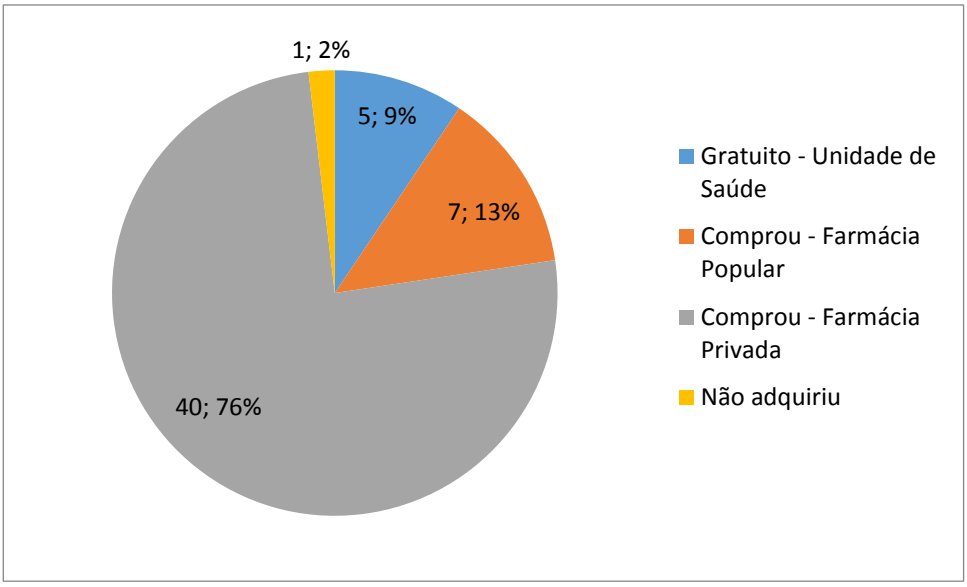
Esta prática vai de encontro ao preconizado por diversas diretrizes do SUS, dentre as quais podemos citar a própria Lei Orgânica do SUS, a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS; e reforça a necessidade de divulgação destes documentos norteadores e do desenvolvimento de formação / capacitação profissional para médicos e demais profissionais de saúde que atuam nas unidades de saúde do município e região vizinha.

Ainda com relação aos atendimentos e orientações para uso de medicamentos, esta pesquisa evidencia a falta de integralidade da assistência, com falhas no acesso à assistência farmacêutica. Verificamos, conforme ilustrado pelo Gráfico 8, que apenas 9% dos pacientes adquiriram o medicamento prescrito gratuitamente através da unidade de saúde, incluem-se, aqui, a Unidade de Saúde da Família e as Unidades hospitalares de Senhor do Bonfim e do município vizinho, Filadélfia.

Dos participantes que adquiriram o medicamento, 13% afirmam ter adquirido em Farmácia Popular, a preços mais acessíveis, ao passo que 76% fizeram-no em farmácias privadas, que apresentam preços mais elevados, reforçando, assim, que o sistema público de saúde, apesar de possibilitar a ampliação do acesso ao serviço de saúde, não aumenta na mesma proporção a garantia da integralidade dessa assistência, bem como o acesso aos meios

diagnósticos e terapêuticos. O único participante que não adquiriu o medicamento prescrito pelo médico afirma não tê-lo feito por falta de recursos financeiros para tanto.

Gráfico 8 - Aquisição de medicamentos pelos moradores de Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 2016.



Fonte: A autora, 2016.

Ao serem questionados quanto à utilização de serviços de prevenção de doenças e promoção da saúde, 84 (95,5%) dos respondentes aos questionários afirmaram que a família utiliza dos serviços oferecidos pela USF de Tijuaçu. Os serviços são utilizados por diversos moradores, incluindo crianças, adultos e idosos e são citados em ordem decrescente de frequência de utilização: acompanhamento de tratamento – hipertensão, diabetes (47), vacinação (46), preventivo de câncer cérvico-uterino (44), dentista (31), acompanhamento pré-natal (22), puericultura (15), exames diagnósticos – triagem neonatal, exames laboratoriais, triagem pré-natal (15).

Apesar da elevada procura pelos serviços de prevenção de doenças pela população de Tijuaçu e do empenho demonstrado pela equipe de saúde da família em atender a estas demandas, observamos com base nas narrativas dos participantes ao responderem os questionários, e ainda nas falas dos entrevistados que a prevenção, por vezes é de difícil acesso:

> A prevenção, muita gente faz, muita gente não faz [...] uns vão ao posto de saúde, uns, aqueles que têm um dinheirinho guardado paga e vai para Bonfim [...] muitos não fazem nada e acabam doentes. (Girassol)

Alecrim também reforça a referente questão, dizendo:

> O que atrapalha é esse, (esfrega os dedos) pra fazer um ultrassom, preventivo, mamografia, pra uma tomografia, que a área do SUS não tem [...] Ai oh, o meu preventivo eu pago, pago todo ano, ano passado foi R$130,00. (Alecrim)

Este acesso dificultado aos serviços de prevenção de doenças e promoção da saúde reflete negativamente na saúde e na qualidade de vida desses indivíduos e pode ser expresso através dos indicadores de morbi-mortalidade, como pudemos observar na caracterização da comunidade apresentada no capítulo Rumos da conversa: pressupostos metodológicos, quando vimos que a hipertensão e a diabetes mellitus aparecem com elevada prevalência entre os moradores de Tijuaçu.

Dentre os respondentes aos questionários, para a questão: "Algum morador possui alguma doença?" obtivemos 81% (N=63) de respostas afirmativas e 39% (N=25) para respostas negativas.

Na análise das entrevistas, sobre doença, a narrativa de Gardênia nos faz recordar que nem sempre a definição de saúde e doença está bem delimitada na mente humana devido sua complexidade conceitual:

> Doença é uma coisa que eu não sei nem lhe responder o que é doença, acho que doença é um vírus, uma bactéria, ou vem do tempo, não vou responder certo, só sei que a gente tá aí de repente bate. (Gardênia)

Alecrim, mantendo sua ideia de que o homem é composto por matéria e espírito, e apresentando forte carga religiosa em sua fala, conceitua doença como algo ruim e do mundo:

> A doença é uma coisa muito ruim. A doença não vem de Deus. [...] Deus colocou nós aqui para nós viver bem, com harmonia e feliz com todos, mas, infelizmente veio o pecado que traz estas coisas, vem a doença, vem a angustia, então isso aí é coisa do mundo, é coisa daqui. Nós temos que passar tudo isso aqui, mas não tem nada a ver com Deus, nosso Deus é limpo, é puro, é amor e é resplendor. (Alecrim)

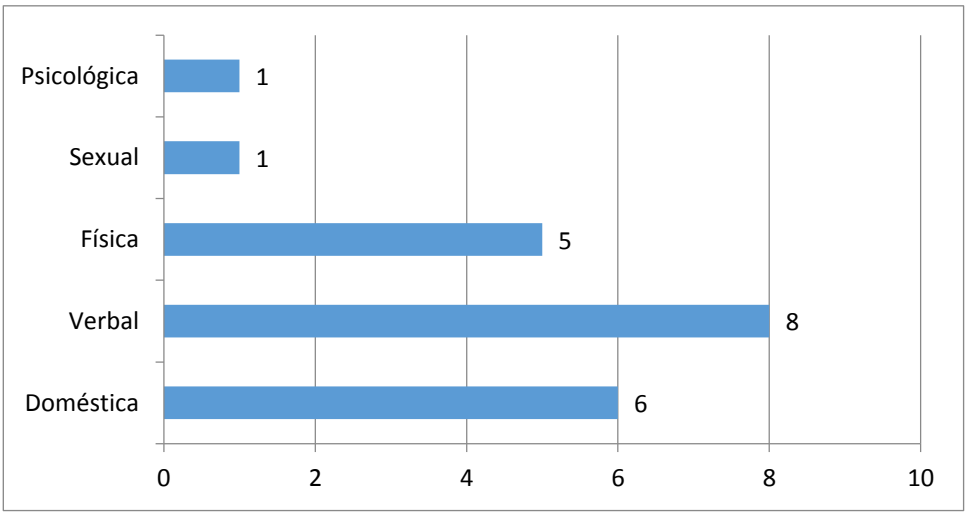
Este pensamento nos remete aos estudos de Batistella (2007) sobre a processo saúde-doença na antiguidade, no qual o autor atribui ao mesmo uma visão mágico-religiosa, que, através do forte enraizamento histórico nas mais diferentes culturas, ainda exerce muita influência nas formas de pensar a saúde e a doença na sociedade contemporânea, revelando a doença enquanto fruto do pecado e o meio utilizado pelas divindades para fazer com que o pecador se redimisse dos seus maus feitos.

As doenças citadas pelos moradores incluíram, em ordem decrescente de exposição, hipertensão arterial (37), Insuficiência Respiratória (11), Diabetes (10), Obesidade (10),

Insuficiência Cardíaca (9), Anemia Falciforme(3), Tuberculose (2), Insuficiência Renal, Câncer, Hanseníase e Desnutrição com um caso cada.

Quando questionados sobre a ocorrência de alguma forma de violência entre os moradores das famílias entrevistadas, foram revelados 21 casos, dentre as variadas formas de violência. Foram relatados casos envolvendo a violência doméstica, física, verbal, sexual e psicológica, de acordo com o gráfico 9 abaixo.

Gráfico 9 – Formas de violência relatadas pelos moradores de Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 2016.



Fonte: A autora, 2016.

Segundo dados da Diretoria de Informações em Saúde do Estado da Bahia, no ano de 2015 foram registrados 10.279 casos de violência doméstica, sexual e outras. Destes, 5.813 (57%) ocorreram em indivíduos de cor preta e parda (SESAB/DIS/SINAN, 2016). Este dado vem reforçar o quanto a população negra está exposta à violência.

No caso de Tijuaçu, podemos acrescentar, ainda, o fato de que as agressões verbais e psicológicas estão, segundo relatos dos entrevistados, relacionadas com casos de racismo e preconceito. O racismo, enquanto determinante do processo saúde-doença nesta comunidade, vem sendo amplamente relatado pelos moradores, contudo os registros oficiais são deficientes, visto que não existe policiamento sistematizado em Tijuaçu, nem por parte da Polícia Militar, nem da Guarda Municipal. Ocorrem, esporadicamente, rondas policiais realizadas pela Policia Militar. O fato de não apresentar policiamento deixa as vítimas mais vulneráveis, facilitando a ação dos agressores e dificultando a formulação de denúncias, que acabam não sendo registradas, deixando os agressores impunes.

Destacamos, ainda, que nos seis casos de violência doméstica relatados, as vítimas foram mulheres negras, agredidas por seus companheiros, e não houve registro policial das ocorrências. Esta é uma situação muito comum, apesar de lamentável, e revela, além da vulnerabilidade deste grupo, os entraves enfrentados por estas mães de família que sofrem caladas as repetidas agressões.

Outros fatores agravantes para a situação de saúde da comunidade de Tijuaçu são a incidência do consumo abusivo de fumo e álcool. Em relação ao fumo, 25% dos respondentes informaram que possuem algum membro da família que faz uso dessa substância. Destes, 55% não consideram o fumo um problema e, portanto, nunca tentaram parar de fumar, 27% tentaram parar de fumar sem nenhum auxílio e não obtiveram sucesso na tentativa e 18% relatam que buscaram auxílio médico, pararam de fumar por um período, mas retornaram o uso.

Quanto ao uso abusivo de álcool, 16% dos respondentes relataram possuir algum membro da família nesta condição. Destes, 71% nunca tentaram parar de beber, 22% tentaram sozinhos(as), mas não obtiveram êxito e 17% recorreram às Igrejas parando por um período, mas retornando o consumo.

Na questão referente ao uso de outras drogas, não foram relatados dentre os respondentes aos questionários, contudo, durante as entrevistas, quando questionados sobre os problemas de saúde da comunidade, os entrevistados fizeram menção ao alcoolismo, ao uso de drogas e à prostituição como problemas em expansão e com fortes tendências para a ocorrência de questões mais sérias, a exemplo da violência e dos homicídios:

> ...os vícios são daqui do mundo. Deus não dá pra ninguém fumar, Deus não dá pra ninguém beber, Deus não manda você roubar, Deus não manda você matar, não, o candomblé também não manda, a igreja católica também não manda, é coisa do mundo. (Alecrim)

Lírio complementa dizendo que:

> De noite, quem anda na rua, só vê o que não presta. Homem bebendo, fumando, usando drogas. Nem só o homem, a mulher também. [...] menina nova vendendo o corpo. O mundo tá perdido. (Lírio)

Ao serem indagados sobre as formas como tratam seus problemas de saúde, os entrevistados informam que, no passado, recorriam mais frequentemente aos métodos naturais, a exemplo dos chás feitos com ervas do quintal, garrafadas e rezas. *"[...] num dia desses, a gente pegava um chá, fazia um remédio." (Orquídea).*

Revelam, ainda, como o pensamento positivo, a fé em Deus e a crença nos dons e conhecimentos dos curandeiros são capazes de promover a cura e afastar os males, mantendo o corpo são.

> ...Não fui para o médico, de jeito nenhum. Quem me curou primeiramente foi Deus e segundo a fé. Tinha um homem, um sábio, que rezava, que era rezador, mamãe foi lá nele. Ele fez uma garrafada de remédio e eu fiquei boa. (Gardênia)

Nos tempos atuais, apesar de predominar a cultura médico-hospitalar entre a população de Tijuaçu, ainda existem os adeptos das práticas tradicionais da cultura afro brasileira.

> Hoje em dia [...] com reza. Ali mesmo caiu um senhor com esta doença tonto, a mulher rezou lá embaixo, a mulher alta ali embaixo rezou, passou uns remédios, ele já está até melhorzinho. (Alecrim)

Outro entrevistado apresenta a busca por auxílio médico, seja na própria comunidade, seja nas localidades vizinhas e que concentram a maior parte das especialidades médicas, gerando o deslocamento para outras cidades, implicando custos pessoais e riscos muitas vezes desnecessários; alguns autores referem-se a este fenômeno como turismo da saúde.

> Vai pro medico, se o povo não faz mais nada aqui, vai no médico. A comunidade daqui é o médico, se aqui em Tijuaçu não dê certo, tem que ir pra Bonfim, se não resolver leva pra Juazeiro. (Lírio)

Os resultados das tabulações dos questionários e a análise dos *corpus* derivados das entrevistas revelam que a comunidade de Tijuaçu apresenta dificuldades em manter suas tradições no que se refere aos cuidados com a saúde, perdendo significativamente o poder de transmissão de sua cultura e costumes.

Percebemos claramente que os cuidados tradicionais com a saúde, a exemplo do uso de chás, rezas, banhos, garrafadas e lambedores, feitos pelos terapeutas populares da comunidade, ainda são cultivados entre os moradores mais idosos e que vivenciaram o poder da cura destas práticas desde a infância, muitas vezes em situações nas quais estes eram os únicos recursos disponíveis. Quanto aos mais jovens, estes apostam no novo; com acesso à informação e à tecnologia, valorizam mais facilmente os medicamentos, exames e especialidades médicas, em detrimento das práticas ensinadas por seus avós através das histórias contadas.

Sobre a negação desta herança, Costa (2012, p. 337) afirma que: “Os mecanismos históricos de controle e repressão as religiões afro-brasileira dificultaram muito a construção

de uma “identidade” do “povo de santo”, fazendo inclusive com que se negue a importância das práticas terapêuticas de cura”

Com uma identidade fragmentada pela discriminação e pelo preconceito, torna-se natural o abandono de tais práticas e a substituição por outras, contudo, os idosos tentam resgatar nos mais novos a crença a respeito das contribuições do saber popular e das manifestações artístico-culturais afro-brasileiras para a promoção e manutenção do bem estar físico e mental, bem como para o convívio social da comunidade.

4.2 Educação em Saúde: estratégia para melhoria das condições de vida

Embasada pelos resultados das análises a partir da triangulação dos dados construídos durante a aplicação dos questionários e das entrevistas sobre as tradições quilombolas e seus impactos para a preservação da saúde da comunidade de Tijuaçu, emergiu a demanda por uma formação sobre Educação em Saúde Quilombola a ser desenvolvida com os professores do educação infantil e ensino fundamental I e com os profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família da localidade.

Buscando dar continuidade à construção dos dados para compor a triangulação para esta dissertação e sem perder a oportunidade de socialização e difusão do conhecimento, propusemos o desenvolvimento de Oficinas Formativas desenvolvidas a partir da metodologia de grupo focal. Foram realizadas três oficinas envolvendo as temáticas: Cultura e tradição quilombola; Saúde da população negra e da população Tijuaçuense; Educação popular em saúde como prática transformadora. O planejamento, o roteiro de execução das oficinas e a caracterização do grupo participante das mesmas já foram apresentados no capítulo Rumos da Conversa: pressupostos metodológicos. Lembramos aqui que, para o desenvolvimento destas oficinas, foram adotadas as recomendações éticas preconizadas pela Resolução no. 466/2012, submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa/UNEB e utilização do TCLE.

De acordo com as temáticas sugeridas inicialmente para a realização das oficinas, trabalhamos a análise dos dados em três categorias: 1. Cultura e Tradição Quilombola; 2. Saúde Quilombola em Tijuaçu; 3. Educação em Saúde como estratégia para melhoria das condições de vida. No discorrer das análises, objetivamos apresentar sobre o desenvolvimento das oficinas, bem como a percepção apresentada pelos participantes sobre as temáticas abordadas.

Durante as oficinas, buscando resgatar elementos da cultura afro-brasileira, adotamos, nos três encontros, a utilização de um ambiente circular, aconchegante e convidativo, com um lanche à disposição durante todo o encontro.

> No círculo, não há começo, nem fim. No círculo, na roda da vida, não há hierarquias entre participantes uma vez que os lugares mudam constantemente com a energia vital fluindo contínua e ininterruptamente através do poder e do saber, sem se prender, nem se cristalizar, mas girando, circulando, transferindo-se... (BRASIL, 2014).

Optamos pela disposição das cadeiras em círculo, por acreditarmos que no círculo todos são iguais e podem ver e serem vistos; trabalhamos ainda com a oralidade e a ludicidade sempre que possível, recorrendo a dinâmicas, vídeos e ilustrações.

4.2.1 Oficina I: Cultura e Tradição Quilombola

A primeira oficina, Cultura e Tradição Quilombola, contou com a participação dos 16 membros do grupo composto por 9 professores e 7 profissionais de saúde. Iniciamos esta atividade com a apresentação do grupo através da Dinâmica Apresentação com Balões (Figura 4).

Figura 4 – Dinâmica de Apresentação com Balões, Oficina Cultura e Tradição Quilombola, Fundec, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 08 abr 2016.

Fonte: Arquivo pessoal, 2016.

As pessoas foram orientadas a escrever seus nomes em um pedaço pequeno de papel, acrescentando no mesmo uma caraterística com a qual se identificasse, a colocar o papel em um balão e enchê-lo. Ao som de uma música dançante, os participantes deveriam circular pela sala e misturar o seu balão aos dos demais participantes. Ao encerrar a música, cada participante ficou com um balão e deveria estourá-lo e pegar o papel com o nome, tentar identificar esta pessoa, juntar-se a ela, formando uma dupla, sentar-se para conversar por uns minutos e em seguida apresentar o seu par para o grupo.

A dinâmica representou um momento de descontração entre os participantes, pois possibilitou uma conversa, mesmo que breve, entre colegas de trabalho que, por uma série de razões, não têm um momento para o diálogo; possibilitou o reencontro de pessoas que já se conheciam, mas que, em virtude de trabalharem em espaços diferentes, não se encontravam há algum tempo; e promoveu ainda conhecer colegas em potencial, tendo em vista os objetivos desta pesquisa e da atuação destes membros nos seus *lócus* de trabalho.

Em sequência, foi realizada uma vivência de aproximação ao tema, através da Dinâmica "Baú da Cultura" (Figura 5).

Figura 5 – Dinâmica Baú da Cultura, Oficina Cultura e Tradição Quilombola, Fundec, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 08 abr 2016.

Fonte: Arquivo pessoal, 2016.

Um baú, contendo figuras alusivas à cultura e tradição afro-brasileira (Figura 6), foi colocado ao centro da sala sobre uma esteira de palha. Cada participante, um a um, voluntariamente, retirava uma figura do baú e falava sobre o que aquela figura representava para ele, os significados atribuídos serão aqui apresentados e discutidos.

Figura 6 – Ilustrações utilizadas na Dinâmica Baú da Cultura, Oficina Cultura e Tradição Quilombola, Fundec, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 08 abr 2016.

Fonte: Adaptado do Curso Saúde da População Negra, UNA-SUS, BRASIL, 2014.

A partir das narrativas com as representações das ilustrações acima, emergiu uma série de elementos relacionados à cultura e à tradição quilombola: religiosidade, poder da oralidade, união, força, coragem, luta e resistência. Estes sentidos podem ser identificados pelas falas apresentadas a seguir:

> Aqui é um terço. Para mim representa religiosidade e pra mim é muito importante e faço uso do terço em minhas orações, por isso pra mim é muito importante. (Grupo Focal 01, Profissional de Saúde 4).

A narrativa acima aparece impregnada de sentidos, remetendo-nos à etimologia popular na qual a palavra religião tem origem em “religare”, que significa ligar com Deus. Nas culturas de matriz africana, há inúmeras representações das forças divinas extraídas principalmente de elementos da natureza que nos indicam à compreensão sobre a vida e à diversidade da existência do ser humano.

> Eu vejo aqui um nariz e uma boca, mas vou me focar na boca. (...) esta figura representa isso mesmo, a questão da importância do diálogo em todos os momentos

> e relações na nossa vida seja em casa ou no trabalho, na convivência na comunidade. E também a importância da nossa boca, pra sempre abençoar o próximo, né? Pra abençoar, pra ajudar, fazer o bem, nunca pra denegrir o outro ou desejar o mal ou humilhar o colega, estar colocando o colega pra baixo, sempre pra fazer o bem e ajudar os outros. (Grupo Focal 01, Professor(a) 7).

Com o uso da oralidade, os saberes e poderes, através do diálogo e da interação, são transmitidos, compartilhados, legitimados. Deste modo, a oralidade é valorizada e tem o poder de ajudar, de fazer o bem, de abençoar, quando usada positivamente.

A cultura afro-brasileira tem suas origens no coletivo, na cooperação, na ajuda mútua, reforçando este pensamento, a união, a força, a luta e a resistência são marcas trazidas pelo imaginário destes profissionais que, em sua maioria, autodeclaram-se negros e têm sua origem na comunidade de Tijuaçu e/ou possuem laços de parentesco de origem negra.

> A foto mostra uns pés e umas mãos (...). Representa os pés é que sempre vai caminhar e as mãos unidas (...) força maior. (Grupo Focal 01, Professor(a) 2).

> União, na verdade, né? Esta imagem representa a luta, né? A luta por um bem maior uma causa maior em prol da comunidade (...) questão da saúde (...) busca incessante de conhecimento. (Grupo Focal 01, Profissional de Saúde 4).

> Assim, oh! (mostra a imagem) As mãos cruzadas segurando um ao outro. (...). Eu penso que esta imagem aqui, a questão mesmo da união, tem que todo mundo junto, participativo, que a união é que faz a força, né? (...) Tem que estar todo mundo junto mesmo com o mesmo intuito, a mesma intenção de fazer, sempre fazer melhor, é assim que eu vejo. Como essa questão também, da escola, mais uma oportunidade que a gente tem aqui, a questão da parceria a escola junto a unidade de saúde, que eu acho isso muito importante. (Grupo Focal 01, Profissional de Saúde 3).

A ancestralidade aparece como elemento constitutivo da cultura afro-brasileira e pôde ser identificada pela fala abaixo:

> Aqui está a imagem de um negro idoso, né? Que representa a resistência, o símbolo da criação do Brasil, desenvolvimento, coragem, força. Esta semana um aluno estava chamando o outro de Zumbi. Aí eu tive que parar pra explicar pra este aluno que estava chamando o colega que é afrodescendente como se estivesse chamando de algum bicho ou alguma coisa pra ofender. Aí fui lá pra explicar pra ele que não conhece Zumbi, não sabe a história de Zumbi, Zumbi foi um líder! Eu queria ser Zumbi. (Grupo Focal 01, Professor(a) 4).

Com esta narrativa, emergem a luta, a resistência e a importância de uma personalidade histórica, símbolo da resistência, da organização comunitária e da libertação do povo negro, Zumbi dos Palmares. De acordo com a Fundação Cultural Palmares (2016a), Zumbi dos Palmares (1655-1695) nasceu no estado de Alagoas, liderou o Quilombo dos Palmares, comunidade livre formada por escravos fugitivos das fazendas no Brasil Colonial; tornou-se

ícone da luta contra a escravidão, lutou também pela liberdade de culto religioso e pela prática da cultura africana no País.

Outras características demarcadas pelas ilustrações e trazidas à tona através das falas dos participantes foram a territorialidade e a influência do negro, do branco e do índio para a constituição do povo brasileiro.

> Aqui eu estou vendo três imagens. Minha primeira impressão eu imaginei uma família, mas se você observar melhor parece, também, diferentes raças e ao fundo tem o mapa, né? Então assim, o que me veio em mente foi a união entre negros, brancos, índios para formar o Brasil. (Grupo Focal 01, Professor(a) 3).

Para o aprofundamento da temática, num momento seguinte, promovemos uma discussão tomando por base as questões: O que é cultura? O que é tradição? Como a cultura e a tradição interferem nos modos de ser e viver da comunidade?

> Cultura é o modo de ser das pessoas. Cada um tem a sua cultura. Já a tradição é algo que vem de pai para filho, dos antepassados. (Grupo Focal 01, Professor(a) 1).

> A cultura de um povo pode ser identificada pelas suas roupas, seus jeitos de falar, de viver. (Grupo Focal 01, Professor(a) 7).

Recorremos inicialmente a Santos (2006, p. 23) para definir cultura. Este autor afirma que a cultura pode ser analisada a partir de duas concepções: "a primeira concepção de cultura remete a todos os aspectos de uma realidade social; a segunda refere-se mais especificamente ao conhecimento, às ideias e crenças de um povo".

Na tentativa de aprofundar a discussão acerca do conceito de cultura, buscamos em Geertz (2008, p. 4), que, à semelhança de Max Weber, acredita "que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu", e que assume "a cultura como sendo essas teias e a sua análise". Deste modo, a cultura se configura "não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado".

Com o desenrolar da pesquisa, observamos que cada um dos elementos apresentados na Figura 6 possui uma representatividade muito forte da cultura e da tradição para os integrantes da comunidade de Tijuaçu, tornando-se evidente como eles se identificam com estes símbolos e lhes atribuem significados pessoais e coletivos.

Entendemos aqui a tradição como um conjunto de bens culturais que se transmite de geração em geração no seio de uma comunidade. Trata-se de valores, costumes e manifestações que são conservados em virtude do valor atribuído pelos que a cultivam.

Durante as discussões, os participantes se reportaram mais à cultura e associaram por diversas vezes a tradição e cultura como sinônimas.

> A gente observa uma variedade de culturas, uma divergência. Às vezes, tem pessoas que querem impor a sua cultura, mas não vai conseguir mudar o outro. (Grupo Focal 01, Profissional de Saúde 3).

Verificamos, deste modo, que a cultura de um povo diz respeito à humanidade como um todo e ao mesmo tempo a cada um dos povos, nações, sociedades e grupos humanos; portanto, a identidade cultural de um indivíduo sofre influências das mais diversas origens e encontra-se em constante processo de formação.

> Nós somos iguais enquanto seres humanos, mas somos diferentes enquanto pessoas. Cada um tem sua cultura. (Grupo Focal 01, Professor(a) 2).

Corroborando com este pensamento, Woodward (2014) abre leque para diversas discussões sobre a construção e a desconstrução de uma identidade cultural nacional, passa-se, então, a perceber que existem diferenças entre os indivíduos; que dentro desta sociedade formatada para ser única, existem diferentes e divergentes identidades.

A identidade cultural brasileira, diante de todas as influências sofridas, desde sua tríplice origem (negra, índia e branca) até os dias atuais, possibilita a convivência "harmoniosa e democrática" das diversas culturas que a compõe, contudo não podemos perder de vista a existência do etnocentrismo em nosso meio.

> Apesar de vivermos num país livre e com liberdade de expressão, não podemos esquecer que existe o etnocentrismo, que é eu achar que a minha cultura é melhor, superior às outras. Às vezes as pessoas não querem aceitar. Porque se aquele povo ali tem determinada religião que não é a minha, eu digo que é inferior, sendo que não existe isso. Não tem cultura melhor do que a outra. Existe cultura diferente. Posso não concordar, mas preciso respeitar (...) Cada um na sua individualidade, com seu livre arbítrio. (Grupo Focal 01, Professor(a) 7).

Quando questionados sobre como a cultura e a tradição interferem nos modos de ser e viver da comunidade, os participantes da oficina apresentaram uma série de elementos que interferem na e para a cultura de seu povo. Dentre estes elementos, emergiram o vestuário, a estética, a comida, as crenças, os ensinamentos transmitidos pelos mais velhos. Para os integrantes do grupo focal, ficou evidente que o modo de ser e viver do povo Tijuaçuense sofre influências diretas de sua cultura africana, mas com adaptações brasileiras.

> O modo de falar, de vestir, de ser, a cultura interfere em tudo, tanto que aqui em Tijuaçu a gente observa a saia rodada, o cabelo, o jeito de andar, o gingado, o molejo do corpo. (Grupo Focal 01, Profissional de Saúde 4).

> A comida também sofre influência da cultura. O vatapá em Tijuaçu já é tradição, faz parte de nossa cultura mesmo. Está presente em toda festa, desde o chá de bebê até o casamento. (Grupo Focal 01, Professor(a) 7).

As crenças e os ensinamentos transmitidos por gerações ocupam lugar especial na configuração da identidade cultural de um povo. Pudemos reforçar esta importância para a população de Tijuaçu através das narrativas citadas abaixo:

> Meu filho de 8 anos, que já nasceu num mundo moderno, me perguntou: Mainha, se a gente deixar o chinelo emborcado a mãe morre? Eu sei que não tem nada, mas já é tradicional, tem pessoas que não deixam o chinelo emborcado porque acreditam que vai acontecer alguma coisa de ruim. Tem coisa que a gente não sabe se é bom ou se é ruim, mas a gente aprendeu assim e repete. (Grupo Focal 01, Professor(a) 6).

> As brincadeiras na escola eu comecei a brincar achando que as crianças nem sabiam, mas elas sabiam sim e disseram que aprenderam com a mãe e com a avó. (Grupo Focal 01, Professor(a) 9).

Ao serem questionados sobre como essas formas de viver determinam a nossa saúde, os integrantes do grupo fizeram menção ao uso de ervas, tradicionalmente passados de mãe para filho.

> Nós fizemos ano passado um trabalho lá na escola sobre as ervas medicinais. Alguns alunos levaram várias folhas e disseram para que servem. Elas já sabem porque os avós ensinaram. (Grupo Focal 01, Professor(a) 8).

Figura 7 – Nuvem de palavra da Oficina Cultura e Tradição Quilombola, Fundec, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 08 abr 2016.

Fonte: Arquivo pessoal, 2016.

Estas discussões deram origem a um corpus textual que foi trabalhado para a classificação das ideias e dos termos utilizados pelo grupo, a partir da contagem da frequência com que cada palavra ou unidade de sentido apareceram no texto. A representação gráfica deste *corpus* pode ser visualizada na *Word Clouds* (nuvem de palavras) na Figura 7 apresentada acima.

4.2.2 Oficina II: Saúde da população negra e de Tijuaçu

O segundo encontro, realizado dia 15 de abril de 2016, contou com a participação de 14 pessoas, sendo 8 professores e 6 profissionais de saúde, conforme Figura 8. Neste encontro discutimos sobre a saúde da população negra e da população de Tijuaçu.

Figura 8 – Oficina Saúde da população negra e Tijuaçuense, Fundec, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 15 abr 2016.

Fonte: Arquivo pessoal, 2016.

Iniciamos o encontro fazendo uma (re)apresentação com a Dinâmica do cartão musical e uma breve revisão do encontro anterior, para reavivar a memória e correlacionar as temáticas discutidas considerando que elas não são isoladas, contudo, foram trabalhadas separadas por uma questão didático-metodológica.

No momento da vivência de integração sobre o tema, foram exibidos dois vídeos16 que apresentam a saúde da população negra, enfatizando seus determinantes e condicionantes e expondo as principais causas de adoecimento e morte entre os negros; em seguida, promovemos a discussão sobre os conteúdos abordados pelos vídeos. Denominamos este momento de Tecendo os fios da rede (Figura 9) e utilizamos uma dinâmica com barbante, para que, a cada vez que os integrantes do grupo fizessem uso da fala para expressar suas ideias sobre a temática, segurassem uma parte do barbante e, ao final, obtivemos uma rede formada a partir do entrecruzamento dos fios do barbante.

Figura 9 – Dinâmica Tecendo os fios da rede, OficinaSaúde da população negra e Tijuaçuense, Fundec, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 15 abr 2016.

Fonte: Arquivo pessoal, 2016.

Além dos vídeos expostos, utilizamos, com efeito disparador para a discussão, as seguintes questões norteadoras:

- O que você entende por processo saúde doença?
- Quais as doenças mais prevalentes na população negra? Por quê?
- Quais os principais problemas de saúde da comunidade de Tijuaçu?

16 Foram exibidos os vídeos: Negros em Foco – Saúde da População Negra (Parte 1) – 5 minhttps://www.youtube.com/watch?v=KiGuR-a0Gt8; e Outro Olhar – Saúde da População Negra – 1min52seg https://www.youtube.com/watch?v=8wyR2EixD5U.

A representação gráfica do *corpus* originado da oficina formativa II – Saúde da população negra e de Tijuaçu pode ser visualizada a partir da Figura 10 e será discutida a seguir.

Figura 10 – Nuvem de palavras da Oficina Saúde da população negra e Tijuaçuense, Fundec, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 15 abr 2016.

Fonte: Arquivo pessoal, 2016.

Nas discussões sobre saúde da população negra, tendo em vista que o grupo de participantes é constituído por professores e profissionais de saúde, evidenciou-se fortemente a importância da criança para o desenvolvimento da humanidade e da escola como local preferencial para que estas crianças se desenvolvam.

Correlacionando a saúde da população de Tijuaçu com o que foi apresentado pelos vídeos, uma das participantes declara:

> Acontece muito aqui na questão do que foi dito aí, do número elevado de pacientes que possuem doenças crônicas, a exemplo da hipertensão e também da diabetes. A gente tem tido uma dificuldade muito grande com relação ao acompanhamento de pacientes (...) não conseguimos colocar na cabeça deles que o cuidado com a alimentação é importante para fazer o controle da pressão arterial deles (...), pois sabemos que a medicação sozinha ela não faz efeito, tem que ter um conjunto (...), a alimentação e a questão da prática de atividade física que também é muito importante para o controle do problema. (...). A questão também da diabetes, isto é uma coisa que também é gritante na nossa comunidade e a gente tem tido uma certa dificuldade de amenizar a situação. (Grupo Focal 02, Profissional de Saúde 3).

Além destes problemas citados acima, emergiu uma série de outros problemas de saúde identificados pelo grupo, desde a hipertensão arterial e a diabetes como já mencionadas, até a obesidade, infarto, acidente vascular cerebral, a subnutrição que aparece muitas vezes não associada ao baixo peso, até as doenças infecto-parasitárias, verminoses e infecções sexualmente transmissíveis (IST) e HIV/aids.

> O que a gente percebe muito aqui na comunidade também é a questão da obesidade. Eu falo como professor de educação física, a gente normalmente pensa na medicação e na alimentação, mas a atividade física também é muito importante e ajuda bastante para o controle da obesidade e do diabetes. (Grupo Focal 02, Profissional de Saúde 5).

Soma-se a isso o fato de alguns pacientes, especialmente idosos, serem os únicos responsáveis pelo acompanhamento de sua saúde ou mesmo residirem sozinhos, indo às consultas desacompanhados e demonstrando dificuldades em compreender as orientações recebidas, comprometendo, deste modo, o sucesso do tratamento e implicando, muitas vezes, a ocorrência de complicações.

> A equipe sente uma dificuldade muito grande e isto é nítido, é notório muita gente que mora sozinha, que não tem ninguém, nenhum familiar pra tá acompanhando na questão do uso da medicação. Então a gente sente uma dificuldade muito grande, sabe? Principalmente com relação ao acompanhante. (Grupo Focal 02, Profissional de Saúde 4).

> E até pessoas mesmo que tem familiar dentro de casa, a gente sente dificuldade de estar orientando, a gente orienta e parece que entra em um ouvido e sai no outro. Tem gente que não tem interesse de saber se a mãe, o pai ou o tio está tomando a medicação. (Grupo Focal 02, Profissional de Saúde 3).

É preciso ter em mente que não se faz saúde sozinha. Faz-se necessário se formar uma rede de apoio ao paciente. Nesta rede, a família exerce papel de fundamental importância para o acompanhamento e estímulo à adesão ao tratamento. Outro elo, de igual importância, é a equipe de saúde e o vínculo que esta desenvolve com o usuário do serviço e com a comunidade.

Observamos, ainda, que, muitas vezes, a falta de conhecimento sobre o funcionamento de determinadas substâncias, a exemplo da pílula anticoncepcional, e do desconhecimento da própria fisiologia do corpo humano, está associada ao preconceito e ao machismo. É muito comum a responsabilidade pelo planejamento familiar e pela prevenção da gravidez indesejada.

> E quando a ACS orienta que quando para (a pílula) tem que fazer uso da camisinha. (Logo dizem:) "Deus me livre! Eu não! Se eu usar o meu marido vai dizer que estava com os outros, que estava traindo ele", ai já sabe (risos). (Grupo Focal 02, Profissional de Saúde 2).

No que se refere às manifestações de uma série de doenças infecciosas e parasitárias, a exemplo das verminoses, dermatites, dentre outras, é conhecido que o saneamento básico é fator determinante para a ocorrência das mesmas. No caso de Tijuaçu, como já mencionado no capítulo Rumos da conversa: pressupostos metodológicos, segundo dados do SIAB/Senhor do Bonfim (2015), menos de 1% das residências apresenta sistema de esgotamento sanitário, 84% utilizam sistema de fossa, contudo 15% das residências descartam seus dejetos a céu aberto.

Soma-se a isso o fato que, no tratamento de água no domicílio, observamos a seguinte distribuição: 62,5% utilizam filtro, 15% utilizam de cloração e 22,3% não realizam nenhum tipo de tratamento no domicílio, consumindo a água da forma que ela chega, independentemnte de que sua origem seja rede pública, poços, nascentes, cisternas ou outras fontes.

Tais práticas contribuem para a disseminação de parasitas e aparece como uma preocupação entre os integrantes do grupo:

> É a questão do saneamento básico, muitas ruas não têm esgotamento, o esgoto corre nas ruas. (...) As verminoses interferem no estado nutricional das crianças. (Grupo Focal 02, Profissional de Saúde 5).

Outro aspecto da saúde de Tijuaçu que foi citado pelo grupo e que se apresenta igualmente significativa em outras comunidades quilombolas é a questão das alterações de malformações congênitas, deficiências e síndromes. A fala de um dos participantes apresenta esta preocupação:

> Existe também na comunidade uma taxa muito alta de deficiências, síndrome de Down. O pessoal casa muito jovem e casam parente com parente. Eu acho que é essa união de parentesco que faz nascer muita criança com deficiência. Na escola, os professores tentam dar um acompanhamento pedagógico para essas crianças, encaminham, para assistente social, um especialista, mas a gente percebe que não tem compromisso dos pais em buscar uma educação, um desenvolvimento melhor para seu filho. (Grupo Focal 02, Professor(a) 9).

Ao discutirmos sobre o preconceito e o racismo na comunidade, emergem do grupo algumas falas que representam certas atitudes que geram preocupação por não serem esperadas em uma comunidade negra:

> A gente percebe que o racismo vem da própria comunidade. Os meninos negros chamam os colegas de macaco. (Grupo Focal 02, Professor(a) 5).

> O processo discriminatório nasce na própria comunidade porque no dia 20 é para eles fazerem a mobilização aqui dentro da comunidade e eles não fazem. (Grupo Focal 02, Professor(a) 2).

Diversos estudos sobre o racismo enquanto determinante social da saúde consideram que as condições de vida interferem diretamente no processo saúde-doença dos indivíduos. As desigualdades sociais, e a concentração de riqueza e de poder afeta a saúde da população em geral e, mais especificamente, da população negra, que vive em sua maioria nas piores condições de vida (BRASIL, 2009; CRIOLA, 2010; MONTEIRO e MAIO,2008; SEPPIR, 2011).

De acordo com SEPPIR (2011):

> É preciso considerar que o racismo é uma ideologia que se mantém às custas do privilégio de setores autodefinidos como racialmente superiores. Tais vantagens, ao conferir a esses grupos poder de manejo e controle dos bens públicos materiais e simbólicos, tendem a tornar extremamente difícil seu engajamento na ruptura das prerrogativas resultantes da iniquidade e na repactuação ética necessária (SEPPIR, 2011, p. 5).

Buscando compreender o verdadeiro sentido das narrativas acima, não podemos deixar de considerar que, diante de tanta desigualdade e preconceito, expressos muitas vezes através de agressões verbais, psicológicas e mesmo físicas, sofridas pelos moradores de Tijuaçu e por tantos outros integrantes de comunidades quilombolas, torna-se aceitável que estes indivíduos experimentem sentimentos como negação e até mesmo de reprodução.

Deste modo, estes comportamentos por parte de crianças devem ser trabalhados de forma ampla, buscando resgatar a importância do negro para o desenvolvimento do país, inserindo nos diversos componentes curriculares os objetivos da Lei nº 10.639/03, alterada pela Lei nº 11.645/08 que inclui no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena (BRASIL, 2008).

> Há alguns anos atrás, a gente percebia que a questão cultural estava bem desenvolvida, mas com o tempo isso foi se perdendo, hoje em dia você nem ouve mais falar. (Grupo Focal 02, Professor(a) 9).

A narrativa acima reforça a ideia anterior da necessidade de se intensificar, não apenas com as crianças, mas envolvendo também os adultos, as discussões sobre o negro e o seu protagonismo, da luta e da resistência do povo quilombola para assegurar o acesso a direitos constitucionais, mas que lhes são historicamente negados.

4.2.3 Oficina III: Educação Popular em Saúde como estratégia para melhoria das condições de vida

A terceira oficina formativa foi desenvolvida no dia 29 de abril de 2016, contou com a participação de 15 pessoas, sendo 7 profissionais de saúde e 8 professores, e discutiu sobre a educação popular em saúde como estratégia para melhoria das condições de vida.

Num primeiro momento, fizemos um (re)encontro com a Dinâmica Não Estamos Sozinhos. Esta dinâmica consistiu em formar duplas, nas quais uma pessoa atua como condutora e a outra, com os olhos vendados, deixa-se conduzir. A tarefa dada a cada dupla era fazer um percurso por um cenário desconhecido para ela. As duplas, uma a uma, foram conduzidas para o espaço ao lado do salão onde estávamos reunidos. Este espaço é um galpão e serve para a guarda de máquinas e materiais agrícolas utilizados pelos membros do Fundec. O ambiente apresentava-se bastante hostil e possuía diversos obstáculos que dificultavam o acesso das duplas, como pode ser observado através da Figura 11.

Figura 11 – Dinâmica Não Estamos Sozinhos, oficinaeducação popular em saúde como estratégia para melhoria das condições de vida, Fundec, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 29 abr 2016.

Fonte: Arquivo pessoal, 2016.

O objetivo principal da dinâmica foi possibilitar o trabalho em grupo e promover a discussão de questões como confiança e liderança. Após todas as duplas terem cumprido a tarefa, promovemos a discussão sobre a dinâmica. Os participantes expuseram suas sensações diante de se entregar e ficar vulnerável à vontade do outro:

> É difícil confiar, mas eu confiei nela. (Grupo Focal 03, Profissional de Saúde 1).
>
> No momento da areia, eu achei que fosse cair, mas já estava lá, tive que confiar na colega. (Grupo Focal 03, Profissional de Saúde 6).
>
> Eu confiei e me deixei guiar, confiando na colega. (Grupo Focal 03, Professor(a) 6).

Por outro lado, conversamos também sobre o sentimento de quem estava guiando, assumindo a posição de líder. Sobre como é se sentir responsável pelo outro, os participantes declararam:

> Para mim foi fácil, ela parecia uma marionete, (risos). Tudo que eu mandava ela fazer, ela fazia. (Grupo Focal 03, Profissional de Saúde 4).
>
> Eu achei difícil. Fiquei preocupada, só eu estava vendo o perigo. E se ela se machucasse? Me senti responsável por ela. (Grupo Focal 03, Profissional de Saúde 5).

Estas falas expressam os sentimentos aflorados ao vivenciarmos situações que envolvem liderança, seja quando ocupamos o papel de liderar, ou quando o papel é de se deixar liderar colaborativamente, contribuindo para uma liderança participativa e democrática.

Durante a discussão, buscamos enfatizar que não estamos sozinhos; neste trabalho somos professores e profissionais de saúde, agentes com altíssimo potencial para atuar na educação em saúde; que sempre tem alguém a nos ajudar a executar tarefas, que no trabalho em equipe é preciso confiar e que educação em saúde não se faz sozinha, mas é um trabalho coletivo. Quando todos trabalham em prol de um único objetivo, conseguem atingir a meta maior, neste caso, saúde de qualidade para toda a Comunidade.

O segundo momento de vivência sobre a temática Educação popular em saúde foi desenvolvido a partir da dinâmica A Rede e os Nós da Rede, através da qual, utilizando algumas questões orientadoras, promovemos a discussão e o envolvimento dos participantes do grupo. Foram feitas as seguintes perguntas:

- O que é Educação Popular em Saúde?
- Em quais ambientes a Educação Popular em Saúde pode ser realizada?

- Quais as potencialidades / benefícios da EPS para a Comunidade quilombola de Tijuaçu?
- Como você poderá se comprometer para mudar a realidade em relação à saúde da Comunidade?

Para a pergunta *O que é educação popular em saúde?* obtivemos como resposta do grupo:

> A educação de uma determinada comunidade. Uma educação que é de acordo com aquela comunidade. (Grupo Focal 03, Professor(a) 5).

> É algo mais de perto. A comunidade vivencia as coisas e faz parte da realidade. Adequada nos modos de falar, linguajar, cultura de cada povo. (Grupo Focal 03, Professor(a) 8).

Estas respostas demonstram que o grupo, constituído para esta fase da pesquisa, formado por professores da educação básica do segmento de educação infantil e ensino fundamental I e por profissionais de saúde que atuam na ESF de Tijuaçu, é conhecedor do que significa Educação Popular em Saúde e como esta deve ser feita. Emergiram questões relacionadas ao vivido e à realidade de um povo, bem como dos seus modos de falar e a sua cultura.

Inferimos, deste modo, que o grupo compreende a importância da pertinência do conhecimento para o sucesso da educação popular. Recorremos a Morin (2002, p. 14), quando o autor afirma que é preciso "[...] ensinar os métodos que permitam estabelecer as relações mútuas e as influências recíprocas entre as partes e o todo em um mundo complexo".

As narrativas dos participantes durante toda a oficina envolvendo a discussão acerca da educação popular em saúde está representada pela Figura 12 e colabora para o nosso pensamento de que a educação popular em saúde deve abordar questões de saúde correlacionando-as com as situações cotidianas dos indivíduos e considerar a sua cultura e suas tradições, resgatando os saberes populares repassados geração após geração.

O grupo também correlaciona a educação popular em saúde com os movimentos populares e entidades organizadas, como símbolo de luta, de direitos adquiridos e de melhorias nas condições de vida.

> Os movimentos populares, movimentos de luta, dos sem-terra, dos moradores de rua, de entidades que se organizam. (Grupo Focal 03, Professor(a) 4).

Corroborando com este pensamento, Paludo (2001) afirma que a Educação em Saúde sempre esteve histórica e organicamente vinculada ao movimento de forças políticas e culturais empenhadas na construção das condições humanas imediatas para a elevação da

qualidade de vida das classes subalternas e na construção de uma sociedade na qual realidade e liberdade fossem cada vez mais concretas.

Figura 12 – Nuvem de palavras, oficina educação popular em saúde como estratégia para melhoria das condições de vida, Fundec, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 29 abr 2016.

Fonte: Arquivo pessoal, 2016.

Vasconcelos (2004) acrescenta ainda que a educação popular em saúde:

> Enfatiza não o processo de transmissão de conhecimento, mas a ampliação dos espaços de interação cultural e negociação entre os diversos atores envolvidos em determinado problema social para a construção compartilhada do conhecimento e da organização política necessários à sua superação. Em vez de procurar difundir conceitos e comportamentos considerados corretos, procura problematizar, em uma discussão aberta, o que está incomodando e oprimindo. (VASCONCELOS, 2004, p.71).

Deste modo, o conceito educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer (MACHADO *et al*, 2007).

Quando questionados sobre *Em quais ambientes a Educação Popular em Saúde pode ser realizada?* os integrantes do grupo mencionaram alguns ambientes da localidade que já são tradicionalmente utilizados pelos mesmos para realização de reuniões e palestras com a comunidade:

> No meio do povo, na igreja, nas associações ocorre essa organização, parte muito daí. (Grupo Focal 03, Profissional de Saúde 3).

No transcorrer da discussão um dos integrantes do grupo chamou a atenção para uma questão que parece óbvia, mas que, muitas vezes, possui uma interpretação equivocada:

> Muita gente acha que a educação só acontece na escola. Isso não é verdade. Tem gente que nunca foi numa escola e tem um conceito, uma cultura, e ela pode ensinar muita coisa. (Grupo Focal 03, Professor(a) 6).

Percebemos, neste momento, que foi consenso para o grupo que educação não acontece apenas na escola e que os pais, a família e a sociedade têm papel fundamental no processo educativo dos indivíduos. Aproveitamos este ponto da conversa e trouxemos a fábula do Barqueiro:

> Em um largo rio, de difícil travessia, havia um barqueiro que atravessava as pessoas de um lado para o outro. Em uma das viagens, iam um advogado e uma professora. Como quem gosta de falar muito, o advogado pergunta ao barqueiro:
> - Meu caro barqueiro, você entende de leis?
> - Não, senhor - responde o barqueiro.
> E o advogado, compadecido:
> - É uma pena... Você perdeu metade da vida!
> O barqueiro nada responde.
> A professora, muito social, entra na conversa:
> - Seu barqueiro, o senhor sabe ler e escrever?
> - Também não sei, senhora - responde o remador.
> - Que pena... - condói-se a mestra. Você perdeu metade da vida!
> Nisso, chega uma onda bastante forte e vira o barco.
> O canoeiro, preocupado, pergunta:
> - Vocês sabem nadar?
> - Não! - responderam eles rapidamente.
> - Então, é pena... - conclui o barqueiro. Vocês perderam toda uma vida!
>
> (Sabedoria Popular, sem data)

Esta fábula nos remete ao pensamento de Paulo Freire, considerado precursor da educação popular no Brasil, de que "Não há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes". Nesta diversidade de saberes, todos (professores, profissionais de saúde e comunidade) são capazes de ensinar e aprender, através de uma relação de troca e de idas e vindas constantes.

Quanto às *potencialidades e benefícios da educação popular em saúde*, os participantes se posicionaram totalmente favoráveis aos seus benefícios:

> A comunidade aprende a ser politizada, a participar das coisas. Desenvolver várias habilidades. Saber entrar e saber sair de qualquer lugar e situação. (Grupo Focal 03, Professor(a) 8).

> O conhecimento precisa ser divulgado. Não tem serventia nenhuma se eu souber de uma coisa e ficar só para mim, não passar para o outro. Quando eu estou fazendo o meu trabalho, eu tento passar o que eu sei. Mesmo que depois o aluno vá para longe.

> Mas eu fiz a minha parte. O nosso papel de educador, seja professor, seja da saúde é transmitir o conhecimento. Se vai ser aceito ou utilizado é outra estória. Até porque não somos ditadores de verdades. Cada um tem o seu saber. (Grupo Focal 03, Professor(a) 6).

> Mesmo que a pessoa não tenha leitura, mas ele tem o conhecimento popular, de como lidar com a terra, com as coisas dele. Muitas vezes o professor chega cheio de si, achando que vai dar uma aula, que só ele sabe tudo e de repente ele vai levar uma aula, de quem tem a vivência, o contato direto. (Grupo Focal 03, Profissional de Saúde 3).

Finalizando este momento de vivência, indagamos aos participantes do grupo: *Como você poderá se comprometer para mudar a realidade em relação à saúde da Comunidade?* Como resposta a esta pergunta, o grupo demostrou entusiasmo e vontade de ajudar a transformar a realidade da comunidade. Evidenciou-se, neste momento, a possibilidade de estabelecimento de parceiras e trocas:

> Criamos agora uma rede de possibilidades, descobertas e inovações (...). Falta amarrar melhor as coisas. (Grupo Focal 03, Profissional de Saúde 3).

Neste ambiente de possibilidades, passamos para o último momento desta oficina, intitulado Costurando os "Nós" da Rede (Figura 13).

Figura 13 – Dinâmica Costurando os "Nós" da Rede, oficina educação popular em saúde como estratégia para melhoria das condições de vida, Fundec, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 29 abr 2016.

Fonte: Arquivo pessoal, 2016.

A dinâmica Costurando os Nós da Rede consistiu da elaboração de um plano de intenções, conforme modelo disponível no Apêndice F. Para esta atividade, os integrantes dos grupos, tomaram por base o que foi discutido nos três encontros, as suas experiências pessoais e profissionais, bem como as suas percepções sobre as demandas de educação em saúde apresentadas pela comunidade de Tijuaçu. O grupo foi subdividido em quatro grupos menores de modo que a composição de cada grupo fosse mesclada por professores e profissionais de saúde. O resultado desta etapa será apresentado na próxima seção.

4.3 Uma conversa gera outras: desdobramentos da pesquisa

Com o intuito de possibilitar a criação de um vínculo entre o grupo formado pela participação nas oficinas formativas e estreitar a relação destes indivíduos com a nossa pesquisa, propusemos a elaboração de um planejamento de atividades de educação popular em saúde a partir das impressões destes grupos acerca das demandas da comunidade.

Os planos elaborados preveem o desenvolvimento conjunto de atividades, nas quais professores da educação infantil e do ensino fundamental I da Escola Municipal Antônio José de Souza e profissionais da Estratégia de Saúde da Família trabalham em parceira, com o objetivo de promover ações que possibilitem a melhoria das condições de vida dos habitantes de Tijuaçu.

Foram elaborados quatro planos de intenções que versam sobre três temáticas: alimentação saudável (2) limpeza no ambiente em torno da escola e higiene pessoal. Estas temáticas apareceram enfaticamente durante as discussões nos três encontros, são consideradas pelos integrantes dos grupos como fatores determinantes para uma série de problemas de saúde apresentados pelos moradores, tanto na escola quanto na unidade de saúde e aparecem aqui sintetizadas no Quadro 4. Os planos de intenções na íntegra estão com a pesquisadora responsável para posterior reunião para planejamento das atividades.

Após a discussão dos planos de intenções elaborados pelos participantes da oficina, firmamos o compromisso de continuidade da pesquisa a partir dos seus desdobramentos que consistirão no acompanhamento e no apoio nas fases de organização, implementação e avaliação das atividades propostas, bem como ao atendimento de outras demandas que venham a surgir no ambiente escolar, da unidade de saúde e na comunidade como um todo.

Quadro 4 – Síntese dos planos de intenções elaborados na oficina educação popular em saúde como estratégia para melhoria das condições de vida, Fundec, Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 29 abr 2016.

	Atividade	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Ações
Plano 1	Limpeza na frente da Escola	Prevenção de doenças.	-Fazer limpeza do local; -Aproveitar material reciclável para fins lucrativos ou educativos.	- Limpeza; - Horta; - Jardim; - Pintura da frente da Escola.
Plano2	Palestra e dramatização	Conscientização da higiene para a saúde.	Despertar nas crianças a importância dos cuidados quanto à higiene para a saúde.	- Palestra; -Dramatização; - Vídeo.
Plano 3	Palestra sobre a importância de uma alimentação saudável.	Desenvolver junto à comunidade local a importância de uma alimentação saudável para a melhoria da qualidade de vida.	-Identificar taxa de obesidade existente na comunidade; -Promover junto à comunidade esclarecimentos sobre alimentação saudável.	- Palestra para a comunidade; - Degustação de alimentos saudáveis; - Amostragem de alimentos não saudáveis.
Plano 4	Oficina sobre a importância das frutas	Reconhecer e valorizar a importância das frutas para a saúde.	-Conheça a importância das frutas; -Participe da oficina; -Deguste sala de frutas feita na oficina.	-Convite a público; -Convite ao nutricionista e ao preparador físico; -Confecção de cartazes; - Oficina.

Fonte: Extraído dos Planos de Intenções elaborados pelos participantes da oficina de grupo focal 3

5 Despedindo-se da Conversa

Adentrar a comunidade quilombola de Tijuaçu para realizar esta pesquisa visando compreender como são desenvolvidas as práticas preventivas e curativas em saúde entre os integrantes da comunidade foi uma tarefa instigante e complexa, considerando a diversidade de aspectos culturais, históricos, sociais e econômicos que permeiam a temática. Contudo, as demonstrações de força, coragem e, sobretudo, de alegria foram essenciais no encorajamento para seguir nesta jornada. A cada conversa e a cada novo elemento incorporado à pesquisa renovavam-se os ânimos e a vontade de conhecer mais e compreender melhor este grupo étnico.

A opção por compreender a saúde enquanto um fenômeno social inspirado pela Fenomenologia Husserliana proporcionou o entendimento de que a intencionalidade dos indivíduos diz sobre o transcender de si mesmos, rompendo com a ideia inicial de que é o sujeito que posiciona as coisas. Com a pesquisa, pudemos verificar que os integrantes da comunidade quilombola de Tijuaçu influenciam e são influenciados por uma série de 'marcas' que compõem a sua essência, e que esta só pode ser percebida através da convivência com estes indivíduos.

Através da interação com os diferentes grupos de participantes da pesquisa – moradores, representantes comunitários, líderes religiosos, professores e profissionais de saúde – foi possível conhecer a realidade da comunidade a partir de pontos de vistas diversos, de modo a elucidar o fenômeno traduzindo seu sentido e valorizando o processo, o contexto e sua compreensão. Acrescenta-se ainda que a opção pelo uso de diferentes estratégias e instrumentos de construção de dados contribuiu para a análise e garantiu qualidade à pesquisa.

O desenvolvimento das oficinas formativas baseadas na metodologia de grupo focal permitiu além do aprofundamento nas temáticas discutidas, a integração de dois grupos que apresentam altíssimo potencial transformador na comunidade (profissionais de saúde e professores), mas que desenvolvem ações isoladas, cada grupo em sua área de atuação. A partir deste momento, criou-se uma rede de possibilidades para o desenvolvimento de ações interdisciplinares tendo em vista melhorias para as condições de vida e saúde da população tijuaçuense.

Com a análise triangular dos dados, obtivemos três categorias: cultura e tradição quilombola, saúde da população negra e de Tijuaçu, e educação popular em saúde como estratégia para melhoria das condições de vida. Estas categorias proporcionaram a

compreensão das histórias, dos modos de viver e fazer saúde em Tijuaçue nos conduziuàs seguintes constatações:

1. A comunidade quilombola de Tijuaçu vive, em sua maioria, em condições de vulnerabilidades persistentes e é privada de condições básicas de vida, a exemplo de moradias adequadas e saneamento e esgotamento sanitário. O destino do lixo e das fezes e urina também é problema. É comum a visualização de esgoto a céu aberto e amontados de lixo nas ruas do povoado.

Acrescentamos ainda o abastecimento irregular de água potável. Mesmo nas residências que apresentam contrato firmado com empresa privada prestadora de serviço de abastecimento de água, é comum a busca por fontes alternativas de água e o armazenamento improvisado em tanques e tonéis conservados inadequadamente, possibilitando, deste modo, a proliferação do Aedes aegypti, causador da tríplice endemia que tanto maltratou e preocupou a população de Tijuaçu nos últimos anos.

Estas condições desfavoráveis acarretam uma série de problemas de saúde, evitáveis em sua maioria, e comprometem o pleno desenvolvimento das crianças e adolescentes, além de onerar os serviços de assistência à saúde com demandas e custos elevados para a atenção de média e alta complexidade;

2. Os integrantes da comunidade, em sua maioria, apresentam padrões alimentares inadequados. Como reflexos, observamos a subnutrição, a obesidade, elevação das taxas sanguíneas de colesterol e triglicérides, aumento no número de casos crônicos de hipertensão e diabetes, além da elevação das taxas de complicações, a exemplo de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e trombose venosa, hospitalizações e óbitos.

Estes padrões irregulares vêm sendo preservados ao longo dos tempos e se caracterizam por uma dieta rica em gordura saturada, sódio e carboidratos, com presença constante de alimentos industrializados, a exemplo de refrigerantes, salgadinhos e biscoitos recheados.

3. Os integrantes da comunidade apresentam não somente, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, mas integralidade da assistência comprometida por precariedade e/ou inexistência de serviços estruturados para referência. Apesar dos esforços empreendidos pela equipe de saúde da família local, o atendimento das demandas geradas pela população torna-se inviável, tendo em vista a sobrecarga de trabalho para uma única equipe, o contingente populacional e a abrangência territorial.

Ainda nesta constatação, observamos que o acesso aos métodos terapêuticos e diagnósticos encontra-se deficiente. Faltam medicamentos na Farmácia Básica da ESF e a

distância geográfica impede o acesso à Farmácia Popular, onde os medicamentos podem ser adquiridos com menor custo. Do mesmo modo, a rede de referência para média e alta complexidade está disponível com limitações, apenas em Senhor do Bonfim e cidades vizinhas, gerando custos com deslocamento e pagamento de serviços que, por vezes, não são ofertados pelo SUS.

4. Considerando as dificuldades enfrentadas para divulgação e disseminação da cultura afro-brasileira e das tradições e representações culturais de Tijuaçu, verificamos que há ameaça de perda da identidade cultural. Atribuímos como causas a negação dessas tradições pelos jovens que resistem em aprender com os ensinamentos dos mais velhos, bem como as influências de outras culturas;

5. Contatamos, ainda, que o processo de ensino-aprendizagem com base na Lei n$^{o.}$ 10.639/02, alterada pela Lei n$^{o.}$ 11.645/08, que inclui no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena, não se desenvolve a contento, não apenas em Tijuaçu, mas em diversas localidades do país, tendo em vista que a escola enfrenta dificuldades para atender aos discentes da comunidade em suas especificidades sociais e étnico-raciais.

Diante de tais achados, consideramos que se faz necessária a implementação das políticas públicas de saúde, educação, seguridade social, segurança pública e promoção da igualdade racial, que, apesar de estarem em vigor, ainda não se constituíram na prática.

No âmbito da saúde, consideramos importante a oferta de melhores condições de trabalho para a equipe que atua na ESF, promoção de ações que visem a ampliação do acesso aos serviços de prevenção e tratamento, garantia de integralidade da assistência, valorização das práticas de medicina tradicional de matriz afro-brasileira, bem como capacitação da equipe para lidar com tais práticas.

Na educação, inferimos ser indispensável a criação de mecanismos para se trabalhar no currículo escolar com os conteúdos de história e cultura afro-brasileira, capacitando os professores para lidar com as demandas geradas por estes alunos; dispondo de recursos didático-pedagógicos adequados, bem como deve-se buscar promover a ampliação do acesso e garantia da permanência na escola, ampliação da escolaridade dos negros brasileiros, possibilitando o acesso a cursos técnico-profissionalizantes e ao ensino superior com qualidade, reduzindo, de tal forma, as taxas de analfabetismo, repetência e evasão escolar.

No campo da seguridade social e segurança pública, torna-se necessária melhoria das condições habitacionais em Tijuaçu, ampliação do acesso ao trabalho e a melhores níveis de

remuneração, implantação de mecanismos para controle e manutenção da segurança pública, com consequente diminuição dos índices de violência e criminalidade.

Acreditamos na capacidade transformadora da educação popular em saúde para promover melhorias nas condições de vida e saúde da população de Tijuaçu. Assim, busca-se afirmar a educação em saúde como prática na qual existe a participação ativa da comunidade, que proporciona informação, educação sanitária e aperfeiçoa as atitudes indispensáveis para a vida, sendo responsável ainda pelo desenvolvimento de autonomia dos indivíduos e consequente melhoria da qualidade de vida.

Na educação popular em saúde, a reflexão crítica, o diálogo e a construção compartilhada do conhecimento representam ferramentas que propiciam o encontro entre a cultura popular e a científica. Deste modo, a prática da educação em saúde como um caminho integrador do cuidar constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social.

Por tratar-se de uma pesquisa desenvolvida em um Programa de Mestrado Profissional, destacamos a importância da implementação de intervenções diretas na comunidade que auxiliem os participantes da pesquisa no enfrentamento dos problemas levantados. Durante a pesquisa, desenvolvemos as oficinas formativas com professores e profissionais de saúde da ESF e assumimos junto à comunidade de Tijuaçu o compromisso de aprofundar a pesquisa nos próximos anos e contribuir positivamente para o crescimento e desenvolvimento de seu povo. Para tanto, propomos, como desdobramentos da pesquisa, o monitoramento e apoio na execução e avaliação dos planos de intenções desenvolvidos nas oficinas formativas a serem implementados pelos professores e profissionais de saúde em parceria com a comunidade.

Com esta pesquisa, esperamos ter contribuído para a produção de conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra e para a redução das vulnerabilidades dessa população e da comunidade quilombola de Tijuaçu. Esta pesquisa debruçou-se sobre alguns aspectos reverentes à saúde da comunidade quilombola de Tijuaçu, contudo faz-se necessário que sejam empreendidos outros estudos com abordagens diferentes com o intuito de clarificar os fenômenos existentes como eles realmente são.

Referências

ABA, Associação Brasileira de Antropologia. **Documento do Grupo de Trabalho sobre Comunidades Negras Rurais**. Rio de Janeiro, ABA, 1994.

ALMEIDA, Alfredo Wagner B. de. **Quilombos: sematologia face a novas identidades**. Em Frechal – terra de preto, quilombo reconhecido como reserva extrativista. São Luís: SMDDH/CCN – PVN, 1996.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Parcerias para diminuir o mau uso de medicamentos. São Paulo: **Revista de saúde pública**. V.40 n.1, p. 191-194, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27135.pdf. Acesso em 03 abr 2016.

ARRUTI, José Maurício**. "Quilombos".** In: **Raça: Perspectivas Antropológicas**. [Org. Osmundo Pinho]. ABA / Ed. Unicamp / EDUFBA, 2008.

BARATA, Rita Barradas. Epidemiologia Social. São Paulo: **RevBrasEpidemiol**, vol 8 n. 1, mar 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n1/02.pdf. Acesso em 15 jun 2014, p. 7-17.

BARBOSA, MI. **Racismo e saúde**. Tese de doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000117&pid=S1413-81232005000100013000004&lng=en. Acesso em: 23 fev 2016.

BARBOSA, M I da S; FERNADES, V R. **Afirmando a saúde da população negra na agenda das políticas públicas**. I Seminário Saúde da População Negra. Rio de Janeiro, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, 70 ed., 2006.

BARRIOS, L. III Conferência Mundial Contra o Racismo. **Estudos feministas**, v. 1, p. 169-170, 2002.

BATISTA, Luís Eduardo; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro, PEREIRA, Júlio Cesar Rodrigues. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.5, p. 630-636, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n5/21749.pdf. Acesso em: 03 de mar 2016.

BATISTA, L E; WERNECK, J; LOPES, Fernanda (Orgs.) **Saúde da população negra**. 2. ed. Brasília, DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

BATISTELLA, Carlos. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. IN: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: **EPSJV/Fiocruz**, 2007.

BAUMAN, Z. **Identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

BRASIL. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Constituição Federal da República, 1988. **Ato das Disposições Constitucionais Transitórias**, artigo 68: Ministério da Justiça, 2002.

_____. **Decreto Nº. 4.887de 20 de novembro de 2003**. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília: Presidência da República, 2003.

_____. **Guia de Políticas públicas para comunidades quilombolas**. Brasília: SEPPIR: Programa Brasil Quilombola, 2013.

_____. **Lei nº 10.639, de 09 de janeiro de 2003.** Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília: Casa Civil, 2003.

_____. **Lei nº 11.645, de 10 de março de 2008**. Altera a Lei nº10.639, de 09 de janeiro de 2003. Brasília: Casa Civil, 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11645.htm. Acesso em: 24 mar 2016.

_____. **Lei n. 12.288, de 20 de julho de 2010**. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Brasília: Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos, 2010.

_____a. Ministério da Educação e Cultura. **Plano Nacional de Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação das Relações Etnicorraciais e para o Ensino de História e Cultura Afrobrasileira e Africana.** Brasília, 2004. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10098&Itemid=>. Acesso em 01 junho 2014.

_____b. **Portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004**. Aprova o Plano Nacional de Saúde – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano_Nacional_de_Saude.pdf. Acesso em 20 abril 2015.

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

_____. **Portaria n. 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Saúde da população negra**. Brasília: UNA-SUS, 2014.

_____. **Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS)**, 2015. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niBA.def. Acesso em: 10 jan 2016.

CALDWELL, K. Fronteiras da diferença: raça e mulher no Brasil. **Estudos feministas**, ano 8, n. 2, p. 91-108, 2000.

CARNEIRO, S. A batalha de Durban. **Estudos feministas**, n. 1, p. 209-214, 2002.

CARVALHO, A S. **Concepções sobre segurança alimentar e nutricional pelos Quilombolas da Comunidade de Tijuaçu, Bahia: uma abordagem etnográfica sobre o PAA.** Dissertação Mestrado Profissional em Saúde Pública. Recife: FIOCRUZ, 2010.

CATRIB, AMF, et al. Promoção da Saúde: saber fazer em construção. In: BARROSO, GT; VIEIRA, NFC; VARELA, ZMV (orgs). **Educação em Saúde: no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2003.

CIXOUS, Hélène. **Le rire de laméduse**. L´Arc, 1975.

CORRÊA, M. **As ilusões da liberdade**: a Escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil. Bragança Paulista: Edusf, 1998.

COSTA, Adailton Moreira. Candomblé e Saúde. IN: MANDARINO, Ana Cristina de Souza; GOMBERG, Estélio (orgs). **Leituras Afro-brasileiras: territórios, religiosidades e saúdes**. Salvador: EDUFBA, 2012.

CRIOLA. **Saúde da População Negra**. Passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação de políticas públicas. Rio de Janeiro, junho 2010.

CRUZ, Isabel Cristina Fonseca da. Conceito de saúde (e bem-estar) da população negra. In: UNA-SUS, **Módulo Saúde da população negra**. Unidade 1 – Contextualizando a saúde da população negra. Atividade 1 – Cultura negra, saúde e bem-estar. Brasília: DF, 2015.

CUNHA, EMGP**. Condicionantes da mortalidade infantil segundo raça/cor no Estado de São Paulo**, 1997-1998. Tese de doutorado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000128&pid=S1413-81232005000100013000015&lng=en. Acesso em 23 fev 2016.

DACHS, J. Norberto W; SANTOS, Ana Paula Rocha dos. Autoavaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. Rio de Janeiro: **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. 4, p. 887-94, out/dez, 2006.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; ACIOLI, Sônia**.** Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. Brasília: **RevBrasEnferm**, ano 21, v. 63, n. 1, p. 127-31, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a21.pdf. Acesso em: 04 jan 2014.

FEIJOO, Ana Maria Lopez Calvo; MATTAR, Cristine Monteiro. A Fenomenologia como Método de Investigação nas Filosofias da Existência e na Psicologia**.** Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Universidade Federal Fluminense. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Vol. 30 n. 4, out-dez/2014, p. 441-447. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n4/v30n4a09.pdf. Acesso em: 12 ago 2015.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio**: o minidicionário da língua portuguesa. 4. ed. ver. Ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, P; NOGUEIRA, A. **Que fazer**: teoria e prática em educação popular. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARESa. **Personalidades Negras** – Zumbi dos Palmares. Disponível em: http://www.palmares.gov.br/?page_id=8192. Acesso em: 25 jan 2016.

_____b. **Quadro geral de comunidades certificadas**. Disponível em: http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/QUADRO-RESUMO.pdf. Acesso em: 05 jun 2016.

GARNICA, A V M. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia**.** São Paulo: **Interface - Comunicação, Saúde**, Educação, v.1, n.1, ago. 1997.

GATTI, B A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro, 2012.

GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In. _____. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008, 1. ed. 13. reimp, p. 3-21.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (org). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, L A O; SILVA, P B G. **O jogo das diferenças**: o multiculturalismo e seus contextos. 4. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

HALL, S. **A Identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2011.

HAERTER, L.; NUNES, G. H. L.; CUNHA, D. T. R. Refletindo acerca da contribuição da cultura quilombola aos currículos da educação básica brasileira, através da presença da história da África e Afrobrasileira. **Rev. Identidade**, São Leopoldo, v.18 n. 3, ed. esp., p. 267-278, dez. 2013. Disponível em: <http://periodicos.est.edu.br/identidade>. Acesso em 04 de junho de 2014.

HOBSBAWM, Eric. Introdução: a invenção das tradições. IN: HOBSBAWM, Eric; RANGER, Terence (Orgs.). **A invenção das tradições**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

HUSSERL, E. **Husserl** (Col. Os Pensadores). São Paulo: Abril Cultural, 1985.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa populacional**. Brasília. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=293010#>. Acesso 12 maio 2014.

INCRA. Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. **Incra reconhece Território Quilombola de Tijuaçu.**Disponível em: http://www.mda.gov.br/sitemda/noticias/incra-reconhece-territ%C3%B3rio-quilombola-de-tijua%C3%A7u. Acesso em 27 mar 2016.

KOCHERGIN, Claudia Nicolaevna; PROIETTI, Fernando Augusto; CÉSAR, Cibele Comini. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e

fatores associados. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, 30(7), p. 1487-1501, jul/2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1487.pdf. Acesso em 24 abr 2015.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed, 1999, 189 p.

LIMA-COSTA, MF; CESAR, CC; CHOR, D; PROIETTI, FA. Self-rated health compared with objectively measured health status as a tool for mortality risk screening in older adults: 10-year follow-up of the Bambuí Cohort Study of Aging. **Am J Epidemiol**. 1;175(3), p. 228-35, fev/2012. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22193172. Acesso em: 03 mar 2016.

LIMA, M. O. M. et al. Implantação de salas educativas na estratégia de saúde da família por meio do agente comunitário de saúde como educador em saúde: um relato de experiência. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v.1, n.1, 2012, p. 17-24.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Opas/OMS, 2002. p. 25-116.

LIMA, N. T.; HOCHMAN, G. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República. In: MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. (Org.). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz/CCBB, 1996. p. 23-40.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**. vol.12, n.2,. Ago. 2007, 1413-8123. pp. 335-342

MACHADO, P. B. *et al.* **Tijuaçu uma resistência no semiárido baiano**. Prefeitura Municipal de Senhor do Bonfim. Secretaria Municipal de Educação e Cultura, Senhor do Bonfim, Bahia, dez. 2004.

MAIO, Marcos Chor. Raça, doença e saúde pública no Brasil: um debate sobre o pensamento higienista do século XIX. In: Monteiro, S.; Sansone, L. (org.) **Etnicidade na América Latina**: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2004, p. 15-44.

MARTINS, Alaerte Leandro; TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. Mulheres negras e mortalidade materna no Estado do Paraná, de 1993 a 1998. São Paulo. **Rev. Bras. CrescDesenv. Hum**, vol. 10, n. 1, 2000, p. 31-40. Disponível em: www.journals.usp.br/jhgd/article/download/39583/4246. Acesso em: 14 mai 2015.

MARTINS, J., BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia**: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Educ/Moraes, 1989.

MINGROTTI NETTO, RC. **Genética e saúde nos remanescentes de quilombos do Vale do Ribeira – SP**. São Paulo, 2008.

MIRANDA, C A S. Trajetória da comunidade negra rural de Tijuaçu-Ba: histórias ouvidas e contadas. **Revista Identidade!,** São Leopoldo, RS, v.15, n.1, jan-jun. 2010.

_____.**Vestígios Recuperados:** experiências da comunidade negra rural de Tijuaçu-BA. São Paulo: Anablume, 2009.

_____, Carmélia Aparecida Silva. Comunidades Quilombolas do Brasil: desafios e perspectivas**.** São Paulo: ***Cordis***, n. 11, p. 253-279, jul./dez 2013.

MOREIRA, Virginia. Possíveis contribuições de Husserl e Heidegger para a clínica fenomenológica. Maringá-PR: **Psicologia em Estudo**, vol. 15, n. 4, out./dez. 2010, p. 723-731. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n4/v15n4a07. Acesso em: 15 ago 2015.

MOURA, C.A.R. Crítica da Razão na Fenomenologia. São Paulo: **Edusp/Nova Stella**, 1989. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000129&pid=S1414-32831997000200008000028&lng=en. Acesso em: 05 dez 2015.

MOURA, G. Os quilombos contemporâneos e a Educação**. Revista Humanidades**, Brasília: Editora UNB, n. 47, nov. de 1999.

MONTEIRO, S. Desigualdades em saúde, raça e etnicidade: questões e desafios. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Org.). **Etnicidade na América Latina:** um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 45-56.

MONTEIRO, S; MAIO, M C. Saúde: Cor/Raça, Saúde e Política no Brasil (1995-2006). In: PINHO, O; SANSONI, L (Orgs.). **Raça: novas perspectivas antropológicas**. 2. ed. ver. Salvador: ABA / EDUFBA, 2008. p. 121-150.

MOREIRA, H; CALEFFE, L G. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Brasília: Cortez/ Unesco; 2002.

NASCIMENTO, A. **O Quilombismo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1980.

O'DWYER, E C. **Quilombos:** identidade étnica e territorialidade. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2002. p. 18.

OLIVEIRA, G. C.; SANT'ANNA, V. Chega de saudade, a realidade é que. **Estudos feministas**, n. 1, p. 199-207, 2002.

PALUDO, C. **Educação popular em busca de alternativas:** uma leitura desde o campo democrático popular. Porto Alegre, RS: Tomo Editorial, 2001.

PARADIES, Yin; et al. Racism as a determinant of health: a protocol for conducting a systematic review and meta-analysis. **SystematicReviews**. 2:85 2013, Disponível em: http://www.systematicreviewsjournal.com/content/2/1/85. Acesso em: 15 jun 2015.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: BRASIL. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

QUEIROZ, E M de, *et al*. Formação dos profissionais da saúde e gestores que atuam com comunidades quilombolas. IN: VOLOCHKO, A; BATISTA, L E. **Saúde nos quilombos**. São Paulo: Instituto de Saúde – SESSP, 2009, p. 197-203.

RIBEIRO, Matilde. Mulheres negras brasileiras: de Bertioga a Beijing. **Estudos feministas**, v. 3, n. 2, p.446-457, 1995.

ROCHA, Rogério Lannes. Da invisibilidade à ruptura do silêncio**.** IN: Saúde da população negra: a invisibilidade agrava o quadro de doenças. Rio de Janeiro: **RADIS**, n. 20, abr 2004.

SANTOS, José Luiz dos. **O que é cultura**. São Paulo: Brasiliense, 2006 (Coleção primeiros passos; 110) 12ª reimpr. da 16ª. ed. de 1996.

SANTOS, Paula O. **Ser quilombola no sertão:** Tijuaçu, lutas e resistências no processo de construção identitária. **(**Dissertação de Mestrado). Salvador: UFBA, 2013.

SANTOS, Sanqueilo de Lima. Originalidade e precariedade no método fenomenológico husserliano. IN: LIMA, Antonio Balbino Marçal (org). **Ensaios sobre fenomenologia**: Husserl, Heidegger e Merleau-Ponty. Ilhéus-BA: Editus, 2014, p. 15-50.

SCHALL, VT; STUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**1999; 2: 4-5.

SEPPIR, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Racismo como determinante social de saúde**. Brasília: Esplanada dos Ministérios, 2011.

SIAB, Sistema de Informação da Atenção Básica. **Relatório de Cadastramento Familiar**. Senhor do Bonfim – BA: Secretaria Municipal de Saúde, 2015.

SILVA, EL da; MENEZES, EM. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC, 2005. Disponível em ftp://ftp.unilins.edu.br/brenoortega/metodologia/metodologia_de_pesquisa.pdf. Acesso em 10 de out 2013.

SILVA, O. S. Quilombos do Sul do Brasil: movimento social emergente na sociedade contemporânea. **Rev. Identidade**, São Leopoldo, v. 15, n. 1, p. 51-64, 2010.

SILVA, Rodnei Jericó da; CARNEIRO, Suelaine. Violência racial: uma leitura sobre os dados de homicídios no Brasil. São Paulo: **Geledés Instituto da Mulher Negr**a; Global Rights Partners for Justice, 2009. Disponível em: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1262_1447_violenciaracialgeledes.pdf. Acesso em 04 abr 2016.

SILVA, TADEU T. da (Org.). **Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis, RJ: Vozes, 15. ed, 2014.

SOUZA, J. (Ed.). Multiculturalismo e racismo: uma comparação Brasil – Estados Unidos. Brasília: **Paralelo,** 15, 1997.

SOUZA, Antônio José de. Tijuaçu: presença negra no semiárido. 2012. Disponível em: http://www.recantodasletras.com.br/artigos/3470601. Acesso 12 março 2015.

TANCREDI, Francisco Bernardini; BARRIOS, Susana Rosa Lopez; e FERREIRA José Henrique Germann. **Planejamento em Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, Vol. 2).

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. Rio de Janeiro: **PHYSIS**: **Rev. Saúde Coletiva**, v.14, n.1, a. 05, p. 67- 83, 2004.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 8, 2007. p. 121-126.

VIEIRA, Ana Beatriz Duarte. **População Quilombola Kalunga: acesso ao sistema de saúde sob o enfoque da Bioética de Intervenção.** Tese de Doutorado em Bioética. Brasília: Universidade de Brasília: Programa de Pós-Graduação em Bioética, Cátedra UNESCO, 2014.

WERNECK, Jurema. A vulnerabilidade das mulheres negras. São Paulo: **Jornal da Rede Saúde**, n.23, 2001, p. 31-33. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000144&pid=S1413-81232005000100013000031&lng=en. Acesso em 14 set 2014.

WOODWARD, K. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. IN: SILVA, Tadeu T. da (Org.). **Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis, RJ: Vozes, 15. ed, 2014.

Apêndices

Apêndice A – Questionário Estruturado

UNIVERSIDADE DOESTADO DA BAHIA - UNEB
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E DIVERSIDADE – PPED
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO E DIVERSIDADE - MPED
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – DCH IV – JACOBINA

Educação em Saúde na Comunidade Quilombola de Tijuaçu, Sr. do Bonfim - Ba.

Pesquisadora Responsável: Eliana do Sacramento de Almeida
Orientadora: Dra. Carmélia Aparecida Silva Miranda

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Localidade: _____
ACS:_____
N Questionário: _____Data: _____ Aplicado por: _____

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

A. INICIAIS:_____
B. IDADE: (1) 18-24 (2) 25-30 (3) 31-39 (4) 40-49 (5) 50-59 (6) + 60
C. SEXO: (1) F (2) M D. **FILHOS**: (1) Sim (2) Não E. Quantos? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ou +
F. COR/RAÇA: (1) Negra (2) Parda (3) Amarela (4) Índia (5) Branca
G. NATURALIDADE: (1) Tijuaçu (2) Senhor do Bonfim (3) Outro município
H. RESIDE EM TIJUAÇU A:(1) Menos 2 anos (2) De 2 a 5 anos (3) 5 a 10 anos (4) +10anos
I. RELIGIÃO: (1) Católica (2) Não possui religião (3) Umbanda (4) Evangélica
J. ESTADO CIVIL: (1) casado(a) (2) solteiro(a) (3) viúvo(a) (4) separado(a) (5) união estável.
K. OCUPAÇÃO: (1) empregado(a) (2) desempregado(a) (3) aposentado(a).
L. ESCOLARIDADE: (1) nenhuma (2) E. Fundamental (3) E. Médio (4)E. Superior
M. RESIDE COM: (1) Marido/Companheiro. (2) Filhos, marido/companheiro (3) Filhos (4)Outros familiares
N. N DE MORADORES NO DOMICÍLIO: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) + 6
O. POSSUI ANIMAIS DOMÉSTICOS: (1)Sim (2) Não ( ) Gato ( ) Cachorro ( ) Galinha ( ) Outro

ESTADO DE SAÚDE

P. Em geral, como o(a) sr(a) avalia a saúde de sua família?

1. Muito boa 2. Boa 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim

Q. No domicílio, algum morador adoeceu nos últimos 30 dias? (1) Sim (2) Não

R. Se sim, qual o motivo?

1. Acidentes e/ou traumas
2. Violência
3. Uso abusivo de álcool
4. Uso abusivo de drogas
5. Problemas mentais
6. Gripe, pneumonia
7. Dengue
8. Virose
9. Diarreia, vômito, gastrite.
10. HAS
11. DM
12. Infarto
13. AVC
14. Câncer
15. Problemas Odontológicos

S. Buscou ajuda para tratamento? 1. Sim 2. Não

T. Se sim, onde?

1. Na farmácia
2. Na Unidade de Saúde da Família
3. No Hospital
4. Em clínica particular
5. Na benzedeira
6. Outros

U. Foi atendido pelo médico? 1. Sim 2. Não

V. Precisou fazer tratamento? 1. Sim 2. Não

W. Se sim, qual o tratamento?

1. Medicamentos
2. Tratamento Natural (chás)

X. Quanto à aquisição dos medicamentos?

1. Adquiriu na Unidade de Saúde
2. Comprou na farmácia popular
3. Comprou na farmácia privada
4. Não adquiriu

Y. Se não adquiriu, por quê?

1. Achou desnecessário 2. Não gosta de usar medicamentos 3. Não pôde comprar

Z. Costumam buscar assistência para prevenção de doenças? 1. Sim 2. Não

AA. Se sim, para quê?

1. Assistência odontológica
2. Vacinação
3. Continuação de tratamento
4. Pré-natal
5. Puericultura
6. Parto
7. Exame complementar de diagnóstico
8. Outro atendimento preventivo

AB. Algum morador possui algumas destas doenças? 1. Sim 2. Não

AC. Qual?

1. Diabetes
2. Hipertensão
3. Insuficiência Cardíaca
4. Insuficiência Respiratória
5. Insuficiência Renal
6. Anemia Falciforme
7. Câncer
8. Tuberculose
9. Hanseníase
10. Obesidade
11. Desnutrição
12. Outra: _____

AD. Algum morador possui algum tipo de deficiência? 1. Sim 2. Não

AE. Tipo: 1. Motora 2. Auditiva 3. Visual 4. Intelectual

AF. Algum morador já sofreu algum tipo de violência? 1. Sim 2. Não

AG. Tipo: 1. Doméstica 2. Sexual 3. Verbal 4.Psicológica 5. Física

AH. Algum morador faz uso de algum tipo de fumo, cigarro, caximbo ou charuto?

1. Sim 2. Não

AI. Se sim, já buscou ajuda para parar, onde?

1. Não tentou 2. Tentou Sozinho(a) 3. UBS /USF 4. Médico Particular 5. Igrejas

AJ. Algum morador faz uso abusivo de bebida alcoólica? 1. Sim 2. Não

AK Se sim, já buscou ajuda para parar, onde?

1. Não tentou parar 2. Tentou Sozinho(a) 3. UBS /USF 4. Médico Particular
5. Igrejas 6. Alcóolicos Anônimos

AL. Algum morador faz uso de algum tipo de drogas? 1. Sim 2. Não

AM. Se sim, qual? 1. Maconha 2. Cocaína 3. Crack 4. LSD 5. Outras

AN. Se sim, já buscou ajuda para parar, onde?

1. Não tentou parar 2. Tentou Sozinho(a) 3. UBS /USF 4. Médico Particular
5. Igrejas 6. Hospital

AO. Nos últimos 12 meses, algum morador necessitou de internamento hospitalar?

1. Sim 2. Não

AP. Se sim, qual o motivo?

1. Parto
2. Cirurgia
3. Tratamento clínico
4. Tratamento psiquiátrico
5. Exames complementares de diagnóstico
6. Outros _____

PERCEPÇÃO RELACIONADA À SAÚDE
AQ. INTERAÇÃO COM O ESTADO DE SAÚDE: **1. ( )Demonstra bom conhecimento sobre seu estado de saúde;** **2. ( )Demonstra pouco conhecimento sobre doença e seu tratamento** **3. ( )Tem dificuldade de entendimento;** **4. ( )Nada sabe sobre a doença e tratamento;** **5 .( )Solicita informações;** **6 .( )Interpreta de maneira errada as informações recebidas;** **7. ( )Não tem interesse em aprender;** **8. ( )Apresenta interesse nas informações/orientações recebidas;** **9. ( )Apresenta outras necessidades.**

Apêndice B – Roteiro de Entrevista Parcialmente Estruturada

UNIVERSIDADE DOESTADO DA BAHIA - UNEB
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E DIVERSIDADE – PPED
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO E DIVERSIDADE - MPED
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – DCH IV – JACOBINA

Título da Pesquisa: Educação em Saúde na Comunidade Quilombola de Tijuaçu, Senhor do Bonfim - Ba.

Pesquisadora Responsável: Eliana do Sacramento de Almeida

Orientadora: Dra. Carmélia Aparecida Silva Miranda

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome (Iniciais): _____ Idade: _____
Tempo de convívio com a Comunidade: _____
Categoria / Representação Social: _____
Profissão: _____
Escolaridade: ( ) Não alfabetizado ( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino Médio ( ) Ensino Superior

1. O que você entende por saúde?
2. O que você entende por doença?
3. Quais os principais problemas de saúde da comunidade?
4. Quais os fatores que você considera determinantes para a ocorrência destes problemas?
5. Você acha que esses problemas podem ser evitados? Como?
6. Como a comunidade resolve seus problemas de saúde? A quem recorre?
7. Como se desenvolve a prevenção de doenças na comunidade?
8. Em sua opinião, quais os fatores que facilitam e dificultam as práticas de prevenção em saúde na comunidade?
9. Sugestões e comentários adicionais.

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE DOESTADO DA BAHIA - UNEB
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E DIVERSIDADE – PPED
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO E DIVERSIDADE - MPED
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – DCH IV – JACOBINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa seguirá os Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome do participante: _____
Documento de Identidade nº: _____Data de Nascimento: ___./___/___
Sexo: M ( ) F ( ) Idade: _____ Telefone: (_____) _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

Educação em Saúde na Comunidade Quilombola de Tijuaçu, Senhor do Bonfim - Ba.

2. PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Dra. Carmélia Aparecida Silva Miranda – Professora do Mestrado Profissional Educação e Diversidade - UNEB Campus IV.

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

(x) Risco Mínimo ( ) Risco Maior que mínimo

Descrição: Será realizada a aplicação de questionário estruturado e entrevista semiestruturada com os profissionais da Estratégia de Saúde de Família, professores das escolas de ensino fundamental e membros da comunidade/usuários do serviço de saúde, buscando garantir privacidade no momento da aplicação dos instrumentos para obtenção de dados, bem como a preservação da identificação dos mesmos, mantendo seu anonimato.

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 2 anos.

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

O(A) Sr.(a) está sendo convidado para participar da pesquisa: "Educação em Saúde na Comunidade Quilombola de Tijuaçu, Senhor do Bonfim - Ba" , de responsabilidade da pesquisadora Carmélia Aparecida Silva Miranda, professora do Programa de Mestrado Profissional em Educação e Diversidade da Universidade do Estado da Bahia, Campus IV, Jacobina. O presente estudo tem por objetivo principal Realizar um estudo investigativo sobre as práticas preventivas e curativas em saúde utilizadas pela Comunidade Quilombola de

Tijuaçu, Senhor do Bonfim – Bahia, a fim de promover ações interdisciplinares, a partir das demandas destas comunidades. . Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas do roteiro de entrevista e do questionário. A participação é voluntária e não apresenta gratificações financeiras aos participantes. A qualquer momento o Sr. (a) poderá desistir de participar e retirar sua autorização. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Conforme o que estabelece a Resolução 466/2012 CNS/MS caso se sinta prejudicado terá direito a indenização. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidencias e asseguramos o sigilo de sua identidade. As transcrições das entrevistas serão arquivadas pelas pesquisadoras por um período de 5 (cinco) anos, após o qual serão descartados em triturador de papel.

Ao concordar o Sr. (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o número do telefone da pesquisadora principal e do orientador, que poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS.

Pesquisadora (Orientanda):

Eliana do Sacramento de Almeida, Tel. (74) 9199-7236, e-mail: elianadosacramento@hotmail.com.

Pesquisadora responsável (Orientador): Carmélia Aparecida Silva Miranda, Tel (71) 9282-9683, e-mail: carmelia15@hotmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/UNEB, UNEB - Pavilhão Administrativo – Térreo - Rua Silveira Martins, 2555, Cabula. Salvador-BA. CEP: 41.150-000 Tel.: (71) 3117-2445. E-mail: cepuenb@uneb.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde CEP: 70750-521 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5878. E-mail: conep@saude.gov.br

VI-CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido devidamente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa. Consinto, também, que os resultados obtidos sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos desde que minha identificação não seja realizada.

Senhor do Bonfim, _____ de _____ de _____.

_____ _____

Assinatura do Participante Assinatura do pesquisador

Apêndice D – Ficha de Identificação do Participante da Oficina de Grupo Focal

OFICINA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE DE TIJUAÇU
Pesquisadora Responsável: Eliana do Sacramento de Almeida
Orientadora: Carmélia Aparecida da Silva Miranda

Ficha de Identificação de Participante

NOME:
IDADE: **SEXO:** ( ) Feminino ( ) Masculino
COR / RAÇA: ( ) Negra ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Índia ( ) Branca
NATURALIDADE:
LOCAL DE RESIDENCIA:
RELIGIÃO:
ESTADO CIVIL: ( ) casado(a) ( ) solteiro(a) ( ) viúvo(a) ( ) separado(a) ( ) união estável.
ESCOLARIDADE:
PROFISSÃO:
TEMPO DE PROFISSÃO:
TEMPO DE ATUAÇÃO NESTA UNIDADE:
PARTICIPAÇÃO NOS ENCONTROS: ( ) 1º ( ) 2º ( ) 3º
OBSERVAÇÕES:

Apêndice E – Modelo de Plano de Intenções

OFICINA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE DE TIJUAÇU
Pesquisadora Responsável: Eliana do Sacramento de Almeida
Orientadora: Carmélia Aparecida da Silva Miranda

Modelo de Plano de Intenções

Unidade de Trabalho:	
Equipe Executora:	
Público Alvo:	Nº. de Participantes:
Atividade a ser desenvolvida:	
Data:	Horário:
Local:	
Objetivo Geral:	
Objetivos Específicos:	
Recursos Necessários Materiais: Humanos:	
Custos:	

Cronograma de Atividades

Atividade	Responsável	Prazo

Planejado por: Em: _____/_____/_____

Anexo

Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UNEB)

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: *EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE TIJUAÇU, SENHOR DO BONFIM, BAHIA.*

Pesquisador: Eliana do Sacramento de Almeida

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46829315.6.0000.0057

Instituição Proponente: Universidade do Estado da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.333.985

Apresentação do Projeto:

Em todo Brasil são inúmeras as comunidades quilombolas existentes e já certificadas pela Fundação Cultural Palmares. No município de Senhor do Bonfim existem 16 comunidades remanescentes, sendo Tijuaçu a mais representativa pelo quantitativo populacional. Essas comunidades são, em sua grande maioria, marcadas pelas gritantes desigualdades raciais e sociais existentes em nosso país, especialmente no que se referem às questões essenciais à sobrevivência como educação, saúde e seguridade social. Esta pesquisa-ação com abordagem fenomenológica objetiva realizar um estudo investigativo sobre as práticas preventivas e curativas em saúde utilizadas pela Comunidade Quilombola de Tijuaçu, Senhor do Bonfim – Bahia e utilizará como dispositivos as entrevistas individual semiestruturada e de grupo focal, a aplicação de questionário fechado e a análise documental. Os participantes serão os membros da comunidade de Tijuaçu, professores das escolas de ensino fundamental e profissionais
de saúde da Unidade de Saúde da Família. Espera-se alcançar como produto final o desenvolvimento de oficinas formativas para discussão dos problemas de saúde das comunidades quilombolas e a elaboração de vídeo documentário sobre educação em saúde quilombola para uso pelos profissionais da educação e da saúde. No que se refere aos aspectos éticos esta pesquisa terá como base a Resolução CNS/CONEP/MS n.466/2012 e será submetida ao Comitê de Ética em

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
Bairro: Cabula **CEP:** 41.195-001
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3117-2445 **Fax:** (71)3117-2415 **E-mail:** cepuneb@uneb.br

Pesquisas da Universidade do Estado da Bahia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar um estudo investigativo sobre as práticas preventivas e curativas em saúde utilizadas pela Comunidade Quilombola de Tijuaçu, Senhor do Bonfim – Bahia, a fim de promover ações interdisciplinares, a partir das demandas destas comunidades.

Objetivo Secundário:

• Conhecer como a comunidade, os professores e os profissionais de saúde compreendem Saúde e como exercitam a prevenção e cura de doenças e agravos em Tijuaçu; • Investigar sobre a saúde da população de Tijuaçu com a comunidade, professores da Educação Básica e profissionais da Unidade de Saúde da Família com a finalidade de traçar um perfil epidemiológico; • Propor o desenvolvimento de um vídeo documentário a partir das oficinas formativas sobre Educação em Saúde Preventiva realizadas com os profissionais da Educação e da Saúde de modo interdisciplinar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

É sabido que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, especificamente nesta pesquisa, os riscos aos quais os participantes estarão expostos podem ser considerados mínimos e relacionam-se a possíveis desconfortos e/ou constrangimentos causados pelo conteúdo da entrevista e/ou do questionário, ou ainda de alguma situação emergente durante a realização dos grupos focais. Visando minimizar estes riscos, algumas medidas serão adotadas: a realização do convite para participar da pesquisa e a aplicação dos dispositivos de captura de
dados somente serão utilizados após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNEB; no momento da coleta dos dados buscarse-á preservar a privacidade do entrevistado, proporcionando-lhe um ambiente acolhedor e privativo evitando-se interrupções; as entrevistas e os grupos focais serão gravadas, após obtenção de autorização do participante, e transcritas cuidadosamente, buscando-se sempre nos relatos a preservação da identidade dos sujeitos pesquisados.

Benefícios:

Esta pesquisa objetiva proporcionar aos seus participantes, os seguintes benefícios: - Reflexão sobre o processo saúde-doença da comunidade onde estão inseridos; - Aquisição de conhecimentos científicos sobre promoção da saúde e prevenção de doenças; - Resgatar e

correlacionar os saberes tradicionais quilombolas aos saberes técnicos científicos; - Melhorias da qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível.

A metodologia proposta bem como os critérios de inclusão e exclusão e cronograma são compatíveis com os objetivos propostos no projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As declarações apresentadas são condizentes com as Resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos. Os pesquisadores envolvidos com o desenvolvimento do projeto apresentam declarações de compromisso com o desenvolvimento do projeto em consonância com a Resolução 466/12 CNS/MS, bem como com o compromisso com a confidencialidade dos particpantes da pesquisa e as autorizações das instituições proponente e coparticipante.

O TCLE apresentado possui uma linguagem clara e acessível aos participantes da pesquisa e atende ao disposto na resolução 466/12 CNS/MS contendo todas as informações necessárias ao esclarecimento do participante sobre a pesquisa bem como os contatos para a retirada de duvidas sobre o processo

Recomendações:

Recomendamos ao pesquisador atenção aos prazos de encaminhamento dos relatórios parcial e/ou final. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos participantes, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos sujeitos da pesquisa tendo respeitado os princípios da autonomia dos participantes da pesquisa, da beneficência, não maleficência, justiça e

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 1.333.985

equidade. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_533217.pdf	17/06/2015 10:03:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Eliana do Sacramento de Almeida 16.06.2015.docx	17/06/2015 10:02:53		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo Autorização Coparticipante.pdf	17/06/2015 01:04:05		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo de Concessão.pdf	17/06/2015 01:01:03		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.pdf	15/06/2015 11:36:08		Aceito
Outros	Termo de Compromisso Pesquisador Responsável.jpg	15/06/2015 11:34:57		Aceito
Outros	Roteiro de Entrevista Semi Estruturada.docx	15/06/2015 11:19:55		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15/06/2015 11:17:27		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo Autorização Institucional.jpg	15/06/2015 11:12:07		Aceito
Outros	Termo confidencialidade.jpg	15/06/2015 11:11:11		Aceito
Outros	Declaração de concordância.jpg	15/06/2015 11:09:48		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.jpg	15/06/2015 11:07:54		Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
Bairro: Cabula **CEP:** 41.195-001
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3117-2445 **Fax:** (71)3117-2415 **E-mail:** cepuneb@uneb.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DA BAHIA - UNEB

Continuação do Parecer: 1.333.985

SALVADOR, 23 de Novembro de 2015

Assinado por:
Aderval Nascimento Brito
(Coordenador)

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
Bairro: Cabula **CEP:** 41.195-001
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3117-2445 **Fax:** (71)3117-2415 **E-mail:** cepuneb@uneb.br