

Bases Conceituais da **Saúde 2**

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2019

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

Bases Conceituais da Saúde

2

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Geraldo Alves

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

B299 Bases conceituais da saúde 2 [recurso eletrônico] / Organizadora
Elisa Miranda Costa. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.
– (Bases Conceituais da Saúde; v. 2)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-133-6

DOI 10.22533/at.ed.336191502

1. Cuidados primários de saúde. 2. Política de saúde. 3. Sistema
Único de Saúde. I. Costa, Elisa Miranda. II. Série.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos
autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A atenção primária à saúde é marcada por diferentes abordagens, portanto não há uniformidade, quanto ao conceito. Existem quatro linhas principais de interpretação: programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços; serviços ambulatoriais médicos especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; abrangente ou integral como uma concepção de modelo assistencial de organização do sistema de saúde; filosofia que orienta os processos emancipatórios pelo direito universal à saúde.

No Brasil, implementação da Atenção Primária em Saúde não se desenvolveu de maneira uniforme. Porém, foi durante a década de 70, diante da crise econômica, das altas taxas de mortalidade que a configuração do sistema de saúde brasileiro e a concepção de seguro social passaram a ser questionadas dentro das universidades e pela sociedade civil.

Com a reestruturação da política social brasileira, entrou em voga, o modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático. A saúde passa a ser um direito social e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e agravos e ao acesso universal e igualitário das ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. A Constituição Federal de 1988 aponta como princípios e diretrizes do SUS: a universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social.

A Estratégia de Saúde da Família foi criada como eixo prioritário do SUS, com o objetivo de estabelecer a integração e promoção das atividades em um território definido. Atualmente é considerada a porta de entrada principal da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo o ponto de interlocução entre os demais níveis do sistema de saúde.

Apesar do aumento do acesso e da oferta dos serviços de saúde no Brasil, existe uma disparidade na implementação de uma atenção primária integral no país, pautado no desenvolvimento de ações comunitárias e mediação de ações intersetoriais para responder aos determinantes sociais da doença e promover saúde.

Diante do exposto, ao longo deste volume discutiremos a Atenção Primária à Saúde, abordando diversas nuances como: aspectos históricos, a interlocução com as pesquisas avaliativas, a transversalidade com as diversas políticas de saúde, o caminho percorrido até aqui e os desafios que ainda persistem na Atenção Primária.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA COMUNIDADE PERIFÉRICA, EM BELÉM-PA: AUSÊNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE, COMO EM FOCO	
<i>Sabrina Souza Araújo</i> <i>Alisson Bruno Leite Lima</i> <i>Thaís de Almeida Costa</i> <i>Fabiano da Silva Medeiros</i> <i>Voyner Ravena-Cañete</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915021	
CAPÍTULO 2	7
A INSERÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NA REALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BRASILEIROS: AS DIFICULDADES NA PRESERVAÇÃO DO SIGILO MÉDICO	
<i>Raíssa Josefa Pereira de Moura</i> <i>Lourenço de Miranda Freire Neto</i> <i>Raíssa Medeiros Palmeira de Araújo</i> <i>Renata Karine Pedrosa Ferreira</i> <i>Adrian Bessa Dantas</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915022	
CAPÍTULO 3	15
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INTERNAÇÕES DE IDOSOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2012 A 2016	
<i>Victoria Farias do Nascimento</i> <i>Marília Gabrielle Santos Nunes</i> <i>Laryssa Grazielle Feitosa Lopes</i> <i>Antonio Flaudiano Bem Leite</i> <i>Edson Hilan Gomes de Lucena</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915023	
CAPÍTULO 4	29
APROXIMAÇÃO DA AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS INTERFACES COM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
<i>Tayná Vieira da Silva</i> <i>Maria Raquel Rodrigues Carvalho</i> <i>Maria Salete Bessa Jorge</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915024	
CAPÍTULO 5	42
AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES ATENDIDAS PELO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BELÉM-PA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Ana Beatriz Praia</i> <i>Adalgisa Gabriela dos Santos Guimarães</i> <i>Matheus Cruz</i> <i>Thayana de Nazaré Araújo Moreira</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915025	

CAPÍTULO 6 48

CONTRIBUIÇÕES DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE PARA A DISCUSSÃO DA AMPLIAÇÃO DAS BASES CONCEITUAIS DA SAÚDE

*Juliana da Rosa Wendt
Hildegard Hedwig Pohl*

DOI 10.22533/at.ed.3361915026

CAPÍTULO 7 61

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM E OS DESAFIOS DA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO COFEN Nº 293/2004

*Rafael Dos Santos Borges
Maria de Nazaré de Sousa Moura
Marayza Pinheiro Nunes*

DOI 10.22533/at.ed.3361915027

CAPÍTULO 8 65

DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS DA ADVOCACIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: DESAFIO PARA A ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

*Eduarda Maria Duarte Rodrigues
Gláucia Margarida Bezerra Bispo
Camila Almeida Neves de Oliveira
Edilson Rodrigues de Lima
Cristiane Gonçalves Araújo*

DOI 10.22533/at.ed.3361915028

CAPÍTULO 9 77

ESTUDO SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM, PARÁ, BRASIL

*Fabio Daniel Pereira Sampaio
Suann Quemel Mesquita
Murilo Oliveira Pollhuber
Lenita Mayumi Ramos Sasaki
Maria Do Socorro Castelo Branco de Oliveira Bastos*

DOI 10.22533/at.ed.3361915029

CAPÍTULO 10 81

FATORES ASSOCIADOS NA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES CADASTRADOS NO HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) DJALMA DE HOLANDA CAVALCANTE EM RECIFE-PE

*Pablo Nunes Teles de Mendonça
Leonardo José Vieira Queiroz Filho
Antonio Malan dos Santos Nascimento
Tássio Martins de Oliveira
Lucas Dantas de Oliveira
Domingos Sávio Barbosa de Melo*

DOI 10.22533/at.ed.33619150210

CAPÍTULO 11 94

FORMAÇÃO INTERSETORIAL EM LINHA DE CUIDADO PARA A ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Maria das Dores Lima
Maria Cláudia de Freitas Lima
Adriano Rodrigues de Souza

DOI 10.22533/at.ed.33619150211

CAPÍTULO 12 109

INTERDISCIPLINARIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE SOB A ÓTICA DE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE

Vanessa dos Santos Silva
Ruhama Beatriz da Silva
Ruty Thaís Silva de Medeiros
Roberto Mendes Júnior
Lorena Oliveira de Souza
Robson Marciano Souza da Silva
Ylanna Kelaynne Lima Lopes Adriano Silva
Arysleny de Moura Lima
Fabiano Limeira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.33619150212

CAPÍTULO 13 117

JUSTIÇA DISTRIBUTIVA E SAÚDE: DE JOHN RAWLS A NORMAN DANIELS

Plínio José Cavalcante Monteiro
Talita Cavalcante Arruda de Moraes

DOI 10.22533/at.ed.33619150213

CAPÍTULO 14 126

MORTALIDADE INFANTIL POR CAUSAS EVITÁVEIS NAS MESORREGIÕES DA PARAÍBA NO PERÍODO DE 2004 A 2014

Thainá Rodrigues Evangelista
Valéria Falcão da Silva Freitas Barros
Antonio Araujo Ramos Neto
João Lucas Gonçalves Monteiro
Maria Cristina Rolim Baggio

DOI 10.22533/at.ed.33619150214

CAPÍTULO 15 142

MUNICIPALIZAÇÃO DE SETORES REGULADOS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA: PANORAMA DAS DROGARIAS DO MUNICÍPIO DE GOIANA – PE

Rômulo Moreira dos Santos
Marisa Torres de Moura Agra

DOI 10.22533/at.ed.33619150215

CAPÍTULO 16 147

O EMPODERAMENTO DO CUIDADO DA POPULAÇÃO IDOSA AMAZÔNICA

Vanessa Alessandra Freitas de Moraes
Fabianne de Jesus Dias de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.33619150216

CAPÍTULO 17 152

O FORTALECIMENTO DO VÍNCULO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE ORIENTADOS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Viviane Gonçalves Barroso
Cláudia Maria de Mattos Penna

DOI 10.22533/at.ed.33619150217

CAPÍTULO 18 163

ESTÁGIO SUPERVISIONADO DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CUITÉ-PB: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thaila Carla Freire de Oliveira
Débora Thaíse Freires de Brito

DOI 10.22533/at.ed.33619150218

CAPÍTULO 19 171

PERFIL DA MORTALIDADE NA REDE MATERNO INFANTIL SEGUNDO A EVITABILIDADE DOS ÓBITOS INFANTIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Carolina Ribeiro Tamboril
Lucas Dias Soares Machado
Fernanda Maria Silva
Aliniana da Silva Santos
Maria Corina Amaral Viana

DOI 10.22533/at.ed.33619150219

CAPÍTULO 20 177

PREVALÊNCIA DE HIPOVITAMINOSE D NO SUL DO BRASIL: INFLUÊNCIA DA SAZONALIDADE

Michelle Lersch
Diene da Silva Schlikmann
Juliano de Avelar Breunig
Sílvia Isabel Rech Franke
Daniel Prá

DOI 10.22533/at.ed.33619150220

CAPÍTULO 21 189

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rogéria Pimentel de Araujo Monteiro
Samara Machado Paiva

DOI 10.22533/at.ed.33619150221

CAPÍTULO 22 195

PROPOSTA MULTIDISCIPLINAR DE APOIO À CESSAÇÃO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alaine Santos Parente
Fábia Maria de Santana
Fabiola Olinda de Souza Mesquita

DOI 10.22533/at.ed.33619150222

CAPÍTULO 23 203

QUESTÕES DE SAÚDE NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE TIJUAÇU, SENHOR DO BONFIM – BA

Eliana do Sacramento de Almeida

Carmélia Aparecida Silva Miranda

DOI 10.22533/at.ed.33619150223

CAPÍTULO 24 218

RECOMENDAÇÕES DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA A POPULAÇÃO QUILOMBOLA

Gabriela de Nazaré e Silva Dias

Jamilly Nunes Moura

John Lucas da Silva Almeida

Suelen Gaia Epifane

Ana Caroline Guedes Souza Martins

Danielly Amaral Barreto

Leticia Almeida de Assunção

Letícia Gemyna Serrão Furtado

Manuela Furtado Veloso de Oliveira

Marllon Rodrigo Sousa Santos

Thyago Douglas Machado

DOI 10.22533/at.ed.33619150224

CAPÍTULO 25 224

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE EM SOBRAL-CE: VIVÊNCIAS DE UMA EQUIPE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Antônia Sheilane Carioca Silva

Antônia Luana Diógenes

Carlíane Vanessa Souza Vasconcelos

Juliana Moita Leão

Maria Raquel da Silva Lima

Maria Tayenne Rodrigues Sousa

DOI 10.22533/at.ed.33619150225

CAPÍTULO 26 233

TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DO AGENTE COMUNITÁRIO NESSE PROCESSO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vanessa dos Santos Silva

Ruty Thaís Silva de Medeiros

Roberto Mendes Júnior

Ruhama Beatriz da Silva

Lorena Oliveira de Souza

Robson Marciano Souza da Silva

Ylanna Kelaynne Lima Lopes Adriano Silva

Arysleny de Moura Lima

Fabiano Limeira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.33619150226

CAPÍTULO 27	241
UTILIZAÇÃO DE INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA RELACIONADOS AO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EM UM SERVIÇO DE FARMÁCIA DO MUNICÍPIO DE MACEIÓ – AL	
<i>Cláudia Cristina Nóbrega de Farias Aires</i> <i>Bianca Pereira Rodrigues</i> <i>Katiane Mota da Silva</i> <i>Mayara Carolina Nunes Sandes</i> <i>Sabrina Joany Felizardo Neves</i>	
DOI 10.22533/at.ed.33619150227	
CAPÍTULO 28	249
VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DE GRUPOS VULNERÁVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM ÊNFASE NA PESSOA IDOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Maria Elda Alves de Lacerda Campos</i> <i>Cícero Natan dos Santos Alves</i> <i>Johanna Dantas Oliveira Freitas</i> <i>Larissa Brito Vieira Diniz</i> <i>Ludimilla da Costa Santos</i> <i>Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes</i> <i>Rosana Alves de Melo</i>	
DOI 10.22533/at.ed.33619150228	
CAPÍTULO 29	254
PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ/AB): UMA ANÁLISE DOS RESULTADOS DE SUA IMPLANTAÇÃO E EFICÁCIA	
<i>Allana Cândida Costa Corrêa</i> <i>Deborah Shari Toth Modesto</i> <i>Denille Silva de Oliveira</i> <i>Raelyn Amorim Gama</i> <i>Rafael dos Santos Borges</i>	
DOI 10.22533/at.ed.33619150229	
SOBRE A ORGANIZADORA.....	258

QUESTÕES DE SAÚDE NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE TIJUAÇU, SENHOR DO BONFIM – BA

Eliana do Sacramento de Almeida

Universidade do Estado da Bahia (UNEB)/
Departamento de Educação/ Colegiado de
Enfermagem – Senhor do Bonfim – BA

Carmélia Aparecida Silva Miranda

Universidade do Estado da Bahia (UNEB)/
Departamento de Educação/ Colegiado de
Pedagogia – Senhor do Bonfim – BA

RESUMO: Trata-se de pesquisa que discorre sobre a saúde da comunidade quilombola de Tijuaçu, grupo étnico de maior representatividade da região de Senhor do Bonfim-Ba. Apresentou como objetivo realizar um estudo investigativo sobre as práticas preventivas e curativas em saúde na referida comunidade. Pesquisa-ação, exploratória, inspirada na fenomenologia Husserliana e contou com a participação de integrantes da comunidade, lideranças políticas e religiosas, professores e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da localidade. Como instrumentos para construção dos dados foram utilizados questionário estruturado, entrevista semi-estruturada e grupo focal para aprofundar as discussões. Realizou-se análise de conteúdo, segundo Bardin, através da triangulação de dados. Os resultados sócio-epidemiológicos 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, comprometendo assim a implementação das ações preconizadas pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, evidenciando que a comunidade vive, em condições de vulnerabilidades persistentes, e, em sua maioria, apresenta padrões alimentares inadequados; 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; risco de perda de sua identidade cultural. Deste modo, se faz necessário intensificar ações de combate ao racismo institucional e conscientização acerca da cultura afro-brasileira e das práticas de medicina tradicionais de matriz africana.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da População Negra; Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; Cultura Afro-Brasileira.

ABSTRACT: This research is about the health of the Quilombola community of Tijuaçu, the most representative ethnic group in the region of Senhor do Bonfim-Ba. The objective of this study was to carry out an investigative study about preventive and curative health practices

in the community. Exploratory action research, inspired by Husserlian phenomenology and counted on the participation of community members, political and religious leaders, teachers and professionals of the Family Health Strategy of the locality. As instruments for construction of the data were used structured questionnaire, semi-structured interview and focus group to deepen the discussions. Content analysis was performed, according to Bardin, through the triangulation of data. The socio-epidemiological results point to a coherence between the view of leaders and community members regarding the determinants of life and the conditions of persistent vulnerabilities in the community, however they demonstrate divergence regarding preventive and curative health practices involving the use of herbs health, medicine, prayers and blessings, thus compromising the implementation of the actions advocated by the National Policy of Integral Health of the Black Population, evidencing that the community lives in conditions of persistent vulnerabilities and, for the most part, present inadequate food standards; not only present difficulties in accessing health services, but also the integrality of care that is compromised by precariousness and / or lack of structured services for referral; risk of losing their cultural identity. In this way, it is necessary to intensify actions to combat institutional racism and awareness about Afro-Brazilian culture and traditional African medicine practices.

KEYWORDS: Black population health; National Policy of Integral Health of the Black Population; Afro-Brazilian Culture.

1 | INTRODUÇÃO

Originalmente denominadas como Quilombo, as comunidades quilombolas, como mais comumente são identificadas, travam uma luta incessante para afastar os inúmeros entendimentos errôneos acerca de seu desenvolvimento inicial e da forma como figuram para a sociedade. 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.

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 da desigualdade vivenciada pela população quilombola impactam diretamente em suas condições de saúde e podem ser medidos 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).

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). 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 nas Leis n. 8080/90, e na Lei n. 8142/90 (BRASIL, 2009).

Através das atividades de pesquisa e extensão desenvolvidas na prática docente na Universidade do Estado da Bahia (UNEB/Campus VII), possibilitou-se a aproximação com a comunidade quilombola de Tijuaçu, situada na região do semiárido no Polígono das Secas, a 487 Km da capital do Estado da Bahia (IBGE, 2016). A comunidade é reconhecida desde 28 de fevereiro de 2000 e formada pela vila sede e por 28 povoados circunvizinhos, possuindo uma população de aproximadamente 3.600 pessoas, distribuídas em cerca de 1.110 famílias acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família local.

Diante de tal problemática e das inúmeras possibilidades apresentadas, surge a seguinte indagação: Quais os principais problemas de saúde enfrentados pela comunidade quilombola de Tijuaçu? 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.

2 | METODOLOGIA

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 Tijuacu, propôs, aos seus participantes, mudanças que contribuíram para a melhoria das práticas analisadas e das condições de saúde apresentadas. Nesta perspectiva, a pesquisa apresentou, ainda, um caráter exploratório e descritivo, tem como objetivo proporcionar mais familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito e a descrição das características do fenômeno estudado, estabelecendo relações entre (SILVA e MENEZES, 2005; GIL (2010); MOREIRA e CALEFFE (2008)).

Buscou-se inspiração na abordagem fenomenológica Husserliana caracterizada pela marca essencial da consciência que é a intencionalidade: toda consciência é consciência de algo. Nesta perspectiva, fugindo ao objetivismo positivista, propôs-se investigar questões de saúde na comunidade quilombola de Tijuacu, 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 (HUSSERL, 1985).

Este estudo contou com três grupos de participantes: o primeiro grupo foi composto por 88 integrantes da comunidade, que responderam ao questionário estruturado, e foram selecionados 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. 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.

O segundo grupo foi composto por lideranças políticas e religiosas. Foram entrevistadas cinco pessoas entre benzedeira, mãe de santo, líder comunitário e líder religioso; ao passo que o terceiro grupo, que participou das oficinas de grupo focal, 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.

Como instrumentos para construção dos dados foram utilizados banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/DATASUS) fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Senhor do Bonfim, questionário estruturado, entrevista semi-estruturada e grupo focal para aprofundar as discussões. 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.

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 ou *Word Clouds*. Realizou-se análise de conteúdo segundo Bardin, através da triangulação de dados com discussões argumentadas

à luz dos conhecimentos produzidos sobre saúde da população negra na literatura vigente.

Durante a elaboração e desenvolvimento desta pesquisa foram observados os aspectos éticos envolvidos, conforme Resolução nº 466/12 do CNS/CONEP/MS, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa\UNEB com parecer n. 1333985/2015.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o desenvolvimento da pesquisa, atendendo aos objetivos delineados, buscou-se, através da triangulação das variadas fontes e metodologias utilizadas, investigar sobre a saúde da comunidade de Tijuáçu, e 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.

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, atribuímos pseudônimos, relacionando-os com nomes de flores: Gardênia, Orquídea, Alecrim, Lírio e Girassol. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

Os questionários 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 1, pudemos observar que, entre eles predomina o sexo feminino (84%).

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 Tijuáçu		
Tijuáçu	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%

Tabela 1 – Caracterização da Amostra de Moradores participantes da pesquisa, (N=88), Tijuaçu, Senhor do Bonfim-Ba, 2016.

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

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. Retoma-se 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 caracterização 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%), contrastando com o senso comum de prevalência das religiões de matriz africana. É marcante a devoção a São Benedito e à Nossa Senhora Aparecida.

A segunda parte do questionário refere-se ao estado de saúde dos participantes e de seus familiares. 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, a mesma 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%, 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.

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 (SZWARCOWALD, C. L. et al, 2004; IBGE, 2016; KOCHERGIN, PROIETTI, CÉSAR, 2014).

Para ampliar a compreensão dos tijuacenses ao realizarem autoavaliação do estado de saúde, faz-se necessário conhecer como estes indivíduos conceituam saúde e doença. Recorre-se, 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, observa-se 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)

– 1min52seg, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=8wyR2EixD5U>. Correlacionando a saúde da população de Tijuacu 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. (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).

Retornando para a discussão dos questionários, analisaremos a frequência de adoecimento nos últimos 30 dias. 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 (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 auxílio. 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, benzedeadas e curandeadas. Neste estudo, a população de Tijuacu 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.

Dentre os 60 domicílios que apresentaram adoecimento de seus moradores, nenhum dos participantes informou ter procurado auxílio em casas de benzedeadas, rezadeiras ou curandeados. 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 últimas. 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.

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)

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 Tijuacu, 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)

Os resultados das tabulações dos questionários e a análise dos *corpus* derivados das entrevistas revelam que a comunidade de Tijuacu 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.

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 Tijuacu e por tantos outros integrantes de comunidades quilombolas, torna-se aceitável que estes indivíduos experimentem sentimentos como negação e até mesmo de reprodução.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Adentrar a comunidade quilombola de Tijuacu 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.

Com a análise triangular dos dados a cerca da saúde da população negra e de Tijuacu, tornou-se possível a compreensão das histórias, dos modos de viver e fazer saúde em Tijuacu e nos conduziu às seguintes constatações:

1. A comunidade quilombola de Tijuacu 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.

2. Os integrantes da comunidade, em sua maioria, apresentam pa-

drões 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.

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. Observamos ainda que o acesso aos métodos terapêuticos e diagnósticos encontra-se deficiente.

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.

REFERÊNCIAS

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

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

_____. **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.

_____. **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, 2015.

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: UNASUS, **Módulo Saúde da população negra**. Unidade 1 – Contextualizando a saúde da população negra. Atividade 1 – Cultura negra, saúde e bem-estar. Brasília: DF, 2015.

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

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 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.

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

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=S1414-3283199700020000800028&lng=en. Acesso em: 05 dez 2015.

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.

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.

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

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.

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).

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-134-3

