

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

JOSIANE FERNANDES DIMER

**Comunicação, cuidado e aspectos culturais:
Um olhar para a construção do entendimento sobre saúde
e doença em quilombos da Região Sul do Brasil**

PORTO ALEGRE

2018

JOSIANE FERNANDES DIMER

**Comunicação, cuidado e aspectos culturais:
Um olhar para a construção do entendimento sobre saúde
e doença em quilombos da Região Sul do Brasil**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico) junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Professor Orientador: Dr^a Rosa Maria Levandovski

Porto Alegre

2018

Dimer, Josiane Fernandes
Comunicação, cuidado e aspectos culturais: Um
olhar para a construção do entendimento sobre saúde e
doença em quilombos da Região Sul do Brasil / Josiane
Fernandes Dimer. -- 2018.
71 f.
Orientadora: Rosa Maria Levandovski.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2018.

1. Saúde Coletiva. 2. Equidade. 3. Saúde da
População Negra. 4. Quilombo. I. Levandovski, Rosa
Maria, orient. II. Título.

RESUMO

Considerando o quilombo como um espaço de organização social da população negra, o qual historicamente constituiu-se de fugitivos das senzalas, associado ao conceito de saúde como uma forma de produção social de complexas redes que envolvem elementos culturais, que pode ser sintetizada na experiência concreta singular e coletiva. O objetivo geral desta pesquisa foi compreender o processo de comunicação entre profissionais de saúde e quilombolas, assim como a construção do entendimento sobre a saúde e a doença de acordo com as experiências e organizações das comunidades. Foi realizada uma pesquisa qualitativa com método etnometodológico, utilizando como referência a observação participante, a partir do Diário de Campo de registros construídos durante vivências dos projetos *“Estudo cronobiológico e fotoetnográfico em comunidades quilombolas”* e *“Etologia do sono: um estudo do processo evolutivo do sono em ambientes de luz natural e artificial”* em comunidades quilombolas localizadas nos Estados do Rio Grande do Sul, Paraná e São Paulo. Os resultados consistem de descrição das características socioculturais das comunidades e três categorias de análise: acesso, comunicação e percepções e conceitos em saúde. Os relatos e vivências dessa pesquisa apontam para a fragilidade do vínculo e acesso aos serviços de saúde, no que diz respeito às comunidades quilombolas, tanto individual quanto coletivamente. Embora possamos identificar elementos de reconhecimento da saúde dos quilombolas, a oferta das ações de saúde, permanecem ainda nos dias atuais, baseadas em conhecimentos técnicos-científicos e reguladas pela busca assistencial, não orientadas para as necessidades comunidades. Após a construção dessa pesquisa, destacamos que a saúde deve ser pensada como produto e produtor social, considerando a relação dinâmica e contínua com os determinantes políticos, econômicos, culturais e sociais, de forma interdependente, porque esta é parte da estrutura social.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de saúde culturalmente competentes. População Negra. Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde. Comunicação em Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
MARCO REFERENCIAL	8
QUILOMBOS	8
SAÚDE QUILOMBOLA	9
PROCESSO SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO	13
COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE	14
METODOLOGIA	16
RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURAIS	20
Caracterização física / estrutural	20
Hábitos Alimentares	26
Ritmos biológicos e percepção do tempo	29
Coletividade	31
Vínculo	33
CATEGORIAS DE ANÁLISE	35
Acesso	35
Acesso estrutural e geográfico	36
Acesso sócio organizacional	42
Informação e conhecimento como acesso em saúde	49
Comunicação	50
Comunicação e saúde	50
Percepções e conceitos em saúde	57
Saúde e doença	58
Reconhecimento de condicionantes e determinantes de saúde	60
RECOMENDAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

INTRODUÇÃO

Essa pesquisa teve como tema o acesso, construção de conceito saúde-doença e comunicação em saúde em população quilombola. Segundo o Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, são considerados remanescentes das comunidades dos quilombos os grupos étnico-raciais com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida.

A comunicação e saúde é constituída pelos elementos de cada campo separadamente articulados na sua interface, sendo impossível dissociar a comunicação das informações e conhecimentos de saúde (ARAÚJO, 2011). Segundo Araújo e Cardoso (2007) por meio da comunicação é possível exercer o papel de agentes da manutenção ou transformação da realidade, colocando a população como figura central no processo de assistência à saúde. Se pensarmos que a maioria das práticas de saúde inclui um forte componente de comunicação, seus profissionais, sejam da atenção básica ou da especializada, da prevenção ou da promoção da saúde, estão diretamente implicados neste campo e desenvolvem estratégias de comunicação, mesmo que não seja de forma planejada (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p.73).

A integralidade pressupõe escuta e acolhimento, a Política Nacional de Humanização (PNH) aponta a linguagem e a interação como parte valorosa do processo de humanização, defendendo que a humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir e do diálogo com nossos semelhantes (BRASIL, 2000 apud OSTERMANN; MENEGHEL, 2012). Os profissionais devem adequar as recomendações em saúde para que elas façam sentido na vida das pessoas, e não devem se conformar em apenas transmitir discursos científicos, colocando-se como parte da interação e da vida do sujeito com o qual fala (AYRES, 2009 apud OSTERMANN; MENEGHEL, 2012).

Tivemos como objetivo geral compreender o processo de comunicação entre profissionais de saúde e quilombolas, assim como a construção do entendimento sobre a saúde e a doença de acordo com as experiências e organizações das comunidades. E como objetivos específicos: Identificar a percepção de saúde dos

quilombolas e o sentido por eles atribuído para os determinantes e condicionantes de saúde/doença; Descrever o que se fala e a forma como as informações são construídas nas interações entre profissionais de saúde e quilombolas; Oferecer subsídios para o Sistema Único de Saúde (SUS) e Política nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) a fim de qualificar e humanizar o atendimento quilombola. Existe uma carência de relatos e estudos que evidenciam a construção conceitual do entendimento sobre saúde e doença levando em consideração o campo cultural. Essa pesquisa se justifica pela necessidade de subsídios para a qualificação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), visando a humanização do atendimento quilombola.

MARCO REFERENCIAL

QUILOMBOS

A história da população negra no Brasil é marcada por desigualdade e resistência. Os negros chegaram no País no século XVI por meio do tráfico transatlântico de escravos, para trabalhar nas lavouras e engenhos de cana-de-açúcar no período colonial. Além do trabalho forçado, eram destituídos dos vínculos familiares, sendo imposto a eles uma forma de vida que não condizia com sua cultura, motivo pelo qual os escravos tentavam fugir e retomar a vida comunitária. No Brasil, os quilombos iniciaram com a formação de comunidades por parte dos negros fugidos das senzalas, agregando outras etnias refugiadas, tais como índios e caucasianos em situação de pobreza. Abrigavam-se em locais de difícil acesso, em meio as matas, construía suas casas, criavam laços comunitários como forma de garantir sua subsistência. Esse processo ocorreu durante o período colonial e imperial com muita resistência, sendo os quilombos os principais organizadores de uma rede de estratégia de oposição ao sistema escravocrata (BRASIL, 2016).

Depois de mais de três séculos de luta sob a escravidão, em 1888 no período Brasil Império, a abolição oficial da escravatura aconteceu. Porém a falta de políticas pós-abolição, que incluíssem essa população nos processos produtivos e sociais, contribuiu para que a maioria continuasse excluída socialmente do acesso a vários bens (BRASIL, 2016).

Segundo o Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003 os quilombos possuem trajetória histórica com relações territoriais. Eles resistiram a um regime escravista, formaram territórios independentes de trabalho comum e constituíram como marca a autonomia (BRASIL 2016). Para Schmitt, Turatti e Carvalho (2002) o termo remanescente de quilombo indica a situação presente de segmentos negros, além de designar um legado e uma herança cultural e material, conferindo uma referência presencial no sentimento de ser e pertencer a um lugar específico. Antigamente os quilombos eram vistos apenas como comunidades autônomas de escravos fugitivos, hoje eles se converteram em espaço de organização social da população negra, resgatando sua humanidade e cultura e conquistando reconhecimento enquanto sujeitos de sua própria história (BRASIL, 2013a).

Um passo importante para o reconhecimento da identidade quilombola está na certificação da comunidade, essa também marca o início da regularização fundiária, sendo expedida pela Fundação Cultural Palmares, vinculada ao Ministério da Cultura (FCP/MinC). A FCP tem como atribuição legal realizar e articular ações de proteção, preservação e promoção do patrimônio cultural das comunidades remanescentes de quilombos e das comunidades tradicionais de terreiros. O processo de certificação obedece a Portaria da Fundação Cultural Palmares nº 98, de 26 de novembro de 2007 (BRASIL, 2013b).

A cultura de uma comunidade quilombola se constitui de saberes sobre práticas cotidianas, agrícolas e ecológicas, ligadas à expressão artística e religiosa sob a forma de música, dança, canto, artesanato, desenho, pinturas corporais, elementos de linguagem e festas (SILVA FILHO; LISBOA, 2012).

Podemos classificar os quilombos em dois tipos, urbanos e rurais, considerando a localização geográfica e densidade populacional na qual a comunidade está estabelecida. Os quilombos rurais enfrentam problemas relacionados a infraestrutura, como a falta de estradas e ausência de assistência médica ou escolar, tal situação provoca o êxodo rural dos mais jovens em busca de melhor condição de vida (NEIVA; SERENO; SANTOS et al, 2008). Os remanescentes dessas comunidades vivenciam dificuldades relacionadas à manutenção de seu território, haja vista que grande parte dessas comunidades já teve perda brusca de hectares via procedimentos ilegais, avanço de obras sem respeito às suas áreas territoriais (OLIVEIRA; ABADIA, 2015). Já as comunidades quilombolas urbanas se veem inseridas em meio aos problemas próprios de espaços urbanos, carregados da complexidade e da heterogeneidade que permeiam a vida cotidiana. A forma de apropriação de seus territórios geralmente se vincula à realidade da periferia e/ou de espaços marginalizados e/ou segregados (OLIVEIRA; ABADIA, 2015). Espaços que originalmente estavam localizados fora do perímetro urbano, foram sendo descaracterizado pela reforma urbana e expansão das cidades, passando a integrar bairros urbanos e favorecendo a miscigenação das comunidades.

Os séculos de escravidão tiveram impacto negativo na inserção dos negros na sociedade brasileira, com um desigual e desfavorável acesso a direitos e oportunidades, inclusive de saúde. Essas características influenciaram no quadro epidemiológico, refletindo em iniquidades e vulnerabilidades no acesso às condições promotoras de saúde (BRASIL, 2016).

A saúde e o adoecimento estão relacionados a uma série de fatores socioeconômicos e culturais que afetam a integridade física e psicológica, individual e coletiva. As condições históricas de inserção social, somadas as condições de moradia, renda, saúde, localização geográfica e autoconceito positivo ou negativo são elementos que determinam o acesso a bens e serviços também de saúde (BRASIL, 2016, p.14)

A taxa de mortalidade é maior na população negra, sendo no ano de 2012 (por mil hab.) de 5,9 na preta, 5,7 na parda e 5,1 na branca. A principal causa de óbito deste segmento populacional são as causas externas, o número de óbitos por agressão em pessoas brancas (número absoluto) reduziu de 17.834 no ano 2000 para 14.350 no ano de 2012, enquanto o óbito em pessoas negras subiu de 23.518 em 2000 para 38.256 em 2012. Em 2012 a taxa específica (100.000 hab) de morte por agressão em brancos foi de 14,2 enquanto em negros atingiu a taxa de 40,0 (BRASIL, 2016).

Historicamente o movimento em prol da saúde da população negra eclodiu mundialmente entre as décadas de 1930 e 1980 manifestando aos chefes de Estado a insatisfação dos negros em relação à sua qualidade de vida. No Brasil, o marco na luta por condições dignas de saúde foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, onde o Movimento Negro participou ativamente ao lado do Movimento pela Reforma Sanitária na construção de propostas (BRASIL, 2013a).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu uma nova base jurídico-legal para a política de saúde, definindo a saúde como direito de qualquer cidadão e dever do Estado. Além disso, estabeleceu que **saúde é produção social, resultando de complexas redes causais que envolvem elementos** biológicos, subjetivos, sociais, econômicos, ambientais e **culturais que se processam e se sintetizam na experiência concreta** de cada sujeito singular, **de cada grupo** em particular e da sociedade em geral (BRASIL, 2012, p.10, grifo nosso).

No entanto, o Governo Federal passou a se ocupar do tema Saúde da População Negra apenas após as reivindicações da Marcha Zumbi dos Palmares ocorrida em 20 de novembro de 1995. Neste ano criou o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI) e o Subgrupo Saúde. Em

1996 o GTI organizou a Mesa-Redonda sobre Saúde da População Negra que resultou em três grandes avanços: I) introdução do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e nascidos vivos; II) elaboração da Resolução CNS nº196/96 que introduz o recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos; e III) recomendação de implantação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme (BRASIL, 2013a).

Em 2003 foi criada a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir) pela Lei nº10.678, de 23 de maio de 2003, representando uma conquista emblemática do movimento social negro. A Seppir tem como atribuição institucional promover a igualdade e a proteção dos direitos dos indivíduos e grupos raciais e étnicos, por meio do acompanhamento e da coordenação das políticas de diferentes ministérios, dentre os quais se encontra o da saúde (BRASIL, 2003).

Um termo de compromisso entre o Ministério da Saúde (MS) e a Seppir foi assinado em 2004 com objetivo à promoção da igualdade racial no SUS. A fim de cumprir esse acordo, o MS instituiu o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) por meio da Portaria nº 1.678, de 13 de agosto de 2004, com função de assessorar as políticas e programas do SUS sob a perspectiva da equidade racial. (BRASIL, 2004).

Com a implementação do CTSPN muito se avançou, um exemplo é a Portaria nº90/GM, publicada em 17 de janeiro de 2008, do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do MS que atualizou as bases populacionais da população quilombola e beneficiou com recursos federais fundo a fundo, os municípios que implantaram equipes de Saúde da Família e equipe de Saúde Bucal que atuam nessas comunidades (BRASIL, 2013b). O CTSPN auxiliou na elaboração da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pelo MS na Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009.

A PNSIPN possui 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. Apresenta como 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; e como estratégia o estabelecimento de metas para melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas (BRASIL, 2013a). Na figura 1 apresentamos os marcos e conquistas da População Negra relacionadas à Saúde até a aprovação da PNSIPN.

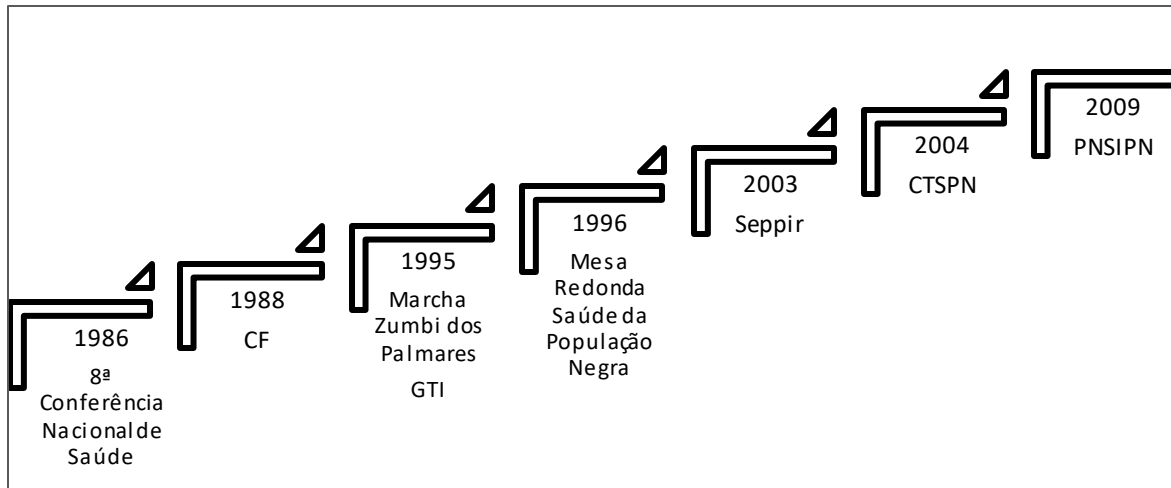


Figura 1: Marcos e conquistas da População Negra na saúde (adaptado de autor, 2017) Legenda: CF= Constituição Federal; SEPPPIR= Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; CTSPN= Comitê Técnico de Saúde da População Negra; PNSIPN= Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Apesar dos programas e incentivos direcionados ao atendimento de saúde da população negra, Portaria nº822/2001, Portaria GM/MS nº 1.678/2004, Portaria GM/MS nº 1018/2005, Portaria GM/MS nº 1391/2005, Portaria GM/MS nº 992/2009, e Resolução nº2 de 02 de setembro de 2014, as comunidades quilombolas seguem enfrentando dificuldades quanto ao acesso aos serviços de saúde. Ainda é baixo o número de equipes de Saúde da Família que adentram no território quilombola, ou com unidades de saúde atuantes nas comunidades. A localização geográfica das comunidades, principalmente as rurais, situadas em locais isolados e de difícil acesso, dificulta o acesso ao atendimento de saúde. Ademais, as atividades de promoção de saúde direcionadas a essas comunidades, não tem sido observadas, colaborando para o baixo índice de indicadores de saúde, em especial entre as crianças quilombolas (FREITAS et al, 2011).

Travassos e Martins (2004) realizaram revisão bibliográfica sobre os conceitos de acesso. Parece haver diferenças entre a denominação utilizada até o momento, o acesso se apresenta como um conceito complexo, empregado algumas vezes de maneira imprecisa, e que pode mudar ao longo do tempo e dependendo do contexto. Ocorrem divergências também quanto ao enfoque do conceito, uns centram-no nas

características dos indivíduos; outros focam-no nas características do serviço; alguns em ambas as características ou na relação entre os indivíduos e os serviços.

O acesso, descrito na década de 70 como acessibilidade, foi dividido em duas dimensões. Donabedian (1973, apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004) dividiu o acesso em sócio organizacional e geográfico, indicando que estes se inter-relacionavam. O acesso sócio organizacional inclui as características da oferta que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso de serviços, como exemplo, as políticas formais ou informais que selecionam os pacientes em função de sua condição social, situação econômica ou diagnóstico. O acesso geográfico se relaciona à fricção do espaço que pode ser medida pela distância, tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros.

PROCESSO SAÚDE, DOENÇA E CUIDADO

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: **saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas.** O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito (FREITAS et al, 2011, p. 939, grifo nosso).

Trabalhos como o de Freitas et al (2011) colaboraram para que o processo saúde-doença passasse a ser compreendido como produto e produtor de uma complexa rede, uma produção social composta de múltiplos fatores. Atualmente o respeito e o acolhimento à diferença são importantes componentes éticos para a construção de uma rede que se propõe a potencializar a vida e as relações humanas. A construção de vínculos afetivos e de tecnologias relacionais é conhecida como rede viva, essa rede possibilita formas de comunicação fundamentais para a produção de redes de cuidado em saúde, com a inclusão e produção de diferenças originamos novos sujeitos (BRASIL, 2012).

Entende-se que cada sujeito possui uma história singular marcada por trajetórias únicas, como perdas ou escolhas, entrelaçados por complexas relações sociais que estão em constante movimento. Um processo permanente de redefinição se instaura a cada nova escolha, acarretando em novas produções individuais e coletivas. A Política Nacional de Humanização (PNH) busca a compreensão e valorização dos

diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde (BRASIL, 2012).

Então, o que é humanizar? Entendido assim, humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, **o sofrimento humano e as percepções** de dor ou de prazer no corpo, **para serem humanizados, precisam tanto que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro**[...]. Pela linguagem fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem que nos desumanizemos reciprocamente. [...] Isto é, **sem comunicação não há humanização**. A humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, do diálogo com nossos semelhantes (BRASIL, 2000, p 3, grifo nosso).

COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A comunicação pode ser considerada uma vivência individual e coletiva, quando observada sob o prisma social nos auxilia na compreensão das inter-relações com outras áreas da atividade humana como a educação, saúde e agricultura. Para Araújo e Cardoso (2007) na comunicação e saúde, tanto os modelos de saúde como os de comunicação são relevantes para nosso entendimento de como são e poderiam ser as relações entre instituições e a população.

Cabe ressaltar a diferença entre informação e comunicação, a primeira traz a produção de dados e sua conversão em informação, enquanto a segunda foca nos procedimentos pelos quais a informação é tratada e transformada em saberes pelas pessoas e instituições. A comunicação exige a capacidade de contextualizar, sendo assim, quando não existir uma percepção do contexto poderá ocorrer uma comunicação deficiente (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

No contexto de saúde a comunicação tem se mostrado importante na adesão terapêutica, no vínculo e confiança no profissional de saúde, da adaptação de rotinas e nas recomendações em saúde. A comunicação é uma competência básica na prestação de cuidados em saúde e encontra-se presente em todas as ações realizadas pelos profissionais, seja para executar procedimentos específicos ou para orientar, informar, apoiar e confortar (DORES; SOUSA; MARTINS et al, 2017).

A comunicação para ser efetiva necessita ser compreendida em sua amplitude por todos os envolvidos, porém podem ocorrer barreiras comunicacionais que dificultem ou impeçam a total compreensão da informação. Barreiras de comunicação podem ser definidas como fatores, linguagem ou relações socioculturais, que interferem na interpretação e transmissão adequada das ideias entre os indivíduos ou grupos. Divergências nos aspectos culturais [...] podem apresentar-se como barreiras de comunicação tais como: valores culturais, percepções sobre a doença, cuidados e tratamento, a linguagem e a própria experiência cultural do profissional da saúde ou do paciente (BORBA; SANTOS; PUGGINA, 2017).

Segundo Vainstman e Andrade (2005 apud OSTERMAN; MENEGUEL, 2012) uma comunicação eficaz entre profissional de saúde e usuários pode contribuir para a qualidade do cuidado e melhora da saúde. Assim, uma interação mais cultural e linguisticamente sensível entre profissionais de saúde e usuários pode melhorar os resultados em termos de prevenção, diagnóstico, tratamento e gerenciamento de problemas de saúde e adesão. Os profissionais devem adequar as recomendações para que elas façam sentido na vida das pessoas, colocando-se como parte da interação e da vida do sujeito com o qual fala (AYRES, 2009 apud OSTERMANN; MENEGHEL, 2012).

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa do tipo qualitativa com método etnometodológico. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2016a). A metodologia etnometodológica estuda as ações dos sujeitos na vida cotidiana utilizando uma multiplicidade de instrumentos, dentre eles elegemos a observação participante, que utiliza como instrumento o Diário de Campo do Pesquisador, possibilitando entender as pessoas singularmente em suas ações diárias, os modos pelos quais elas fazem sentido do mundo e a forma com que produzem saberes coletivamente (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009; WATSON; GASTALDO, 2015; MINAYO, 2016b).

Definimos observação participante como um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador, no caso, fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa (MINAYO, 2016b, p.64).

A observação participante ocorreu nos projetos *“Estudo cronobiológico e fotoetnográfico em comunidades quilombolas”* e *“Etologia do sono: um estudo do processo evolutivo do sono em ambientes de luz natural e artificial”* os quais estavam em andamento no ano de 2017, sendo realizados em comunidades quilombolas localizadas nos Estados do Rio Grande do Sul, Paraná e São Paulo. Os projetos acima foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do PPG/HCPA sob o número 11-0502 e 15-0568, respectivamente. Para realizar a observação participante nas comunidades quilombolas, foi solicitado inicialmente autorização do líder comunitário de cada uma das comunidades visitadas. A autorização do acesso da pesquisadora foi concedida somente após deliberação em reunião, realizada na presença da maioria dos integrantes da comunidade, onde foi obtido o consentimento verbal para observação dos pesquisadores e pesquisados. Durante a realização das observações referentes a essa interação, não foram realizadas abordagens diretas aos sujeitos de pesquisa, tanto profissionais quanto integrantes das comunidades, sendo as observações anotadas em diário de campo. A confidencialidade e anonimato das

identidades dos sujeitos observados foram garantidos, sendo utilizado as percepções da pesquisadora e os nomes substituídos.

Os projetos abrangeram quilombos urbanos e rurais a fim de contemplar diferentes realidades e maior diversidade de informações, uma vez que estes distinguem-se em vários aspectos, entre eles: organização familiar, ambiência (mata nativa, cidade), modo de acesso físico (asfalto ou trilha), distância de serviços de saúde, modos de vida, provento alimentar (produção familiar ou industrializado), tempo de certificação, acesso a saneamento e educação, e meios de transporte (ônibus, carro, animais de tração).

Tivemos como objetivo geral compreender o processo de comunicação entre profissionais de saúde e quilombolas, assim como a construção do entendimento sobre a saúde e a doença de acordo com as experiências e organizações das comunidades. E como objetivos específicos: Identificar a percepção de saúde dos quilombolas e o sentido por eles atribuído para os determinantes e condicionantes de saúde/doença; Descrever o que se fala e a forma como as informações são construídas nas interações entre profissionais de saúde e quilombolas; Oferecer subsídios para o Sistema Único de Saúde (SUS) e Política nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) a fim de qualificar e humanizar o atendimento quilombola.

As comunidades visitadas foram Areal da Baronesa, Bombas e Córrego do Franco, descritas no quadro 1. Ao todo ocorreram seis vivências nos quilombos, sendo duas em cada uma das comunidades descritas. A pesquisadora realizou uma imersão cultural nos locais de pesquisa, participou de suas rotinas, como refeições, pernoite, reuniões, trabalho, procedimentos e avaliações de saúde; realizou anotações acerca de percepções sobre o acesso à saúde, construção do entendimento sobre a saúde e a doença, organização e modos de vida das comunidades e como ocorre a comunicação entre quilombolas e profissionais de saúde.

Quadro 1: Descrição das comunidades visitadas

Nome da comunidade	Tipo	Características
Areal da Baronesa	Urbana	Localizada na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, é um dos mais tradicionais redutos de cultura negra na capital gaúcha. A área de 4,5 mil m ² compreende a Avenida Luiz Guararã, que é uma rua sem saída, onde vivem, hoje, 67 famílias e cerca de 300 pessoas (BENTZ, 2016).
Bombas	Rural	Está em uma reserva natural no coração da Mata Atlântica, fica na cidade de Iporanga, São Paulo. O fato de estar localizada em uma área de reserva ambiental impediu a construção de estradas e instalação de rede elétrica, hidráulica e sanitária, permanecendo isolada, acessível apenas por uma trilha sobre colinas cobertas de mata. A comunidade está dividida em duas partes principais: Bombas de Baixo (a 5 km da estrada principal) e Bombas de Cima (a 10 km da estrada principal). As casas estão dispersas em uma área de aproximadamente 32 km (PILZ; LEVANDOVSKI; OLIVEIRA et al, 2018).
Córrego do Franco	Rural	Comunidade rural pertencente a cidade de Adrianópolis, Paraná, está a cerca de 124 km do centro da cidade e vivem há cerca de 250 anos na região (PILZ; LEVANDOVSKI; OLIVEIRA et al, 2018).

Foram utilizados as observações dos diários de campo para descrição das comunidades (acesso, descrição física, hábitos, caracterização sociocultural, dentre outros), bem como as imagens realizadas durante o acompanhamento, publicadas mediante consentimento das pessoas envolvidas. Após foi realizada uma leitura detalhada dos diários, realizada por dois integrantes dessa pesquisa, durante a qual buscou-se identificar as possíveis categorias de análise que tivessem relação com o processo de comunicação, conceitos em saúde e como era construído/entendido a relação desses temas.

A análise narrativa, utilizada como recurso metodológico dessa pesquisa, compreende tomar a narrativa como o lugar onde as pessoas constroem sentidos, com uma dada audiência, em determinado tempo e espaço, tem como base a ideia da narrativa como performance e como construção interacional, sobressaindo os

estudos sobre construções de sentido de identidade (BAMBERG, 2012 apud MOUTINHO; DE CONTI, 2016). Os resultados foram descritos seguidos da discussão utilizando conceitos da Saúde Coletiva e Resoluções aplicadas ao tema de estudo, de forma a dar sustentação à análise empreendida.

A fim de ilustrar e clarificar os resultados obtidos, foram utilizadas fotos do Diário de Campo e trechos das narrativas, nos quais estão sinalizados a classificação do quilombo (rural ou urbano) e a origem do discurso quando as falas aparecem no decorrer da narrativa (pesquisador ou quilombola). Os nomes dos quilombolas, quando utilizados trechos literais das conversas, foram trocados por nomes de pássaros da fauna brasileira, utilizando grafia em negrito.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão estruturados por categorias, apresentamos inicialmente a descrição das características socioculturais das comunidades, seguidas das categorias de análise: acesso, comunicação e percepções e conceitos em saúde, identificadas durante a análise narrativa.

CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURAIS

A descrição das características socioculturais, identificadas nas narrativas, possibilita um reconhecimento singularizado da amostra, considerando as convivências realizadas durante o estudo, a comunicação verbal e não verbal, bem como as percepções da pesquisadora. Os dados descritos foram organizados por categorias, abrangendo itens relacionados aos costumes, estrutura física da comunidade, hábitos alimentares, a percepção de tempo e organização dos ritmos biológicos de atividade e repouso, a coletividade e a formação de vínculos.

A inclusão desse tópico sobre o conhecimento da cultura de uma população corrobora com informações para que os profissionais e sistemas de saúde sejam capacitados a oferecer uma assistência aos usuários respeitando as diversidades de valores, crenças e comportamentos dos indivíduos, o que pode contribuir para um trabalho mais efetivo nos cuidados de saúde. (LACERDA; SILVA; SOUZA et al, 2017).

A compreensão de um cuidado culturalmente competente perpassa pelo conhecimento acerca da cultura, das especificidades socioeconômicas, territoriais, religiosas, étnico-raciais, de identidade de gênero e orientação sexual. O racismo institucional é uma das causas para que os indicadores de saúde de pessoas negras sejam piores que os de pessoas não negras. Em comunidades remanescentes de quilombo, as diferenças culturais podem representar barreiras na construção do cuidado em saúde (LACERDA; SILVA; SOUZA et al, 2017).

Caracterização física / estrutural

As três comunidades incluídas nesse estudo apresentam características estruturais distintas entre si. A comunidade de Bombas, Iporanga/São Paulo, demonstrou ser a mais tradicional na perspectiva sociocultural. As casas são

construídas em regime de mutirão pelos integrantes da comunidade, utilizando madeira retiradas de arvores, contrastando com as telhas que são trazidas da cidade através de animais de carga, predominantemente burro e cavalo, os quais percorrem o trajeto de subida com o material no lombo, sendo puxados pelos donos nos locais mais difíceis. A comunidade não utiliza o assoalho revestido por material cerâmico ou cimento, o chão é composto de barro compactado, sendo essa uma tradição passada pelos seus ancestrais e mantida como uma forma de permanecerem em contato direto com a terra. Apesar de um aspecto rústico, a forma de viver reflete a relação destes com o meio ambiente, sendo muito mais uma opção do que necessidade. Não utilizam energia elétrica, o fogão utilizado funciona a lenha, o entorno das casas é rodeado de árvores e animais

A comunidade não possui energia elétrica, o entardecer contrasta com o fogo e um tom alaranjado toma conta da cozinha de chão batido, o cachorro olha da rua pela janela e participa da conversa. O lampião é aceso (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 11.03.2017)



Imagem 1: Pesquisadoras chegando na casa do líder comunitário. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 11.03.2017



Imagem 2: Pesquisadora e quilombola utilizando pia na cozinha. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 11.03.2017

De frente para a casa tem uma igreja, logo mais abaixo um campo de futebol. A comunidade tem escola, único local com luz na comunidade. A geração de energia ocorre através de placas solares instaladas ao lado da edificação de madeira que serve como escola para a comunidade. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 12.03.2017)



Imagem 3: Sede da comunidade. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 12.03.2017

A comunidade possui uma sede onde ocorrem as reuniões da Associação dos Remanescentes do Quilombo de Bombas, localizada próxima da casa do líder comunitário. Composta de uma casa de madeira e chão batido, possui um espaço com bancos ao redor e ao lado um fogão de barro. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 12.03.2017)

Tem tié fogo na rua, quanta beleza, “se pegar ele, ele morre, porque é muito nervoso, gosta de viver livre” comenta a quilombola ao me ver fotografando o pássaro.

Ao retornar da reunião **bem-te-vi** reboca o fogão de barro com uma mistura de terra e cinza a fim de cobrir as rachaduras, geradas pela temperatura do

fogo e constante uso do fogão. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 12.03.2017)



Imagem 4: Processo de argila no reparo do fogão a lenha. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 12.03.2017



Imagem 5: Processo de argila no reparo do fogão a lenha. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 12.03.2017

A comunidade está aos poucos entendendo a ideia de saneamento, se preocupa com os dejetos sanitários, construíram banheiros de alvenaria e direcionam o fluxo de esgoto para longe das nascentes dos rios.

Ao chegar na comunidade já observamos que o antigo banheiro de madeira deu espaço a um banheiro de alvenaria na casa do líder, esse possui duas portas, uma de acesso ao vaso sanitário e outra ao banho. Tomar o banho frio era uma dificuldade em março, agora a água está levemente aquecida pelo fogão a lenha. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 18.08.2017)

O fato de materiais como telha, tijolos e cimento terem chegado à comunidade, carregados pela mula, é mais uma demonstração que as características das casas de chão batido são uma representação cultural e não um sinal de precariedade ou

pobreza. Segundo as pesquisadoras, esse tipo de construção se reproduz em quilombos de outras localidades.

“No início essa configuração era vista por nós como sinais de precariedade. Até me deparar com comunidades onde mesmo na presença de casas com material de alvenaria, o costume de manter o fogão de barro e o chão batido se faziam presentes nas áreas de convivência.” (Fala pesquisadora, quilombo rural, 18.08.2017)

A comunidade de Córrego do Franco, Adrianópolis/ Paraná, também é caracterizada como quilombo rural, porém devido a maior proximidade da cidade vizinha, Barra do Turvo / São Paulo, já é possível perceber a influência do meio urbano, tanto nas construções, em sua maioria de alvenaria, e na presença de energia elétrica e acesso à internet. Apesar de estar localizada no território do estado paranaense, a falta de estradas para acessar os serviços, incluindo a saúde, remete as comunidades a buscarem atendimento de suas necessidades no estado de São Paulo, em Barra do Turvo.

A vinte e cinco anos a comunidade possui energia elétrica [...] Possuem acesso a computador e internet. As casas em sua maioria são de alvenaria e possuem piso. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 13.03.2017)



Imagem 5: Casa de alvenaria. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 13.03.2017

O Areal da Baronesa, Porto Alegre / Rio Grande do Sul, é um quilombo urbano com características citadinas. Atualmente composta por uma única rua sem saída, asfaltada e estreita, cercada por prédios urbanos no bairro Menino Deus. As casas em sua maioria são de dois ou mais pavimentos, tendo sido edificadas originalmente muito próximas umas das outras, dando a impressão de casas geminadas. As residências foram ampliadas posteriormente, no sentido vertical, seguindo projetos

desenvolvidos e ajustados de acordo com as necessidades físicas e financeiras de cada família, conferindo as edificações atuais diferentes estilos.

Possui extensão territorial reduzida e as casas se agrupam em uma rua sem saída, possui 240 moradores. Com acesso asfaltado e parada de ônibus nas proximidades a população possui acesso a todo tipo de serviço urbano. A sede comunitária é de alvenaria, possui mesas e cadeiras de plástico e uma geladeira. (Descrição do pesquisador, quilombo urbano, 01.04.2017)



Imagem 6: Sede comunitária, quilombo urbano. Fonte: Google Imagens



Imagem 7: Perfil das casas, quilombo urbano. Fonte: Google Imagens



Imagem 8: Panorama geral da rua de acesso ao quilombo, quilombo urbano. Fonte: Google Imagens

As regiões urbanas estão aglomerando cada vez mais população em espaços territoriais condensados. As condições inadequadas de habitação foram fazendo parte do quadro de mudanças urbanas, agravando os problemas de saúde, que se evidenciaram pelo aumento das doenças transmissíveis relacionadas à falta de saneamento básico, e também pelo aumento das doenças respiratórias relacionadas a umidade e falta de ventilação de casas autoconstruídas e à poluição atmosférica (WESTPHAL; OLIVEIRA, 2015). Essas características podem ser observadas nas comunidades urbanas, onde os quilombolas aderem as rotinas das grandes cidades, adaptam suas vidas a esse ritmo, buscam trabalho e têm sua saúde impactada pelos determinantes relacionadas tanto ao meio em que vivem, quanto de trabalho..

“Eu ficava muito doente, tirava os filtro da sala de cirurgia, é uns filtro colmeia. Peguei tuberculose” – trabalhava como manutenção de ar condicionado (Fala quilombola, quilombo urbano, 03.06.2017)

Hábitos Alimentares

Foram observadas diferenças alimentares entre os quilombos urbanos e rurais. Em Bombas, os horários de alimentação são considerados como um importante momento de confraternização familiar. Nos horários pactuados para as refeições, todos que estão presentes na casa, familiares e visitantes, reúnem-se em torno do fogão a lenha. Os alimentos são produzidos utilizando a maioria produtos da comunidade, oriundos de plantação e criação de animais, não utilizam enlatados e os produtos industrializados são restritos a poucos itens não disponíveis na comunidade.

“Sem janta eu não durmo” (Fala quilombola, quilombo rural, 11.03.2017)

“Coisa da cidade, bobageira, engorda” (Fala quilombola, quilombo rural, 12.03.2017)

O jantar se estabelece culturalmente como um importante espaço de confraternização. Todos comem utilizando colheres e as mãos, facas não são utilizadas. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 11.03.2017)



Imagem 9: Animais recebendo trato em torno da casa. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 12.03.2017

O café está servido, a margarina que trouxemos é retirada da bica gelada que corre no tanque, maneira de conservar o estado pastoso pois não há geladeira. A pamonha feita de milho moído sai do fogão de barro, o cheiro e o sabor são inenarráveis. Quanto sabor nessa pamonha, a comida do quilombo é produzida na própria comunidade. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 12.03.2017)



Imagem 10: Fogão de barro, fogo à lenha. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 12.03.2017



Imagem 11: Conservação da manteiga, bica gelada. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 12.03.2017

Para conservar os alimentos produzidos na comunidade, em especial as carnes, eles são fritos, pois não possuem geladeira e luz elétrica. Essa maneira de conservação, ao longo dos anos, levou a comunidade a hábitos alimentares viciosos, não conseguindo visualizar outras maneiras de fazer a comida.

Pesquisadora: “Vocês tem noção de quantas latas de azeite usam no mês?” / Quilombola: “Não, só vou pegando” / Quilombola: “Umas vinte, recebo muita visita” / Pesquisadora: “Vamos diminuir a metade do óleo?” / Quilombola: “Sem óleo? (risos) É que a gente faz as coisa doutro jeito” / Quilombola: “Ele (o esposo) pega a carne frita e põe mais óleo em cima. Vai morrer logo” (Diálogo, quilombo rural, 19.08.2017)

No Córrego do Franco, a proximidade com o meio urbano e acesso ao supermercado influencia os hábitos da comunidade. O que pode ser entendido como uma busca de pertencimento por parte dos quilombolas para se integrar ao meio urbano. Observamos um maior uso de alimentos industrializados e processados, incluindo o uso de refeições ligeiras, tais como salgadinhos, guloseimas e refrigerantes. Também possuem horário estabelecido para as refeições e utilizam o jantar à noite.

Talheres como garfo e faca são utilizados nas refeições, embora o uso de colher ainda predomine entre os mais tradicionais. Durante a minha estadia o líder comunitário fez uso unicamente de colher como talher principal. Alimentos industrializados como o sorvete e outras guloseimas se fazem presente na comunidade. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 13.03.2017)

O quilombo urbano Areal da Baronesa possui hábitos alimentares diferentes dos quilombos rurais apresentados acima, não possuem horários pré-determinados para as refeições, utilizam lanches rápidos e produtos industrializados cotidianamente e não reúnem a família durante as refeições como espaço de interação.

“Eu tomo café e não janto, não consigo mais jantar” (Fala quilombola, quilombo urbano, 01.04.2017)

“Vou te dizer a comida que a gente come, xis, cachorro quente, refrigerante, água pouco” (Fala quilombola, quilombo urbano, 03.06.2017)

“Eu não costumo fazer almoço, eu só faço janta” (Fala quilombola, quilombo urbano, 03.06.2017)

Ritmos biológicos e percepção do tempo

Os ritmos biológicos de atividade e repouso dos quilombos rurais são notadamente de atividade diurna e repouso no período de escuro. A ausência de energia elétrica na comunidade de Bombas organiza o tempo de dormir e acordar. Os quilombolas residentes nesses locais possuem o hábito de se orientar pela presença da luz solar, recolhendo-se ao entardecer para suas residências. O sono para a maioria, mesmo os mais jovens, costuma ocorrer em torno das 20 horas, cerca de duas horas após o anoitecer. As atividades rurais de subsistência são baseadas na agricultura familiar e pecuária doméstica, seguindo o calendário de plantio e as condições do tempo (sol e chuva). A percepção da luminosidade e do tempo também se mostram diferentes nos quilombos urbanos, a presença de luz artificial no período noturno é uma constante, fazendo com que os ritmos de repouso noturno ocorram marcadamente mais tarde, resultando em atraso na fase do sono em relação aos quilombos que não possuem luz elétrica.

“Escureceu e a gente vai dormir, no máximo as oito” (Fala quilombola, quilombo rural, 11.03.2017)

“Na cidade não importa se a gente tá trabalhando ou não, o tempo passa acelerado. Aqui a gente trabalha pelo tempo do sol. A gente ajusta os relógio mas não trabalha por eles não” (Fala quilombola, quilombo rural, 11.03.2017)

“Eu me recuso a deitar, durmo sentada. Faço artesanato e não paro até terminar. O sono vem as vezes é quatro hora” (Fala quilombola, quilombo urbano, 03.06.2017)

“Eu não consigo dormir, a médica do posto até me deu remédio, mas tenho medo de tomar e apagar dirigindo. Minha vida não é nada saudável” (Fala quilombola, quilombo urbano, 03.06.2017)

“Eu não durmo no escuro nem que a vaca tussa, apagou a luz eu me acordo” (Fala quilombola, quilombo urbano, 03.06.2017)

Quando vou tomar café **Quero-quero** e os meninos já estão retornando, o sol está muito alto. No quilombo não é o horário que faz o trabalho, mas sim o trabalho que dita os horários (Fala quilombola, quilombo rural, 12.03.2017)

“Pra quê dormir cedo, pra quê acordar cedo, pra ficar mais cedo catando a vida dos outros?” (Fala quilombola, quilombo urbano, 01.04.2017)



Imagem 12: Foto com pontos de ligação de tempo, ao fundo automóvel utilizado como transporte do meio urbano, à frente mula utilizada como transporte no quilombo rural Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 11.03.2017

“O meu sono sempre foi assim, eu gosto de trabalhar de noite” (Fala quilombola, quilombo urbano, 03.06.2017)

“Lá em casa todo mundo fica (acordado) até tarde, até a pequena, apitando e agitando” (Fala quilombola, quilombo urbano, 03.06.2017)

Chegamos já era tarde, pelo menos na rotina dos quilombolas de Bombas, as 17 horas do inverno é escuro e todos já se recolheram. É frio e o cachorro se aquece próximo do fogão. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 18.08.2017)



Imagem 13: Cachorro se aquecendo no fogão a lenha. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 18.08.2017



Imagem 14: Lampião ilumina a cozinha para o jantar. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 18.08.2017

Coletividade

As comunidades rurais possuem muitos relatos sobre realizar atividades de forma coletiva, decidir em conjunto o que é melhor para todos, auxílio mútuo e ênfase em núcleo familiar. A confidencialidade não é intrínseca, não representa sentido para eles ocultar informações uns dos outros, o cuidado em saúde é compartilhado assim como a produção alimentar, as casas, dentre outros. Na comunidade de Bombas, sempre tem café, pronto em uma térmica, oferecido aos visitantes, se for horário de

refeição ou a conversa se estende até depois do anoitecer, o compartilhar refeição e pouso fazem parte da rotina.

As pesquisadoras lembram da primeira vez que estiveram na comunidade: estávamos buscando uma comunidade quilombola sem o uso de luz artificial na região do Vale do Ribeira, tivemos dificuldades em conciliar a agenda com as referências para essa comunidade que nos levasse até Bombas, o que nos levou a busca de um guia na reserva para nos acompanhar e subimos a trilha, mochila nas costas, questionários pesados, barraca e saco de dormir. Lá em cima o líder veio ao nosso encontro e disse que **ninguém entra na comunidade sem permissão** e tivemos de ir embora. As comunidades tem receio que aproveitadores entrem pois sofrem com explorações territoriais. Retornamos para a cidade, e após consentimento dado pelos demais integrantes da comunidade, conseguimos agendar uma **reunião com a comunidade, e daí sim com autorização pudemos entrar**. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 11.03.2017, grifo nosso)

Saimos para reunião com a comunidade[...] Famílias nos aguardam, crianças brincam na rua e os cachorros sentam em torno de seus donos. Todos sentam para ouvir as pesquisadoras, elas pedem licença ao líder para falar e ele consente. A permissão é um ritual para poder fazer interferências e trocas com a comunidade. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 12.03.2017)

Foi perguntando se poderia tirar uma foto da reunião para colocar no diário de campo, **a decisão é coletiva** mas comunidade opta pela pessoa mais velha decidir. Ele disse que haveria um pagamento pela foto, que eu teria de contar da vida deles e defender que as políticas quilombolas fossem realmente executadas. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 12.03.2017, grifo nosso)

“Mostra na tua escola, a vida que a gente vive, as dificuldades que a gente passa, a nossa história e o que o governo faz com a gente” (Fala quilombola, quilombo rural, 12.03.2017)



Imagem 15: Reunião comunitária com participação das pesquisadoras. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 12.03.2017

“Nós comunidade tem de estar unido em tudo” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017)

As pesquisadoras falam que necessitam dar orientações especiais e individuais a cinco pessoas, mas todos continuam por ali, pra eles não parece

existir informação não compartilhada ou individual. Todos são responsáveis uns pelos outros. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 19.08.2017)

Na comunidade rural os moradores são contabilizados como família, possuem cozinhas grandes e se agrupam nos horários das refeições, enquanto na cidade os residentes são contados por habitante, possuem cozinhas pequenas e rotinas diferentes entre os moradores das casas.

Possui extensão territorial pequena e as casas se agrupam em uma rua sem saída, **possui 240 moradores**. (Descrição do pesquisador, quilombo urbano, 01.04.2017, grifo nosso)

O líder conta que o quilombo **possui hoje dezoito famílias**, antigamente eles foram noventa e cinco famílias. Quando questionado o motivo da diminuição ele relata que os seus antecedentes tiveram de deixar o quilombo por necessidade de cuidados de saúde. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 12.03.2017, grifo nosso)

A cozinha é o ambiente de interação familiar, todos se envolvem em torno do fogão a lenha e aguardam para tirar* a comida, o jantar se estabelece culturalmente como um importante espaço de confraternização. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 11.03.2017) * A palavra tirar é utilizada no quilombo para se referir ao ato de servir a comida no prato para consumo.

Vínculo

As comunidades possuem vínculo intrínseco observado entre os seus integrantes, no entanto a formação de vínculo com pessoas “externas” precisa ser trabalhado com o tempo na busca de uma confiança mútua. Mesmo nas comunidades urbanas, a permissão de acesso e permanência nos quilombos segue como ritual realizar contatos prévios com os líderes e “ser apresentado” por alguma pessoa de referência da comunidade. Após algumas visitas, as pesquisadoras e os quilombolas já possuíam um forte vínculo, demonstrações de afeto, sinais de aceitação estiveram presentes nas narrativas. Seguem as sugestões/recomendações feitas pelas pesquisadoras, criando laços de confiança. Permitem que elas participem das rotinas da comunidade e se interessam pela cultura que elas trazem, fazem trocas de conhecimento em uma relação de pertencimento.

Em sentido etimológico, confiança significa ter fé-junto com alguém, ou seja, acreditar junto com alguém em alguma coisa. Nas práticas assistenciais, estabelecer vínculos de confiança é essência para o estabelecimento da aderência aos serviços e práticas de atenção à saúde. Nesse sentido, cabe lembrar que cada “pessoa humana”

é única, com características, necessidades e particularidades próprias e peculiares, devendo ser respeitada a sua dignidade. A preocupação com a criação do vínculo entre profissionais de saúde e usuários, denominada como como “humanização” da assistência, deu origem a Política Nacional de Humanização (BRASIL 2003).

Para iniciar a trilha a mula e o líder comunitário **alegremente** nos esperam, uma **felicidade** e um encontro nostálgico se instalam entre as pesquisadoras e o líder (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 11.03.2017, grifo nosso)

As crianças ficam em torno das pesquisadoras para saber as coisas da cidade grande, fazem dobradura sob a luz do lampião e brincam. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 11.03.2017)



Imagem 16: Pesquisadora cozinhando para os quilombolas, sinal de aceitação, aproximação, vínculo, pertencimento e confiança. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 12.03.2017

Contam que a pesquisadora **ensinou** a eles tomar chimarrão e que agora tomam chimarrão na varanda a noite em Bombas (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 12.03.2017)

A pesquisadora chega na cozinha e Canarinho se alegra. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 19.08.2017)

“Eu acho que vocês estranharam o jeito deles (felizes e participativos) receber o final, o resultado. Porque essa comunidade não tá acostumada a ter essa conversa. As ONG vem aqui, mas ninguém volta” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017)

Ocorreram relatos da melhora de adesão ao tratamento, regulação de horários de medicação, e de adoção de hábitos mais saudáveis após as pesquisadoras iniciarem a pesquisa no quilombo, alguns cessaram o hábito do tabagismo (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 19.08.2017)

“Eu consultei semana passada e a pressão tava boa 11 por 6. Agora eu tomo todo dia, antes eu não tomava, achava que o remédio me fazia mal, mas a

professora* disse que não” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017))
 *forma que os quilombolas se referem as pesquisadoras.

CATEGORIAS DE ANÁLISE

Os dados foram divididos em três categorias de análise: acesso, comunicação e percepções e conceitos em saúde, identificadas durante a análise narrativa. Essas categorias e subdivisões estão apresentadas no quadro 2 e explanadas a seguir.

Quadro 2: Categorias e subdivisões da análise dos dados

Categoria	Subdivisões
Acesso	Acesso estrutural e geográfico Acesso sócio organizacional Informação e conhecimento como acesso em saúde
Comunicação	Comunicação e saúde
Percepções e conceitos em saúde	Saúde e doença Determinantes e condicionantes

Acesso

A acesso aos serviços de saúde representa um importante componente do processo de busca e obtenção do cuidado. Donabedian (1988) sugere a existência de duas dimensões relativas ao acesso: (I) **acessibilidade geográfica**, referente à distribuição física/espacial dos recursos, à existência de transporte e à localização das unidades; (II) **acessibilidade socio-organizacional**, envolvendo todos os aspectos de funcionamento dos serviços, os quais interferem na relação usuário *versus* serviços de saúde, no que tange a plena utilização, incluindo os horários de funcionamento das unidades e o tempo de espera para o atendimento. De acordo com a Portaria nº 4.279, o acesso é um dos fundamentos que assegura a resolutividade na rede de atenção, podendo ser analisado através de três eixos: da **disponibilidade**, que diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família; da **comodidade**,

relacionada ao tempo de espera para o atendimento, à conveniência de horários, à forma de agendamento, à facilidade de contato com os profissionais, ao conforto dos ambientes para atendimento, entre outros; e da **aceitabilidade**, relacionada à satisfação dos usuários quanto à localização e à estrutura física do serviço, ao tipo de atendimento prestado, e relacionada, também, à aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento (BRASIL, 2010, grifo nosso).

Acesso estrutural e geográfico

Nas comunidades rurais, os relatos de dificuldade de acesso geográfico foram frequentes devido à barreiras físicas como distância entre as residências e o posto de saúde, ausência de transporte público, estradas com topografia acidentada e presença de erosão. Alguns dos locais visitados ficavam situados em locais sem estradas, de difícil acesso, com trechos acidentados, na presença de aclives e declives, com nível de dificuldade acentuados pela presença de lama escorregadia e ribanceira. Ressalta-se que nenhuma das comunidades pesquisadas possuía equipe de saúde atuando exclusivamente ou dentro das comunidades, sendo referenciadas as unidades básicas de saúde dos municípios localizados nas zona urbana das cidades de referência.

A trilha a ser percorrida a pé possui cerca de **cinco quilômetros** de extensão entre **mata, rios, lodo, cascalho, barroca¹, pedras, subidas e descidas**. Os primeiros minutos e a subida íngreme me fazem passar mal, sento, respiro. Me alcançam um galho recém cortado de uma árvore para ajudar na caminhada, meu amigo cajado, uma extensão de meu corpo com a terra que me ajuda a equilibrar no caminho irregular. Trilha **longa e cansativa**, o caminho possui marcos com nomes dados pelos quilombolas. Passamos pelo barro preto, lama cinza escura espessa semelhante a uma argila que prendia nossos calçados ao chão; a clareira assim chamada devido ser a parte mais plana do trajeto, mas para uma iniciante parecia tão inclinada quanto o restante da trilha; e a lomba do vento, parte que causa suspiros aos visitantes devido ser marco do meio da trilha e possuir um tronco para sentar e descansar. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 11.03.2017, grifo nosso)

Após **3 horas e 30 minutos de caminhada** chegamos à casa do líder, já estava próximo do entardecer. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 11.03.2017, grifo nosso)

Existe um parâmetro recomendado para distâncias percorridas a pé até unidades de saúde, o tempo médio de caminhada não deve passar de 20 a 30 minutos (RAMOS; LIMA, 2003). As comunidades possuem barreiras arquitetônicas para

acessar serviços e no deslocamento de mantimentos para o quilombo, os percursos são longos e de grau de dificuldade elevado, o que inviabiliza a prestação de atendimento em tempo oportuno caso seja necessário.



Imagem 17: Meio de transporte de mantimentos do meio urbano para o meio rural. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 11.03.2017



Imagem 18: Pesquisadoras em caminho estreito e sinuoso de barro na trilha de acesso ao quilombo, utilizam apoios em madeira para auxiliar na caminhada. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 11.03.2017



Imagem 19: Pesquisadora e líder quilombola posam para foto junto ao animal de transporte de carga. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 11.03.2017



Imagem 20: Ilustração da lama escorregadia no caminho até o quilombo. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 11.03.2017



Imagem 21: Pesquisadora segue para mata fechada, utiliza apoio para caminhar, a lama alcança seus joelhos. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 11.03.2017



Imagem 22: Pesquisadora em parte da trilha que contorna a o riacho. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 11.03.2017



Imagem 23: Pesquisadora em travessia no riacho raso sobre pedras escorregadias. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 11.03.2017

A trilha demonstrada acima é a que apresenta mais relatos de dificuldade, porém, outros quilombos também possuem fragilidades estruturais de acesso, exemplificado a seguir.

Depois de muita **estrada de chão**, o não é possível acessar o quilombo de carro. No acesso é necessário atravessar uma **ponte de pinguela**, uma estrutura **precária e estreita** que balança ao passar, para chegar à comunidade. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 13.03.2017, grifo nosso)



Imagem 24: Vista geral da comunidade quilombola rural. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 13.03.2017



Imagem 25: Ponte de pinguela, acesso ao quilombo. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 13.03.2017

A dificuldade em chegar a alguns quilombos é elevada mesmo para adultos hígidos, o que nos remete a refletir sobre as barreiras encontradas pelas pessoas com

condições crônicas ou com deficiência, assim como a baixa probabilidade de adesão às orientações das equipes de saúde, tomando como exemplo os exames que necessitam de jejum.

Seguimos o café regado a risadas pela dificuldade que senti em subir a trilha, e **bem-te-vi** me lembra “isso que tu é nova e tem saúde viu, imagina a gente com essa idade e dor nos joelhos”. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 12.03.2017)

“Exame de regime a gente não aguenta não andar esse tanto todo” (Fala quilombola, quilombo rural, 12.03.2017)

“Perdi a consulta do médico. Marcaram dentista e médico um dia depois do outro. A gente não pode ficar dois dias lá, tem os afazer da roça, fui no dentista que tinha mais dor” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017)

A realidade dos quilombos rurais, que não conseguem chegar as suas unidades de saúde, contrasta com a de quilombos urbanos, que apesar de não possuírem equipe dentro da comunidade possuem acesso ao transporte público e proximidade geográfica com toda rede.

“Eu faço de seis meses toda bateria de exame, e no hospital a cada ano o exame das pernas, da circulação” (Fala quilombola, quilombo urbano, 03.06.2017)

Segundo Coimbra, Oliveira, Kantorski e colaboradores (2010) muitas vezes as unidades se encontram distantes das microáreas adscritas, sendo que esse percurso pode ser difícil para as pessoas com dificuldades de locomoção. A localização geográfica e a dimensão dos serviços de saúde são fatores que interferem em sua acessibilidade, que é um pré-requisito fundamental para se garantir o acesso da população à saúde.

Na organização do SUS o atendimento prioritário à populações com necessidades específicas, como os quilombos, representa o princípio da equidade. Esse princípio não possui um conceito simples, mas pode ser expresso pela redução das desigualdades e diferenças evitáveis. Existem ainda muitas desigualdades no processo assistencial de saúde, incluindo-se discrepâncias no acesso à saúde entre as regiões urbanas e rurais (MARQUES; FREITAS; LEÃO et al, 2014).

Acesso sócio organizacional

O acesso para além dos limites geográficos, é abordado por Thiede e McIntyre (2008) como liberdade para uso, baseada na consciência da possibilidade de utilização pelo indivíduo e no seu empoderamento para escolha. Esses autores relacionam fatores como a existência de um serviço específico ao alcance do indivíduo, bem como cordialidade com o usuário; a existência de sistemas de marcação e conveniência de horários; a capacidade do paciente em arcar com os custos diretos e indiretos da assistência e o modelo de financiamento do sistema de saúde; e os fatores subjetivos, sociais e culturais como qualificadores do acesso. Dessa forma, o nível de acesso aos serviços de saúde seria determinado pelo grau de adequação entre indivíduos e comunidades e o sistema de saúde. A não correspondência às necessidades individuais e coletivas são barreiras organizacionais, e podem ser interpretadas como baixa resolutividade como entrave no acesso à saúde. Para que a assistência de atenção primária seja resolutiva ela deve contemplar quatro atributos essenciais, sendo eles o primeiro contato, continuidade ou longitudinalidade, integralidade e coordenação, e dois atributos derivados, conhecidos como centralização familiar e orientação comunitária (STARFIELD, 2002).

Marques, Freitas, Leão e colaboradores (2014) realizaram estudo de avaliação dos serviços de saúde destinados à população quilombola e detectaram que os atributos da atenção primária não estão adequadamente presentes no processo assistencial das comunidades. Em suma, relatam que não existe aderência dos serviços ao novo modelo assistencial, perpetuando a proposta de assistência pontual e curativista com centralidade nos aspectos biológicos do processo saúde-doença. Os autores ressaltam que a não conformidade à proposta de reformulação do modelo assistencial se agrava quando considerado as dificuldades socioeconômicas e a vulnerabilidade de comunidades rurais, assim a baixa resolutividade do sistema assume maior dimensão, pois retrata a perversa iniquidade que a estão submetidos os quilombolas.

Na leitura das narrativas também encontramos problemas quanto a aplicabilidade dos tributos da atenção primária. Trechos demonstram a falta de adequação de rotinas para a realidade quilombola, como exemplo a padronização dos

exames, que por comodidade é solicitado jejum de oito horas mas que não é necessário para todos os exames, e a não adaptação das agendas para integrar os atendimentos. Assim como a falta de equidade quando não priorizado o atendimento do quilombola que se desloca por horas para chegar à unidade.

“Como está a dor nas juntas?” pergunta, “ruim, tem exame aqui um ali, mas nada feito, nada resolvido”. Os exames solicitados pelo médico ainda não foram agendados para **bem-te-vi**, com a dificuldade de acesso da comunidade ela não consegue ir na unidade de saúde perguntar como está a fila e quanto tempo falta para ela ser chamada (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 11.03.2017)

“Exame de regime a gente não aguenta não andar esse tanto todo” (Fala quilombola, quilombo rural, 12.03.2017)

Verifica-se também a normatização de atendimentos através de uso de protocolos padronizados, desconsiderando as especificidades relativas a população negra,. No que se refere ao tratamento anti-hipertensivo, os afrodescendentes em geral respondem menos à monoterapia com betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (iECAs) e bloqueadores dos receptores da angiotensina (BRA) do que aos diuréticos e antagonistas dos canais de cálcio (ACC) di-hidropiridínicos. A escolha do anti-hipertensivo para tratar esse grupo étnico é norteada pela presença de comorbidades e pela eficácia em atingir as metas pretendidas. O uso de terapia não medicamentosa tem apresentado melhores resultados em afrodescendentes do que em brancos. Em indivíduos com proteinúria, o uso de iECA está indicado, da mesma forma como ocorre em indivíduos de cor branca (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

“Eu uso enalapril, aquele que o posto dá” (Fala quilombola, quilombo urbano, 03.06.2017)

“Captopril pra pressão, sinvastatina, AAS, metformina, alodipina” (Fala quilombola, quilombo urbano, 03.06.2017)

A falta de diagnóstico e de tratamento adequado é observada tanto nos quilombos rurais quanto urbanos e interfere nas atividades de vida diária dos quilombolas, no trabalho e socialização da comunidade. Para Travassos e Martins (2004) a acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes.

“Eu faz anos que vou no médico pra ver essa tal de câimbra que eu não sei o que é” (Fala quilombola, quilombo urbano, 03.06.2017)

“tenho zumbido no ouvido e não escuto quando muita gente fala” (Fala quilombola, quilombo urbano, 03.06.2017)

“O meu coração tem um problema, ele bate bastante, quando ele bate muito que vai até o ouvido eu e apavoro” (Fala quilombola, quilombo urbano, 03.06.2017)

“O braço dói todo dia, nem na aula de argila eu vou porque tem que bater o coisa” (Fala quilombola, quilombo urbano, 03.06.2017)

Pergunto se já fizeram os exames e descobriram o que ela têm no joelho e ela me responde “não, não sei, ele tá travando e dói por dentro” (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 19.08.2017)

“Desde janeiro, agora (7 meses depois) que saiu meu médico e dentista” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017)

“Reclamei pro médico que teve aqui dois meses atrás, eu engulo e não desce, engasga. Tenho que escarra ou vomita. Disseram que ia marcar exame pra mim e até hoje nada” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017)

Leão, Caldeira e Oliveira (2011) registraram que o modo de funcionamento das equipes de saúde da família não tem se mostrado disponível às necessidades da população, o serviço de saúde deve priorizar o cuidado de saúde ao usuário, organizando-o com base em suas necessidades e expectativas. Os atributos estruturantes da APS, conhecidos como essenciais, são indissociáveis do processo de atenção e devem se associar aos atributos derivados, orientação familiar e comunitária e competência cultural, a fim de qualificar as ações em saúde. A presença e a extensão destes atributos nos serviços oferecidos estão intrinsecamente relacionados à qualidade dos serviços e à efetividade das ações em saúde (CARRER; TOSO; GUIMARÃES et al, 2016)

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) tem o objetivo de garantir a equidade na atenção à saúde para esse segmento populacional. Esse princípio é indispensável uma vez que a população negra necessita ter acesso garantido pois apresenta maior vulnerabilidade social e econômica, o que reflete uma menor expectativa de vida e maior suscetibilidade a agravos (NETO; FONSECA; BRUM et al, 2015). Santos e Santos (2013), investigaram a percepção de profissionais da atenção primária sobre a PNSIPN, eles relatam que "as narrativas de profissionais trouxeram à tona que a política para a população negra não deve representar responsabilidade social, é vista como desnecessária e promotora de discriminação". Alguns profissionais acreditam que priorizar o atendimento para adequar as

necessidades de saúde de populações específicas fere o princípio da igualdade de acesso, mas por vezes não conhecem a realidade das populações prioritárias que tanto lutaram para que a equidade fosse garantida como direito. O Racismo institucional pode ser definido como o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em comportamentos discriminatórios no cotidiano do trabalho combinado a estereótipos racistas ou falta de atenção às pessoas negras (BRASIL, 2016).

Observamos nos trechos que os quilombolas não possuem agendas ajustadas pelas suas necessidades, nem prioridade nos atendimentos, ficando por vezes desassistidos quanto às ações de saúde. Os direitos previstos na PNSIPN não possuem aplicabilidade nas comunidades, ferindo o princípio da equidade.

“Fui no dentista do posto e ele me mandou embora porque a fila tinha mais de duzentas pessoas” (Fala quilombola, quilombo rural, 11.03.2017)

“A gente só pode ir na data do médico, no dia do quilombo, não pode ir no dia que precisa ou que dá pra nós ir, e se chove não dá não pra descer o sítio²” (Fala quilombola, quilombo rural, 11.03.2017)

“Sabe que a gente vem de longe, ao invés de atender a gente primeiro pra subir pro sítio, atende quem mora perto” (Fala quilombola, quilombo rural, 12.03.2017)

“o povo da cidade é racista, atende rápido se for filho de rico, mas se for família sertaneja” (Fala quilombola, quilombo rural, 12.03.2017)

O líder conta que o quilombo possui hoje dezoito famílias, antigamente eles foram noventa e cinco famílias. Quando questionado o motivo da diminuição ele relata que os seus antecedentes tiveram de deixar o quilombo por necessidade de cuidados de saúde. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 12.03.2017)

Uma das comunidades pesquisadas possuía uma estrutura física de unidade de saúde para que a equipe realizasse atendimentos de forma volante, mas os atendimentos não ocorriam. Os quilombolas desta comunidade são atendidos no Estado vizinho, pois a sua unidade de referência fica a 150 quilômetros de distância, o local não possui transporte público. A estrutura (Imagem 26) mostra sinais de deterioração e abandono, identificação apagada, não é realizada limpeza no local. O descuido contrasta com o cuidado da escola (Imagem 27), atualmente ativa na comunidade,

A comunidade possui escola e estrutura física de uma unidade de saúde, existe um acordo para que a equipe de saúde atenda lá duas vezes por mês mas os atendimentos não acontecem (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 13.03.2017)



Imagem 26: Estrutura física unidade de saúde. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 13.03.2017



Imagem 27: Estrutura física escola. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 13.03.2017

Atualmente recebem atendimento no Estado vizinho, cidade de Barra do Turvo (São Paulo), pois esta UBS é mais próxima que a UBS do município que residem (sede e unidade de saúde do município ficam a 150 quilômetros de distância). O atendimento pela Barra do Turvo acontece devido eles terem registrado boletim de ocorrência na polícia para garantir atendimento próximo da comunidade. Ainda segundo os quilombolas a unidade de saúde diz estar fazendo favores prestando atendimento, relatam que não foi um acordo e nem é de direito deles pois não recebem o incentivo quilombola (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 13.03.2017)

É necessário que se considere, na perspectiva da população a qual atende, a conveniência da acessibilidade aos serviços de saúde oferecidos à comunidade, estando a atenção primária situada nos locais mais próximos da população. Espera-se que seus serviços sejam acessíveis e suas ações em saúde sejam efetivas

mediante as necessidades dos indivíduo, minimizando barreiras geográficas, organizacionais, culturais e de gênero ao cuidado (CARRER; TOSO; GUIMARÃES et al, 2016). Para Marques, Freitas e Leão (2014) unidades com o rótulo “PSF Quilombola” não estão diferenciando no resultado final do trabalho das equipes pois não estão realizando o reconhecimento das necessidades de saúde da população, e também não estão contemplando ações de orientação familiar ou comunitária, que são base da convivência quilombola. São reconhecidas também como fragilidades a não disponibilização de horários protegidos para ações específicas ou a falta de credibilidade dos profissionais nessa política (SANTOS; SANTOS, 2013).

Em contrapartida à oferta ou não das ações de saúde, encontramos trechos em que existe, por parte dos quilombolas, o reconhecimento da necessidade de corresponsabilização do usuário na busca dos seus direitos. A Política Nacional de Humanização prevê que o sujeito deve considerar três determinantes no seu processo de saúde: a cogestão, a corresponsabilidade e a participação, ou seja, que o sujeito se torne gestor, responsável e participante na produção de saúde. Assim como tem direito de acesso aos sistemas de saúde, tem o dever de cogerir e de se corresponsabilizar pela estruturação e pelo funcionamento desses sistemas e pela própria saúde (BRASIL, 2003).

Pesquisadora entrega um relatório técnico da pesquisa ao líder comunitário e orienta sobre a responsabilidade pela própria saúde, assim como à busca pela garantia dos direitos previstos nas políticas públicas. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 19.08.2017) / “para garantir nossa saúde melhor, tem que usar esse relatório e buscar o que a gente quer” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017)

“as pessoas reclamam muito de comunicação. Mas vive* na cidade, pode passar lá no posto. Aqui não tem carteiro e todo mundo passa no correio” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017, * o termo viver foi empregado para expressar o ato de ir com frequência)

“Eu acho que o que dificultou foi a falta do agente de saúde, a gente vai ter de começar passar lá no posto” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017)

Verifica-se também que, apesar de quererem exercer sua autonomia, a organização dos serviços impede que eles trilhem o percurso do seu cuidado pois necessita adequar-se a protocolos, como pode ser observado no trecho abaixo.

“Se a gente for lá e pedir eles dizem que tem de ser pelo agente. E a gente não quer ele porque ele não é daqui, fez muita coisa errada. E diz que ele ganha pra ser agente daqui” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017)

As comunidades possuem problemas com a aceitação do agente comunitário de saúde. Demonstram conhecimento dos direitos acerca deste profissional, como o fato de o agente dever morar na comunidade explícito no trecho apresentado acima. Outras características culturais também giram em torno da figura profissional do agente comunitário, comunidades quilombolas possuem códigos de conduta combinados entre os moradores e intrinsecamente referenciados como norma ou padrão esperado de ética e moral para pertencer ao grupo.

“Ela não conhece a gente. Devia começar daí, conhecer a comunidade, se queria ser agente quilombola, lá na saúde eles sabem que é lei da comunidade” (Fala quilombola, quilombo rural, 11.03.2017)

Relatado em reunião que três moradores do quilombo que não participam das reuniões comunitárias assinaram que o ACS era da comunidade. A comunidade não concorda e solicitou à saúde a retirada desse agente, o pedido da comunidade não foi atendido pelas autoridades. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 19.08.2017)

“ele vem visitar esses três, e esses três é bem atendido” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017)

“ele é mau, ele ataca** as mulher que tá só” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017, ** o verbo atacar não foi exemplificado no decorrer da narrativa, podendo estar relacionado com atitudes, como o falar ríspido, ou costumes, como a não aceitação em um homem comunicar-se com as mulheres sem a presença do seu companheiro)

“ele tá envolvido com coisa que não é bom pra nós, tipo droga” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017)

Zank, Avila e Hanazaki (2016) em pesquisa com quilombolas questionou o que ajudava a ter saúde, a maioria das respostas continha o componente não usar drogas associado a alimentação e atividade física, apontando que o uso de drogas é não só um questão moral mas também um hábito de conduta das comunidades. Padrões éticos e morais que não correspondem aos esperados pelos quilombolas podem representar baixa aceitabilidade e se converter como negativas de acesso.

A aceitabilidade compreende a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades. A aceitabilidade é a dimensão menos tangível do acesso e, portanto, a mais difícil de ser quantificada e detectada. A relação entre as atitudes dos profissionais de saúde e dos indivíduos, influenciada por idade, sexo, etnia, idioma, crenças culturais, condição socioeconômica, entre outros, define a aceitabilidade (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Informação e conhecimento como acesso em saúde

Estudos apontam que possuir informação está na base do acesso à saúde, estando associado aos conceitos de empoderamento e de letramento para a tomada de decisões de saúde. A informação é essencial para a compreensão de cada uma das dimensões do acesso, estar bem informado é resultado do processo de comunicação entre o sistema de saúde e o indivíduo (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Para alguns autores a acessibilidade é descrita como a "capacidade para obter". O conceito de letramento em saúde se refere ao nível no qual os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender informações básicas de saúde e serviços necessários para tomar decisões apropriadas em saúde. Isso se traduz na capacidade do indivíduo entender as suas próprias necessidades em saúde e, por consequência, procurar pelo cuidado, assim como tomar decisões bem informadas com relação à sua saúde e bem-estar (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

A percepção individual de saúde e doença, assim como as escolhas no contexto de saúde, pode ser determinada pelas informações que o sujeito possui. O número de escolhas possíveis percebido pelo indivíduo é frequentemente menor do que o número real de opções disponíveis, devido à ausência de conhecimento das opções por esse indivíduo (THIEDE; MCINTYRE, 2008).

Para Thiede e McIntyre (2008) O conhecimento precário ou ausente impede o indivíduo de realizar as escolhas mais adequadas para a sua necessidade, podendo ser descrito como falta de empoderamento. Nos quilombos estudados os indivíduos demonstram não conhecer programas em destaque no Ministério da Saúde, como o programa de cessação do tabagismo e o acolhimento.

Os pesquisadores apresentam dados de tabagismo, 25% dos quilombolas de Bombas fumam. Comparam com a média rural nacional que é 17%. Pesquisadora aborda o programa para parar de fumar do SUS, população desconhece (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 19.08.2017)

A comunidade tem um bebê de dois meses e não está sendo realizado puericultura, no hospital foi realizado teste do pezinho, orelhinha e coraçãozinho. A criança foi levada ao posto de saúde e as vacinas estavam em falta. Quando saiu do hospital teve dificuldade com o leite e a amamentação, recomendaram uso de NAN, a quilombola comprou na farmácia. A pesquisadora recomenda ir se cadastrar na Unidade de Saúde para ganhar o leite, e aproveita a conversa para falar sobre o acolhimento da Unidade de Saúde, os quilombolas desconhecem o atendimento com acolhimento (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 19.08.2017)

Para Batista, Rattner, Kalckmann e colaboradores (2016) as primeiras constatações sobre falta de informações é a invisibilidade do racismo na sociedade e, por consequência, seu reflexo nos serviços de saúde. Dados inferem que as desigualdades raciais interferem no acesso e na qualidade da atenção ofertada à população negra.

A informação possui diferentes níveis de efetividade, Thiede e McIntyre (2008) referem que o nível no qual a informação à saúde se torna efetiva e empodera as pessoas para suas escolhas com relação às oportunidades para utilizar serviços de saúde depende de uma ampla gama de determinantes. A efetividade da informação pode ser influenciada por características comunicativas no lado do receptor e do emissor, sendo dependente da construção do processo comunicativo e da relação sociocultural entre os atores que estão trocando a informação.

Comunicação

A comunicação pode ser entendida como prática social que advém da interação entre seres humanos, expressa por meio da fala (aspecto verbal), escrita, comportamentos gestuais, distância entre os participantes, toque (aspectos não verbais) (CORIOLANO-MARINUS; QUEIROGA; MORENO et al, 2014).

O processo comunicativo não é definido pelas relações de poder, mas por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre os sujeitos, em um universo de significações que envolvem tanto a dimensão verbal como a não verbal (postura e gestos). Nesse processo, é relevante o interesse pelo outro, a clareza na transmissão da mensagem e o estabelecimento de relações terapêuticas entre trabalhadores e usuários (CORIOLANO-MARINUS; QUEIROGA; MORENO et al, 2014).

Comunicação e saúde

A comunicação pode ser percebida como a trocas e compreensão de mensagens, pelas quais as pessoas se percebem e partilham o significado de ideias, pensamentos e propósitos. Na saúde, ela vai além das palavras e do conteúdo,

contempla a escuta atenta, o olhar e a postura, sendo indispensável para uma assistência pautada na humanização (ANDRADE; COSTA; COSTA et al, 2017).



Imagem 28: Pesquisadora e líder quilombola durante trilha, postura de agrado e aceitação, aproximação cultural. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 11.04.2017

Acreditamos que outra forma de construir canais de comunicação é a inserção no ambiente de vivência familiar quilombola. Participar das rotinas e hábitos diários trazendo ensinamentos e informação em saúde demonstra sensibilidade e expressa empatia. Aprender “fazendo com” e não “fazendo por” agrega sentido e constrói possibilidades ao invés de excluí-las, a forma como a inserção é aceita demonstra as relações terapêuticas. A comunicação é primordial para o cuidado com a saúde, é essencial que os profissionais da saúde estabeleçam um relacionamento interpessoal positivo com o usuário para que compreenda suas vivências e possa promover o cuidado integral (ANDRADE; COSTA; COSTA et al, 2017).

Entendi com isso que ter acesso e direito a informação não ajuda no processo de empoderamento da comunidade, é necessário entender a informação que ali está escrita. E que ela tenha significado na vida das comunidades, é necessário que a pesquisa seja também uma contribuição social. (descrição do pesquisador, quilombo rural, 19.08.2017).



Imagem 29: Pesquisadora cozinhando em casa quilombola, construção de informação sobre o cozimento de carne sem óleo. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 12.03.2017

Para que a comunicação na saúde se construa de forma efetiva, ela deve transpassar as fronteiras do sentido e do significado. Impactando positivamente na qualidade de vida por meio das representações socioculturais. Sentido e significado parecem equivalentes na linguagem comum, mas são distintos na teoria da comunicação. O significado apesar de possuir propriedade cultural, designa o que é imanente às palavras, ele está dado, não depende do contexto. Sentido possui atributos de pluralidade e dinamismo se referindo a algo em construção permanente, um sentido se produz no ato comunicativo (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

A pesquisadora verifica a pressão e fala: “a pressão tá 123x90”, a quilombola pergunta: “e isso é alto ou baixo?” Descrição do pesquisador, quilombo urbano, 03.06.2017).

Em algumas situações pudemos observar que os diários abrangiam relatos de resignificação de ações, objetos e conceitos. Como apresentado no fragmento abaixo, um material impresso pode ser para algumas pessoas uma oportunidade de ler, e para outras, uma chance de escrever.

A pesquisadora chega na cozinha e **Canarinho** se alegra, ela possui em suas mãos uma dissertação de mestrado encadernada em espiral. Ela entrega a ele, que vira ao contrário e desenha no verso da folha com uma caneta azul. Materiais escolares são raros em Bombas, levamos algumas canetinhas coloridas para distribuir na reunião que teremos mais tarde. **Bem-te-vi** tentou ler o material mas não encontrou um significado e logo desistiu. Aquele material escrito, de conteúdo intelectual, em nada se aplica a realidade deles. A resignificação da pesquisa para o ambiente pesquisado é muitas vezes

ignorada pelos pesquisadores (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 19.08.2017).



Imagem 30: Pesquisadora e menino quilombola manipulando o material. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 19.08.2017



Imagem 31: Quilombola tenta compreender informações do material entregue. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 19.08.2017

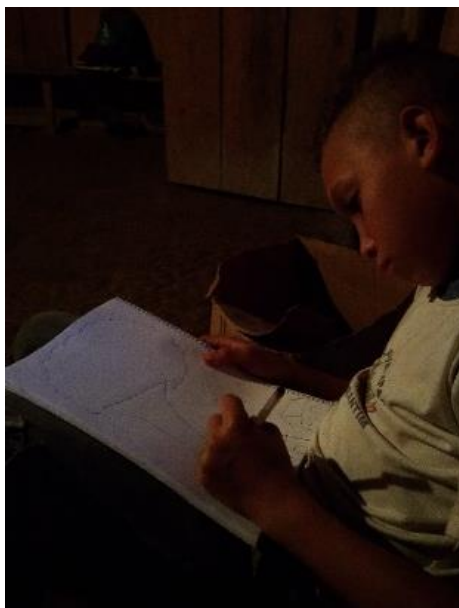


Imagem 32: Ressignificação, menino desenha no verso do material entregue. Fonte: Diário de campo do pesquisador, quilombo rural, 19.08.2017

A comunicação, quando ineficiente, nem sempre é construída por sentidos opostos, muitas vezes apresenta apenas formas diferentes de se referenciar a um ponto comum. A maneira como ocorre a transmissão, além da interpretação, atravessam a qualidade e efetividade do processo comunicativo. Além de fazer sentido para quem ouve, quem fala deve tentar se fazer entender. As técnicas de comunicação terapêutica mais utilizadas por profissionais da saúde são do grupo denominado clarificação, tornando as mensagens mais compreensivas e claras, e o estímulo para comparações, que objetiva explicar questões relacionadas ao processo saúde-doença-cuidado (FERMINO; CARVALHO, 2007).

Existe uma significativa discrepância grande entre **o que eu quero dizer; o que eu digo; o que o outro quer ouvir; o que o outro ouve e o que o outro compreende**. Daí a importância da escolha das palavras, do contexto e da forma como são transmitidas (SEQUEIRA, 2014, grifo do autor).

Em muitos trechos das narrativas aparece a preocupação das pesquisadoras com o entendimento dos quilombolas. Para que uma informação faça sentido, ela não deve apenas estar atrelada as questões culturais pertencentes ao grupo, ela precisa ser compreendida para que possa ser reproduzida e instituída no cotidiano. Informações introduzidas lentamente, após confirmação do entendimento da frase anterior; perguntas que reafirmam se entenderam o assunto; e, induções para auxiliar a relacionar as inferências, foram frequentes, assim como a repetição utilizando diferentes formas para diminuir o risco de não entendimento.

As pesquisadoras abrem os arquivos para combinar como será realizada a devolutiva de resultados na reunião da comunidade[...]A quilombola orienta: “Fala primeiro e depois explica de novo, se falar uma vez só não vai entender”. Fica combinado de fazer uma dinâmica integrativa, ler uma parte e explicar o que isso representa, discutindo os resultados, e seguir a orientação de **Quero-quero**. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 19.08.2017).

Pesquisadora: “Vocês sabem o que tem de cuidar na alimentação para diminuir a pressão?” / Quilombola: “gordura e sal” / Pesquisadora: “Que tal diminuir também o açúcar e o óleo, e fazer exercício físico?” (Diálogo, quilombo rural, 19.08.2017).

Pesquisadora: “Alguém tem gordura no sangue aqui?” / Quilombola: “Colesterol?” / Pesquisadora: “Isso”. “Ninguém?” / Pesquisadora: “Alguém toma sinvastatina?” / Quilombola: “Eu tomo, mas não sabia que era pra gordura do sangue” / Quilombola: “Eu tomei sinvastatina, mas parei” / Pesquisadora: Porquê? / Quilombola: “Eles receitaram só seis meses, eu tomei os seis e parei” (Diálogo, quilombo rural, 19.08.2017).

Pesquisadora: “Sabem o que é depressão?” / Quilombolas (coletivo): “Sim” / Pesquisadora: “Quais os sintomas?” / Quilombolas (construção coletiva): “Tristeza”, “não querer que fale da gente”, “desânimo”, “começa a pensar e passa mal, não consegue resolver as coisas” / Quilombola: “Tem gente que a família é toda assim, porquê?” / Pesquisadora: “É hereditário, sabe o que é?” / Quilombola: “Pai pra filho” (Diálogo, quilombo rural, 19.08.2017).

Mesmo com as adaptações realizadas pelas pesquisadoras, na tentativa de uma comunicação mais eficiente, algumas pessoas perguntaram novamente coisas discutidas na reunião. A pesquisadora fala olhando para as pessoas e parece perceber sinais quando eles não entendem o que ela fala, quando isso acontece repete de outra forma, repete a palavra e pergunta se eles conhecem, explica expressões não conhecidas. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 19.08.2017).

Previamente conheci o questionário aplicado que foi adequado e resumido, mesmo com as alterações era necessário adaptar as respostas dos quilombolas às possibilidades oferecidas pelas questões. Descrição do pesquisador, quilombo urbano, 01.04.2017).

As pesquisadoras trazem retorno de sua pesquisa tentando simplificar a informação, adaptam as perguntas e não usam formação de frase completa, é utilizado uma linguagem curta e direta. (Descrição do pesquisador, quilombo rural, 12.03.2017).

Para Coriolano-Marinus, Queiroga, Moreno e colaboradores (2014), além de propiciar uma relação terapêutica, a comunicação deve propiciar condições para práticas de promoção da saúde, tornando o usuário/cuidador autônomo à negociação diante do tratamento e das condições que favorecem o autocuidado e/ou o cuidado da criança sob sua responsabilidade. Essa perspectiva será gerida a partir da busca do intercâmbio de saberes, do diálogo e do entendimento entre o trabalhador de saúde e o usuário.

Em 2008, Montoro trouxe à discussão os paradigmas da comunicação ligados à imposição de comportamentos e repasse de informações, abordando a necessidade de construção de práticas mais horizontais. Muitas vezes o modelo de comunicação monológico ainda está presente nas relações entre usuários de saúde e trabalhadores, com princípios verticalizados de intervenção, nos quais se acredita que o “envio” da informação “correta” e “científica” é suficiente para a transformação das normas de comportamento.

No modelo monológico acredita-se que o coletivo dos usuários é “vazio” de conhecimentos, cabendo à educação em saúde preencher esse vazio. Dessa forma, os diversos fenômenos de vida, saúde e doença, de natureza multidimensional, são reduzidos aos aspectos meramente biológicos e resultam em práticas que desconsideram a historicidade, a cultura e a complexidade do ser humano (CORIOLANO-MARINUS; QUEIROGA; MORENO et al, 2014).

Não é possível afirmar que os profissionais de saúde não repassam as informações, ou que utilizam modelos de comunicação ineficientes, porém fica expresso nos diários de que o entendimento não ocorre, o que se faz presente por diversas vezes nos diálogos.

“Na cidade fala alto e rápido, faz muita coisa com os braço (gestos). Aqueles médico não entende nada que eu falo” (Fala quilombola, quilombo rural, 11.03.2017).

“e a gente não entende ele e o rabisco” (Fala quilombola, quilombo rural, 12.03.2017).

“toma remédio errado porque não entende” (Fala quilombola, quilombo rural, 12.03.2017).

“chega lá e não fala nada só entrega a receita” (Fala quilombola, quilombo rural, 12.03.2017).

“Da outra vez que eu tive lá eles me disseram que tinha que fazer algo para baixar a pressão. Mas fazer o quê? Eles não me disseram” (Fala quilombola, quilombo urbano, 03.06.2017).

“eles não escuta a gente, meu filho de sete anos com pressão alta e problema dos rim o médico disse que tava gordo dos verme” (Fala quilombola, quilombo rural, 12.03.2017).

“Meu problema nas perna diz o médico que era da bebida, mandou eu parar. Porque eu não sei, eu não entendo nada de medicina. Mas ele disse que eu ia ficar na cama” (Fala quilombola, quilombo rural, 12.03.2017).

“pra nós vem esses médico***, que eu até me escondo. Não dá pra entender nada” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017, *** médico estrangeiro do programa federal Mais Médicos).

Percepções e conceitos em saúde

Indagações sobre o que é ter saúde, ou estar doente, fazem parte do cotidiano de profissionais. Estudos elegeram o termo experiência da enfermidade para tentar responder estas considerações, discutindo a noção de saúde e doença como fenômenos complexos que conjugam fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais vivenciados pelo indivíduo (FERREIRA; SOUZA; ASSIS et al, 2014). Para além disso, a saúde e a doença podem ser caracterizados como um processo, que representa o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de uma pessoa ou coletivo, podendo se modificar em seus diversos momentos históricos, conforme o desenvolvimento da vida de cada meio social (VASCONCELOS; FREITAS; BEZERRA et al, 2015).

A teoria das representações sociais aplicada no campo da saúde elucida os sentidos atribuídos à saúde, à doença na vida cotidiana e à forma em que contextos socioculturais e históricos articulam ideias e ações no que concerne a esse processo. As representações sociais são compostas pelas percepções do sujeito e não são facilmente alteradas por novos conhecimentos, possuindo forte influência do contexto em que são formadas (SHIMIZU; SILVA; MOURA et al, 2015).

Apesar de saúde e doença serem construções após experiências de vida com significações culturais, existe uma distinção entre a subjetividade do adoecer pelo indivíduo e a noção biomédica do profissional sobre a doença. Cada pessoa traz para a consulta uma história, que mergulha a doença em uma rede de significados que fazem sentido apenas no contexto de uma vida particular, mas para entender essa vida e a experiência do adoecer que ela cria, nós precisamos relacionar vida e adoecimento a contexto cultural (GERMANO; CASTRO, 2010).

Saúde e doença

Segundo Langdon (2014) o conceito de saúde e doença deve articular o biológico com o cultural, concebido em primeiro lugar como um processo vivido cujo significado é elaborado através dos contextos culturais e sociais, e, em segundo lugar, como um evento biológico. A doença, não é um estado estático, mas um processo de interação que requer interpretação e ação no meio sociocultural, o que implica uma negociação de significados na busca da cura.

No cenário atual pouco se conhece do processo saúde-doença das comunidades quilombolas e das suas percepções acerca dos cuidados de saúde e da própria saúde (OLIVEIRA; PEREIRA; GUIMARÃES et al, 2015). Abaixo seguem trechos dos diários de campo que demonstram o sentido atribuído pelos quilombolas à saúde.

“(Saúde) É tá tudo bem. Não ter nada que deixe a gente mau” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017)

“saúde pra mim é quando tô bem, comendo bem, passando bem, se tô alegre é saúde” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017)

“saúde é bem estar perfeito, tudo ocorrendo normal. Não pode tá doendo nada, tá tudo perfeitamente. Não tá com problema com outras pessoas. Não tá com problema com a comunidade. Tá bem com as pessoas de fora, de bem com a vida lá fora, e tá de bem com a família, daí a saúde tá perfeita [...] porque eu não posso discriminar os lá de fora, ter convivência igual pra fazer um diálogo melhor que o do passado” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017)

O conceito de saúde relatado pelos quilombolas pode ser relacionado com a motivação em atingir um objetivo, como um estado de plenitude e desenvolvimento integral da saúde, pois abrange todos os níveis de necessidades básicas proposto por Maslow.

Abraham Maslow foi um psicólogo norte americano que buscou estudar e demonstrar a relação entre o comportamento motivacional das pessoas e um conjunto de necessidades humanas (SILVA; ULLER; SANTOS et al, 2017). Em 1954 defendeu a teoria da hierarquia de necessidades, onde uma pessoa é conduzida a satisfazer uma necessidade elevada, situada em uma pirâmide hierárquica, conforme a necessidade do nível mais baixo for satisfeita, sempre que uma ordem é suprida, um novo grupo de necessidades aparece (SANTOS; ANDRADE; WOEHL, 2015). As necessidades hierárquicas estão descritas no quadro 3 e estruturadas na imagem 16.

Quadro 3: Hierarquia das necessidades de Maslow

NECESSIDADES HIERARQUICAS	CARACTERÍSTICAS
Fisiológicas	São as que ocupam maior relevância. Dentro das necessidades fisiológicas estão as necessidades de sexo, sono, exercício, alimentação e outras necessidades fisiológicas.
Segurança	Nesse grupo está à liberdade, segurança; estabilidade, confiança, ordem, lei, limites e outros.
Pertencimento	Dar e receber afeto, amar, ter afeto, etc.
Estima	Vencer desafios, reputação, prestígio
Autorrealização	Mesmo com as necessidades acima, com frequência, mas não sempre, as pessoas tem desejo de alcançar seu potencial. Essa forma pode variar de pessoa para pessoa. Para alguns esse desejo pode ser tornar-se um grande atleta, para outros pode ser tornar-se um escritor, ou seja, não há uma única forma.

Fonte: Santos; Andrade; Woehl, 2015.



Imagem 33: Pirâmide de necessidades de Maslow. Fonte: SILVA; ULLER; SANTOS et al, 2017

Assim como a percepção de saúde encontra-se no topo das necessidades, visando o melhor potencial que se pode alcançar, também são consideradas as dimensões psicossociais nos relatos, como os sentimentos (solidão, tristeza, alegria, ciúmes), o coletivo e comportamentos sociais. Os fatores biológicos são relatados unicamente como doença, retratado pelo sintoma dor, parece haver dificuldade de aceitação e reconhecimento de doenças que não possuam sinais ou sintomas aparentes fisicamente.

É um dia de chuva e estão todos sentados em volta do fogão de barro. O diálogo entre mãe e filho chama a atenção / Criança: "Mãe, esse joelho tá maior que o outro" (aponta para o joelho direito da mãe) / Mãe: "Não, esse tá

maior” (aponta o joelho esquerdo) / Mãe: “Porque ele dói mais” / O joelho direito era anatomicamente mais edemaciado que o esquerdo, porém isso pode não corresponder à extensão da lesão e com certeza não corresponde à perspectiva de mãe, que acredita que tudo que lhe doa mais é maior e merece mais atenção. (descrição do pesquisador, quilombo rural, 19.08.2017).

Pesquisadora: “Você sabe o que é convalescência?” / Quilombola: “Não” / Pesquisadora: “É quando tu tem um problema de saúde, e esse problema passa, e tu tem de ficar um tempo pra se recuperar” / Quilombola: “Então é quando a pessoa tá meio doente” (Diálogo, quilombo rural, 19.08.2017)

“a doença é quando tô com dor e não consigo fazer nada” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017)

“fiquei nervosa, fiquei seis dias no hospital e eles queriam fazer normal, e não dava. Fiquei sozinha, não podia ficar ninguém lá, não pode. Não recebi nenhuma visita, não podia. Eu me senti doente, eu tava sozinha. Quando não tem ninguém da minha família comigo fico triste” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017)

“doença é ter diferença, porque ela é espinho na vida do ser humano. Ciúme é uma doença, porque não é uma forma de gostar mas de prejudicar. A doença é diferença porque tem que estar todo mundo igual. Doença é sentimento, um jeito que tu te sente” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017)

(Sobre a depressão) “Tem vários tipo, porque tem uns sintoma esquisito. Tu olha e a pessoa tem uma saúde danada. É estranho” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017)

Reconhecimento de condicionantes e determinantes de saúde

Para compreender os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), deve-se avaliar as condições gerais ambientais, culturais e socioeconômicas de uma sociedade, e relacioná-las com as condições de vida e trabalho. O saneamento, habitação, serviços de saúde, ambiente de trabalho e educação, assim como as redes comunitárias e sociais, são determinantes que influenciam no estilo de vida da comunidade. A Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) está ancorada no conceito ampliado de saúde. Ela sinaliza estratégias para a promoção da qualidade de vida e para a redução de vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes sociais, tais como: modos de vida, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, (BUENO; MOYSÉS; BUENO, 2017). Portanto a saúde deve ser pensada à luz das relações sociais, considerando a relação dinâmica e contínua com os determinantes políticos, econômicos, culturais e sociais, de forma interdependente, porque esta é parte da

estrutura social e de seus desdobramentos (OLIVEIRA; SANTO, 2013 apud VIANA; MOREIRA; NETA et al, 2017).

Os quilombolas demonstraram conhecimentos sobre determinantes e condicionantes sociais para a saúde, apresentando relações entre eles e a causalidade de doenças, tais como: excesso de peso, sedentarismo e hábitos alimentares inadequados. Reconhecem também os fatores psicossociais no processo de adoecimento e identificam sintomas. O sobrepeso e a obesidade tem sido um problema mundial, causado por fatores genéticos, hábitos alimentares e ausência de atividade física, que influencia nas mudanças físicas, psicológicas e sociais, elevando cada vez mais o nível de prevalência de obesidade. O sobrepeso é fator de risco para problemas respiratórios, musculares e esqueléticos crônicos, cardiovasculares e alguns tipos de câncer (CASTRO; FERREIRA; SILVA et al, 2018). Os quilombolas compreendem que cada estatura tem um peso aproximado indicado, demonstram relação entre peso corporal elevado e alterações cardiovasculares e osteomioarticulares, reconhecem a dor como sintoma dessas alterações, e indicam a alimentação adequada e os exercícios físicos como fatores protetivos para as doenças.

“Tem problema peso de mais e de menos” (Fala quilombola, quilombo rural, 12.03.2017)

“perdi dois quilos e eu me senti bem melhor, e uma aceleração que eu tinha no coração parou” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017)

“não to aguentando meu peso eu mesmo, com dor na coluna” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017)

“Eu noto que vocês só aumenta (peso), só fica em casa e não faz exercício. Eu pro meu peso e meu tamanho tô normal” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017)

“tem de comer fruta, verdura, legumes e uma caminhadinha. O óleo engrossa o sangue” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017)

“Eu sinto que minha pressão tá alterada quando começa a doer a nuca e os olhos” (Fala quilombola, quilombo urbano, 03.06.2017)

Ao considerar o preconceito e o racismo como fator de adoecimento, concordamos com Lages, Silva, Silva e colaboradores (2017) quando inferem que o quesito racismo afeta a saúde mental das pessoas que são vítimas dele, podendo lhes causar sofrimentos psíquicos e alterações de comportamento. A participação e inserção social nos diferentes espaços é importante pois inclui saberes diversos de saúde e mobiliza o

exercício do autocuidado e da autonomia na busca da melhor qualidade de vida (ROCHA; VIEIRA; SANTOS et al, 2015). Os quilombolas identificam a potencialidade de relacionamentos fora da comunidade, que convivências negativas interferem em sua saúde, assim como o racismo.

“saúde é bem estar perfeito, tudo ocorrendo normal. Não pode tá doendo nada, tá tudo perfeitamente. Não tá com problema com outras pessoas. Não tá com problema com a comunidade. Tá bem com as pessoas de fora, de bem com a vida lá fora, e tá de bem com a família, daí a saúde tá perfeita [...] porque eu não posso discriminar os lá de fora, ter convivência igual pra fazer um diálogo melhor que o do passado” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017)

A natureza e persistência dos aspectos sociocognitivos, como racismo, a discriminação e o preconceito e as múltiplas maneiras em que estes podem impactar negativamente a saúde de grupos étnico-raciais, desde as políticas e práticas de acesso aos recursos, estendendo-se aos estereótipos negativos, sustentados pelo racismo cultural fomentam respostas psicológicas prejudiciais à saúde (OLIVEIRA; MAGNAVITA; OLIVEIRA, 2017). O adoecimento mental, em especial a depressão, é atestado pela Organização Mundial de Saúde como um problema de saúde pública que afeta pessoas de todas as faixas etárias, leva ao isolamento social e diminui a capacidade produtividade. Os quilombolas conhecem os sintomas dos transtornos mentais, em especial a tristeza, o desânimo e o isolamento.

“Eu não posso ficar nervosa, coração dispara, o mundo desaba, minha perna treme” (Fala quilombola, quilombo rural, 12.03.2017)

“A tristeza é uma coisa que não devia existir, a tristeza te leva ao estresse e o estresse não tem cura” (Fala quilombola, quilombo urbano, 01.04.2017)

Pesquisadora: “Sabem o que é depressão?” / Quilombolas (coletivo): “Sim” / Pesquisadora: “Quais os sintomas?” / Quilombolas (construção coletiva): “Tristeza”, “não querer que fale da gente”, “desânimo”, “começa a pensar e passa mal, não consegue resolver as coisas” / Quilombola: “Tem gente que a família é toda assim, porquê?” / Pesquisadora: “É hereditário, sabe o que é?” / Quilombola: “Pai pra filho” (Diálogo, quilombo rural, 19.08.2017).

“A pessoa que tem depressão pode ter dois tipo diferente? Tipo que não gosta de ficar sozinho e depois quer ficar” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017).

“Eu gosto de ficar conversando, mas não pode ser gente demais, e também não gosto de ficar sozinha” (Fala quilombola, quilombo rural, 19.08.2017).

RECOMENDAÇÕES FINAIS

Os atributos dos serviços de atenção primária, difundidos a partir das publicações de Bárbara Starfield, a disponibilidade de acesso (ou a atenção ao primeiro contato), longitudinalidade e integralidade são considerados como uma estratégia para obtenção da integralidade e equidade na promoção da saúde. Neste sentido, os relatos e vivências dessa pesquisa apontam para a fragilidade do vínculo e acesso aos serviços de saúde, no que diz respeito às comunidades quilombolas, tanto individual quanto coletivamente.

Considerando a integralidade como um atributo que abrange a visão do indivíduo em sociedade e suas particularidades, no contexto social em que vivem, um desafio permanente aos serviços de saúde, envolve identificar as necessidades de grupos com características próprias. Portanto, o reconhecimento das particularidades geográficas, étnicas e culturais, observados nas comunidades quilombolas, torna-se relevante para a identificação, manejo e proposição de ações orientadas para os problemas de saúde nessas comunidades (individual ou coletivamente).

A construção de vínculo entre os quilombolas e profissionais de saúde, também foi retratada como deficitária, na visão individual ou das famílias, muitas vezes pela falta de capacidade de entendimento entre usuários e profissionais de saúde, ausência de um profissional de referência na unidade e pela alta rotatividade destes. A presença de barreiras linguística e cultural, constante nos diálogos, reforçam a fragilidade do vínculo com o sistema de saúde. Em parte pela ausência de um agente comunitário capaz de estabelecer uma comunicação eficaz, considerando os modos de vida e os aspectos culturais das comunidades quilombolas.

Embora possamos identificar elementos de reconhecimento da corresponsabilização pela saúde dos quilombolas, a oferta das ações de saúde, permanecem ainda nos dias atuais, baseadas em conhecimentos técnicos-científicos e reguladas pela busca assistencial, não orientadas para as necessidades comunidades.

Em contraposição, não foram encontrados de forma explícita os atributos de orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural.

Portanto, a conscientização e educação de profissionais de saúde, bem como e o fortalecimento das redes de atenção à saúde, orientadas para atender a diversidade de demandas dessas populações, são fundamentais para a promoção da saúde em populações quilombolas.

A construção e desenvolvimento dessa pesquisa, nos permitem destacar que a saúde deve ser pensada como produto e produtor social, considerando a relação dinâmica e contínua com os determinantes políticos, econômicos, culturais e sociais, de forma interdependente, porque esta é parte da estrutura social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Cristiani Garrido de; COSTA, Solange Fátima Geraldo da Costa; COSTA, Isabelle Cristinne Pinto Costa, et al. Cuidados paliativos e comunicação: estudo com profissionais de saúde do serviço de atenção domiciliar. **Rev Fund Care Online**. v.9, n.1, p.215-221, jan/mar. 2017.

ARAÚJO, Carolina Pires. Informação, Comunicação e saúde: campo interdisciplinar em construção. **Informação & Comunicação**, v.14, n.1, p.45-59, jan./jul., 2011.

ARAÚJO, Inesita Soares; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. "Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde", 2009 apud OSTERMANN, Ana Cristina; MENEGHEL, Stela Nazareth. Humanização, gênero e poder nos atendimentos à saúde: possibilidades que se apresentam a partir dos estudos de fala-em-interação. In: OSTERMANN, Ana Cristina; MENEGHEL, Stela Nazareth (Org.). **Humanização, gênero e poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde**. Campinas, SP: Mercado das Letras; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.11-32.

BAMBERG, Michael. Narrative analysis. 2012. apud MOUTINHO, Karina; CONTI, Luciane De. Análise Narrativa, Construção de Sentidos e Identidade. **Psic.Teor. e Pesq.** v.32, n.2, p.1-8, Abr-Jun. 2016.

BENJAMIN, Walter. Obras escolhidas: Magia e técnica, arte e política. São Paulo: Braziliense, 7ªed, 1997. apud DUTRA, Elza. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. **Estudos de Psicologia**, n.7, v.2, p.371-378, 2002.

BENTZ, Ione Maria Ghislene. Fluxos e territorialidade: comunidade quilombola como linha de fuga. **Intexto**. n.37, p.227-241, set/dez. 2016.

BORBA, Ana Paula Borba; SANTOS, Bárbara Mancio; PUGGINA, Ana Cláudia Puggina. Barreiras de comunicação nas relações enfermeiro-paciente: revisão integrativa. **Saúde**. v. 11, n.1-2, p.48-61. 2017.

BRASIL. Decreto nº4.887 de 20 de novembro de 2003. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, 20 de novembro de 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.html>.

BRASIL. **Guia de Políticas Públicas para Comunidades Quilombolas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b, 62p.

BRASIL. Lei nº10.678, de 23 de maio de 2003. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 23 de maio de 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.678.html>.

Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Indicadores do SUS**: Temático Saúde da População. Brasília: Ministério da Saúde, v.7, n.10, p.82. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2.ed, 2013a.

BRASIL. Portaria nº1.678 de 13 de agosto de 2004. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, 13 de agosto de 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1678_13_08_2004.html>

BRASIL. Portaria nº90 de 17 de janeiro de 2008. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, 16 de dezembro de 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0090_17_01_2008.html>.

BRASIL. Portaria nº992 de 13 de maio de 2009. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, 13 de maio de 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html>.

BRASIL. Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar – PNHAH. Brasília: Ministério da Saúde, 2000 apud OSTERMANN, Ana Cristina; MENEGHEL, Stela Nazareth. Humanização, gênero e poder nos atendimento á saúde: possibilidades que se apresentam a partir dos estudos de fala-em-interação. In: OSTERMANN, Ana Cristina; MENEGHEL, Stela Nazareth (Org.). **Humanização, gênero e poder**: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde. Campinas, SP: Mercado das Letras; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.11-32.

BRASIL. **Redes de Produção de Saúde**. 1ed, Brasília: Ministério da Saúde, 2012, 44p.

BUENO, Roberto Eduardo; MOYSÉS, Simone Tetu; BUENO, Paula Alexandra Reis. Diálogos intersetoriais: pontes estabelecidas na revisão da política nacional de promoção da saúde. **Divers@**. v.10, n.2, p.51-59, jul./dez. 2017.

CARRER, Andreia; TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; GUIMARÃES, Ana Teresa Bittencourt et al. Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.9, p.2849-2860. 2016.

CASTRO, Jéssica Marliere de; FERREIRA, Elizângela Fernandes; SILVA Davi Correia et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade e os fatores de risco associados em adolescentes. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. v.12, n.69, p.84-93, Jan./Fev. 2018.

COIMBRA, Valéria Cristina Christello; OLIVEIRA, Michele Mandagará de; KANTORSKI, Luciane Prado et al. Structural evaluation – process of user access to a family health unit. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**. v.2, n.3, p.1095-1107, jul/set. 2010.

COIMBRA, Valéria Cristina Christello; OLIVEIRA, Michele Mandagará de; KANTORSKI, Luciane Prado et al. Avaliação da estrutura - processo de acesso de

usuários a uma unidade de saúde da família. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**. v.2, n.3, p.1095-1107, jul.-set. 2010.

COROLANO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor; QUEIROGA, Bianca Arruda Manchester de; MORENO, Lidia Ruiz et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde Soc**. v.23, n.4, p.1356-1369. 2014.

COULON, Alan. Etnometodologia. Petrópolis: Editora Vozes, 1995. apud GERHARDT, Tatiana Engel (Org.); SILVEIRA, Denise Tolfo (Org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973. apud TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. v.20, n.2, p.190-198. 2004.

DONABEDIAN, A. **Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica**. México DF: Editora Biblioteca de la Salud; 1988.

DORES, Artemisa; SOUSA, Zita; MARTINS, Helena. Ferramentas pedagógicas para o treino de competências de comunicação em saúde. Anais do CNaPPES - Congresso Nacional de Práticas Pedagógicas no Ensino Superior. p.61-67. 2017.

DUTRA, Elza. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. **Estudos de Psicologia**, n.7, v.2, p.371-378, 2002.

FERMINO, Tauani Zampieri; CARVALHO, Emília Campos. A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa. **Cogitare Enfermagem**. v.12, n.3, p.287-289. 2007.

FERREIRA, Debora Carvalho; SOUZA, Irene Duarte; ASSIS, Cinthia Rafaela Santos et al. A Experiência do Adoecer: uma Discussão sobre Saúde, Doença e Valores. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.38, n.2, p.283-288. 2014.

FREITAS, Daniel Antunes et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**. v.13, n.5, p.937-943, set./out. 2011.

GERMANO, Idilva; CASTRO, Carolina Aires. Pesquisa em saúde: Perspectivas narrativistas, métodos e níveis de análise. **Psicol. Argum**. v.28, n.60, p.17-29, jan./mar. 2010.

GOMES, Romeu et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilsa Ramos. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p.185-221.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade [manuais acadêmicos]**. Petrópolis: Editora Vozes, 2016, p.73-95.

LACERDA, Matheus Oliveira; SILVA, Fernanda Gabrielle Mendonça da; SOUZA, Louise Valeska Soares Pinto de et al. Abdias do nascimento no quilombo: uma experiência de inserção da competência cultural em saúde no curso de fisioterapia. **CADERNOS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E FISIOTERAPIA**. v.4, n.8. 2017.

LAGES, Sônia Regina Corrêa; SILVA, Ariane Macthelly da; SILVA Diego Patrick da et al. O preconceito racial como determinante social da saúde – a invisibilidade da anemia falciforme. **Revista Interinstitucional de Psicologia**. v.10, n.1, p.109-122, jan-jun. 2017.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n.4, p.1019-1029. 2014.

LEÃO, Claudia Danyella Alves; CALDEIRA, Antônio Prates; OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev Bras Saude Mater Infant**. v.11, n.3, p.323-334. 2011.

MALINOWSKI, B. Argonautas do Pacífico Ocidental. São Paulo: Abril, 1984. apud MINAYO, Maria Cecília de Souza. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade** [manuais acadêmicos]. Petrópolis: Editora Vozes, 2016b, p.56-71.

MARQUES, Amaro Sérgio; FREITAS, Daniel Antunes; LEÃO, Cláudia Danyella Alves et al. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n.2, p.365-371. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade** [manuais acadêmicos]. Petrópolis: Editora Vozes, 2016a, p.09-28.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade** [manuais acadêmicos]. Petrópolis: Editora Vozes, 2016b, p.56-71.

MONTORO, Tânia. Retratos da comunicação em saúde: desafios e perspectivas. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. v.12, n.25, p.442-451. 2008.

NEIVA, Ana Cláudia Gomes Rodrigues; SERENO, José Robson Bezerra; SANTOS, Sandra Aparecida et al. Caracterização socioeconômica e cultural da comunidade quilombola Kalunga de Cavalcante, Goiás, Brasil: Dados preliminares. Anais IX Simpósio Nacional Cerrado. 2008.

NETO, José Antônio Chehuen; FONSECA, Geovane Mostaro; BRUM, Igor Vilela et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.20, n.6, p.1909-1916. 2015.

- OLIVEIRA, Diana Ramos; MAGNAVITA, Pilar; OLIVEIRA, Felipe Santos de. Aspectos sociocognitivos como eventos estressantes na saúde mental em grupos étnicos e minoritários no Brasil. **Summa Psicológica UST**. v.14, n.1, p.43-55. 2017.
- OLIVEIRA, Fernando Bueno; ABADIA, Maria Idelma Vieira. Territórios quilombolas em contextos rurais e urbanos brasileiros. **Élisée, Rev. Geo**. v.4, n.2, p.257-275, jul./dez. 2015.
- OLIVEIRA, Maria Júlia Inácio de; SANTO, Eniel do Espírito. A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social. Caderno Saúde e Desenvolvimento. v.2, n.2, jan/jun. 2013. apud VIANA, Magda Rogéria Pereira; MOREIRA, Wanderson Carneiro; NETA, Marly Marques Rêgo. Os direitos sociais e os determinantes e condicionantes da saúde. **R. Interd**. v.10, n.1, p.173-178, jan-mar. 2017.
- OLIVEIRA, Stéphaney Ketllin Mendes; PEREIRA, Mayane Moura; GUIMARÃES, André Luiz Sena et al. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.20, n.9, p.2879-2890. 2015.
- PALMARES, Fundação Cultural. **Quilombola Palmares**. Acesso em 02 de janeiro de 2017, disponível em <<http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/crqs/quadro-geral-por-estado-ate-23-02-2015.pdf>>.
- PILZ, Luísa K; LEVANDOVSKI, Rosa; OLIVEIRA, Melissa A. B et al. Sleep and light exposure across different levels of urbanisation in Brazilian communities. **Scientific reports**. v.8, n.1, p.1-11.2018.
- Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, 30 de dezembro de 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>
- RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre. **Cad Saude Publica**. v.19, n.1, p.27-34. 2003.
- ROCHA, Vanuza Dias; VIEIRA, Sheylla Naiara; SANTOS, Andresa Teixeira et al. Educação em saúde em um grupo de convivência da terceira idade: experiência vivenciada. **Revista de Inovação, Tecnologia e Ciências (RITEC)**. v.1, n. 1, p.173-180. 2015.
- SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**. v.31, n.3, p.260-268. 2012.
- SANTOS, Josenaide Engracia; SANTOS, Giovanna Cristina Siqueira. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. **Saúde em Debate**. v.37, n.99, p.563-570. 2013.
- SANTOS, Luciane Cristina Ribeiro dos; ANDRADE, Evandro Lau de; WOEHLE, Sidele. A correlação das teorias de maslow e walton aplicada na análise de qualidade de vida no trabalho de profissionais de uma empresa do comércio calçadista – Curitiba/Paraná. **Braz. J. of Develop**. v.1, n.1, p.24-42, jan./dez. 2015.
- SBH, Sociedade Brasileira de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n.1, p.52-58. 2010.

SCHMITT Alessandra; TURATTI, Maria Cecília Manzoli; CARVALHO, Maria Celina Pereira. A atualização do conceito de quilombo: identidade e território nas definições teóricas. **Ambiente e Sociedade**. v.5, n.10, p.1-6, jan./jun. 2002.

SEQUEIRA, Carlos. Comunicação em saúde mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v.12, p.06-08. 2014.

SHIMIZU, Helena Eri; SILVA, Jessica Reis; MOURA, Luciana Melo et al. A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.20, n.9, p.2899-2910. 2015.

SILVA FILHO, João Bernardo da; LISBOA, Andrezza Kelly. **Quilombolas: Resistência, história e cultura**. São Paulo: IBEP, 2012.

SILVA, Vander Luiz da; ULLER, Camila Maria; SANTOS, Jordana Dorca et al. Análise da motivação de pessoas: um estudo baseado em princípios da Hierarquia de Necessidades de Maslow. **Foco**. v.10, n.2, jan./jul. 2017.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CÓRDOVA Fernanda Peixoto. A pesquisa científica. In: GERHARDT, Tatiana Engel (Org.); SILVEIRA, Denise Tolfo (Org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009, p.31-42.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde (MS). 2002.

THIEDE, Michael.; McINTYRE, Di. Information, communication, and equitable access to health care. **Cadernos de Saúde Pública**. v.24, n.5, p.1168-1173. 2008.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. v.20, n.2, p.190-198. 2004.

VAINSTMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rivières Borges de. Satisfação e responsabilidade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, n.10, v.3, p.599-613, 2005. apud OSTERMANN, Ana Cristina; MENEGHEL, Stela Nazareth. Humanização, gênero e poder nos atendimentos à saúde: Possibilidade que se apresentam a partir de estudos de fala-em-interação. In: OSTERMANN, Ana Cristina (Org.); MENEGHEL, Stela Nazareth (Org.). **Humanização Gênero Poder: Contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p.11-32.

VASCONCELOS, Esleane Vilela; FREITAS, Karina de Oliveira; BEZERRA, Rosana Santos et al. Representações sociais de familiares de pacientes internados no centro de terapia intensiva sobre saúde e doença. **J. Health Biol. Sci**. v.3, n.4, p.202-208. 2015.

WATSON, Rod; GASTALDO, Édison. **Etnometodologia & Análise da Conversa**. Petrópolis: Editora PUC-Rio, 2015.

WESTPHAL, Marcia Faria; OLIVEIRA, Sandra Costa. Cidades Saudáveis: uma forma de abordagem ou uma estratégia de ação em saúde urbana?. **Revista USP**. n.107, p.91-102, out-dez. 2015.

ZANK, Sofia; AVILA, Julia; HANAZAKI, Natalia. Compreendendo a relação entre saúde do ambiente e saúde humana em comunidades Quilombolas de Santa Catarina. **Rev. Bras. Pl. Med.**, v.18, n.1, p.157-167. 2016.

.